



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Depressive symptoms at old age : proactive management in general practice

Weele, G.M.

Citation

Weele, G. M. (2011, December 7). *Depressive symptoms at old age : proactive management in general practice*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/18193>

Version: Corrected Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/18193>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Chapter 10

Samenvatting

Hoofdstuk 1 is de algemene inleiding op dit proefschrift. Depressieve symptomen op hoge leeftijd is een intrigerend onderwerp waar veel onderzoek naar is gedaan. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat depressieve symptomen op hoge leeftijd een fluctuerend en vaak chronisch beloop hebben en een nadelige invloed op het welbevinden, de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. Ook verhogen ze het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis en op sneller overlijden. De herkenning van depressieve symptomen is bij ouderen echter vaak moeilijk, vooral als er ook sprake is van chronisch somatische en cognitieve aandoeningen. Als depressieve symptomen niet worden herkend zal ook geen adequate behandeling volgen, hoewel er psychologische interventies beschikbaar zijn met een bewezen positief effect op klinische uitkomsten. Dit leidde tot het idee dat een pro-actieve aanpak, door ouderen te screenen op depressieve symptomen en de screen-positieve ouderen vervolgens een behandeling aan te bieden, nodig is om de herkenning en behandeling van depressieve symptomen op hoge leeftijd te verbeteren. Dit idee werd nog versterkt door veelbelovende resultaten van diverse onderzoeken. Het was echter niet zonder meer duidelijk of deze positieve bevindingen ook zouden gelden in een gecombineerd screening-interventie-programma onder oudste ouderen in de Nederlandse eerstelijns gezondheidszorg. Dat was de reden voor het pragmatisch opgezette PROMODE-onderzoek (PRO-active Management Of Depression in the Elderly), met als belangrijkste doel om te onderzoeken of een pro-actieve aanpak, door middel van screening gevolgd door een behandelaanbod aan de screen-positieve ouderen, (kosten)effectief is om depressieve symptomen op hoge leeftijd op te sporen en het lijden te verlichten.

Naast het PROMODE-onderzoek voerden we verschillende secundaire onderzoeken uit. Ten eerste, testten we onze hypothese dat depressie met bijkomende angst sterker is gecorreleerd met een afname van het functioneren en kwaliteit van leven en een toename van het overlijdensrisico dan depressie alleen. Ten tweede, onderzochten we de verschillende manieren waarop onderzoekers in pragmatisch onderzoek omgaan met het concept van ‘gebruikelijke zorg’ en evalueerden we de invloed van de onderzoeksopzet op het gedrag van hulpverleners en patiënten in de ‘gebruikelijke zorg’-controlegroep. Ten derde, onderzochten we de invloed van de manier van afname de Geriatrische Depressie-Schaal met 15 vragen (GDS-15), als zelf-invullijst of afgenomen door een interviewer, op de score van deze in het PROMODE-onderzoek gebruikte screeningsvragenlijst. Tot slot, onderzochten we de beperkende en motiverende factoren die, onder ouderen vanaf 75 jaar met een positieve screeningsuitslag op depressieve symptomen, een rol speelden in het besluit om al dan niet in te gaan op ons behandelaanbod.

In **Hoofdstuk 2** testten we onze hypothese dat op hoge leeftijd depressie met bijkomende angst slechtere uitkomsten heeft op het functioneren, de kwaliteit van leven en het overlijdensrisico dan depressie alleen. We konden hiervoor gegevens analyseren uit het Leiden 85-plus onderzoek, een cohortonderzoek in de algemene populatie. In dit onderzoek werden alle 90-jarigen met een score van tenminste 19 punten op de Mini Mental State

Examination (MMSE) onderzocht op aanwezigheid van depressieve symptomen (tenminste 5 punten op de GDS-15) en angstsymptomen (tenminste 1 positief antwoord op de Anxiety Screening Questionnaire). Dit onderzoek liet een hoge prevalentie zien van zowel depressieve als angstsymptomen op 90-jarige leeftijd, waarbij 17% van deze ouderen alleen depressieve symptomen had, 4% alleen angstsymptomen en 8% beide. Dit betekent dat 32% van de 90-jarigen met depressieve symptomen ook angstsymptomen had en dat 64% van de 90-jarigen met angstsymptomen ook depressieve symptomen had. De aanwezigheid van depressieve symptomen was geassocieerd met een afname in het functioneren en de kwaliteit van leven en met een toename van de mortaliteit. In de depressieve groep was het enige verschil tussen degenen met en zonder angst dat degenen met angst hogere eenzaamheidsscores hadden dan degenen zonder angst. Hoewel een substantieel aantal ouderen met depressieve symptomen ook angstsymptomen heeft, lijkt het er op dat de bijkomende angst de negatieve invloed van de depressieve symptomen op functioneren, kwaliteit van leven en mortaliteit niet of nauwelijks verder versterkt. Angst lijkt op hoge leeftijd gezien te kunnen worden als een onderdeel van depressie. Omdat de meeste ouderen met angstsymptomen ook depressieve symptomen hebben, zouden hulpverleners zich vooral moeten richten op de behandeling van depressie, teneinde de kwaliteit van leven op zeer hoge leeftijd te verbeteren.

In **Hoofdstuk 3** deden we een literatuurverkenning naar de verschillende benaderingen van het concept van ‘gebruikelijke zorg’ in pragmatische trials; bovendien evalueerden we de invloed van de onderzoeksopzet op het gedrag van hulpverleners en patiënten in de ‘gebruikelijke zorg’-controlegroep. We includeerden 73 pragmatische onderzoeken met een ‘gebruikelijke zorg’-controlegroep, die waren uitgevoerd in de eerste lijn en gepubliceerd tussen januari 2005 en december 2009 in het *British Medical Journal*, het *British Journal of General Practice* en *Family Practice*. In de meeste onderzoeken (op twee na) hadden de hulpverleners in de controlegroep de vrijheid om patiënten te behandelen naar eigen inzicht. Van alle beoordeelde onderzoeken, waren er 38 individueel gerandomiseerd en 35 clustergerandomiseerd. Potentiële beïnvloeding van het gedrag van hulpverleners en patiënten in de controlegroep werd vaker gezien in individueel gerandomiseerde onderzoeken, maar ook in clustergerandomiseerd onderzoek was sprake van (risico op) beïnvloeding. Onderzoekers in de eerstelijnsgezondheidszorg moeten daarom de opzet van hun ‘gebruikelijke zorg’-controlegroep zorgvuldig afwegen, vooral om gedragsbeïnvloeding door de onderzoeksopzet tot een minimum te beperken. Een goede evaluatie van veel onderzoeken was lastig, omdat de instructies en de informatie aan de controlegroep vaak onvoldoende waren beschreven. Dat leidde tot ons voorstel om het ‘CONSORT-statement’ voor de verslaglegging van onderzoek zodanig uit te breiden, dat auteurs hun ‘gebruikelijke zorg’-controlegroep gedetailleerder beschrijven.

In **Hoofdstuk 4** onderzochten we de opbrengst en de kosten van twee screeningsmethoden voor onbehandelde depressieve symptomen onder ouderen vanaf 75-jarige leeftijd in de huisartspraktijk, het eerste deel van het PROMODE-onderzoek. We voerden dit onderzoek uit in 73 huisartspraktijken met gezamenlijk 12.144 geregistreerde ouderen van 75 jaar en ouder. In de eerste 31 praktijken nodigden we 3797 ouderen uit voor ‘directe screening’, wat inhield dat zij een uitnodigingsbrief ontvingen gevolgd door een huisbezoek voor mondelinge afname van de GDS-15. In de volgende 42 praktijken werden 6.884 ouderen uitgenodigd voor ‘getrapte screening’, wat inhield dat zij de GDS-15 per post ontvingen; alleen bij een score van tenminste 4 punten op deze door de oudere zelf ingevulde GDS, volgde een huisbezoek voor mondelinge afname van de GDS-15. Een belangrijke bevinding van dit onderzoek was dat 5,8% van de ouderen al werd behandeld voor depressie. De opbrengst van screen-positieve patiënten (gedefinieerd als een mondeling afgenomen GDS-15-score ≥ 5 punten) was bij directe screening 2,6% en bij getrapte screening 1,9%, met gelijke opbrengst voor patiënten van 75-79 jaar en patiënten vanaf 80-jarige leeftijd. Deelname aan de screening was vrijwel gelijk in beide screeningsmethoden. In een standaard huisartspraktijk met 160 patiënten vanaf 75-jarige leeftijd zouden de geschatte totale screeningskosten ongeveer twee keer zo hoog zijn voor directe screening als voor getrapte screening. Op grond van deze bevindingen konden we geen definitieve uitspraak doen over welke screeningsmethode de voorkeur heeft. De beoordeling of de extra opbrengst van directe screening klinisch relevant is en de extra kosten rechtvaardigt, zou vooral afhangen van de effectiviteit van de behandeling die op de screening zou volgen, onderzocht in het PROMODE-interventie-onderzoek (zie hoofdstuk 6).

Het doel van **Hoofdstuk 5** was om te onderzoeken wat de invloed is op de score van de GDS-15 (met een totaalscore variërend van 0 tot 15 punten) van de manier waarop deze screeningslijst wordt afgenomen. In twee huisartspraktijken namen we de GDS-15 tweemaal binnen één maand af bij patiënten vanaf 75-jarige leeftijd, éénmaal via de post als zelf-invulvragenlijst en éénmaal mondeling tijdens een huisbezoek. De volgorde van afname was voor beide praktijken verschillend. Bij afname door een interviewer bleven er geen GDS-vragen onbeantwoord, maar als de GDS-15 door de patiënten zelf werd ingevuld liet bijna een kwart van de patiënten minstens één vraag onbeantwoord. Item-item-vergelijkingen lieten hoge percentages van overeenkomst zien, maar de totaalscores op de GDS als zelf-invulvragenlijst waren hoger (gemiddeld 0,7 punten) dan bij afname door een interviewer. Dit laat zien dat de methode van afname van belang is bij het interpreteren van GDS-scores.

In **Hoofdstuk 6** wordt het tweede deel van het PROMODE-onderzoek beschreven. In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek onderzochten we de kosteneffectiviteit van een ‘stepped-care’-interventieprogramma vergeleken met gebruikelijke zorg door de huisarts onder ouderen vanaf 75 jaar met een positieve screeningsuitslag voor depressieve

symptomen in de huisartspraktijk. We analyseerden de uitkomsten ook apart voor 2 leeftijdsgroepen: 75-79-jarigen en vanaf 80-jarige leeftijd. Dit onderzoek, met een follow-up periode van 12 maanden, vond plaats in 67 Nederlandse huisartspraktijken met gezamenlijk 239 patiënten vanaf 75 jaar die een positieve screeningsuitslag hadden voor onbehandelde depressieve symptomen (zie hoofdstuk 4). Bij cluster-randomisatie werden 34 praktijken met 118 patiënten ingeloot voor de gebruikelijke zorg-controlegroep en 33 praktijken met 121 patiënten voor de stepped-care-interventiegroep. De interventie bestond uit 3 stappen: 1) individuele counseling; 2) de cursus ‘In de put, uit de put’; 3) op indicatie terugverwijzing naar de huisarts om verdere behandeling te bespreken. Voor onze primaire uitkomstmaat, de ernst van depressieve symptomen gemeten met de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) na 6 maanden, vonden we een sterkere verbetering in de controlegroep dan in de interventiegroep; na 12 maanden vonden we geen verschil. Ook de analyse voor de twee aparte leeftijdsgroepen (75-79-jarigen en vanaf 80-jarige leeftijd) liet geen gunstig effect zien van de interventie op MADRS-scores en evenmin op kwaliteit van leven en mortaliteit. Zonder gunstig effect was ook de kosteneffectiviteit voor deze interventie niet gunstig. Een belangrijke bevinding was dat in de interventiepraktijken de acceptatie van cursusdeelname (interventiestap 2) laag was. Hoewel 83% van de screen-positieve ouderen akkoord ging met verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg voor de stepped-care-interventie, nam slechts 19% deel aan de cursus ‘In de put, uit de put’, de kern van het interventieprogramma. De belangrijkste conclusie van het PROMODE-onderzoek was dat een stepped-care interventieaanbod, aangeboden aan ouderen met een positieve screeningsuitslag voor depressieve symptomen, niet (kosten)effectief is vergeleken met gebruikelijke zorg door de huisarts. Mogelijk is dit vooral te wijten aan een lage acceptatiegraad van het belangrijkste onderdeel van de interventie.

In **Hoofdstuk 7** onderzochten we de beperkende en motiverende factoren voor deelname aan de cursus ‘In de put, uit de put’, onder ouderen vanaf 75 jaar met een positieve screeningsuitslag voor depressieve symptomen in de huisartspraktijk. Daarnaast exploreerden we ook de subjectieve behoeften van deze ouderen voor hun depressieve symptomen. Parallel aan het PROMODE-onderzoek interviewden we 23 ouderen met een positieve screeningsuitslag voor depressieve symptomen die het aanbod hadden gekregen om deel te nemen aan de cursus ‘In de put, uit de put’. Van de geïnterviewde ouderen hadden er 5 besloten aan de cursus deel te nemen en 18 om dit niet te doen. Dit onderzoek liet zien dat alle ouderen die cursusdeelname accepteerden zich depressief of eenzaam voelden en positieve verwachtingen hadden over de cursus. Belangrijke redenen om het cursusaanbod te weigeren waren zich niet depressief voelen, maar ook het hebben van negatieve gedachten over het cursuseffect of over deelname aan een groep of zich te oud voelen om te veranderen en nieuwe dingen te leren. De behoeften die de ouderen ervoeren om depressieve symptomen te verlichten kwamen grotendeels overeen met onderdelen van de aangeboden cursus. De meeste ouderen waren echter (nog) niet toe aan het accepteren

van een hulpaanbod, zelfs niet als zij hun depressieve symptomen (h)erkenden. In aansluiting op het transtheoretische model, dat verschillende motivatiefasen voor verandering onderscheidt en in de Nederlandse huisartspraktijk wordt gebruikt bij de aanpak van stoppen met roken, concludeerden wij dat behandeling meer toegesneden zou moeten worden op de motivatiefase waarin de individuele patiënt zich bevindt. In dit proces kan de huisarts een belangrijke rol spelen; veel geïnterviewde ouderen gaven aan de uitkomst van de screening en de behandelopties graag te willen bespreken met hun huisarts.

Hoofdstuk 8 vat de belangrijkste resultaten van dit proefschrift samen en bespreekt verschillende aspecten die mogelijk van invloed zijn geweest op de resultaten. Verder bespreekt het de implicaties voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

In de eerste plaats richt de discussie zich op verschillende aspecten van screening op onbehandelde depressieve symptomen onder oudste ouderen. Screening van alle bij de huisarts ingeschreven ouderen lijkt slechts een beperkte meerwaarde te hebben bij het opsporen van depressieve symptomen. Als een dergelijke systematische screening toch wordt overwogen, gaat (vanwege de efficiëntie) de voorkeur uit naar ‘getrapte screening’, beginnend met een schriftelijke zelf-invulvragenlijst. De efficiëntie van screening kan echter verder worden verhoogd door een selectieve benadering van hoog-risicogroepen (ouderen die recent hun partner hebben verloren en/of chronisch zieke ouderen) in plaats van een universele benadering van alle ouderen.

Vervolgens wordt ingegaan op de beperkte acceptatie van het cursusaanbod en de hulpbehoefte van ouderen met een positieve screeningsuitslag voor depressieve symptomen. Ons kwalitatieve onderzoek liet zien dat de meerderheid van de screen-positieve ouderen (nog) niet open stond voor een hulpaanbod. Dit betekent dat een screening-interventieprogramma zinvoller en efficiënter wordt als screening zich niet alleen richt op het opsporen van symptomen, maar ook op de behoefte aan en het openstaan voor hulp, met aandacht voor de motivatie om iets te willen veranderen aan de eigen situatie. Na screening zou een individuele exploratie moeten volgen, voordat (ongevraagd) een interventie wordt aangeboden. Ouderen geven aan dat zij het belangrijk vinden om psychosociale problemen met een voor hen vertrouwde hulpverlener te kunnen bespreken, zoals de huisarts.

Daarna bespreken we de geschiktheid van de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, een goed instrument voor het meten van de ernst van depressie in psychiatrische settings, voor gebruik in onze eerstelijns onderzoekspopulatie. Gezien de behoefte aan een adequaat instrument om in de huisartspraktijk de ernst van depressieve symptomen te meten en te monitoren is verder onderzoek nodig om bestaande vragenlijsten hiertoe aan te passen en te valideren, speciaal ook voor gebruik bij oudste ouderen.

Tot slot bespreken we de externe validiteit van onze onderzoeksresultaten. Het PROMODE-onderzoek was opgezet als een pragmatisch onderzoek, waarbij de uitvoering van de interventie niet idealer verliep dan het in de dagelijkse praktijk uitgevoerd zou

kunnen worden. Omdat er daarnaast ook geen aanwijzingen waren voor noemenswaardige contaminatie van de ‘gebruikelijke-zorg’-controlegroep, lijkt de generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten voor de (Nederlandse) huisartspraktijk gewaarborgd. Verder is het belangrijk dat we ons inzicht verdiepen in de betekenis van depressieve symptomen voor oude mensen, vooral met betrekking tot beperkingen in het (sociaal) functioneren, en de percepties van ouderen over mogelijkheden om hun kwaliteit van leven te verbeteren.