

Wat verklaart de onderdiagnostiek van depressie in de eerste lijn?

Een literatuurstudie

C.D.M. RUIJS
M. VAN DER BURG-VAN WALSUM
R.A. DE MELKER

Ruijs CDM, Van der Burg-van Walsum M, De Melker RA. Wat verklaart de onderdiagnostiek van depressie in de eerste lijn? Een literatuurstudie. *Huisarts Wet* 1999;42(1):22-5.

Doel Het beantwoorden van de vraag welke factoren het stellen van de diagnose depressie door eerste lijnsartsen beïnvloeden, gezien tegen de achtergrond van de bevinding dat de meeste met een gestandaardiseerde psychiatrische anamnese vastgestelde depressies in de eerste lijn niet worden gediagnosticeerd.

Opzet Literatuurstudie.

Methode Medline-search over de periode 1990 tot 1998; over de periode voor 1990 is gezocht in de literatuurverwijzingen.

Resultaten Er werden zeven studies gevonden. In alle studies waren patiëntgebonden factoren onderzocht, in een tevens artsgebonden factoren. In alle studies werden de metingen voor en na het consult verricht; het eigenlijke consultbeloop werd niet onderzocht. Voor patiëntgebonden factoren waren er aanwijzingen dat ernstiger depressies vaker gediagnosticeerd werden en dat somatische presentatie en ernstiger somatische nevendagnosen de diagnostiek bemoeilijkten. Voor artsgebonden factoren werden geen invloeden aangetoond.

Conclusie Er is weinig bekend over de factoren die een rol spelen in de diagnostiek van depressie in de eerste lijn. Wat de relevantie is van de onderdiagnostiek van depressie in de eerste lijn blijft onduidelijk.

C.D.M. Ruijs, huisarts; M. van der Burg-van Walsum, psychotherapeute; dr. R.A. de Melker, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: C.D.M. Ruijs, Molenstraat 21, 3512 CL Utrecht.

Inleiding

Op grond van epidemiologisch onderzoek in huisartspraktijken, uitgevoerd bij ongeselecteerde spreekuurbezoekers met behulp van een gestandaardiseerde psychiatrische anamnese (GPA), zou de prevalentie van depressie omstreeks 5 procent bedragen.¹⁻⁴ De helft tot driekwart van deze 'depressies' wordt echter niet gediagnosticeerd door de huisarts.⁵⁻⁷ Deze bevinding heeft geleid tot belangrijke kritiek van de zijde van psychiaters, die ervan uitgaan dat elke 'GPA-depressie' gediagnosticeerd moet worden. Er zou dan ook sprake zijn van ernstige onderdiagnostiek van depressie in de eerste lijn.^{8,9}

Vanuit de huisartsgeneeskunde wordt deze kritiek bestreden met twee soorten argumenten. Ten eerste wordt gesteld dat het wel meevalt met de onderdiagnostiek. De meeste studies beperken zich tot één meetmoment en gaan voorbij aan het procesmatige karakter van de diagnostiek in de eerste lijn: het stellen van een diagnose als depressie voltrekt zich in de loop van een aantal consulten.^{10,11} Bovendien is in sommige studies niet expliciet aan de huisarts gevraagd of deze ook rekening hield met de diagnose depressie.¹² Ten tweede wordt gesteld dat er geen echt probleem is, omdat niet is aangetoond dat patiënten met een 'gemiste depressie' baat zouden hebben bij herkenning.¹³⁻¹⁵ Afgezien daarvan zouden veel depressies in de eerste lijn gekenmerkt worden door een relatief mild verloop,^{13,16,17} terwijl een grotere diagnostische ijver veel fout-positieve diagnosen tot gevolg zou kunnen hebben.^{18,19}

Het is dus nog allerminst een uitgemakke zaak dat alle 'GPA-depressies' zouden moeten worden gediagnosticeerd. Anderzijds lijkt het de moeite waard na te gaan waardoor zoveel GPA-depressies niet worden gediagnosticeerd. Daarom hebben wij een literatuurstudie verricht op basis van de volgende vraagstelling: van welke patiëntgebonden, artsgebonden en andersoortige factoren is aangetoond dat zij van invloed zijn op het diagnosticeren dan wel missen van 'GPA-depressies' in de eerste lijn?

Literatuur

Voor het onderzoek werd een Medline-search verricht over de periode 1990-1998. Dat gebeurde met behulp van de vrijeteksttermen 'depression' and 'primary care'. Deze search werd herhaald met beide termen als MESH-trefwoorden. In de literatuurlijsten van geselecteerde artikelen werd verder gezocht naar andere relevante publicaties, ook van vóór 1990.

Voor de selectie van de gevonden artikelen hanteerden wij de volgende criteria:

- onderzoek naar de factoren die de diagnostiek van depressie door eerstelijnsartsen in een eerstelijns populatie beïnvloeden;
- vaststelling van de diagnose depressie met een GPA;
- geen onderzoek waarin de GPA telefonisch was afgenomen (een arts stelt de diagnose ook niet telefonisch);
- Engels- en Nederlandstalige publicatie;
- patiënten van West-Europese en Noord-Amerikaanse herkomst;
- volwassen, niet-geriatrie patiënten;
- geen onderzoek met uitsluitend arts-assistenten en/of artsen-in-opleiding.

Wij spraken van *eerste lijn*, indien deze typering in het desbetreffende artikel werd gehanteerd (met 'primary care', 'general practice' en 'huisartsgeneeskunde' als synoniemen).

Depressie is gedefinieerd als een cluster van klachten en symptomen - waaronder depressieve stemming⁶ - dat voldeed aan de criteria van een classificatiesysteem; daarbij werd geen restrictie voor het type classificatiesysteem gemaakt. In de onderzochte studies zijn als depressie beschouwd 'major depression', 'major depressive disorder' en 'depression'. Buiten beschouwing gelaten zijn: dysthymie, 'subsyndromal depression' en 'depressive disorder' (een verzamelterm), evenals uitkomsten voor de groep hoge scoorders op de screeningsonderzoeken.

In de diagnostiek door de eerstelijnsarts wordt onderscheid gemaakt tussen het *signaleren* van depressie en het stellen van de *diagnose* depressie.^{6,12} Onder signalering wordt verstaan het vermoeden van de eerstelijnsarts dat psychische problemen een

rol spelen in de klachtenpresentatie van een depressieve patiënt. Vanwege de verschillende onderzoeksmethoden hebben wij ervoor gekozen de invloed van factoren die de diagnostiek beïnvloeden, te presenteren als positief, negatief of geen invloed.

Resultaten

De vrijtekst-search leverde 733 verwijzingen op, de MESH-search 69. Zeven ar-

tikelen voldeden aan de gestelde criteria (*tabel*): zes werden met de search gevonden,²⁰⁻²⁵ en één werd achterhaald via de referenties.²⁶ In alle studies was de aanwezigheid van depressie onderzocht bij spreekuurbezoekers, ongeacht de aard van het gepresenteerde gezondheidsprobleem. In alle onderzoeken was gebruik gemaakt van een screeningsvragenlijst en een GPA; in totaal waren vier verschillende GPA's gebruikt. In twee studies was tevens de diagnostiek van angststoornissen onderzocht.^{22,23} In drie studies was een

'nieuw probleem' inclusiecriteria. In één studie waren alleen vrouwen onderzocht.²⁵

Het aantal depressieve patiënten liep uiteen van 41 tot 88. De artsen waren niet op de hoogte van de uitkomsten. Signalering en/of diagnostiek van depressie door de arts werd bepaald door registratie van psychische klachten en diagnoses direct na het consult (vier studies) of door dossieronderzoek (drie maal). De artsen waren in vijf studies huisartsen, in één studie internisten en in een studie huisartsen én

Tabel Onderzoeksartikelen: gegevens over arts- en patiëntpopulatie, onderzochte factoren, meetinstrumenten en resultaten

Eerste auteur	Onderzoekssetting, aantal gescreende patiënten*	Diagnostiek, opbrengst*	Onderzochte factoren	Meetinstrumenten	Invloed
Coulehan ²⁰ VS	Afdeling interne geneeskunde Aantal artsen/a-a's niet vermeld 618 patiënten (18-64 jaar), meesten beoordeeld door a-a's	DSM, D 41 patiënten met depressie	– somatische nevendiagnosen – ernst depressie	– dossieronderzoek, meetschaal – screeningsvragenlijst	– negatief – geen
Coyne ²¹ VS	Huisartspraktijken 50 artsen, onder wie ook a-a's 1580 patiënten (17-80 jaar), van wie enkele beoordeeld door a-a's	DSM, D 88 patiënten met depressie	– ernst depressie – psychiatrische voorgeschiedenis – psychiatrische nevendiagnosen	– gestand. anamnese – niet vermeld – gestand. anamnese	– positief – positief – positief
Freeling ²⁶ GB	Huisartspraktijken 36 artsen; aantal a-a's niet vermeld 1099 patiënten (18-64 jaar) met een nieuw probleem	RDC, D 41 patiënten met depressie	– ernst depressie – depressief uiterlijk – somatische nevendiagnosen – introspectief vermogen – psychiatr. voorgeschiedenis	– gestand. anamn., meetschaal – oordeel psychiater – anamnese, oordeel psychiater – meetschaal – anamnese	– positief – positief – negatief – positief – geen
Kirmayer ²² Canada	Huisartspraktijken Aantal artsen/a-a's niet vermeld 685 patiënten (18-75 jaar), met een nieuw probleem	DSM, S, D 65 patiënten met depressie	– somatische presentatie – somatische nevendiagnosen – hypochondrische bezorgdheid	– gestand. anamnese – dossieronderzoek, meetschaal – meetschaal	– negatief – geen – geen
Robbins ²³ Canada	Huisartspraktijken 55 artsen, onder wie 38 a-a's 600 patiënten (18-75 jaar) met een nieuw probleem (diagnose depressie of angststoornis)	DSM, S, D 62 patiënten met depressie	Patiëntgebonden factoren – somatische nevendiagnosen Artsgebonden factoren – psychosociale oriëntatie – gevoeligheid non-verbale presentatie – gevoeligheid voor verborgen emoties – introspectief vermogen – ervaring	– dossieronderzoek, meetschaal – vragenlijst, meetschaal – gestand. videotest – meetschaal – meetschaal – persoonlijke gegevens	– geen – geen – geen – geen – geen
Simon ²⁴ VS	Huisartspraktijken en afdeling interne geneeskunde Aantal artsen/arts-assistenten niet vermeld 1962 patiënten (18-65 jaar)	DSM, S 64 patiënten met depressie	Ernst depressie	Screeningsvragenlijst	Positief
Tylee ²⁵ GB	Huisartspraktijken 36 artsen; geen arts-assistenten 1756 patiënten (16-65 jaar)	RDC, D 72 patiënten met depressie	– ernst depressie – somatische nevendiagnosen	– gestand. anamnese, meetschaal – anamnese, meetschaal	– geen – negatief

* DSM Diagnostic and statistical manual; RDC research diagnostic criteria; D diagnose depressie; S signalering depressie; a-a's arts-assistenten.

internisten. In één studie was het merendeel van de artsen arts-assistent en in een andere studie werd het merendeel van de patiënten beoordeeld door arts-assistenten; twee studies vermelden geen gegevens over arts-assistenten.

Patiëntgebonden factoren waren onderzocht in alle studies; in één studie waren tevens artsgebonden factoren onderzocht. Andere factoren waren niet onderzocht.

Als meetinstrumenten voor de arts- en patiëntgebonden factoren waren vragenlijsten, meetschalen en gestandaardiseerde anamneses gebruikt, die voor of na het consult waren afgenomen bij arts of patiënt. In geen enkele studie was het eigenlijke consultbeloop onderzocht. Somatische nevendiagnosen waren vermeld door de arts of waren achterhaald uit het medisch dossier.

De invloed van arts- en patiëntgebonden factoren was op twee manieren onderzocht:

- de relatie tussen de gemeten score voor een bepaalde factor en de kans op signalering of het stellen van de diagnose depressie;
- de mate waarin een bepaalde factor aanwezig was bij patiënten met wel en niet gediagnosticeerde depressie.

In drie studies waren er aanwijzingen dat ernstiger depressies nauwkeuriger gesignaleerd en gediagnosticeerd werden (*tabel*). In twee studies was de ernst van de depressie niet van invloed. In één studie toonden patiënten met een door de eerstelijnsarts gediagnosticeerde depressie een depressiever uiterlijk. In één studie hadden patiënten met een gediagnosticeerde depressie meer zelfinzicht in de aanwezigheid van depressieve gevoelens. Hypochondrische bezorgdheid was niet van invloed op de signalering. De aanwezigheid van een psychiatrische voorgeschiedenis had in één studie een positieve invloed op de diagnostiek, maar in een tweede studie daarentegen niet. In één studie was bij de als depressief gediagnosticeerde patiënten vaker ook een angststoornis aanwezig.

Somatische presentatie was in één stu-

die onderzocht door patiënten vóór het consult te vragen welke klachten men wilde presenteren en welke ideeën men had over mogelijke oorzaken. 'Echte somatiseerders' werden gedefinieerd als patiënten die alleen somatische klachten op het spreekuur wilden presenteren en bij expliciete navraag vonden dat spanningen of problemen geen oorzaak van hun klachten waren. Bij 'echte somatiseerders' werden minder depressies gesignaleerd dan bij patiënten die minimaal één psychosociale klacht met de eerstelijnsarts wilden bespreken.

Drie studies gaven aanwijzingen voor een negatieve invloed van ernstiger somatische nevendiagnosen op de diagnostiek van depressies, terwijl deze factor in twee studies niet van invloed was.

Artsgebonden factoren waren onderzocht in één studie, waarin tevens de diagnostiek van angststoornissen was onderzocht. Psychosociale oriëntatie, gevoeligheid voor verborgen emoties van patiënten en introspectief vermogen werden gemeten met vragenlijsten en zelfbeoordelingsschalen. Gevoeligheid voor non-verbale communicatie werd gemeten met een gestandaardiseerde videotest. Als maat voor medische ervaring werd de leeftijd van de arts genomen. Geen van de onderzochte factoren was van invloed op signalering of diagnostiek van depressie of een angststoornis (de cijfers waren niet uitgesplitst).

Beschouwing

Volgens de beschouwende literatuur zouden tal van factoren een rol spelen bij de diagnostiek van depressie in de eerste lijn. De meeste daarvan blijken echter niet te zijn onderzocht in onderzoek waarin tevens gebruik is gemaakt van een GPA. Niet onderzochte *patiëntgebonden* factoren waren:

- de contactreden van de patiënt;^{27,28}
- de hulp die van de arts werd verwacht;^{10,16,29}
- mogelijke verklaringen van de patiënt over depressieve klachten;³⁰
- de presentatie van geagiteerd gedrag als

onderdeel van depressie;³¹

- beleving van psychiatrische ziekte als stigma.³⁰⁻³²

Niet onderzochte *artsgebonden* factoren waren:

- het uitvragen van de depressie-anamnese;^{12,33,34}
- gespreksvaardigheid;^{12,34,35}
- opvattingen over de ernst van depressie in de eerste lijn;^{10,12,36}
- opvattingen over verantwoordelijkheid van arts en patiënt;^{10,14,27,28}
- opleiding;^{31,36}
- medische kennis;^{16,33}
- empathie;^{37,38}
- weerstand;^{11,31,36,39}
- zelfvertrouwen.^{16,37}

Onder *overige* factoren worden in de literatuur twee categorieën factoren met invloed op de diagnostiek genoemd. Ten eerste de aard van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarbij wordt gewezen op:

- het aanbod van zowel somatische als psychische stoornissen;^{10,35}
- tijdsdruk in consulten;^{11,12,17,34}
- een diagnostisch proces dat verdeeld is over een aantal consulten;^{12,17,35}
- de vele patiënten met subsyndromale depressieve klachten die niet scherp afgrensbaar zijn van een depressie.^{11,18,40}

Ten tweede worden ziektekosten- en levensverzekeringen genoemd.^{11,12,15} Geen van deze factoren is onderzocht.

Enkele patiëntgebonden factoren hebben mogelijk invloed op de diagnostiek, maar over de betekenis kan slechts gespeculeerd worden. Zo zijn het vooral de minder ernstige 'depressies' die gemist worden. Mogelijk zijn dit zulke lichte 'depressies' dat patiënten en huisartsen vinden dat deze geen medische bemoeienis behoeven. Of misschien zijn het helemaal geen depressies, maar slechts stressreacties die zijn uitgelokt door ongeluk en tegenspoed in het leven.

Bij de presentatie van lichamelijke klachten worden minder 'depressies' gediagnosticeerd. Vanuit huisartsgeneeskundige zijde is de vraag gesteld of hier niet gewoon sprake is van een bewuste

keuze van de patiënt om de depressie niet aan de orde te stellen.^{27,28,41} Zoals bekend, is de diagnostiek van depressie bij patiënten met ernstige somatische aandoeningen problematisch.⁴² Een van de problemen is dat de lichamelijke symptomen die gebruikt worden voor de diagnose depressie, een gevolg kunnen zijn van de aandoening.

Concluderend kan gesteld worden dat in de literatuur een overmaat aan factoren wordt genoemd als verklaring voor de 'onderdiagnostiek' van depressie in de eerste lijn zonder dat dit door deugdelijk onderzoek wordt gestaafd. Van slechts twee factoren is in meer dan één onderzoek aanneemelijk gemaakt dat zij samenhangen met de onderdiagnostiek van depressie: ernstiger depressies bevorderen het stellen van de diagnose, en ernstiger somatische aandoeningen maken dit moeilijker. Wat dit alles zegt over de relevantie van de onderdiagnostiek van met een GPA aangetoonde depressie in de eerste lijn, blijft grotendeels onbekend.

Literatuur

- Williams JW, Kerber CA, Mulrow CD, et al. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995;10:7-12.
- Blacker CVR, Clare AW. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology* 1988;95:S14-7.
- von Korff M, Shapiro S, Burke JD, et al. Anxiety and depression in a primary care clinic. Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire and Practitioner Assessments. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:152-6.
- Ormel J, Koeter MW, Van den Brink W, Van de Willige G. Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:700-6.
- Wernicke TF, Linden M. Clinical recognition and drug treatment of depression in cases found by standardized assessment. *Pharmacopsychiat (Suppl)* 1994;27:54-7.
- 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.
- Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Under-recognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990;150:1083-8.
- Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med* 1992;326:1080-4.
- Schulberg HC, Saul M, McClelland M, et al. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1164-70.
- Bensing JM, Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:130-5.
- Lemelin J, Hotz S, Swensen R, Elmslie T. Depression in primary care. Why do we miss the diagnosis? *Can Fam Physician* 1994;40:104-8.
- Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987;150:737-51.
- Higgins ES. A review of unrecognized mental illness in primary care. Prevalence, natural history and efforts to change the course. *Arch Fam Med* 1994;3:908-17.
- Van der Velden HGM. Diagnostiek van psychische stoornissen [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1991;34:154-5.
- Susman JL, Crabtree BF, Essick G. Depression in rural family practice. Easy to recognise, difficult to diagnose. *Arch Fam Med* 1995;4:427-31.
- Susman JL. Mental health problems within primary care: shooting first and then asking questions? *J Fam Pract* 1995;41:540-542.
- Horder J. Working with general practitioners. Lecture. *Br J Psychiat* 1988;153:513-20.
- Jenner JA. Over depressies. *Huisarts Wet* 1981;24:469-72.
- Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? *Huisarts Wet* 1995;38:307-9.
- Coultan JL, Schulberg HC, Block MR, et al. Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Arch Intern Med* 1990;150:2363-7.
- Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non-detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:3-12.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-41.
- Robbins JM, Kirmayer LJ, Cathebras P, et al. Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Med Care* 1994;32:795-812.
- Simon GE, von Korff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:99-105.
- Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993;43:327-30.
- Freeling P, Rao BM, Paykel ES, et al. Unrecognised depression in general practice. *BMJ* 1985;290:1880-3.
- Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:118-22.
- Hofmans-Okkes IM. De vraag van de patiënt: een belangrijke determinant voor de kwaliteit van geneeskundig handelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:858-60.
- Frowick B, Shank JC, Doherty WJ, Powell TA. What do patients really want? Redefining a behavioral science curriculum for family physicians. *J Fam Pract* 1986;23:141-6.
- Rush AJ. Problems associated with the diagnosis of depression. *J Clin Psychiatry* 1990;51(suppl):15-22.
- Brendan Montano C. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry* 1994;55(suppl):18-34.
- Mechanic D. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Soc Sci Med* 1992;34:1345-50.
- Badger LW, de Gruy FV, Hartman J, et al. Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosom Med* 1994;56:128-35.
- Badger LW, de Gruy FV, Hartman J, et al. Psychosocial interest, medical interviews and the recognition of depression. *Arch Fam Med* 1994;3:899-907.
- Paykel ES, Priest RG, on behalf of conference participants. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *BMJ* 1992;305:1198-1202.
- Main DS, Lutz LJ, Barrett JE, et al. The role of primary care clinician attitudes, beliefs and training in the diagnosis and treatment of depression. *Arch Fam Med* 1993;2:1061-6.
- Goldberg D, Steele JJ, Johnson A, Smith C. Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:829-33.
- Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979;9:337-53.
- Rost K, Smith R, Matthews DB, Guise B. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1994;3:333-7.
- 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.
- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992;35:281-6.
- Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986;143:696-705. ■

Abstract on page 34.

nomie een boeiend veld van studie is. De ICPC is ontwikkeld vanuit de epidemiologie, met het oogmerk het domein van de huisartsgeneeskunde te ordenen. Vanuit dat oogmerk is de specificiteit van de ICPC voldoende. Meijer is zich van de spanning tussen taxonomie en dagelijkse praktijk uiteraard bewust: echte coördineren, het ten onrechte niet gebruiken van een passende code, blijken vaak te berusten op de discrepantie tussen een 'common sense'-keuze van de huisarts en de formele beslissing van taxonomen. In zijn dissertatie blijft Meijer taxonoom.

De onderzoeker verzamelt diagnoses; de huisarts verzamelt informatie om tot een beleid te komen (blz. 126). Voor het beleid in de huisartsgeneeskunde is de ICPC te weinig specifiek. Om informatie voor klinisch gebruik vast te leggen, is het daarom aan te bevelen om, naast de ICPC-code ook de ICD-10-code vast te leggen, schrijft Meijer (blz. 125). Meijer heeft een conversie gemaakt tussen ICPC en ICD-10. Dat is dus van groot belang voor de verdere ontwikkeling bij de automatisering in de huisartsgeneeskunde. De lezer vindt achterin het boek een floppie waarop een programma staat waarmee deze conversie bekeken kan worden. Dat er copyright berust op dit product, bevreemde mij. Betekent dit dat de huisartsgeneeskunde er niet zonder meer gebruik van kan maken?

Meijer is ook huisarts. De zin van een classificatiesysteem wordt bepaald door het gebruik in de praktijk, schrijft hij in zijn derde stelling. De ICPC is in Nederland algemeen geaccepteerd voor gebruik in de huisartspraktijk. Dat betekent anno 1998 gebruik in het kader van automatisering. Hoe moet ik dat rijmen met zijn opmerking dat, naast de ICPC, toch ook nog de ICD-IQ nodig is? Hoe kijkt hij dan tegen de soms pijnlijk grote interdoktervariatie bij het gebruik van de ICPC aan?

Meijer erkent de betrekkelijkheid en de tijdelijkheid van classificatiesystemen. Dat is wetenschappelijke distantie; dat moet ook in een dissertatie. Als huisarts had ik graag antwoord gehad op de vraag hoe we omgaan met die betrekkelijkheid als het gebruik ervan voor massaconsumptie voor de deur staat, en al met één voet over de drempel is gekomen.

Ger van der Werf

Reactie

Met de titel 'Zicht op ziekte' heb ik willen aangeven dat ziektebegrippen – gebruikt voor communicatie, registratie in patiëntendossiers of wetenschappelijk onderzoek – bepaald worden door de manier waarop men naar de werke-

lijkheid van de zieke mens kijkt. Directe waarnemingen worden geabstraheerd tot begrippen; ook ziektebegrippen ontleen hun betekenis vooral aan de eigenschap dat ze met anderen gedeeld kunnen worden. Daarmee is de eis tot precisie, helderheid en zinvolle ordening gesteld. Dit geldt ook voor de begrippen die door de huisarts gehanteerd worden, zeker nu de huisarts in toenemende mate de door hem verzamelde informatie met anderen – patiënten, andere eerstelijns werkers, specialisten, sociaal-geneeskundigen of juridische instanties – moet delen. Persoonlijke, soms intieme informatie wordt in geabstraheerde vorm door middel van begrippen en codes vastgelegd. Naast verlies van het persoonlijke dreigt het gevaar dat de vastgelegde informatie een eigen leven gaat leiden. De genoemde diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS) is in de eerste plaats een klinische beschrijving van de reacties van zwaargetroffenen. In een juridisch kader vormt het echter een belangrijke voorwaarde voor toekenning van schadeclaims. Voor een juist gebruik van een ziektebegrip is het zowel voor classificatiedoelinden als in de dagelijkse praktijk van belang dat duidelijk is welke criteria voor het gebruik gehanteerd worden. Wellicht zullen in de nabije toekomst niet alleen codes van diagnoses geregistreerd worden, maar ook de criteria op basis waarvan deze gesteld zijn. Dit zal tot een meer uniforme registratie leiden en de interdoktervariatie bij het gebruik van de ICPC verminderen. Uit mijn onderzoek kwam naar voren dat een belangrijk deel van de aangebrachte correcties op de gebruikte codes door scherpere codeerregels vermeden had kunnen worden. Voor persoonlijke interpretatie van de gedefinieerde klassen uit de ICPC in zijn nieuwe vorm is geen plaats meer. Door zoekalgoritmen en de thesaurus in geautomatiseerde huisartsinformatiesystemen is het vinden van de juiste code wel gemakkelijker geworden, maar training en hulp bij moeilijke gevallen blijven – zeker bij wetenschappelijk onderzoek – een vereiste.

Dat criteria van tijd tot tijd bijgesteld of gepreciseerd worden – zoals in de ICPC-2 – is enerzijds het gevolg van een veranderd inzicht in ziekte, anderzijds van nieuwe normen voor het medisch dossier. Van een geheugensteuntje voor de dokter wordt het dossier tot een verslag van doen en denken in een zorgepisode, toegankelijk voor de patiënt en andere hulpverleners.

Tussen de bij tijd en wijle spannende ervaringen als praktiserend huisarts en de abstracte arbeid van het vergelijken van classificatiesystemen, ligt een grote afstand. Toch heeft ook dit een eigen charme. Classificatiesystemen orde-

nen domeinen (aandachtsvelden) en zijn historisch interessant, omdat zij de collectieve neerslag van het zicht op ziekte vormen. Bestudering van de ontwikkeling van de systemen voor de huisartsgeneeskunde nodigt uit tot reflectie over begrippen die men zelf hanteert, en over het aantal begrippen waar men behoefte aan heeft. Voor sommigen is de ICPC al uitgebreider dan het eigen kader, voor anderen is zij niet specifiek genoeg. De voorgestelde oplossing om in dit laatste geval de klassen van de ICD-10 naast de ICPC-klassen te gebruiken, is mogelijk geworden door de op de diskette gepresenteerde conversietabellen; ieder kan hier naar eigen behoefte gebruik van maken. Dat op het label vermeld staat dat de diskette tot mijn dissertatie behoort, is geen claim op copyright, maar komt voort uit de anachronistische bepaling dat proefschriften in gedrukte vorm moeten verschijnen; een diskette kan geen onderdeel van een dissertatie zijn maar er wel toe behoren.

Hans Meijer

ABSTRACT

Ruijs CDM, Van der Burg-van Walsum M, De Melker RA. What explains the non-detection of depression in primary care? A literature study. Huisarts Wet 1999; 42(1):22-5.

Objective To answer the question which factors influence the diagnosis of depression by primary care physicians, against the background of the finding that most depressions identified in primary care with a standardized psychiatric interview are not detected.

Method Literature study. A Medline-search 1990-1998 was performed; previous studies were identified through references in articles.

Results Seven studies were found. Patient bound factors were studied in all, physician bound factors only in one. In all studies measurements were performed before and after consultations; in none the actual consultation was studied. As to patient bound factors more precise diagnosis occurred in the case of severe depressions, while somatic presentation and serious physical comorbidity had a negative influence. As to physician bound factors no influences were identified.

Conclusion Little is known about the defining factors in the diagnosis of depression in primary care. The relevance of unrecognized depression in primary care remains unclear.

Correspondence C.D.M. Ruijs MD, Molenstraat 21, 3512 CL Utrecht, The Netherlands.