**Opsporing en behandeling depressie bij ouderen**

**‘Huisartsen blijken het niet zo slecht te doen’**

**Gericht opsporen van ouderen met depressie in de huisartsenpraktijk en vervolgens een gerichte behandeling toepassen, leidt niet tot betere resultaten dan de gebruikelijke zorg van de huisarts. Dit concludeert Dick Bijl in zijn proefschrift *Major depression in primary care.* Hij onderzocht daarvoor zo’n 4.000 patiënten van 55 jaar en ouder uit 34 huisartsenpraktijken in West-Friesland.**

‘Huisartsen blijken het niet slecht te doen, deze uitkomst vind ik heel geruststellend’, zegt Bijl, eerder zelf huisarts en nu hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin. Op 12 mei promoveerde hij tot doctor in de geneeskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Zes dagen later, wanneer we over zijn onderzoek spreken, verkeert hij nog in een roes: ‘Het was een ontzettend mooie dag. Ik was wel een beetje ongerust over de discussie. Daar had ik me grondig op voorbereid, maar achteraf was die ongerustheid onterecht. Ik kreeg geen lastige vragen op me afgevuurd.’

Ruim zes jaar geleden startte Bijl zijn onderzoek naar gerichte opsporing en behandeling (pakketinterventie) bij oudere depressieve patiënten in de eerste lijn. Depressie is een belangrijke aandoening op oudere leeftijd en komt frequent voor. Bijl wijst erop dat depressie bij ouderen niet alleen de levenskwaliteit sterk aantast, maar ook de levensverwachting: die neemt bij depressieve ouderen gemiddeld met zo’n vijf jaar af. De prognose is bovendien ook slechter wanneer mensen eveneens een somatische aandoening hebben, iets wat bij ouderen relatief vaker het geval is. Naar schatting lijdt 3 tot 5 procent van mensen boven de 55 aan depressie (over de gehele bevolking ligt dit aantal ongeveer op 1-1,5 procent).

Bijl onderzocht of pakketinterventie effectiever is dan de gebruikelijke zorg die deze patiënten van de huisarts krijgen. Onder pakketinterventie verstaat hij: gerichte opsporing, diagnostiek en behandeling met antidepressiva samen met educatie en een beperkte vorm van ondersteunend contact; de eerste 2 maanden een tweewekelijks afspraak met de huisarts van een kwartier, en de overige vier maanden een afspraak om de maand. Bijls hypothese was dat een pakketinterventie de herkenning, diagnose en behandeling zou verbeteren en daarmee tot betere resultaten zou leiden bij oudere patiënten met een depressie. Uit de literatuur lijkt deze hypothese aannemelijk: uit eerdere onderzoeken - Bijl noemt er zes - blijkt dat pakketinterventies in het algemeen een positiever effect hebben dan gebruikelijke zorg in de eerste lijn op herkenning, diagnostiek, behandeling en uitkomsten van patiënten. Vooral in de VS is dit effect aangetoond.

# West-Friesland

Bijl voerde zijn onderzoek uit in West-Friesland (Noord-Holland) tussen juni 2000 en september 2002. Daarbij kreeg hij assistentie van onderzoeksassistenten van de Vrije Universiteit. Aan het onderzoek deden 34 huisartsenpraktijken mee (met 43 huisartsen). Bijna 4.000 patiënten werden onderzocht op depressie. Bijl: ‘We hebben de patiënten benaderd die in de wachtkamer van de huisartsen zaten. Ze kwamen dus voor uiteenlopende klachten van een gebroken teen tot huidklachten.’

De meeste patiënten waren bereid mee te doen**.** Voor de opsporing van depressie *(screening)*kregen zij een vragenlijst voorgelegd die gebruikt wordt voor het meten van depressie bij ouderen (de *Geriatric Depression Scale, GDS-15*). Deze konden ze in de wachtkamer invullen. En voor het stellen van de diagnose depressie werd de ‘stemmingsmodule’ van de *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (*PRIME-MD*) gebruikt, die later door een onderzoeksassistente werd afgenomen.

Uit de opsporing bleek dat 579 patiënten een positieve score op de *GDS-15* hadden, waarvan 178 een diagnose depressieve stoornis op de *PRIME-MD* kregen. In totaal waren 145 patiënten die deze diagnose hadden gekregen, bereid aan het (verdere) onderzoek mee te doen.

Vervolgens werden in 18 van de 34 praktijken de patiënten behandeld volgens de pakketinterventie. Deze huisartsen werden in opeenvolgende groepssessies die eenmaal werden herhaald, getraind in het toepassen van de pakketinterventie.

In 16 praktijken kregen de patiënten de gebruikelijke zorg. De huisartsen in deze praktijken werden niet op de hoogte gesteld van de resultaten van de *screening* en diagnose. Zij zouden bijvoorbeeld op een probleem bij patiënten kunnen stuitten, maar het probleem ook niet altijd als een depressie willen benoemen, steun kunnen geven in de vorm van gesprekken, eventueel in combinatie met antidepressiva, of het niet herkennen.

# Afname in beide groepen

In beide groepen nam in de loop van een jaar de ernst van de depressie aanzienlijk af. Voor het meten daarvan zijn verschillende (internationale) schalen gebruikt: de *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale* (*MÅDRS*), de eerder genoemde *PRIME-MD* en de *Clinical Global Impression* (CGI). Alleen de *MÅDRS*-schaal liet na zes maanden een statistisch significant lager resultaat zien dan die in de gebruikelijke zorggroep. Op andere meetmomenten waren er geen statistisch significante verschillen op deze schaal tussen beide behandelgroepen. Ook volgens de andere schalen waren er geen significante verschillen tussen beide groepen. De tevredenheid over de behandeling van de patiënten zelf verschilde in beide groepen evenmin. Na één jaar was er nog bij 43 patiënten sprake van een depressieve stoornis, verdeeld over beide groepen. Bijl concludeert: ‘Pakketinterventie is niet de aangewezen weg. Het kost veel energie die niet wordt omgezet in klinisch relevante verbetering van patiënten. Ook de toch wel vaak te horen veronderstelling dat er sprake zou zijn van onderdiagnostiek en onderbehandeling van ouderen met depressie in de huisartsenpraktijk hebben wij in ons onderzoek niet gevonden.’

Opvallend is dat zijn onderzoek een andere uitkomst geeft dan eerdere onderzoeken. Bijl geeft daarvoor een verklaring: ‘Van de zes onderzoeken, was er één die evenmin een duidelijk verschil liet zien. Uitgerekend dit onderzoek was het enige Europese onderzoek – gedaan in het Verenigd Koninkrijk. De andere vijf onderzoeken die wel een verschil lieten zien tussen gebruikelijke zorg en pakketinterventie zijn in de VS gedaan. De zorg is daar heel anders georganiseerd dan bij ons. Het zou dus kunnen liggen aan een andere 1e lijn, met een andere patiëntengroep, bijvoorbeeld veel onverzekerden die misschien niet makkelijk naar de huisarts gaan. Dat de Europese onderzoeken – waarvan mijn onderzoek de tweede is – andere resultaten tonen, geeft ook aan dat het onjuist is om zomaar uitkomsten uit de VS over te nemen.’

Verder is Bijl in zijn proefschrift ook kritisch over het voorschrijven van antidepressiva, iets wat huisartsen overigens de afgelopen jaren steeds meer zijn gaan doen: ‘Uit geneesmiddelenonderzoek blijkt toch dat het innemen van een placebo of een antidepressivum geen klinisch relevante verschillen oplevert, vooral bij lichte tot matig ernstige depressies. Een groot deel wordt daarom onterecht voorgeschreven. En het is zeker ook niet zo dat ouderen een voorkeur hebben voor geneesmiddelen. Integendeel ze verwachten vooral steun.’

# Verder onderzoek

Toch blijkt bijna eenderde van de patiënten die de diagnose depressie hadden gekregen, na een jaar nog niet verbeterd te zijn. Betekent dit niet dat zowel pakketinterventie als de gebruikelijke huisartsenzorg tekort schieten? Bijl: ‘Je zou inderdaad willen dat er meer mensen herstellen. Er is echter niet per se sprake van tekort schieten van zorg, maar van goede behandelmogelijkheden. Met de bestaande middelen is het moeilijk om het natuurlijk beloop van depressie drastisch te veranderen.’

Zou het dan niet kunnen dat zowel pakketinterventie als de gebruikelijke zorg vooral aanslaan bij mensen die een normale rouw doormaken, of andere levensproblemen hebben, waar ze somber of verdrietig van worden, maar zonder overmatige professionele hulp weer uitkomen (wat zeker in deze leeftijdsgroep veel voorkomt)? Bijl beaamt dit en geeft aan dat aandacht en steun geven aan patiënten een belangrijk wapen is van de huisarts (het ‘placebo effect’). En is het niet zo dat juist voor de mensen (eenderde) die niet herstellen, er een andere vorm van zorg nodig is? Bijl sluit dit niet. ‘Het idee dat medicamenteuze behandeling voor depressie de eerste keuze is, is aan herziening toe. Het is de moeite waard om meer onderzoek te doen naar psychologische behandelingen bij patiënten met lichte tot matig-ernstig depressie in de eerste lijn en ook naar de ontstaansgeschiedenis van de depressie. En het zou ook goed zijn om het begrip depressie te herzien, omdat de huidige definitie te weinig rekening houdt met de specifieke situatie van de patiënt.’

Annette van der Elst