

**Geestelijke Gezondheidszorg in de
Huisartspraktijk:
psychiatriseren of normaliseren?**

ISBN 978-94-6122-057-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

**Geestelijke Gezondheidszorg in de
Huisartspraktijk:
psychiatriseren of normaliseren?**

Rede

In verkorte vorm uitgesproken
bij het aanvaarden van
het ambt van bijzonder hoogleraar
Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsvoorziening
aan de faculteit der Medische Wetenschappen
van de Rijksuniversiteit Groningen
op 15 februari 2011

door

Peter F.M. Verhaak

Mijnheer de rector, dames en heren

Psychische stoornissen komen veel voor in de bevolking¹⁻³ en onder huisartspatiënten⁴. Angst en depressie zijn de meest voorkomende. Voor zover mensen hiervoor behandeld worden, geschiedt dat veelal in de huisartspraktijk⁵ maar bij veel mensen lijkt angst of depressie niet onderkend te worden, ze krijgen daarvoor dus totaal geen hulp⁶.

Dit is jammer, want uit gerandomiseerde trials blijkt dat met name depressie goed behandelbaar is met psychologische interventies^{7,8}, psychofarmaca⁸ en collaborative care⁹. Behandeling van psychische stoornissen is ook nog eens redelijk kosteneffectief^{10,11} en, om het nog mooier te maken, ook preventieve programma's waarmee depressie voorkomen wordt, zijn effectief gebleken¹².

Bovenstaande zinsneden zijn min of meer plichtmatige openingszinnen uit wetenschappelijke artikelen over de opsporing en behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk. Het zijn openingszinnen die ikzelf ook gebruik, en er is op zich geen woord aan gelogen.

Er wordt in dergelijke inleidingen een "state of the art" geschetst die tot de conclusie leidt dat mensen met psychische stoornissen effectief kunnen worden opgespoord en behandeld volgens het principe van getrapte zorg: stepped care. Hiervoor is het nodig dat deze stoornissen in de eerstelijns systematisch worden gesignaleerd en zoveel mogelijk volgens richtlijnen worden behandeld. Heeft dit geen effect dan zullen ze in een volgende stap worden doorverwezen naar meer gespecialiseerde GGZ. Door vroegtijdige signalering van subklinische gevallen van depressie zal het ontstaan van echte stoornissen vaak al kunnen worden voorkomen met een preventieve behandeling en om terugval te voorkomen zal een blijvende surveillance geboden zijn.

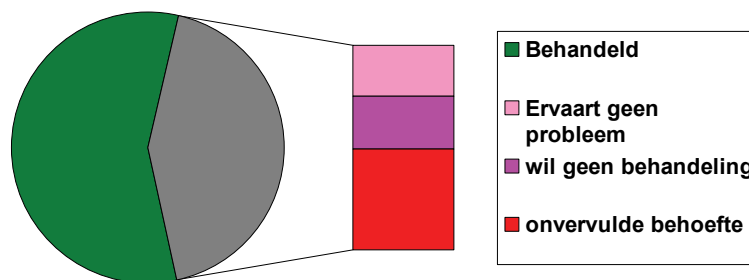
Dit is een mooie wereld en misschien is hij wel te mooi om waar te zijn. Al in 2004 spraken Ormel, Bartel en Nolen¹³ van de Depressieparadox: voor depressie zijn er inderdaad bewezen werkzame behandelingen voorhanden

maar zij zagen de afgelopen decennia geen dalende prevalentie van depressie, eerder een toename. Bewezen effectieve behandeling zou de maandprevalentie aan depressie met ongeveer een kwart kunnen reduceren, maar dat gebeurde niet. Voor bepaalde deelgroepen, jonge vrouwen, mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond, constateerden ze zelfs een toename. Zij zochten de oorzaken van deze paradox met name in het proces van de zorg. Mensen zoeken te weinig hulp, als ze hulp zoeken deugt de behandeling vaak niet, de patiënt draagt door te weinig zelfzorg en een gebrekkige therapietrouw daar ook weinig toe bij en wellicht is het beloop van depressie op langere termijn minder florissant dan trials met een uitkomstmeting na 6 maanden voorspiegelen. Ik zal bij al deze argumenten stilstaan.

Mensen zoeken te weinig hulp

Het is een feit dat veel mensen wier problemen in de DSM-IV als een psychische stoornis als angst of depressie worden geclassificeerd, daarvoor geen hulp zoeken. Mijn collega Ilse van Beljouw¹⁴ heeft met mij en anderen gegevens hierover uit de NESDA studie geanalyseerd. In deze studie wordt een grote groep van bijna 750 volwassen patiënten bij wie een angststoornis of een depressie is vastgesteld gedurende 8 jaar gevolgd. Ze waren afkomstig uit huisartspraktijken. De volgende gegevens hebben betrekking op hun toestand bij het begin van het onderzoek. We kwamen tot de volgende bevindingen:

Behandeling en behandelbehoefte bij 743 mensen met een DSM-IV diagnose angst of depressie



Bron: van Beljouw et al. 2010

Van alle mensen tussen de 18 en 65 jaar die volgens een gestandaardiseerd diagnostisch interview een angststoornis of een depressieve stoornis hadden, bleek dat ongeveer de helft het half jaar voor het interview contact had gehad daarover met een hulpverlener. Van degenen die geen contact gehad hadden, vond ongeveer een kwart dat er geen psychisch probleem was, een kwart erkende wel een probleem te hebben maar wilde daarvoor geen behandeling en ongeveer de helft van de onbehandelden gaf aan wel degelijk een behandelbehoefte te hebben.

Mensen worden niet goed behandeld

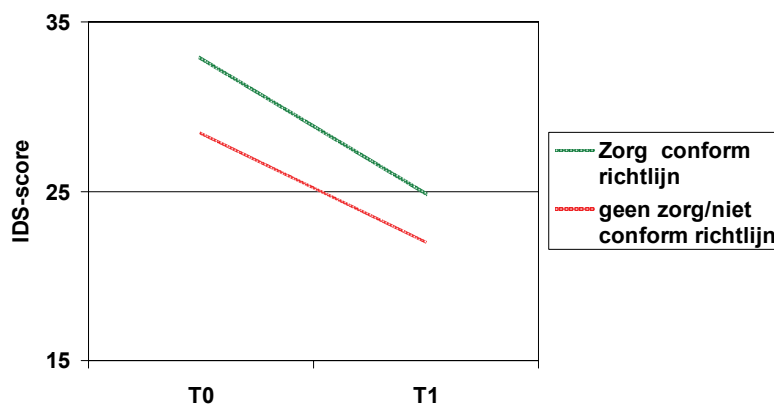
Dat is de volgende verklaring die Ormel en collega's voor de Depressieparadox geven.

Ook hierover hebben we in het Nesda onderzoek gegevens geanalyseerd. Mirrian Smolders en Marijn Prins onderzochten de mate waarin huisartsen de NHG richtlijnen volgden bij de behandeling van die 750 patiënten waarbij een angststoornis of depressie was vastgesteld. Ook onderzochten ze welke patiënt- en huisartskenmerken het volgen van de richtlijnen bevorderden of juist belemmerden. Maar een beperkt deel van de patiënten met angst of depressie werd door de huisarts conform deze richtlijnen

behandeld: ongeveer een kwart van de patiënten met een angststoornis, iets meer dan veertig procent van de mensen met een depressie en de helft van de mensen die zowel een angststoornis als een depressie hadden¹⁵. Mensen met uitsluitend een angststoornis hebben een kleinere kans om behandeling volgens de richtlijn te krijgen dan mensen die zowel een angststoornis als een depressie hebben. Laag opgeleiden hebben minder kans op passende behandeling. Patiënten die aangaven zelf behoefte aan medicatie, counseling of een verwijzing te hebben, krijgen eerder hulp volgens de richtlijnen¹⁶. Belangrijke factoren aan de kant van de huisarts om zorg conform de richtlijnen te geven zijn diens vertrouwen om met depressie om te gaan en samenwerking met andere GGZ hulpverleners¹⁷.

In de volgende grafiek zien we hoe de ernst van depressie is afgenomen van patiënten die volgens de richtlijnen behandeld zijn in vergelijking bij patiënten bij wie dat niet het geval was¹⁸.

Depressie: ernst van depressie bij inclusie en na 1 jaar bij zorg conform richtlijnen en ontbrekende zorg



Bron: Prins, 2010

We zien in deze grafiek twee belangwekkende zaken. Ten eerste: patiënten die niet of niet volgens de regels behandeld worden, hebben bij aanvang al minder ernstige symptomen. In de tweede plaats: ze vertonen een vergelijkbare mate van herstel. Wanneer we corrigeren voor mogelijk leeftijds-, geslachts en opleidingsverschillen tussen patiënten en ook de verschillen tussen praktijken en artsen verdisconteren, dan is er zowel voor de goed behandelde als voor de minder goed of niet behandelde groep een significante daling in ernst en die daling is in beide gevallen even groot. Huisartsen hebben dus de neiging om hun behandeling op de ernstiger gevallen te richten. Maar de minder ernstige gevallen herstellen zonder behandeling even goed als de ernstiger met behandeling.

Dit is overigens geen nieuw gegeven: Dowrick¹⁹ meldde vijftien jaar geleden al dat patiënten met door de huisarts gediagnosticeerde depressie minder goed herstelden dan patiënten met depressie die de huisarts niet opmerkte. Hij concludeert dat het feit dat huisarts de diagnose depressie stelt, opgevat kan worden als een aanwijzing voor de ernst. David Goldberg²⁰, in internationaal opzicht één van de grote voorbeelden in de psychiatrische epidemiologie, beschrijft in 1998 een naturalistische studie in 15 landen waarin huisartsen kunnen kiezen of ze depressieve patiënten behandelen met antidepressiva, sedativa, zonder medicatie en een vierde groep waarbij de huisarts de depressie niet opmerkt. De twee groepen die medicatie krijgen, hebben bij aanvang veel ernstiger symptomen dan de twee andere groepen en dat is aan het einde hetzelfde. Nogmaals: huisartsen pikken de ernstigste gevallen eruit voor behandeling en degenen die de behandeling niet krijgen knappen even goed op.

Ormel en medeauteurs hadden gelijk dat de behandeling vaak niet aan de richtlijn voldoet, maar daarbij hoort de kanttekening dat dat in natuurlijke beloopstudies niet zoveel verschil uitmaakt.

Overigens, ook in experimenteel onderzoek waar de behandeling volgens de regelen der kunst wordt uitgevoerd, moeten we vaak vaststellen dat interventies die beproefd zijn in de tweedelijns in de eerstelijns veel minder

effect sorteren. Van Dyck²¹ heeft daar in zijn afscheidsrede als hoogleraar psychiatrie aan de VU uitgebreid over gesproken. Hij somt een groot aantal recente Nederlandse dissertaties op, waarbij in de tweede lijn beproefde behandelingen in de huisartspraktijk nauwelijks meer effect sorteren dan gebruikelijke zorg. Fournier en collega's²² publiceerden ongeveer een jaar geleden in het respectabele JAMA een meta-analyse over onderzoek van de afgelopen 30 jaar naar antidepressiva, waaruit blijkt dat antidepressiva bij lichte gevallen van depressie, zoals men ze vaak in de eerstelijns aantreft nauwelijks beter werken dan placebo's. Bij ernstige gevallen van depressie daarentegen, is de werkzaamheid van die antidepressiva wel duidelijk aanwezig. Al tien jaar geleden ontstond veel beroering toen Kirsch en Sapirstein meldden dat het placebo effect het grootste deel van het herstel voor zijn rekening nam²³. In een reactie hierop geeft Andrews²⁴ te kennen dat grote placebo responsen (60%) juist bij depressie gevonden worden, terwijl de placeborespons bij angst kleiner (25-50%) is en bij schizofrenie nauwelijks wordt aangetroffen.

Cuijpers⁷ voerde een meta-analyse uit op de gegevens van 15 gerandomiseerde studies naar het effect van psychologische behandelmethoden in de eerstelijns. Zijn conclusies zijn belangwekkend voor ons betoog. Over het geheel genomen blijkt de experimentele behandeling in de eerstelijns wel effectiever dan gebruikelijke zorg door de huisarts, maar het is maar een gering effect. De effect grootte in deze eerstelijns studies is veel kleiner dan de effectgrootte van vergelijkbare interventies in andere settings. Dit wordt met name beïnvloed door de wijze waarop men patiënten voor de behandeling rekruteert: geschiedt dit door een screeningsinstrument dan is het behandel effect in de eerstelijns veel kleiner dan in andere settings, worden patiënten die voor behandeling in aanmerking komen door de huisarts aangewezen, dan is het effect groter. Conclusie: winst bij eerstelijnsbehandeling is relatief gering, zeker wanneer de huisarts niet van tevoren een schifting aanbrengt.

Ormel, Bartel en Nolen hebben gelijk. Veel patiënten worden niet behandeld voor hun psychische problemen zoals de richtlijnen

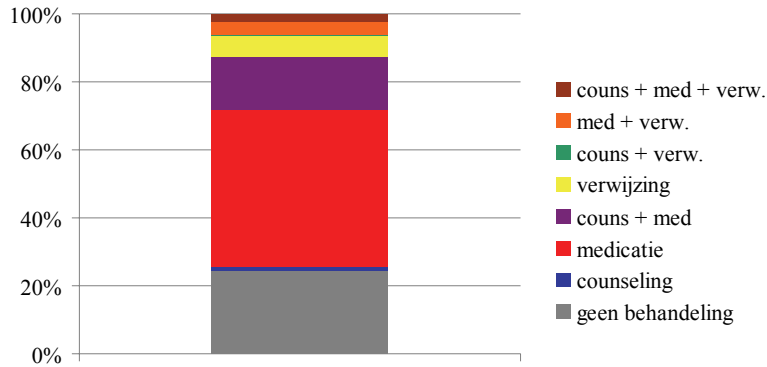
voorschrijven, maar bij degenen die die gepatenteerde behandeling mislopen maakt het ook niet zo veel uit en bij degenen die het wel krijgen is het effect geringer dan men op basis van tweedelijns onderzoek zou verwachten.

Patiënten die behandeld worden, houden zich niet aan de behandelrichtlijnen

Ook al is de behandeling conform de richtlijnen, dan kan het mislopen omdat patiënten zich niet aan de behandelvoorschriften, veelal met betrekking tot medicatie, houden. Lingam en Scott²⁵ rapporteren een mediaan van ruim 50% van mensen die zich niet goed aan de behandelvoorschriften houden. Dit heeft te maken met bijwerkingen van medicijnen, met het uitblijven van effecten en met misvattingen over medicatie in het algemeen en antidepressiva in het bijzonder. Een goede huisarts-patiënt relatie kan bijdragen aan betere compliantie.

Er is echter meer dan alleen verkeerde beeldvorming bij de patiënt. Uit het eerder genoemde onderzoek op NESDA data blijkt dat 60% van patiënten met een DSM-IV classificatie aangeven geen behoefte te hebben aan medicatie²⁶. Van de mensen die geen behandeling kregen maar dat wel wilden, hadden de meesten behoefte aan informatie of gespreksmatige hulp. Behoeftte aan een verwijzing, medicatie, praktische hulp of vaardigheidstraining werd veel minder genoemd¹⁴. Wat krijgen de meeste huisartspatiënten echter? Medicatie, soms samen met counseling; 12% wordt verwezen, zoals de volgende grafiek laat zien.

Behandelcombinaties in huisartspraktijk bij psychische stoornissen (2008)



Bron: LINH

Chilvers et al.²⁷ stelden al enige jaren geleden in een trial vast dat het effect van gespreksvoering en medicatie niet veel voor elkaar onder doen, maar dat het wel uitmaakt of patiënten de behandeling van hun aanvankelijke voorkeur hadden gekregen. Resumerend: de patiënt moet wel meewerken maar het maakt uit of zijn preferenties daarbij betrokken worden.

De afgelopen minuten zijn meerdere auteurs de revue gepasseerd die erop gewezen hebben dat de daadwerkelijk bereikte resultaten van behandeling van alledaagse psychische problemen in de eerste lijn achter blijven bij de verwachtingen die wetenschappelijk onderzoek gewekt heeft. Ze zijn in grote lijnen eenstemmig over de weg die ingeslagen moet worden. Ormel en collega's concluderen dat verbetering van signalering, behandeling volgens de richtlijnen, intensivering van zorg voor patiënten die niet reageren op simpele maatregelen en terugval preventie de vereisten zijn. Van Dijk ziet lichtpunten in de opkomst van collaborative care, waarbij de expertise van de SPV en psychiater veel meer in de eerstelijnszorg wordt geïntegreerd. En ook Cuijpers heeft als eerste aanbeveling dat huisartsen en de GGZ specialisten waarheen ze verwijzen nog meer gaan samenwerken.

Deze oplossingen gaan echter voorbij aan de suggestie die van al deze tegenvallende behandelresultaten van psychische problemen in de eerste lijn ook uitgaat: Zijn deze problemen in de huisartspraktijk wel vergelijkbaar met de psychische problemen waarvoor de specialistische GGZ effectieve behandelingen heeft te bieden? Ligt daar een verklaring voor de Depressieparadox?

Een alternatief verklaringsmodel voor de Depressieparadox

Wilson en Cleary²⁸ hebben eind vorige eeuw gewezen op de gelaagdheid van het begrip “gezondheidstoestand” dat op steeds gedetailleerder niveau in beschouwing kan worden genomen. Ik heb de vrijheid genomen hun dimensie vanuit verschillende invalshoeken in te vullen. Ik waarschuw u: dit is een schema, en ik deel de wereld schematisch en weinig genuanceerd in.

Wilson en Cleary²⁸ ontwikkelden hun model vanuit het besef dat gezondheid op veel verschillende niveaus gemeten kan worden. Aan het ene uiterste zien we de sociaalwetenschappelijke invalshoek met een globale schatting van de gezondheid van individuen. Aan het andere uiterste het biologische perspectief, gericht op pathologische lichaamsprocessen

Op het meest gedetailleerde niveau wordt gezocht naar afwijkingen op cel of moleculair niveau. De medisch specialist observeert symptomen op het niveau van organen. Weer een niveau hoger kijkt de huisarts, de verpleeghuisarts of revalidatiearts naar de functionele status van het gehele lichaam: welke beperkingen heeft de patiënt en wat kan hij nog wel. De patiënt ten slotte neemt op basis van een algemeen gevoel van gezondheid of ongezondheid, zijn gezondheidstoestand in ogenschouw.

Wetenschappelijke invalshoek:	Sociaal wetenschappelijk	Huisartsgeneeskunde	Klinische praktijk Epidemiologie	Biologisch/ (Patho)fysiologisch
Niveau van observatie	Algemeen gezondheidsgevoel	Functionele status (beperkingen)	Organen	Cel/Moleculair
Operationalisering	Evaluatie door de patiënt	Gestandaardiseerd vastleggen wat patiënt fysiek en mentaal kan	Symptomen: DSM-IV classificatie	Brein Serotonine – heropname Genen
	Illness/Ziektegevoel \longleftrightarrow Disease/Ziekte/Stoornis			
	Patiëntenperspectief \longleftrightarrow Professioneel perspectief			
Zorgniveau:	Open populatie	Eerstelijns Huisarts (eerstelijnspsycholoog)	Tweedelijns Ziekenhuis; GGZ-instelling/psychiater	Fundamenteel onderzoek Pathofysiologie Genetica

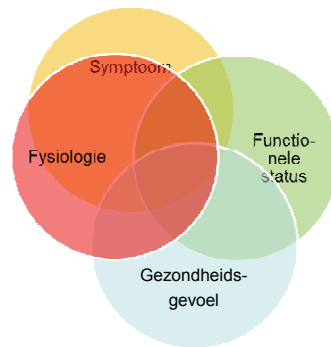
Op microbiologisch niveau kijken we naar MRI-scans van de hersenen, naar de heropname van serotonine of we zoeken naar mutaties in het gen die verantwoordelijk zijn voor b.v. schizofrenie. Op het niveau van de zieke organen richt de specialist zich op symptomen en op laboratoriumuitslagen die iets zeggen over de werking van die organen. De medische hulpverlener met een meer generalistische blik onderzoekt op gestandaardiseerde wijze wat de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt zijn en op het meest algemene niveau vraagt de patiënt zich af of hij zich lekker voelt of niet.

Dit continuüm van globaal patiënten gevoel tot een vertaling daarvan op het niveau van bloedwaarden en MRI-scans kan ook uitgedrukt worden op het continuüm van ziektegevoel tot gedefinieerde ziekte. Definiëren we het aan de hand van bevindingen op fysiologisch of pathologisch/anatomisch niveau dan kunnen we over “ziekte” spreken. Op dit niveau is de medische wetenschap er de afgelopen 150 jaar in geslaagd ziekten te definiëren, hun ontstaan en beloop en te verklaren en succesvolle behandelingen te ontwikkelen. In het beste geval zijn oorzaken, beloop en prognose welomschreven. Het is objectiveerbaar. De tegenpool, “ziektegevoel” refereert aan subjectieve belevingen die toegeschreven worden aan ziekte, maar waarvan de relatie met lichamelijke afwijkingen nog vastgesteld moet worden²⁹. Het ziektegevoel geeft het patiënten perspectief weer, geobjectiveerde ziekte is de uitdrukking van het professionele perspectief.

Op de onderste rij geef ik aan dat men in de open populatie en in de eerstelijnsgezondheidszorg veelal met “ziektegevoel” geconfronteerd wordt. In de meer specialistische omgeving krijgt men te maken met klinische manifestaties die zich in symptoom definities volgens een DSM IV laten voegen, die als stoornis betiteld kunnen worden. De gang van hulp zoeken via huisarts naar gespecialiseerde GGZ in de onderste rij zal door ingewijden herkend worden als het model van Goldberg en Huxley³⁰, dat hier in Groningen met name door het werk van Giel en Ormel³¹ de afgelopen 25 jaar bekend is geworden.

Uiteraard is er verband tussen de onderscheiden domeinen, maar ze vallen niet samen.

Mogelijke overlap tussen fysiologie, symptomen, functionele status en gezondheidsgevoel



Behalve dat de overlap tussen op fundamenteel niveau en meer globaal beschreven toestandsbeelden niet volmaakt is, blijkt het globale niveau in een aantal opzichten het specialistische fundamentele niveau de baas te zijn. Zo is herhaaldelijk vastgesteld dat het gezondheidsgevoel van patiënten een betere voorspeller voor overlijden 10 jaar later is, dan nauwkeurige fysiologische metingen^{28,32}.

Mijn hypothese is dat in de gespecialiseerde omgeving, waar men een op ernst geselecteerde populatie bestudeert, waarnemingen op de verschillende niveaus meer samenvallen dan in de omgeving van de eerstelijns gezondheidszorg en de algemene bevolking, waar rijp en groen samen komt. Therapieën om angststoornissen en depressie te behandelen zijn ontwikkeld en getest in een specialistische omgeving, op populaties die voldeden aan de criteria voor de ideaaltypische “ziekte”. Wanneer dat het geval is, zal de aanwezigheid van klinische symptomen (nodig voor een DSM-IV classificatie) traceerbaar zijn in fysiologische processen in de hersenen en samenvallen met de beperkingen die patiënt heeft en de beleving van de patiënt. In een meer algemene omgeving is dat verband veel minder sterk.

Deze hypothese zou een aantal van de anomalieën die ik eerder in mijn betoog naar voren bracht, verklaren.

1. Therapieën werken minder goed bij patiënten in de eerste lijn of de open populatie omdat er veel vals positieven zijn. Als men DSM-IV criteria, ontwikkeld in de tweede lijn, gaat toepassen in de eerste lijn, dan zullen de symptomen een veel kleinere predictieve waarde hebben, omdat de prevalentie van ernstige depressie veel kleiner is.
2. Het zou ook verklaren dat een relatief vage nosologische ziektecategorie als “depressie” veel gevoeliger lijkt voor placebo effecten dan een ziekte categorie als schizofrenie met duidelijker aangrijpingspunten in onderliggende fysiologische mechanismen.
3. Het zou verklaren dat in de eerstelijns of algemene bevolking voor een groter deel sprake is van spontaan herstel, ook zonder behandeling conform richtlijnen.
4. En dus verklaart het dat de aangetroffen hulpbehoefte bij mensen met DSM-IV symptomen in de eerstelijns of algemene bevolking kleiner is.

Gevolgen van de alternatieve verklaring

De implicatie van mijn hypothese is dat er een veel strenger onderscheid gemaakt moet worden tussen patiënten die aan een ernstige psychische stoornis lijden, die we met recht als “ziekte” kunnen betitelen en mensen die bij navraag wel een aantal symptomen noemen maar niet binnen de echte ziekte definitie vallen. Hierbij is de door de patiënt ervaren lijdensdruk en hulpbehoefte een belangrijk richtsnoer.

Hiermee sluit ik aan bij de traditie van de founding fathers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Frans Huijgen en Jan van Es om de meest toonaangevende te noemen. Zij wezen erop dat het probleemaanbod in de eerstelijns fundamenteel anders is dan het geselecteerde aanbod dat bij de specialist belandt. Huijgen is degene die er als geen ander op gewezen heeft dat in geval van ziekte het lichamelijke en het psychosociale altijd

verweven zijn, zonder dat daarbij onmiddellijk het psychische in de pathologische, psychiatrische sfeer getrokken moet worden³³. De huisarts wordt geconfronteerd met rijp en groen. Hij ziet de hele range van duidelijke gevallen van “disease” tot vage symptomen en onlustgevoelens, waarvan de diagnose nog alle kanten uit kan. Een belangrijke taak voor de huisarts is om te schiften. Uit het handboek huisartsgeneeskunde van van Es³⁴ ken ik het verhaal van de 19^e eeuwse Utrechtse hoogleraar interne geneeskunde Talma. Deze maakte in zijn colleges gewag van een in zijn ogen zeer kundige huisarts die slechts twee diagnoses gebruikte: pluis of niet pluis. Pluis betrof alle symptomen van self limiting diseases, niet pluis waren de aandoeningen die zonder ingrijpen een slechte afloop zouden hebben. Huijgen en zijn school ontwikkelde het concept “preventie van somatische fixatie”³⁵, waarin gewaarschuwd werd voor een te snelle gerichtheid op somatische symptomen die patiënten uiten, ergo voor een te snelle beslissing in de richting van een mogelijk “disease”. Mutatis mutandis pleit ik voor terughoudendheid bij psychische symptomen, om deze meteen om te vormen tot een psychiatrische diagnose.

Wanneer men louter symptomen conform de DSM-IV telt, wordt in die gevallen waar symptomatologie niet goed samenvalt met ziektegevoel veel groen tot rijp benoemd, wordt “illness” ten onrechte “disease” en eigent de specialist of de basis GGZ zich deze “gevallen” toe. Waarbij, zoals betoogd, een substantieel deel geen behandelbehoefte heeft. Van onverdachte huize kan ik Dick Swaab citeren die in zijn boek “Wij zijn ons Brein” onverkort stelt op pagina 155 dat “in drie kwart van de gevallen [dat mensen antidepressiva slikken] worden deze middelen gegeven aan iemand die weliswaar in de put zit, maar geen zware depressie heeft”³⁶. Oftewel: er zijn enige beperkingen, de nodige symptomen zijn wellicht aanwezig, maar op het biologische vlak is er onvoldoende aanleiding om van een zware depressie te spreken die als ziekte behandeld moet worden

Twee belangrijke taken liggen hier voor de huisarts. In de eerste plaats, het scheiden van pluis en niet pluis. En in de tweede plaats, degenen die wel hulp zoeken maar niet als depressief in engere zin (of als pathologisch

angstig) gediagnosticeerd moeten worden, op zodanige wijze tegemoet treden dat men zich erkend voelt en niet vanwege het niet erkend worden alsnog in contraproductief ziektegedrag vervalt. Aan de wijze waarop dat in de huisartspraktijk kan geschieden, wil ik het laatste deel van mijn betoog wijden.

Waar het gaat om het onderscheid tussen patiënten met een ernstige psychische aandoening en patiënten met levensproblemen die begeleiding behoeven, wil ik wijzen op de door Terluin ontwikkelde vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)³⁷. Deze lijst probeert onderscheid te maken tussen mensen met min of meer normale stress reacties en mensen met een echte stoornis, angst of depressie. Mensen met een stoornis hebben ook stress symptomen, maar andersom hebben de meeste mensen met stress symptomen geen stoornis in de engere zin. Met de 4DKL worden de twee groepen van elkaar onderscheiden. Kenmerkend voor het gebruik van deze vragenlijst is dat het niet zozeer een screener moet zijn, waarmee je aan de uitslag afleest of de patiënt “psychische koorts” heeft, maar veel meer een gespreksagenda voor arts en patiënt op basis waarvan ze het gesprek kunnen aangaan en de arts kan nagaan of hij een psychische stoornis in engere zin uit kan sluiten. Ook kunnen de ideeën en de wensen van de patiënt zo in beeld komen. Een gesprek dat wellicht gedelegeerd kan worden, daarover dadelijk meer.

Waar het gaat om behandeling pleiten Bensing en van Dulmen³⁸ al jaren voor het meer serieus nemen van de mogelijk helende werking van het placebo effect, dat nu voornamelijk gezien wordt als spelbreker bij het onderzoek naar antidepressiva. Ik memoreerde al dat juist bij mensen met een lichte depressie de placebowerking het meest van de werkzaamheid verklaart²². Bensing en Verheul³⁹ geven in hun review over de rol van communicatie bij placebo effecten aan dat de meest plausibele mechanismes achter het placebo effect conditionering, oproepen van verwachtingen en reductie van angst en stress zijn. Het zijn juist deze middelen die de huisarts kan inzetten om in de hulpbehoefte van patiënten op psychisch gebied te voorzien, zonder ze tot de volksziekte “depressie” te

veroordelen. Al veertig jaar geleden bepleitte Dokter het belang van de persoon van de huisarts bij het genezingsproces⁴⁰. Johnston et al.⁴¹ geven aan dat veel huisarts patiënten met depressieve klachten een weerstand ervaren tegen een benadering vanuit een ziektemodel. Ze zien hun toestand niet als een ziekte maar als een omstandigheid waarmee ze van dag tot dag moeten leren leven. Praten en begrip van een professional helpt daarbij. Daarbij verdient de benadering van onverklaarde lichamelijke klachten, die door Dowrick en Salmon⁴² ontwikkeld is, aandacht: men moet deze klachten niet negeren, ook niet wegwuiven met de mededeling dat onderzoek geen afwijkingen aantoonst en dat men zich dus geen zorgen moet maken, maar men moet samen met de patiënt oplossingen of verklaringen vinden, oplossingen die geworteld zijn in de belevingswereld van de patiënt. Ik noemde reeds het door Huijgen en Grol ontworpen programma “preventie van somatische fixatie”. Patiënten met steeds terugkomende lichamelijke hulpvragen waarbij geen sprake is van ernstige ziekte (opnieuw: er is een grote discrepantie tussen “ziektegevoel” en “ziekte”) moeten serieus genomen worden, niet afgewezen maar ook niet bevestigd in hun angst voor een ziekte. Ik pleit nu voor dezelfde houding ten opzichte van psychisch onwel bevinden, om “psychische fixatie” te voorkòmen.

En dergelijke preventie is belangrijk, in geval van patiënten die geen psychische stoornis in engere zin hebben, die in de categorie “groen” vallen, waarbij meer sprake is van ziektegevoel dan van psychische stoornis in fysiologische of klinische zin. Een diagnose depressie leidt er namelijk wel toe dat zowel patiënten als hun omgeving zich gaan gedragen naar die diagnose. Die diagnose krijgt een onafhankelijk bestaan. De patiënt is overgeleverd aan een onafhankelijke dreiging van buiten en moet afwachten of de medicatie of andere therapie het de baas zal worden. Wanneer dit vervolgens niet werkt, zal het gevoel van machteloosheid alleen toenemen. Wanneer het wel werkt is het de vraag wanneer de patiënt weer zonder kan.

De rol van de huisarts als vertrouwde hulpverlener blijft op deze wijze cruciaal. Uiteraard niet zonder dat er sprake is van ondersteuning binnen de huisarts voorziening, door praktijkondersteuners, en binnen de eerstelijns door eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, in wat wellicht binnen afzienbare tijd bekend zal staan als basis GGZ. Maar ook in dit verband wil ik pleiten voor een terughoudende houding ten aanzien van voor de hand liggende psychische diagnoses. De huisarts kan ondersteund worden door een POH-GGZ die met de patiënt gesprekken voert om samen met de patiënt te analyseren wat hem dwars zit. Wanneer de POH-GGZ echter begint met een aantal screeningslijsten op depressie, angst, en somatisatiestoornis af te nemen, wordt de patiënt al benaderd op het niveau van “ziekte”, terwijl eerst gezien moet worden welke betekenis zijn gevoelens van “ziektegevoel” hebben. Is er echt sprake van “ziekte”, een psychische stoornis, dan is de basis GGZ, bijvoorbeeld verricht door eerstelijnspsychologen of SPV-en de aangewezen weg. Interessante onderzoeksvraag is dan vervolgens tot welke mate van ernst deze basis GGZ, met kortdurende behandeling psychische problematiek aankan, en waar verwijzing naar de echte specialist geïndiceerd is.

Mijn onderzoeksprogramma

Hiermee is in grote lijnen de thematiek van mijn onderzoeksprogramma de komende jaren geschetst. Dit programma zal zich op drie hoofdlijnen richten:

1. Hulp zoeken en hulpbehoeftes van patiënten:
 - Welke kenmerken van patiënten leiden tot hulp zoeken.
 - Wat zijn behandelvoorkeuren van patiënten onder welke omstandigheden.
 - Op zoek naar betere voorspellers dan DSM-IV criteria voor een “psychisch ziekte in engere zin” , waarvoor behandeling in GGZ-perspectief geboden is.

2. Behandeling van psychische problemen binnen de huisartsvoorziening:
 - Onderzoek naar niet-psiateriserende behandelwijzen, bijvoorbeeld door tegengaan van sociale isolatie en activering.
 - Onderzoek naar zinnige begeleidingsmethoden voor psychische problemen binnen de huisartsensetting, zonder deze te “psiateriseren”.
 - Experimentele placebo interventies in huisartspraktijk.
3. De samenwerking en taakafbakening tussen huisarts en basis GGZ:
 - Onderzoek naar inzet van de praktijkondersteuner GGZ. Nagaan in welke mate de inzet van praktijkondersteuners leidt tot het voorkomen van “psychische fixatie”.
 - Onderzoek naar preferenties van patiënten inzake taakdelegatie en overgang naar basis GGZ.
 - Onderzoek naar de vereiste omschakeling van huisartsenzorg naar basis-GGZ en de organisatorische voorwaarden hiervoor.

Gezien de algemene nadruk van de vakgroep, zal dit onderzoek met name worden uitgevoerd onder kinderen en ouderen.

Met de bestudering van deze thema's hoop ik de komende jaren mijn bijdrage te leveren aan het onderzoek binnen de afdeling huisarts-geneeskunde, in het vaste voornemen om dat te doen in samenwerking met iedere groep binnen en de buiten de universiteit die de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder een warm hart toedraagt.

Dankwoord

Rest mij, aan het eind van mijn betoog gekomen, een woord van dank aan degenen die mijn verschijnen in toga mogelijk gemaakt hebben.

In de eerste plaats gaat mijn dank uit naar Jozien Bensing, om een veelheid van redenen. Als directeur van het NIVEL heeft ze zich grote inspanningen getroost om de voorwaarden te creëren waaronder het NIVEL succesvol buitengewone leerstoelen als deze kan instellen. Los daarvan wil ik haar bedanken voor het vertrouwen dat ze, sinds ze me als erkend gewetensbezwaarde bij het Nederlands Huisartsen Instituut binnenhaalde, al die jaren in me gesteld heeft. Ook de andere helft van de voormalige NIVEL directie, Jouke van der Zee en de huidige directeur Peter Groenewegen wil ik van harte dankzeggen voor hun inspanningen om deze buitengewone leerstoel ingesteld te krijgen.

In het algemeen dank ik het NIVEL en het UMCG voor het vestigen van de bijzondere leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen.

Het NIVEL is een buitengewoon plezierige plek om te werken, en daar dragen alle ±200 medewerkers aan bij. De volgenden hebben met mij de laatste jaren het onderzoek op het gebied van eerstelijns geestelijke gezondheidszorg gestalte hebben gegeven: Marieke Zwaanswijk, Else Zantinge, Susan Meijer, Marijn Prins en Ilse van Beljouw. Francois Schellevis en Roland Friele dank ik voor het commentaar dat ze op een eerste versie van deze oratie hebben gegeven, Herma van den Brink en Doortje Saya voor de vormgeving van de binnenkant van dit boekje en van de PowerPointpresentatie. Uiteraard bedank ik Luc; na CD-hoesjes, DVDs en boekomslagen dank ik nu weer de omslag van deze oratie aan jou.

Om mijn leerstoel in Groningen te creëren heeft de toenmalige hoogleraar huisartsgeneeskunde, Klaas van der Meer, een belangrijke rol gespeeld. Onze onderlinge relatie dateert uit de tijd van het stimuleringsfonds huisartsgeneeskunde, waarbij ik als lid van een wetenschappelijke adviesgroep het voorrecht had om jaarlijks de vorderingen van Klaas te mogen beoordelen en begeleiden. Eenmaal gepromoveerd en hoogleraar heeft hij dit terugbetaald door als copromotor bij Else Zantinge en Marijn

Prins te fungeren en mijn pad naar Groningen te effenen. Daarvoor dank. Bij mijn verschijnen ging Klaas met emeritaat en huisartsgeneeskunde kreeg er ongevraagd een nieuwe medewerker bij. De onderzoekers binnen deze vakgroep hebben me zeer collegiaal opgevangen. In de eerste plaats dank aan professor Marjolein Berger, opvolger van Klaas van der Meer, voor de wijze waarop ze mijn positie binnen de vakgroep heeft ingepast in het bestaande geheel aan onderzoeksprioriteiten. Dank aan Annette Berendsen, Janny Dekker, Yvonne v Leeuwen en alle andere onderzoekers binnen huisartsgeneeskunde, voor mijn introductie binnen de vakgroep. En dank aan alle medewerkers van de medische opleiding en de opleiding huisartsgeneeskunde voor jullie belangstellende welkom.

Dank ten slotte aan die mensen die je praktisch zo nodig hebt: Arnoud Rozema, Janny Stoppels, Gerda de Voogd en Mariecke van Bijssum.

Vanaf mijn eerste dag binnen het UMCG heb ik me kunnen verheugen in belangstelling van de zijde van de onderzoekers binnen Psychiatrie. De onderzoeksgroep die onder professor Rob Giel groot geworden is, en onder Hans Ormel en Durk Wiersma in verschillende richtingen tot grote internationale hoogte is gestegen, is voor mij in de psychiatrische epidemiologie altijd een grote inspiratiebron geweest. Ik ben blij samen met Richard Oude Voshaar mijn eerste samenwerkingsproject geformuleerd te hebben, en hoop op een vruchtbare samenwerking met Richard, met Robert Schoevers en alle anderen binnen psychiatrie.

Ten slotte wil ik een omissie uit het dankwoord bij mijn proefschrift goedmaken. 25 jaar geleden vond ik het niet nodig om “het thuisfront” te bedanken. Dat was cliché en dat proefschrift was ten slotte “gewoon werk”. Ik ben er anders over gaan denken, en wil bij deze mijn overleden ouders noemen, die er voor gezorgd hebben dat ik ben wie ik ben en sta waar ik sta. Ze zouden trots geweest zijn, zo trots als een aap met zeven staarten zou wijlen mijn grootmoeder gezegd hebben.

En Jet, je staat er altijd op een vanzelfsprekende en nuchtere manier, en als op iemand het motto van deze oratie, in alledaagse termen vertaald, van toepassing is, dan ben jij het: doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg.

Literatuurlijst

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(s420):21-27.
2. Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S v. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Trimbosinstituut, Utrecht 2010
3. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.
4. Boardman J, Henshaw C, Willmott S. Needs for mental health treatment among general practice attenders. *Br J Psychiatry* 2004; 185:318-327.
5. Verhaak PFM, Beljouw IMJ van, Dijk CE van. Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.
6. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370(9590):807-808.
7. Cuijpers P, Straten Av, Schaik Av, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2009; DOI: 10.3399/bjgp09X395139.
8. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht, Trimbosinstituut, 2005

9. Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. A randomized trial. *Arch Gen Psych* 1999; 56:1109-1113.
10. Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy: a review. *Am J Psychiatry* 1997; 154:147-155.
11. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unützer J, Lin EH, Walker EA et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1638-1644.
12. Cuijpers P, Straten Av, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders. A meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(2):119-125.
13. Ormel J, Bartel M, Nolen WA. De depressieparadox: werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. Oorzaken en beleidsaanbevelingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004; 46(4):237-246.
14. Beljouw I van, Verhaak P, Prins M, Cuijpers P, Penninx B, Bensing J. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services* 2010; 61(3):250-257.
15. Smolders M, Laurant MGH, Verhaak PFM, Prins MA, Marwijk HWJ, Penninx BWJH et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:460-469.
16. Prins MA, Verhaak PFM, Smolders M, Laurant MGH, Meer Kvd, Spreeuwenberg P et al. Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *J Gen Intern Med* 2010; 25(7):648-655.

17. Smolders M, Laurant MGH, Verhaak PFM, Prins MA, Marwijk HWJ, Penninx BWJH et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders. *Med Care* 2010; 48(3):240-248.
18. Prins MA. Mental health care from the patient's perspective. A study of patients with anxiety and depression in general practice. Thesis Universiteit Utrecht, Utrecht, NIVEL, 2010
19. Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ* 1995; 311:1274-1276.
20. Goldberg D, Privett M, Ustün TB, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment of depression on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice* 1998; 48:1840-1844.
21. Dyck R van. GGZ in de eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij? 2007. Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam.
22. Fournier JC, DuRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC et al. Antidepressant drug effects and depression severity. *JAMA* 2010; 303(1):47-53.
23. Kirsch I, Sapirstein G. Listening to prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment* 1998; 1
<http://journals.apa.org/pt/prevention/volume1/pre0010002a.html>
24. Andrews G. Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. *Br J Psychiatry* 2001; 178:192-194.
25. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:164-172.
26. Prins MA, Verhaak PFM, Meer Kvd, Penninx BWJH, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *J Affect Disord* 2009; 119:163-171.

27. Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B et al. antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ* 2001; 322:772-775.
28. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA* 1995; 273(1):59-65.
29. Lamberts H. Probleemgedrag in de eerste lijn. *H & W* 1975; 18:492-502.
30. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. London: Routledge, 1992.
31. Giel R, Koeter MWJ, Meer Kvd, Ormel J. De filters in het model van Goldberg en Huxley in de praktijk. *H & W* 1991; 34:164-169.
32. Idler EL, Russell LB, Davis D. Survival, functional limitations and self rated health in the NHANES I Epidemiological follow-up study, 1992. *Am J Epidemiol* 2000; 152(9):874-883.
33. Huijgen, FJA. Family Medicine. The medical history of families. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1978
34. Es, JC van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht, Bohn Scheltema & Holkema, 1980
35. Grol RPTM (red). Huisarts en somatische fixatie, Utrecht/Antwerpen, Bohn Scheltema & Holkema, 1983
36. Swaab D. Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer. Amsterdam Antwerpen: Uitgeverij Contact, 2010.
37. Terluin B, Brouwers EPM, Marwijk HWJ, Verhaak PFM, Horst HEvd. Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice* 2009; 10:58:doi:10.1186/1471-2296-10-58.

38. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Contextwerking in de geneeskunde. Den Haag, RGO, 2000
39. Bensing JM, Verheul W. The silent healer: the role of communication in placebo effects. *Patient Educ Couns* 2010; 80(3):293-299.
40. Dokter, HJ, De ontwikkeling van de arts-patiënt relatie in de huisartsgeneeskunst. *Huisarts en Wetenschap* 1967; 10: 142-145
- 41 Johnston O, Kumar S, Kendall K, Peveler R, Gabbay J, Kendrick T. Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. *British Journal of General Practice* 2007; 57(november):872-879.
- 42 Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice* 2004; 54(3):165-170.