

De dokter, de interventie en het effect

PLBJ Lucassen, C van Weel

De persoon van de dokter bepaalt het effect van de interventie. Daar is in toenemende mate bewijs voor. Met woorden van deze strekking beschrijft de psychiater Van Os op de volgende pagina's van *Huisarts en Wetenschap* het grote belang van de persoon van de dokter in de diagnostiek en de behandeling van depressieve patiënten.¹ Uit het onderzoek blijkt dat de patiënt beter af is als de huisarts de diagnose 'depressie' adequaat stelt en antidepressiva in correcte doseringen en lang genoeg voorschrijft. Het verrassende is echter dat dit alleen geldt voor huisartsen die – volgens de patiënten zelf – goed communiceerden. Dus: het juiste label plus het daarbij horende recept zijn onvoldoende. Het is de persoon van de dokter die de interventie effectief maakt en dat maakt dat het belang van dit onderzoek uitstijgt boven de grenzen van de behandeling van depressie. Tenminste zo belangrijk is dat Van Os daarbij ook laat zien dat goed communiceren alleen geen zoden aan de dijk zet. Het gaat – met andere woorden – niet om klinisch-instrumentele vaardigheden in isolement, en evenmin om uitsluitend de warmte van de arts-patiëntrelatie: het onderzoek van Van Os levert bewijs voor de noodzaak van het integreren van de persoonlijke bejegening en de klinische competentie.

Natuurlijk komt deze bevinding overeen met wat huisartsen dagelijks merken en natuurlijk heeft Balint het al lang geleden beweerd,² maar dit punt krijgt in het algemeen veel te weinig aandacht in wetenschappelijk onderzoek en ook in de dagelijkse praktijk. Sterker, er bestaat een toenemende neiging de persoon van de dokter buiten spel te laten. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van cognitieve gedragstherapie via de computer, het bezoeken van ernstig zieke patiënten door een praktijkondersteuner of de plannen van het Trimbos-instituut om regionale depressieteams op te richten.^{1,3}

Het moet volgens ons routine worden om in huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek te meten wat het aandeel is van de persoon van de dokter in het uiteindelijke effect van interventies, niet zozeer op de tevredenheid van patiënten maar vooral op symptoomreductie en genezing. Dat moet omdat we als beroepsgroep, heel recent nog, verklaard hebben dat persoonlijke zorg tot de kern van ons vak hoort – een professionele kernwaarde.⁴ Huisartsen zijn daarmee de enige beroepsgroep met de pretentie patiënten – en niet: ziektes – op deskundige wijze persoonlijk te

behandelen. Nu is alleen een ideologisch argument onvoldoende. De bevindingen van Van Os vormen een welkome aanvulling op de schaarse empirische onderbouwing van deze huisartsgeneeskundige kernwaarde. Zo is er een cohortonderzoek bij 39 huisartsen en hun 315 patiënten waaruit bleek dat naarmate de huisarts zijn communicatie meer op de patiënt afstemde, de patiënt beter herstelde en dat aanvullende diagnostiek en verwijzingen half zo vaak nodig waren.⁵ Een bijzondere bevinding uit dat onderzoek was dat het patiëntenoordeel over de patiëntgerichtheid van de huisarts de gunstige effecten beter voorspelde dan het deskundigenoordeel daarover op basis van video-opnames. Little et al. konden deze resultaten bevestigen: een positieve benadering met duidelijke uitleg en aandacht voor de prognose was gecorreleerd met symptoomreductie, een goede arts-patiëntrelatie met minder verwijzingen.⁶ Daarnaast is er een systematische review met onder andere een aantal RCT's waaruit blijkt dat effectieve arts-patiëntcommunicatie vooral samenhangt met geestelijk welbevinden en symptoomherstel en in mindere mate met fysiologische maten (bloedsuikerspiegels) en pijnbeheersing.⁷ Ten slotte is er de systematische review van Di Blasi et al. waaruit blijkt dat dokters met een warme, vriendelijke en geruststellende stijl betere resultaten boekten bij patiënten met onder andere hypertensie en astma.⁸

Het meten van de interventie en het effect is niet zo moeilijk, maar hoe meten we de dokter? Allereerst: welke aspecten van de dokter hebben mogelijk invloed op het effect? In het kader van het model over de patiëntgerichtheid van de huisarts zijn er afzonderlijke dimensies die telkens andere uitkomsten – bijvoorbeeld tevredenheid, symptoomreductie, verwijzingen – voorspellen. Het gaat om de dimensies communicatie en partnerschap, persoonlijke relatie, gezondheidsvoorlichting, positieve benadering van diagnose en prognose en belangstelling voor de gevolgen voor het leven van de patiënt.⁶ Er zijn echter ook andere dimensies denkbaar zoals vertrouwen in de dokter, duur van de arts-patiëntrelatie, empathie, vriendelijkheid, non-verbale kenmerken en humor. Tussen de persoon van dokter en patiënt zijn bovendien nog kennis van het gezin en het op de juiste wijze geruststellen van patiënten van belang als contextuele factoren.⁹ De uitdaging voor de onderzoekers is vervolgens om die dimensies op een valide wijze, onder geldende praktijkomstandigheden te meten. Dit vormt de complexiteit van de huisartsgeneeskunde, en behoort daarmee ook de complexiteit van het huisartsgeneeskundig onderzoek te zijn. Een onderzoek als dat van Van Os moge duidelijk maken dat het wel degelijk mogelijk is om persoonlijke en protocollaire zorg te verenigen. Daarmee blijkt het haalbaar de

Auteursgegevens

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts; prof. dr. C. van Weel, hoogleraar; Correspondentie: p.lucassen1@chello.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

vermeende tegenstelling op te lossen tussen evidence-based geneeskunde en de persoon van de dokter.¹⁰ De wetenschappelijke onderbouwing wijst er immers juist op dat de beste zorg voor – in dit geval – patiënten met depressie berust op een best practice geboden door een huisarts die zich optimaal richt op de persoon van de patiënt.

Het moet volgens ons daarom eveneens routine worden om in de dagelijkse praktijk bewust aandacht te besteden aan persoonlijke zorg en om ontwikkelingen te optimaliseren die het geven van persoonlijke zorg stimuleren. Dat, en niet slechts hun pure instrumentele kwaliteit, dient de uiteindelijke toetssteen te zijn van de bijdrage van bijvoorbeeld categorale spreekuren, nurse practitioners die de eerste opvang doen, een telefoonsysteem waarbij de patiënt eerst een serie nummers moet intoetsen voordat er contact is (met meestal dezelfde assistente), diabetes- en astma/COPD-diensten en de grootschalige dienstenstructuren. Het vormt ook het antwoord op de roep om ons als huisartsen te gaan beperken tot het behandelen van de kwalen in plaats van de personen die zich bij ons aandienen, om te bekijken hoe we dat voor onszelf zo efficiënt mogelijk kunnen regelen in grotere praktijken en de persoonlijke binding met de patiënt te laten voor wat die is. Dat doet afbreuk aan de best haalbare gezond-

heidswinst, is niet evidence-based en behoort op die argumentatie te worden afgewezen.

Literatuur

- 1 Van Os T, Van den Brink R, Van der Meer K, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartspraktijk. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 2005;48(3):95-101.
- 2 Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht: Het Spectrum, 1975.
- 3 Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. J Clin Psychol 2004;60:239-51.
- 4 Zaat J, redactie. Terug naar Woudschoten. H&W-artikelen over de kern van de huisartsgeneeskunde. Utrecht: NHG, 2002.
- 5 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000;49:796-804.
- 6 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908-11.
- 7 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995;152:1423-33.
- 8 Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 2001;357:757-62.
- 9 Van Weel C. Examination of context of medicine. Lancet 2001;357:733-4.
- 10 Sweeney KG, MacAuley D, Pereira Gray D. Personal significance: the third dimension. Lancet 1998;351:134-6.

Onderzoek

Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk

De dokter als medicijn

TWDP van Os, RHS van den Brink, K van der Meer, J Ormel

Samenvatting

Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Van der Meer K, Ormel J. Behandeling van depressie in de huisartspraktijk. De dokter als medicijn. Huisarts Wet 2005;48(3):95-101.

Achtergrond Hoewel goede arts-patiëntcommunicatie geassocieerd is met positieve patiëntuitkomsten, zien we hiervan weinig terug in de NHG-Standaard Depressieve stoornis. In dit onderzoek wordt het effect op patiëntuitkomsten onderzocht van de technische aspecten van de behandeling van depressie, communicatieve vaardigheden van de huisarts en hun interactie.

Methode Een cohortonderzoek van 348 huisartspatiënten met een depressie volgens de ICD-10 met een follow-upduur van 3 en 12 maanden. We onderzochten de associatie van patiëntuitkomsten met zowel de depressietechnische aspecten van de

behandeling als de communicatieve vaardigheid van de huisarts. Patiëntuitkomsten bestonden uit verandering vanaf het indexconsult in symptomen, beperkingen en aantal ziektedagen en duur van de depressie-episode.

Resultaten: In overeenstemming met de richtlijnen vonden we enkele hoofdeffecten van de depressietechnische aspecten van de behandeling, met name op symptomen, maar deze effecten waren klein. Een matig effect werd gevonden voor de behandeling met een sedativum, die geassocieerd was met slechtere patiëntuitkomsten bij de follow-up na 12 maanden. Een accurate huisartsdiagnose en adequate behandeling met een antidepressivum waren geassocieerd met betere patiëntuitkomsten, echter alleen wanneer deze depressietechnische behandeling werd gegeven door een communicatief vaardige huisarts. In