

- 25 Van Exel NJA, Scholte op Reimer WJM, Brouwer WB, Van den Berg B, Koopmanschap MA, Van den Bos GAM. Instruments for assessing the burden of informal care giving for stroke patients in clinical practice: A comparison of CSI, CRA, SCO and self-rated burden. *Clin Rehabil* 2004;18:203-14.
- 26 Van den Bos GAM. Met het oog op mantelzorg. *Bijblijven* 2006;22:6-12.
- 27 Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SB, Van den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disabil Rehabil* 2006;28:1557-61.

- 28 Visser-Meily A, Post M, Meijer AM, Maas C, Ketelaar M, Lindeman E. Children's adjustment to a parent's stroke: determinants of health status and psychological problems, and the role of support by the rehabilitation team. *J Rehabil Med* 2005;37:236-41.
- 29 Visser-Meily JMA, Post MW, Meijer AM. Mantelzorg bij CVA-patiënten, de gevolgen van een beroerte voor partners en kinderen. *Bijblijven* 2006;22:37-42.
- 30 Koopmanschap MA, Van Exel NJA, Van den Bos GAM, Van den Berg B, Brouwer WBF. The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy* 2004;68:309-20.

# Interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve ouderen

Anneke van Schaik, Harm van Marwijk

## Inleiding

Depressie is een veel voorkomende aandoening onder ouderen die naar de huisarts gaan. In een recent Nederlands onderzoek vond men een prevalentie van 13,7% voor een depressieve stoornis en 10,2% voor een *subthreshold* depressie.<sup>1</sup> Depressieve ouderen lijden onder hun klachten en zijn er door beperkt, zij maken meer gebruik van (para)medische voorzieningen en kunnen een zwaar beroep doen op partners en familieleden. Als een depressie onbehandeld blijft, stijgt de kans op mortaliteit door comorbide somatische aandoeningen of suïcide.<sup>2</sup> Redenen genoeg dus om de depressiezorg voor ouderen te optimaliseren.

Depressies bij ouderen blijven vaak onopgemerkt. Daarom kan een vorm van screening of verbeterde opsporing nuttig zijn. Als de praktijkondersteuner voor ouderen goed oplet en de instrumenten krijgt om opsporing te verbeteren, kan dat al veel schelen. Daarnaast pleiten wij ervoor de richtlijnen voor de depressiebehandeling uit de NHG-Standaard Depressie ook zo veel mogelijk bij ouderen te implementeren.<sup>3</sup> In deze herziene versie van de standaard heeft psychotherapie als behandeloptie een prominentere plaats gekregen dan in de eerste versie. Interpersoonlijke psychotherapie (IPT), cognitieve gedragstherapie (CGT) en de hiervan afgeleide *problem solving therapy* (PST) zijn geprotocolleerde

## Samenvatting

Van Schaik, DJF, Van Marwijk, HWJ. Interpersoonlijke psychotherapie voor depressieve ouderen. *Huisarts Wet* 2007;50(11):556-60.

Antidepressieve medicatie is vaak de eerste keus bij de depressiebehandeling, maar heeft zeker bij ouderen nadelen. Er bestaan vormen van geprotocolleerde psychotherapie die ook bij ouderen werkzaam zijn gebleken. In de eerstelijns praktijk zijn die echter nauwelijks beschikbaar.

Dit artikel bespreekt een onderzoek naar de haalbaarheid en effectiviteit van een laagdrempelig aangeboden, evidence-based vorm van psychotherapie. In een gerandomiseerde gecontroleerde trial vergeleken wij interpersoonlijke psychotherapie (IPT), uitgevoerd door GGZ-medewerkers in de huisartsenpraktijk, met de gebruikelijke zorg door de huisarts. Het aanbieden van deze gespreksvorm bleek goed haalbaar. De interventie had effect bij patiënten met een matige tot ernstige depressie, maar dit effect was bescheiden. Deze bevinding komt overeen met

de resultaten van andere eerstelijnsprojecten die enkelvoudige depressiebehandelingen op hun effectiviteit onderzochten. Toch kan de depressiebehandeling als geheel wel degelijk sterk verbeteren als artsen enkelvoudige behandelingen stapsgewijs en onder strakke begeleiding inzetten, rekening houdend met de voorkeuren van de patiënt. Recent grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten heeft aangetoond dat dergelijke *collaborative care*-projecten ook bij ouderen goede resultaten geven. Een volgende stap is dan ook onderzoek naar deze complexe vorm van *disease management* voor depressie in de Nederlandse situatie.

GGZ Buitenamstel, A.J. Ernststraat 887, 1081 HL Amsterdam: D.J.F. van Schaik, psychiater bij GGZ Buitenamstel en senior onderzoeker bij het EMGO Instituut; VUmc, EMGO Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde: H.W.J. van Marwijk, huisarts en senior onderzoeker.  
Correspondentieadres: a.van.schaik@ggzba.nl.  
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

vormen van psychotherapie waarvan de werkzaamheid is aangetoond.<sup>4-6</sup> Met name voor ouderen is psychotherapie een interessante behandeloptie, omdat zij gevoeliger zijn voor bijwerkingen van antidepressiva en ook vaker andere medicatie gebruiken, met het risico op interacties. Probleem is dat deze psychotherapeutische behandelingen voor de huisarts zelf niet haalbaar zijn, terwijl verwijzing naar een GGZ-instelling of psychotherapiepraktijk juist bij ouderen vaker op bezwaren stuit. Daardoor kan de depressiebehandeling in een impasse raken bij ouderen die geen antidepressieve medicatie willen, deze niet verdragen of er geen baat bij hebben. Dit biedt aanknopingspunten om de depressiezorg te verbeteren.

Het laagdrempelig aanbieden van een vorm van evidence-based psychotherapie vult mogelijk een lacune in de depressiezorg op, omdat deze behandelvorm mensen bereikt die niet (genoeg) van antidepressiva profiteren. In huisartsenpraktijken werken vaak al sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen in het kader van diverse eerstelijns (consultatie)projecten. Zij kunnen getraind worden in een dergelijke vorm van psychotherapie. Voorafgaand aan een grootschalige implementatie moeten we echter nagaan of deze aanpak haalbaar en effectief is in de Nederlandse situatie, specifiek voor depressieve ouderen in de huisartsenpraktijk. De werkzaamheid van IPT en CGT bij ouderen is weliswaar aangetoond, maar dat gebeurde met vrij strikt geselecteerde tweedelijns patiëntengroepen in de Verenigde Staten.<sup>7,8</sup> We kunnen deze onderzoeksbevindingen niet zonder meer generaliseren naar specifieke patiëntenpopulaties en omstandigheden in de gezondheidszorg elders. In feite geldt deze kanttekening ook bij de toepassing van antidepressiva.<sup>9</sup> Maar het voorschrijven van medicatie is makkelijk te implementeren en heeft daardoor al ingang gevonden, ondanks onduidelijkheid over de effectiviteit ervan in specifieke populaties.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een pragmatisch onderzoek waarin we transmuraal toegepaste interpersoonlijke psychotherapie, uitgevoerd door GGZ-medewerkers in de huisartsenpraktijk, vergeleken met de gebruikelijke zorg door de huisarts. Wij bespreken factoren die van invloed waren op het resultaat en de voorkeuren van patiënten voor verschillende behandelopties. In de beschouwing gaan wij in op de implicaties die deze en verwante onderzoeksbevindingen hebben voor de depressiebehandeling bij ouderen.

## Het Amsterdamse IPT-onderzoek

### Participanten

Twaalf huisartsenpraktijken in Amsterdam en omstreken namen deel aan een onderzoek van het Instituut voor ExtraMuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van het VU medisch centrum.<sup>10</sup> Alle patiënten van 55 jaar en ouder die de huisarts recent bezocht hadden, kregen een screeningslijst toegestuurd: de Geriatric Depression Scale-15 (range 1-15, waarbij een hogere score een ernstiger depressie inhoudt).<sup>11</sup> Ouderen die hierop 5 of meer pun-

### De kern

- ▶ Geprotocolleerde psychotherapieën voor depressie, zoals interpersoonlijke psychotherapie, zijn een goed alternatief voor antidepressiva bij ouderen met een matige tot ernstige depressie.
- ▶ Voor ouderen is de drempel van een tweedelijns GGZ-instelling hoog. Daarom moet de eerste lijn meer evidence-based psychotherapievormen aanbieden.
- ▶ Idealiter zijn deze psychotherapievormen een onderdeel van depressie-*disease management*-programma's. Een verpleegkundige heeft daarin een belangrijke rol in voorlichting en monitoring. Men biedt stapsgewijs diverse behandelingsopties aan, rekening houdend met de wensen van de patiënt.

ten scoorden, kregen de PRIMARY care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) voorgelegd.<sup>12</sup> We selecteerden op basis van deze vragenlijst de patiënten die voldeden aan de DSM-IV criteria voor een depressieve stoornis. We hadden weinig exclusiecriteria omdat we de effectiviteit van de interventie wilden nagaan bij een zo groot mogelijke groep patiënten. De exclusiecriteria waren: op moment van screening in behandeling zijn voor depressie of niet in staat zijn de vragenlijsten in te vullen.

Via loting werden 143 patiënten toegewezen aan IPT (n = 69) of de gebruikelijke zorg door de huisarts (n = 74). Patiënten in de IPT-groep kregen 10 sessies IPT aangeboden. Vijftien therapeuten (6 psychologen en 9 sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen) voerden de therapieën uit. Zij waren gerekruteerd bij de GGZ-instellingen rond de deelnemende huisartsenpraktijken (GGZ Buitenamstel in Amsterdam, Amstelmere/de Geestgronden in Amstelveen, het Van Foreest Centrum in Alkmaar en de RIAGG West Friesland in Hoorn).

### Interventie

In dit onderzoek kozen we voor IPT als psychotherapievorm omdat deze aanpak goed aansluit bij de problematiek van ouderen. Daarnaast kunnen GGZ-medewerkers met verschillende therapeutische achtergronden IPT relatief gemakkelijk aanleren. Het is een gestructureerde vorm van psychotherapie die ontwikkeld is voor depressieve patiënten.<sup>4</sup>

In de eerste sessie gaat de therapeut uitvoerig in op de klachten van de patiënt. Hij of zij benoemt de depressie expliciet als ziekte en geeft voorlichting over diverse aspecten van deze ziekte. Aangezien depressieve symptomen vaak in verband staan met 'interpersoonlijke' problemen, volgt in de tweede en derde sessie een interpersoonlijke anamnese waarin de therapeut nagaat welke personen belangrijk zijn (geweest) voor de patiënt en of er spanningen of grote veranderingen zijn in de relaties met die belangrijke personen. Deze inventarisatie leidt tot een behandelfocus. Er zijn vier mogelijke behandel focussen: rouw, interpersoonlijk conflict, rolverandering of interpersoonlijk tekort. De therapeut kiest één van deze focussen en werkt deze uit in de volgende sessies. Het doel is symptoomvermindering en een betere aanpassing aan de huidige levensfase. De benadering is sterk gericht op het hier en nu.<sup>13</sup>

### Uitkomstmaten

Bij het begin, na twee maanden en na zes maanden interviewden we alle deelnemers. De belangrijkste uitkomst was of de diagnose depressie nog stond en, een meer strikte maat voor verbetering, of de ernst van de depressie zodanig was verminderd dat we konden spreken van remissie. We bepaalden dit met de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), range 1-60, score van < 10 = remissie.

### Resultaten

Hoewel veel patiënten het aanbod dankbaar aannamen en het ook achteraf positief beoordeelden, bleek de meerwaarde van IPT boven de gebruikelijke huisartsenzorg in het Amsterdamse onderzoek bescheiden te zijn. IPT zorgde weliswaar voor een effectievere afname van het aantal patiënten met de diagnose depressie (significant verschil van 17% op basis van een conservatieve schatting), maar de remissiepercentages waren in beide condities even laag (32-33%); zie de tabel. Uit een post-hocanalyse bleek het effectverschil tussen IPT en de gebruikelijke huisartsenzorg op de uitkomstmaat 'diagnose depressie' uitgesproken in de groep patiënten die aan het begin van het onderzoek een matige tot ernstige depressie (MADRS > 20) hadden. In deze subgroep had 54% in de interventiegroep geen depressie meer, vergeleken met 26% in de controlegroep (significant verschil van 28%). Bij patiënten met een lichte depressie waren deze cijfers 50% versus 40%, een niet-significant verschil van 10%. De bevinding dat IPT superieur was boven de gebruikelijke zorg bij patiënten met een matig tot ernstige vorm van depressie en niet bij patiënten met een lichte depressie, konden we ook vaststellen in een complexere regressie-analyse.

### Predictoren binnen het Amsterdamse IPT-onderzoek

De werkzaamheid van IPT is al aangetoond, en ook wij vonden een effect. Nu is het belangrijk om na te gaan welke patiënten vooral van de behandeling profiteren, zodat we IPT selectief en efficiënter kunnen inzetten. De therapie vraagt immers een behoorlijke inspanning.

Wij onderzochten een aantal predictoren die in andere onderzoeken geïdentificeerd waren: leeftijd, recente *life-events*, sociaal functioneren, neuroticisme, *locus of control*, ernst van de depressie,

lichamelijk functioneren en panieklachten. We vonden dat voor alle patiënten, dus zowel in de interventiegroep als in de controlegroep, gold dat een lagere opleiding, een lager niveau van sociaal functioneren, een hogere leeftijd en een ernstiger depressie de kans op verbetering verminderden. We zouden deze patiënten dus intensiever moeten volgen en mogelijk eerder moeten verwijzen. Verder viel op dat specifiek in de IPT-groep vooral de patiënten verbeterden die recent een ingrijpende gebeurtenis hadden meegemaakt. Een interessante bevinding, omdat het effect van deze predictor in andere (medicatie)onderzoeken vooral negatief gecorreleerd was met een positieve uitkomst. Binnen IPT ligt de focus op een recent *life-event*. Deze bevinding kan, indien door toekomstig onderzoek bevestigd, de hypothese bevestigen dat IPT de eerste keus zou moeten zijn voor patiënten die onlangs iets ingrijpends meemaakten.

### Hoe denken patiënten over diverse depressiebehandelingen?

Om de depressiezorg te optimaliseren moeten behandelaars bestaande evidence-based interventies ter beschikking hebben en lege artis kunnen uitvoeren. Het is daarbij erg belangrijk om rekening te houden met de wensen en verwachtingen van de patiënten. Ook al besteden de populaire media veel aandacht aan depressie, deze diagnose roept toch nog vaak heftige reacties op bij de patiënt en/of diens omgeving. Voor meer inzicht in dit fenomeen zijn er wereldwijd diverse onderzoeken verricht naar attitudes en voorkeuren van patiënten voor wat betreft psychiatrische stoornissen en behandelingen. De onderzochte populaties waren vooral volwassenen en soms volwassenen en ouderen. Uit deze onderzoeken haalden wij informatie over de voorkeuren en attitudes van depressieve patiënten ten aanzien van de twee belangrijkste depressiebehandelingen: psychotherapie en antidepressiva.<sup>14</sup> In groepen van depressieve eerstelijnspatiënten meldde 51-69% van de respondenten een voorkeur voor gesprekstherapie, 20-38% had een voorkeur voor antidepressieve medicatie. Als de onderzoekers doorvroegen naar de overwegingen bij deze voorkeuren, bleek dat respondenten vaak onvoldoende geïnformeerd waren over één of beide behandelopties. Hun voorkeuren waren dus in feite niet goed onderbouwd. Veel mensen denken dat antidepressiva verslavend zijn

en onoverkomelijke bijwerkingen geven. Ook zijn veel patiënten bang voor controleverlies, meer dan bij middelen voor bijvoorbeeld cardiale aandoeningen. Over psychotherapie heersen uiteenlopende meningen. Enerzijds zijn veel mensen bang dat ze het verleden te veel zullen oprakelen, en dat praten over de problemen het alleen maar erger maakt. Anderzijds heerst het idee dat psychotherapie leidt tot

Tabel Effectiviteit in het Amsterdamse IPT-onderzoek

	IPT		Gebruikelijke zorg		$\chi^2_{[df]}$	P
	N	%	N	%		
<i>Geen diagnose depressie</i>						
- 2 maanden	22*	31,9	22*	29,7	0,08 <sub>[1]</sub>	0,78
- 6 maanden	35*	50,7	25*	33,8	4,21 <sub>[1]</sub>	0,04
<i>Respons (50% reductie MADRS)</i>						
- 2 maanden	7	11,3	6	9,2	0,15 <sub>[1]</sub>	0,70
- 6 maanden	16	27,6	18	29,0	0,03 <sub>[1]</sub>	0,86
<i>Remissie (MADRS &lt; 10)</i>						
- 2 maanden	8	12,9	7	10,8	0,14 <sub>[1]</sub>	0,71
- 6 maanden	19	32,8	20	32,3	0,00 <sub>[1]</sub>	0,95

\* Aangenomen werd dat alle patiënten van wie de gegevens ontbreken nog steeds depressief waren.

persoonlijke groei en dat het de problemen in de kern oplost. Zowel CGT als IPT richten zich echter op de huidige levenssituatie en proberen de depressieve klachten te verminderen; persoonlijkheidsverandering is geen doel. Het effect van deze therapieën is niet blijvend: bij mensen die vaker depressies hebben door-gemaakt en goed reageerden op behandeling (medicatie en/of psychotherapie) in de acute fase, is een onderhoudsbehandeling noodzakelijk. Zonder dat is de kans op terugval aanzienlijk. In een groot Amerikaans onderzoek bleek van de ouderen met recidiverende depressies 90% binnen 3 jaar terug te vallen als zij geen onderhoudsbehandeling kregen, in vergelijking met 20% als zij een combinatiebehandeling kregen met medicatie en psychotherapie.<sup>7</sup>

De bevindingen over de patiëntvoorkeuren benadrukken nog eens dat voorlichting over de diverse behandelopties belangrijk is en dat het aanbieden van psychotherapie in de huisartsenpraktijk aansluit bij de voorkeur van veel patiënten.

### Beschouwing

In het Amsterdamse IPT-onderzoek bleek Interpersoonlijke Psychotherapie vooral een meerwaarde te hebben bij patiënten met een matige tot ernstige depressie, maar het gevonden effect was bescheiden. Deze bevinding sluit aan op die van andere eerstelijns-onderzoeken naar specifieke, enkelvoudige depressiebehandelingen.<sup>15</sup> Daar vond men ook geen verschil in effect tussen psychotherapie en antidepressiva. In deze onderzoeken bekeek men echter de effectiviteit van slechts één type behandeling, over een periode van meestal enkele maanden tot een half jaar. Deze enkelvoudige aanpak komt niet overeen met de optimale zorgpraktijk, waarin de behandelaar het beleid bij onvoldoende effect vaak sneller stapsgewijs aanpast. De beschreven onderzoeken geven dus een onderschatting van de mogelijkheden van de depressiebehandeling.

Twee recente, grote onderzoeken bij ouderen richtten zich daarom op het effect van een completer en intensiever gemonitorde depressiezorg. In deze *casemanagement*-projecten konden patiënten kiezen tussen medicatie en psychotherapie (*problem solving treatment* respectievelijk IPT), konden zij switchen als de behandeling niet aansloeg of konden zij overgaan op een combinatiebehandeling.<sup>16,17</sup> De behandelresultaten in deze onderzoeken waren positief. Op basis van een economische evaluatie van een dergelijke interventie concludeerde men dat deze aanpak – althans in *managed care settings* – een zeer waardevolle investering was voor depressieve ouderen en dat de interventie geassocieerd was met aanzienlijke klinische verbeteringen, terwijl de gezondheidszorgkosten relatief laag waren.<sup>18</sup> Het is wel de vraag in hoeverre we deze Amerikaanse bevindingen kunnen generaliseren naar de Nederlandse zorg. Het is tijd voor een demonstratieproject om te laten zien wat een dergelijke depressie-‘straat’ oplevert voor depressieve ouderen. Deze ‘straat’ is vergelijkbaar met het diabeteszorgmodel met intensieve zorgmanagement en follow-up, rekening houdend met keuzes van patiënten en zorgverleners. Dit zou wel eens een heel goede investering van het nieuwe kabinet kunnen zijn.

### Abstract

Van Schaik, DJF, Van Marwijk, HWJ. Interpersonal psychotherapy in the general practice for elderly patients with depression. *Huisarts Wet* 2007;50(11):556-60.

Antidepressant medication is often the first choice treatment for depressed elderly patients. However evidence-based psychotherapies such as Interpersonal Psychotherapy (IPT) may be a good alternative. The problem is that such therapies are hardly available in primary care.

This paper describes the results of a research project exploring the feasibility and effectiveness of delivering IPT by mental health workers within primary care practices. It turned out that it was feasible to deliver IPT transmurally. Furthermore, IPT was more effective than usual care in patients with moderate to severe depression, not in patients with mild depression.

The results of this study are in line with other research on specific monotherapies for depression in primary care. The effectiveness of the monotherapies is modest, but depression care as a whole can be improved by implementing depression management programmes in which the different treatment options for depression are offered stepwise or in combination, taking account of the patient's preferences. In these collaborative care projects general practitioners are supported by nurses or mental health workers. It is argued that these programmes, that have proved to be effective in the US, should be studied in the Netherlands.

### Dankbetuiging

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift *Interpersonal Psychotherapy for late life depression in general practice*, waarop de eerste auteur in juni 2006 promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.<sup>19</sup> Het Amsterdamse IPT-onderzoek werd gefinancierd door ZonMw.

### Literatuur

- 1 Licht-Strunk E, Van der Kooij KG, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Van Hout HP, De Haan M, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1013-9.
- 2 Penninx BW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Gevolgen van depressie voor het lichamelijk functioneren en sterfte van ouderen. Longitudinale resultaten van het LASA-onderzoek. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2000;31:211-8.
- 3 Van Marwijk H, Grundmeijer H, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten, et al. NHG-Standaard Depressieve stoornis (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:614-33.
- 4 Weissman M, Markowitz J, Klerman G. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books, 2000.
- 5 Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guildford, 1979.
- 6 Hawton K, Kirk J. Problem-solving. In: Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D, editors. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press, 1989:406-26.
- 7 Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281:39-45.
- 8 Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-40.

- 9 Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care—a systematic review. *Fam Pract* 2001;18:321-27.
- 10 Van Schaik A, Van Marwijk H, Ader H, Van Dyck R, De Haan M, Peninx B, et al. Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14:777-86.
- 11 Sheikh JJ, Yesavage JA. GDS: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986;5:165-73.
- 12 Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Verloin deGruy III F, Hahn SR, et al. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272:1749-56.
- 13 Van Schaik A, De Wit A. Interpersoonlijke Psychotherapie. In: Pot AM, Kuin Y, Vink M, redactie. *Handboek Ouderen-psychologie*. Utrecht: de Tijdstroom, 2007:341-9.
- 14 Van Schaik D, Klijn A, Van Hout H, Van Marwijk H, Beekman A, De Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry* 2004;26:184-9.
- 15 Van Schaik DJF, Van Marwijk HWJ, Van der Windt DAWM, Beekman ATFDHM, Van Dyck R. De effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij patiënten met een depressieve stoornis. Een systematisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002;44:609-19.
- 16 Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:2836-45.
- 17 Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-91.
- 18 Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1313-20.
- 19 Van Schaik DJF. *Interpersonal Psychotherapy for late life depression in general practice* [Proefschrift]. Vrije Universiteit, Amsterdam, 2006.

Vijftig jaar H&W

# Kwalitatief en kwantitatief onderzoek

## Vijftig jaar wetenschapsdiscussie in *Huisarts en Wetenschap*

Leo van Bergen

### Meer kunst dan kunde

Eind jaren vijftig was de geneeskunde nog volledig natuurwetenschappelijk gericht, al stelden met name huisartsen vragen bij het natuurwetenschappelijk-biomedische ziektebegrip.<sup>1</sup> Dat ziektebegrip gaf bij 'het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen aanleiding tot allerlei frustratie', ook omdat de huisarts zich achtergesteld voelde bij 'de specialist'. De geneeskunde richtte zich inhoudelijk en financieel meer en meer op het ziekenhuis, wat bijvoorbeeld tot gevolg had dat veel onderzoek voor de huisarts nauwelijks zinvol was. Huisartsen wilden tot 'een eigen benadering van het gezondheidsprobleem' komen, 'met een eigen wetenschappelijk onderzoek'.<sup>2</sup> De meeste aandacht ging echter uit naar de geneeskunst en niet de -kunde. De huisartsgeneeskunde moest dienstbaar zijn aan de integrale huisartsgeneeskunst. Balint en Querido waren veelgehoorde namen.<sup>3</sup> Ziekte was niet louter een somatisch fenomeen, maar was onlosmakelijk verbonden met psychologische, sociale en milieufactoren.<sup>3-5</sup>

### Auteursgegevens

VU medisch centrum, Afdeling Metamedica, Van der Boeorchestraat 7, 1081 BT Amsterdam; dr. Leo van Bergen, universitair docent medische geschiedenis.

Correspondentie: l.vanbergen@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

### Geschiedenis van een jubilaris

In het jubileumnummer van *Huisarts en Wetenschap*, stond al een artikel van medisch-historicus Leo van Bergen over het ontstaan van dit tijdschrift. In het kader van het 50-jarig bestaan publiceren we in dit, en in de komende twee nummer artikelen van hem over de geschiedenis van H&W. Elk van die artikelen behandelt een bepaald thema, respectievelijk: wetenschap, geneesmiddelen en samenwerking. Dit historisch feuilleton is voorbereid samen met Frans J. Meijman en voorts begeleid door Ted van Essen, Tjerk Wiersma en Hans van der Wouden. Op de website [www.nhg.org](http://www.nhg.org) onder het kopje 'H&W extra' vindt u de literatuurverwijzingen van alle artikelen uit de serie.

Ook op de Woudschotenconferentie, 23 en 24 januari 1959, stond de kunst in het middelpunt.<sup>6</sup> De twee centrale vragen waren: 'Hoe moet het Genootschap de ontwikkeling van de geneeskunst van de huisarts zien?' en 'Welke consequenties heeft deze visie voor het beleid?' De wetenschap blonk nagenoeg uit door afwezigheid, ook in de twaalf deeltaken van de huisarts die Just Buma daar opstelde. 'Blijven werken aan eigen deskundigheid en vorming' bungelde geheel onderaan.<sup>7-10</sup> De focus op de kunst werd gedeeld door NHG-voorzitter H.H.W. Hogerzeil, terwijl zijn genootschap toch was opgericht om 'de wetenschappelijke uitoefening der geneeskunst door huisartsen' te bevorderen.<sup>11</sup> Die doelstelling werd overigens op dezelfde Woudschotenconferentie definitief omschreven als 'het bevorderen van de huisartsgeneeskunde en het richting geven