

Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd?

A.C.M. VERGOUWEN, H. BURGER, T.J.M. VERHEIJ, G.F. KOERSELMAN

ACHTERGROND Het resultaat van de behandeling van depressies is vaak teleurstellend. Belangrijke oorzaken zijn inadequate behandeling en therapieontrouw.

DOEL Antwoord vinden op de vraag hoe therapietrouw en het resultaat van depressiebehandelingen verbeterd kunnen worden.

METHODE Kritische analyse van literatuur. In Medline, PsycINFO, Embase en Cochrane Controlled Trials Register is gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken met behulp van de trefwoorden 'patient compliance', 'adherence', 'patient dropout', 'depression', 'depressive disorder' en 'affective disorder'. Op basis van de resultaten van de onderzoeken werden vervolgens twee interventies vergeleken die toepasbaar waren in de Nederlandse praktijk.

RESULTATEN Er werden 11 artikelen gevonden die allemaal betrekking hadden op onderzoek in de eerste lijn. Uit de artikelen bleek dat gangbare zorg niet voldeed. Gangbare zorg kan worden verbeterd met extra interventies, maar er zijn geen aanwijzingen dat complexe interventies daarbij een meerwaarde hebben ten opzichte van eenvoudige interventies zoals systematische follow-up. Daarom hebben eenvoudige interventies vooralsnog de voorkeur.

CONCLUSIE De behandeling van depressie kan verbeterd worden door relatief eenvoudige interventies.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 559-567]

TREFWOORDEN behandeling, depressieve stoornis, eerstelijnsgezondheidszorg, therapietrouw

Depressie is een groot gezondheidsprobleem (Alonso e.a. 2004; Judd 1995). Het resultaat van de behandelingen laat in de praktijk echter te wensen over (Katon e.a. 1992). Zo zijn er geen aanwijzingen dat de prevalentie van depressie daalt, ondanks de beschikbaarheid van werkzame behandelingen. In het Tijdschrift voor Psychiatrie is dit fenomeen ook wel de depressieparadox genoemd (Ormel e.a. 2004), waarbij inadequate behandeling en therapieontrouw als mogelijke oorzaken werden aangewezen.

Er bestaat een discrepantie tussen de behandelrichtlijnen en de behandeling in de dagelijkse praktijk. Een depressie wordt vaak niet onderkend, depressieve patiënten worden vaak te kort behandeld met antidepressiva in een te lage dosering en de follow-up laat te wensen over (Katon e.a. 1992; Young e.a. 2001). Wanneer de behandeling wel volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd, bestaat nog het probleem van therapieontrouw. Na drie maanden blijkt een groot deel van de depressieve patiënten die met een antidepressivum werd behandeld,

met de behandeling te zijn gestopt (Demyttenaere e.a. 2001). Dit kan tot gevolg hebben dat de behandeling faalt, met als consequenties chroniciteit, comorbiditeit, hoge zorgconsumptie en sociaal disfunctioneren van de patiënt. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie onderkent het probleem en roept op tot betere behandeling van depressie (World Health Organization 2001).

In dit artikel wordt getracht antwoord te vinden op de vraag hoe met betrekking tot medicamenteuze behandelingen therapietrouw en het resultaat van depressiebehandelingen verbeterd kunnen worden.

METHODE

Interventies om therapietrouw en het resultaat van depressiebehandelingen te verbeteren zijn in verschillende gecontroleerde onderzoeken onderzocht. In Medline (1966-januari 2002), PsycINFO (1984-januari 2002), Embase (1980-januari 2002) en Cochrane Controlled Trials Register (1966-januari 2002) is met behulp van de trefwoorden 'patient compliance', 'adherence', 'patient dropout', 'depression', 'depressive disorder' en 'affective disorder' gezocht naar relevante artikelen (Vergouwen e.a. 2003). Vervolgens werden de literatuuropgaven van de gevonden artikelen nog onderzocht op mogelijke onderzoeken en werd een expert, Wayne J. Katon van de universiteit van Seattle (vs), gevraagd naar eventuele andere relevante onderzoeken.

Het literatuuronderzoek richt zich uitsluitend op onderzoeken waarin is getracht rechtstreeks het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Daarom komt onderzoek naar bijvoorbeeld de implementatie van richtlijnen of naar uitsluitend training van behandelaars in dit artikel niet aan bod. Onderzoeken waarin als enige interventie een vorm van informatieverstrekking aan de patiënt is onderzocht, zullen ook niet worden besproken omdat is aangetoond dat een dergelijke interventie in het algemeen niet bijdraagt aan betere behandelresultaten (Gilbody e.a. 2003; Von Korff & Goldberg 2001).

Geselecteerd zijn alleen de artikelen die be-

trekking hebben op gerandomiseerd onderzoek bij unipolaire depressieve patiënten en die werden gepubliceerd in Engelstalige peer-reviewed tijdschriften.

RESULTATEN

Met de literatuurzoekmethode werden ongeveer 1.000 artikelen gevonden. Na een selectie op basis van de titels en de inhoud van de summaries werden 46 artikelen full text aangevraagd, waarvan uiteindelijk 11 onderzoeken overbleven. Deze hadden allemaal betrekking op interventies in de eerste lijn met behulp van verschillende bestanddelen. Het aantal patiënten per onderzoek was groter dan 150 (bereik 153-1356) (Katon e.a. 1996; Wells e.a. 2000). Het pilotonderzoek van Peveler e.a. (1999) is hierop een uitzondering. Zij includeerden 61 patiënten. Opvallend zijn de kleine percentages van lost to follow-up, gemiddeld 14%. De gemiddelde leeftijd was ongeveer 40 jaar, 70% was vrouw, en meer dan 60% had al eerder een depressie doorgeemaakt. Alle geselecteerde onderzoeken werden verricht in de vs en Engeland.

In alle geïnccludeerde onderzoeken werden de interventies vergeleken met gangbare zorg. Deze bestond meestal uit het voorschrijven van een antidepressivum en uit gemiddeld twee of drie vervolggconsulten in de eerste drie maanden. De patiënten werden daarbij niet op een gestructureerde manier gevolgd. Met andere woorden: vervolggconsulten werden niet van tevoren vastgelegd, en belangrijke informatie om de behandeling eventueel aan te passen werd niet systematisch verzameld. Deze belangrijke informatie bestaat uit de therapietrouw, de (verandering van) depressie-ernst en de eventuele bijwerkingen. Patiënten in de interventiegroepen kregen uitgebreide informatie, de visites waren frequenter en langer, er was expliciete aandacht voor therapietrouw en symptoomverandering, behandelaars kregen extra scholing in depressiebehandeling, en de behandelaars werkten op enigerlei wijze samen met andere professionals, zoals praktijkverpleegkundigen, psychologen en/of psychiaters (dit laatste wordt col-

laborative care genoemd).

De interventies varieerden in complexiteit. Een voorbeeld van een relatief eenvoudige interventie is *telehealth care*. In een onderzoek gaven verpleegkundigen emotionele steun en commentaar op gedragsveranderingen gedurende tien telefoongesprekken van zes minuten (Hunkeler e.a. 2000). In een ander onderzoek bestond *telehealth care* uit het telefonisch bespreken van het actuele gebruik van antidepressiva met aandacht voor bijwerkingen en de ernst van de depressieve klachten (Simon e.a. 2000). Daarbij werd soms ook steun en bemoediging gegeven. In een onderzoek over meer complexe interventies probeerden praktijkverpleegkundigen de therapietrouw te bevorderen door met de patiënt te spreken over bijwerkingen, terwijl ze tevens adviezen gaven over dagelijkse activiteiten en manieren om de medicatie-inname niet te vergeten. Ook gingen ze in op de houding van de patiënt ten aanzien van de behandeling. Bij verschillende van deze eerstelijnsinterventies speelden psychiaters een rol (Katon e.a. 1995, 1996, 1999; Katzelnick e.a. 2000). Zo superviseerde een psychiater bijvoorbeeld de *telehealth* werkers (Simon e.a. 2000). Ook gaven psychologen kortdurende psychotherapie, die ingepast was in een andere interventie (Katon e.a. 1996). Soms superviseerde een psycholoog de praktijkverpleegkundigen (Hunkeler e.a. 2000). Onderzoeken naar de organisatie van de behandeling van chronisch zieken waren een belangrijke inspiratiebron (Wagner e.a. 1996). Het is dan ook niet verwonderlijk dat men probeerde in te grijpen zowel op het niveau van de patiënt (meer informatie, stimuleren tot een actieve rol in de behandeling, gedragsverandering), als op het niveau van de behandelaar (scholing, ondersteuning bij behandelbeslissingen, samenwerken met andere gezondheidswerkers) en het behandelstelsel (systematische follow-up).

Alle onderzoeken kenden een relatief lange follow-upperiode van meer dan zes maanden, die dus zowel de acute als de vervolgfase van de behandeling met een antidepressivum omspande (Frank e.a. 1991).

Ondanks de verschillen in de onderzochte in-

terventies en in de wijze waarop therapietrouw en behandelresultaat werden gemeten, lieten de uitkomsten een uniform beeld zien (zie tabel 1). Nagenoeg alle interventies resulteerden in een verbetering van de mate waarin patiënten de voorgeschreven antidepressiva innamen en in een afname van depressieve klachten. Andere recente systematische reviews tonen hetzelfde aan (Gilbody e.a. 2003; Neumeyer-Gromen e.a. 2004).

WERKZAME BESTANDDELEN

In alle geïnccludeerde onderzoeken werd een speciale interventie vergeleken met gangbare zorg. Het is aannemelijk dat de betere resultaten van de interventies uiteindelijk het gevolg waren van een betere behandeling en betere therapietrouw. Helaas kon niet worden vastgesteld welk aspect van de interventies daarvoor verantwoordelijk was, omdat die interventies nogal heterogeen waren (tabel 1). Het is niet goed mogelijk de onderdelen ervan onafhankelijk van elkaar te beschouwen. Toch zijn er wel redenen om aan te nemen dat het vooral ging om het systematisch volgen van de patiënten. Immers, de gangbare zorg – waarmee de interventies vergeleken werden – was over het algemeen van matige kwaliteit. Systematische follow-up van patiënten (*systematic follow-up program*, SFP), zoals die wordt aanbevolen in internationale en nationale depressierichtlijnen (Van Marwijk e.a. 2003; Schulberg e.a. 1998), maakte daarvan geen deel uit. Een dergelijke follow-up was juist een belangrijk ingrediënt van alle werkzaam gebleken interventies (tabel 1). Bovendien staat vast dat SFP een effectieve interventie is (Frank & Judge 2001; McDonald e.a. 2002). Ook Simon e.a. (2000) toonden aan dat een vorm van systematische follow-up betere uitkomsten geeft dan gangbare zorg bij depressiebehandeling in de eerste lijn.

Om meer zicht te krijgen op de werkzame bestanddelen van de verschillende interventies richtten Gensichen e.a. (2006) een systematische review en meta-analyse van 13 onderzoeken met betrekking tot casemanagementinterventies. Bij zulke interventies is het de verantwoordelijkheid

TABEL 1 Bestanddelen van interventies en resultaten bij eerstelijnsbehandeling van depressie									
Onderzoek	Voorlichting van patiënt d.m.v. boek/ folder/video	Mondelinge voorlichting van patiënt	Scholing	Contacten met 'anderen'	Monitoring therapie-trouw	Monitoring behandel-ling	Feedback naar huis-arts/andere overleg-situaties	Interventie beter dan gangbare zorg wat betreft therapietrouw	Interventie beter dan gangbare zorg wat betreft depressie-behandeling
Wilkinson e.a. 1993	-	+	+	4 contacten met verpleegkundigen	+	+	-	-	-
Katon e.a. 1995	+	+	+	minimaal 2 contacten met psychiater	+	+	+	+	+
Katon e.a. 1996	+	+	+	4-6 contacten met psycholoog + telefonische contacten	+	+	Supervisie door psychiater	+	+
Katon e.a. 1999	+	+	+	2-4 contacten met psychiater + telefonische contacten	+	+	+	+	+
Peveler e.a. 1999	+	+	+	2 contacten met verpleegkundigen	-	-	-	+	+
Hunkeler e.a. 2000	-	+	+	12-14 telefonische contacten met verpleegkundigen + minstens 1 contact met ex-patiënt	-	+	Verpleegkundigen gesuperviseerd door psycholoog	-	+
Katzelnick e.a. 2000	+	+	+	3 telefonische contacten + met casemanager + eventueel consult bij psychiater		+	+	+	+
Simon e.a. 2000	-	+		3 telefonische contacten + met casemanagers		+	Case-managers gesuperviseerd door psychiater	+	+
Wells e.a. 2000	+	+	+	6-12 contacten met verpleegkundigen	-	+	+	+	+
Katon e.a. 2001	+	+	+	2 contacten met depressiespecialist (psycholoog, sociaal werker of praktijk verpleegkundige) + telefonische contacten + persoonlijke mailings	+	+	+	+	+
Rost e.a. 2001		+	+	5 contacten met verpleegkundigen		+	+	+	+
+ aanwezig/van toepassing									
- afwezig/niet van toepassing									

van een casemanager om patiënten te volgen, om te bepalen of de patiënt de voorgeschreven medicatie blijft innemen, om het beloop van depressieve symptomen te meten en om actie te ondernemen wanneer de patiënt niet therapietrouw is dan wel wanneer zijn toestand niet verbetert (Von Korff & Goldberg 2001). Gensichen e.a. maakten onderscheid tussen eenvoudige en complexe interventies op basis van onder meer het aantal bestanddelen van de interventie, de mate van integratie van de interventie in het zorgsysteem en de kwalificatie van de casemanager (Gensichen e.a. 2004). Patiënten in de interventiegroepen hadden in vergelijking met de groep die een standaardbehandeling kreeg, een betere therapietrouw: relatieve risico 1,5 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,28-1,86). De patiënten in de interventiegroepen hadden een relatief risico voor remissie na 6 tot 12 maanden van 1,39 (95%-BI 1,30-1,48). Voor respons was dit 1,82 (95%-BI 1,68-2,05). Het overall responspercentage was 45,6% in de interventiegroepen en 24,0% in de groepen die een standaardbehandeling kregen. Dit is een klinisch relevant verschil.

Omdat de patiënten in beide onderzoeksgroepen (interventie én gangbare zorg) een antidepressivum kregen, mag worden aangenomen dat casemanagement een toegevoegde waarde heeft. Gensichen e.a. (2006) vonden geen verschil tussen casemanagementprogramma's met eenvoudige en met complexe interventies. Hoewel op basis van hun resultaten niet kan worden vastgesteld welke specifieke ingrediënten van de interventies nu verantwoordelijk zijn voor het effect, lijken eenvoudige interventies even werkzaam te zijn als complexe interventies. Zes van de onderzoeken die wij includeerden, werden eveneens door Gensichen e.a. geanalyseerd. Omdat zij deels andere inclusiecriteria hanteerden, vullen de systematische reviews van hen en van ons elkaar aan.

DE NEDERLANDSE SITUATIE

Uit deze systematische reviews van internationale onderzoeken blijkt dat voor de behandeling van depressie in de eerste lijn gangbare zorg

niet voldoet. Er is geen reden te veronderstellen dat dit in de Nederlandse situatie anders zal zijn (Ormel e.a. 2004). In de praktijk van alledag is verbetering van de behandeling van depressies echter moeilijk te realiseren. Interventies die bleken te werken, bestonden uit verschillende bestanddelen en werden actief ondersteund door onderzoeksteams. Bovendien werkten de huisartsen samen met verschillende andere gezondheidswerkers (tabel 1). Dat maakt het moeilijk om zulke interventies in te voeren in de huisartsenpraktijk, waarin andere gezondheidszorgwerkers ontbreken en waarin geen ondersteuning van onderzoeksteams aanwezig is (Ormel e.a. 2004; Scott e.a. 2002; Solberg e.a. 2001).

Het zal dus nodig zijn eenvoudige interventies te ontwikkelen die wel aansluiten bij de organisatie van de dagelijkse praktijk in Nederland. Daarvoor zal inzicht moeten worden verkregen in de werkzaamheid van specifieke bestanddelen. Door immers alleen de effectieve bestanddelen te behouden kan men tot eenvoudige interventies komen. Een manier om de effectiviteit van bestanddelen te onderzoeken is een directe onderlinge vergelijking van verschillende interventies, die ieder op zichzelf effectiever zijn dan gangbare zorg. Met dat doel is een *depression care program* (DCP) ontwikkeld dat toepasbaar was in Nederlandse huisartsenpraktijken zonder praktijkverpleegkundigen of andere gezondheidszorgwerkers. De bestanddelen van de interventie werden gekozen op basis van wat in de literatuur als relevant kan worden beschouwd voor een adequate depressiebehandeling (Von Korff & Goldberg 2001; Vergouwen e.a. 2003). Belangrijke onderdelen van DCP zijn: informatieverstrekking aan patiënten en huisartsen, stimulering van een actieve bijdrage van zowel patiënt als huisarts aan de behandeling, het geven van instructies aan de patiënt om zijn sociale steun te vergroten en huiswerkopdrachten om activiteiten te plannen, het met de patiënt bespreken van voor- en nadelen van antidepressieve medicatie, en het vastleggen van therapietrouw en depressie-ernst.

We vergeleken DCP met een SFP. In het SFP

kregen noch de patiënt noch de behandelaar nieuwsbrieven of instructies. Ook waren er in deze groep geen huiswerkopdrachten. SFP structureerde alleen de follow-upvisites, die plaatsvonden met dezelfde frequentie en op dezelfde tijdstippen als bij DCP. Daarbij werden therapietrouw en depressie-ernst op dezelfde wijze gemeten als bij DCP. De randomisatie tussen deze twee programma's vond plaats op huisartsenniveau (*cluster randomized trial*). Alle 211 geïncludeerde patiënten met een depressieve stoornis volgens DSM-IV (*major depressive episode*) kregen een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) voorgeschreven. De follow-up duurde 26 weken, met visites elke vierde week vanaf week 2.

Er bleek een grote therapietrouw en gunstige behandeluitkomsten in beide interventiegroepen, zowel na 10 weken als na 26 weken (Vergouwen e.a. 2005). Deze resultaten waren in overeenstemming met de resultaten van de interventies uit de hierboven besproken onderzoeken. Met andere woorden: SFP lijkt een werkzame interventie te zijn, met eenvoud als kenmerkend onderscheid ten opzichte van de DCP-interventie. Een programma zoals SFP is bovendien goed in te passen in de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk. Om er zeker van te zijn dat SFP inderdaad, in aanvulling op medicatie, volstaat als minimaal noodzakelijke interventie, is het overigens wel gewenst dat in de Nederlandse situatie nog een vergelijking tussen SFP en de gangbare zorg wordt uitgevoerd.

IMPLEMENTATIE VAN WERKZAME INTERVENTIES

Op basis van de besproken onderzoeken kan geconcludeerd worden dat het resultaat van de medicamenteuze behandeling van depressies in de huisartsenpraktijk kan verbeteren met behulp van eenvoudige interventies, zoals een systematische follow-up van de behandeling. In de Nederlandse situatie lijkt een dergelijke strategie goed in te passen. Toch kan invoering ervan moeilijker zijn dan zo op het eerste gezicht lijkt, omdat je niet kunt bouwen op alleen de inspanningen van indi-

viduele behandelaars (Von Korff & Goldberg 2001). Pincus e.a. (2003) beschreven zelfs een implementatieraamwerk van zes niveaus, met op ieder niveau specifieke barrières. Op elk niveau zijn dan ook gerichte interventies nodig. De zes niveaus zijn: de patiënt, de behandelaar, de praktijk, de politiek, de zorgverzekeraar en de bevolking als geheel. De besproken onderzoeken richtten de interventies op de patiënt, de behandelaar en de follow-up van de patiënt (tabel 1). Als bij implementatie echter geen rekening wordt gehouden met de overige niveaus zullen veranderingen om de kwaliteit van depressiebehandeling te verbeteren, niet te handhaven zijn.

Depressie is een prevalentie chronische aandoening, evenals verschillende somatische ziekten. Hoewel een programma als SFP in principe geschikt is voor invoering in praktijken van individuele huisartsen, behoort aansluiting bij andere programma's voor chronische aandoeningen ook tot de mogelijkheden. Relevant daarbij is dat bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus vaak samengaan met depressie (Whooley 2006). Voor zulke meer omvattende programma's zal in de huisartsenpraktijk wel ondersteuning van bijvoorbeeld verpleegkundigen nodig zijn. Ook in de tweede lijn zou de behandeling van depressies beter kunnen worden ingebed in de algemene ziekenhuispsychiatrie (Wagner e.a. 1996).

CONCLUSIE

Gangbare zorg is niet voldoende voor de behandeling van patiënten met depressie in de huisartsenpraktijk. Het resultaat van de behandeling kan verbeterd worden met behulp van eenvoudige interventies, zoals bijvoorbeeld systematische follow-up.

LITERATUUR

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., e.a. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Dis-

- orders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, 38-46.
- Demyttenaere, K., Enzlin, P., Dewé, W., e.a. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: beyond lack of efficacy and adverse events. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 22), 30-33.
- Frank, E., & Judge, R. (2001). Treatment recommendations versus treatment realities: recognizing the rift and understanding the consequences. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 22), 10-15.
- Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., e.a. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Gensichen, J., Beyer, M., Küver, C., e.a. (2004). [Case management for patients with congestive heart failure under ambulatory care -- a critical review]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 98, 143-154.
- Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., e.a. (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 7-14.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., e.a. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 289, 3145-3151.
- Hunkeler, E.M., Meresman, J.F., Hargreaves, W.A., e.a. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine*, 9, 700-708.
- Judd, L.L. (1995). Mood disorders in the general population represent an important and worldwide public health problem. *International Clinical Psychopharmacology*, 10(Suppl. 4), 5-10.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., e.a. (1992). Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care*, 30, 67-76.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., e.a. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 273, 1026-1031.
- Katon, W., von Korff, M., Lin, E., e.a. (1999). Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1109-1115.
- Katon, W., Robinson, P., von Korff, M., e.a. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 53, 924-932.
- Katon, W., Rutter, C., Ludman, E.J., e.a. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58, 241-247.
- Katzelnick, D.J., Simon, G.E., Pearson, S.D., e.a. (2000). Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Archives of Family Medicine*, 9, 345-351.
- Korff, M. Von, & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323, 948-949.
- Marwijk, H.W.J. van, Grundmeijer, H.G.L.M., Bijl, D., e.a. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening). *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.
- McDonald, H.P., Garg, A.X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 288, 2868-2879.
- Neumeier-Gromen, A., Lampert, T., Stark, K., e.a. (2004). Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care*, 42, 1211-1221.
- Ormel, J., Bartel, M., & Nolen, W.A. (2004). De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. Oorzaken en beleidsaanbevelingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 237-246.
- Peveler, R., George, C., Kinmonth, A.L., e.a. (1999). Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319, 612-615.
- Pincus, H.A., Hough, L., Houtsinger, J.K., e.a. (2003). Emerging models of depression care: multi-level ('6 P') strategies. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 54-63.
- Rost, K., Nutting, P., Smith, J., e.a. (2001). Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. Journal of General Internal Medicine*, 16, 143-149.
- Schulberg, H.C., Katon, W., Simon, G.E., e.a. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1121-1127.
- Scott, J., Thorne, A., & Horn, P. (2002). Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325, 951-954.
- Simon, G.E., von Korff, M., Rutter, C., e.a. (2000). Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone

- to improve treatment of depression in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320, 550-554.
- Solberg, L.I., Fischer, L.R., Wei, F., e.a. (2001). A CQI intervention to change the care of depression: a controlled study. *Effective Clinical Practice*, 4, 239-249.
- Vergouwen, A.C.M., Bakker, A., Burger, H., e.a. (2005). A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care. *Psychological Medicine*, 35, 25-33.
- Vergouwen, A.C.M., Bakker, A., Katon, W.J., e.a. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1415-1420.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74, 511-544.
- Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., e.a. (2000). Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 283, 212-220.
- Whooley, M.A. (2006). Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 295, 2874-2881.
- Wilkinson, G., Allen, P., Marshall, E., e.a. (1993). The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychological Medicine*, 23, 229-237.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Young, A.S., Klap, R., Sherbourne, C.D., e.a. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55-61.

AUTEURS

A.C.M. VERGOUWEN is psychiater en plaatsvervangend A-opleider, en werkzaam in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam.

H. BURGER is arts-epidemioloog en werkzaam bij de afdeling epidemiologie en psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

T.J.M. VERHEIJ is hoogleraar Huisartsgeneeskunde en werkzaam bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht in Utrecht.

G.F. KOERSELMAN is hoogleraar Psychiatrie en werkzaam bij het Rudolf Magnus Instituut voor Neurowetenschappen van de Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: dr. A.C.M. Vergouwen, psychiater, afdeling Psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam. Tel. (020) 5108562. Fax (020) 6126431.

E-mail: a.vergouwen@slaz.nl.

Strijdige belangen: Het promotieonderzoek van A.C.M. Vergouwen werd gesponsord door GlaxoSmithKline B.V. Nederland. A.M.C. Vergouwen is als expert betrokken bij het Doorbraakproject Depressie 2 van het Trimbos-instituut.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op: 10-4-2007.

SUMMARY

How can the results of primary-care treatment for depression be improved? – A.C.M. Vergouwen, H. Burger, T.J.M. Verheij, G.F. Koerselman –

BACKGROUND The results of treatment for depression are frequently disappointing. The main reasons for this are inadequate treatment and non-compliance.

AIM This article attempts to deal with the question of how patient compliance and the results of treatment for depression can be improved.

METHOD We performed a critical analysis of the literature. We searched Medline (1966-January 2002), psycINFO (1984-January 2002), Embase (1980-January 2002) and the Cochrane Controlled Trials Register (1966-January 2002) for reports of randomised controlled trials. In our search we used the terms 'patient compliance', 'adherence', 'patient dropout', 'depression', 'depressive disorder', and 'affective disorder'. On the basis of the results of our search we compared two interventions that could be applied in Dutch practices.

RESULTS We found 11 articles, all relating to treatment in primary care settings. Usual care proved to be inadequate. The quality of the usual care currently provided can be improved by extra interventions. So far there are no indications that complex interventions benefit the patient more than simple interventions, such as regular follow-up procedures. Therefore, for the time being, simple interventions are to be preferred.

CONCLUSION Treatment for depression can be improved by means of relatively simple interventions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 559-567]

KEY WORDS major depressive disorder, patient compliance, primary health care, therapy