

**Onbehandelde angst en depressie: naar een identificatie van risicogroepen:
Verslag van een onderzoeksproject**

Ilse van Beljouw
Peter Verhaak

Utrecht, Mei 2009

1) Inleiding

Het NIVEL ontving 17 december 2007 bericht van het Fonds Psychische Gezondheid dat een verzoek om bijdrage in de kosten voor het onderzoek “Onbehandelde Angst en Depressie” gehonoreerd was. In Juli 2008 hebben we met uitvoering van dit onderzoek een aanvang genomen. Dit onderzoek heeft geresulteerd in een tweetal Engelstalige wetenschappelijke artikelen, die ter publicatie zijn aangeboden aan de tijdschriften Psychiatric Services en Acta Psychiatrica Scandinavica.

Beide manuscripten treft u in deze eindrapportage als bijlage aan. De eisen die aan aangeboden wetenschappelijke publicaties worden gesteld, brengen met zich mee dat de verslaglegging in deze artikelen zeer compact is. Om een en ander nader toe te lichten aan het Fonds Psychische Gezondheid geven we in bijgaand stuk in wat uitgebreider bewoordingen de theoretische overwegingen en de vraagstelling van het onderzoek weer. Daarna beschrijven we het databestand dat gebruikt is en de analyses die daarmee gedaan zijn en we presenteren de resultaten die het antwoord op de gestelde onderzoeksvragen moeten bieden.

2) Theoretische achtergrond en vraagstelling

De meest voorkomende psychische stoornissen zijn stemmingsstoornissen, angststoornissen en stoornissen die met alcoholgebruik te maken hebben. In Nederland bedraagt de jaar prevalentie voor stemmingsstoornissen 7,6%, voor angststoornissen 12,4%, voor alcoholgerelateerde stoornissen 8,9%. (Bijl, 1997). Vergelijkbare cijfers zijn gerapporteerd voor andere Europese landen (Bijl, 2003), voor Australië (Andrews et al. 1999) en de Verenigde Staten (Kessler 1994).

Veel van deze stoornissen blijven onbehandeld. In het Nemesis onderzoek, waaraan bovenstaande gegevens voor Nederland ontleend zijn, meldde maar 34% van degenen met een psychiatrische stoornis dat ze een of andere vorm van hulp hadden gehad. 27% was voor hun psychisch probleem in de eerste lijn behandeld (meestal door de huisarts) en 16% gaf aan behandeling in de tweedelijns GGZ genoten te hebben (Bijl en Ravelli, 2000). Hoewel dus 66% van de mensen met een psychische stoornis (zoals het gestandaardiseerde psychiatrisch interview dat vaststelde) geen behandeling daarvoor gekregen had, sprak slechts 17% uit dat ze behoefte aan zorg had, waarin niet voorzien werd. Een soortgelijk beeld treedt naar voren uit Australisch onderzoek. Slechts 37% van de mensen met een psychische stoornis had daar hulp voor gezocht. Van degenen die geen hulp gezocht hadden, had tweederde geen behoefte aan hulp, en van de overigen had het merendeel behoefte aan niet effectieve behandeling. (Andrews et al. 2001, Meadows, 2000). Uit de Verenigde Staten meldt Kessler (2001) dat minder dan 40% van degenen met ernstige psychische stoornissen een behandeling daarvoor kreeg. De meerderheid van degenen die niet behandeld werden, vonden dat ze geen psychische problemen hadden waarvoor behandeling nodig was.

Het probleem van onbehandelde psychische problemen is tot nu toe vooral benaderd vanuit het perspectief van de behandelaar. Er is energie gestoken in verbetering van de herkenning van psychische problemen door huisartsen (zie b.v. Goldberg e.a. 1993, Tiemens e.a., 1997), in het beter volgen van standaarden en richtlijnen (zie b.v. Cabana et al. 2002, Croudace et al., 2003), in nascholing en training (Gilbody, 2003), en in de bevordering van samenwerking tussen eerste en tweedelijns GGZ (Bower et al. 2000). In het algemeen zijn de effecten op toename van het aantal in behandeling genomen patiënten gering (Bower et al. 2000, Cabana et al. 2002, Gilbody 2003, Tiemens e.a. 1997).

Relatief weinig aandacht is tot op heden besteed aan het perspectief van de patiënt. Heel in het algemeen zijn ideeën van patiënten over de behandelbaarheid van psychische problemen in kaart gebracht en is gekeken naar de voorkeuren die patiënten voor bepaalde soorten behandeling hebben. (Jorm, 2000a, Jorm e.a. 200b, Prins e.a. 2008). In het algemeen blijkt dat patiënten pessimistischer over behandelingsmogelijkheden zijn dan recente studies rechtvaardigen. Ook kunnen medicijnen zich meestal in weinig populariteit verheugen terwijl hun effectiviteit in veel gevallen wel is aangetoond. Patiënten hebben een voorkeur voor gespreksvoering boven farmacotherapeutische behandeling.

In het onderzoek dat we met steun van het Fonds Psychische Gezondheid hebben uitgevoerd, staat de patiënt met angst of depressie die hiervoor de afgelopen zes maanden geen hulp gekregen heeft centraal. Het onderzoek had als doel vast te stellen waarom bepaalde mensen met een psychische stoornis geen behandeling krijgen, voor welke mensen het, gezien hun klinische status, nadelig is dat ze geen behandeling krijgen en wat het natuurlijk beloop van de stoornis na één jaar is bij mensen die niet behandeld worden in vergelijking met wel behandelde patiënten. Ten slotte wilden we met dit onderzoek vaststellen welke categorieën patiënten zodanig negatieve gevolgen ondervinden van het niet behandeld worden, dat het loont om gerichte actie te ondernemen om deze mensen toch in een of ander vorm van behandeling te betrekken.

Dit leidde tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de redenen waarom mensen met een vastgestelde psychische stoornis niet behandeld worden en hoe vaak komen verschillende redenen voor?

2. Wat is op het moment van insluiting de psychische en psychosociale toestand van niet behandelenden (per bovengenoemde reden van niet behandeling) in vergelijking met behandelenden?
3. Welke cliëntkenmerken zijn geassocieerd met het niet krijgen van behandeling?
4. Wat is het beloop van de psychische toestand na één jaar van niet behandelenden (per bovengenoemde reden van niet behandeling) in vergelijking met behandelenden?
5. In hoeverre is het (niet) krijgen van behandeling geassocieerd met een slechte prognose na één jaar en welke sociaaldemografische kenmerken en klinische kenmerken spelen daarbij een rol?
6. Is het mogelijk om op een efficiënte wijze en gebruik makend van de gevonden risicofactoren groepen mensen op te sporen die voldoen aan het profiel van de personen die ten onrechte geen behandeling voor hun angststoornis of depressie krijgen?

3) Onderzoeksmethode

De data die we gebruiken om onze onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verzameld in het kader van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst, NESDA. Een uitgebreide verantwoording van de onderzoeksofzet, steekproeftrekking en instrumentkeuze kan gevonden worden in Penninx et al., 2008. De belangrijkste methodologische gegevens zijn de volgende.

Opzet

NESDA is een longitudinaal onderzoek, waarbinnen vier verschillende cohorten patiënten gedurende tien jaar worden gevolgd: een cohort geworven in de huisartspraktijk, een cohort patiënten die in de 2^e lijns GGZ in behandeling is, een cohort patiënten met een psychische stoornis in het verleden en een cohort van kinderen van ouders met een psychische stoornis. In het onderhavige onderzoek maken we alleen gebruik van het cohort dat geworven is onder patiënten die de vier maanden voor inclusie minstens eenmaal de huisarts bezocht hebben. De studie is gericht op patiënten met een affectieve stoornis (major depression, dysthymie) of één van de volgende angststoornissen: Gegeneraliseerde Angststoornis, paniekstoornis, fobie, sociale angst. Exclusiecriteria voor deelname waren de aanwezigheid van andere ernstige psychiatrische problematiek (psychose, compulsief/obsessieve stoornis, posttraumatische stress stoornis), het in behandeling zijn binnen de 2^e lijns GGZ of het niet vloeiend beheersen van de Nederlandse taal.

Alle patiënten zijn op het moment van inclusie (T-0) uitgebreid geïnterviewd. Op dat moment is de aanwezigheid van psychische stoornissen vastgesteld. Tijdens dit interview werden alle meetinstrumenten mondeling of schriftelijk afgenomen respectievelijk ingevuld. Hieronder bevonden zich o.a. interviews over de door de patiënt waargenomen zorgbehoefte, vragenlijsten over de ernst van de aandoeningen en een inventarisatie van sociaaldemografische gegevens.

Één jaar na dit interview (T-1) vulden de deelnemers schriftelijke vragenlijsten in met betrekking tot de ernst van de aandoening en het algemene functioneren.

Steekproef

Het cohort huisartspatiënten met een psychische stoornis werd geworven door in eerste instantie 23750 patiënten die hun huisarts in de vier maanden voor werving bezocht hadden te benaderen met een korte screener op psychische problemen. Deze huisartspatiënten waren ingeschreven bij 65 huisartsen wier praktijken gesitueerd waren rond de universitaire centra Amsterdam, Leiden en Groningen. 45% stuurde de screener terug en 43% daarvan scoorde boven de drempelwaarde. Deze laatsten werden telefonisch benaderd voor een tweede screen, waarbij mensen met een ernstige psychiatrische stoornis en zij die in de tweedelijns in behandeling waren, werden uitgesloten. Na deze schiftingen zijn er 898 patiënten opgenomen in de NESDA studie. Hiervan bleken er 743 op het moment van inclusie een actuele angststoornis of depressieve stoornis te hebben. Op deze 743 patiënten is de onderhavige studie gericht

Na één jaar werd de vervolgvragenlijst door 80% van de oorspronkelijke 743 mensen met een angststoornis of depressie ingevuld. De respondenten die niet deelnamen aan de meting na 1 jaar verschilden van degenen die de vragenlijsten op T1 wel invulden op de volgende aspecten: ze waren gemiddeld jonger, ze waren wat lager opgeleid, ze voelden zich minder eenzaam maar ondervonden ook minder sociale steun. Voorts scoorden de non-respondenten op T0 hoger op de ernst van depressie en angst en het disfunctioneren in het algemeen. Zie voor een compleet overzicht tabel 1 in bijlage 2.

Relevante variabelen en meetinstrumenten

De volgende kenmerken die in het onderzoek gemeten werden zijn relevant voor de onderhavige studie.

Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis

Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis is vastgesteld met behulp van het Composite Interview Diagnostic Instrument (CIDI; WHO, 1990), het diagnostisch interviewschema dat psychiatrische classificaties volgens de DSM-IV oplevert.

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen werd gemeten door het aantal verschillende CIDI diagnoses (binnen de hoofdstukken affectieve stoornissen en angststoornissen) te tellen

Ernst van de stoornis

De ernst van depressie werd op T0 en T1 gemeten met de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS), een 28 item vragenlijst (Rush et al. 1996) die in drie categorieën kan worden omgezet: laag (score 0 – 25), matig (score 26 -38) en ernstig (score 39 en hoger).

De ernst van angst werd op T0 en T1 gemeten met Beck's Anxiety Inventory (BAI), een 21-item vragenlijst (Beck et al. 1998), die omgecodeerd wordt als laag (score 0 – 21), matig (score 22 -35) en ernstig (score 36 en hoger)

Functionele status

De algemene functionele status van respondenten werd op T0 en T1 gemeten met de WHO Disability Assessment Scale (WHODAS-II; Chwastiak en VonKorff 2003)

Behandeling en behoefte aan behandeling

Op T0 werd de Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ, Meadows, 2000) mondeling afgenomen. In dit interview wordt vastgesteld of de ondervraagde bij zichzelf een psychisch probleem ervaart, of hij daar hulp voor gezocht heeft en zo ja, bij wat voor type hulpverlener, welk soort hulp hij gekregen heeft en wat voor soort hulp hij had willen hebben.

Behandeling houdt volgens de PNCQ in dat men met een professional contact heeft gehad over het psychisch probleem in kwestie. Dit kan een medische hulpverlener zijn (huisarts, specialist, bedrijfsarts) of een GGZ hulpverlener (1^e lijns psycholoog, AMW, psychiater, psychotherapeut, SPV).

Met de PNCQ kunnen drie elkaar uitsluitende groepen respondenten worden onderscheiden, die geen van allen gedurende de laatste zes maanden hulp voor hun psychische problemen hebben gekregen:

respondenten die geen psychisch probleem ervaren

respondenten die wel een psychisch probleem ervaren, maar in geen enkel opzicht behoefte aan hulp aangeven en ook geen hulpverlener over hun probleem hebben geconsulteerd

respondenten die een psychisch probleem ervaren en onvervulde hulpbehoeften aangegeven

Daarnaast is er de groep respondenten die aangeeft wel hulp voor een psychisch probleem gedurende de laatste zes maanden gekregen te hebben.

Sociaaldemografische patiëntkenmerken

De volgende relevante patiëntkenmerken zijn met behulp van schriftelijke vragen of vragenlijsten gemeten:

- Leeftijd
- Geslacht
- Opleidingsniveau
- Geboorteland
- huwelijkse staat
- gezinssamenstelling
- sociale steun (omvang netwerk)
- eenzaamheid (Loneliness Scale; Jong-Gierveld en Kamphuis, 1985; 11 item 3-point scale)
- werkloosheid
- inkomen
- toegankelijkheid huisartspraktijk volgens patiënt

4) Resultaten

4.1) *Wat zijn de redenen waarom mensen met een vastgestelde psychische stoornis niet behandeld worden en hoe vaak komen verschillende redenen voor?*

Tabel 1 laat zien dat 43% van de 743 respondenten waarvan op T-0 werd vastgesteld dat ze de afgelopen 6 maanden aan een angststoornis of depressie leden in die zes maanden niet werd behandeld voor dat psychisch probleem.

Van degenen die niet behandeld werden (N= 320) vond ongeveer een kwart dat ze geen psychisch probleem hadden; een tweede kwart ervoer wel een psychisch probleem maar wilde geen enkele vorm van hulp en de helft van de onbehandelde respondenten ervoer wel een probleem en gaf aan een of andere vorm van hulp gemist te hebben. De meest genoemde behandelbehoeften waren informatie en counseling. Daarna kwam verwijzing. Medicatie, praktische hulp en vaardigheidstraining werden ieder door zo'n 10% van degenen die een onvervulde behoefte hadden, genoemd.

Tabel 1 Respondenten binnen het eerstelijns cohort NESDA met een DSM-IV diagnose angst of depressie, uitgesplitst naar vorm van wel/niet behandeling en naar onvervulde behoefte

	%	N	%	N	%	N
Behandeld	56.9	423				
Niet behandeld	43.1	320				
Resp. ervaart geen psychisch probleem			25.3	81		
Resp. ervaart psychisch probleem maar heeft geen behoefte aan behandeling			25.6	82		
Resp. ervaart psychisch probleem en heeft (onvervulde) behoefte aan:			49.1	157		
Informatie					65.6*	103*
Medicatie					26.8	42
Verwijzing naar specialist					36.9	58
Counseling					63.1	99
Praktische steun					21.0	33
Vaardigheidstraining					21.0	33
Total	100.0	743	100.0	320		

*Meerdere alternatieven mogelijk, totaal telt op tot meer dan 157.

Bij de onvervulde behoeften werd verder doorgevraagd waarom ze de betreffende vorm van hulp niet hadden gekregen. De resultaten staan in tabel 2

Uit tabel 2 kunnen we opmaken dat, ongeacht welke dienst men niet gekregen had, de belangrijkste reden daarvoor altijd was, dat de respondent het liever zelf oploste. En waar het ging om niet verkregen informatie, counseling, medicatie of verwijzing was de tweede reden dat men dacht dat het toch niet zou helpen. Redenen als geldgebrek, of onwil bij de mogelijke verstrekker werden maar zelden opgevoerd.

Table 2 Door de respondent opgevoerde redenen waarom bepaalde vormen van gewenste behandeling niet verkregen waren

	Type behandeling					
	Informatie	Medicatie	Verwijzing naar specialist	Counseling	Praktische hulp	Vaardigheids training
Opgevoerde redenen (%)*	N=103	N=42	N=58	N=99	N=33	N=33
Los het liever zelf op	51.5	42.9	56.9	52.5	63.6	72.7
Dacht dat het niet zou helpen	35.9	21.4	24.1	29.3	6.1	12.1
Wist niet waar hulp te halen	27.2	7.1	17.2	16.2	33.3	24.2
Bang om naar te vragen, wat zouden anderen ervan vinden?	16.5	11.9	20.7	14.1	15.2	15.2
Ik had het geld niet	6.8	0	3.4	7.1	9.1	3.0
Ik vroeg erom maar kreeg het niet	6.8	7.1	8.6	5.1	12.1	0
Ik had al hulp op een andere manier	5.8	9.5	1.7	11.1	6.1	6.1

*Het totaal aantal respondenten overschrijdt de 100% omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn.

4.2) *Wat is op het moment van insluiting de psychische en psychosociale toestand van niet behandelde (per bovengenoemde reden van niet behandeling) in vergelijking met behandelde?*

In tabel 1 zijn vier groepen mensen met een angststoornis of depressie onderscheiden: de meerderheid die hierover recent met een hulpverlener contact gehad had, en de 43% die met geen enkele hulpverlener contact over een psychisch probleem gehad hadden; deze laatste groep uitgesplitst in mensen die van zichzelf niet vonden dat ze een psychisch probleem hadden, mensen die wel vonden dat ze een psychisch probleem hadden maar daarvoor geen hulp wilden en mensen met een hulpbehoefte die niet vervuld was. In tabel 3 zijn die vier groepen naast elkaar gezet en vergeleken op een aantal klinische aspecten.

De groep die naar eigen zeggen geen psychisch probleem heeft, scoort in alle opzichten die met psychisch functioneren te maken hebben veel beter dan alle drie de andere groepen. Men heeft veel lagere angst- en depressie scores, men functioneert in alle opzichten beter in het dagelijks leven en er is minder sprake van comorbiditeit. Wat betreft de aanwezigheid van chronische somatische ziekten is er geen verschil

De groep die erkent een probleem te hebben maar die geen hulp wil, heeft op alle psychische maten slechtere scores dan de eerste, maar is er, met betrekking tot ernst van angst en depressie en met betrekking tot algemeen functioneren, beter aan toe dan de mensen die daadwerkelijk behandeld worden. Ook is deze groep er met betrekking tot ernst van de depressie en functioneren beter aan toe dan de mensen met onvervulde behoeften.

Deze laatste groep onderscheidt zich in geen enkel opzicht van degenen die wel contact met een hulpverlener hebben over psychische problemen.

Table 3 Verschillen in klinische kenmerken tussen respondenten met verschillende behandelbehoeften

	<u>1. Geen psychisch probleem volgens de patient</u>	Niet behandeld <u>2. Geen behandelbehoefte</u>	<u>3. Onvervulde behandelbehoefte</u>	Behandeld <u>4</u>
	N=81	N=82	N=157	N=423
Aantal zelf gerapporteerde somatische ziekten waarvoor men onder behandeling van een arts is	0.7	0.5	0.8	0.7
Ernst van de angst (BAI gem) ♦♦	8.4 ^{2,3,4}	13.7 ^{1,4}	16.9 ¹	17.6 ^{1,2}
Ernst van de depressie (IDS; gem) ♦♦	16.0 ^{2,3,4}	22.8 ^{1,3,4}	29.2 ^{1,2}	29.4 ^{1,2}
Functioneren (WHODAS-II; gem) ♦♦	18,3 ^{2,3,4}	24.9 ^{1,3,4}	32.8 ^{1,2}	34.7 ^{1,2}
Comorbiditeit (%)*	61.7 ^{2,3,4}	78.0 ¹	75.2 ¹	79.7 ¹

* χ^2 ; p<.05

** χ^2 ; p<.001

♦one way ANOVA; p<.05

♦♦one way ANOVA; p<.001

^{1,2,3,4} numbers refer to patient groups who differ significantly from each other

Tabel 4 Verschillen in achtergrond kenmerken tussen respondenten met verschillende behandelbehoeften

	<u>1. Geen psychisch probleem volgens de patient</u>	Niet behandeld <u>2. Geen behandelbehoefte</u>	<u>3. Onvervulde behandelbehoefte</u>	Behandeld <u>4</u>
	N=81	N=82	N=157	N=423
% Man	33.3	29.3	29.9	28.4
Leeftijd (gem)♦	45.3	48.4 ⁴	45.5	43.9 ²
Opleiding (%)				
Laag	7.4	6.1	14.0	8.5
Midden	59.3	64.6	55.4	58.4
Hoog	33.3	29.3	30.6	33.1
% niet in Nederland geboren*	12.3	7.3 ³	18.5 ^{2,4}	10.9 ³
Huwelijkse staat (%)				
Nooit getrouwd geweest	43.2	32.9	37.6	42.3
Momenteel getrouwd	39.5	45.1	43.3	38.8
Voorheen getrouwd	17.3	22.0	19.1	18.9
% Alleenstaanden	33.3	35.4	34.4	31.7
Eenzaamheid (gem) ♦♦	3.2 ^{3,4}	4.3	5.7 ^{1,4}	4.7 ^{1,3}
Sociale steun (gem) ♦	8.0 ^{3,4}	7.1	5.5 ¹	6.4 ¹
Maandinkomen (gem)	2235.8	2113.4	1929.9	2131.0
% zonder betaalde baan	29.6	35.4	40.1	32.2
Evaluatie toegankelijkheid zorg (gem)	2.3	2.6	2.3	2.5

* χ^2 ; $p < .05$

** χ^2 ; $p < .001$

♦ one way ANOVA; $p < .05$

♦♦ one way ANOVA; $p < .001$

^{1,2,3,4} numbers refer to patient groups who differ significantly from each other

4.3) *Welke cliëntkenmerken zijn geassocieerd met het niet krijgen van behandeling?*

Tabel 4 laat zien dat respondenten die zeggen geen enkele behoefte aan behandeling te hebben gemiddeld ouder zijn dan respondenten die behandeld worden. Respondenten die niet in Nederland geboren zijn, zijn oververtegenwoordigd in de groep respondenten met onvervulde zorgbehoefte, in vergelijking met de groep behandelde en met de groep die zegt geen enkele behandeling te wensen.

De groep die zegt zelf geen psychisch probleem te ervaren is minder eenzaam en heeft een uitgebreider sociaal netwerk dan de mensen met een onvervulde zorgbehoefte en degenen die daadwerkelijk behandeld worden. De mensen met een onvervulde zorgbehoefte zijn ook eenzamer dan degenen die behandeld worden.

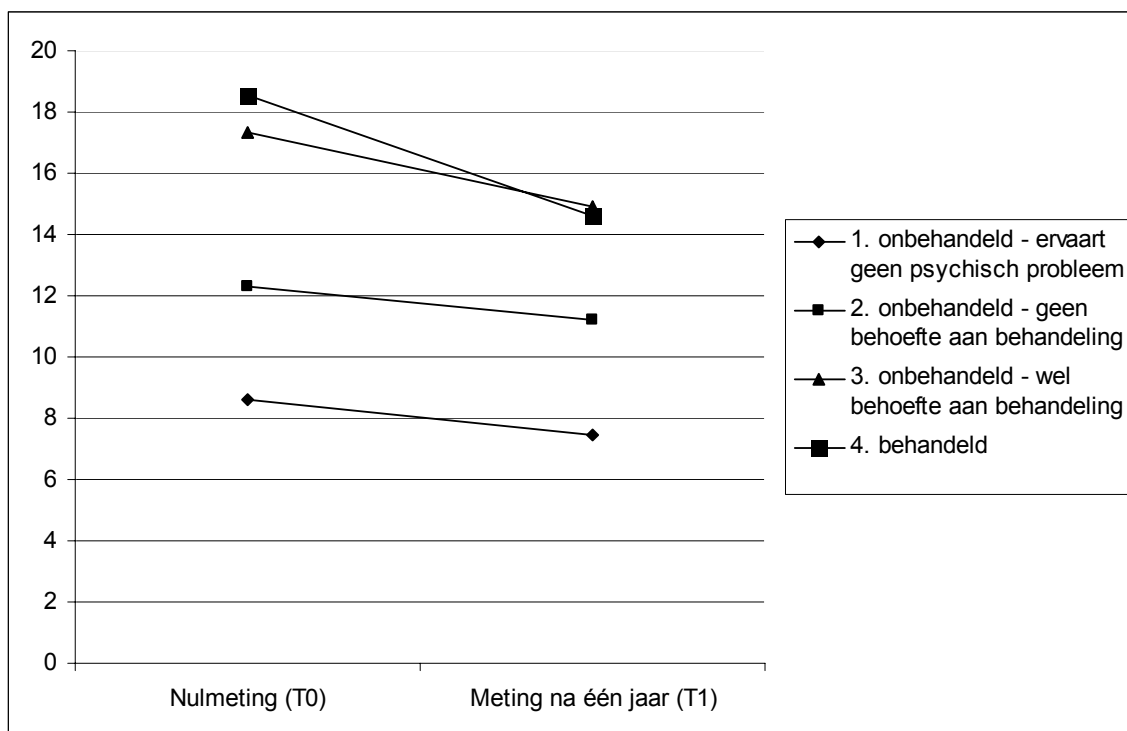
Wanneer alle significante verschillen tussen de vier groepen uit tabel 3 en 4 (ernst van angst en depressie, comorbiditeit, functioneren, leeftijd, land van herkomst, eenzaamheid en sociale steun) tezamen in één analyse worden onderzocht, dan blijkt de groep die niet behandeld wordt omdat men niet vindt dat men een psychisch probleem heeft zich te onderscheiden van de drie andere door een beter functioneren. Daarnaast ervaart deze groep minder eenzaamheid dan de groep met een onvervulde zorgbehoefte.

4.4) *Wat is het beloop van de psychische toestand na één jaar van niet behandelde (per bovengenoemde reden van niet behandeling) in vergelijking met behandelde?*

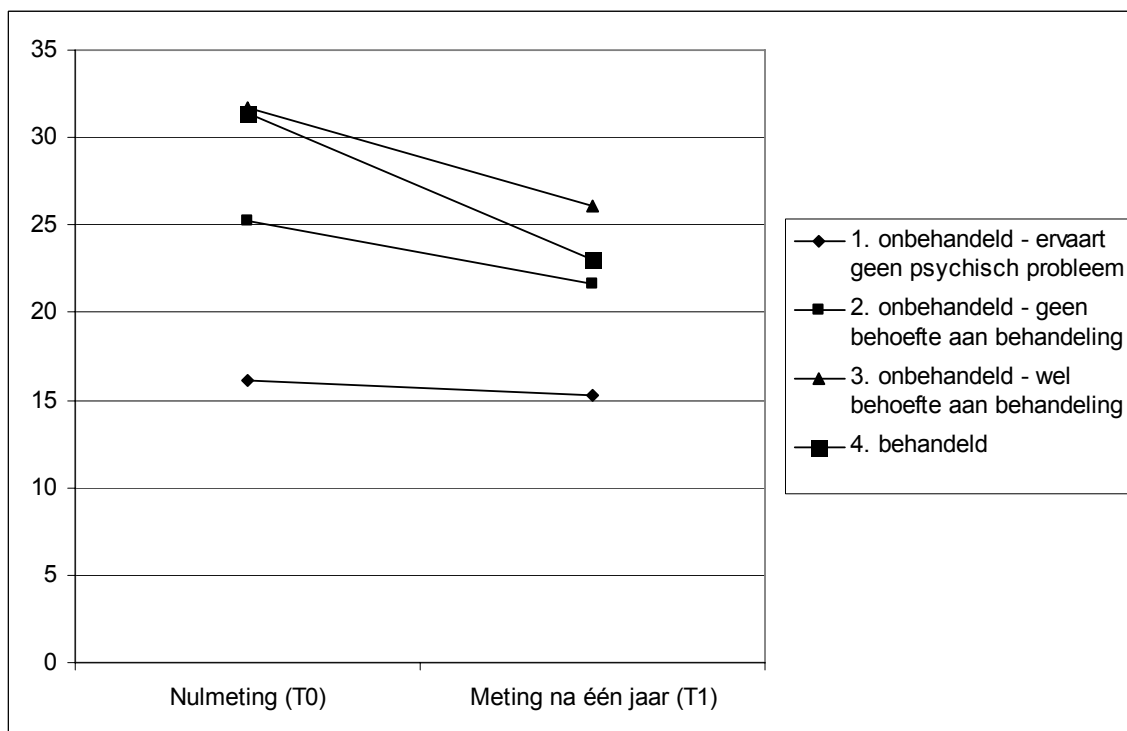
Grafiek 1 laat het beloop van de ernst van de angst zien, bij respondenten met een angststoornis, in een periode van één jaar. Het beeld is uitgesplitst voor vier groepen: onbehandelde mensen, die naar eigen waarneming geen psychisch probleem hebben, onbehandelde mensen die wel een psychisch probleem bij zichzelf waarnemen, maar die geen behandelbehoefte hebben, onbehandelde mensen met een onvervulde behandelbehoefte en behandelde. De eerste twee groepen hebben zowel op T-0 als op T-1 minder ernstige angstsymptomen dan de laatste twee. De afname in ernst is bij de laatste twee echter groter dan bij de eerste twee.

Grafiek 2 laat dezelfde trends zien voor het beloop van de ernst van depressie onder respondenten met een affectieve stoornis. Hiervoor geldt dat met name de onbehandelde groep die naar eigen waarneming geen psychisch probleem heeft op T0 en T1 gunstiger depressiescores heeft dan de behandelde groep en de groep met onvervulde behandelwensen.

Grafiek 1. Het beloop van angstklachten bij respondenten met een angststoornis, uitgesplitst voor patiëntgroepen met verschillende behandelbehoeften.



Grafiek 2. Het beloop van depressieklachten bij respondenten met een depressie, uitgesplitst voor patiëntgroepen met verschillende behandelbehoeften.



4. 5) *In hoeverre is het (niet) krijgen van behandeling geassocieerd met een slechte prognose na één jaar en welke sociaaldemografische kenmerken en klinische kenmerken spelen daarbij een rol?*

Tabel 5 laat zien welke variabelen univariaat (één voor één in beschouwing genomen) en multivariaat (controle末end voor elkaars invloed) van belang zijn bij de voorspelling van ernstige angstsymptomen na één jaar.

Er zijn 88 respondenten met een angststoornis op T-0 die na één jaar een hoge ernstscore op de BAI hadden. Relatief zijn dit vaak mensen met een wat lagere opleiding, een lager inkomen, meer werkeloosheid, een hogere eenzaamheidsscore en minder sociale steun. Het zijn relatief vaak de mensen die behandeling gekregen hebben, de mensen met een slechter algemeen functioneren en een ernstiger angstscore op T-0 en de mensen met meer psychische comorbiditeit.

Controleren we voor de andere variabelen dan zijn alle verschillen eigenlijk terug te voeren op het feit dat mensen met een ernstiger angstscore in het begin aan het einde ook de meest ernstige angstscore hebben.

Het al dan niet behandeld zijn is niet van invloed op de positie die men één jaar later inneemt: Tijdens de inclusie hadden relatief weinig mensen die geen psychisch probleem ervoeren dan wel geen hulp wensten ernstige angst symptomatologie, en na één jaar was dat niet anders.

Tabel 6 laat de zelfde analyse zien voor depressie met vrijwel vergelijkbaar resultaat, alleen maakt hier ook bivariaat de opleiding en het al dan niet behandeld zijn geen verschil uit.

Tabel 5: Mogelijke determinanten van een ongunstige angstscore (BAI) na één jaar: univariate (kolom 2-3) en multivariate analyses (kolom 4-5). In de laatste analyse vormen respondenten met een gunstige angstscore op T1 de referentiegroep

Ernst van de angst (BAI) T1				
	Univariaat		Multivariaat	
	laag N=377	matig/ hoog N=88	OR	95% CI
<i>Sociaal demografische kenmerken</i>				
Mannelijk geslacht (%)	28.9	23.9		
Leeftijd (gem)	45.7	47.5		
Opleiding (%)**				
Basis	8.0	10.2	Referentie	
Middelbaar	56.0	77.3	1.54	0.62 - 3.87
Hoger	36.1	12.5	0.59	0.21 - 1.71
Buiten Nederland geboren (%)	10.9	13.6		
Huwelijkse staat (%)				
Nooit getrouwd	39.5	33.0		
Getrouwd	43.0	47.7		
Verweduwd/gescheiden	17.5	19.3		
Samenstelling huishouden (% alleenstaand)	31	33.0		
Eenzaamheid (gem; range 0-10)*	4.9	5.9	1.00	0.93 - 1.08
Sociale steun (gem; range 0-22)*	7.0	5.3	0.96	0.91 - 1.02
Inkomen in euro's p.m.(%)*				
< € 2.400,-	61.4	76.0	Referentie	
> € 2.400,-	38.6	24.0	0.63	0.35 - 1.15
Arbeidsstatus (werkeloos %)*	32.9	50.0	1.18	0.67 - 2.07
Evaluatie toegankelijkheid zorg (gem; range 0-3)	2.5	2.4		
<i>Need factoren</i>				
Vormen van al dan niet behandeld zijn (%)				
Onbehandeld – ervaren geen psychische probleem	14.9	4.5	Referentie	
Onbehandeld – geen zorgbehoefte	12.7	9.1	1.14	0.29 - 4.47
Onbehandeld – wel zorgbehoefte	20.4	25.0	1.11	0.33 - 3.76
Behandeld	52.0	61.4	1.08	0.34 - 3.41
Aantal somatische ziektes (gem)*	0.7	1.0	1.22	0.98 - 1.51
Ernst Angst (BAI) T0 (gem; range 0-63)**	14.1	25.5	1.14	** 1.10 - 1.17
Disfunctioneren (WHODAS-36) T0 (gem; range 0-70)**	28.1	42.2	NA	
Comorbiditeit (%)*	84.1	93.2	0.93	0.45 - 1.95

*p<.05

**p<.001

NA: omdat de scores op de BAI en WHODAS-II sterk onderling samenhangen ($r=.55$), zijn alleen de BAI scores aan het model toegevoegd.

Tabel 6: Mogelijke determinanten van een ongunstige depressiescore (IDS) na één jaar: univariate (kolom 2-3) en multivariate analyses (kolom 4-5). In de laatste analyse vormen respondenten met een gunstige depressiescore op T1 de referentiegroep

Severity depression (IDS) T1				
	Univariaat		Multivariaat	
	laag N=201	matig / hoog N=129	matig / hoog OR	95% CI
Mannelijk geslacht (%)	29.4	25.6		
Leeftijd (gem.)*	44.7	47.5	1.01	0.99 - 1.03
Opleiding (%)				
Basis	5.0	10.9		
Middelbaar	57.2	59.7		
Hoger	37.8	29.5		
Buiten Nederland geboren (%)	10.4	17.1		
Huwelijkse staat (%)				
Nooit getrouwd	38.8	35.7		
Getrouwd/samenwonend	43.3	45.0		
Verweduwd/gescheiden	17.9	19.4		
Samenstelling huishouden – alleenstaand (%)	32.8	38.8		
Eenzaamheid (gem.; range 0-10)**	5.0	6.7	1.05	0.99 - 1.11
Sociale steun (gem.; range 0-22)*	6.5	5.4	0.98	0.94 - 1.03
Inkomen in euro's p.m.(%)*				
< € 2.400,-	59.8	72.3	referentie	
> € 2.400,-	40.2	27.7	0.79	0.49 - 1.26
Arbeidsstatus – werkeloos (%)*	30.8	47.3	1.54	0.97 - 2.45
Evaluatie toegankelijkheid zorg (gem.; range 0-3)	2.5	2.4		
<i>Need factoren</i>				
Vormen van al dan niet behandeld zijn (%)				
Onbehandeld – ervaarde geen psychische probleem	4.0	0.8		
Onbehandeld – geen zorgbehoefte	8.0	7.8		
Onbehandeld – wel zorgbehoefte	19.4	24.0		
Behandeld	68.7	67.4		
Aantal somatische ziektes (gem)*	0.7	0.9		
Ernst Angst (BAI) T0 (gem; range 0-63)**	26.1	37.5	1.12	** 1.09 - 1.15
Disfunctioneren (WHODAS-36) T0 (gem; range 0-70)**	29.1	42.8	NA	
Comorbiditeit (%)*	72.1	89.1	1.45	0.84 - 2.52

*p<.05

**p<.001

NA: omdat de scores op de IDS en WHODAS-II sterk onderling samenhangen ($r=.55$), zijn alleen de IDS scores aan het model toegevoegd

5) Discussie en conclusie

Van alle mensen die niet behandeld worden voor een angststoornis of depressie, die volgens een gestandaardiseerd interview wel aanwezig is, wil ongeveer de helft hiervoor eigenlijk wel behandeld worden. Deze groep onderscheidt zich van mensen die niet behandeld worden en dat ook echt niet willen door veel ernstiger symptomen, slechter algemeen functioneren, grotere eenzaamheid en minder sociale steun. Deze groep onderscheidt zich van mensen die wel behandeling krijgen doordat ze vaker van buitenlandse afkomst zijn en, opnieuw, door grotere eenzaamheid.

Nemen we de behandelbehoefte van deze niet behandelde groep die wel behandeling gewild had in ogenschouw, dan constateren we dat de meest genoemde behoeften van deze groep informatie en counseling is. Daarna komt de behoefte aan verwijzing naar een specialist. De belangrijkste reden dat ze die hulp niet kregen was dat ze het probleem liever zelf oplosten. Daarnaast dacht men vooral van informatie regelmatig dat het niet zou helpen en wist men niet waar men de informatie moest krijgen. Voor een verwijzing naar een specialist werd regelmatig de angst om het te vragen, uit gevoelens van schaamte, genoemd.

Ondanks het feit dat deze groep niet behandeld wordt, verbetert hun stoornis in vergelijkbare mate als de stoornis van de mensen die wel behandeld worden. Echter, ook na een jaar is de ernst van angst en depressie symptomatologie groter dan die van onbehandelden die geen behandeling willen of geen psychisch probleem ervaren.

De uitgevoerde studie kent een aantal beperkingen. De belangrijkste is het naturalistische karakter van de studie. Dit brengt met zich mee dat de uitkomstmaten van de vier groepen die we in deze studie vergeleken al bij aanvang verschillend waren, waardoor het beloop van de vier groepen lastig vergelijkbaar is. Een andere beperking is gelegen in het feit dat we niet weten wat voor behandeling de groep behandelde patiënten heeft gehad. Uit ander NESDA onderzoek (Prins et al. submitted) weten we dat de meeste behandelde patiënten geen gepaste zorg gehad hebben van hun huisarts. Ook weten we uit dit onderzoek dat het effect van behandeling nauwelijks afhing van de gepastheid van de zorg, en dat gepaste zorg met name gegeven werd aan patiënten met ernstiger symptomatologie op T-0. Verder zijn de gegevens in de onderhavige studie alle afkomstig van één bron: de respondent c.q. patiënt. Deze respondent kan bloot staan aan response-shift bias, dat wil zeggen, zijn normen voor de ernst van zijn aandoening kunnen in de loop van de tijd aan verandering onderhevig zijn. Daarmee kunnen gevonden veranderingen een reflectie zijn van veranderingen in het referentiekader van de respondent in plaats van veranderingen in de ernst van de symptomen.

Ten slotte is de generaliseerbaarheid van de uitgevoerde studie enigszins beperkt. Onze respondenten zijn afkomstig uit de omgeving van drie grote steden en zijn de Nederlandse taal goed machtig. Onze bevinding dat de ernst van de symptomen tijdens de baseline meting de belangrijkste voorspeller voor de uitkomst is, wordt in verschillende andere studies (Spijker et al. 2001, Ormel et al. 1993, Ronalds et al. 1997) ook gevonden.

De laatste geformuleerde onderzoeksvraag luidde:

Is het mogelijk om op een efficiënte wijze en gebruik makend van de gevonden risicofactoren groepen mensen op te sporen die voldoen aan het profiel van de personen die ten onrechte geen behandeling voor hun angststoornis of depressie krijgen?

Uit het bovenstaande kan men concluderen dat mensen met kleine sociale netwerken, relatief vaak van buitenlandse afkomst een grotere kans hebben tot de groep te behoren die in geval van psychische problemen daar geen hulp voor krijgen terwijl ze dat wel willen.

Wanneer huisartsen psychiatrische screeningslijsten gebruiken om selectief een vorm van eerste diagnostiek te verrichten, dan zouden ze genoemde kenmerken in hun risicoprofiel kunnen opnemen. Daarnaast zou het wenselijk zijn om screeningsinstrumenten aan te vullen met een gerichte vraag of de respondent op symptomen waarop hij positief scoort ook hulp zou willen ontvangen.

Een te overwegen hulpaanbod dat wellicht op veel niet vervulde behoeften een antwoord kan geven is laagdrempelige voorlichting en counseling die b.v. via internet websites tegenwoordig wordt gegeven. De huisarts in kwestie kan in principe volstaan met het geven van informatie omtrent de wijze waarop deze e-care wordt aangeboden en verstrekt.

Referenties

- Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *Br J Psychiatry* 2001; 179:417-425.
- Andrews G, Hall W, Teesson M, Henderson S. The mental health of Australians. Canberra: Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893 - 897
- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health* 2000; 90(4):602-607.
- Bijl RV, Zessen Gv, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II: Prevalentie van psychische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141:2453-2460.
- Bijl RV, Graaf Rd, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord RD et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003; 22(3):122-133.
- Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behavior of primary care providers? A review. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(2):84-96.
- Cabana MD, Rushton JL, Rush AJ. Implementing practice guidelines for depression: applying a new framework to an old problem. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(1):35-42.
- Chwastak LA, VonKorff M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS !!) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 507-514
- Croudace T, Evans J, Harrison G, Sharp DJ, Wilkinson E, McCann G et al. Impact of the ICD-10 Primary Health Care (PHC) diagnostic and management guidelines for mental disorders on detection and outcome in primary care. *Br J Psychiatry* 2003; 182:20-30.
- Cuijpers P, Smit F, Oostenbrink J, Graaf Rd, Have Mt, Beekman A. Economic costs of minor depression. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115:229-236.
- DeJong Gierveld J, Kamphuis. The development of a Rasch type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 9: 289 – 299
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. A systematic review. *JAMA* 2003; 289(23):3145-3151.
- Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB. The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med* 1993; 23:185-193.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177:396-401.
- Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:211-219.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psych* 1994; 51:8-19.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch R, Laska EM, Leaf PJ et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 2001; 36(6):987-1007.

- Lepine JP. Epidemiology, burden and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 13):4-12.
- Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(Suppl 14):4-8.
- Meadows G, Burgess P, Fossey E, Harvey C. Perceived need for mental health care, findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 2000; 30:645-656.
- Meadows G, Harvey C, Fossey E, Burgess P. Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ). *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 427-435
- Ormel, J., Oldehinkel T, Brilman E. et al. Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave ½ year study of psychopathology and disability. *Arch. Gen. Psychiatry* 1993; 50: 759-766,
- Prins MA, Verhaak PFM, Meer K vd, Bensing JM, Health beliefs and perceived need of mental health care for anxiety and depression - the patient's perspective explored. *Clinical Psychology Review* 2008 , 28(6), 1038-1058
- Ronalds C, Creed F, Stone K, et al. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171:427-433
- Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 26 1996; 26: 229 – 235
- Spijker J, Bijl RV, Graaf R de et al. Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 103: 122-130
- Stansfeld S, Marmot M. Deriving a survey measure of social support: the reliability and validity of the Close Persons Questionnaire. *Soc Sci Med* 1992; 35: 1027 - 1035
- Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153:636-644.
- Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl.8):24-34.