

De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie¹

Oorzaken en beleidsaanbevelingen

J. ORMEL, M. BARTEL, W.A. NOLEN

ACHTERGROND Depressie is verantwoordelijk voor circa 4% van de ziektelast in de wereld. Ondanks de beschikbaarheid van werkzame behandelingen van depressie, zijn er geen aanwijzingen dat de maandprevalentie van depressie daalt.

DOEL Dit artikel probeert de vraag te beantwoorden wat de oorzaak is van deze paradox en wat er aan gedaan kan worden.

METHODE Kritische analyse van de literatuur en andere (informele) informatiebronnen.

RESULTATEN Effectieve behandeling zou de maandprevalentie met 20-25% kunnen reduceren. Mogelijke oorzaken dat dit niet plaatsvindt, zijn een toename van de incidentie van eerste episode, uitstel van hulpzoekgedrag en behandeling, aantasting zelfzorg, therapieontrouw, inadequate behandeling, en mogelijk ook een beperkte beïnvloedbaarheid van het beloop op langere termijn. Achter de oorzaken ligt een geestelijke gezondheidszorg die wellicht onvoldoende populatiegericht is, onvoldoende rekening houdt met het chronisch-recidiverende en zelfzorg aantastende karakter van veel depressies, en de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit niet weet te dichten.

CONCLUSIE Vanuit het beschreven gezichtspunt worden beleidsaanbevelingen voorgesteld. Belangrijke elementen hierbij zijn het 'stapsgewijze' behandelmodel, implementatie van optimale zorg via zorgprogramma's, herijking van de rollen van hulpverlener en patiënt, en herverdeling middelen op basis van ziektelast en kosten-effectiviteit.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 237-246]

TREFWOORDEN behandeling, depressie, eerstelijnsgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, prevalentie

De maand-, jaar- en lifetime-prevalentie van de unipolaire depressieve stoornis (DSM-IV; major depression; verder genoemd depressie) bedragen in westerse landen respectievelijk circa 3, 5 en 15% (World Health Organisation 2001). Ook in de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) werden in de Nederlandse bevolking vergelijkbare prevalenties gevonden (Bijl e.a. 1998). Daarnaast lijdt jaarlijks nog eens circa 5% aan een 'minor' depressie. In de NEMESIS-populatie is ook

onderzocht wat het beloop is van de depressieve stoornis: zo'n 50% herstelt binnen 3 maanden, de gemiddelde duur bedraagt 8,4 maanden en bij zo'n 20% is het beloop chronisch (duur langer dan 2 jaar) (Spijker e.a. 2002). De overgrote meerderheid van patiënten die in de eerste lijn voor een depressieve stoornis worden behandeld, verbetert. Het herstel is echter vaak onvolledig en de kans op terugval en recidief aanzienlijk (Ormel e.a. 1993; Tiemens 1999). Het beloop van in de tweede lijn behandelde

patiënten is waarschijnlijk nog ongunstiger. In de NEMESIS-populatie werd het meest ongunstige beloop – zij het statistisch niet-significant – gezien bij respondenten die rapporteerden contact te hebben gehad met de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (Spijker e.a. 2002). Judd e.a (1998) becijferden op basis van onderzoeken waarin ambulante behandelde en opgenomen patiënten 10 tot 15 jaar werden gevolgd, dat slechts 1 op de 5 volledig herstelde. Zij berekenden verder dat patiënten 15% van de tijd voldeden aan de (ICD-10) criteria voor een depressieve stoornis en 60% van de tijd last hadden van depressieve symptomen.

Depressie is een van de belangrijkste oorzaken van de ziektelast in de wereld. Gemeten in termen van disability-adjusted life years (DALY's; een maat die rekening houdt met zowel premature sterfte als het aantal jaren dat men met functionele beperkingen leeft), nemen neuropsychiatrische aandoeningen 12% van de totale ziektelast in de wereld voor hun rekening, terwijl onder de afzonderlijke aandoeningen depressie met 4,4% na luchtwegaandoeningen, perinatale aandoeningen en HIV/AIDS de 4de plaats inneemt (World Health Organisation 2001). Voor de westerse wereld bedragen deze percentages zelfs 22 en 6,7%, en er is geen reden om aan te nemen dat de situatie in Nederland veel anders is.

De hoge ziektelast wordt veroorzaakt door een combinatie van factoren: (1) de relatief hoge prevalentie van depressie; (2) het aanzienlijk verlies van kwaliteit van leven waarmee de meeste episoden gepaard gaan; (3) het chronisch/recidiverende karakter van veel depressies; (4) de jonge leeftijd waarop de eerste episode zich vaak voordoet (adolescentie en jongvolwassenheid); en (5) de verhoogde mortaliteit (o.m. aan suïcide, hart- en vaatziekten). Bovendien blokkeert een ernstige en langdurige episode vaak iemands sociale en economische ontwikkeling, soms zelfs blijvend.

DE PARADOX

Werkzame behandelingen beschikbaar De hoge prevalentie en ziektelast van depressie roepen de

vraag op of deze aandoening wel te behandelen is. Het antwoord op deze vraag is een duidelijk 'ja'. De afgelopen decennia zijn diverse behandelingen van depressie ontwikkeld én werkzaam gebleken in grote gerandomiseerde klinische onderzoeken (randomised controlled trials, RCT's) (Nathan & Gorman 1998). Deze onderzoeken hebben aangetoond dat antidepressiva, cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT) en elektroconvulsiotherapie (ECT) de duur van depressieve episodes statistisch significant bekorten ten opzichte van een toch al hoge frequentie van 'spontane' verbetering (inclusief placebo) in controlegroepen. Andrews (2001) schat de winst van deze behandelingen op een halve tot een hele standaarddeviatie bovenop de placeborespons. In een recente meta-analyse van alle RCT's met tricyclische antidepressiva (TCA's), bedroeg de kortetermijnrespons op TCA's 46% en op placebo 31% (Storoso e.a. 2001). Een grote meta-analyse van gerandomiseerde vergelijkende onderzoeken naar de werkzaamheid van antidepressiva liet zien dat binnen 8 weken 40-55% herstelt (Entsuah e.a. 2001). De respons op langere termijn is echter minstens zo belangrijk. Bij respons op een antidepressivum wordt daarom geadviseerd de behandeling na een eerste episode ten minste een half jaar voort te zetten en na een of meer recidieven één tot enkele jaren. Daarmee daalt de kans op terugval of recidief met ongeveer de helft (Geddes e.a. 2003). De effectiviteit van doorbehandeling gedurende meer dan drie jaren is hier echter nauwelijks onderzocht (Kupfer e.a. 1992).

Gezien de bewezen effectiviteit is het niet verwonderlijk dat het gebruik van antidepressiva en in mindere mate ECT is de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Jaarlijks worden in Nederland ruim 800.000 Nederlanders met antidepressiva behandeld (overigens niet alleen voor depressies) (Stichting Farmaceutische Kengetallen, www.sfk.nl). Of ook het aantal psychotherapeutische behandelingen is toegenomen, is onduidelijk, maar een vermindering is hoogst onwaarschijnlijk. Ook is – met wisselend succes – veel geïnvesteerd in de nascholing van huisartsen (Van Os e.a. 1999; Thomp-

son e.a. 2000; Tiemens e.a. 1999), en in de ontwikkeling van klinische richtlijnen, zoals de standaard 'Depressie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap uit 1994 en de Nederlandse CBO-consensus 'Depressie bij Volwassenen' (De Groot 1995).

Toch geen dalende prevalentie Tijdige en adequate behandeling met de werkzaam gebleken behandelingen zou tot een verkorting van de duur van episoden moeten leiden, en idealiter ook tot uitstel of afstel van terugval en recidief. Omdat de prevalentie afhangt van de incidentie en de gemiddelde duur van episoden, zou bij gelijkblijvende incidentie van eerste episoden de prevalentie moeten dalen. Toch daalt de prevalentie al jaren niet. De schaarse longitudinale of herhaalde cross-sectionele onderzoeken vonden, op een enkele uitzondering na (geen verandering; Murphy e.a. 2000), juist een toename van depressies, vooral bij jonge vrouwen en in de lagere sociaal-economische strata (Grof 1997; Hagnell e.a. 1982; Hodiament 2002, persoonlijke mededeling; Kessler e.a. 1994; Klerman & Weissman 1989).

MOGELIJKE OORZAKEN VAN DE PARADOX

(1) *Is de incidentie toegenomen?* Is de incidentie van depressie de afgelopen decennia toegenomen? Dit is niet bekend. Recente incidentieonderzoeken, zoals NEMESIS, zijn vroeger helaas niet uitgevoerd, waardoor betrouwbaar vergelijkingsmateriaal ontbreekt. Zijn de risicofactoren voor depressie, zoals stressvolle gebeurtenissen, jeugdtrauma's en neuroticisme, toegenomen? (Ormel e.a. 2001). Ook dat is onbekend. Interpretieren mensen hun onwelbevinden en het Unbehagen in der Kultur tegenwoordig vaker als depressie dan vroeger? Zijn mensen minder terughoudend geworden met de presentatie en rapportage van (depressieve) klachten? Dit zijn geen onwaarschijnlijke hypothesen, gezien de betere herkenning van depressie door artsen en psychologen, het uitdijende toepassingsgebied van de antidepressiva, en de mogelijk opgerekte diagnostische criteria. Ech-

ter, onderzoek waarin trends in beleving, interpretatie en rapportage van onwelbevinden systematisch zijn onderzocht, is er niet. Een toename van de incidentie zou dus een daling van de duur van episoden kunnen hebben geneutraliseerd.

(2) *Kunnen klinisch relevante behandel-effecten in RCT's wel op bevolkingsniveau relevant zijn?* Kan de werkzaamheid van behandelingen, zoals aangetoond in RCT's, de prevalentie wel doen dalen? Anders gezegd: wat is de relatie tussen behandeling van individuele patiënten en de prevalentie in de bevolking? Om deze vraag te beantwoorden hebben wij een tweetal (voorzichtige) berekeningen uitgevoerd waarmee het effect op de maandprevalentie van respectievelijk een kortere duur van de episode en van het voorkomen van recidieven wordt geschat.

De NEMESIS-data laten zien dat – in de bevolking – de helft van de personen die een nieuwe depressie of een recidiefdepressie krijgen na 3 maanden (grotendeels) is hersteld, terwijl de gemiddelde duur 8,4 maanden bedraagt (Spijker e.a. 2002). Van de personen met een depressie die na 3 maanden nog niet zijn hersteld (50%), herstelt een kwart in de daaropvolgende 2 maanden en bedraagt de gemiddelde duur ten minste 12 maanden en waarschijnlijk zelfs langer. Meta-analyses van gerandomiseerde onderzoeken naar de werkzaamheid van antidepressiva tonen aan dat 40-55% binnen 8 weken herstelt (Entsuah e.a. 2001). Als we vervolgens aannemen dat: (1) deze werkzaamheid ook geldt voor de in bevolkingsonderzoek gevonden episoden die langer dan 3 maanden duren; (2) de behandeling in de derde maand wordt gestart; en (3) een kwart ook zonder behandeling in de 8 weken na de eerste 3 maanden zou zijn hersteld, dan valt er winst te boeken bij 15-20% van de episoden die langer dan 3 maanden duren. De winst per effectief behandelde episode komt uit op ten minste 7 maanden (de gemiddelde resterende duur van 9 maanden bij episoden die langer dan 3 maanden duren minus de 8 weken behandeling). Er kan dus bij 8-10% van nieuwe episoden of recidiefepisoden een winst geboekt worden van gemiddeld ten

minste 8 maanden. Per 100 episodemaanden levert dat een winst op van ten minste 7,6% (64/840).

Drieënveertig percent van alle depressieve episoden die na de eerste NEMESIS-meting zijn ontstaan, betrof terugval en recidief (Spijker e.a. 2002). Dit is waarschijnlijk een onderschatting, omdat eerdere episoden niet altijd worden gerapporteerd. Gemiddeld duurden deze recidieven 6,1 maanden. In een recente Cochrane-meta-analyse van alle placebogecontroleerde onderzoeken naar het effect van onderhoudsbehandeling met antidepressiva, was het gemiddelde recidiefrisico 18% bij gebruik van antidepressiva tegenover 41% bij placebo (Geddes e.a. 2003). Dit komt neer op een relatieve reductie van zo'n 60%. Aannemende dat inderdaad de helft van de 43% recidieven in het NEMESIS-onderzoek met antidepressiva had kunnen worden voorkomen, dan zouden per 100 episoden circa 131 episodemaanden zijn voorkomen ($21,5 \times 6,1$): 15,6% (131/840) van alle episodemaanden per 100 episoden.

Gezamenlijk zouden de 'matig werkzame' acute behandelingen en de onderhoudsbehandelingen met antidepressiva dus de maandprevalentie van depressie met 20-25% moeten kunnen laten dalen, mits iedere episode die langer dan 3 maanden duurt, behandeld wordt en bij recidieven een onderhoudsbehandeling wordt ingesteld. Natuurlijk moet er rekening mee worden gehouden dat niet bij al deze geïndiceerde casussen ook daadwerkelijk antidepressiva worden gegeven (wie zijn overigens die 800.000 Nederlanders die behandeld worden met antidepressiva dan wel?). Anderzijds is het ook een conservatieve schatting, omdat geen rekening is gehouden met symptoomverbetering terwijl 'spontaan' herstel wel verdisconteerd is. Bovendien hebben wij bij onze berekening geen rekening gehouden met de winst die naast het effect van antidepressiva met psychotherapeutische behandelingen kan worden behaald.

(3) *Uitstel van hulpzoekgedrag* Ruim een derde van de Nederlanders met een stemmingsstoornis raadpleegt geen enkele hulpverlener, de helft de huisarts, en een derde komt (al dan niet via de

huisarts) in contact met de tweedelijns-ggz (Bijl & Ravelli 1998). Als er al professionele hulp wordt gezocht, dan gebeurt dat vaak pas maanden na het ontstaan van de episode (Christiana e.a. 2000; Kessler e.a. 1998; Olfson e.a. 1998). Uitstel komt relatief vaak voor bij mensen waarbij de eerste episode zich al op jonge leeftijd heeft voorgedaan.

(4) *Uitstel van behandeling* Vaak verstrijkt er veel tijd tussen het ontstaan van de depressie en de start van de behandeling. Ook verstrijkt er vaak veel tijd tussen het moment dat de klachten worden gepresenteerd aan – of worden opgemerkt door – de huisarts of de somatisch specialist, en het inzetten van een effectieve behandeling (Van der Feltz-Cornelis e.a. 1997). Dit lijkt in mindere mate ook te gelden voor de ggz. Daarbij komt dat de relatie tussen huisarts en tweedelijns-ggz en tussen somatische tweedelijnszorg en ggz vaak moeizaam is. Bovendien worden, deels door gebrek aan intercollegiale toetsing, soms behandelingen toegepast waarvan de effectiviteit onduidelijk is. Verder levert de complexe en bureaucratische organisatie van de ggz vertragingen op en zijn er wachttijden, die vaak weken maar soms (vele) maanden bedragen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001).

(5) *Therapieontrouw* Veel depressieve patiënten stoppen voortijdig met hun medicatie of psychotherapie, wegens het optreden van ongewenste effecten. Deze kunnen niet alleen bij medicijnen (bijwerkingen) optreden, maar uiteraard ook bij psychotherapie. Daarnaast kunnen mensen besluiten de behandeling te stoppen wegens het uitblijven van verbetering, of juist wegens een snel en spontaan, maar vaak helaas ook tijdelijk, herstel (Vergouwen e.a. 2002). In de meeste RCT's met patiënten zonder complexe comorbiditeit, goed gemotiveerde behandelaars en frequente patiënt-behandelaarcontacten en controle op het effect, voltooit zo'n 30% niet de eerste 6-8 weken van de behandeling met een antidepressivum. Hetzelfde geldt voor psychotherapie. Hutschemaekers (2000) schatte dat bij onderzoeken naar de werkzaamheid

van psychotherapie gemiddeld 15-45% voortijdig stopt. De dagelijkse praktijk zal zeker niet beter zijn: bij de huisarts en in de tweedelijns-ggz liggen deze percentages vermoedelijk hoger.

(6) *Aantasting van de zelfzorg* Depressies kunnen gepaard gaan met een tekort aan energie, een verminderde besluitvaardigheid en doorzettingsvermogen, een gehavend zelfvertrouwen, een neiging tot isolatie en gevoelens van schuld en schaamte. Tezamen kunnen deze aspecten de zelfzorg en het vermogen om professionele hulp te zoeken en de behandeling vol te houden, aantasten. In zekere zin is dit onvermogen een teken van de ernst van de stoornis. Veel behandelaars onderschatten waarschijnlijk deze effecten van depressie op de zelfzorg.

(7) *Inadequate behandeling* Adequate behandeling veronderstelt een competente behandelaar die handelt volgens *evidence-based* inzichten, zoals vastgelegd in de richtlijnen. Observationele belooponderzoeken in de huisartspraktijk en in de ggz laten zien dat de werkzaamheid van antidepressiva, zoals gevonden in RCT's, niet in de dagelijkse praktijk wordt gehaald (Andrews 2001; Van Os 2003). Veel patiënten met depressie worden niet volgens de richtlijnen behandeld (Andrews 2001; De Groot 1995; Nolen & Hoogduin 1998; Van Os 2003), zowel in de huisartspraktijk als de tweedelijns-ggz. De dagelijkse dosering van antidepressiva is vaak te laag, met name van TCA's (de eerste keus in de NHG-standaard!) in de eerste lijn, en de voorschrijfduur vaak te kort, terwijl het indicatiegebied wellicht te breed is geworden. Er wordt waarschijnlijk onvoldoende motiverende psychoeducatie gegeven, en er wordt onvoldoende systematisch nagegaan of de respons afdoende is en of de behandeling wordt getolereerd. Het gevolg is dat patiënten niet alleen veel behandelingen voortijdig afbreken, maar ook dat behandelaars vaak niet, of te laat naar een ander middel overstappen (Van Os 2003). Aan de andere kant komen veel patiënten niet toe aan een voortgezette behandeling. Van degenen die in Nederland met een antidepressivum

beginnen, gebruikt 20-30% na een jaar nog steeds een antidepressivum. Dit betekent ook dat 70-80% binnen een jaar met de behandeling stopt, terwijl het ongetwijfeld ook vaak gaat om patiënten die een antidepressivum hebben gekregen voor een recidiefdepressie. Bij psychotherapie worden de richtlijnen eveneens onvoldoende gehanteerd. Dit heeft onder meer te maken met weerstanden bij psychotherapeuten en gebrek aan intercollegiale toetsing.

(8) *Overschatting effect op langetermijnbeloop?* Ten slotte zou de paradox te maken kunnen hebben met een overschatting van het effect op het langetermijnbeloop van behandelingen die werkzaam zijn gebleken op korte en middellange termijn. Observationele onderzoeken waarin patiënten vele jaren zijn gevolgd, geven aan dat onvolledig herstel, terugval, recidief en chroniciteit eerder regel dan uitzondering zijn (Ormel e.a. 1993; Spijker e.a. 2002). Fava (2003) vraagt zich zelfs af of antidepressiva, terwijl ze effectief de episode bekorten, het beloop op lange termijn verslechteren. De meeste depressies, zowel behandeld als onbehandeld, zijn chronisch-recidiverende aandoeningen (Andrews 2001). Het nut van RCT's waarin uitsluitend de werkzaamheid op de korte termijn is onderzocht, is beperkt. Onderzoeken naar de langetermijneffecten van op korte termijn werkzame behandelingen zijn van groot belang.

BELEIDSAANBEVELINGEN

Hoe kan de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg effectiever de duur van de episode en het risico op terugval en recidief verkleinen opdat de prevalentie gaat dalen? De opvattingen in dit artikel zijn slechts deels op onderzoek gebaseerd. Leidraad bij deze aanbevelingen is de ons inziens gebrekkige oriëntatie van de ggz op de geestelijke volksgezondheid. De organisatie en inhoud van de ggz wordt onvoldoende gestuurd door het uiteindelijke doel van een kosteneffectieve vermindering van de aan depressie gerelateerde ziektelast in de bevolking. Vanzelfsprekend

wordt van de individuele psychiater/arts en (klinisch) psycholoog/psychotherapeut verwacht dat hij de beste zorg levert aan de individuele patiënt. De ggz zou echter ook zo ingericht moeten worden dat ze, zowel inhoudelijk als organisatorisch, optimaal bijdraagt aan een vermindering van de ziektelast. Centraal hierbij moet het verkleinen van de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit staan.

Bij de inrichting van de ggz moet men zich door volksgezondheidsoverwegingen laten leiden en zich afvragen hoe de schaarse middelen het beste kunnen worden ingezet. Het rapport *Contouren van het basispakket* van de Gezondheidsraad (2003) komt tot de conclusie dat de hoeveelheid ziektelast die per euro kan worden voorkomen het 'logische' eindcriterium is voor de verdeling van schaarse middelen. Ziektelast moet overigens breed worden opgevat en zowel verlies van kwaliteit van leven, productieverlies, als overlast weer spiegelen.

Vier hoofddoelen Inhoudelijk gezien zijn er (conform Katon e.a. 1997) vier hoofddoelen: (1) verbetering van de signalering en diagnostiek; (2) verbetering van de behandeling in de acute fase (volgens vigerende richtlijnen); (3) intensivering en uitbreiding van de zorg voor mensen die niet of onvoldoende herstellen van de acute fase en daardoor het risico lopen chronisch te worden; (4) preventie van terugval en recidief bij patiënten met een verhoogd risico op een recidief. Bij (1) moet niet alleen aan de eerste lijn gedacht, maar ook aan verbetering van de signalering en diagnostiek van depressie op de (poli)klinieken van algemene ziekenhuizen en in verzorgings- en verpleeghuizen, en ook aan verbetering van voorlichting op de werkplek en in scholen; voor (2) moeten de richtlijnen die uit 1995 stammen (De Groot 1995) niet alleen geactualiseerd worden (wat momenteel gebeurt), maar ook geïmplementeerd; voor (3) geldt dat dit vooral patiënten betreft die ernstig depressief zijn, somatische comorbiditeit vertonen, en bij wie de depressie al langer dan drie maanden duurt; en bij (4) moet men denken aan het langdurig voorschrijven van antidepressiva aan patiënten

die goed reageren tijdens de acute behandeling én aan deelname aan een recidiefpreventieprogramma op basis van principes uit de CGT en IPT. In alle fasen van behandeling moeten motiverende psycho-educatie en monitoring plaatsvinden.

Stapsgewijze zorg en zorgprogramma's Depressie heeft kenmerken van zowel een acute als een chronische ziekte. In de somatische geneeskunde worden veel van dergelijke aandoeningen met stapsgewijze zorg (*stepped care*) behandeld, bijvoorbeeld hypertensie, pijnklachten, hypercholesterolemie en diabetes (Nathan 1998). Voor de behandeling van depressie moet eveneens een dergelijk stapsgewijs model (Tiemens 1999; Wagner e.a. 1996) worden gemaakt. Stapsgewijze zorg beschouwt behandeling als een continuüm, waarin de doelen van acute zorg (verminderen van symptomen, voorkomen van beperkingen en chroniciteit) kunnen verschuiven naar chronische zorg (terugval- en recidiefpreventie, minimaliseren van beperkingen), en vice versa. Daarbij begint stapsgewijze zorg met de minst intensieve behandeling waarvan gezien het toestandsbeeld resultaat mag worden verwacht.

Een potentieel belangrijke ondersteuning bij de implementatie van richtlijnen en het werken volgens het stapsgewijze model zijn zorgprogramma's waarmee inmiddels in vele ggz-regio's de zorg aan specifieke doelgroepen, zoals mensen met stemmingsstoornissen, geboden wordt (of zal gaan worden). In deze programma's zijn alle diagnostische en therapeutische stappen concreet beschreven. In veel instellingen wordt ook de organisatie aangepast om volgens dergelijke zorgprogramma's te gaan werken; zo is in de regio Utrecht een dergelijk zorgprogramma beschreven.

Het stapsgewijze behandelmodel vergt ook een herijking van de rollen van de patiënt en de hulpverlener. Beiden moeten handelen vanuit het besef dat depressie vaak een recidiverende of chronische aandoening is, die de zelfzorg en motivatie aantast. Partnership en empowerment van de patiënt zijn daarbij van groot belang (Tiemens 1999).

Kernelementen hierbij zijn probleem- en doelfinitie, tijdschema, uitvoering in gezamenlijk overleg, psycho-educatie, zelfmanagement en ondersteuning daarbij, en proactieve langdurige monitoring (Simon e.a. 1995; Tiemens e.a. 1999). Zelfmanagement bij depressie omvat onder meer medicatietrouw, lichamelijk actief zijn, plezierige activiteiten, en vaak veranderingen in leef- en coping-stijl. Dergelijke veranderingen zijn moeilijk, en motivatie- en zelfvertrouwenverhogende technieken zijn cruciale onderdelen van de ondersteuning van zelfmanagement (Schippers 1996). Monitoring maakt het mogelijk de intensiteit (de stappen in het stapsgewijze behandelmodel) en aard (meer chronische of juist acute zorgelementen) van de behandeling aan te passen.

Integratie somatische en geestelijke gezondheidszorg Veel spreekuurproblematiek van de huisarts is psychisch van aard of heeft een psychosociale achtergrond. Toch is de organisatie en bemensing van de eerstelijnszorg nog altijd afgestemd op somatische problemen. Het zou de slagvaardigheid van de eerstelijns-ggz vergroten, wanneer eerstelijnspsychologen en verpleegkundigen met cognitief-gedragstherapeutische vaardigheden deel zouden uitmaken van eerstelijnsgezondheidscentra. Onder regie van de huisarts zouden zij een centrale rol kunnen krijgen in de behandeling en verdere begeleiding van patiënten met depressieve stoornissen. De huisarts heeft daarvoor doorgaans noch de tijd, noch de vaardigheden. Verder zou consultatie aan huisartsen en het zien van patiënten in de eerstelijnsgezondheidscentra, vanuit de tweedelijns ggz-instellingen, tijdwinst kunnen opleveren (Van der Feltz-Cornelis 1997; Van Os 2003).

Een ander organisatorisch aspect is het schisma tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg. Het overgrote deel van de somatische tweedelijnszorg wordt geleverd via poliklinieken van algemene ziekenhuizen, de geestelijke tweedelijnszorg grotendeels buiten deze ziekenhuizen om. De tweedelijns-ggz vormt nog altijd in hoge mate een eigen wereld. Het is de vraag of dit de

doelmatigheid van de ggz ten goede komt. Een grondige discussie valt buiten het bestek van dit artikel, maar er zijn goede argumenten aan te voeren om de ggz onder te brengen in de organisatie van algemene ziekenhuizen (Dassen 1999). Extrapolerend vanuit het idee van eerstelijnsgezondheidscentra met daarin, naast huisartsen, een psycholoog en verpleegkundige, zou integratie van de ggz in het gangbare poliklinisch-klinisch revalidatiestramien de transparantie en efficiëntie van de gezondheidszorg als geheel ten goede kunnen komen.

Verkleining van de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit Verkleining van de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit stelt hoge eisen aan de doelmatigheid van de organisatie van de ggz (Andrews 2001). Bewezen werkzame behandelingen moeten meer volgens de richtlijnen geïndiceerd en toegepast worden. Van groot belang is dat het effect van behandeling wordt vastgesteld: er zal in de tweede lijn meer met daartoe geschikte uitkomsten gewerkt moeten worden (Ballenger 2001). Elektronische informatiesystemen kunnen behandelingen en patiëntuitkomsten monitoren en aanvullen met automatische waarschuwingssignalen bij afwijking van vooraf ingestelde richtlijnen en afspraken; met educatie van de patiënt over de aandoening, prognose, behandelopties, en zelfmanagementmogelijkheden (psycho-educatie); en met expert-ondersteuningssystemen die zorgdragen voor continue educatie vanuit de tweedelijns richting eerstelijns, toegang tot snelle en adequate consultatie, en een transparant verwijzingssysteem.

Onderfinanciering gezien de ziektelast Nederland geeft, gezien de ziektelast, te weinig uit aan de behandeling en preventie van psychiatrische stoornissen, in het bijzonder depressie, angst- en persoonlijkheidsstoornissen. Nederland besteedde in 2001 circa 3 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg, inclusief verslavingszorg en maatschappelijke opvang, exclusief de eerstelijns (verder ggz-budget). Dat is 8,1% van de totale zorguitgaven

van 37 miljard euro in 2001 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001). De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat 22,4% van de totale ziektelast in de westerse wereld het gevolg is van neuropsychiatrische stoornissen (World Health Organisation 2001). Met ziektelast als verdeelsleutel zou het ggz-budget in Nederland dus meer dan verdubbeld moeten worden (we gaan hierbij gemakshalve uit van gelijke kosteneffectiviteit van behandeling van somatische en psychische stoornissen).

Welk deel van het ggz-budget in Nederland aan de afzonderlijke psychische stoornissen wordt besteed, is niet bekend. Depressie neemt ongeveer een kwart van de ziektelast ten gevolge van psychische stoornissen in de westerse wereld voor zijn rekening. Andrews e.a. (2001) hebben voor Australië berekend dat nog geen tiende van wat aan schizofrenie wordt uitgegeven besteedt wordt aan de behandeling van depressies en angststoornissen. De ziektelast van schizofrenie is evenwel maar een derde van die van depressie. Weliswaar gaat depressie in het individuele geval met minder beperkingen gepaard dan schizofrenie, maar dit wordt ruimschoots gecompenseerd door de veel hogere prevalentie van depressie (jaarprevalenties van minder dan 1% versus 5%). Dus ook binnen de ggz bestaat een forse ongelijkheid in de verdeling van middelen.

CONCLUSIE

Het uitblijven van een daling van de prevalentie van depressie is waarschijnlijk het gevolg van onderbehandeling. Zelfs met matig werkzame acute behandelingen en onderhoudsbehandelingen zou de prevalentie met een kwart moeten kunnen dalen. Dit zou bereikt kunnen worden met een meer doelmatige, proactieve, en populatiegerichte geestelijke gezondheidszorg, waarin de verkleining van de kloof tussen werkzaamheid en effectiviteit, stapsgewijze zorg, zorgprogramma's, betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn, en toewijzing van middelen op basis van ziektelast en kosteneffectiviteit centraal staan.

NOOT

1. Dit artikel is een uitgebreide versie van het artikel:

Ormel, J., Bartel, M., & Nolen, W.A. (2003). Onderbehandeling bij depressie; oorzaken en aanbevelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147, 1005-1009; en wordt met toestemming gepubliceerd.

LITERATUUR

(Een uitgebreide literatuurlijst is op aanvraag bij de auteurs verkrijgbaar)

- Anderson, I.M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58, 19-36.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., e.a. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin World Health Organization*, 78, 446-454.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322, 419-421.
- Ballenger, J.C. (2001). Treatment of anxiety disorders to remission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 12), 5-9.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (1998). Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 76, 446-457.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Christiana, J.M., Gilman, S.E., Guardino, M., e.a. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, 30, 693-703.
- Dassen, H.E.A. (1999). De GGZ moet veel doelmatiger. Interview met Prof.dr.J.Ormel en Dr. D.Wiersma. *ZM Magazine*, 12, 4-7.
- Entsuaeh, A.R. Huang, H., & Thase, M.E. (2001). Response and remission rates in different subpopulations with major depressive disorder administered venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or placebo. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 869-877.
- Fava, G.A. (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 123-133.

- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Lyons, J.S., Huyse, F.J., e.a. (1997). Health services research on mental health in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 1-21.
- Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*, 361, 653-651.
- Gezondheidsraad. (2003). Contouren van het basispakket. Publicatienummer 2003/02. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Grof, P. (1997). The age of misery: affective disorders on the rise. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 361-362.
- Groot, P. de. (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.
- Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B., e.a. (1982). Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychological Medicine*, 12, 279-289.
- Hutschemaekers, G. (2000). Wordt Nederland steeds zieker? Kengetallen en achtergrondanalyses. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 314-335.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., e.a. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., e.a. (1997). Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *General Hospital Psychiatry*, 19, 169-178.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Nelson, C.B., e.a. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15-26.
- Kessler, R.C., Olfson, M., & Berglund, P.A. (1998). Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 62-69.
- Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1992). Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives General Psychiatry*, 49, 769-773.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2001). *Zorgnota 2001*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Murphy, J.M., Laird, N.M., Monson, R.R., e.a. (2000). A 40 year perspective on the prevalence of depression. The Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 209-215.
- Nathan, D.M. (1998). Some answers, more controversy, from UKPDS. *United Kingdom Prospective Diabetes Study. Lancet*, 352, 832-833.
- Nathan, P.E. & Gorman, J. (Red.). (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Nolen, W.A., & Hoogduin, C.A.L. (Red.). (1998). *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Olfson, M., Kessler, R.C., Berglund, P.A., e.a. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1415-1422.
- Ormel, J., Neeleman, J., & Wiersma, D. (2001). Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 245-257.
- Ormel, J., Oldehinkel, T., Brilman, E., e.a. (1993). Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 759-766.
- Os, T.W.D.P. van. (2003). *Pandora's Box. Towards optimizing process of care and patient outcomes of depression in primary care*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Os, T.W.D.P. van, Ormel, J., van den Brink, R.H.S., e.a. (1999). Training primary care physicians improves the management of depression. *General Hospital Psychiatry*, 21, 168-176.
- Schippers, G.M. (1996). Motiverende gespreksvoering. In W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers & W.M. de Zwart (Red.). *Handboek Verslaving* (pp. 1-25). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Simon, G.E., Lin, E.H., Katon, W., e.a. (1995). Outcomes of "inadequate" antidepressant treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 663-670.
- Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R.V., e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.
- Storosum, J.G., Elferink, A.J., Zwieten, B.J. van, e.a. (2001). Short-term efficacy of tricyclic antidepressants revisited: a meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology*, 11, 173-180.
- Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., e.a. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 185-191.
- Tiemens, B.G. (1999). *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient, and the medical model*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Tiemens, B.G., Ormel, J., Jenner, J.A., e.a. (1999). Training primary care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychological Medicine*, 29, 833-845.
- Vergouwen, A.C., Hout, H.P. van, & Bakker, A. (2002). *Methoden om*

de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva te verbeteren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 204-207.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74, 511-544.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneve: World Health Organisation.

M. BARTEL is psychiater en werkzaam bij IGGZ de Geestgronden te Haarlem.

W.A. NOLEN is psychiater en als hoogleraar psychiatrie, in het bijzonder de emotionele stoornissen, werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Groningen

Correspondentieadres: prof.dr. J.Ormel, Academisch Ziekenhuis Groningen, Afdeling Psychiatrie, Postbus 30001, 9700 RB Groningen.

AUTEURS

J. ORMEL is socioloog en epidemioloog en is hoogleraar sociale psychiatrie en werkzaam bij de Disciplinarygroep Psychiatrie, Faculteit der Medische Wetenschappen. Universiteit van Groningen; onderzoeksscholen Behavior, Cognition and Neurosciences (BCN) en Experimental Psychopathology (EPP).

Strijdige belangen: W.A. Nolen is betrokken bij het opstellen van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Tevens heeft hij in heden en verleden adviezen verstrekt aan diverse farmaceutische bedrijven en is hij momenteel betrokken bij een onderzoek naar de behandeling van klinisch opgenomen patiënten met een psychotische depressie, dat wordt gesponsord door Wyeth AHP en Astra Zeneca.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-7-2003.

SUMMARY

The depression paradox: effective treatment available but no lowering of prevalence – J. Ormel, M. Bartel, W.A. Nolen –

BACKGROUND Depression accounts for about 4% of the illness burden worldwide. Despite the availability of effective treatments of depression, there are no indications that the monthly prevalence of depression is decreasing.

AIM This article attempts to answer the question of the causes of this paradox, and what can be done about it.

METHOD A critical analysis is made of the literature and other (less formal) sources of information.

RESULTS Moderately effective treatment could reduce the prevalence of depression by 20-25%. Possible reasons why there seems to be no reduction on prevalence include: an increase in the incidence of first episodes, delay in seeking help and thus delayed treatment, non-compliance with treatment regimens, 'patients' failing to look after themselves properly, inadequate treatment and possibly also rather limited success of long-term treatment. These proximal causes are able to thrive in a climate in which mental health care is insufficiently geared to people's needs and fails to give adequate attention to the chronic and recurrent nature of many forms of depression or to the inability of patients to look after themselves properly. The mental health service in its present form is unable to reduce the gap between the amount of treatment it provides and the results it achieves.

CONCLUSION From this perspective some policy recommendations are made with regard to primary care and the specialised services. These recommendations include the use of the 'stepwise' treatment model, the implementation of care programmes that concentrate on high-quality care, the re-evaluation of the roles of health professional (carer) and patient and the re-distribution of resources on the basis of illness burden and cost-effectiveness.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 237-246]

KEY WORDS depression, mental health, prevalence, primary health care, treatment