

‘Milde depressie’ niet altijd mild

Joanneke Dalebout,
psychiater, Den Haag

Correspondentieadres:
j.dalebout@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Het ministerie van VWS heeft de vergoeding van antidepressiva sinds 1 januari beperkt. Een ‘milde depressie’ komt hiervoor niet meer in aanmerking. Maar die diagnose kan bedrieglijk zijn.

Volgens de KNMP-‘update wijziging verstrekkingen 2011’ betekent de nieuwe maatregel dat antidepressiva vergoed worden voor de geregistreerde en off-labelindicaties die zijn opgenomen in een richtlijn. De consequenties in de praktijk lijken dus mee te vallen. Volgens de KNMP-berichtgeving gaan zorgverzekeraars voorlopig niet controleren. VWS gaat ervan uit dat deze maatregel een besparing oplevert van 20 miljoen. Maar weten we zeker dat er momenteel voor 20 miljoen euro per jaar antidepressiva worden voorgeschreven voor milde depressies die anders self-limiting zouden zijn? Zijn klachten door huisartsen meteen tot een richtlijn te herleiden? Een voorbeeld: een vrouw wordt aangemeld met mild tot matig depressieve klachten. Zij gebruikt al een antidepressivum via haar

andere of ernstiger psychiatrische problematiek schuilt. Te denken valt aan recidieven (uit schaamte verzwegen), angststoornissen, en stemmingswisselingen bij persoonlijkheidsproblematiek: beelden die voor huisartsen, in korte tijd en zonder aanvullende diagnostiek of nauwe samenwerkingsmogelijkheden met de ggz, misschien niet altijd direct tot een richtlijn te herleiden zijn. ‘Bijwerkingen’ van de maatregel kunnen dan zijn risico op decompensatie van patiënten als bovengenoemd, nog langere wachtlijsten bij de tweede lijn en oneigenlijk hanteren van richtlijnen. Ook toename van gebruik van andere middelen kan het gevolg zijn, zoals de atypische antipsychotica; het middel Seroquel bijvoorbeeld lijkt sinds de afschaffing van de vergoeding van benzodiazepinen ook steeds vaker als slaapmedicatie te worden voorgeschreven.

Waarom niet eerst het effect van de aanscherpingen afgewacht?



beeld: Corbis

huisarts. Bij onderzoek blijkt vooral sprake van een forse angststoornis n.a.o. Geen reden voor vergoeding conform het nieuwe beleid? Pas na enkele contacten durft ze de bron van de angst te vertellen: zij stond eerder vijf jaar lang buiten de maatschappij als gevolg van een zeer ernstige psychotische depressie die destijds alleen antroposofisch werd behandeld, en merkt dat ze weer afglijdt. Er is, naast een indicatie voor psychotherapie, zeker een indicatie voor een antidepressivum.

Decompensatie

Het is de vraag of achter een ‘milde tot matig depressieve’ klachtenpresentatie niet ook vaak

Geen doel op zich

Het sectorrapport GGZ 2010 vermeldt dat circa 30 procent van alle gezondheidszorggerelateerde kosten in Europa wordt veroorzaakt door geestelijke gezondheidsproblemen. Behandeling en preventie van veelvuldig voorkomende stoornissen als angst en depressie leveren naar schatting een besparing van het twintig- tot dertigvoudige aan indirecte ziektegebonden kosten. Verheugend dus dat huisartsen de afgelopen decennia meer depressies zijn gaan behandelen. De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie is in 2009 herzien, en volgens de Psy van september 2010 wordt de NHG-Standaard depressie aangepast aan de nieuwste inzichten. Waarom niet eerst het effect van deze aanscherpingen afgewacht? Terugdringen van medicatiegebruik is een prima doelstelling, maar alleen naar aanleiding van voortschrijdend inzicht, en niet als bezuinigingsdoel op zich. 



Links naar nieuws en boekrecensies over depressie en antidepressivagebruik vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.