

Beat the blues

J. SPIJKER

Programma's om depressie te voorkomen en te behandelen zijn er tegenwoordig in vele soorten en maten. Dat is begrijpelijk want depressie is nu eenmaal een veelvoorkomend en ingrijpend probleem, dat een hoge ziektelast en grote economische schade oplevert.

Maar de laatste tijd lijkt het erop dat nieuwe wegen worden bewandeld om het probleem aan te pakken; de focus is dan gericht op kostenreductie, simpelweg door behandelingen niet meer te vergoeden of eigen bijdrages te innen. De gedachte is blijkbaar dat een teruggang in kosten ook het probleem doet verdwijnen. Het is niet verwonderlijk dat we hier spreken over plannen van de overheid.

Omvangrijk probleem Beginnen we met de omvang van het probleem. Iedereen blijft zich verbazen over de 750.000 Nederlanders die per jaar aan depressie lijden. Hier is al veel over geschreven en gediscussieerd, maar het blijft overeind dat deze cijfers voortkomen uit gedegen wetenschappelijk bevolkingsonderzoek, nl. de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS; Vollebergh e.a. 2003) waarin op redelijk betrouwbare wijze middels de CIDI psychopathologische stoornissen worden vastgesteld. Maar, wordt er dan gezegd, dit zijn natuurlijk niet allemaal klinische depressies. Als men bedoelt dat niet al deze mensen behandeling zoeken of nodig hebben, dan klopt dat. Zo'n kleine 60% zoekt hulp. Helaas is het niet zo dat de 40% die geen hulp zoekt, die ook niet nodig zou hebben.

Als men bedoelt dat deze 750.000 mensen bij een onderzoek door een psychiater niet allemaal als depressief gediagnosticeerd zouden worden, is dat ook waar, maar de vraag is natuurlijk hoe valide het psychiatrisch onderzoek bij depressie is, om als gouden standaard te dienen.

Eigen bijdrage? Het lijkt erop dat de macht der grote getallen de ambtenaren van vws heeft bewogen om het idee te opperen een eigen bijdrage te vragen voor hulp bij psychische problemen. Er is daarmee volstrekt niet beargumenteerd waarom dit wel voor mentale problemen, maar niet voor somatische problemen zou moeten en daarmee wordt de schijn gewekt dat het ministerie mentale problemen tot een minder belangrijke categorie rekent.

Het bedenken van een eigen bijdrage doet vermoeden dat men hiermee de vraag naar hulp zou willen afremmen. Dat is een niet geheel ongevaarlijke route want het is bekend dat uitstellen van hulpzoeken klachten vaak doet verergeren en de kosten van ziekte en de gevolgen daarvan doet toenemen. Dus het zou vanuit economisch perspectief wel eens heel verkeerd kunnen uitpakken. Voorlopig is

deze maatregel weer van de baan, maar deze kan elk moment weer uit de kast gehaald worden.

Minder antidepressiva, maar hoe? En dan een volgende stap: kosten van antidepressiva voor lichte depressie worden niet langer vergoed. De argumentatie is begrijpelijk. De herziene richtlijn Depressie (2010) geeft aan dat er geen indicatie meer bestaat om antidepressiva voor te schrijven bij lichte depressie. Van mensen met depressieve klachten die hulp zoeken, heeft ongeveer 30% een lichte depressie en dat zijn de mensen die vooral in de huisartspraktijken gezien worden. Het is verstandig om voor deze doelgroep niet voor antidepressiva, maar voor alternatieven te kiezen. Of dat op deze manier moet, is uiteraard de vraag. Gezondheidszorgprofessionals zijn vaak zeer creatief om bureaucratische procedures om de zorg te sturen, te passeren. Het is niet heel onwaarschijnlijk dat we een toename van ernstige depressies in de huisartspraktijken kunnen verwachten.

En de alternatieven moeten dan wel voorhanden zijn. Vaak komt het dan neer op kortdurende vormen van gespreksbehandeling, die natuurlijk ook niet goedkoop zijn.

Vanuit onze beroepsvereniging komen ook geluiden om het antidepressivagebruik flink te reduceren, tot zelfs een kwart van het huidige gebruik. Het zijn vooral de huisartsen die dit moeten uitvoeren, want zij zijn de grote verstrekkers. Huisartsen pareren deze oproep met het argument dat de psychiaters hun zelf daartoe in het verleden aangespoord hebben. Dat is waar: zo'n 10 jaar geleden werden huisartsen gekapitteld dat ze depressie slecht zouden herkennen en behandelen. Dat hebben zij zich ter harte genomen. Een ander argument dat huisartsen gebruiken, snijdt wellicht meer hout. Veel voorschriften betreffen herhaalrecepten van antidepressiva ingesteld door de tweede lijn. Zeker bij meerdere recidieven is de vraag hoe lang doorbehandeld moet worden erg lastig te beantwoorden en waarschijnlijk kiezen veel patiënten en hun huisartsen in dat geval voor de zekere weg.

Samenhangend pakket Bovenstaande plannen hebben als kenmerk dat de oplossing van het probleem toch vooral bij een ander wordt gelegd. De burger met depressie moet niet zeuren en zijn of haar probleem zelf oplossen en de huisarts moet minder antidepressiva voorschrijven.

Een gezamenlijke aanpak lijkt mij veel vruchtbaarder. Laten we onderkennen dat depressie veel voorkomt en dat ook lichtere vormen van depressie veel lijden en schade kunnen meebrengen. Preventie van depressie gericht op risicogroepen is een eerste stap. Als er toch klachten zijn en hulp daarbij nodig is, hoeft niet alle hulp

LITERATUUR

Volleberg W, de Graaf R, ten Have M, Schoemaker C, van Dorsselaer S, Spijker J, e.a. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie, eerste herziening. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Trimbos-instituut Utrecht. 2010

Spijker J, van Vliet IM, Meeuwissen JAC, van Balkom AJLM. Herziening van de multidisciplinaire richtlijnen angst en depressie. Tijdschr Psychiatr 2010; 52:715-8.

AUTEUR

J. SPIJKER is als psychiater verbonden aan De Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei, Ede, en als onderzoeker aan het Trimbos-instituut, Utrecht.

Correspondentieadres: dr. J. Spijker, De Gelders Roos, Postbus 70, 6710 BB Ede.
E-mail: j.spijker@degelderseroos.nl

Strijdige belangen: J. Spijker ontving honoraria als spreker voor Astra Zeneca, Glaxo Smith Kline en Wyeth.

TITLE IN ENGLISH Beat the blues

door professionals gegeven te worden. Zelfhulp via internet en in boekvorm kan zeer effectief zijn. Als er wel professionele hulp nodig is, dan kan deze stapsgewijze (volgens de principes van *stepped care*) opgezet worden in een regio: lichtere vormen rond de eerste lijn met o.a. psycho-educatie en activering, kortdurende gespreksbegeleiding, runningtherapie; voor intensievere hulp met medicatie, psychotherapie, dagbehandeling en opname moet de tweede lijn ingezet worden (Spijker e.a. 2010). De herziene richtlijn Depressie geeft daar goede adviezen voor, maar de uitwerking naar regionale afspraken moet veelal nog plaatsvinden.

We zouden moeten inzetten op een samenhangend pakket aan maatregelen die beginnen met preventie en uitlopen in lichte tot zwaardere vormen van behandeling. Momenteel wordt een zorgstandaard depressie ontwikkeld die de bouwstenen daarvoor levert. De zorg voor depressie kan dan een stuk verbeteren; dat kan ook kosteneffectief en dat zou op den duur de maatschappij veel kosten besparen.