

Noodzaak voor verandering in de zorg voor depressie

Depressies komen frequent voor. Per jaar lijdt naar schatting ruim 6% van de inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder aan een depressie. Dit zijn ongeveer 850.000 mensen. Ongeveer één op de 16 volwassenen tussen 18 en 65 jaar leed in 2005 aan een depressie, dat zijn naar schatting 685.000 mensen. Depressie komt het meest voor in de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar. Bij ouderen komt depressie iets minder vaak voor dan bij volwassenen jonger dan 65 jaar. Ongeveer één op de achttien ouderen (5,7%) leed in 2005 aan een depressie. Dat zijn in totaal 128.000 mensen. Jaarlijks krijgen ruim 285.000 volwassenen een eerste depressie. Depressie komt tweemaal zo veel voor bij vrouwen als bij mannen (Schoemaker et al., 2005).

Depressie heeft invloed op de sterftetekans. Jaarlijks overlijden ongeveer 1.500 mensen door zelf toegebracht letsel. Bij ongeveer 30% van deze gevallen was sprake van depressie. En mensen met een lichamelijke aandoening én een depressie lopen twee maal zoveel kans om binnen een bepaalde periode te overlijden dan anderen met alleen een lichamelijke aandoening. Er zijn diverse verklaringen voor deze verhoogde sterftetekans als gevolg van depressie, maar goed onderzoek ontbreekt nog (Schoemaker et al., 2005). Het aantal mensen waarvan de huisarts weet dat ze lijden aan depressie is de laatste tien jaar sterk toegenomen. Er lijken geen aanwijzingen te zijn dat in de bevolking het aantal personen met een depressie of depressieve gevoelens is toegenomen.

De toename van cliënten met een depressie die de huisarts ziet, heeft mogelijk te maken met een betere herkenning en vroege opsporing van depressie door de huisarts. Ook is het mogelijk dat huisartsen cliënten die een depressie hebben doorgemaakt minder snel als 'genezen' zijn gaan beschouwen. Verder speelt mee dat mensen dankzij publieksvoorlichting zelf eerder professionele hulp zoeken.

In 2003 bedroegen de kosten van zorg voor depressie 660,4 miljoen euro. Hiervan gaat het grootste deel naar de geestelijke gezondheidszorg (53%), gevolgd door genees- en hulpmiddelen (19%), ziekenhuiszorg (11%) en eerstelijnszorg (9%) (Van Wieren et al., 2007).

De zorg voor depressieve cliënten kent een aantal problemen waardoor deze niet optimaal verloopt. De problemen hebben enerzijds te maken met de inhoud van de behandeling en een gebrekkige toepassing van de richtlijnen: de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005), het Addendum Ouderen (Kok, 2006), de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Standaard Depressie (Van Marwijk et al., 2004) en de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) depressie (Romeijnders et al. 2006). Anderzijds zijn er problemen in de samenwerking en organisatie van de keten.

In het verbeterproject staan enkele belangrijke knelpunten in de depressiezorg centraal:

- Er zijn problemen met vroege herkenning/diagnostiek van depressie. Bij ouderen bemoeilijkt lichamelijke co-morbiditeit het stellen van de diagnose.
- De diagnostiek gebeurt vaak niet getrapt (eerst minimaal, intensiever als nodig). Herhaalde diagnostiek vindt nauwelijks plaats.
- De evidence-based interventies voor de behandeling van depressie worden onvoldoende als eerste keus behandeling toegepast. Dit geldt vooral voor de zogenaamde effectieve eerste stap interventies en voor de verschillende vormen van gesprekstherapie.
- Antidepressiva worden in de eerstelijns bij 80% van de mensen met depressie voorgeschreven (Wieren et al., 2007). Dit betekent overbehandeling van een grote groep mensen met niet-ernstige depressie.

- Vooral bij oudere cliënten kan polyfarmacie, het gebruik van antidepressiva in combinatie met andere medicijnen, een probleem zijn. Huisartsen en apothekers hebben hier soms onvoldoende aandacht voor. Eveneens speelt het probleem van te lang gebruik van en verslaving aan benzodiazepines in sommige regio's.
- Problemen met therapietrouw. Antidepressiva dienen na de acute depressieve fase (die vaak 10-12 weken duurt), nog 6 maanden te worden gebruikt. Deze behandelafspraken worden door veel mensen niet opgevolgd. Van de met antidepressiva behandelde cliënten in de eerstelijns stopt 25-30% binnen vier weken op eigen initiatief. Binnen drie maanden is dit percentage 40-50%. Bijwerkingen spelen mee bij het afbreken van de behandeling.
- Er zit te weinig tempo in de behandeling door logistieke problemen en door het gebrek aan monitoring. De in de richtlijnen aangegeven duur van de behandelstappen wordt onvoldoende aangehouden.
- Er zijn ongewens lange wachttijden, vooral bij de overgang van eerste- naar tweedelijns en voor de start van de behandeling in de GGZ (GGZ Nederland, 2007). Wachttijden van 4 maanden voor de start van cognitieve gedragstherapie zijn geen uitzondering. Hierdoor is de kans groter dat cliënten een chronische depressie (een depressie die langer aanwezig is dan 2 jaar) ontwikkelen.

Bovenstaande problemen vormden aanleiding voor het op grote schaal verbeteren van de depressiezorg in Nederland. Het verbeterproject Depressie is opgezet om de kloof tussen kennis en praktijk te dichten. In het verbeterproject Depressie zijn alle doelen gericht op het voorkomen dat mensen onnodig lang met depressieve klachten doorlopen. Een tiental experts op het gebied van de depressiezorg leverden een bijdrage aan de inhoudelijke voorbereiding van de Doorbraakprojecten, waaruit dit verbeterproject voortvloeit.

Depressiezorg is ketenzorg. Ketenzorg gaat over het blijven werken aan de juiste zorg voor de cliënt op de juiste plaats door de juiste hulpverlener. Ketenzorg is nog te vaak een inspanning van individuen. Het ontbreekt aan ketengerichte organisatiestructuren en een duidelijke regie op de aansluiting tussen zorgaanbieders. In de verbeterteams werkt men aan deze aansluiting, door multidisciplinair en transmuraal afspraken te maken over de inhoud en de organisatie van de zorg.

Stepped care levert een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders en bevordert de afstemming (Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). In het stepped care model wordt door de huisarts onderscheid gemaakt tussen ernstige en niet-ernstige depressie en wordt aan de hand van deze indeling het bijpassende niveau van behandeling geïndiceerd. Dit betekent voor cliënten met een niet-ernstige depressie dat zij als eerste stap in de behandeling een keuze hebben uit een pakket van zogenaamde eerste stap interventies. Mensen met een ernstige depressie beginnen gelijk met een tweede stap interventie en hebben de keuze uit antidepressiva en/of psychotherapie.

Referenties

GGZ Nederland (2007). Wachtlijsten in ggz-instellingen op 1 januari 2007. Amersfoort.

Kok R. (2006) Addendum Ouderen behorende bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Marwijk HWJ van, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Gelderen MG van, Haan M de, Weel-Baumgarten EM van, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. Huisarts en Wetenschap 46 (11): 614-23.

Meeuwissen J, Weeghel J van. (2003). Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie – Eindrapportage. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoemaker C (RIVM), Poos MJJC (RIVM), Spijker J (Trimbos-instituut). Hoe vaak komt depressie voor? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.

Wieren S van (RIVM), Schoemaker C (RIVM), Spijker J (Trimbos-instituut). Welke zorg gebruiken cliënten en wat zijn de kosten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 21 februari 2007.