

## Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk

J.ORMEL, W.VAN DEN BRINK, K.VAN DER MEER, J.JENNER EN R.GIEL

Depressie vormt met een maandprevalentie van rond de 4% in de algemene bevolking een belangrijk volksgezondheidsprobleem. De meeste mensen die aan een depressie lijden, worden uitsluitend in de eerste lijn gezien. De huisarts is daardoor niet alleen belangrijk als poortwachter en verwijzer voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), maar ook als behandelend arts.

Vanuit psychiatrisch-epidemiologische hoek is herhaaldelijk gesteld dat de huisarts bij patiënten die lijden aan een depressie lang niet altijd signaleert dat er psychisch iets aan de hand is ('ondersignalering') en na eventuele signalering vaak geen specifieke diagnose stelt ('onderdiagnostiek'), waardoor de behandeling minder specifiek is dan mogelijk en gewenst is ('onderbehandeling').<sup>1,2</sup> Vanuit de huisartsgeneeskunde is deze stelling aangevochten. Dat tekortkomingen worden gesignaleerd zou deels het resultaat zijn van methodologische tekortkomingen in het epidemiologische onderzoek en deels het resultaat van gebrek aan begrip voor het beleid van de huisarts.<sup>3</sup> Deze is vaak de opvatting toegedaan dat veel stoornissen spontaan herstellen en dat psychiatrische diagnoses weinig relevant zijn voor oorzaak, prognose of gewenste behandeling.<sup>3,4</sup>

In dit artikel beschrijven wij kort de prevalentie van depressie, de ermee samenhangende functionele beperkingen en het beloop van depressieve stoornissen bij huisartspatiënten. Centraal hierin staan de bevindingen van het Groningse Eerstelijnsproject (GELP). Vervolgens bespreken wij in hoeverre er sprake is van ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling. Wij eindigen met een pleidooi voor een systematische en protocollaire aanpak van depressieve stoornissen in de huisartspraktijk.

### HET GRONINGSE EERSTELIJNSPROJECT

Dit project vond plaats in de periode 1985-1991. Methoden en resultaten zijn gedetailleerd elders beschreven.<sup>5-9</sup> In totaal werden 1994 opeenvolgende patiënten van 16-65 jaar die een huisarts bezochten van een representatieve groep van 25 huisartsen door hun huisarts beoordeeld en door de onderzoekers gescreend met de 'general health questionnaire' (GHQ). Patiënten die volgens de huisartsen in het recente verleden een psychosociaal probleem hadden (gehad) werden buiten beschouwing

---

Zie ook de artikelen op bl. 118 en 130.

---

gelaten (27% van de 1994), omdat wij vooral patiënten met een nieuwe episode wilden bestuderen. Een niet-proportioneel gestratificeerde steekproef (n = 260) uit de 1450 patiënten werd enkele weken na het indexconsult met een gestandaardiseerd klinisch instrumentarium uitvoerig onderzocht op de aanwezigheid van psychopathologische afwijkingen en van functionele beperkingen. Stratificatie en steekproef fracties werden bepaald op basis van het oordeel van de huisarts en de resultaten van de screening. De gepresenteerde resultaten betreffen daarom 'teruggewogen' data. Na 1 en na 3 jaar werden de interviews herhaald.

### DEFINITIES

Bij het begrip 'depressie' moet een onderscheid worden gemaakt tussen de symptomatologische en syndromale betekenis.<sup>10</sup> Bij depressieve klachten en symptomen gaat het om de aanwezigheid van een depressieve stemming die tot uiting komt in gevoelens van somberheid en neerslachtigheid of in het verlies van interesse voor en plezier in de dingen van het leven. Bij een depressie in de syndromale betekenis gaat het om de aanwezigheid van een cluster van klachten en symptomen. Behalve van een depressieve stemming moet er dan ook sprake zijn van cognitieve stoornissen (concentratiestoornis, besluiteloosheid, schuldgevoelens), afwijkende gedragingen (psychomotorische vertraging of agitatie, sociale isolatie) en (of) lichamelijke klachten (vermoeidheid, veranderde eetlust, slaapproblemen). Bovendien zijn er in de belangrijkste classificatiesystemen afspraken gemaakt over het aantal symptomen en de minimale intensiteit en duur waarvan sprake moet zijn wil men de syndromale diagnose 'depressie' kunnen stellen. Ten slotte moet worden benadrukt dat deze criteria in wezen een arbitrair punt vormen op een continuüm dat van 'niet depressief' naar 'zeer ernstig depressief' loopt.

Het syndroom 'depressie' wordt tegenwoordig door psychiaters en epidemiologen vooral bepaald aan de hand van de criteria van de DSM-III-R of het Bedford College (BC)-systeem.<sup>10,11</sup> Een belangrijk huisartsgeneeskundig classificatiesysteem is de 'international classification of health problems in primary care' (ICHPPC)-'defined', waarin echter geen criteria ten aanzien van de intensiteit en de duur van de symptomen zijn opgenomen. Wij gebruikten het BC-systeem, dat voor depressie vrijwel dezelfde criteria hanteert als DSM-III-R, maar daarnaast ook een milde variant van

---

Rijksuniversiteit, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.  
Vakgroep Psychiatrie: dr.J.Ormel (tevens: vakgroep Gezondheidswetenschappen) en W.van den Brink, epidemiologen; dr.J.Jenner en prof.dr.R.Giel, psychiaters.  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde: K.van der Meer, huisarts.  
Correspondentie-adres: dr.J.Ormel.

depressie onderscheidt. Hierdoor is deze classificatie beter geschikt voor onderzoek in de huisartspraktijk. Globaal kan men stellen dat de criteria van DSM-III-R en BC wat strenger zijn dan die van de ICHPPC-defined, die op hun beurt weer strenger zijn dan die voor een milde depressie volgens BC. Behalve naar depressie keken wij ook naar angst, omdat vooral in de huisartspraktijk depressie en angst veel gelijktijdig voor lijken te komen. Voor angststoornissen werden wederom de BC-criteria gebruikt (tabel 1).

De aan- of afwezigheid van psychiatrische symptomen en functionele beperkingen werd vastgesteld met de 'present state examination' (symptomen) en de 'Groningen social disability schedule' (beperkingen). Beide zijn semi-gestructureerde interviews met duidelijke regels ten aanzien van de omschrijving van het symptoom en de beperking en de minimaal vereiste intensiteit en duur. Ze werden afgenomen door goed getrainde personen met enige klinisch-psychiatrische ervaring.

#### PREVALENTIE, FUNCTIONELE BEPERKINGEN EN PROGNOSE

De prevalentie van depressie en van de mildere variant van depressie is in tabel 2 weergegeven. Een zekere depressie werd bij 5,4% van de patiënten aangetroffen en een milde depressie bij 3,7%. Van de overigen had bijna 20% ten minste 3 specifieke psychiatrische symptomen, zoals gespannenheid, nervositeit en slaapproblemen.

TABEL 1. Diagnostische criteria voor depressie volgens het Bedford College-systeem<sup>10, 11</sup>

diagnose	criteria
depressie	gedurende de afgelopen 4 weken een uitgesproken depressieve stemming en ten minste 4 van de volgende symptomen: verlies van interesse voor en plezier in de gebruikelijke dingen, suïcide(gedachten/poging), besluiteloosheid, gevoelens van waardeloosheid en schuld, insomnia (niet kunnen inslapen, veel te vroeg ontwaken), gewichtsverlies, vermoeidheid en energieverlies, piekeren, en concentratieproblemen
angst	in de afgelopen 4 weken: vrij-vlotterende angst* of meer dan 4 paniekaanvallen; of milde vrij-vlotterende angst* en ten minste 1 paniekaanval; of situationele angst† met vermindering van de gevreesde situatie (agorafobie, sociale fobie)
depressie en angst milde depressie	zowel diagnose 'angst' als diagnose 'depressie' uitgesproken depressieve stemming, maar met minder dan 4 van de overige depressieve symptomen
specifieke symptomen	3 of meer van de volgende psychiatrische symptomen, maar geen diagnose 'angst' of 'depressie': piekeren, spanningspijnen, gespannen spieren, vermoeidheid, rusteloosheid, hypochondrie, geïrriteerdheid, zich niet kunnen concentreren, sociale terugtrekking

\* Vrij-vlotterende angst = angst met vegetatieve verschijnselen (trillen, zweten, hartkloppingen, prop in de keel, droge mond) die niet gebonden is aan bepaalde situaties en doorgaans min of meer continu aanwezig is.

† Situationele angst = angst met vegetatieve verschijnselen die wél gebonden is aan bepaalde situaties die patiënt dan ook probeert te vermijden.

Ruim de helft van de patiënten met een depressie had tevens een angststoornis.

De klinische relevantie van de depressieve morbiditeit in termen van functionele beperkingen en beloop was aanzienlijk (zie tabel 2). Het ging daarbij vooral om ziekteverzuim, verminderde prestaties op het werk en thuis en een afname van de frequentie en de kwaliteit van sociale contacten. De ernst van de functionele beperkingen bij huisartspatiënten met een depressie doet niet onder voor die van de beperkingen bij mensen met een chronische somatische aandoening.

Wat betreft het beloop voldeed een vijfde van de patiënten met een depressie na een jaar nog steeds aan de criteria voor depressie, terwijl dat na ruim 3 jaar nog bij 9% het geval was. Bovendien herstelden velen niet volledig. Het typische beloop was: verbetering met restverschijnselen, maar geen volledig herstel.

De functionele beperkingen volgden globaal het beloop van de symptomen.<sup>7</sup> Patiënten die wat symptomen betreft niet herstelden, bleven dysfunctioneren, terwijl de patiënten bij wie de symptomen (vrijwel) geheel verdwenen ook functioneel (grotendeels) herstelden.

#### ONDERSIGNALERING EN ONDERDIAGNOSTIEK

Onder 'goede signalering' verstonden wij dat de huisarts bij de klachten van de patiënten die volgens de 'present state examination' en de BC-criteria een psychische stoornis hadden, naast eventuele somatische oorzaken een psychische of psychosociale genese vermoedde. Uit tabel 2 blijkt dat de huisartsen bij 2 van de 3 patiënten met een depressie zo'n genese vermoedden. Signalering hield overigens niet in dat de huisarts dan ook de diagnose 'depressie' stelde. Dat gebeurde in minder dan een kwart van de gesignaleerde gevallen. Bij de mildere variant lag de signalering lager. Gedurende de 12 maanden na het indexconsult werden slechts bij enkele patiënten met een niet gesignaleerde depressie alsnog de psychische problemen gesignaleerd.

Er zijn geen gerandomiseerde klinische trials waarin is vastgesteld dat goede signalering en adequate diagnostiek bij voorheen niet gesignaleerde depressies een gunstig effect hebben op de behandeling en het beloop. Onze stelling dat er sprake is van undersignalering en onderdiagnostiek berust derhalve op indirecte bewijsvoering: gelet is op de oorzaken van niet signaleren en specifieke diagnostiek; op de gevolgen van signalering voor de behandeling en het beloop; en op de effectiviteit van specifieke behandelingen.

*Oorzaken van niet signaleren.* Wat de patiënt betreft liggen deze oorzaken vooral in de manier waarop hij zijn klachten uit en in de ernst van de stoornis.<sup>9</sup> Depressies bij patiënten die hun klachten in een psychosociaal idioom uiten – een minderheid – worden vrijwel allemaal gesignaleerd. Depressies worden vaak niet gesignaleerd bij patiënten die (vrijwel) uitsluitend somatische klachten uiten. In dat geval kan het gaan om de lichamelijke manifestaties van de (gemaaskeerde) depressie (moehheid, hartkloppingen), om een subjectieve verergering van klachten die te maken hebben met bestaande somatische aandoeningen (lumbago, maag-darmklachten, duizelig-

TABEL 2. Overzicht van depressieve stoornissen waargenomen in de huisartspraktijk, aangegeven voor opeenvolgende nieuwe patiënten,\* en het verdere beleid

diagnose volgens Bedford College- criteria <sup>5,9</sup>	prevalentie (aantal per 1000)	patiënten (in %) met ten minste milde (zeer ernstige) beperkingen in:		prognose; situatie na 3 jaar (in %)		psychisch probleem door huisarts herkend (in %)	door huisarts behandeld (in %); † psychisch probleem aanvankelijk	
		sociale rol	werkrol	volledig hersteld	hetzelfde/ slechter		wel herkend	niet herkend
depressie‡	54	65 (16)	64 (31)	48	9	68	74	20
milde depressie‡	37	45 (0)	42 (15)	66	14	53	55	0
aspecifieke symptomen§	194	36 (1)	21 (4)	70	30	14	44	25

\* 'Nieuwe patiënten' zijn patiënten die volgens de huisarts geen psychosociaal probleem hadden in het recente verleden: 73% van alle opeenvolgende patiënten die de huisarts bezochten.

† Behandeling met psychofarmaca, counseling en (of) verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg.

‡ Met of zonder angststoornis.

§ Ten minste 3 psychiatrische symptomen maar geen (milde) depressie of angststoornis.

heid) of van chronische en multipale pijnklachten, of om klachten die niets met de psychische stoornis te maken hebben; ook een patiënt met een depressie kan immers hooikoorts of een knobbel in de borst krijgen.

Het belang van signalering bij 'gemaskeerde' depressies is evident: de geuite klachten zijn immers de directe manifestatie van de depressie. Ook bij de tweede mogelijkheid lijkt signalering van belang, als men tenminste de subjectieve verergering en het feit dat de patiënt juist nu (weer) komt met lichamelijke klachten wil begrijpen; alleen dan is een juiste behandeling mogelijk.

*Gevolgen van adequaat signaleren.* Signalering heeft positieve gevolgen.<sup>5</sup> Patiënten wier huisarts de psychische problemen signaleerde, hadden een veel grotere kans op behandeling (psychofarmaca, counseling en (of) verwijzing naar de GGZ) dan patiënten met niet gesignaleerde problemen (zie tabel 2). Signalering op zich, dus ongeacht of men behandeld werd, ging bij de mildere problemen ook met een wat betere prognose gepaard. Elders zijn wij ingegaan op de vraag hoe signalering op zich het natuurlijke herstel kan versnellen.<sup>5</sup>

*Effectiviteit van specifieke behandelingen.* In de psychiatrische en klinisch-psychologische literatuur groeit de consensus over de kwestie hoe depressies, al dan niet met angst, het best behandeld kunnen worden in de eerste lijn.<sup>2,10</sup> In de Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)-richtlijnen zijn, op basis van vrijwel uitsluitend gerandomiseerde klinische trials, richtlijnen voor de behandeling in de acute fase, de follow-up-fase, de onderhoudsfase en de profylactische fase opgesteld.

#### ONDERBEHANDELING

Gemeten aan deze groeiende consensus lijkt er sprake te zijn van onderbehandeling in de eerste lijn. Wat betreft de niet gesignaleerde depressies, maar ook wat betreft de wel gesignaleerde depressies wijzen onze gegevens en die van anderen op een mogelijke onderbehandeling.<sup>1,2,12</sup> Deze bestaat vooral uit te weinig specifieke interventies, te weinig follow-up, te weinig psycho-educatie en te weinig zorg-coördinatie; zaken die vermoedelijk samenhan-

gen met de specifieke diagnostiek. Zo schreven de huisartsen uit ons onderzoek betrekkelijk zelden antidepressiva voor.

#### BESCHOUWING

Een eerste kanttekening geldt de werkzaamheid van specifieke behandelingen, zoals toediening van antidepressiva en gerichte counseling (interpersoonlijke, probleemgerichte of cognitieve therapie): deze is relatief weinig bij representatieve populaties uit de huisartspraktijk onderzocht. De meeste gecontroleerde klinische trials – waarop dus ook de richtlijnen zijn gebaseerd – zijn uitgevoerd bij psychiatrische populaties, dat wil zeggen bij patiënten in de tweede lijn die niet zeer oud zijn, geen ernstige lichamelijke of psychiatrische bijkomende morbiditeit hebben, de psychiatrische diagnose accepteren en gemotiveerd zijn voor behandeling. Dit zijn allemaal eigenschappen die in mindere mate voor de depressieve en angstige patiënt in de huisartspraktijk gelden. Ook therapietrouw is moeilijk in de eerste lijn te realiseren. De ons bekende gecontroleerde onderzoeken in de eerste lijn suggereren overigens wel dat behandeling van depressies door de huisarts met antidepressiva en (of) counseling net zo effectief kan zijn als in de tweede lijn.<sup>2,12</sup> Ook zijn er sterke aanwijzingen dat depressies bij patiënten met stabiele somatische aandoeningen (diabetes, kanker, hartziekten) effectief behandeld kunnen worden.<sup>2</sup> Niettemin kunnen conclusies betreffende de effectiviteit in de eerste lijn strikt genomen niet worden getrokken. Het aantal klinische trials, vooral bij ouderen en mensen met somatische comorbiditeit, is hiervoor nog te klein, de resultaten zijn beperkt generaliseerbaar en de trials zijn niet gerepliceerd in Nederland.

Een tweede kanttekening valt te plaatsen bij de te verwachten effectiviteit van een adequate specifieke behandeling in de eerste lijn. Hoewel de determinanten van het natuurlijk beloop niet goed bekend zijn, suggereren de spaarzame onderzoeken met voor de eerste lijn representatieve populaties dat een ongunstige prognose samengaat met: een eerdere episode, psychiatrische en

somatische comorbiditeit, persoonlijkheidsstoornissen en hardnekkige sociale problemen (stress, relaties). Deze factoren lenen zich pas na een geslaagde acute behandeling voor beïnvloeding door de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk en dan nog maar in bescheiden mate.

#### PROTOCOLLAIRE AANPAK

Er is voldoende wetenschappelijke kennis om een begin te maken met de ontwikkeling en evaluatie van betrekkelijk specifieke protocollen ten aanzien van signalering, diagnostiek en behandeling van depressie.<sup>1 2 10 12 13</sup> Bovendien wijst de grote variatie tussen artsen erop dat thans het beleid nog erg van artsgebonden factoren afhankelijk is. Met dit standpunt willen wij niet ontkennen dat er nog belangrijke onzekerheden zijn over de beste behandeling. Vier willen wij hier noemen: wat te doen met de atypische en subklinische varianten van depressie (bijvoorbeeld, hoe mild mag een depressie zijn, wil men deze toch zinvol met antidepressiva kunnen behandelen?); wie heeft het meest baat bij gerichte counseling?; wie kan wanneer het best naar de GGZ worden verwezen?; en in hoeverre zijn gerichte counseling en psychotherapeutische technieken toepasbaar binnen de praktijkvoering van een generalist met beperkte tijd?

Welke elementen zouden deel moeten uitmaken van een depressieprotocol? Wij noemen er 6:

- Systematische aandacht voor psychische stoornissen volgens een tweesporenbeleid. Kern hiervan is dat men niet uitsluit - tot het tegendeel blijkt - dat er sprake is van zowel somatische als psychische stoornissen. Dit is vooral van belang bij somatische klachten die nogal eens gepaard gaan met depressie en (of) angst (langdurige medisch niet verklaarde lichamelijke klachten, vermoeidheid, maag-darmklachten, chronische en multiple pijnklachten).
- Een korte serie vragen waarmee de arts snel de diagnose van (milde) depressie en angst kan bepalen.
- Suggesties voor het, in overleg met de patiënt, opstellen van een specifieke diagnose of probleemdefinitie. Het gekozen verklarings- of ziektemodel dient biologische, psychische en sociale elementen te omvatten en - zo mogelijk - acceptabel te zijn voor de patiënt.<sup>10</sup>
- Een lijst van criteria waarmee het natuurlijke beloop ruwweg kan worden ingeschat met het oog op de eerste beslissing: afwachten dan wel actief behandelen.
- Behandelingadviezen waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de acute fase, de follow-up-fase en de onderhoudsfase. Het valt te overwegen om de zeer tijdrovende vormen van counseling en (groeps)therapie door maatschappelijk werkers, klinisch psychologen of verpleegkundigen uit te laten voeren.
- Eenvoudig en helder voorlichtingsmateriaal ter ondersteuning van de behandeling.

#### CONCLUSIE

Psychische stoornissen, gedefinieerd volgens psychiatrische standaardcriteria, komen bij 10-15% van de opeenvolgende huisartspatiënten van 16-65 jaar voor. Depres-

sies vormen hiervan ongeveer de helft; ze verlopen lang niet altijd gunstig, herstellen vaak niet volledig, zijn vaak vermengd met lichamelijke klachten en gaan nogal eens gepaard met aanzienlijke en soms permanente beperkingen in het beroepsmatige en sociale functioneren.<sup>10</sup> Vanuit de optiek van de psychiatrie is er in de eerste lijn tot op zekere hoogte sprake van ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling ten aanzien van depressie. Bij 1 op de 3 patiënten worden psychische problemen niet gesignaleerd, en gesignaleerde psychische problemen worden nogal eens niet voorzien van een specifiek diagnostisch label, waardoor de behandeling wellicht minder specifiek is dan mogelijk en gewenst is. Onze resultaten corresponderen in grote lijnen met de bevindingen van buitenlandse - vooral Engelse en Amerikaanse - onderzoeken, al lijken de signalering en behandeling bij ons beter.<sup>1 13</sup>

De ontwikkeling van een systematische en protocolaire aanpak van signalering, diagnostiek en behandeling van depressie- en angstproblemen lijkt gewenst. Vooral niet verklaarde lichamelijke klachten, chronische vermoeidheid, chronische en (of) multiple pijnklachten, langdurige slaapstoornissen en alcoholproblemen dienen in de differentiële diagnostiek van depressie en angst te worden betrokken.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med* 1992; 326: 1080-4.
- <sup>2</sup> Rush AJ, Madhukar T, Schriger D, Petty F. The development of clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 230-6.
- <sup>3</sup> Bensing JM, Beerendonk P. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 50: 595-618.
- <sup>4</sup> Lamberts H. In het huis van de huisarts. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.
- <sup>5</sup> Ormel J, Brink W van de, Koeter MWJ, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990; 20: 909-23.
- <sup>6</sup> Brink W van den, Leenstra A, Ormel J, Koeter MWJ. The scientific basis of physician training in recognition and management of psychiatric disorders in primary care. *J Affective Disord* 1991; 21: 273-84.
- <sup>7</sup> Ormel J, Korff M von, Brink W van den, Katon W, Brilman EI, Oldehinkel T. Depressive illness and disability in primary care show synchrony of change. *Am J Publ Health* 1993; 83: 385-90.
- <sup>8</sup> Ormel J, Brilman EI, Oldehinkel T, Brink W van den. Outcome of depression and anxiety in primary care: a 3-wave 3.5-year study of psychopathology and disability. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 759-66.
- <sup>9</sup> Wilmink FW. Patient, physician, psychiatrist: assessment of mental health problems in primary care. PhD-thesis. Groningen: Universiteit van Groningen, 1989.
- <sup>10</sup> Hoofdakker RH van den, Albersnagel FA, Tilburg W van. *Depressie in de huisartspraktijk*. Assen: Van Gorcum, 1992.
- <sup>11</sup> Finlay-Jones R, Brown GW, Duncan-Jones P, Harris T, Murphy E, Prudo R. Depression and anxiety in the community: replicating the diagnosis of a case. *Psychol Med* 1980; 10: 445-54.
- <sup>12</sup> Schulberg HC, Coulehan JL, Block MR, Scott CP, Imber SD, Perel JM. Strategies for evaluating treatment for major depression in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1991; 13: 9-18.
- <sup>13</sup> Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.

Aanvaard op 16 april 1993