

## LESA Overspanning

Huis- en bedrijfsartsen horen volgens de in januari verschenen LESA Overspanning een actieve rol te spelen bij de behandeling van overspanning.<sup>1</sup> De arts heeft tot taak de belastende situatie, de klachten en het probleemoplossend vermogen van de patiënt in te schatten. Dat is prima. De richtlijn gaat echter niet in op de mate waarin de patiënt werkelijk lichamelijk of mentaal gespannen is. Dat is jammer, omdat een arts zich een indruk kan vormen van de somatische dimensie van overspanning. Hij kan dat doen door te letten op onrust in bijvoorbeeld het bewegingsapparaat, de ademhaling of de aandacht en door te vragen naar het slapen.<sup>2</sup> Grofweg zijn er dan drie mogelijkheden.

Als de gespannenheid voornamelijk het gevolg is van een belastende situatie, dan zal de probleemoplossende strategie de gespannenheid verminderen en ziet de patiënt er rustiger uit.

Als iemands gespannenheid zo groot is dat het probleemoplossing tegenwerkt, dan zijn ontspanningsstrategieën zinvol. Indien de ontspanning slaagt, komt de probleemoplossing beter op gang.<sup>3</sup>

Als de gespannenheid in de loop der tijd is opgebouwd door onvoldoende herstel van eerdere moeilijkheden, dan zal het misschien wel lukken om actuele problemen beter te hanteren, maar verminderen de klachten noch de gespannenheid in voldoende mate.<sup>3</sup> Naast het uitsluiten van een somatische oorzaak is het afbouwen van de chronisch gespannen toestand en herstel van de zelfregulatie van spanning dan essentieel.

Ontspanningstherapie biedt volgens mij een extra ingang voor de begeleiding die in de huidige LESA niet aan bod komt. Ik begrijp overigens dat de richtlijn al een hele verbetering is en misschien dat mijn aanvulling te veel gevraagd is.

J. van Dixhoorn

1 Romeijnders ACM, Vriezen JA, Van der Klink JIL, Hulshof CTJ, Terluin B, Flikweert S, et al. *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*. Huisarts Wet 2005;48:20-3.

2 Houtveen J, Van Doornen LJP. Een nieuwe rol voor stressfysiologie bij functionele lichamelijke klachten. *GEDRAG & GEZONDHEID* 2002;30:339-48.

3 Van Dixhoorn JJ. *Relaxatie en ademtherapie in de behandeling van stress- en werkgerelateerde klachten*. In: Winnubst IAM, redactie. *Stress, ziekteverzuim en reïntegratie*. Zaltbommel: Thema, 2004.

## Antwoord

De ingezonden brief van Van Dixhoorn vormt een interessante aanvulling op de LESA Overspanning. De LESA noemt ontspanning weliswaar als aandachtspunt voor de begeleiding in de crisisfase, maar geeft ontspanningstherapie geen expliciete rol in de behandelmethod. Een en ander is toegelicht in het artikel 'Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning'.<sup>1</sup> De werkgroep gaat bij de behandeling uit van de huidige 'best practice' met aspecten van cognitieve behandeltherapie, copingtechnieken en een stapsgewijze activerende benadering. Deze (geteste) methode is samengesteld op basis van de beschikbare wetenschappelijke onderbouwing, praktijkervaring en inzichten uit de gedragswetenschappelijke hoek. Zo bleek bijvoorbeeld in een kwantitatieve meta-analyse over 48 onderzoeken dat cognitief-gedragsmatige interventies ongeveer tweemaal zo effectief waren als relaxatietherapie.<sup>2</sup> Het gaat hier weliswaar om onderzoek in een preventieve context maar het effect bleek sterker naarmate de klachten ernstiger waren. Op basis van de onderbouwing van de behandelmethod in de LESA mag echter niet worden gesteld dat relaxatietherapie in bepaalde situaties onvoldoende werkzaam is zoals bij een patiënt met persisterende ernstige gespannenheid.

In de regionale bespreking van de LESA en bij het maken van werkafspraken over overspanning kan eventueel een plaats voor relaxatietherapie naar regionale voorkeur en mogelijkheden worden uitgewerkt.

A.C.M. Romeijnders, B.J. Terluin, C.T.J. Hulshof, J.J.L. van der Klink, S. Flikweert, J.A. Vriezen

1 Romeijnders ACM, Terluin B. *Achtergronden bij*

*de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning*. Zie <http://nhg.artsennet.nl>.

2 Van der Klink JIL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. *The benefits of interventions for work-related stress*. *Am J Public Health* 2001;9: 270-6.

## De dokter als medicijn (1)

Titus van Os et al. beschrijven een exploratief project naar het verband tussen 'communicatieve vaardigheden van de huisarts bij depressie' en de prognose.<sup>1</sup> De auteurs vinden dat hun bevindingen laten zien dat de herziene NHG-Standard Depressie onvoldoende rept over het belang van communicatieve vaardigheden bij de begeleiding van depressieve mensen.

Waarop baseren ze hun aanbeveling? Hun onderzoekscohort bestond uit mensen die in een interview depressief bleken. De mate waarin patiënt en huisarts samen tot het oordeel 'depressie' waren gekomen, wordt niet vermeld. Waarschijnlijk bestond er meestal geen behandelcontract. Toch achten de auteurs, onder wie een hoogleraar huisartsgeneeskunde, de huisarts blijkbaar (mede)verantwoordelijk.

Om 'communicatieve vaardigheden van de huisarts bij het behandelen van meestal-dus-niet-aangekaarte depressie' te meten, vulde de 'patiënt' bij het indexconsult wat vragen in over ervaren empathie (4) en steun van de huisarts (5) bij het omgaan met problemen. Deze negen vragen werden later voor deze analyse samengevoegd. Over de validiteit en betrouwbaarheid melden de auteurs niets. De laatste twee vragen waren: '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?' Het verschil tussen beide vragen zie ik niet en het is ook niet duidelijk of de huisarts wist dat er problemen waren. Communicatieve vaardigheden zijn bij uitstek procesvaardigheden. Waarom maar een enkele keer meten? Ik begrijp dat de vragenlijstscores worden geïnterpreteerd als huisartskenmerken.

'De persoon van de dokter bepaalt het effect van de interventie,' stelt Van Os. Zijn er persoonkenmerken van dokters gemeten dan?

In dit naar mijn idee dus op discutabele uitgangspunten gebaseerde en niet-gecontroleerde project vinden de auteurs in tweede instantie belangwekkende verbanden. De analyses zijn verder weinig transparant door het gebruik van de buiten de psychiatrie nauwelijks gebruikte *effect sizes*. De bevindingen staan dus wat mij betreft nog lang geen extrapolatie toe naar richtlijnen. De toon is in het oorspronkelijke Engelstalige stuk overigens een stuk zakelijker.<sup>2</sup> Betere communicatieve vaardigheden zijn overigens nooit weg. Ik teken ervoor. Of dat nou in een richtlijn hoort, is ook nog een discussiepunt.

Harm van Marwijk

1 Van Os TWDP, Van de Brink RHS, Van der Meer K, Ormel J. *Behandeling van depressie in de huisartspraktijk*. Huisarts Wet 2005;48:95-101.

2 Van Os TW, Van den Brink RH, 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.

## Antwoord

Harm van Marwijk, de eerste auteur van de depressie richtlijn, geeft duidelijk aan hoe belangrijk hij communicatieve vaardigheden vindt in het proces van zorg. Toch maakt hij naar aanleiding van ons artikel enkele kanttekeningen.

Zo mist hij de beschrijving van de mate waarin patiënt en huisarts samen tot het oordeel depressie waren gekomen. Hij stelt dat er waarschijnlijk meestal geen behandelcontract aanwezig was en suggereert dat bij afwezigheid daarvan de huisarts dan ook niet verantwoordelijk zou zijn om volgens de richtlijnen te werken. Wij gaan ervan uit dat je met zo'n behandelcontract al een eind op weg bent in het proces van zorg en dat de richtlijn aangeeft hoe je zover komt. In ons onderzoek blijkt namelijk dat patiënt en huisarts heel vaak niet tot zo'n contract komen omdat bijvoorbeeld de patiënt de

depressie niet wil zien of dat de huisarts bij de diagnose depressie bang is om de doos van Pandora open te trekken.<sup>1</sup>

Verder vraagt Van Marwijk zich af hoe het met de validiteit en betrouwbaarheid staat van de maat van communicatieve vaardigheden. In het artikel wordt de alpha-coëfficiënt en inter-itemcorrelatie beschreven: aspecten van de betrouwbaarheid. Overigens heeft Van Marwijk gelijk dat de twee vragen erg veel op elkaar lijken. Het gaat om verwante aspecten, de inzet om met de problemen om te gaan enerzijds, en de manier waarop iemand zich inzet anderzijds. Van Marwijk stelt terecht dat communicatieve vaardigheden bij uitstek procesvaardigheden zijn en vraagt waarom we niet vaker gemeten hebben. We hebben de vaardigheden als voorspeller voor het beloop gebruikt en niet gekeken of deze veranderbaar waren. De maat van de communicatieve vaardigheden was de gemiddelde waardering van de patiënten van hun arts. Een dergelijke maat wordt toenemend gebruikt om de kwaliteit van zorg vast te stellen. Misschien is de communicatieve vaardigheid niet direct een persoonsgegeven van de huisarts maar wel een belangrijke indicatie van de zorg door de huisarts. Wij hebben laten zien dat deze vaardigheid van de huisarts samenhangt met het beloop van de depressie.

Tot slot merkt Van Marwijk op dat *effect sizes* buiten de psychiatrie nauwelijks gebruikt worden. Dit is echter onjuist. Het handboek van de Cochrane-review voor het maken van systematische reviews beveelt juist deze maat aan om resultaten van verschillende effectstudies onderling te kunnen vergelijken. Dit is de kern van de evidence-based benadering voor de gehele geneeskunde en zeker niet alleen voor de psychiatrie.

Titus van Os

1 Van Os TWDP. *Pandora's box. How to improve treatment and outcomes of depression in primary care* [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2003.

## De dokter als medicijn (2)

Van Os et al. spreken in hun artikel over de behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk over de oprichting door het Trimbos-instituut van een tiental regionale 'depressieteams' (H&W 2005;48:95-101). Kennelijk wordt hiermee bedoeld op het Doorbraakproject Depressie dat onder de hoede van het Trimbos-instituut in het najaar van 2004 is gestart. De auteurs geven echter een foute voorstelling van zaken door te suggereren dat deze teams de relatie tussen patiënt en huisarts uithollen. Als leden van het landelijk expertteam van het Doorbraakproject Depressie vinden we het belangrijk dit beeld te corrigeren.

In het Doorbraakproject Depressie werken tijdelijk samengestelde transmurale teams van huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, (eerstelings)psychologen, psychotherapeuten en psychiaters aan verbetering van de zorg. Het doel van deze teams is: de huisarts te ondersteunen in de begeleiding van de patiënt zonder dat hij uit noodnood of uit verleghenheid moet grijpen naar het recept als dat nog niet nodig is. In het project kan de huisarts de begeleiding zelf op zich nemen (als hij dit wil en kan), de patiënt snel verwijzen of een interventie door de verpleegkundige of psycholoog laten uitvoeren. Zowel de opdrachtgever (het College voor Zorgverzekeringen) als de ontwerpers van dit project, medewerkers van het Trimbos-instituut en landelijke experts, kozen nadrukkelijk voor deze transmurale samenstelling. Dit omdat men zich realiseerde dat de depressiezorg geen solistische aangelegenheid (meer) is, maar een proces waarin meerdere disciplines een toegevoegde waarde hebben. Als bijwerking mogen zaken als toename van de kennis over en begrip voor elkaars omstandigheden, onderlinge deskundigheidsbevordering en toetsing niet worden vergeten.

Kennelijk zijn Van Os en collega's ervan overtuigd dat de kern van huisartsgeneeskundig handelen ligt in de mate van empathie in het contact tussen huisarts en patiënt. Naar onze mening is empa-