

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie

Een commentaar

J. SPIJKER, J. HUYSER, M.B.J. BLOM

SAMENVATTING De Multidisciplinaire richtlijn Depressie is een belangrijke samenvatting geworden van de beschikbare kennis over de behandeling van depressie. Punten van kritiek zijn de keuzes die bij de selectieve heropnameremmers gemaakt worden voor fluvoxamine, paroxetine en sertraline en niet voor citalopram, en de voorkeur voor antidepressiva boven psychotherapie of de combinatie van antidepressiva en psychotherapie. Daarnaast is er weinig samenhang tussen de verschillende behandelaspecten en is er weinig aandacht voor de problemen van depressiebehandeling in de dagelijkse praktijk. Dat beperkt de toepasbaarheid van de richtlijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 921-925]

TREFWOORDEN depressie, richtlijn, toepasbaarheid

Richtlijnen vormen een vast bestanddeel in de gezondheidszorg. In de ggz zijn voor veel stoornissen monodisciplinaire richtlijnen beschikbaar. Recentelijk is de tweede generatie richtlijnen – de multidisciplinaire – verschenen, waaronder een richtlijn voor depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005). Multidisciplinaire richtlijnen moeten de samenhang tussen de behandelingen door verschillende disciplines beschrijven. Idealiter zijn het geïntegreerde richtlijnen waarin de behandeling voor de aandoening als een traject met verschillende fasen wordt beschreven.

Aan de multidisciplinaire richtlijnen wordt gewerkt door vertegenwoordigers van verschillende beroepsverenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ). Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut zorgen voor de ondersteuning. Verder zitten vertegenwoordigers

van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en van patiënten- en familieorganisaties aan tafel.

Aan de totstandkoming van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie werkte een eigen werkgroep waarin specialisten uit diverse disciplines zitting hadden. Het heeft dertig maanden geduurd voordat de richtlijn gereed kwam. Deze lange ontwikkelingstijd had mede te maken met de inspanning om met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op één lijn te komen met betrekking tot de keuze voor antidepressiva. Uiteindelijk is dat niet gelukt en onderschrijft het NHG de richtlijn niet.

In de inleiding van de richtlijn staat vermeld dat de richtlijn moet worden opgevat als een ‘moederriichtlijn’ waaruit de verschillende disciplines weer eigen monodisciplinaire richtlijnen kunnen maken of waaruit samenwerkingsafspraken tussen verschillende zorgaanbieders kunnen ontstaan. De mate van bewijskracht voor de aanbevelingen van de richtlijn is gerangschikt naar sterkte, waarbij een systematische review of ten minste

twee onafhankelijke, kwalitatief sterke onderzoeken de hoogste bewijskracht opleveren en de mening van deskundigen of die van de werkgroep de laagste heeft. De literatuur voor de richtlijn is bijgewerkt tot februari 2003 en er wordt aangeraden de richtlijn vóór 2008 te herzien. De richtlijn is te downloaden van www.ggzrichtlijnen.nl.

In deze bijdrage willen wij commentaar leveren op de bruikbaarheid van de richtlijn voor de dagelijkse behandelpraktijk.

SAMENVATTING VAN DE RICHTLIJN

De Multidisciplinaire richtlijn Depressie is bedoeld voor de behandeling van volwassenen met een depressieve stoornis (American Psychiatric Association 1994). Ook dysthymie komt in de richtlijn aan bod.

Voor de herkenning en diagnostiek van depressie kan gebruik worden gemaakt van screeningsinstrumenten en diagnostische testen. Om het beloop van een depressie te volgen wordt het gebruik van een ernstmeetinstrument sterk aanbevolen en krijgt de *Inventory of Depressive Symptoms (IDS)* de voorkeur. Ten aanzien van de behandeling worden biologische, psychotherapeutische en zogenaamde ondersteunende/structureerende interventies apart beschreven.

Voor de biologische aanpak wordt een algoritme uitgewerkt. De eerste stap is afhankelijk van de setting waar de behandeling plaatsvindt: voor de eerste lijn wordt een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) of een tricyclisch antidepressivum (TCA) aanbevolen, voor de tweede lijn worden deze twee soorten antidepressiva aangevuld met mirtazapine en venlafaxine. Voor de behandeling in de kliniek is een TCA favoriet. De rationale is dat de ernst van depressie toeneemt in hogere echelons van de zorg. Bij het uitblijven van verbetering kan een tweede stap opnieuw een van deze middelen zijn. Dan komt lithiumadditie, bij voorkeur additie bij een TCA. Daarna volgt een monoamineoxidaseremmer en ten slotte elektroconvulsivetherapie (ECT). De psychotische depressie krijgt een andere volgorde: starten met een

TCA, eventueel een antipsychotisch middel toevoegen en daarna ECT.

De psychotherapeutische mogelijkheden zijn eigenlijk simpel: zowel cognitieve als gedragstherapie en interpersoonlijke therapie komen in aanmerking. Als er duidelijk relatieproblematiek is, kan gekozen worden voor een relatietherapie. Bij lichte en matige depressies kan in plaats van een individuele behandeling ook voor groepsbehandeling gekozen worden.

Dan volgen de steunende en structureerende interventies. Bij elke behandeling van depressie hoort voorlichting over de aandoening en de follow-up. Andere interventies die worden aangeraden zijn de bibliotherapie en psycho-educatie (cursus 'In de put, uit de put') en de zogenaamde *problem solving therapy*. Van de vaktherapieën wordt in ieder geval *running-therapie* aangeraden. Psychomotorische therapie en muziektherapie zijn waarschijnlijk zinvol. Het nut van maatschappelijk werk en verpleegkundige interventies is niet bewezen, maar vanuit de klinische praktijk wordt vooral voor verpleegkundige interventies het belang van het betrekken van het netwerk ondersteund.

Belangrijk is het hoofdstuk indicatiestelling: wie moet behandeld worden, wanneer en met wat? Bij een eerste, lichte depressie die nog geen drie maanden duurt, kan afgezien worden van specifieke behandeling en kunnen de ondersteunende interventies overwogen worden. Er moet wel controle plaatsvinden of de depressie daadwerkelijk verbetert. Als er na zes weken geen verbetering is opgetreden, moet alsnog tot depressiespecifieke behandeling worden overgegaan. Dan is de keuze of er met farmacotherapie of psychotherapie moet worden begonnen. Bij een lichte tot matig ernstige depressie is de voorkeur van de patiënt erg belangrijk. Bij een ernstige depressie moeten antidepressiva worden aangeraden, eventueel in combinatie met psychotherapie. Nog steeds is ook psychotherapie alleen een optie. Bij onvoldoende respons na drie maanden kan er bij een aanvankelijk psychotherapeutische behandeling overgegaan worden op een antidepressivum, een antidepressivum

worden toegevoegd, een andere psychotherapie gestart worden of een andere psychotherapie plus een antidepressivum. Als er aanvankelijk met een antidepressivum was gestart kan een soortgelijk schema aangehouden worden: wijzigen van antidepressivum, een antidepressivum toevoegen, starten met psychotherapie of een combinatie met psychotherapie. Als er na een acute behandeling met een antidepressivum nog restsymptomen zijn, kan cognitieve therapie overwogen worden. Bij chronische depressie (met een duur van twee jaar of langer) of dysthymie zijn er geen specifieke voorkeuren. De wens van de patiënt en eerdere succesvolle behandelingen kunnen dan bepalend zijn in de afweging.

COMMENTAAR

Het maken van een multidisciplinaire richtlijn vergt een grote inspanning gezien de vaak moeizame afstemming tussen beroepsgroepen in de ggz. Dat er nu toch dergelijke richtlijnen verschijnen, verdient veel lof. Het is misschien wat veel gevraagd dat een richtlijn de samenhang tussen de verschillende disciplines en mogelijk zelfs een geheel zorgtraject beschrijft, en dat is in deze richtlijn dan ook niet gelukt. De richtlijn geeft meer de stand van zaken weer op het gebied van onderzoek; samenhang biedt hij zeker niet. Dat komt ook tekstueel tot uiting. De richtlijn is opgebouwd uit losse hoofdstukken. Er zijn geen verbindende principes beschreven die alle behandelingen voor depressie in verschillende settings en stadia bij elkaar brengen. Het meest saillant voor dit fragmentarische karakter van de richtlijn is dat het patiëntenperspectief weliswaar in elk hoofdstuk aan de orde komt, maar als een losse paragraaf die weinig samenhang vertoont met de rest.

De gebrekkige samenhang leidt soms zelfs tot tegenstrijdige teksten. Zo wordt bij de indicatiestelling voor behandeling het advies gegeven om bij een eerste, lichte en kortdurende depressie niet gelijk over te gaan tot depressiespecifieke behandeling met antidepressiva of psychotherapie. Ondersteunende interventies kunnen overwogen

worden. Maar in het hoofdstuk over de structurende en ondersteunende interventies wordt minstens de indruk gewekt dat bij elke depressie een start met de ondersteunende interventies de voorkeur heeft. Dat is waarschijnlijk niet de bedoeling geweest van de werkgroep.

Ten aanzien van de medicamenteuze opties krijgen bij de SSRI's fluvoxamine, paroxetine en sertraline de voorkeur. Gezien het bijwerkingenspectrum van deze middelen is het vreemd dat citalopram niet wordt genoemd. Een vergelijking met de eveneens onlangs verschenen Engelse NICE-richtlijn voor depressie (National Institute for Clinical Excellence 2004) leert dat daarin citalopram met fluoxetine juist de voorkeur krijgt. Er zijn meer verschillen in de behandelkeuzes. In de NICE-richtlijn heeft het ook in ons land bekende debat over de werkzaamheid van antidepressiva ertoe geleid dat antidepressiva, in verband met een gebrek aan effectiviteit, worden afgeraden bij lichte depressies en dat bij matige depressies de voorkeur wordt gegeven aan psychotherapie boven antidepressiva. Bij een ernstige depressie heeft de NICE-richtlijn duidelijk een voorkeur voor de combinatiebehandeling, evenals bij chronische depressies. Voor zover onderzoek aanwezig is, onderbouwt dit de voorkeur van de NICE voor combinatiebehandeling bij deze indicaties (Keller e.a. 2000; Pampallona e.a. 2004).

Bij de psychotherapeutische behandeling ligt de duur van de behandeling niet vast. Aangeraden wordt door te gaan tot een stabiele remissie is bereikt, dat wil zeggen een score van acht of minder op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) gedurende vier weken. Hoewel er inderdaad onduidelijkheid bestaat over de optimale duur van een psychotherapeutische behandeling is dit advies niet praktisch, want het kan betekenen dat er onbeperkt wordt doorbehandeld terwijl de patiënt niet voldoende verbetert. In de praktijk lijkt het zinvoller om bij onvoldoende resultaat na zestien sessies (de meeste onderzoeken gaan uit van deze duur (Churchill e.a. 2003)) een volgende interventie te plegen, zoals het toevoegen van antidepressieve medicatie.

De opmerking dat bij patiënten uit andere culturen een niet-standaardbehandeling op zijn plaats zou zijn (op pagina 84 van de richtlijn), is vreemd. Het is niet duidelijk waarom patiënten uit andere culturen niet zouden kunnen profiteren van een standaardbehandeling. Een recent onderzoek laat juist zien dat bijvoorbeeld interpersoonlijke psychotherapie (IPT) zeer effectief kan zijn in niet-westerse culturen (Bolton e.a. 2003). Daarnaast wordt gesteld dat in de praktijk vooral eclecticische interventies ‘succesvol uitgevoerd’ worden (eveneens op pagina 84 van de richtlijn). Er wordt niet expliciet vermeld wat deze eclecticische behandeling dan zou zijn. Men zou hierin een verkapt pleidooi kunnen zien voor het afwijken van de standaardbehandeling. Dat is wel opmerkelijk voor een richtlijn die er juist op gericht is meer en beter standaardbehandelingen uit te voeren.

De richtlijn had aan kracht gewonnen als de aanbevelingen beter ingebed waren in epidemiologische gegevens over aard en voorkomen van depressie in de verschillende echelons van de zorg. Dan was inzichtelijk geworden waarom er in de verschillende echelons voor verschillende behandelopties wordt gekozen. De grote variabiliteit in aard en beloop van depressies komt nu weinig tot zijn recht. Zo lijkt het hoofdstuk diagnostiek van depressie voornamelijk geschreven vanuit het perspectief van de tweede lijn. Het is bekend dat depressies in de eerste lijn vaak een andere verschijningsvorm, ernst en beloop kennen en dat huisartsen dus ook anders werken ten aanzien van diagnostiek en behandeling (Boswell & Stoudemire 1996; Van Weel-Baumgarten e.a. 2000).

Ook is in de richtlijn helaas geen ruimte gemaakt voor de behandeling van bijzondere, in de praktijk veelvoorkomende groepen, zoals depressieve patiënten met verslavingsproblemen, lichamelijke ziekten en andere comorbide stoornissen.

CONCLUSIE

Het lijkt ons dat deze multidisciplinaire richtlijn niet integraal in de praktijk kan worden toegepast. Over sommige keuzes valt te discussiëren

en er is gebrek aan samenhang. Wel vormt de richtlijn een goed uitgangspunt om regionale zorgprogramma's voor depressie te beschrijven en tot afspraken te komen tussen verschillende zorgaanbieders. Dat de NHG de richtlijn niet heeft onderschreven is helaas een slecht voorteken voor regionale samenwerking, die juist voor depressiezorg zo nodig is.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., e.a. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 289, 3117-3124.
- Boswell, E.B., & Stoudemire, A. (1996). Major depression in the primary care setting. *The American Journal of Medicine*, 101, 35-95.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., e.a. (2003). Brief psychological therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Art. Nr.: CD001763. DOI: 10.1002/14651858.CD001763.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., e.a. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Depression. Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23*. London: NICE.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., e.a. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.
- Weel-Baumgarten, E.M. van, Schers, H.J., van den Bosch, W.J., e.a. (2000). Long-term follow-up of depression among patients in the community and in family practice settings. A systematic review. *The Journal of Family Practice*, 49, 1113-1120.

AUTEURS

J. SPIJKER is psychiater en A-opleider bij de Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei in Ede.

J. HUYSER is psychiater en is verbonden aan het programma Stemmingsstoornissen van AMC/De Meren in Amsterdam.

M.B.J. BLOM is psychiater en is verbonden aan het programma Depressie van PsyQ in Den Haag.

Correspondentieadres: dr. J. Spijker, de Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei, Willy Brandtlaan 20, 6716 RR Ede. Tel.: (0318) 433400.
E-mail: j.spijker@degelderseroos.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-5-2006.

SUMMARY

The multidisciplinary guideline for the treatment of depression: a commentary – J. Spijker, J. Huyser, M.B.J. Blom –

The multidisciplinary guideline for the treatment of depression has come to be regarded as an important summary of the currently available information about the treatment of depression. We are critical of several of the views expressed in this guideline – first of all, the guideline opts for the selective uptake inhibitors fluvoxamine, paroxetine and sertraline rather than for citalopram, and secondly, the guideline rates antidepressants more highly than psychotherapy or a combination of antidepressants and psychotherapy. There is a lack of cohesion between the various aspects of treatment and little attention is given to the problems of treating depression in everyday practice. In our view this restricts the applicability of the guideline.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)12, 921-925]

KEY WORDS depressive disorder, implementation, practice guideline