

Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk

B.G. TIEMENS, W. VAN DEN BRINK
K. VAN DER MEER, J. ORMEL

Tiemens BG, Van den Brink W, Van der Meer K, Ormel J. Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1998;41(3): 109-16.

Achtergrond Volgens psychiatrisch epidemiologen worden depressies en angststoornissen bij huisartspatiënten onvoldoende gesignaleerd en als zodanig benoemd. Kritiek vanuit de huisartsgeneeskunde hierop betreft de beperkingen van de psychiatrische classificatiesystemen, het cross-sectionele karakter van de meeste studies, de koppeling van het huisartsoordeel aan de klacht van de patiënt en de overschatte ernst van de niet-herkende pathologie. In dit artikel beantwoorden we de vraag of de overeenstemming over de aanwezigheid van depressie en/of angst tussen een gestandaardiseerd oordeel van de huisarts en het gestandaardiseerde oordeel volgens de psychiatrische classificatiesystemen ICD-10 en DSM-III-R verandert wanneer rekening wordt gehouden met deze kritiekpunten.

Methode Een gestratificeerde random steekproef van huisartspatiënten werd geïnterviewd met de Composite International Diagnostic Interview (CIDI). De huisarts vulde een gestandaardiseerd formulier in over ernst van de psychopathologie en diagnose van de patiënt, ongeacht diens klacht.

Resultaten De overeenstemming van de huisarts met de DSM-III-R was 83 procent (Cohen's kappa $\kappa=0,35$), van de huisarts met de ICD-10 87 procent ($\kappa=0,46$), en met ten minste één van beide classificatiesystemen 89 procent ($\kappa=0,52$). Na correctie voor comorbiditeit, subklinische syndromen en later door de huisarts gestelde diagnosen steeg de overeenstemming naar 93 procent ($\kappa=0,72$). Dit is een goede overeenstemming. In termen van herkenning was er een stijging van 45 procent naar 68 procent. De 32 procent niet-herkende patiënten waren geen patiënten met minder ernstige stoornissen die snel herstelden, maar patiënten met specifieke lichamelijke klachten die de huisarts niet frequent bezochten.

Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Mw.drs. B.G. Tiemens, epidemioloog;

prof.dr. J. Ormel, hoogleraar sociale psychiatrie, dr. K. van der Meer, huisarts (tevens Vakgroep Huisartsgeneeskunde).

Vakgroep Psychiatrie Universiteit van Amsterdam.

Prof.dr. W. van den Brink, hoogleraar psychiatrie.

Correspondentie: mw.drs. B.G. Tiemens.

Inleiding

De diagnostiek van de depressie en angststoornissen in de eerste lijn staat sinds enkele jaren duidelijk in de belangstelling. Zowel in Nederland als daarbuiten zijn voor de diagnostiek en behandeling van met name depressie richtlijnen en standaarden ontwikkeld.¹⁻³ Daarnaast zijn van de twee psychiatrische classificatiesystemen – DSM en ICD^{4,5} – eerstelijnsversies ontwikkeld.^{6,7} Over de noodzaak van al deze ontwikkelingen zijn de meningen echter verdeeld.

Vanuit de psychiatrische epidemiologie wordt al jaren gesproken over de omvang en ernst van de psychiatrische problematiek in de eerste lijn, en over ondersignalering en onderdiagnostiek.^{8,9} Huisartsen zouden psychopathologie niet voldoende signaleren en als ze dergelijke problematiek signaleren, zouden ze maar zelden een correcte psychiatrische diagnose stellen. Dit zou leiden tot onvoldoende en weinig specifieke interventies, terwijl deze inmiddels wel voorhanden zijn.^{10,11}

Vanuit de huisartsgeneeskunde is er altijd veel kritiek geweest op dit psychiatrisch epidemiologische standpunt:

In de eerste plaats, omdat de prevalentie varieerde met het gebruikte interview of classificatiesysteem. De psychiatrische classificatiesystemen zouden bovendien niet geschikt zijn voor de eerste lijn. Veel eerstelijns psychische problematiek zou niet passen in de specialistische nomenclatuur,¹² of deze nomenclatuur zou omgekeerd niet aansluiten bij de vraag van de patiënt.^{13,14}

In de tweede plaats deed de momentopname in het cross-sectionele design van het psychiatrisch onderzoek geen recht aan het procesmatige karakter van de diagnostiek in de huisartspraktijk.^{15,16}

In de derde plaats werd in het psychiatrisch onderzoek de vraag aan de huisarts naar de psychiatrische diagnose dikwijls gekoppeld aan de door de patiënt geuite klacht. Als de klacht uitgesproken somatisch is (een verstuipte enkel, een oorontsteking), mag niet verwacht worden dat de huisarts een psychiatrische diagnose stelt. Ook niet als de huisarts wel bekend is met

de psychische problematiek van de patiënt.¹⁶

In de vierde plaats zou de groep patiënten bij wie de psychische problematiek niet herkend werd, andere kenmerken hebben dan de herkende groep patiënten; de problematiek zou minder ernstig zijn en vanzelf overgaan.¹⁷

In dit artikel willen we het relatieve belang van deze kritiekpunten onderzoeken. We richten ons in eerste instantie niet op de herkenning van psychische klachten door de huisarts, maar op de overeenstemming tussen enerzijds huisarts en anderzijds psychiatrische classificatiesystemen over de diagnosen depressie en angst. De vraag die we willen beantwoorden, is of de mate van overeenstemming tussen een gestandaardiseerd oordeel van de huisarts (ongeacht de klacht van de patiënt) en het gestandaardiseerde oordeel volgens de psychiatrische classificatiesystemen ICD-10 en DSM-III-R verandert wanneer rekening wordt gehouden met:

- de beperkte overeenstemming tussen de verschillende psychiatrische classificatiesystemen;
- het voorkomen van psychiatrische comorbiditeit en subklinische syndromen;
- verschillen in de duur en de aard van de diagnostische procedures.

Bij deze vergelijkingen wordt noch het oordeel van de huisarts noch het psychiatrisch interview als gouden standaard gehanteerd. Bij twijfel wordt de huisarts in het gelijk gesteld.

Tot slot onderzoeken we welk effect variabelen die herkende van niet-herkende patiënten onderscheiden, hebben op de overeenstemming tussen huisarts en psychiatrisch interview. Deze variabelen, ontleend aan eerder onderzoek,¹⁸⁻²¹ zijn: de ernst van de psychopathologie, de aanwezigheid van functionele beperkingen, de psychiatrische voorgeschiedenis, de aanwezigheid van een chronische aandoening, de reden voor bezoek, het oordeel van de patiënt over de eigen gezondheid, de zorgconsumptie, en enkele demografische variabelen. Tevens wordt gekeken naar verschillen in de behandeling en ver-

schillen in het beloop van de psychopathologie.

Methode

De gegevens die in dit artikel worden gepresenteerd, zijn verzameld in het kader van de WHO-studie Psychological Problems in General Health Care.²² De studie is uitgevoerd in 1991/1992 in zes huisartspraktijken in het noorden van het land: één solopraktijk, vier duopraktijken en één groepspraktijk. Twee praktijken zijn gevestigd in de stad Groningen, vier in kleine en middelgrote plaatsen in de omgeving van de stad. In totaal participeerden 11 huisartsen.

Steekproef-procedure

De steekproef werd samengesteld via een zogenaamde tweestapsprocedure (*figuur*). In de eerste stap vulden 1271 opeenvolgende patiënten van 18-65 jaar die op het spreekuur van de deelnemende huisartsen kwamen, de 12-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ-12) in. Een toename van de score op de GHQ verhoogt de waarschijnlijkheid dat een patiënt enige vorm van geestelijke gezondheidsproblematiek of een psychische stoornis heeft.²³

Om vooral patiënten te selecteren met een hoge kans op een psychische stoornis, zouden patiënten met een hoge GHQ-score in de totale steekproef oververtegenwoordigd moeten zijn. Hiervoor werden in de tweede stap random steekproeven getrokken uit twee GHQ-strata: van de patiënten met een score 0 of 1 8,5 procent, en van van de patiënten met een score 2-4 28,2 procent. Daarnaast werden alle patiënten met een score ≥ 5 ingesloten.

In totaal werden 493 patiënten geselecteerd en uitgenodigd deel te nemen aan een psychiatrisch interview. Deze procedure vond plaats vóór het consult met de huisarts. Het interview werd bij de patiënt thuis afgenomen door een getrainde interviewer, binnen twee weken na het 'indexconsult'. Van de geselecteerde patiënten zijn er 340 geïnterviewd. De respons in de drie strata verschilde niet significant ($\chi^2=0,04$, $df=2$, $p=0,98$).

De metingen

Bij de screening werd aan de patiënten gevraagd wanneer ze voor het laatst op het spreekuur van de huisarts waren geweest.

De huisarts, die geen informatie over de score op de GHQ kreeg, vulde tijdens het consult een vragenlijst in met gestructureerde vragen over de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de patiënt, de psychiatrische diagnose en de behandeling.

Het psychiatrisch interview bestond uit de Primary Health Care Version van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI-PHC), de Beroepsrol van de Groningse Sociale Beperkingen Schaal (GSB) en de 28-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ-28). Daarnaast werd gevraagd wat de reden was geweest voor het indexconsult, en of de patiënt leed aan een chronische aandoening. Tevens werd de patiënt gevraagd de eigen gezondheid te beoordelen op een vijfpuntsschaal: uitstekend, goed, redelijk, matig, slecht (1-5).

De CIDI-PHC is een volledig gestructureerd interview dat is ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie voor toepassing in onderzoek in de eerste lijn.^{24,25} Met de CIDI-PHC worden psychische stoornissen op symptoomniveau

uitgevraagd, met betrekking tot zowel de voorafgaande maand, als het gehele leven. Door middel van diagnostische algoritmen kunnen naderhand ICD-10- en DSM-III-R-diagnosen worden gesteld.

De GSB is een semi-gestructureerd interview waarmee op verschillende gebieden kan worden vastgesteld of er beperkingen zijn in het sociale functioneren.²⁶ In de beroepsrol worden vragen gesteld over het functioneren in de voorafgaande maand in werk, huishouding of studie, over inspanningen voor het vinden van een baan bij werkloosheid, en over structureren van de dagelijkse activiteiten bij pensionering.

Patiënten die op de CIDI boven een bepaalde drempelwaarde scoorden, werden uitgenodigd voor een follow-up na 3 en 12 maanden. Op beide momenten werd de GHQ-28 afgenomen.

Diagnostische classificaties

De huisarts beoordeelde de aanwezigheid en ernst van psychische problematiek op basis van de beschikbare informatie, ongeacht de contactreden. De beoordeling werd gegeven op een vijfpuntsschaal:

0 volkomen normaal;

1 enkele symptomen, maar geen duidelijke psychopathologie (subklinisch);

Figuur Steekproefprocedure en gegevensverzameling

Eerste stap

Patiënten benaderd

n=1320

Patiënten vulden GHQ-12 in
(respons 96%)

n=1271

GHQ-score

0 en 1

n=622

2-4

n=291

≥ 5

n=358

Tweede stap

In de steekproef
n=493

n=53

(9%)

n=82

(28%)

n=358

(100%)

Geïnterviewd

n=340

n=37

(70%)

n=56

(68%)

n=247

(69%)

Totale respons: 69%

- 2 lichte problematiek: net klinisch relevante psychopathologie;
- 3 matig ernstige problematiek;
- 4 ernstige problematiek, ernstige psychopathologie.

Bij een score ≥ 2 werd gevraagd de diagnose en de voorgestelde behandeling in te vullen op een gestandaardiseerde lijst.

De patiënten met een diagnose depressie en/of angst volgens de huisarts worden in dit artikel 'huisarts-positief' genoemd: HA+. Na een jaar werd de huisarts nogmaals gevraagd of er na het indexconsult (nog) een (andere) diagnose was gesteld.

Op basis van het psychiatrisch interview konden aan de hand van de ICD-10 Diagnostic Criteria for Research en de Diagnostische Criteria van de DSM-III-R de diagnosen voor depressie en angst worden gesteld. De ICD-diagnosen die in dit artikel centraal staan, zijn: depressieve stoornis (F32/33), agorafobie (F40.0), paniekstoornis (F41.0) en gegeneraliseerde angststoornis (F41.1). Van de DSM zijn de diagnosen depressie in engere zin (296.2/3), paniekstoornis zonder of met agorafobie (300.01/21), agorafobie zonder paniek (300.22) en diffuse angststoornis (300.02) gebruikt. De patiënten met één van de ICD- of DSM-diagnosen worden respectievelijk ICD-positief (ICD+), en DSM-positief (DSM+) genoemd.

Analyses

De resultaten betreffen de totale spreekuurpopulatie; de prevalenties, zijn gepresenteerd in de vorm van gewogen aantallen en percentages. Dat wil zeggen dat de steekproef is teruggewogen naar de oorspronkelijke onderzoeksgroep van alle patiënten die de GHQ-12 hebben ingevuld. Deze procedure is noodzakelijk, omdat de tweede fase van de steekproef in verschillende proporties uit de diverse GHQ-strata is getrokken; de patiënten uit deze strata hadden dus niet een even grote kans om in de steekproef te komen. Om daarvoor te corrigeren zijn voor elk stratum wegingscoëfficiënten berekend.²⁵ De verschillen tussen de prevalenties zijn getoetst met de McNemar-toets voor gepaarde waarnemingen.

De vergelijkingen tussen de verschil-

lende groepen patiënten, ingedeeld naar diagnose volgens de huisarts of volgens ICD of DSM, zijn ongewogen en hebben betrekking op het werkelijk aantal geïnterviewde patiënten. Dit is geoorloofd, omdat er geen uitspraken worden gedaan over de gehele spreekuurpopulatie, maar alleen over specifieke groepen uit de steekproef. Daarbij wordt aangenomen dat de wijze waarop de patiënten in de steekproef zijn gekomen, niet van invloed is op de vergelijking tussen deze groepen. De criteria waarmee de groepen tot stand zijn gekomen (huisartsoordeel en CIDI-ordeel) zijn namelijk andere dan de criteria waarmee de steekproef is samengesteld.

Resultaten

De (gewogen) man/vrouw-verdeling in de steekproef opeenvolgende huisartspatiënten was 40/60; 63 procent was gehuwd of samenwonend.

De leeftijdsverdeling was als volgt:

25-44 jaar	48%
>44 jaar	32%
<25 jaar	19%

De verdeling naar werk/dagbesteding was als volgt:

– betaald werk	41%
– huishouden (allen vrouwen)	29%
– studierend/schoolgaand	14%

- gepensioneerd, baanloos of arbeidsongeschikt 16%

Overeenstemming huisarts-ICD/DSM

Op basis van de overeenstemming tussen de diagnose depressie en/of angst volgens de huisarts (HA), ICD-10 of DSM-III-R kunnen acht groepen worden samengesteld (tabel 1). De totale overeenstemming tussen de huisarts, ICD en DSM (groepen 1 en 8) bedraagt 81 procent. Deze totale overeenstemming kwam voor een belangrijk deel tot stand door de overeenstemming over de afwezigheid van een depressie en/of angst.

Tabel 2 geeft een overzicht van de prevalenties van depressie en angst volgens de huisarts, de ICD-10 en de DSM-III-R. De prevalentie van depressie volgens de huisarts was lager, maar verschilde niet significant van de prevalenties van depressie volgens de ICD-10 of de DSM-III-R. Ook bij de angststoornissen was de prevalentie volgens de huisarts het laagst. Dit verschil was alleen significant ten opzichte van de DSM-III-R (McNemar toets, $\chi^2=14,05$, $df=1$, $p<0,01$). De ICD-10 en DSM-III-R verschilden ook significant voor de prevalenties van de angststoornissen ($\chi^2=10,56$, $df=1$, $p<0,01$). De prevalenties van depressie en angst samengenomen verschilde niet tussen ICD-10 en DSM-III-R. Beide systemen verschilden wel significant van de huisarts, waarbij

Tabel 1 Verdeling in de steekproef van de groepen met een depressie en/of angststoornis volgens respectievelijk de huisarts, ICD-10 of DSM-III-R. Aantallen en afgeronde percentages

HA/ICD/DSM†	Aantal	%	Gewogen %*
1 HA-/ICD-/DSM-	164	48	75,1
2 HA+/ICD-/DSM-	26	8	3,4
3 HA-/ICD+/DSM-	14	4	1,6
4 HA+/ICD+/DSM-	9	3	1,0
5 HA-/ICD-/DSM+	16	5	4,6
6 HA+/ICD-/DSM+	2	1	0,2
7 HA-/ICD+/DSM+	58	17	7,6
8 HA+/ICD+/DSM+	49	14	6,3
Eén van de diagnosen missend	2	1	

* Percentage van opeenvolgende huisartsbezoekers.

† HA = diagnose depressie of angst volgens de huisarts; ICD = diagnose depressie of angst volgens de ICD-10; DSM = diagnose depressie of angst volgens de DSM-III-R.

Tabel 2 Prevalenties (gewogen percentages) van depressie en angst volgens de huisarts, de ICD-10 en de DSM-III-R onder opeenvolgende huisartsbezoekers.

Diagnose	Prevalenties (%) onder opeenvolgende huisartsbezoekers (n=340), volgens:			Percentage overeenstemming en Cohen's kappa					
	HA	ICD-10	DSM-III-R	Huisarts/ICD-10		Huisarts/DSM-III-R		ICD-10/DSM-III-R	
Depressie	8,7	13,5	11,1	87%	$\kappa=0,35$	86%	$\kappa=0,24$	94%	$\kappa=0,72$
Angst	7,0	10,2	14,4	92%	$\kappa=0,47$	88%	$\kappa=0,37$	95%	$\kappa=0,79$
Depressie en/of angst	11,1	16,6	18,8	87%	$\kappa=0,46$	83%	$\kappa=0,35$	93%	$\kappa=0,75$
Overeenstemming Huisarts/ICD of DSM: 89% $\kappa=0,52$									

ook voor het totaal aan depressies en/of angststoornissen minder door de huisarts werd gevonden (huisarts t.o.v. ICD-10: $\chi^2=7,35$, $df=1$, $p=0,02$; huisarts t.o.v. DSM-III-R: $\chi^2=11,16$, $df=1$, $p<0,01$).

Wanneer we kijken naar de totale overeenstemming over aan- of afwezigheid van depressie en/of angst, zien we een hoge mate van overeenstemming, variërend van 83 procent (HA-DSM) tot 93 procent (ICD-DSM). De overeenstemming tussen ICD en DSM is wat groter dan de overeenstemming tussen het huisartsoordeel en één van beide classificatiesystemen. Dit verschil in overeenstemming is echter veel sterker wanneer het wordt uitgedrukt in Cohen's kappa's, de voor toeval gecorrigeerde overeenstemming: de kappa's voor de overeenstemming tussen ICD en DSM varieerden van $\kappa=0,72$ tot $\kappa=0,79$; tussen huisarts en ICD van $\kappa=0,35$ tot $\kappa=0,47$ en tussen huisarts en DSM van $\kappa=0,24$ tot $\kappa=0,37$. De psychiatrische classificatiesystemen vertonen dus de beste overeenstemming en de huisarts heeft een wat betere overeenstemming met de ICD dan met de DSM.

Als we rekening houden met de verschillen tussen de systemen en kijken naar de overeenstemming over een diagnose depressie en/of angst van de huisarts met ten minste één van beide classificaties, dan is deze overeenstemming 89 procent met een $\kappa=0,52$.

Discongruente groepen

Tabel 3 laat de beoordelingen volgens de huisarts en volgens de ICD-10 en DSM-III-R zien in de discrepante groepen (2 en 7 in tabel 1), waarbij de ICD-10 en

DSM-III-R overeenstemmen over de aan- of afwezigheid van een depressie en/of angststoornis, maar verschillen van het huisartsoordeel. Dit zijn dus de twee groepen waarin het oordeel van de huisarts werkelijk verschilt van het oordeel dat met de CIDI is vastgesteld.

Van de groep patiënten met alleen depressie en/of angst volgens de ICD-10 en DSM-III-R, vond de huisarts dat 26 procent volkomen normaal was, en 45 procent enkele symptomen had; bij 29 procent stelde de huisarts een andere diagnose: drugs- of alcoholmisbruik, neurasthenie/surmenage, onverklaarde somatische symptomen, psychotische stoornis en dis-

sociatie, en persoonlijkheidsstoornis.

We hebben onderzocht of de andere diagnoses ook volgens de ICD-10 of DSM-III-R waren gesteld, dus volgens deze classificatiesystemen samen voorkwamen met een depressie en/of angststoornis. Over de diagnose neurasthenie was hoge overeenstemming, maar volgens de ICD-10 wordt deze strikt genomen niet gesteld als er een depressie en/of angststoornis aanwezig is. Omdat de psychotische, dissociatieve en persoonlijkheidsstoornissen niet met de CIDI waren nagevraagd, konden we deze niet beoordelen. Aangezien dit ernstige stoornissen zijn, hebben we aangenomen dat hierover overeen-

Tabel 3 Beoordelingen in de groepen die discrepant zijn voor de diagnose depressie en/of angst

Oordeel huisarts	Depressie en/of angst alleen volgens ICD en DSM		
	aantal	percentage	gewogen % in steekproef*
Volkomen normaal	15	26	2,1
Enkele symptomen maar geen duidelijke psychopathologie	26	45	3,6
Andere diagnose	17	29	1,9
Depressie en/of angst vastgesteld na het indexconsult	10	17	1,4
Oordeel ICD/DSM	Depressie en/of angst alleen volgens huisarts		
	aantal	percentage	gewogen % in steekproef*
Geen psychopathologie	4	15	0,4
Minimaal 3 angstsymptomen of 3 depressiesymptomen	7	27	0,8
Subklinische depressie of angst†	6	23	0,7
Andere diagnose	9	35	1,5

* Percentage van opeenvolgende huisartsbezoekers.

† Subklinisch betekent dat net niet (1 symptoom minder) aan het criterium voor de diagnose wordt voldaan.

stemming zou zijn geweest tussen de huisarts en één van beide classificatiesystemen. Met deze aanname vonden we bij 15 (gewogen percentage van de steekproef 1,7 procent) van de 17 patiënten die discordant waren voor een depressie en/of angststoornis maar wel een andere huisartsdiagnose hadden gekregen, een overeenkomstige (comorbide) ICD/DSM-diagnose.

Verder had de huisarts bij 10 patiënten (gewogen percentage van de steekproef 1 procent) van de discordante groep met alleen een depressie en/of angst volgens ICD en DSM, in de loop van het jaar na het indexconsult nog een diagnose depressie en/of angststoornis vastgesteld. De duur

tussen de diagnose en het indexconsult was gemiddeld 3,4 maanden, variërend van minder dan een maand tot zeven maanden.

Een vergelijkbare procedure hebben we gevolgd bij de groep patiënten met alleen een depressie en/of angststoornis volgens de huisarts. We zien dan het volgende; 15 procent had geen psychopathologie, 27 procent had minimaal drie angstsymptomen of minimaal drie depressiesymptomen, 23 procent had een subklinische depressie of angststoornis en 35 procent had een andere diagnose (neurasthenie, somatisatiestoornis of persisterende pijnstoornis). Vergelijkbare comorbide (met depressie en/of angst) diagnoses waren door

de huisarts niet gesteld. Omdat mogelijk de diagnostische criteria van de psychiatrische classificatiesystemen te streng zijn voor een eerstelijns populatie, hebben we de groep met een subklinische depressie en/of angststoornis (gewogen percentage 1 procent) als overeenkomstig beschouwd.

Als we nu opnieuw kijken naar de overeenstemming tussen huisarts en ten minste één van beide classificatiesystemen, dan is deze met 3,8 procent (1,7+1,4+0,7) gestegen van 89 naar 93 procent. De stijging is echter veel duidelijker te zien in termen van kappa's; deze stijgt van $\kappa=0,52$ naar $\kappa=0,72$.

Tabel 4 Vergelijking van drie groepen patiënten (ongewogen); patiënten met een depressie en/of angststoornis alleen volgens de huisarts (groep 2), alleen volgens ICD-10/DSM-III-R (groep 7) of volgens beide (groep 8)

Variabelen	Groep 2 n=20	Groep 7 n=33	Groep 8 n=80	Paarsgewijze vergelijkingen 2 ↔ 7 2 ↔ 8 7 ↔ 8		
Socio-demografisch						
Geslacht; percentage vrouw	50%	76%	71%	ns	ns	ns
Gemiddelde leeftijd (SD)	43,2 (14,6)	41,3 (12,4)	40,8 (12,2)	ns	ns	ns
Percentage patiënten werkloos of WAO	10%	9%	23%	ns	ns	ns
Psychisch						
GHQ-28 gemiddelde totaal-score (SD)	8,2 (5,0)	13,9 (6,0)	15,8 (6,5)	t=-3,56 ^{3†}	t=-5,68 ^{4†}	ns
Psychiatrische voorgeschiedenis						
Percentage patiënten met:						
– ICD eerdere episode angst/depressie	45%	76%	85%	ns	χ ² =12,3 ^{5†}	ns
– DSM eerder episode angst/depressie	40%	88%	86%	χ ² =11,4 ^{5†}	χ ² =16,8 ^{5†}	ns
Somatisch						
Percentage patiënten met een chronische somatische aandoening	15%	24%	14%	ns	ns	ns
Gezondheid algemeen						
Gemiddelde patiëntscore eigen gezondheid	3,3 (0,8)	3,6 (0,6)	3,7 (1,0)	ns	ns	ns
Functioneren						
Percentage patiënten met een matige of ernstige beperking	60%	49%	69%	ns	ns	ns
Reden voor bezoek						
Percentage patiënten met een psychische reden voor bezoek	15%	9%	45%	ns	ns	χ ² =11,8 ^{5†}
Zorgconsumptie						
Gemiddelde duur (in weken) tussen laatste bezoek en indexconsult	7,2 (7,6)	15,1 (17,5)	8,0 (11,9)	ns	ns	ns

De χ^2 -waarden in de tabel zijn waarden met continuïteitscorrectie. De aangegeven significantie niveaus zijn de niveaus na Bonferroni-correctie voor meerdere vergelijkingen. * $p<0,05$; † $p<0,01$; ‡ $p<0,001$.
3 df = 50; 4 df = 37,47; 5 df = 1.

Voor de vergelijkbaarheid met andere studies zouden we de correctie ook kunnen uitdrukken in termen van herkenning. Volgens de ICD-10 en DSM-III-R had 14 procent een depressie en/of angststoornis (groepen 7 en 8 uit tabel 1). Daarvan was $6,3/13,9 = 45$ procent herkend door de huisarts. Na de correctie voor comorbiditeit en later gestelde diagnoses is de herkenning gestegen naar $(6,3+1,7+1,4)/13,9 = 68$ procent.

Discongruente groepen versus congruente groep

Om na te gaan welke variabelen een rol spelen in de overeenstemming tussen huisarts en psychiatrische classificatiesystemen, hebben we de twee discrepante groepen (2 en 7 uit tabel 1) en de volledig congruente groep (8 uit tabel 1) met elkaar vergeleken (tabel 4). De omvang van de groepen uit tabel 1 is echter gewijzigd door de correcties die we in de vorige paragraaf hebben gemaakt. De drie groepen zijn paarsgewijs vergeleken en een eventuele lineaire associatie is getoetst wanneer de gegevens daarop wezen.

De drie groepen verschilden niet significant in socio-demografische eigenschappen.

De patiënten in de groep met alleen een huisartsdiagnose (groep 2) hadden in vergelijking tot de twee andere groepen minder ernstige psychopathologie volgens de GHQ-28, en hadden minder vaak een psychiatrische voorgeschiedenis. Voor GHQ-score en aanwezige eerdere episoden vonden we ook een lineaire associatie voor oplopende ernst (van 2 naar 8); GHQ-totaalscore $F=18,1$, $df=1$, $p<0,001$; ICD eerdere episode $\chi^2=10,2$, $df=1$, $p<0,01$.

Van de patiënten in de congruente groep (groep 8) kwam een vijf maal zo hoog percentage met een psychische reden voor bezoek op het indexconsult in vergelijking tot de groep met alleen een diagnose volgens ICD-10 en DSM-III-R. Van de somatische redenen voor bezoek in de groep met alleen een interviewdiagnose bestond 48 procent uit pijnklachten (hoofdpijn, buikpijn, rugpijn) of moeilijk te classificeren klachten als duizeligheid, vermoeid-

heid. De andere helft bestond uit duidelijke somatische klachten, zoals verzwikte enkel, overgangsklachten, eczeem, opgezette klieren.

De twee groepen met een huisartsdiagnose (2 en 8) hebben een hoog percentage patiënten met een beperking in het functioneren, en deze patiënten hebben vrij recent hun huisarts nog bezocht. In vergelijking met de groep met alleen een interviewdiagnose zijn de verschillen na Bonferroni-correctie niet meer significant.

Behandeling en beloop

De patiënten uit de twee groepen (2 en 8) met een huisartsdiagnose verschilden nauwelijks in de behandeling die ze kregen. In beide groepen werd ongeveer even vaak medicatie voorgeschreven of werd door de huisarts counseling aangeboden. In de congruente groep (8) werden meer patiënten verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (Fisher's exact-test $p=0,07$). In de groep met alleen een huisartsdiagnose kreeg 50 procent van de patiënten één van deze vormen van behandeling en in de congruente groep 61 procent. Dit verschil is niet significant.

Omdat de patiënten voor de vervolgmeting zijn geselecteerd op CIDI-symptomen, hebben we te weinig gegevens over de groep met alleen een huisartsdiagnose. De patiënten in de andere twee groepen kwamen allen in aanmerking voor de follow-up. De daling in GHQ-score van de congruente groep verschildte niet significant van de daling van de groep met alleen een ICD/DSM diagnose. Beide groepen kwamen na 12 maanden gemiddeld niet onder een score van 5, het niveau dat meestal als een 'psychiatrisch geval' wordt gedefinieerd.

Beschouwing

In dit artikel hebben we aan de hand van de kritiekpunten vanuit de huisartsgeneeskunde op het psychiatrisch epidemiologisch onderzoek met een andere bril gekeken naar de overeenstemming tussen een gestandaardiseerd oordeel van de huisarts en een gestandaardiseerd oordeel volgens psychiatrische classificatiesystemen over

het voorkomen van depressie en/of angststoornissen. Dat het classificatiesysteem een rol speelt, bleek uit de stijging van een overeenstemming van Cohen's kappa $\kappa=0,35$ van de huisarts met de DSM-III-R en $\kappa=0,46$ van de huisarts met de ICD-10 naar $\kappa=0,52$ met ten minste één van beide classificaties. De kappa steeg echter naar $\kappa=0,72$ (wat een goede overeenstemming betekent), wanneer rekening werd gehouden met overeenstemming over comorbide en subklinische psychiatrische diagnoses en depressie en/of angststoornissen die in de maanden na het indexconsult door de huisarts werden vastgesteld.

Het kijken met deze andere bril had echter ook zijn beperking. Doordat we specifiek gingen kijken, kregen we te maken met kleinere groepen. Dit verkleinde de power voor het vinden van predictoren van overeenstemming.

We kunnen de stijging in overeenstemming, voor de vergelijkbaarheid met andere studies, ook uitdrukken in termen van herkenning. We zien dan een stijging van 45 procent naar 68 procent herkenning. Hierbij moet nadrukkelijk worden opgemerkt dat het hier niet alleen gaat om herkenning als psychiatrisch geval, maar om overeenstemming over de diagnose. Een herkenning van 68 procent wordt alleen gevonden wanneer de huisarts wordt gevraagd of er psychosociaal iets aan de hand is zoals in de studie van *Bensing & Beerendonk*.¹⁵ Zij vonden 86 procent herkenning, maar slechts 66 procent totale overeenstemming met de GHQ, terwijl wij 93 procent overeenstemming vonden op diagnosesniveau. In andere studies vinden we percentages van herkende depressies die ook als depressie zijn gediagnosticeerd van 35 procent of lager.^{8,20}

Toch willen we nog enkele kanttekeningen plaatsen bij deze 68 procent. Er lijkt een verschil in hiërarchie of prioritering te bestaan in de diagnostiek van de huisarts en de psychiatrische classificatiesystemen. Dit geldt in ieder geval voor de diagnose neurasthenie, die volgens de ICD-criteria niet wordt gesteld wanneer er een depressie of een angststoornis aanwezig is. Neu-

raasthenie of surmenage is zeker in de eerste lijn een veel voorkomende diagnose, waarover huisartsen het in grote lijnen eens lijken te zijn.²⁷ Terluin vond echter dat deze diagnose ook wordt gebruikt bij patiënten van wie het klinisch beeld eerder lijkt op een depressie of angststoornis. Aangezien de gestelde diagnose consequenties heeft voor het te voeren beleid, zullen de patiënten die nu een diagnose surmenage of neurasthenie van de huisarts hebben gekregen, maar ook een depressie blijken te hebben, beter af zijn met de laatste diagnose. Volgens het onderzoek van Terluin blijken de patiënten met een surmenagebeeld een betere prognose te hebben dan de patiënten met depressieve symptomatologie. Een behandeling alsof het om surmenage of neurasthenie gaat, loopt bij een patiënt met een depressie daarom grote kans te mislukken.

Het omgekeerde geldt voor de diagnosen alcoholmisbruik en psychotische of dissociatieve stoornis. Het is heel goed mogelijk dat de huisartsen die deze diagnose stelden, de depressie of angststoornis wel hadden gesignaleerd, maar van mening waren dat dit onderdeel was van het psychotische of verslavingssyndroom. In dit geval is de huisartsdiagnose het meest adequaat.

De bewering dat huisartsen tijd nodig hebben voor hun diagnostiek, kunnen wij met onze gegevens inderdaad onderschrijven. Het is echter bekend dat hoe eerder de behandeling start, des te beter (vanaf de behandeling) de prognose is.²⁸ Uitstel van ruim drie maanden is in termen van persoonlijk lijden en ziekteverzuim niet onbetekenend.

Na alle correcties blijkt dus 32 procent van de interviewdiagnosen niet herkend te zijn door de huisarts. De hoge overeenstemming van 93 procent betekent in ieder geval een hele hoge overeenstemming over de afwezigheid van depressie en angst. Gezien de poortwachtersfunctie van de huisarts is dit een belangrijk gegeven. Patiënten zullen dus niet onnodig het psychiatrisch circuit ingaan.

De niet-herkenden blijken geen patiënten te zijn met lichte problematiek die van-

zelf weer overgaat. Het zijn wel patiënten die met een somatische reden op het spreekuur komen en die in de voorafgaande periode minder recent zijn geweest. Dit betekent uiteraard niet dat elke patiënt gescreend moet worden op psychische problematiek. Het niet signaleren van een depressie of angststoornis bij patiënten die met een duidelijke somatische aandoening, zoals een blaasontsteking of een sportblessure, op het spreekuur komen en bij wie er ook geen enkele andere reden bestaat om te informeren naar psychische problematiek, lijkt onvermijdelijk. De somatische redenen bestaan echter voor de helft uit pijnklachten of onduidelijk te classificeren klachten waarvan bekend is dat het voor depressie suspecte klachten zijn. Een tweesporenbeleid, waarbij zowel somatische als psychische stoornissen systematisch worden onderzocht, is uitgerkend bij deze groep patiënten een goede strategie.²⁹ Het screenen op depressie en angst kan heel simpel en snel met daartoe ontwikkelde screeningsvragenlijstjes.^{30,31} De vraag of patiënten wel willen dat hun psychische problematiek herkend wordt,^{17,32} is naar onze mening medisch ethisch gezien een irrelevante vraag. De patiënt komt voor een klacht, omdat hij daar last van heeft, en van de klacht afwil of wil weten wat er aan de hand is. De huisarts doet de patiënt te kort als bij klachten die kunnen wijzen op psychische problematiek of een psychiatrische stoornis, alleen de somatische kant aandacht krijgt. Uiteindelijk kan de patiënt altijd nog besluiten wat hij met de gestelde diagnose en eventueel voorgestelde behandeling zal doen.

Daarnaast vinden we een groep patiënten met een depressie en/of angststoornis volgens de huisarts en niet volgens de ICD-10 of de DSM-III-R. Dit zijn patiënten die lichtere problematiek hebben (hoewel altijd nog vrij ernstig), vooral met een somatische reden op het spreekuur komen, maar wel recenter op het spreekuur zijn geweest dan de patiënten zonder huisartsdiagnose. Dit is een interessante groep die in de meeste studies wordt afgedaan als 'fout-positief'. Een derde van deze groep

patiënten heeft echter een andere ICD- of DSM-diagnose en een kwart heeft in ieder geval symptomen. Wat betreft de groep met symptomen, is het mogelijk dat dit een groep patiënten is in de herstel- of de beginfase, terecht gediagnosticeerd door de huisarts, maar al te ver hersteld of nog zonder uitgekristalliseerd beeld voor een ICD- of DSM-diagnose op het moment van het interview. Het is ook mogelijk dat de diagnostische criteria onvoldoende zijn uitgevraagd.

Het lijkt erop dat we hiermee een punt achter de discussie kunnen zetten en moeten kijken hoe de prognose van de patiënten verbeterd kan worden. Het beloop in zowel de herkende als niet-herkende groep is matig te noemen. Dit betekent niet dat herkenning en diagnostiek er niet toe doen – een discussie die we elders hebben beschreven.^{33,34} Het lijkt erop dat herkenning en diagnostiek er wel degelijk toe doen als ze gevolgd worden door adequate behandeling. Langzamerhand wordt de evidentie sterker dat behandeling in de eerste lijn volgens vaste richtlijnen, bijvoorbeeld met betrekking tot de dosering en duur van medicatie en de bijbehorende psychoeducatie, effectief is.³⁵⁻³⁷ Goede experimentele studies in de eerste lijn zijn nodig om dit verder te onderzoeken. Vanwege de grote heterogeniteit van de huisartspopulatie, zal hierbij tevens onderzocht moeten worden welke patiënten – dat wil zeggen met welke eigenschappen – wel en welke patiënten niet reageren op bepaalde interventies.

Dankbetuiging

Dit onderzoek werd financieel gesteund door Delagrang Laboratories en Synthelabo Pharmacie, Parijs, Frankrijk.

Literatuur

- 1 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brue- ren MM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huis- arts Wet 1994;37:482-90.
- 2 Neomagus GJH, Terluin B, Aulbers LPJ, et al. NHG-Standaard Angststoornissen. Huisarts Wet 1997;40:167-75.
- 3 Depression Guideline Panel. Guideline report on the diagnosis and treatment of depression in pri-

- mary care. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy Research, 1993.
- 4 American Psychiatric Association. DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- 5 World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.
- 6 American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, primary care version. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.
- 7 World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Primary Health Care Version. Geneva: WHO, 1994.
- 8 Ormel J, Van den Brink W, Van der Meer K, et al. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:123-6.
- 9 Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Tavistock/Routledge, 1992.
- 10 Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care* 1992;30:67-76.
- 11 Wells KB, Katon W, Rogers B, Camp P. Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients. Results from the medical outcomes study. *Am J Psychiatry* 1994;151:694-700.
- 12 Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
- 13 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of mental health problems in family medicine and in psychiatry. *State of the Art in Clinical Psychiatry* 1995;3:3-28.
- 14 Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? *Huisarts Wet* 1989;34:78-9.
- 15 Bensing J, Beerendonk Ph. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990;6:595-618.
- 16 Bensing JM, Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:130-5.
- 17 Van der Velden HGM. Diagnostiek van psychische stoornissen. *Huisarts Wet* 1991;34:154-5.
- 18 Goldberg D. Reasons for misdiagnosis. In: Sartorius N, Goldberg D, De Girolamo G, Costa e Silva JA, et al., editors. *Psychological disorders in general medical settings*. New York: Hogrefe & Huber, 1990. p. 139-45.
- 19 Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;23:185-93.
- 20 Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:3-12.
- 21 Olsson M, Gilbert T, Weissman M, et al. Recognition of emotional distress in physically healthy primary care patients who perceive poor physical health. *Gen Hosp Psychiatry*, 1995;17:173-80.
- 22 Tiemens BG, Van den Brink W, Van der Meer K, Ormel J. Results from the Groningen Centre. In: Ustun TB, Sartorius N, editors. *Mental illness in general health care. An international study*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
- 23 Koeter MWJ, Ormel J. General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking en handleiding. Lisse: Swets and Zeitinger, 1991.
- 24 World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 1.0. Geneva: WHO, 1990.
- 25 Ustun TB, Sartorius N, editors. *Mental illness in general health care. An international study*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
- 26 Wiersma D, De Jong A, Kraaijkamp H, Ormel J. GSB-II: De Groningse Sociale Beperkingen Schaal, 2e editie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1990.
- 27 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.
- 28 Scott J, Eccleston D, Boys R. Can we predict the persistence of depression? *Br J Psychiatry* 1992;161:633-7.
- 29 Jenner JA, Van der Meer K, Van Os TWDP, et al. Psychosociale klachten in de huisartspraktijk, een cursus voor huisartsen. INSTEL-project. Assen: Van Gorcum, 1995.
- 30 Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988;297:897-9.
- 31 Tiemens BG, Ormel J, Van den Brink RHS, et al. Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk. De ontwikkeling van een screeningsinstrument. *Tijdschr Sociale Gezondheidszorg* 1995;73:520-7.
- 32 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992;35:281-6.
- 33 Ormel J, Tiemens B. Recognition and treatment of mental illness in primary care: Towards a better understanding of a multi-faceted problem. *General Hospital Psychiatry*, 1995;17:160-4.
- 34 Tiemens BG, Ormel J. The capricious relationship between recognition and outcome of mental illness in primary care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1996;5:160-3.
- 35 Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273:1026-31.
- 36 Lin EHB, Von Korff M, Katon W, et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995;33:67-74.
- 37 Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:913-9. ■

Abstract

Tiemens BG, Van den Brink W, Van der Meer K, Ormel J. Diagnosis of depression and anxiety in primary care. *Huisarts Wet* 1998;41(3):109-16.

Objective Taking into account the criticism from general practice on the psychiatric epidemiologic findings about underdetection and underdiagnosis of depressive and anxiety disorders, the agreement between the assessment by primary care physicians and by the psychiatric classifications ICD-10 and DSM-III-R is examined.

Methods A stratified random sample of primary care patients was interviewed with the Composite International Diagnostic Interview, Primary Health Care Version. The physicians completed a Physician's Encounter Form which recorded severity and diagnosis of psychological disorder.

Results The agreement about the presence of a depressive or anxiety disorder between the primary care physicians and DSM-III-R was 83 per cent (Cohen's kappa $\kappa=0.35$), between the physicians and ICD-10 87 per cent ($\kappa=0.46$), and between the physicians and at least one of the classifications the agreement was 87 per cent ($\kappa=0.56$). Corrected for agreement about comorbid and subthreshold disorders, and diagnoses assessed by the physician later in time, the agreement increased to 93 per cent ($\kappa=0.72$). In terms of recognition, there was an increase from 45 per cent to 68 per cent. The 32 per cent unrecognized patients were patients with severe psychopathology, who presented with somatic complaints and visited their doctor less frequently.

Conclusion The dispute between psychiatry and general practice can be closed and efforts should be focused on improving the outcome of depressive and anxiety disorders by randomized clinical trials in primary care.

Key words Anxiety; Depression; Diagnosis; Primary care; Recognition.

Correspondence Ms B.G. Tiemens MA, Departement of Psychiatry, University of Groningen, PO Box 30.001, 9700 RB Groningen, The Netherlands.