

Een stapsgewijs zorgmodel voor preventie van angst en depressie op oudere leeftijd

- **Klinische vraag** Kan een stapsgewijs zorgmodel in vergelijking met gewone zorg de ontwikkeling van majeure depressie en angststoornissen voorkomen bij ouderen met symptomen van angst of depressiviteit nog onder de diagnostische drempel?
- **Achtergrond** Depressie en angst zijn op oudere leeftijd veel voorkomende en moeilijk te behandelen aandoeningen met hoge morbiditeit en mortaliteit¹. Omwille van de beperkte capaciteit van de huidige gezondheidsvoorzieningen zouden effectieve preventiestrategieën nuttig kunnen zijn. In een meta-analyse werd reeds aangetoond dat gerichte preventie de incidentie van depressie met 25% doet dalen bij personen met subklinische depressie².

Analyse

T. Declercq
T. Poelman

Referentie

van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.

Bestudeerde populatie

- rekrutering: 5207 personen ouder dan 75 jaar uit 33 huisartsenpraktijken in Nederland werden uitgenodigd om een CES-D vragenlijst in te vullen
- inclusiecriteria: zelfgerapporteerde CES-D score van ≥ 16 (886/5207 hadden een score van ≥ 16 ; gemiddelde CES-D score bij inclusie was 21,6 (SD 5,1)), zonder DSM-IV criteria voor depressie of angststoornis na MINI
- randomisatie: 170 personen, gemiddelde leeftijd 81,4 (SD 3,7) jaar, 73,5% vrouwen
- exclusiecriteria: ernstige zelfgerapporteerde cognitieve stoornis.

Onderzoeksofzet

- gerandomiseerde, gecontroleerde studie (RCT)
- randomisatie na drie maanden watchful waiting en herevaluatie van de inclusiecriteria
- stapsgewijs zorgmodel (n=86): om de drie maanden bepalen van CES-D; wanneer CES-D score ≥ 16 naar volgende behandelingsstap:
 1. op eigen ritme doorlopen van een brochure en zelfhulp-cursus over omgaan met angst en depressie; huisbezoeken en telefoongesprekken door getrainde thuisverpleegkundige
 2. problem-solving therapie: aanleren van vaardigheden voor omgang met problemen; zeven sessies door getrainde psychiatrische verpleegkundige
 3. advies om huisarts te raadplegen voor overleg over medicatie
- gewone zorg (n=84).

Uitkomstmeting

- cumulatieve incidentie (na twaalf maanden) van angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angst) of depressie volgens de DSM-IV criteria na MINI
- **intention to treat analyse.**

Resultaten

- studie-uitval: elf patiënten weigerden deelname; zeventien patiënten in de interventiegroep (drie door overlijden) versus vier in de controlegroep (twee door overlijden) ($p=0,009$ voor het verschil) vielen uit de studie tijdens de twaalf maanden follow-up
- incidentie van depressie of angststoornis na twaalf maanden: 11,6% in de interventiegroep versus 23,8% in de controlegroep (RR 0,49; 95% BI van 0,24 tot 0,98).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een stapsgewijze behandeling effectief is om angst en depressie te voorkomen bij ouderen.

Financiering: de Nederlandse Health Research Council die in geen enkel stadium van de studie is tussengekomen.

Belangenvermenging: geen vermeld

1. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-180.
2. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:119-25.
3. Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, et al. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychol Med* 1997;27:231-35.
4. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.

5. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006;332:496-504.
6. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Aanbeveling voor medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.
7. Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC et al. Screening op depressie in hoogrisicogroepen levert weinig op. *Huisarts Wet* 2009;52:269-274.

Methodologische beschouwingen

Deze studie beperkte zich tot ouderen in de eerste lijn, een populatie die in andere studies meestal (omwille van comorbiditeit) uitgesloten is. De onderzoekers gebruikten een gevalideerde vragenlijst, bestaande uit twintig items, om gevallen van subklinische depressie op te sporen. Uit ander onderzoek bleek de sensitiviteit van deze test, bij een afkappunt van zestien, 100%, 41% en 40% te bedragen om respectievelijk majeure depressie, dysthymie en angst op te sporen³. Door de hoge negatief voorspellende waarde van de MINI-vragenlijst⁴ slaagden de onderzoekers er verder in om op een adequate manier patiënten met majeure depressie uit te sluiten. Uit het feit dat 23,8% van de usual care groep binnen het jaar een majeure depressie ontwikkelde, kunnen we echter afleiden dat, in vergelijking met observationeel onderzoek⁵, een belangrijk deel van de onderzoekspopulatie zeer dicht bij een depressie aanleunde op het ogenblik van inclusie.

Verder is de randomisatieprocedure van deze studie correct beschreven en uitgevoerd. De interviewers die het voorkomen van depressie en angst na twaalf maanden moesten beoordelen, waren blind voor de randomisatie. Voor de intention to treat analyse gebruikten de auteurs verschillende imputatietechnieken om te corrigeren voor de gemiste gegevens.

Resultaten in perspectief

Onderzoek naar haalbare niet-medicamenteuze interventiestrategieën om aandoeningen met hoge morbiditeit en mortaliteit zoals depressie te voorkomen bij ouderen, lijkt zeer relevant. Het stapsgewijze inzetten van voornamelijk niet-medicamenteuze middelen werd reeds aanbevolen voor de aanpak van depressie⁶, maar werd nog niet als preventie-strategie onderzocht bij personen met een subklinische (of pre-) depressie. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat een stapsgewijze aanpak het aantal gevallen halveert dat na twaalf maanden zou evolueren naar een klinische depressie of angststoornis. Een NNT van acht is door het brede betrouwbaarheidsinterval (4-143) echter klinisch weinig relevant.

Het studieprotocol laat niet toe om het effect van de verschillende onderdelen van de interventie te achterhalen. Dit laatste wordt bovendien extra bemoeilijkt omdat de patiënten vrij waren om bepaalde delen van de interventie al dan niet uit te voeren. In vergelijking met andere studies over depressie is de opvolgduur van twaalf maanden vrij lang. Toch is dit niet voldoende om uit te maken of door de interventie de ontwikkeling van depressie of angst uitgesteld dan wel effectief vermeden wordt.

● Besluit Minerva

Deze studie besluit dat het aanbieden van een stapsgewijs interventiemodel in de eerste lijn ter preventie van depressie en angststoornissen effectief is bij ouderen met symptomen van angst of depressiviteit nog onder de diagnostische drempel. Ze laat echter niet toe om te beoordelen of bepaalde onderdelen van deze complexe interventie meer effectief zijn, of de effecten op lange termijn standhouden en of de interventie kosteneffectief is.



Voor de praktijk

Door de combinatie van twee screeningstesten slaagden de onderzoekers erin om een populatie te selecteren die zich in het voorstadium van een depressie bevond. De haalbaarheid van deze screeningsmethode in de praktijk is niet onderzocht. Onderzoek wijst overigens uit dat screening van depressie in de eerste lijn niet zinvol is, omdat de winst eerder klein is en de daaropvolgende behandeling niet algemeen aanvaard wordt⁷. Dit blijkt ook uit de significant grotere uitval in de interventiegroep van deze studie, waarbij vooral de weigering van deelname aan een kortdurende interventie op basis van problem-solving opvalt.

De mogelijkheid van implementatie van deze complexe interventie in de dagelijkse praktijk is overigens onduidelijk. De eerste stap van de interventie zou kunnen vertaald worden naar een blijvende nadruk van de individuele zorgverstreker op haalbare activatie en onderhouden van sociale contacten bij ouderen. Deze studie laat echter niet toe om te bepalen of deze stap alleen effectief is. In deze studie is evenmin onderzocht of op cognitieve gedragstherapie gebaseerde individuele trainingen kosteneffectief zijn. Een aanbod van trainingen in groep met daartoe opgeleide gespecialiseerde zorgverleners zou, gezien de beperkte middelen, misschien haalbaarder zijn in de praktijk.