

Depressie blijft een probleem

Dat huisartsen depressie niet voldoende zouden herkennen is herhaaldelijk beweerd in de literatuur. Uit een meta-analyse van diagnostische onderzoeken (met in totaal 50371 patiënten en een prevalentie van 17,3%) in de Lancet blijkt dat waar te zijn. We missen de helft en, wat misschien nog erger is, we overdiagnosticeren depressie nog vaker. De kans dat iemand een depressie volgens de DSM-IV of ICD heeft als de huisarts een depressie vaststelt, is iets kleiner dan 50%.

Doen we het zo slecht? Het antwoord lijkt 'ja' te zijn, maar gelukkig zijn er verzachtende omstandigheden. We doen het beter naarmate de depressie ernstiger is en we doen het beter als de onderzoekers

de huisarts wat meer tijd gunnen. Bovendien blijft het de vraag of de patiënt er nu zoveel slechter van wordt. Veel depressies gaan immers vanzelf over en bovendien blijken patiënten behandeling van hun depressie ook niet altijd te wensen. Ten slotte ontwikkelen een aantal van de ten onrechte gediagnosticeerde patiënten in de loop der tijd alsnog een depressie en is er vaak sprake van andere psychiatrische problematiek.

Al met al blijven het echter moeilijk te verteren uitkomsten. Vooral die overdiagnostiek. Ik heb daarom een simpel advies. Als u de diagnose depressie stelt, begin dan niet direct te behandelen, maar maak een vervolgspraak en doe de dia-

gnostiek nog eens over. Op pure klinisch-epidemiologische gronden vermindert u dan het aantal fout-positieve diagnoses tot zo'n 25% en daar komt het natuurlijk beloop nog bij. Laten we hopen dat degenen met een 'gemiste' depressie die klachten houden, zelf het initiatief nemen voor een nieuwe afspraak.

Henk van Weert

Mitchell AJ, et al. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet DOI:10.1016/S0140-6736(09)60879-5

De academische ratrace

Onderzoekers publiceren artikelen en doen dat bij voorkeur in de beste bladen. Wat de beste bladen zijn is niet zomaar klip en klaar, maar er is gelukkig een maat voorhanden, namelijk de *impact factor*: een getal dat aangeeft hoe vaak er verwezen wordt naar artikelen uit dat blad. Een Amerikaans bedrijf berekent ieder jaar deze impact factor voor met name Engelstalige tijdschriften volgens een gestandaardiseerde methode. Binnen de categorie 'Medicine general and internal' vormen New England Journal of Medicine, Journal of the American Medical Association en Lancet de top 3.

De impact factor wordt veelvuldig misbruikt. Veel universiteiten stimuleren om zo 'hoog' mogelijk te publiceren, al of niet vergezeld van financiële prikkels. Bij sommige subsidiegevers moeten onderzoekers hun publicatielijst toevoegen met daarbij de impact factor van de tijdschriften.

Maar de impact factor van een tijdschrift zegt niet zoveel over de impact van een individueel artikel. Daarnaast is de impact factor sterk afhankelijk van het aantal onderzoekers dat in een bepaald gebied actief is. Zo is de *ranking* van kinderge-



Foto: Shutterstock/Anton Novik

neeskundige bladen over de volle breedte lager dan vakgebieden als cardiologie, neurologie en gastro-enterologie, simpelweg omdat er minder onderzoekers actief zijn binnen de kindergeneeskunde. Een laatste beperking van de impact factor is dat hoe vaak een artikel geciteerd wordt niet maatgevend is voor de kwaliteit van

het daarin gerapporteerde onderzoek. Eén geruststelling: terwijl talloze tijdschriftredacteurs ieder jaar weer halsreikend uitkijken naar de nieuwe impactfactorlijsten, hebben we het bij H&W wat rustiger, want wij doen het zonder impact factor.

Hans van der Wouden