

'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.² 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.¹

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, (eerstelijns)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-