

NHG-Standaard Depressie nog actueel

Wij hebben de beschouwing van collega Brand-Piek met belangstelling gelezen. De onderzoeken waarop zij deze beschouwing baseert, werden uitgevoerd toen de vorige versie van de NHG-Standaard (2003) vigerend was.² Zij toonde aan dat de huisarts tweederde van de depressieve patiënten herkent. Dat betrof vooral de groep patiënten met veel symptomen of een comorbide angststoornis; patiënten zonder deze kenmerken werden minder vaak herkend. Hoeveel minder wordt niet omschreven. De bevinding als zodanig lijkt ons niet opzienbarend, omdat bij mensen met minder direct opvallende depressieve symptomen nu juist de diagnostische moeilijkheid zit voor de huisarts. In de herziene standaard (2012) vermelden we expliciet de risicofactoren voor een depressie om ook bij mensen met minder aperte symptomen de signalering van een aanwezige depressie te vergroten.³

In het proefschrift van Brand-Piek bleek dat slechts een klein deel van de variantie in verwijzen werd verklaard door de verwijscriteria in de toenmalige NHG-Standaard. Mensen met suïcidale gedachten, een chronische depressie en behoefte aan psychotherapie werden echter daadwerkelijk vaker verwezen (respectievelijk 1,8; 1,7 en 1,9 keer vaker).

Ook deze bevinding ligt in de lijn der verwachting, maar geeft nog geen goed antwoord op de vraag in hoeverre adequaat wordt verwezen. Brand-Piek oppert dat hierbij waarschijnlijk ook andere dan in de standaard aangegeven factoren een rol spelen. Ook wij vinden dat waarschijnlijk en hebben tal van relevante bijkomende factoren in gedachten, zoals draagkracht en draaglast, gezinsstructuur, psychiatrische familieanamnese, comorbiditeit en voorgeschiedenis. Wij hebben in de herziene standaard ook de criteria genoemd, waarbij verwijzing in principe noodzakelijk is, onafhankelijk van deze factoren. Dit betreft patiënten met een bipolaire stoornis, psychotische kenmerken, suïcidaliteit of een recidiefdepressie met ernstig sociaal disfunctioneren dan wel grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit.

Brand-Piek vindt het, met de hernieuwde ggz-structuur in het achterhoofd, zorgelijk dat het totale percentage verwijzingen van patiënten met een depressie naar de ggz 58% was, waarbij het zowel verwijzingen binnen de eerste als naar de tweede lijn betrof. Of dit percentage te hoog was, is moeilijk te beoordelen, omdat de reden van verwijzing ons niet duidelijk is. Het is ons bovendien onbekend wat een representatief verwijzingspercentage voor deze groep zou zijn.

Wellicht is het geruststellend dat patiënten met een DSM-stoornis ook in de nieuwe structuur gewoon te verwijzen zijn.⁴ Een aanzienlijk deel van hen zal echter door een POH-GGZ al voldoende geholpen zijn met voorlichting, dagstructurering, activiteitenplanning en begeleidde zelfhulp.

In een eerder commentaar gaven wij aan dat wij de conclusie dat er geen overbehandeling met antidepressiva in de huisartsenpraktijk plaatsvindt, voorbarig vinden.⁵ Daarbij is

het, in tegenstelling tot wat Brand-Piek schrijft, geen algemeen aanvaard gegeven dat antidepressiva een gunstig effect hebben bij behandeling van een depressie. De werkzaamheid is alleen aangetoond bij depressies met ernstig disfunctioneren en grote lijdensdruk, en dat is slechts een klein percentage van de depressies in de eerste lijn.⁶

Brand-Piek ziet drie lacunes in de huidige NHG-Standaard Depressie. Ten eerste biedt die te weinig aandacht voor en onderbouwing van onderhoudsbehandeling met antidepressiva. Er is inderdaad beperkte evidence over de risicofactoren voor het ontstaan van een recidiefdepressie en over de effectiviteit van onderhoudsbehandeling in de eerste lijn om terugval te voorkomen. Desondanks geeft de standaard diverse adviezen voor terugvalpreventie, zoals het onder controle afbouwen van antidepressiva of een langdurige behandeling met psychotherapie.

Het tweede kritiekpunt luidt dat de standaard geen handvatten geeft voor controle van patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken op voorschrift van de huisarts, maar wel op voorschrift van de tweede lijn. In de paragraaf Controles wordt een aanbeveling gegeven voor de controlefrequentie tijdens de start van antidepressiva door de huisarts, maar ook voor vervolcontacten: 'Bij een gunstig beloop kan de periode tussen de controles geleidelijk langer worden.' Wij bedoelen hiermee vanzelfsprekend niet dat de controles op den duur gestaakt kunnen worden. De aanbeveling voor de patiënten uit de tweede lijn hebben wij expliciet toegevoegd, zodat deze groep eveneens onder controle van de huisarts komt en niet slechts herhaalrecepten ontvangt.

Het derde punt van kritiek is dat de standaard onvoldoende handvatten geeft voor het bespreekbaar maken en faciliteren van het afbouwen van antidepressiva. Dit is een belangrijk punt dat in de volgende herziening van deze standaard uitgebreider aandacht verdient, met een belangrijke plaats voor gedeelde besluitvorming tussen patiënt en huisarts.

CONCLUSIE

Al met al vormen de bevindingen van Brand-Piek geen directe aanleiding om de aanbevelingen in de standaard in twijfel te trekken. Wel wijst zij ons op een aantal punten die bij een volgende herziening verdere uitwerking vereisen, met name het bespreekbaar maken en faciliteren van het afbouwen van antidepressiva. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. M.J.P. van Avendonk, wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.; Dr. G.M. van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker. Radboudumc Nijmegen: dr. E.M. van Weel-Baumgarten, huisarts en universitair hoofddocent eerstelijns geneeskunde; M.G. van Gelderen, huisarts • Correspondentie: m.vanavendonk@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.