

Eerstelijnszorgmanagement voor depressie bij ouderen

Achtergrond

Prospectieve studies tonen een verband aan tussen depressie en verhoogde mortaliteit bij ouderen^{1,2}. Slechte therapietrouw zou hierbij een mediërende factor kunnen zijn. Het positieve effect van samenwerking tussen depressiezorgmanager, huisarts en psycholoog op het verbeteren van depressieve symptomen, functioneren en levenskwaliteit bij ouderen met depressie werd reeds aangetoond³. Gerandomiseerde studies die onderzoeken of dergelijke praktijkondersteuning ook leidt tot een lagere mortaliteit ontbreken echter.

Klinische vraag

Wat is het effect van een eerstelijnszorgmanagement op de aan depressie gerelateerde mortaliteit bij ouderen, in vergelijking met gewone zorg?

Samenvatting

Duiding

Sophie Liekens, Gert Laekeman en Veerle Foulon, Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy; KU Leuven Department of Pharmaceutical and Pharmacological Sciences

Referentie

Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ* 2013;346:f2570.

Tekst onder de verantwoordelijkheid van de Nederlandse-stalige redactie

Bestudeerde populatie

- rekrutering van 9072 Engelssprekende patiënten ouder dan 60 jaar met een mini-mental state examination (MMSE) score >17; met een geplande afspraak in 20 huisartsenpraktijken in New York City, Philadelphia en Pittsburgh
- selectie van 1061 patiënten met een **Centers for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)** score >20; toevoeging van een steekproef van 505 patiënten met een negatieve CES-D score en 322 patiënten met een negatieve CES-D score maar een voorgeschiedenis van depressie
- uiteindelijke inclusie van 1238 patiënten; gemiddelde leeftijd van 70 jaar; met majeure depressie (n=396), mineure depressie (n=203) of geen depressie (n=627) volgens de **DSM IV**-criteria.

Onderzoekopzet

- clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie
- interventiegroep (n=616): zowel de huisartsen als de familie van de patiënten kregen educatie over depressie; hiernaast werd de huisarts ondersteund door een depressiezorgmanager (maatschappelijk werker, verpleegkundige of psycholoog) die zelf werden bijgestaan door een psychiater; de depressiemanager had als taak om via rechtstreeks of telefonisch contact depressieve symptomen, ongewenste effecten van medicatie en therapietrouw op te volgen en volgens een algoritme de dosis van de medicatie te verhogen of medicatie te wijzigen en psychotherapie aan de behandeling toe te voegen
- controlegroep (n=622): de huisarts kreeg alleen educatie over depressie
- follow-up van patiënten via de nationale gezondheidsdatabank.

Uitkomstmeting

- verschil in mortaliteit tussen patiënten met en zonder depressie; verschil in mortaliteit tussen interventie- en controlegroep
- gevisualiseerd met **Kaplan Meier curves**; berekend met hazard ratio's gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, echtelijke staat, roken, cardiovasculaire ziekte, CVA, diabetes, kanker, cognitieve functie en zelfmoordgedachten.

Resultaten

- tijdens een mediane follow-up van 98 maanden (range van 0,8 tot 116,4) stierven 405 patiënten waarvan 215 patiënten met en 190 patiënten zonder depressie
- in de controlegroep hadden patiënten met majeure depressie significant meer kans om te sterven dan patiënten zonder depressie (HR 1,90; 95% BI van 1,57 tot 2,31); dit gold niet voor de interventiegroep (HR 1,09; 95% BI van 0,83 tot 1,44); zowel in de interventiegroep als in de controlegroep hadden patiënten met mineure depressie niet meer kans om te sterven
- patiënten met majeure depressie hadden in de interventiegroep 24% minder kans om te sterven dan patiënten in de controlegroep (HR 0,76; 95% BI van 0,57 tot 1,00); voor patiënten met mineure depressie was er geen statistisch significant verschil in mortaliteit tussen interventie- en controlegroep
- in de interventiegroep hadden patiënten met majeure depressie meer kans om te sterven door kanker dan patiënten zonder depressie.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat ouderen met majeure depressie die met bijkomende middelen intensief behandeld worden, in vergelijking met de gewone zorg een lager mortaliteitsrisico hebben. Hun mortaliteitsrisico is vergelijkbaar met dat van ouderen zonder depressie.

Financiering van de studie National Institute of Mental Health (NIMH), dat niet betrokken was bij de opzet en het verloop van de studie, noch bij de verzameling, de verwerking en de publicatie van de resultaten.

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben die relevant zijn voor deze publicatie.

Methodologische beschouwingen

Omwille van de aard van de interventie kozen de onderzoekers terecht voor een clustergerandomiseerde klinische studie met randomisatie op praktijkniveau. Hierbij hield men rekening met de ligging en de grootte van de praktijk, de academische affiliatie en het type praktijkpopulatie. Ook patiënten zonder depressie werden in de studiepopulatie opgenomen. Zo kon men het verband tussen depressie en sterfte binnen elke studiegroep achterhalen en gebruiken als controle voor het verschil in mortaliteit tussen de interventie- en de controlegroep (*zie verder*). De auteurs berekenden de power echter niet op een correcte manier, waardoor het niet zeker is of de steekproefgrootte groot genoeg was om een verschil in mortaliteit aan te tonen, ook al werden de patiënten gedurende mediaan 98 maanden opgevolgd. Het is evenmin duidelijk hoe groot de studie-uitval was. De resultaten zijn wel op een correcte manier gecorrigeerd voor clustering en voor confounders.

Interpretatie van de resultaten

Verschillende prospectieve studies^{1,2} toonden eerder al een associatie aan tussen depressie en verhoogde mortaliteit bij ouderen. Mortaliteit kunnen we dus beschouwen als een correct gekozen en klinisch sterke uitkomstmaat. Alleen in de controlegroep (en niet in de interventiegroep) was er een statistisch significant verband tussen majeure depressie en verhoogde mortaliteit. Parallel hiermee hadden patiënten met majeure depressie in de interventiegroep 24% minder kans om te sterven dan patiënten in de controlegroep. Het betrouwbaarheidsinterval is echter zeer breed (43% tot 0%) wat de betrouwbaarheid van dit resultaat in twijfel trekt. Een **type I-fout** is dus niet uitgesloten. De interventie had geen significant effect op mortaliteit bij mineure depres-

sie, maar misschien is dit te wijten aan een **type II-fout**. Eerder onderzoek toonde immers aan dat het verhoogde risico van mortaliteit niet alleen bestaat bij majeure depressie, maar ook bij subklinische vormen van depressie¹.

De 15 zorgmanagers van de interventiegroep waren maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en psychologen. De auteurs geven echter geen toelichting waarom voor deze beroepsgroepen gekozen werd en of er een verschil was in resultaat afhankelijk van het type zorgmanager. We weten ook niet of ze concreet ingebed zijn in de praktijk en hoe vaak ze beroep deden op de psychiatrische back-up. Wat de precieze toegevoegde waarde van de zorgmanagers inhoudt, is niet correct in te schatten. Evenmin weten we welke acties (toevoegen van psychotherapie, dosisverhoging van medicatie, opvolgen van symptomen, nevenwerkingen van medicatie en therapietrouw) het resultaat bepaald hebben.

In verband met de extrapolatiebaarheid moeten we ook nog opmerken dat de rekrutering via screening en niet op basis van klachten van depressie verliep. Ouderen met depressie tijdig identificeren wordt door sommige richtlijnen echter wel als preventieve maatregel aanbevolen⁴. Het is tot slot niet duidelijk of de geïnccludeerde huisartspraktijken (waaraan meestal ook verpleegkundigen, psychiaters, gerieters,... verbonden zijn) overeenkomen met de courante huisartspraktijk.

Referenties

1. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord* 2002;72:227-36.
2. Schulz R, Drayer RA, Rollman BL. Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biol Psychiatry* 2002;52:205-25.
3. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006;332:259-63.
4. Heyman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Aanbeveling voor medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.
5. Depressie op oudere leeftijd. *Duodecim Medical Publications Ltd* 16/8/2010.
6. Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61:364-72.
7. Bell S, McLachlan AJ, Aslani P, et al. Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness: a systematic review. *Aust New Zealand Health Policy* 2005;2:29.
8. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of pharmacist monitoring on patient satisfaction with antidepressant medication therapy. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2002;42:36-43.

Besluit van Minerva

Deze studie tracht aan te tonen dat ondersteuning van de huisarts met extra middelen om ouderen met majeure depressie in de huisartspraktijk volgens de richtlijnen op te volgen, de mortaliteit ten opzichte van gebruikelijke zorg verlaagt. Het is niet duidelijk of de steekproefgrootte groot genoeg was om op een correcte manier een verschil in mortaliteit aan te tonen. Het is evenmin duidelijk welk deel van de interventie het meeste impact had op het resultaat.

Voor de praktijk

Aangepaste informatie geven over de aard, het verloop en de behandeling van depressie, zowel aan de patiënt, aan zijn familie als aan zijn verzorgers wordt aanbevolen. Voldoende ondersteuning van verzorgend personeel kan hierbij nuttig zijn⁵. De huidige studie toont aan dat de inzet van zorgmanagers in de eerste lijn niet alleen effectief is om depressieve symptomen te verminderen³, maar ook om bij ouderen met majeure depressie de mortaliteit te reduceren. De vraag stelt zich echter hoe deze zorgmanagers te implementeren zijn in de huidige praktijk, welke vooropleiding ze best hebben, en of ze effectief deel moeten uitmaken van de huisartspraktijk. Een andere optie is om de rol van de bestaande zorgverleners te versterken. Ook (klinische) apothekers zouden bijvoorbeeld kunnen bijdragen aan de opvolging van patiënten met depressie. Eerder is reeds aangetoond dat apothekers het potentieel hebben om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door middel van dosisaanpassingen, opvolging van de therapietrouw en van de ongewenste effecten⁶⁻⁸.