

University of Groningen

Improving long-term outcome of major depression in primary care

Smit, Jannetje

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2007

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Smit, J. (2007). *Improving long-term outcome of major depression in primary care: the role of recurrence prevention*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

**Verbeteren van lange termijn uitkomsten van
depressie in de eerste lijn:
de rol van terugval preventie**

Dit proefschrift gaat over de effectiviteit van een nieuwe behandeling voor depressie in de huisartspraktijk. In deze behandeling gaat het niet alleen over de resultaten op het beloop van de huidige depressieve episode, maar wordt ook aandacht besteed aan preventie van terugval en recidieven.

Veranderd perspectief op depressie

Depressie is een psychische aandoening die wordt gekenmerkt door somberheid en het verlies van plezier en interesse in allerlei zaken die men normaliter wel als plezierig ervaart. Deze sombere stemming gaat gepaard met lichamelijke symptomen zoals slaapproblemen en vermoeidheid, en met een heel scala aan negatieve cognitieve connotaties, bijvoorbeeld schuldgevoelens, het verlies van zelfvertrouwen en moeite met denken. Bovendien ervaren mensen met depressieve klachten vaak beperkingen in hun dagelijkse functioneren, thuis en op de werkvloer. Dit heeft een negatieve impact op hun welbevinden, relaties en kwaliteit van leven.

Depressie is een ingrijpende, veel voorkomende aandoening: geschat wordt dat zo'n 24% van de vrouwen en 14% van de mannen tijdens hun leven tenminste een maal een depressie zullen meemaken. Bovendien is depressie vaak een terugkerende aandoening: veel mensen die een maal depressief zijn geweest, worden dat vaker. Eerdere episodes worden als belangrijke risicofactor gezien, waarbij het risico oploopt naarmate er meerdere eerdere episodes zijn geweest. Verder is sprake van een aanzienlijke kans op onvolledig herstel, waarbij men over langere tijd last blijft houden van enige residuele symptomen, en op chroniciteit. Onderzoek waarin depressieve mensen een aantal jaren werden gevolgd, laat zien dat circa een vijfde van hen niet binnen twee jaar is hersteld.

Sleutelrol voor huisartsen

In het Nederlandse zorgsysteem neemt de huisarts een centrale positie in. Hij of zij is meestal de eerste professionele zorgverlener die men bezoekt bij lichamelijke en psychische

klachten. Huisartszorg is generalistische zorg die in principe voor iedereen beschikbaar is. De huisarts heeft in dit systeem een poortwachterfunctie en bewaakt de toegang tot specialistische zorg. Gebleken is dat de meerderheid van depressieve patiënten hiervoor behandeld wordt door hun huisarts.

“Trek je eigen plan”

Het belangrijkste doel van de studie die in dit proefschrift centraal staat, was het door middel van een gerandomiseerde klinische trial onderzoeken van de effectiviteit van een experimenteel Depressie Terugval Preventie (DTP)-programma. Dit is een gestructureerde, psycho-educatieve zelfmanagement interventie, waarin deelnemers in drie individuele face-to-face bijeenkomsten met een daartoe getrainde preventiewerkster een persoonlijk Terugval Preventie Plan maakten, waarna zij in een 3 jaar durende vervolgfase vier keer per jaar korte telefonische gesprekken hadden met deze preventiewerkster om symptomen en gebruik van het Preventie Plan te monitoren. Bij het DTP-programma hoorden ook een boek en een videotape: *Trek je eigen plan - een wegwijzer voor zelfzorg bij depressie* (Tiemens *et al.* 1998). In het programma werd veel aandacht besteed aan herkenning van waarschuwingssignalen, vanuit de gedachte dat men dan eerder actie zou kunnen ondernemen in geval van (dreigende) terugval. Patiënten leerden vaardigheden, stressvermindering- en copingstrategieën die tot meer controle op hun depressieve symptomen zouden moeten leiden. In de 3-maandelijkse vervolcontacten gebruikten de preventiewerksters “Motivational Interviewing” (Miller & Rollnick 1991; 2002) om feedback te geven aan de patiënt, diens zelfwerkzaamheid te ondersteunen en ‘commitment’ aan het Preventie Plan te versterken. Een belangrijk element van het DTP is verder ook de nagestreefde continuïteit in de relatie tussen patiënt, preventiewerker en de eigen huisarts, die bijvoorbeeld ook een exemplaar kreeg van het persoonlijke Terugval Preventie Plan van de patiënt.

Experimentele behandelingen voor depressie in de huisartspraktijk

Het hoofddoel van de studie was het vergelijken van de behandelresultaten van het DTP-programma met de effecten van de gangbare huisartszorg bij depressie. Een tweede doel was het evalueren van eventuele toegevoegde effecten van twee andere interventies aan het basale DTP-programma. Dit betrof ofwel Psychiatrische Consultatie, waarbij patiënten voorafgaand aan het DTP één consult hadden met een psychiater, die hierover rapporteerde aan de huisarts en deze adviseerde in diens behandelbeleid, met name ten aanzien van antidepressiva. De 2^{de} optie bestond uit de combinatie van het DTP met kortdurende cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij patiënten eerst tien tot twaalf sessies CGT kregen voordat zij met het DTP-programma begonnen. De centrale vraag die we wilden beantwoorden was: welke behandeling beschermt deze huisartspatiënten het meest tegen een ongunstig beloop van depressie? Daarbij waren we met name geïnteresseerd in de langere termijn effecten van de verschillende behandelstrategieën, inclusief de gangbare huisartszorg (HAZ).

In dit proefschrift worden de resultaten beschreven. Eerst wordt in de inleiding, hoofdstuk 1, ingegaan op de achtergronden en redenen voor het onderzoek, en wordt de opbouw van het proefschrift geschetst. In hoofdstuk 2 wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van de opzet en de uitvoering van de studie en van de vier behandelcondities, inclusief de gangbare huisartszorg.

Uitkomsten

Over een periode van bijna vijf jaar hebben 55 huisartsen patiënten die volgens hen depressief waren naar het project verwezen. In totaal zijn 267 patiënten met een diagnose depressie (DSM-IV) geïnccludeerd en vervolgens gerandomiseerd naar een van de vier behandelingen: 72 (27%) van hen werden toegewezen aan behandeling door de huisarts en 195 patiënten naar een van de drie experimentele behandelingen: 112 (57%) naar het DTP-programma op zichzelf, 39 (20%) naar de combinatie van het DTP met Psychiatrische Consultatie en 44 patiënten (23%) kregen CGT voorafgaand aan het DTP.

De randomisatie was succesvol verlopen, zodat er geen significante verschillen tussen patienten in de vier behandelcondities aanwezig waren. Van alle deelnemers bleek 67% een recidiverende depressie te hebben en 36% had al meer dan drie eerdere episodes meegemaakt. De gemiddelde leeftijd waarop men voor het eerst depressief was geweest was begin dertig.

De respons op de 3-maandelijkse onderzoeksmetingen was goed, de gemiddelde non-response per meting was ongeveer 20%. Uitval was niet geassocieerd met specifieke klinische of sociodemografische kenmerken. De grote meerderheid van de respondenten (85%) nam deel aan de slotmeting, drie jaar nadat zij geïnccludeerd waren.

Het DTP-programma werd door een grote meerderheid van patiënten goed ontvangen en positief beoordeeld (hoofdstuk 3). Van alle 112 patiënten die waren gerandomiseerd naar een van de drie versies van het DTP, nam 92% deel aan de drie face to face contacten met een preventiewerkster; vervolgens participeerde 95% van hen eveneens aan de vervolgfase in het eerste jaar. Deelname aan het programma was echter significant lager in de groep die voorafgaand aan het DTP eerst CGT kreeg aangeboden, namelijk 75% .

Helaas waren de behandelresultaten teleurstellend. Na zes maanden was 67% van alle patiënten hersteld, ongeacht de behandelconditie. Zo'n 17% bleef gedurende deze gehele periode depressief (hoofdstuk 4). Over de gehele periode van drie jaar gekeken, bleek dat vrijwel alle patiënten gedurende deze tijd weliswaar op enig moment verbeterden, maar dat uiteindelijk slechts een derde van hen niet terugviel of een nieuwe episode van depressie kreeg (hoofdstuk 5). Deze langere termijn uitkomsten bleken in grote lijnen gelijk te zijn voor alle patiënten: er was geen sprake van statistisch significante verschillen op de belangrijkste uitkomstmaten tussen de behandelingen, inclusief de huisartszorg. De enige uitzondering was de ernst van de depressieve symptomen zoals gemeten met de Beck Depressie vragenlijst; deze bleek gemiddeld genomen gedurende de 3-jarige onderzoeksperiode enigszins lager te zijn bij de DTP-patiënten die waren toegewezen aan de combinaties met

psychiatrische consultatie en CGT, vergeleken met degenen die gerandomiseerd waren naar het DTP-programma op zichzelf en de patiënten die toegewezen waren aan HAZ.

Ter bepaling van de kosteneffectiviteit van de behandelingen werd ook een economische evaluatie uitgevoerd (hoofdstuk 6). De primaire uitkomstmaat in deze analyse was de proportie depressievrije tijd gedurende de onderzoeksperiode. Uit de resultaten van deze analyses bleek, niet onverwacht gezien de klinische uitkomsten, dat het DTP-programma in vergelijking met huisartszorg niet kosteneffectief was. Voor de combinaties van het DTP met psychiatrische consultatie en cognitieve gedragstherapie waren de behandelresultaten weliswaar enigszins beter dan voor DTP op zich, maar de verschillen met HAZ waren slechts bescheiden terwijl de kosten hoger waren.

De belangrijkste conclusie van deze studie is dat toevoeging van het Depressie Terugval Preventie-programma aan de gangbare huisartszorg voor depressie geen toegevoegde waarde bleek te hebben. Op grond van deze uitkomsten kan dan ook geen pleidooi worden gehouden voor de implementatie van een dergelijke interventie in deze setting.

Verklaring en implicaties

Op een aantal plaatsen in dit proefschrift en met name in het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 8) wordt stil gestaan bij mogelijke verklaringen voor de uitkomsten van deze trial. Dat de verwachte meerwaarde van het DTP-programma uitbleef, kan met een aantal zaken te maken hebben. Ten eerste : de dynamiek en kwaliteit van de gebruikelijke huisartszorg voor depressie. Al met al zat er zo'n 10 jaar tussen het moment van het ontwerp van de studie (en de subsidieaanvraag) en het einde van de gegevensverzameling. In de tussenliggende tijd is de zorg die huisartsen bij depressie verlenen veranderd. Onze uitkomsten laten zien dat "gebruikelijke" huisartszorg voor patiënten met een herkende depressie nu meestal bestaat uit het voorschrijven van een antidepressivum, geregelde contacten met de huisarts en frequente verwijzing naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, inclusief eerstelijnspsychologen. Een consequentie hiervan was dat er in onze studie minder contrast

was dan vooraf verwacht tussen de experimentele behandelingen en de zorg die door de betrokken huisartsen werd geleverd.

Een tweede verklaring heeft te maken met het DTP-programma zelf. Voor sommige patiënten zou de continue focus in het programma op (mogelijke terugkeer van) depressie, in combinatie met de lange vervolgduur, onbedoeld een negatieve impact kunnen hebben omdat het hun gevoel van kwetsbaarheid voor terugval in een depressie zou kunnen versterken (sensitiverend effect). Bovendien zou de sterke nadruk in het DTP op het monitoren van depressieve symptomen, voor sommigen ook averechts kunnen uitpakken. Depressie wordt immers vaak gekenmerkt door een zogenaamde ruminatieve copingstijl, waarbij sprake is van een neiging om probleemsituaties en emoties te over-analyseren. Dit kan er toe leiden dat selectief negatief denken wordt versterkt ten koste van actieve probleemoplossing. Het DTP zou deze naar binnen gerichte focus kunnen oproepen. Verder was mogelijk sprake van een inherente tegenstelling in het DTP. Aan de ene kant werd namelijk steeds gewezen op het belang van zelfmanagement, terwijl aan de andere kant alle interventiepatiënten drie jaar lang geregelde contacten met preventiewerksters kregen aangeboden, ongeacht de status van hun depressie of hun eigen behoefte aan deze zorg. Kortom, niet uit te sluiten valt dat voor sommige patiënten het DTP en de wijze waarop dit programma is uitgevoerd in feite een ondermijnend effect had op hun eigen copingstijl en vertrouwen in de eigen vaardigheden om met depressie om te gaan.

Tenslotte zijn er verklaringen mogelijk die te maken hebben met het design van deze studie. Het ging om een pragmatische trial, zo dicht mogelijk op de werkelijkheid van de gebruikelijke huisartszorg. De initiële selectie van patiënten die in aanmerking kwamen voor deelname lag volledig in handen van de deelnemende huisartsen en de inclusiecriteria waren relatief ruim, zodat de meeste patiënten die door hun huisarts werden aangemeld ook geïnccludeerd werden. Het feit dat bijna tweederde van de deelnemende patiënten bleek te lijden aan recidiverende depressies, waarvan zo'n 37% al meer dan drie eerdere episodes had doorgemaakt, maakt het aannemelijk dat de betrokken huisartsen vooral de meer kwetsbare of moeilijk te behandelen patiënten naar het project verwezen.

Aanbevelingen

Het proefschrift eindigt met een aantal overwegingen en aanbevelingen, waarvoor ook terug gegrepen wordt op hoofdstuk 7. Dat hoofdstuk bevat een overzicht van strategieën voor verbetering van de reguliere behandeling van depressie in de eerstelijns. Een belangrijke conclusie is dat het ontbreekt aan eerstelijnsstudies die niet alleen evalueren welke behandeling het meest effectief is bij een huidige depressie, maar die ook onderzoeken welke aanpak beschermt tegen terugval en recidieven over een langere termijn. Uit de weinige studies hierover komen aanwijzingen dat een meer pro-actieve, op risicovermindering gerichte benadering resulteert in een beter beloop van depressie bij patiënten met een hoog recidief risico. Verder hebben studies in andere settings laten zien dat psychotherapie op de langere termijn beschermende effecten kan hebben; langdurig gebruik van antidepressiva is niet de enige manier om een beter beloop van depressie te realiseren.

De belangrijkste aanbevelingen voor toekomstig onderzoek zijn de volgende: Ten eerste moet het concept van zelfmanagement in de zorg voor depressie niet te snel los worden gelaten. Depressie is een psychische aandoening die gekenmerkt wordt door verschillende belooppatronen en subtypes. Toekomstige interventies zouden meer rekening moeten houden met de diversiteit die er tussen individuele patiënten bestaat wat betreft hun klachten en de manier waarop zij daarmee omgaan. Deze verschillen hebben namelijk wel degelijk betekenis voor de behandeling. Zo komen de voorgeschiedenis van de patiënt en met name het aantal eerdere episoden naar voren als voorspellers van behandelresultaat.

Ten tweede zou er, mede gelet op het feit dat onze resultaten niet op zichzelf staan maar overeenkomen met uitkomsten van andere recente studies, meer aandacht moeten zijn voor het beantwoorden van de vraag welke elementen van de huisartszorg in Nederland bijdragen aan de effectiviteit ervan. Om werkelijke verbeteringen in de lange termijn uitkomsten van depressie te kunnen realiseren, zouden nieuwe onderzoekswegen moeten worden ingeslagen. Daarin past ook een meer omvattende visie op de generalistische en contextuele benadering die kenmerkend is voor de zorg die huisartsen bieden.