

## Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten

### Samenvatting

Hutschemaekers GJ, Witteman CL, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten. *Huisarts Wet* 2015;58(3):126-9.

**ACHTERGROND** Er is behoefte aan duidelijkheid over de aansluiting tussen de generalistische en de specialistische zorg op het gebied van psychiatrische problematiek. Onderzoek wijst uit dat huisartsen depressieve symptomen minder goed herkennen en de ernst ervan vaak onderschatten. Wij onderzochten op welke manier huisartsen en psychiaters tot hun oordeel komen bij patiënten met depressieve klachten, en voor welke diagnostiek en behandeling zij dan kiezen.

**METHODE** Wij vroegen 25 huisartsen en 26 psychiaters om online vier casussen te beoordelen en steeds het best passende beleid te kiezen. Iedere casus bevatte 15 hyperlinks naar verschillende categorieën aanvullende informatie. Door het klikgedrag van de deelnemers te monitoren konden wij nagaan hoe zij tot hun oordeel kwamen.

**RESULTATEN** De deelnemers waren eensgezind over de ernst van de problematiek, maar de psychiaters kozen vaker voor psycho-educatie en medicatie door een psychiater of klinisch psycholoog, waar de huisartsen vaker kozen voor een huisarts of maatschappelijk werker. De huisartsen hadden voor hun oordeel veel minder tijd nodig dan de psychiaters en klikten veel minder vaak door naar diepere informatielagen. Huisartsen gingen vooral op zoek naar de sociale context, psychiaters naar de symptoomgeschiedenis.

**CONCLUSIE** De huisartsen en psychiaters in ons onderzoek oordeelden inderdaad verschillend over dezelfde depressieve klachten. Deze verschillen zijn echter functioneel en sluiten aan bij de taak die beide disciplines in de zorg vervullen: de generalistische poortwachter versus de specialistische achterwacht. Meer overeenstemming zou de kwaliteit van de zorg niet verbeteren.

### INLEIDING

Met de komst van de POH-ggz en de basis-ggz heeft de Meerstelijnszorg voor patiënten met psychische problematiek een flinke impuls gekregen. Daarmee is ook de behoefte gegroeid aan duidelijkheid over de aansluiting tussen de generalistische en de specialistische zorg op dit gebied.<sup>1</sup>

Verreweg het meeste onderzoek naar de verschillen tussen huisarts en psychiater betreft de diagnostiek en behandeling van depressie.<sup>2-4</sup> In dit onderzoek keren drie soorten bevindingen telkens terug. De eerste soort is dat huisartsen, afgemeten aan evidence-based richtlijnen en DSM of ICD, depressieve symptomen minder goed herkennen, de ernst ervan onderschatten en te terughoudend zijn met effectieve interventies. Een mogelijke verklaring is gebrek aan kennis, vandaar de telkens terugkerende aanbeveling tot meer ggz-scholing voor huisartsen.<sup>5</sup>

De tweede bevinding is dat huisartsen in een andere setting opereren dan psychiaters. Zij zien andere patiënten met andere problemen en moeten daarom andere vragen beantwoorden. De patiënten van de huisarts hebben in het algemeen weinig gedifferentieerde klachten, die vaak na verloop van tijd vanzelf overgaan. Het is de taak van de huisarts, als poortwachter tot de gespecialiseerde zorg, om onnodige verwijzing te voorkomen en tenzij de klacht zijn 'niet-pluisgevoel' activeert, zal hij dus geneigd zijn te kiezen voor afwachtend beleid.<sup>6,7</sup> Psychiaters daarentegen zien een geselecteerde populatie met ernstiger klachten en zetten daarbij een uitgebreid arsenaal van diagnostische en therapeutische instrumenten in.

### Wat is bekend?

- Vergeleken met psychiaters zijn huisartsen terughoudender in het vaststellen van depressieve klachten, maar schrijven ze toch veel meer medicatie voor.
- Met de herinrichting van de eerstelijns-ggz vallen er nieuwe taken toe aan de huisarts en de basis-ggz. Er is nog weinig duidelijkheid over de aansluiting van de generalistische op de specialistische zorg bij psychische problematiek

### Wat is nieuw?

- Huisartsen kiezen vaker voor een lichtere behandeling in de eerste lijn, psychiaters kiezen bij dezelfde patiënt vaker voor een zwaardere behandeling in de tweede lijn.
- Huisartsen gebruiken andere regels (heuristieken) voor het diagnosticeren van psychische klachten dan psychiaters; ze zien daardoor andere zaken en indiceren ook anders.
- Dit verschil in aanpak is niet primair het gevolg van een gebrek aan kennis maar is inherent aan de taak van de huisarts als generalist en poortwachter.
- Het getuigt van weinig inzicht in het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg als men verwacht dat de basis-ggz een goedkopere en efficiëntere kopie kan worden van de specialistische ggz.
- De basis-ggz zal een duidelijk generalistisch perspectief moeten kiezen en korte interventies aanbieden die het zelfhelend vermogen van de patiënt versterken.

Radboudumc, Behavioural Science Institute, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen: prof.dr. G.J.M. Hutschemaekers, hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg (tevens hoofd zorgprogramma basiszorg, Pro Persona, Wolfheze); prof.dr. C.L.M. Witteman, hoogleraar Diagnostische besluitvorming, Pro Persona, Wolfheze; J. Rutjes, gz-psycholoog; dr. A. Kaasenbrood, psychiater. KU Leuven, faculteit Psychologie; prof.dr. L. Claes, hoogleraar Klinische psychologie. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeesteskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: g.hutschemaekers@psych.ru.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Hutschemaekers GJ, Witteman CL, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Different answers to different questions: exploring clinical decision making by general practitioners and psychiatrists about depressed patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:425-30. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

De derde bevinding heeft te maken met een verschil in diagnostische strategie dat samenhangt met de voorafkants op ziekte. Psychiaters gebruiken, als alle medisch specialisten, een excluderende strategie waarbij zij systematisch hypothesen testen en verwerpen totdat de 'werkelijke' diagnose overblijft. Huisartsen zijn generalisten; zij volgen daarom meestal een inkluderende en integratieve heuristiek waarbij zij de klachten, de patiënt en diens omgeving 'scannen' tot er een betekenisvol beeld ontstaat van wat er met de patiënt aan de hand is.<sup>8</sup>

De drie soorten bevindingen zijn gekoppeld aan drie verschillende onderzoeksparadigma's, waardoor onderzoeksresultaten zich moeilijk laten vergelijken en niet goed bruikbaar zijn als richtsnoer bij nieuwe ontwikkelingen, zoals de inrichting van de basis-ggz. Dat is jammer en onnodig. Daarom hebben wij opnieuw onderzocht op welke manier huisartsen en psychiaters tot hun oordeel komen bij patiënten met depressieve klachten, en tot welke diagnostiek en behandeling zij dan komen. De uitkomsten geven niet alleen beter inzicht in de verschillen tussen huisarts en psychiater, maar resultaten mogelijk ook in bruikbare tips voor de inrichting van de basis-ggz.

## METHODE

De auteurs van dit artikel, onder wie een psychiater, een huisarts en drie (klinisch) psychologen, ontwikkelden vier online casussen over een patiënt met depressieve klachten, en legden deze voor aan 25 psychiaters en 26 huisartsen uit de regio Arnhem-Nijmegen. Van de psychiaters (17 mannen en 8 vrouwen, gemiddeld 18 jaar werkervaring) was de helft werkzaam binnen Pro Persona, een grote ggz-instelling in deze regio. De huisartsen (20 mannen en 6 vrouwen, gemiddeld 20 jaar werkervaring) werden voor een groot deel geworven binnen het academisch huisartsennetwerk Nijmegen.

Wij vroegen elke deelnemer de vier casussen te beoordelen en steeds het best passende beleid te kiezen. Iedere casus telde 220 woorden en bevatte 15 hyperlinks naar verschillende categorieën aanvullende informatie. Door het klikgedrag van de deelnemers te monitoren konden wij nagaan hoe zij tot hun oordeel kwamen.

De 15 categorieën waarin de aanvullende informatie voor iedere casus was opgedeeld, stelden wij vast op basis van delphi-onderzoek, waarin experts aangeven welke soort informatie zij nodig denken te hebben om tot een behandeloordeel te komen.<sup>9</sup> De casussen bevatten de volgende informatiecategorieën: gezondheid in de afgelopen jaren, ziektegeschiedenis, symptoomgeschiedenis, psychische symptomen, persoonlijkheid, biografie, suïcidale ideatie, sociaal functioneren, relaties, middelengebruik, genetische factoren, somatische aspecten, precipiterende factoren, ontwikkelingsfactoren en behandel-motivatie. Elke categorie bevatte drie niveaus van informatie: niveau 1, globale samenvattende informatie, stond in de casustekst; niveau 2, uitgebreidere informatie, kwam in beeld na klikken op een hyperlink in de tekst; niveau 3, specifieke informatie over bijvoorbeeld testuitslagen, kwam in beeld na doorklikken binnen niveau 2.

De deelnemers kregen de vier casussen, waarvan de ernst opleep van niet-complex naar zeer complex, in willekeurige volgorde te zien. Na elke casus beantwoordden zij vragen over de ernst van de klachten (op een vijfpunts likertschaal), over welke soort behandeling zij passend achtten (in toenemende intensiteit: psycho-educatie, steunend-begeleidend contact, psychotherapie, medicatie) en welke behandelaar (van generalistisch naar specialistisch: huisarts, maatschappelijk werker, klinisch psycholoog, psychiater).

Wij beoordeelden iedere casus op dezelfde manier en volgden dezelfde stappen. Wij registreerden per casus de totale beoordelingstijd en het aantal kliks op aanvullende informatie. Omdat de uitkomsten van de beoordelingstijd scheef verdeeld waren (*skewness* 3,08; *kurtosis* 10,56), hebben we als afhankelijke variabele de logtransformatie van de beoordelingstijd gebruikt. Resultaten met een *power* kleiner dan 5% beschouwden we als significant.

## RESULTATEN

De F-toets ( $F(1,39) = 0,63$ ; niet significant) wijst uit dat de deelnemers eensgezind waren over de ernst van de problematiek. Dat gold niet voor hun oordeel over de best passende interventies en disciplines: psychiaters kozen vaker voor psycho-educatie en medicatie, uitgevoerd door een psychiater of klinisch

**Tabel** Keuze van diagnostische informatie, behandeling en behandelaar door 25 huisartsen respectievelijk 26 psychiaters bij vier casussen over depressieve klachten

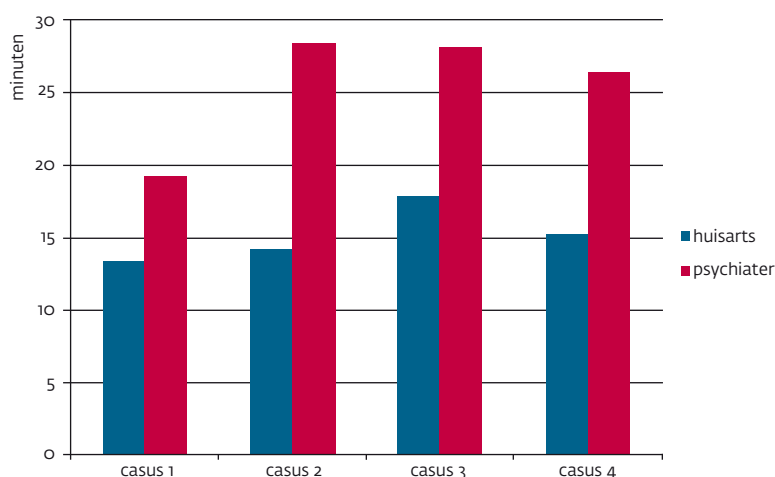
	Huisarts (n = 26)	Psychiater (n = 25)	$\chi^2$ (df = 1)	p*
Gekozen behandeling <sup>†</sup>				
■ psycho-educatie	11%	28%	8,96	< 0,01
■ begeleiding	45%	49%	0,39	0,53
■ psychotherapie	51%	47%	0,30	0,58
■ medicatie	23%	51%	15,03	< 0,01
Gekozen behandelaar				
■ huisarts	38%	17%	9,41	< 0,01
■ maatschappelijk werker	27%	11%	6,66	0,01
■ klinisch psycholoog	7%	28%	13,44	< 0,01
■ psychiater	31%	49%	6,41	0,01
Gebruikte diagnostische informatie <sup>‡</sup>				
■ suïciderisico	55%	66%	2,21	0,14
■ recente gezondheidsgeschiedenis	53%	77%	11,59	< 0,01
■ middelengebruik	46%	59%	3,12	0,08
■ behandelmotivatie	44%	39%	0,47	0,49
■ symptoomgeschiedenis	40%	65%	11,28	< 0,01
■ psychische symptomen	33%	46%	3,04	0,08
■ sociaal functioneren	33%	35%	0,76	0,78
■ lichamelijke aspecten	31%	51%	7,38	< 0,01

\* Significante verschillen ( $p < 0,05$ ) zijn vetgedrukt.

† Voor behandeling en behandelaar konden de respondenten meer dan één voorkeur opgeven.

‡ Weergegeven zijn de acht informatiecategorieën waarop het meest werd doorgelikt.

**Figuur** Mediane beoordelingstijd van huisartsen en psychiaters bij vier patiënten met depressieve klachten



psycholoog, huisartsen kozen vaker voor een aanpak binnen de eerste lijn, door een huisarts of maatschappelijk werker [tabel].

Voor aanvullende diagnostische informatie klikten huisartsen het vaakst op 'suïciderisico', 'recente gezondheids-geschiedenis', 'middelengebruik', 'sociaal functioneren' en 'motivatie'. Met uitzondering van 'motivatie' waren dat de links waarop ook psychiaters het vaakst klikten. Psychiaters kozen het vaakst voor de link 'symptoomgeschiedenis'. Huisartsen bleken nauwelijks te kiezen voor 'genetische factoren', 'somatische aspecten', 'biografie', 'sociaal functioneren' en 'precipiterende factoren', terwijl psychiaters nauwelijks verder vroegen naar 'ontwikkelingsfactoren'. Ten slotte bleken huisartsen veel minder vaak door te klikken naar diepere niveaus van informatie.

Ook in beoordelingstijd verschilden beide beroepsgroepen: de huisartsen hadden veel minder tijd nodig dan de psychiaters [figuur]. Opvallend was dat de beoordelingstijd per casus aanzienlijk verschilde, vooral bij de huisartsen. Casus 3 (tame-lijk ernstig) kostte huisartsen het meeste tijd, de casussen 1 (niet complex) en 4 (zeer complex) veel minder. Bij psychiaters waren de verschillen in beoordelingstijd niet significant.

### BESCHOUWING

Hoewel zij het eens waren over de ernst van de problematiek oordeelden de huisartsen en psychiaters in ons onderzoek verschillend over de best passende behandeling voor de depressieve klachten die wij hen voorlegden. Huisartsen kozen vaker voor een lichtere behandeling in de eerste lijn, psychiaters kozen bij dezelfde patiënt vaker voor zwaardere behan-delingen in de tweede lijn. Zij geven dus wel degelijk andere antwoorden.<sup>10</sup>

Dat lijkt echter vooral ook te komen doordat ze andere vra-gen stellen, zoals blijkt uit de informatie die zij opvragen. Psy-chiaters gaan op zoek naar veel extra informatie, huisartsen lijken eerder te opteren voor een globale screening en kijken

vooral naar de sociale inbedding, waar ze een verklaring pro-bere te vinden voor wat er aan de hand is. Ook zijn huisart-sen meer gericht op *empowerment*: welke hulp heeft de patiënt nodig om zijn problemen het hoofd te bieden? Waarschijnlijk hangt dit verschil in perspectief samen met hun positie als poortwachters van de gezondheidszorg, die terughoudend zijn met ingrijpen of doorverwijzen,<sup>11</sup> terwijl psychiaters, als specialistische achterwacht, vooral hun best doen niets over het hoofd te zien.

Ook de derde algemene bevinding vinden we terug in onze gegevens: psychiaters en huisartsen gebruiken andere zoek-strategieën. Psychiaters gebruiken vastomlijnde zoekregels die nauwelijks variëren met de problematiek van de patiënt. Huisartsen daarentegen starten met een globale scan van het probleem en focussen zo nodig op specifieke aspecten. Hun aandacht lijkt vooral geleid te worden door onduidelijkheden en mogelijke risico's. Daardoor komen huisartsen, zelfs als ze dezelfde patiënt beoordelen en dezelfde vragen voorgelegd krijgen, tot andere antwoorden dan psychiaters. Dit strookt met eerder onderzoek waaruit bleek dat huisartsen sneller werken dan internisten en een strategie volgen die variabelere is en meer afhangt van patiëntkenmerken.<sup>12</sup>

### CONCLUSIES

Bij de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek past enige terughoudendheid. Het betrof een pilotonderzoek met een beperkt aantal respondenten die een niet-representatieve steekproef vormen, hetgeen bijvoorbeeld blijkt uit het boven-gemiddeld hoge aantal ervaringsjaren. De respondenten be-oordeelden slechts vier casussen en deden dat online, dus de onderzoekssituatie weerspiegelt niet per se de realiteit van de spreekkamer.

Mochten de resultaten echter generaliseerbaar blijken, dan kunnen we een aantal interessante conclusies trekken. De verschillen in verwerving (*input*) en verwerking (*throughput*) van informatie verklaren niet alleen waarom huisartsen en psychiaters vaak andere behandelbeslissingen nemen (*output*), maar ook waarom hun diagnostische oordelen zo vaak ver-schillen. Om grotere overeenstemming tussen beide discipli-nes te bereiken is betere kennis van de DSM niet voldoende. Dat vergt fundamentele veranderingen in het proces van di-agnosestelling. Het is echter zeer de vraag of die grotere over-eenstemming tot betere zorg zou leiden. De verschillen zijn functioneel en sluiten aan bij de taak die beide disciplines in de zorg vervullen: de poortwachter moet selecteren, de speci-alistische achterwacht heeft de opdracht al het mogelijke te doen om de patiënt beter te maken.<sup>13-15</sup>

Wat betekent dit voor de inrichting van de basis-ggz? Nog-al wat ggz-instellingen en specialisten vinden dat de basis-ggz vooral een goedkopere en efficiëntere kopie moet zijn van de specialistische ggz. De kans op goede resultaten (correcte DSM-classificaties en juiste toepassing van evidence-based behandelprotocollen) zou dan maximaal zijn. Het onder-scheid tussen huisarts en psychiater dat wij hier hebben om-schreven, maakt dat een andere insteek meer voor de hand

ligt: maak de verschillen tussen basis-ggz en specialistische ggz zo groot mogelijk. Laat de basis-ggz korte interventies aanbieden die het zelfhelend vermogen van de patiënt versterken, en laat de overige ggz zich nog uitdrukkelijker het specialistische perspectief en de specialistische werkwijze toe-eigenen. ■

#### LITERATUUR

- Hutschemaekers G, Tiemens B, Smit A. Weg van professionalisering: Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. Wolfheze: GRIP-De Gelderse Roos, 2006.
- Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. Arch Intern Med 1998;158:1596-608.
- Mechanic D. Treating mental illness: generalist versus specialist. Health Aff 1990;9:61-74.
- Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009;374:609-19.
- Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draaisma S, Van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:46-55.
- Verhaak PFM. Geestelijke Gezondheidszorg in de huisartspraktijk: Psychiatriseren of normaliseren? [inaugurale rede]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2011.
- Van Weel C. Context en medisch handelen: Een visie vanuit de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2001;11:494-7.
- Finlay I, Cayton H, Dixon A, Freeman G, Haslam D, Hollins S, et al. Guiding patients through complexity: Modern medical generalism. London: Royal College of General Practitioners/Health Foundation, 2011.
- Hutschemaekers G, Tiemens B, Kaasenbrood A. Roles of psychiatrists and other professionals in mental healthcare: results of a formal group judgement method among mental health professionals. Br J Psychiatry 2005;187:173-9.
- Wilkinson C. A comparison of psychiatric decision-making by trainee general practitioners and trainee psychiatrists using a simulated consultation model. Psychol Med 1988;18:167-77.
- Tiemens B. Management of mental health problems in primary care [Proefschrift]. Groningen: University of Groningen, 1999.
- Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist: Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.
- Van Dyck R. GGZ in de eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij? Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- Fournier JC, DuRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC. Antidepressant drug effect and depression severity. JAMA 2010;303:47-53.
- Wang J, Langille DB, Patten SB. Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. Psychiatr Serv 2003;54:878-83.

## Ondertussen in TPO 1

In het eerste nummer van de tiende(!) jaargang van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning onder meer aandacht voor depressiviteit bij hart- en vaatziekten, bloeddrukmeting, een checklist voor diabetes, antihypertensiva en de transitie van praktijkondersteuner naar praktijkverpleegkundige.

### MAATWERK BIJ HART- EN VAATZIEKTEN

Onderzoekers van Radboudumc in Nijmegen ontwikkelden een interventieprogramma dat rekening houdt met depressiviteit bij patiënten met hart- en vaatziekten of met een verhoogd risico daarop. Praktijkondersteuners die zich bezighouden met cardiovasculair risicomanagement kunnen dit interventieprogramma inzetten, dat bestaat uit motiverende gespreksvoering, een webprogramma en leefstijlinterventies.

### EINDE PRAKTIJK-BLOEDDRUKMETING?

De auteurs verwachten dat het gebruik van de klassieke bloeddrukmeting de komende tien jaar

afneemt. Zij raden het team in de huisartsenpraktijk aan ervaring op te doen met aanvullend bloeddrukonderzoek zoals thuis-, 24-uurs-, en 30-minutenmeting.

### 10-PUNTENLIJST DIABETES

De DiHAG pleit voor diabetesjaarcontrole door de huisarts, maar kan volgens de

auteur ook door huisarts en praktijkondersteuner samen worden uitgevoerd. Goede afstemming is dan noodzakelijk en daarbij kan de 10-puntenlijst diabetes van pas komen.

### CALCIUMANTAGONISTEN EN DIURETICA

Kaderarts Ravee Rambharose bespreekt in dit laatste deel van de serie over antihypertensiva calciumantagonisten en diuretica.

### VAN PRAKTIJKONDERSTEUNER NAAR PRAKTIJK-VERPLEEGKUNDIGE

Aangezien de eerstelijnszorg verandert, is het competentieprofiel van de praktijkondersteuner aangepast. Praktijkondersteuner wordt praktijkverpleegkundige binnen het kernteam in de huisartsenpraktijk. De Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg buigt zich over deze transitie. ■



Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement? Zie [www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl](http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl). Een jaarabonnement kost € 85,-.

