

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

tegenstelling tot de hoofdeffekten werden deze interactie-effecten gevonden op beperkingen en aantal ziektedagen.

Conclusie Noch depressietechnische interventies noch goede communicatieve vaardigheden lijken voldoende voor een optimale verbetering van de depressieve patiënt. Alleen de combinatie resulteert in een effectieve behandeling.

UMC Groningen, Postbus 30001, 9600 RB Groningen, afdeling Psychiatrie: dr. T.W.D.P. van Os, psychiater-psychoanalyticus; dr. R.H.S. van den Brink, psycholoog-onderzoeker en prof. dr. J. Ormel, hoogleraar sociale psychiatrie; afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. K. van der Meer, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: t.w.d.p.van.os@acggg.naz.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een aangepaste versie van: Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Tiemens BG, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

Onlangs stond in verschillende Nederlandse dagbladen dat het Trimbos-instituut het plan heeft om 10 regionale depressieteams op te richten. Doel hiervan is de zorg voor depressieve patiënten te garanderen, omdat opnieuw is gebleken dat huisartsen in de zorg tekortschieten doordat zij óf te veel, óf te weinig doen. Daarmee lijkt een nieuwe stap te worden genomen om de huisarts-patiëntrelatie, die binnen de huisartsgeneeskunde altijd centraal stond, verder te ontmantelen. De vraag is of huisartsen dit erg vinden. Wat zeggen bijvoorbeeld de NHG-Standaarden hierover? Wordt hierin stilgestaan bij het belang van de arts-patiëntrelatie of bij communicatieve vaardigheden die deze relatie vorm moeten geven, zoals empathie en steun? Laten we kijken naar de NHG-Standaard Depressieve stoornis. De eerste herziening hiervan verscheen in oktober 2003 en telt 4 pagina's, aangevuld met 6 pagina's noten.¹ Het is een gedegen stuk dat de huisarts de gelegenheid geeft na te gaan wat er allemaal moet gebeuren. Opvallend is echter dat er nauwelijks wordt stilgestaan bij het belang van empathie in de behandeling, juist bij deze (tijdelijk) kwetsbare patiëntengroep. Slechts in een noot (nummer 17) wordt eenmalig van dit begrip melding gemaakt. Hoewel in de wandelgangen en in een sporadische bespreking van dit onderwerp in *Huisarts en Wetenschap*² huisartsen vertellen dat empathie het hart is van de huisartsgeneeskunde en 'dat de dokter het beste medicijn is',³ komt dit in ieder geval niet tot uiting in de NHG-Standaard. In dit artikel beschrijven we echter een onderzoek waarin het belang van 'de dokter als medicijn' wordt onderstreept.

Interventies om de zorg voor depressieve patiënten te verbeteren omvatten twee verschillende benaderingen. De eerste benadering is gericht op verbetering van de technische kanten van de zorg aan depressieve patiënten zoals deze benadrukt worden in de hui-

dige richtlijnen (bijvoorbeeld herkenning, accurate diagnostiek, behandeling met een antidepressivum). De tweede benadering gaat in op de arts-patiëntrelatie, in het bijzonder de communicatieve vaardigheden van de huisarts. Beide benaderingen zijn effectief gebleken om patiëntuitkomsten te verbeteren.⁴⁻⁷ Wij hebben onderzocht of deze effecten los van elkaar optreden of van elkaar afhankelijk zijn. Onze veronderstelling hierbij was dat de werkzaamheid van de technische kanten van de behandeling bij depressie afhankelijk is van de communicatieve vaardigheden van de huisarts die de interventie toepast.

Methode

Voor een uitgebreide beschrijving van de methode wordt verwezen naar het proefschrift van Van Os.⁸ Het onderzoek werd uitgevoerd in 10 praktijken waarin 18 huisartsen werkzaam waren. Zij vroegen opeenvolgende patiënten tussen 18 en 65 jaar die op hun spreekuur (indexconsult) kwamen een screeningslijst voor psychische stoornissen in te vullen: de 12-itemversie van de General Health Questionnaire (GHQ-12).⁹ Van de patiënten met een kleine kans op de aanwezigheid van een psychische stoornis (een score van 0 of 1 op de GHQ) werd 10% random geselecteerd, van patiënten met een gemiddelde score (score 2, 3 of 4) werd 35% geselecteerd en van de patiënten met een grote kans (een score van 5 of hoger) werd 100% geselecteerd.

Vervolgens interviewden wij de geselecteerde patiënten binnen twee weken met het Composite International Diagnostic Interview, primary health care version (CIDI-PHC).^{10,11} Dit diagnostisch interview geeft informatie over de aanwezigheid van een depressieve stoornis volgens ICD-10-criteria¹² en over het moment van ontstaan en het beloop ervan. De patiënten vulden ook de Symptom Check-List (SCL-90)¹³ en de Brief Disability Questionnaire (BDQ)¹¹ in, waarmee respectievelijk psychische klachten en beperkingen in het dagelijks functioneren in kaart worden gebracht.

Wij vroegen alle patiënten met een depressieve stoornis om mee te doen aan follow-upmetingen na drie en twaalf maanden. Bij de laatste follow-upmeting interviewden we de patiënten opnieuw met dezelfde instrumenten; bij de meting na drie maanden vulden zij alleen de twee vragenlijsten in. Na een volledige beschrijving van het onderzoek werd aan alle patiënten schriftelijke toestemming gevraagd.

Proces van zorg

De huisartsen, die niet op de hoogte werden gesteld van de resultaten van de metingen bij de patiënt, vulden na het indexconsult een formulier in. Hierop gaven zij aan of er volgens hen sprake was van psychische problemen (en zo ja, hoe ernstig deze waren en welke diagnose het meest van toepassing werd geacht) en welke behandeling zij hadden ingesteld (medicatie, advisering, verwijzing).

We spreken van 'herkenning' wanneer de huisarts patiënten die volgens de ICD-10-criteria een depressie hadden, classificeerde als personen met een psychisch probleem en van een 'accurate diagnose' indien de huisarts voor deze patiënten (mede) de dia-

Wat is bekend?

- ▶ Interventies om de zorg voor depressieve patiënten te verbeteren omvatten zowel het vergroten van de depressietechnische vaardigheden van de huisarts als van diens communicatieve vaardigheden.
- ▶ Beide benaderingen zijn effectief gebleken om patiëntuitkomsten van depressie te verbeteren.
- ▶ Het is onduidelijk of de effecten van deze benaderingen op patiëntuitkomsten los van elkaar optreden of van elkaar afhankelijk zijn.

Wat is nieuw?

- ▶ Goede communicatieve vaardigheden alleen leveren geen betere patiëntuitkomsten op.
- ▶ Depressieve patiënten zijn pas echt beter af als hun huisartsen goed met hen kunnen communiceren én hun depressie adequaat behandelen.

gnose depressie aangaf. Of er sprake was van 'adequate antidepressieve medicatie' was afhankelijk van de duur en dosis van het antidepressivum. Dit beoordeelden we op basis van de aangegeven behandeling bij het indexconsult en tijdens een interview met de huisarts bij de follow-upmeting na 12 maanden, waarbij we ook de medische aantekeningen over de follow-upperiode bekeken. De dosis beschouwden we als adequaat wanneer patiënten tussen de leeftijd van 18 en 60 jaar minimaal dagelijks een minimumdosering van 100 mg imipramine, amitriptyline, clomipramine, desipramine of maprotiline of 75 mg nortriptyline, 30 mg mianserine, 150 mg fluvoxamine, 20 mg paroxetine of fluoxetine kregen.¹⁴ De dosis bij patiënten boven de 60 jaar beoordeelden we als adequaat wanneer de dosis minimaal 50% was van de bovengenoemde doses. Voor een adequate duur van medicamenteuze behandeling hanteerden we een ondergrens van drie maanden.

Communicatieve vaardigheid

Belangrijke aspecten van de arts-patiëntrelatie zijn de communicatieve vaardigheden van de arts. Met name empathie en steun zijn vaardigheden die patiëntuitkomsten kunnen verbeteren.^{7,15-18} Patiënten beoordeelden deze vaardigheden door middel van een vragenlijst direct na het indexconsult. Empathie werd gemeten met 5 vragen: toonde uw huisarts interesse in u; liet uw huisarts u uw verhaal doen en luisterde hij aandachtig; stelde uw huisarts zinvolle vragen; toonde uw huisarts begrip voor uw situatie; had u de indruk dat uw huisarts uw gevoelens tijdens het consult precies begreep? De patiënt kon elke vraag op een 10-puntsschaal beantwoorden. De 5 vragen werden gecombineerd tot een gemiddelde score van 0 tot 10 (gemiddelde inter-itemcorrelatie 0,69; spreiding 0,59-0,83; alpha 0,91). Vier vragen gingen over ervaren steun: vroeg uw dokter over manieren waarop u met uw problemen omgaat; vroeg uw dokter of u momenten had waarop het beter ging met u; liet uw dokter zijn waardering blijken over hoe u probeerde met uw problemen om te gaan en liet uw dokter zijn waardering blijken over uw inzet om met uw problemen om te gaan? De patiënt kon

elke vraag op een 10-puntsschaal beantwoorden. De 4 vragen werden gecombineerd tot een gemiddelde score (inter-itemcorrelatie 0,54; spreiding 0,42-0,69; alpha 0,82). Er was een redelijke correlatie tussen de empathie- en steunscore ($r=0,45$). Daarom standaardiseerden en combineerden we de 2 scores tot een enkele score: de communicatieve-vaardigheidsscore van de huisarts. We beschouwden communicatieve vaardigheid als een eigenschap van de huisarts en niet van de individuele arts-patiëntinteractie; deze was dus voor elke huisarts gedefinieerd als de gemiddelde score van zijn of haar patiënten. Dit betekent, dat in tegenstelling tot de andere variabelen in het proces van zorg, de vaardigheidsscore een variabele is op huisartsniveau en niet op patiëntniveau. Om te onderzoeken in hoeverre de communicatieve vaardigheid het effect van het zorgproces bij depressie beïnvloedt, verdeelden we de huisartsen in twee gelijke groepen: een groep van vaardige en een groep van minder vaardige huisartsen, gebaseerd op de mediaan van de vaardigheidsscores.

Patiëntuitkomsten

Patiëntuitkomsten – ernst en duur van de depressieve episode – waren gebaseerd op metingen vlak na het indexconsult en op de follow-upmetingen na 3 en 12 maanden.

Bij *ernst* ging het om symptomen, beperkingen en het aantal ziekte-dagen. Om de symptomen vast te stellen gebruikten we 51 items van de subschalen depressie, angst, slaapproblemen en lichamelijke klachten van de SCL-90. We gingen uit van de gemiddelde itemscore. Beperkingen als gevolg van de depressie brachten we in kaart met de BDQ, die informatie geeft over het dagelijks functioneren, dagelijkse verantwoordelijkheden, motivatie voor werkzaamheden, persoonlijke efficiëntie en de mate van ontregeling van relaties. Ook het aantal dagen ziekteverzuim in de afgelopen maand werd vastgelegd. Er was een aanzienlijke correlatie tussen bovengenoemde maten voor symptomen, beperkingen en ziekteverzuim. Om het risico van toevallige bevindingen te reduceren combineerden we deze scores tot een somscore voor ernst. We berekenden somscores van gestandaardiseerde veranderingsscores voor de follow-upperiodes van 3 en 12 maanden, zodat we uiteindelijk veranderingsscores van de ernst van de depressie over 3 en 12 maanden overhielden.

Voor de *duur* van de depressie gingen we uit van het tijdstip waarop volgens de patiënt in het interview na 12 maanden follow-up, remissie optrad. We definieerden remissie als het niet meer voldoen aan de criteria van een ICD-10-depressie.¹⁹

Statistische analyse

We onderzochten de associatie tussen aspecten van het proces van zorg door de huisarts en patiëntuitkomsten met lineaire regressie-analyse voor 'verandering in ernst' en met Cox-regressieanalyse voor 'episodeduur'. Alle patiënten bij wie bij het indexconsult een depressie volgens ICD-10-normen werd vastgesteld, namen we in de analyses mee. We controleerden voor de patiëntkenmerken geslacht, leeftijd en opleiding en de ziektekenmerken aantal depressieve symptomen tijdens het indexconsult, duur van de

depressieve episode voor het indexconsult en comorbide angst. In dit artikel beschrijven we de hoofdeffecten en interactie van het proces van zorg en de communicatieve vaardigheden van de huisarts op de patiëntuitkomsten. Voor 'verandering in ernst', onderzochten we hoofd- en interactie-effecten eerst op de samengestelde uitkomstvariabele en later bij een significant effect exploreerden we verder op de afzonderlijke componenten symptomatologie, beperkingen en ziekteverzuim.

We drukken de effecten uit in een zogenaamde *effect size*: het gemiddelde verschil in patiënt-uitkomst tussen patiënten die de zorgprocesinterventie krijgen en degenen die deze niet krijgen, gedeeld door de standaarddeviatie van de uitkomsten binnen de twee groepen. Het interactie-effect tussen het zorgproces en communicatieve vaardigheid wordt uitgedrukt als het verschil in effect size van de zorgprocesvariabele tussen vaardige en minder vaardige huisartsen.

Effect sizes (en verschillen hiertussen)



kleiner dan 0,20 beschouwen we als verwaarloosbaar, tussen 0,20 en 0,50 als klein, van 0,50 tot 0,80 als matig en boven de 0,80 als groot.²⁰ Het is belangrijk om een kantekening

te plaatsen bij de interpretatie van de in dit onderzoek berekende effecten. Een negatief effect betekent in dit onderzoek niet noodzakelijk dat patiënten door de interventie verslechteren. Het betekent alleen dat patiënten die de interventie krijgen, het minder goed doen dan patiënten die de interventie niet krijgen.

Resultaten

Patiënten

We stelden bij 348 patiënten de diagnose depressie volgens ICD-10-criteria met de screening en het daaropvolgende diagnostische interview. Bij meting na 3 maanden deden 86 van deze patiënten niet mee, van 39 ontbraken er gegevens bij de uitkomstmaten en 8 bij de controlevariabelen; hierdoor hielden we 215 patiënten (62%) over voor de analyses. Aan de meting na 12 maanden deden 63 patiënten niet mee, van 70 ontbraken er gegevens op de uitkomstmaten en 8 op de controlevariabelen. Hiermee resteerden er 207 patiënten (59%) voor de analyses. We maten de episodeduur bij 257 patiënten (74%). Tweënvijftig patiënten (15%) participeerden in geen enkele follow-upmeting.

In tabel 1 worden de controlevariabelen vergeleken van deze 52 patiënten (*drop-outs*) met de onderzoeksgroep. We vonden geen significante verschillen.

Effecten op de ernst van de depressie

Tabel 2 laat de hoofdeffecten zien van de variabelen van het zorgproces op 'verandering in ernst' over de follow-upperiode na 3 en 12 maanden, na controle voor potentiële confounders.

Na 3 maanden vonden we alleen een negatief effect van sedativagebruik op patiëntuitkomsten, maar dit effect is klein. De effecten na 12 maanden, gevonden voor herkenning, accurate diagnose en sedativagebruik, zijn groter dan die na 3 maanden, maar blijven over het algemeen klein. Alleen sedativagebruik bleek een matig groot effect te hebben: patiënten die sedativa gebruikten, hadden minder gunstige uitkomsten.

Wanneer we deze bevindingen gedetailleerder bekijken, dan zien we het negatieve effect van sedativabehandeling op de uitkomsten na 3 maanden alleen voor verandering in symptomen (ES (effect size) $-0,44$; 95%-BI $-0,87 - -0,01$), maar niet voor verandering in beperkingen of verandering in aantal ziekte dagen. Na 12 maanden is er sprake van een effect van herkenning op symptomen (ES $0,43$; 95%-BI $0,09-0,76$) en beperkingen (ES $0,37$; 95%-BI $0,04-0,69$) maar niet op ziekteverzuim. Sedativabehandeling heeft na 12 maanden wel een effect op symptomen (ES $-0,51$; 95%-BI $-1,00 - -0,01$) en ziekteverzuim (ES $-0,53$; 95%-BI $-1,02 - -0,04$) maar niet op beperkingen en het effect van accurate diagnose is alleen zichtbaar op de symptomen (ES $0,34$; 95%-BI $0,04-0,64$).

Effectiviteit van adequate antidepressieve behandeling groter bij communicatieve huisarts

Tabel 3 laat de interactie zien tussen interventies bij depressie en de communicatieve vaardigheid van de huisarts. Bij de follow-up na 3 maanden vonden we dat accurate diagnose en adequate behandeling met een antidepressivum geassocieerd waren met betere patiëntuitkomsten, maar alleen indien toegepast door een communicatief vaardige huisarts (accurate diagnose: ES $0,46$; 95%-BI $0,09-0,83$; adequate antidepressieve behandeling: ES $0,44$; 95%-BI $0,01-0,86$). In de handen van minder vaardige huisartsen lieten deze interventies geen significante effecten zien. Verder behaalden communicatief vaardige huisartsen met hun antidepressieve behandeling betere uitkomsten (ES $0,36$; 95%-BI $-0,04 - -0,76$) dan hun minder vaardige collega's (ES $-0,46$; 95%-BI $-0,99-0,07$).

De gevonden interacties tussen interventies en de communicatieve vaardigheid van de huisarts kunnen ook op een andere manier worden bekeken. Uit tabel 2 kunnen we aflezen dat communicatieve vaardigheid geen hoofdeffect heeft op patiëntuitkomsten. Uit

Tabel 1 Studiegroepkenmerken en vergelijking met drop-outs

	Onderzoeksgroep (n=296)	Drop-outs (n=52)	P
Vrouwen	70%	67%	0,47
Leeftijd, gem. in jaren (SD)	39,3 (11,2)	40,5 (12,3)	0,10
Aantal jaren opleiding (SD)	12,2 (6,4)	10,7 (4,0)	0,29
Aantal depressiesymptomen (SD)	10,5 (4,2)	9,8 (4,2)	0,45
Duur >12 maanden voor indexconsult	46%	52%	0,75
Comorbide angst	36%	38%	

Tabel 2 Hoofdeffecten van het proces van zorg op patiëntveranderingen in ernst na follow-upperiodes van 3 en 12 maanden; effect size en 95%-BI, gecontroleerd voor confounding*

Proces van zorg	n	Effect size na 3 maanden	95%-BI	Effect size na 12 maanden	95%-BI
Herkenning		0,21	-0,11-0,52	0,45	0,13-0,76
- nee	51				
- ja	164				
Accurate diagnose		0,18	-0,09-0,45	0,32	0,05-0,60
- nee	111				
- ja	104				
Antidepressivum		0,06	-0,26-0,37	0,18	-0,15-0,50
- nee	165				
- ja	50				
Sedativum		-0,42	-0,84-0,00	-0,58	-1,05-0,11
- nee	191				
- ja	24				
Counselen		0,17	-0,10-0,44	0,23	-0,05-0,50
- nee	114				
- ja	101				
Adequate antidepressieve behandeling		0,18	-0,17-0,53	0,26	-0,10-0,62
- nee	169				
- ja	38				
Communicatieve vaardigheid		0,21	-0,05-0,48	-0,05	-0,32-0,22
- nee	102				
- ja	114				

* Gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, opleiding, aantal depressiesymptomen bij indexconsult, duur van episode vóór indexconsult en comorbide angst.

tabel 3 blijkt dat de communicatieve vaardigheid van de huisarts na 3 maanden wel een positief effect heeft, maar alleen voor patiënten die ofwel accuraat gediagnosticeerd zijn (ES 0,51; 95%-BI 0,12-0,90), of een antidepressivum voorgeschreven kregen (ES 0,91; 95%-BI 0,32-1,50) dan wel een adequate antidepressieve behandeling kregen (ES 1,13; 95%-BI 0,35-1,91). Voor de patiënten die deze interventies niet ontvingen, maakte het niet uit of zij een vaardige of minder vaardige huisarts hadden. Dit suggereert dat het niet de vaardigheid van de huisarts op zichzelf is die resulteert in betere patiëntuitkomsten, maar de combinatie van goede vaardigheden en een adequate interventie bij depressie.

We vonden voor herkenning, sedatieve behandeling of counselen geen interactie met de communicatieve vaardigheid.

We constateerden de hierboven beschreven interactie-effecten na 3 maanden tussen de vaardigheid van de huisarts en antidepressieve behandeling op beperkingen (ES 0,84; 95%-BI 0,15-1,53) en op aantal ziektedagen (ES 0,81; 95%-BI 0,10-1,52). Deze interactie-effecten zagen we ook tussen de vaardigheid van de huisarts en adequate antidepressieve behandeling op beperkingen (ES 1,22; 95%-BI: 0,35-2,09) en op aantal ziektedagen (ES 0,95; 95%-BI 0,07-1,83), terwijl er alleen een interactie met accurate diagnose was op beperkingen (ES 0,77; 95%-BI 0,21-1,34). We vonden geen interacties op de uitkomstmaat symptomen.

Ook na 12 maanden vonden we interacties van vaardigheden met een antidepressieve behandeling en adequate antidepressieve behandeling. Het voorschrijven van een antidepressivum was geassocieerd met betere uitkomsten indien toegepast door communicatief vaardige huisartsen (ES 0,48; 95%-BI 0,07-0,89) en eenzelfde interactie was er met adequate antidepressieve behandeling (ES 0,64; 95%-BI 0,21-1,07). We zagen een negatief effect indien minder vaardige huisartsen een antidepressivum voorschreven (ES -0,47; 95%-BI -1,04-0,09) of een adequate antidepressieve behandeling toepasten (ES -0,84; 95%-BI -1,57 - -0,12). Of de patiënt nu werd behandeld door een communicatief vaardige of niet-vaardige huisarts had ook na 12 maanden geen onafhankelijk effect op de patiëntuitkomsten (tabel 2). Alleen wanneer de vaardigheden werden gecombineerd met adequate antidepressieve behandeling gaf dat betere resultaten bij de vaardige huisartsen dan bij de minder vaardige huisartsen. Binnen de groep patiënten die een antidepressieve behandeling kregen, had de vaardigheid van de huisarts een effect size van 0,63 (95%-BI 0,00-1,26) op patiëntuitkomsten na 12 maanden en binnen de groep die adequaat werd behandeld met een antidepressivum was de effect size 1,10 (95%-BI 0,31-1,89). We vonden geen effect van de vaardigheid van de huisarts bij patiënten zonder (adequate) behandeling met een antidepressivum. Opnieuw sugge-

Tabel 3 Interactie tussen interventies bij depressie en communicatieve vaardigheid van de huisarts; verschil in effect size van behandeling door communicatief vaardige huisartsen (met n=114 patiënten) en minder vaardige huisartsen (met n=102 patiënten) en 95%-BI, gecontroleerd voor confounding*

Proces van zorg	Verskil in effect size na 3 maanden	95%-BI	Verskil in effect size na 12 maanden	95%-BI
Herkenning	-0,03	-0,67-0,60	0,02	-0,60-0,65
Accurate diagnose	0,60	0,06-1,14	0,09	-0,46-0,64
Antidepressivum	0,82	0,15-1,49	0,95	0,25-1,65
Sedativum	-0,09	-0,94-0,76	-0,48	-1,44-0,47
Counselen	-0,12	-0,66-0,42	-0,19	0,74-0,37
Adequate antidepressieve behandeling	1,02	0,19-1,86	1,48	0,64-2,32

* Gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, opleiding, aantal depressiesymptomen bij het indexconsult, duur van episode vóór het indexconsult en comorbide angst.

reert dit dat het niet de vaardigheid op zichzelf is die tot verbetering leidt, maar de combinatie van goede vaardigheden en adequate antidepressieve behandeling.

We constateerden geen interacties met vaardigheden na 12 maanden voor herkenning, voorschrijven van een sedativum of counselen.

Na 12 maanden was er alleen een interactie-effect van vaardigheden met antidepressieve behandeling op ziekteverzuim (ES 1,04; 95%-BI 0,28-1,80); bij adequate behandeling met een antidepressivum waren er interacties op ziekteverzuim (ES 1,44; 95%-BI 0,53-2,35) en op beperkingen (ES 1,19; 95%-BI 0,29-2,09). Voor de uitkomstmaat symptomen vonden we opnieuw geen interactie-effecten.

Effecten op de duur van de depressie

We vonden wat betreft de episodeduur van depressie een marginaal significante interactie tussen communicatieve vaardigheid en accurate diagnose ($\chi^2=3,26$; $df=1$; $p=0,07$). Voor patiënten van vaardige huisartsen was een accurate diagnose geassocieerd met een kortere episodeduur (hazard ratio (HR) 0,72; 95%-BI 0,47-1,11), terwijl deze associatie niet bestond voor patiënten van minder vaardige huisartsen. Evenzo maakte het voor accuraat gediagnosticeerde patiënten uit of hun huisarts communicatief vaardig was (HR 0,57; 95%-BI 0,36-0,91), terwijl dit voor niet accuraat gediagnosticeerde patiënten geen verschil maakte.

Onafhankelijk van willekeurig welke zorgprocesvariabele was de huisartsvaardigheid geassocieerd met een reductie van de episodeduur (HR 0,76; 95%-BI 0,56-1,04). Afgezien van accurate diagnose was er geen andere zorgprocesvariabele geassocieerd met episodeduur; en de communicatieve vaardigheid van de huisarts speelde hierbij geen rol.

Discussie

We onderzochten de associatie tussen proces van zorg voor depressie en patiëntuitkomsten na 3 maanden en 12 maanden in een naturalistische onderzoeksofzet. Het ging ons daarbij zowel om de hoofdeffecten als om de interacties met de communicatieve vaardigheid van de huisarts. De belangrijkste bevinding is dat de werkzaamheid van een behandeling bij depressie door de huisarts afhankelijk is van diens communicatieve vaardigheid. Wanneer huisartsen bij hun depressieve patiënten een accurate diagnose stelden en hen adequaat behandelden, leidde dit alleen tot een beter resultaat als zij goed met hun patiënten konden communiceren. Een antidepressieve behandeling door een communicatief minder vaardige huisarts had minder succes. Ook was bij

een accurate diagnose de depressieve episode korter bij een communicatief vaardige huisarts dan bij een minder vaardige collega. Goede communicatieve vaardigheden van de huisarts alleen leverden geen betere patiëntuitkomsten op. Depressieve patiënten waren pas echt beter af als hun huisartsen goed met hen konden communiceren én hun depressie adequaat konden behandelen.

Een goede arts-patiëntcommunicatie heeft effect op de psychische gezondheid van de patiënt, op de functionele en fysiologische status en op pijncontrole.¹⁶ Toch wordt het belang hiervan vaak verwaarloosd, hoewel in psychotherapie-effectonderzoek de therapeut-patiëntrelatie 30% van de effecten blijkt te verklaren.²¹ Bij de behandeling van depressieve patiënten zijn een goede arts-patiëntrelatie en goede communicatieve vaardigheden van groot belang om gevoelens van demoralisatie en isolatie te verminderen, hoop te induceren en de therapietrouw te vergroten. De therapietrouw is bij depressieve patiënten slecht.²² Het is goed mogelijk dat goede communicatieve vaardigheden van de huisarts vooral de effectiviteit van adequate interventies bij depressie vergroten doordat zij de therapietrouw stimuleren. Met dit onderzoek kunnen wij deze veronderstelling echter niet toetsen.

Ons onderzoek suggereert verder dat door de technische aspecten van de zorg (wat er wordt gedaan) de symptomen verbeteren – overeenkomstig de huidige richtlijnen – maar dat de communicatieve vaardigheden (hoe het wordt gedaan) noodzakelijk zijn om ook het gedrag van de patiënt en de consequenties van de depressie voor zijn leven, zoals beperkingen en ziekteverzuim, te verbeteren. Een dergelijk effect wordt ook gerapporteerd voor de behandeling van paniekstoornissen, waar medicatie de symptomen aanpakt terwijl vaardigheden – in de vorm van psychotherapie – nodig zijn om het vermijdingsgedrag te doorbreken.²³ Behandelrichtlijnen zouden niet alleen de technische vaardigheden moeten bespreken, maar ook de vaardigheden die noodzakelijk zijn om de werkzaamheid van de interventies te vergroten.

Beperkingen

Hoewel een negatieve effect size niet noodzakelijkerwijs betekent dat patiënten die de behandeling krijgen verslechteren, is het toch opvallend dat sommige interventies bij depressie geassocieerd zijn met slechtere patiëntuitkomsten. Betekent dit dat de interventies herstel belemmeren? Nee, dat betekent het niet. Ons onderzoek had een observationele opzet en bij dergelijke onderzoeken zijn patiënten die een interventie krijgen niet noodzakelijk

vergelijkbaar met de patiënten die een dergelijke interventie niet krijgen. Sedatieve behandeling bijvoorbeeld kan geassocieerd zijn met slechtere uitkomsten doordat huisartsen een sedativum voorschrijven aan patiënten bij wie zij een slecht beloop waarnemen of verwachten. In zo'n geval kunnen de slechtere patiëntuitkomsten het gevolg zijn van selectie, bijvoorbeeld van de meer ernstige patiënt, in plaats van een belemmering van herstel. Inderdaad blijkt dat in ons onderzoek patiënten met een sedatieve behandeling meer symptomen hadden bij het indexconsult (gemiddelde item-SCL-score 2,69; SD 0,71 versus 2,39; SD 0,71; $p < 0,03$ voor patiënten zonder sedativum). Dit illustreert dat associaties tussen proces van zorg en patiëntuitkomsten in observationele onderzoeken geen conclusies toelaten over causale relaties. Hetzelfde geldt voor de behandeling met een antidepressivum. Deze kan gegeven zijn aan de meer ernstige depressieve patiënten met een slechtere prognose. Inderdaad blijken in ons onderzoek patiënten met een antidepressieve behandeling bij het indexconsult meer symptomen te hebben dan patiënten zonder antidepressieve behandeling (gemiddelde item-SCL-score 2,66; SD 0,76 versus 2,36; SD 0,69; $p < 0,01$ voor patiënten zonder antidepressivum). Als de interventie onwerkzaam zou zijn, zou zelfs een negatieve associatie te verwachten zijn tussen de interventie en patiëntuitkomsten. Echter, deze negatieve associatie vonden we alleen voor de minder vaardige huisartsen en niet voor de vaardige huisartsen. Men kan daarom speculeren dat communicatief vaardige huisartsen erin geslaagd zijn de slechte prognose te ondervangen door een antidepressivum te geven, terwijl de minder vaardige huisartsen hierin niet slaagden.

Conclusie

De belangrijkste bevinding van dit onderzoek is dat noch adequate interventies bij depressie noch communicatieve vaardigheden op zich voldoende zijn voor een effectieve behandeling; alleen de combinatie van beide aspecten blijkt effectief. Deze bevinding wordt ondersteund in een parallel onderzoek,²⁴ waarin duidelijk werd dat het effect van een huisartstraining op patiëntuitkomsten niet zozeer voortkwam uit het toegenomen aantal patiënten dat de betrokken huisartsen volgens de richtlijnen behandelde en ook niet doordat zij hun communicatie met patiënten verbeterden, maar door een combinatie van deze twee aspecten. Beide onderzoeken laten zien dat het belangrijk is om de rol van de communicatieve vaardigheden expliciet in de richtlijnen te vermelden. Ook suggereren onze resultaten dat de nieuwe plannen om regionale depressieteams op te starten, bedoeld om met name de zorg aan depressieve patiënten te verbeteren, wel eens minder effectief zouden kunnen blijken dan gehoopt, doordat de positieve uitwerking van specifieke aspecten van de zorg inclusief de huisarts-patiëntrelatie hiermee verloren gaat.

Literatuur

1 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie); eerste herziening. Huisarts Wet 2003;46:614-23.

- 2 Van den Hoofdakker RH. Empathie. Huisarts Wet 2002;45:176-80.
- 3 Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press, 1957.
- 4 Rutz W, Von Knorring L, Walinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. Acta Psychiatr Scand 1990;82:399-403.
- 5 Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, et al. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. Arch Gen Psychiatry 1996;53:913-9.
- 6 Katon W, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Arch Gen Psychiatry 1996;53:924-32.
- 7 Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker R, Cole KA, Roca RP. Improving physicians interviewing skills and reducing patients emotional distress. Arch Intern Med 1995;155:1877-84.
- 8 Van Os TWDP. Pandora's box. How to improve treatment and outcomes of depression in primary care? [Proefschrift]. Rijks Universiteit Groningen, 2003.
- 9 Goldberg DP, Williams P. The Users to the General Health Questionnaire. Slough, England, National Foundation for Educational Research/Nelson, 1988.
- 10 World Health Organization: Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 1.0. Genève: WHO, 1990.
- 11 Von Korff M, Üstun TB. Methods of the WHO collaborative project on psychological problems in general health care. In: Üstun TB, Sartorius N, editors. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: Wiley, 1995:19-38.
- 12 World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical description and diagnostic guidelines. Genève: WHO, 1992.
- 13 Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci 1974;19:1-15.
- 14 Van der Kuy A. Farmacotherapeutisch kompas, Amstelveen: College van Zorgverzekeringen, 1995.
- 15 Haezen-Klemens I, Lapinka E. Doctor-patient interaction, patients' health behaviour and effects of treatment. Soc Sci Med 1984;19:9-18.
- 16 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc 1995;152:1423-33.
- 17 Ablon ST, Jones EE. Psychotherapy process in the NIMH Collaborative Study of Depression Research Program. J Cons and Clin Psychol 1999;67:64-75.
- 18 Norcross JC. Empirically supported therapy relationships. In: Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press, 2002.
- 19 Tiemens B, Ormel J, Jenner JA, Van der Meer K, Van Os TWDP, Van den Brink RHS. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? Psych Med 1999;29:833-45.
- 20 Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. Med Care 1989;27:S178-89.
- 21 Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press, 2002.
- 22 DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Int Med 2000;160:2101-7.
- 23 Mattick RP, Andrews G, Hadzi-Pavlovic D, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. J Nerv Mental Disease 1990;178:567-76.
- 24 Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Tiemens BG, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Are effects of depression management training for general practitioners on patient outcomes mediated by improvements in the process of care? J Affect Dis 2004;80:173-9.