

Diagnostiek en behandeling van depressie

Samenvatting

Brand-Piek E. *Diagnostiek en behandeling van depressie. Huisarts Wet* 2014;57(9):458-60.

Depressie komt veel voor en de meeste Nederlanders met een depressie worden in de huisartsenpraktijk behandeld. De onlangs herziene NHG-Standaard Depressie geeft aanbevelingen voor die behandeling. Staan deze aanbevelingen garant voor optimale zorg?

In het kader van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) bleek dat huisartsen een depressieve stoornis meestal redelijk goed herkennen, al is de herkenning minder goed wanneer de patiënt niet zelf met een psychische klacht komt. Huisartsen volgden de criteria van de NHG-Standaard (eerste herziening) bij het verwijzen van patiënten met een depressie: zij verwezen 58% van de patiënten en er was weinig overbehandeling met antidepressiva. De grootste groep overbehandelde patiënten bestaat uit chronische gebruikers die hadden kunnen stoppen.

De tweede herziening van de NHG-Standaard Depressie heeft voldoende aandacht voor diagnostiek en behandeling. Er is echter nog weinig aandacht voor de onderhoudsbehandeling met antidepressiva. De herziene standaard bevat geen advies over de frequentie waarmee chronisch gebruik gecontroleerd wordt en hoe het zo nodig afgebouwd kan worden.

INLEIDING

Depressie komt in Nederland veel voor en het percentage patiënten met een chronische of recidiverende depressie is hoog. Op de RIVM-lijst van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken, staat depressie momenteel op plaats 4. Ook in internationaal onderzoek wordt depressie vaak genoemd als aandoening met een relatief hoge morbiditeit.^{1,2}

De meeste depressieve patiënten worden nu al in de eerste lijn behandeld, en dat aantal zal de komende jaren waarschijnlijk sterk toenemen door verschuivingen in de vergoeding en uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg. In de huisartsenpraktijk valt dus een toename van het aantal behandelingen voor depressie te verwachten. De helft van de depressieve patiënten in de eerste lijn knapt binnen een aantal maanden vanzelf weer op, zonder specifieke behandeling. De andere helft heeft een meer of minder intensieve behandeling nodig.

De NHG-Standaard Depressie is verschillende malen herzien. De eerste versie dateert van 1994, de eerste herziening is van 2003 en in 2012 verscheen de tweede herziening. In voorgaande versies van de standaard kwam alleen de depressieve stoornis aan de orde, in de huidige versie is er ook aandacht voor depressieve klachten. Ook is er meer aandacht voor het

informerende van de patiënt en worden enkele 'leefregels' genoemd.³

In de media is wel gesuggereerd dat er sprake zou zijn van onderdiagnostiek en overbehandeling door de huisarts.^{4,5} Mede naar aanleiding daarvan hebben wij onderzocht welke zorg de huisarts bood aan patiënten met depressieve klachten. De gegevens voor dit onderzoek werden verzameld in de periode 2003-2008 binnen de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA; www.nesda.nl), een cohortonderzoek waarin 2971 mensen van 18-65 jaar met en zonder angst en depressie over een aantal jaren worden gevolgd, zowel in de algemene bevolking als in de eerste en tweede lijn.

Ons onderzoek betrof de herkenning van depressieve stoornissen door huisartsen, de behandeling, de verwijzing naar eerste- of tweedelijns GGZ en het voorschrijven van antidepressiva. Ook keken we of de huisartsen de NHG-Standaarden Angst⁶ en Depressie⁷ volgden en probeerden we mogelijkheden tot verbetering te signaleren.

In deze beschouwing, die gebaseerd is op mijn proefschrift,⁸ presenteer ik de belangrijkste resultaten van onze onderzoeken in het perspectief van de herziene NHG-Standaard Depressie. Vervolgens bespreek ik of de actuele standaard de huisarts voldoende houvast biedt om depressieve patiënten optimale zorg te kunnen verlenen.

HERKENNING VAN DEPRESSIEVE PATIËNTEN

Uit de literatuur komt de algemene tendens naar voren dat depressieve patiënten op het spreekuur van de huisarts regelmatig niet als zodanig herkend worden.⁹ De laatste jaren komt daar wel verandering in: het herkenningpercentage is gestegen van rond 30% in de jaren tachtig en negentig tot ruim 50% in het afgelopen decennium.¹⁰⁻¹³ Wij constateerden dat huisartsen 68,7% van de patiënten met een depressieve stoornis herkennen die op het spreekuur komen.¹⁴ Dat percentage was echter lager bij patiënten die minder symptomen hadden en zonder comorbide angststoornis. Daar staat weer tegenover dat dit ook de patiënten zijn met een betere prognose.

Ook patiënten die een toegenomen eetlust hebben en pa-

De kern

- Depressie wordt steeds beter herkend.
- De NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 werd goed gevolgd; er was weinig overbehandeling met antidepressiva en patiënten werden verwezen volgens de criteria
- Dit biedt perspectief voor het optimaliseren van de zorg met de herziene NHG-Standaard Depressie uit 2012.
- De herziene NHG-Standaard heeft weinig aandacht voor chronisch gebruik van antidepressiva en voor het afbouwen van deze middelen.

tiënten die niet zelf aangeven dat ze voor een psychische klacht komen, worden door de huisarts minder vaak als depressief herkend. Met name dit laatste is belangrijk, aangezien lang niet alle patiënten spontaan hun eigen psychische klachten benoemen.

VERWIJZING VAN DEPRESSIEVE PATIËNTEN

De NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 gaf, net als de tweede herziening uit 2012, aanbevelingen voor wanneer een patiënt verwezen moet worden.⁷ Wij onderzochten in hoeverre huisartsen deze aanbevelingen daadwerkelijk opvolgden.

In het eerstelijnscohort binnen NESDA bleek dat patiënten die volgens de NHG-Standaard op basis van bepaalde kenmerken verwezen zouden moeten worden, ook daadwerkelijk vaker werden verwezen dan patiënten zonder deze kenmerken. Zo werden patiënten met suïcidale gedachten 1,8 keer vaker, patiënten met een chronische depressie 1,7 keer vaker en patiënten met behoefte aan psychotherapie 1,9 keer vaker verwezen.¹⁵ Patiënten met een chronische depressie of bij wie een behandeling met twee of meer antidepressiva faalde, werden conform de standaard vaker naar de tweede lijn verwezen. Patiënten werden ook vaker verwezen als zij aan verschillende criteria voor verwijzing voldeden. Opvallend was dat jongere patiënten vaker verwezen werden (1,02 keer vaker per jaar dat de patiënt jonger was), ook al bevatte de NHG-Standaard destijds geen aanbevelingen voor specifieke leeftijdsgroepen, evenmin als de huidige, overigens.

Uit onze analyse bleek dat slechts een klein percentage van de variantie in verwijsgedrag kon worden verklaard op basis van de NHG-Standaard. Dit geeft aan dat huisartsen waarschijnlijk ook andere factoren een rol laten spelen bij de beslissing om al dan niet te verwijzen.

Het totale percentage verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg was hoog (58%). In het kader van de verschuivingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn en de huisartsenpraktijk die op stapel staan, is dit misschien zorgelijk te noemen.

BEHANDELING MET ANTIDEPRESSIVA

Algemeen wordt aangenomen dat antidepressiva een gunstig effect kunnen hebben bij depressieve stoornissen. Ook het nut om gedurende enkele maanden door te behandelen teneinde terugval te voorkomen, is aangetoond. Aan de hand van een systematische review lieten wij zien dat dit ook opgaat voor de eerste lijn.¹⁶ De effectiviteit van een onderhoudsbehandeling (langer dan 12 maanden) met antidepressiva in de eerste lijn is echter nog niet aangetoond.

Bij het voorschrijven van antidepressiva volgden de huisartsen, volgens ons onderzoek, in 2003-2008 de NHG-Standaard.⁷ Slechts 5,4% van de patiënten die een antidepressivum gebruikte, deed dit ten onrechte, dat wil zeggen zonder indicatie op basis van de NHG-Standaard.^{17,18} Meer dan de helft van deze patiënten had in het verleden een goede indicatie gehad, maar zou volgens de standaard inmiddels hebben kunnen

stoppen. Onderbehandeling hebben wij niet onderzocht. De indicaties voor het voorschrijven van antidepressiva waren in de NHG-Standaard van 2003 erg ruim; bij een eenmaal vastgestelde depressie mocht bijvoorbeeld als eerste stap in de behandeling al een antidepressivum worden gekozen, ongeacht de ernst van de depressie.

In een vervolgonderzoek hebben wij de groep onderhoudsgebruikers van antidepressiva in meer detail bekeken. Opvallend was dat de kans op een onderhoudsbehandeling niet vergroot werd door de in de standaard genoemde indicaties (chronische en/of recidiverende depressie), maar dat een aantal andere kenmerken dat wel deed. Zo kregen patiënten met een comorbide angst- of dysthyme stoornis, oudere patiënten, patiënten met een lagere opleiding, patiënten die tevens benzodiazepines gebruikten en patiënten die in het laatste half jaar ook psychiatrische zorg hadden ontvangen, vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva.¹⁹ Hieruit concludeerden wij dat het (in elk geval voor een deel) wel patiënten met een ongunstiger prognose zijn aan wie de huisarts een onderhoudsbehandeling met antidepressiva voorschrijft, ook al is dit niet volgens de NHG-Standaard.

HERZIENE STANDAARD, OPTIMALE ZORG?

In de herziene NHG-Standaard uit 2012 hebben, naast de depressieve stoornis, voor het eerst ook depressieve klachten een plaats gekregen. Een belangrijke toevoeging, omdat depressieve klachten in de huisartsenpraktijk vaker voorkomen dan depressieve stoornissen. Naast deze verruiming is de indicatie voor antidepressiva beperkter geworden, en dat geldt ook voor de indicatie voor onderhoudsbehandeling. Verder zijn de indicaties voor verwijzing aangepast en is de POH-GGZ als mogelijke behandelaar toegevoegd. Dat laatste is belangrijk, aangezien in de geestelijke gezondheidszorg de laatste jaren eigen bijdragen waren ingevoerd (en weer afgeschaft) en omdat door de verschuivingen en wijzigingen in het vergoedingsstelsel veel meer patiënten binnen de huisartsenpraktijk behandeld zullen worden.

Abstract

Brand-Piek E. *Diagnosis and treatment of depression. Huisarts Wet* 2014;57(9):458-60.

Depression is common and most Dutch people with depression are treated in primary care. The recently revised Guideline on Depression of the Dutch College of General Practitioners (NHG) provides recommendations about treatment, but does this advice guarantee optimal care? The Nederlandse Studies naar Depressie en Angst (NESDA, the Netherlands Study of Depression and Anxiety) showed that general practitioners can usually recognize the disorder, but recognition is less good if the patient does not present mental health problems. GPs followed the NHG guideline (first revision) with regard to the referral of patients with depression: 58% of patients were referred and overtreatment with antidepressants was uncommon. The largest group of over-treated patients consisted of chronic users who should have stopped using antidepressants. While the second revision of the NHG guideline pays enough attention to diagnosis and treatment, it gives too little attention to maintenance treatment with antidepressants. The guideline does not provide recommendations about how often antidepressant use should be monitored among chronic users and how antidepressants should gradually be withdrawn, if necessary.



Foto: Oleg Golovnev/Shutterstock

De herziene NHG-Standaard biedt meer ruimte aan diagnostiek door de huisarts. De standaard adviseert klachten breed te exploreren tijdens diverse consulten, en benoemt expliciet dat somatische klachtenpresentatie en comorbiditeit de diagnose kunnen bemoeilijken. Mogelijk verbetert hierdoor de herkenning van patiënten die op het spreekuur hun psychische klachten niet spontaan benoemen. De standaard noemt ook een reeks veelal chronische aandoeningen waarbij depressie vaker voorkomt. Dit kan de aandacht voor psychische klachten bij patiënten met deze aandoeningen wellicht vergroten.

Qua behandeling kan de huisarts niet alleen informatie geven, maar ook middelen inzetten zoals dagstructurering en activiteitenplanning. De POH-GGZ kan de kortdurende psychologische interventies op zich nemen. De huisartsenpraktijk krijgt daarmee houvast en *tools* in handen om patiënten ook op andere manieren dan met antidepressiva te behandelen. Wellicht kan dit eveneens leiden tot een afname van het aantal verwijzingen naar de (tweedelijns) geestelijke gezondheidszorg.

De NHG-Standaard adviseert patiënten die terugverwezen worden na een behandeling in de tweede lijn, te blijven controleren en zo nodig het stoppen van antidepressiva te bespreken.

IS ER NOG RUIMTE VOOR VERBETERING?

Ruimte voor verbetering blijft er natuurlijk altijd. De huidige NHG-Standaard bevat nog steeds een aantal lacunes.

Ten eerste is er mijns inziens te weinig aandacht voor onderhoudsbehandeling met antidepressiva. De indicaties hiervoor zijn voor een deel aangescherpt en voor een deel veranderd, maar goed onderbouwd zijn ze nog steeds niet. De voorgaande standaard adviseerde bij chronische of recidiverende depressie een onderhoudsbehandeling gedurende één of enkele jaren, en eventueel levenslang. De huidige standaard adviseert na één ernstige episode of na meer dan drie episodes een 'langdurige' behandeling, die antidepressiva en/of psychotherapie kan omvatten. Een eenduidiger advies was waarschijnlijk ook niet te verwachten, want er is in eerstelijns populaties nog steeds te weinig onderzoek gedaan naar risicofactoren voor een recidief en de effectiviteit van onderhoudsbehandeling in de eerste lijn is eveneens nog steeds onduidelijk.

Een tweede lacune is dat de NHG-Standaard geen handvatten geeft voor de controle van patiënten die op voorschrift van de huisarts langdurig antidepressiva gebruiken. De standaard adviseert expliciet om patiënten onder controle te houden die zijn terugverwezen vanuit de tweede lijn, maar voor patiënten bij wie de huisarts zelf antidepressiva gestart heeft, lijken de auteurs dit niet nodig te vinden. Een duidelijk en helder advies voor controle en evaluatie van patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken, is gewenst.

Ten slotte wijdt de NHG-Standaard wel een alinea aan het afbouwen van antidepressiva, maar daarin staat alleen dat patiënten er niet ineens mee mogen stoppen. Dit lijkt mij alom bekend. In de praktijk is het bespreekbaar maken van een geleidelijke vermindering veel complexer. Vaak is de patiënt bang voor een terugval; als huisarts moet je dan goed kunnen uitleggen waarom je hem eigenlijk van de medicatie af wil hebben. Handvatten voor een dergelijk gesprek en evidence-based interventies om het afbouwen van de behandeling te faciliteren worden node gemist in de standaard. Er is weliswaar onderzoek gaande naar *tools* en schema's om dit proces te vergemakkelijken, maar op dit moment is er voor huisartsen helaas weinig praktisch materiaal voorhanden.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De eerste herziening van de NHG-standaard Depressieve stoornis uit 2003 werd goed gevolgd door huisartsen. Het percentage van 68,7% herkende depressieve stoornissen was redelijk te noemen, er was weinig overbehandeling en ook de aanbevelingen voor verwijzing werden goed opgevolgd. Ik verwacht dat dit ook zal gaan gelden voor de tweede herziening van de NHG-Standaard Depressie uit 2012. Dit biedt perspectief voor verdere verbetering van de zorg aan depressieve patiënten.

De NHG-Standaard Depressie geeft minder ruimte aan het voorschrijven van antidepressiva, aangezien gebleken is dat deze minder voorgeschreven zouden moeten worden dan werd aanbevolen in de standaard uit 2003. Verder legt de huidige standaard de eerste stappen van de behandeling duidelijk bij de huisarts neer, hetgeen past binnen het kader van de wijzigingen in het vergoedingstelsel die op handen zijn.

Jammer genoeg is er ook in de herziene NHG-standaard Depressie van 2012 nog steeds te weinig aandacht voor controle op het chronisch gebruik van antidepressiva en voor het afbouwen van die medicatie. Gebrek aan evidence maakt het lastig handvatten te geven voor gesprekken met patiënten over dit onderwerp. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.