

Huisarts en depressieve patiënt: een problematisch duo?

door F.P.M.L. Peeters

Samenvatting

De kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg staat met enige regelmaat al geruime tijd, in veelal kritische zin, ter discussie in zowel binnenlandse als buitenlandse vakliteratuur. Een substantieel gedeelte van deze discussie beweegt zich op het gebied van herkenning en behandeling van unipolaire depressies: door gebrek aan kennis en vaardigheden bij huisartsen zou een aanzienlijk deel van hun depressieve patiënten niet adequaat worden gediagnosticeerd en behandeld. Er zou hierdoor sprake zijn van onnodige morbiditeit, die door verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen vermeden kan worden. Op grond van methodologische problemen met generalisatie van bestaande onderzoeksgegevens en meer recente resultaten van onderzoek, zowel in de eerste als tweede lijn, verdient deze stelling echter nuancering.

Inleiding

Al geruime tijd verschijnen er in de (psychiatrische) vakliteratuur regelmatig artikelen waarbij op grond van onderzoeksresultaten keer op keer wordt vastgesteld dat er in de eerste lijn sprake is van ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling van psychiatrische problematiek (zie o.a. De Groot 1995; Olfen, Gilbert e.a. 1995; Ormel en Tiemens 1995; Schulberg, Madonia e.a. 1995). Vooral stemmingsstoornissen, met name unipolaire depressies, staan hierbij in het centrum van de aandacht. De literatuur overziend lijkt er sprake van een ontwikkeling waarin achtereenvolgens epidemiologische en diagnostische aspecten en pas later behandelingsvraagstukken aan de orde kwamen (Schulberg en Pajer 1994). Een belangrijke teneur in de literatuur is dat er door het matig functioneren van huisartsen op dit terrein sprake is van een aanzienlijk probleem op het gebied van de geestelijke volksgezondheid (zie o.a. v.d. Brink en Giel 1991; Ormel e.a. 1991).

Doel van dit artikel is, in het licht van recent onderzoek in de diverse echelons, deze laatste conclusie opnieuw op haar merites te onderzoeken.

Wat doen huisartsen eigenlijk niet goed? Kritiek en verdediging

Er is in het verleden met behulp van verschillende methoden veel onderzoek verricht naar de mate waarin huisartsen psychiatrische problematiek bij hun patiënten signaleerden, diagnosticeerden en behandelde. Huisartsen bleken in 30-60% van de gevallen de depressie van hun patiënt niet te hebben herkend (Ormel e.a. 1990; Sherbourne e.a. 1994). Verder bleek in een groot aantal wel herkende gevallen de behandeling volgens psychiatrische normen niet adequaat (Johnson 1974; Katon e.a. 1992; Donoghue en Tylee 1996). Detectie bleek te worden beïnvloed door zowel arts- als patiëntvariabelen. Huisartsen met betere psychiatrische kennis, betere gespreksvaardigheden en een positieve attitude tegenover emotionele problemen functioneerden in dit opzicht het best (Davenport e.a. 1987; Goldberg e.a. 1993; Gask 1994; Brody e.a. 1995). De ernst van de depressie, psychiatrische comorbiditeit, hoge contactfrequentie bij de huisarts, het uiten van meerdere redenen voor het consult en het zelf uitspreken van psychische en/of sociale problemen bleken patiëntvariabelen die de kans op herkenning doen toenemen (Ormel e.a. 1990; Bensing en Verhaak 1994; Coyne e.a. 1995). In de discussie over de betekenis van deze onderzoeksgegevens werden ter verdediging van huisartsen diverse argumenten aangevoerd:

- In alle onderzoek werd gebruikgemaakt van cross-sectionele metingen; door de onderzoekers werd gekeken of op een bepaald moment de door hen vastgestelde psychopathologie ook door de huisarts werd herkend en behandeld. De ernst van de op deze wijze geconstateerde non-detectie werd genuanceerd op grond van het feit dat detectie en diagnostiek in de eerste lijn niet geschieden via cross-sectionele dataverzameling doch gezien moeten worden als resultanten van een proces dat zich in de loop der tijd in de arts-patiëntrelatie voltrekt (Bensing en Beerendonk 1990; Bensing en Verhaak 1994). Op deze wijze bezien blijken huisartsen meer over hun patiënten te weten dan uit cross-sectioneel onderzoek blijkt (Bensing en Beerendonk 1990).
- De in de onderzoeken gehanteerde psychiatrische classificatiesystemen zijn van beperkte bruikbaarheid in de eerste lijn vanwege de grote prevalentie van psychiatrische en somatische comorbiditeit en grotere veelvormigheid (zowel naar aard als ernst) van de gepresenteerde psychopathologie (Busschbach en Verhaak 1986; Bensing en Verhaak 1994; Terluin en Van der Meer 1995). Een uiting van dit spanningsveld is de discussie over de validiteit van de zogenaamde 'mixed anxiety-depressive disorder' die op grond van eerstelijns-onderzoek als veel voorkomende, aparte classificatie wordt voorgesteld, doch vooralsnog zeer terughoudend in de te onderzoeken categorie van de DSM-IV is ondergebracht (APA 1994).

- De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis dient niet per se te worden opgevat als een indicatie voor behandeling. Patiënten, zo wordt gesteld, zijn autonome en competente partners in een hulpverleningsrelatie, die over het algemeen duidelijke opvattingen hebben over de reden waarom ze naar hun huisarts gaan en waar ze al dan niet hulp voor willen (Lamberts en Hofmans-Okkes 1994). Patiënten zijn lang niet allemaal gediend van een interventie gericht op het verminderen van hun psychisch lijden. Het is echter onduidelijk in hoeverre vermindering door patiënten (en mogelijk ook hun huisartsen) van het bespreken van psychische klachten leidt tot een zekere mate van pseudo-competentie. Wellicht dat de gegroeide aandacht voor de psychiatrie in de media onbekendheid, onwetendheid en taboedenken bij het publiek hebben doen afnemen.

Ondanks deze kanttekeningen is er in de literatuur wel sprake van enige consensus over het feit dat het huisartsgeneeskundig handelen bij detectie en behandeling van depressies voor enige verbetering vatbaar is. De afgelopen jaren zijn er enkele interventies voorgesteld en uitgevoerd die hieraan een bijdrage zouden moeten leveren. Op consensus gebaseerde protocollen/standaarden voor detectie en behandeling werden gepubliceerd (De Groot 1995; Van Marwijk e.a. 1994; Paykel en Priest 1992; Rush 1993), in Groot-Brittannië werd gestart met een grootschalige voorlichtingscampagne aan het publiek (Priest 1994), en in ons land werd een training in herkenning en behandeling van psychosociale klachten voor huisartsen ontwikkeld (Jenner e.a. 1995). Een belangrijk uitgangspunt hierbij was dat een depressie een ernstige, doch goed behandelbare, aandoening is met ingrijpende gevolgen voor het dagelijks functioneren. Zowel verbetering van detectie als behandeling in de eerste lijn zou dan ook direct leiden tot verbetering in het functioneren van depressieve patiënten in de eerste lijn. In het navolgende gedeelte van dit artikel zal worden nagegaan in hoeverre dit uitgangspunt te onderbouwen is op grond van resultaten van empirisch onderzoek.

Wat hebben resultaten van psychiatrische research de huisarts te bieden?

Aanbevelingen voor verbetering van huisartsgeneeskundig handelen op het gebied van depressies zijn veelal van psychiatrische zijde gedaan. De bruikbaarheid van deze aanbevelingen kent echter beperkingen. Allereerst komt veel psychiatrische kennis voort uit onderzoek dat verricht is in gespecialiseerde centra, het is echter niet duidelijk of en hoe deze kennis naar de eerste lijn mag worden gegeneraliseerd. In aanvulling hierop geven resultaten van onderzoek in zowel eerste als tweede lijn aan dat het zonder meer toepassen van psychiatrische kennis en vaardigheden in de eerste lijn niet tot meerwaarde hoeft te leiden. In het

onderstaande wordt op deze drie punten verder ingegaan.

(1) Veel psychiatrische kennis over de behandeling van depressies komt voort uit gerandomiseerd klinisch onderzoek bij patiënten in de tweede en derde lijn. Het generaliseren van deze onderzoeksresultaten naar de eerste lijn is slechts mogelijk indien aan een aantal voorwaarden is voldaan (Schulberg e.a. 1991; Ormel en Tiemens 1995); 'setting' van de behandeling, aard en ernst van de aandoening en karakteristieken van de patiënt dienen voldoende overeen te komen. Aan deze voorwaarden wordt echter ten dele voldaan.

Setting van de behandeling – Er zijn goede redenen om aan te nemen dat de verschillen in setting groot zijn. Allereerst zijn de duur, frequentie en locatie van een contact in de eerste lijn anders dan in gespecialiseerde centra. Daarnaast verschillen status van en beeldvorming over de hulpverlener en type hulpverlening tussen de echelons. Tot slot kunnen verschillen in vergoeding, bijvoorbeeld de eigen bijdrage voor psychotherapeutische behandeling, een rol spelen. Er is alle reden om aan te nemen dat deze inhoudelijke en specifieke verschillen verantwoorde generalisatie bemoeilijken.

Aard en ernst van de aandoening – De mate van overeenkomst in aard en ernst van de aandoening is in de literatuur een punt van discussie. Psychiatrische problematiek in de eerste lijn blijkt van een gedeeltelijk andere aard. Er komt veel heterogene symptomatologie voor die niet voldoet aan enige psychiatrische classificatievorm en die, zoals reeds boven gememoreerd, vaak een mengeling is van angst- en depressieve symptomatologie (Ormel e.a. 1990; Sherbourne e.a. 1994). Daarnaast is er vaak sprake van somatische comorbiditeit, die in clinical trials veelal een exclusiecriteria vormt.

Ook de ernst van depressies in de eerste lijn is onderwerp van debat. Dit onderwerp is relevant omdat de psychiatrische onderzoeksliteratuur naar effectiviteit van behandelingen van depressies inclusiecriteria wat betreft ernst hanteert, waaraan de meeste patiënten in de eerste lijn niet voldoen. Zo bleek uit een recent onderzoek 44.5% van de depressies in de eerste lijn als mild en 38% als matig ernstig te kunnen worden geclassificeerd op grond van symptomatologie volgens DSM-III-R; de gemiddelde scores op de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) bleken respectievelijk 10.4 en 13.4, en er was weinig interferentie met het dagelijks leven (Coyne e.a. 1994). Het feit dat de depressies in de eerste lijn over het algemeen van lichte tot milde ernst zijn, is in meer onderzoek beschreven (Freeling e.a. 1985). Het debat hierover is echter niet afgesloten, daar in een andere recente eerstelijnsstudie (Schulberg e.a. 1995) een gemiddelde score van 23.2 op de HDRS werd gevonden met duidelijke beperkingen in het dagelijks functioneren; een ver-

klaring hiervoor is mogelijk gelegen in bias als gevolg van het onderzoeksdesign. De patiënten met ernstige depressies bleken in een andere studie door huisartsen in 73.3% van de gevallen wel te worden herkend, van het totaal aantal gemiste patiënten bleek slechts 7.5% ernstig depressief (Coyne e.a. 1995).

Het valt om verschillende redenen te betwijfelen of verbetering van detectie, behalve voor de groep patiënten met een ernstige depressie, klinische relevantie heeft. Allereerst bleek er in de grote NIMH-studie (Elkin e.a. 1989) geen verschil in effectiviteit tussen actieve en placebo-behandeling bij juist de groep patiënten met een HDRS lager dan 19. Deze groep patiënten wordt over het algemeen ook uitgesloten van deelname aan clinical trials. Het is niet duidelijk of en hoe de licht tot matig depressieve groep patiënten behandeld dient te worden. Verder is gebleken dat detectie van depressies in de eerste lijn, in tegenstelling tot angststoornissen, geen positieve invloed heeft op het beloop ervan (Ormel e.a. 1991). Recent werd deze verrassende bevinding opnieuw bevestigd voor zowel depressie als angst (Tiemens e.a. 1996). Tot slot bleek meer dan de helft van patiënten met een 'minor' of lichte 'major depression' na vier maanden symptoomvrij, onafhankelijk van (al dan niet adequate) behandeling (Katon e.a. 1994). Overigens roept dit wel zorg op over de patiënten die na enkele maanden niet symptoomvrij zijn. Diverse studies hebben aangetoond dat ondanks de lichte symptomatologie deze patiënten lange tijd lijden onder betekenisvolle beperkingen in hun dagelijks functioneren (Ormel e.a. 1993; Wells e.a. 1989). Verder blijkt 25% van de patiënten met een 'minor depression' binnen twee jaar een volledig depressief syndroom te ontwikkelen (Wells e.a. 1992). Over de behandeling in de eerste lijn van patiënten met een 'minor depression', gedefinieerd als aanwezigheid van depressieve symptomatologie die niet voldoet aan de criteria van een depressie, dysthymie of aanpassingsstoornis, is slechts één studie bekend. Hierin kon worden aangetoond dat een cognitief-gedragstherapeutische behandeling in de experimentele groep een significant positief effect had in vergelijking met een onbehandelde controlegroep (Miranda en Munoz 1994).

Karakteristieken van de patiënt – De karakteristieken van patiënten in de eerste lijn zijn duidelijk anders dan die van patiënten die behandeld worden in specialistische instituten en clinical trials. Over het algemeen erkennen de patiënten in de laatste categorie hun psychische problematiek en zijn ze ook gemotiveerd voor hulp. Twee recente studies toonden aan dat depressieve patiënten in de eerste lijn in respectievelijk 50% en 80% van de gevallen behoefte aan en bereidheid tot behandeling hiervoor hadden (Sherbourne e.a. 1994; Arean en Miranda 1996). Daarnaast is er in de eerste lijn in grotere mate sprake van somatische comorbiditeit (Ormel en Tiemens 1995). De grote comorbiditeit met

somatische problematiek compliceert verder een goede signalering en diagnostiek; klinisch is het moeilijk om vast te stellen of de depressie veroorzaakt wordt door of secundair is aan de somatische problematiek (Schulberg en Pajer 1994; Olfsen e.a. 1995). Tevens blijkt behandeling bij comorbiditeit minder succesvol (Miranda e.a. 1994).

(2) Het is verder twijfelachtig of toepassing van specialistische depressiebehandelingen in de eerste lijn voordelen heeft op zowel het gebied van effectiviteit als dat van kostenbesparing. In twee recente studies werd de effectiviteit van kortdurende, weinig specifieke interventies vergeleken met specialistische interventies bij depressieve patiënten in de eerste lijn. Allereerst toonden Scott en Freeman (1992) aan dat counseling door een sociaal werker nagenoeg even effectief was als cognitieve therapie uitgevoerd door een psycholoog, farmacotherapie op voorschrift van een psychiater en 'usual care' van de huisarts. Counseling bleek in vergelijking met de specialistische behandelcondities echter veel minder tijdsinvestering te vragen en was beduidend goedkoper. In een nog recentere studie kon worden aangetoond dat kortdurende 'problem-solving'-therapie, uitgevoerd door hiervoor getrainde huisartsen, even effectief was als behandeling met amitriptyline en effectiever dan behandeling met placebo's (Mynors-Wallis e.a. 1995). De gemiddelde ernst van de depressie in beide studies was iets onder de grens die het reeds genoemde NIMH-onderzoek (Elkin, Shea e.a. 1989) aangaf als betekenisvol voor een differentieel effect van diverse behandelingen. In de eerste studie bleek er wel sprake van een trend tot verschil bij aparte analyse van de patiënten met een ernstige depressie; deze bleken meer baat te hebben bij een specialistische behandeling, hetgeen de conclusie van het NIMH-onderzoek ondersteunt. In tegenstelling hiermee vonden anderen (Paykel e.a. 1988) dat behandeling met amitriptyline bij patiënten met een HDRS hoger dan 12 effectiever was dan placebobehandeling; de conclusie van dit onderzoek neemt echter een eenzame positie in te midden van andere onderzoeksresultaten.

In een recent overzichtsartikel (Brown en Schulberg 1995) betreffende het effect van psychosociale behandelingen voor depressie in de eerste lijn blijkt dat er, zeker na follow-up, geen duidelijk verschil te vinden is tussen verschillende behandelvormen. In slechts één van de zes methodologisch betere studies werd een verschil gevonden tussen effectiviteit van cognitieve therapie en 'usual care'. Een van de conclusies van de auteurs is dat de effectiviteit van interventies toeneemt bij grotere homogeniteit van de onderzochte populatie en het gebruik van gestandaardiseerde behandelingen. Zoals reeds eerder beschreven, is homogeniteit nu juist geen karakteristiek van psychische problematiek in de eerste lijn, waardoor generalisatie van onderzoeksresultaten opnieuw problematisch wordt. Op empirie gefundeerde standaardisatie

van behandeling is echter wel mogelijk in de eerste lijn. Het ontwerpen van richtlijnen voor de praktijk in de vorm van consensusdocumenten (De Groot 1995) en standaarden (Rush 1993; Van Marwijk, Grundmeijer e.a. 1994) verdient vanuit dit perspectief dan ook ondersteuning.

Of de onderzochte psychosociale interventies leidden tot een lagere medische consumptie en verlaging van gezondheidszorgkosten kon door Brown en Schulberg (1995) op grond van methodologische tekortkomingen van diverse studies niet worden beoordeeld. Hoewel vaak verondersteld (Brody e.a. 1995), is het echter lang niet zeker dat een effectieve behandeling leidt tot een verlaging van gezondheidszorgkosten. Recent vonden Simon e.a. (1995) een persisterend verhoogde medische consumptie bij succesvol behandelde depressieve patiënten. Dit vormt een aanwijzing dat de directe relatie tussen depressie en gezondheidszorgkosten wordt overschat en deze meer complex van aard is (Henke en Pallak 1994). Deze conclusie wordt verder ondersteund door de bevinding dat gebruik van zowel psychotrope als niet-psychotrope medicatie door depressieve patiënten ruim voor en na een index-episode veel hoger is in vergelijking met een niet-depressieve controle-groep (Bingefors e.a. 1996).

(3) Hoewel lange tijd de behandelingsmogelijkheden en prognose van unipolaire depressies als goed werden beschouwd, wordt steeds duidelijker dat er voor al te groot optimisme weinig empirische evidentie voorhanden is. Partiële remissie, terugval en het recidiveren van de depressie komen veelvuldig voor, bovendien blijven er bij vele patiënten (ook indien er op grond van meetinstrumenten kan worden gesproken van volledige remissie) langdurig beperkingen bestaan in het dagelijks functioneren (Shea e.a. 1992; Wells, Burnam e.a. 1992; Keller 1994; Paykel 1994). Het standpunt dat een gedeelte van de psychische problematiek in de eerste lijn een betere behandeling behoeft, heeft waarschijnlijk wel enige geldigheid. De hierbij gebruikte argumentatie dat het, in geval van depressies, om een goed behandelbare aandoening gaat, verdient echter nuancering.

Conclusie

Er lijkt niet zozeer sprake van een problematisch duo, huisarts en depressieve patiënt, doch van een problematisch trio: de huisarts, de depressieve patiënt die zich veelvormig en lastig te behandelen presenteert, en, in hun beider kielzog, de psychiater die maar beperkt antwoord heeft op de vele vragen die er over herkenning en behandeling van depressies in de eerste lijn blijven bestaan. Op grond van bestudering van de literatuur kan niet geconcludeerd worden dat er sprake is van een ernstig probleem op het gebied van de geestelijke volksgezondheid door het slecht functioneren van huisartsen op dit ter-

rein. Duidelijk is wel dat het goed herkennen en behandelen van depressies in de eerste lijn een complexe zaak is met vele problemen waarvoor geen eenduidige oplossingen voorhanden zijn. Kritiek waarin het verwijt naar huisartsen doorklinkt dat ze slechte psychiaters zijn, gaat aan dit laatste volledig voorbij.

Er zijn vooral nog geen aanwijzingen dat betere detectie van depressies in de eerste lijn grote klinische betekenis zal hebben. Vooral de patiënten met lichte depressies zullen meer herkend worden, er zijn echter nauwelijks bewijzen dat deze patiënten gebaat zijn met andere behandelingen dan gebruikelijk in de eerste lijn (Katon 1995). Scholing van en voorlichting aan huisartsen dient er dan ook op gericht te zijn herkenning en behandeling van patiënten met ernstige depressies te verbeteren; bij deze patiënten heeft adequate behandeling ondubbelzinnig grote klinische betekenis. Een al te grote nadruk op het diagnosticeren van lichtere vormen van depressies draagt voor zowel huisarts als patiënt het risico in zich van ongewenste medicalisering. Een al te nauwe relatie tussen diagnose en therapie, mogelijk al snel een antidepressivum, kan dan het zicht benemen op betekenisvolle problematische levensomstandigheden en belemmerend werken op de probleemoplossende vermogens van de patiënt (en de huisarts).

Het is in het licht van bovenstaande niet zinvol om meer studies naar verschil in effectiviteit van behandelingen te doen. Zowel de eerste als tweede lijn is meer gebaat bij onderzoek naar het proces van remissie in relatie tot patiënt- en therapievariabelen (Beckham 1990). Daarbij is meer kennis van prognostische factoren op het gebied van verloop van depressies belangrijk. Het identificeren van patiënten in de eerste lijn bij wie geen herstel of zelfs verergering van hun subklinische, lichte of matige depressie op termijn te verwachten valt, is hierbij van het grootste belang. Onderzoek naar goede behandeling van deze groep patiënten heeft mogelijk in de toekomst wel klinische relevantie (Katon e.a. 1994).

Uit zowel psychiatrisch als eerstelijns onderzoek is duidelijk geworden dat een depressie beter als een levenslange dan als een eenmalige diagnose kan worden gezien. Onderzoek naar longitudinale aspecten zoals partiële remissie, terugval, recidief en het ontstaan van kwetsbaarheidsfactoren als gevolg van het hebben doorgemaakt van een depressie kan helpen behandelingsstrategieën te ontwikkelen die zowel therapeutische als preventieve kwaliteiten bezitten.

De psychotherapeutische behandeling van depressies is complex en tijdrovend. In het huidige gezondheidszorgbestel is er voor huisartsen weinig stimulans om hierin veel tijd te investeren. Het valt niet te verwachten dat ze bereid zullen zijn psychotherapeutische methoden zoals cognitieve of interpersoonlijke therapie te leren en uit te voeren, zeker als de meerwaarde hiervan niet overduidelijk is aangetoond. In het licht van de chroniciteit van een gedeelte van de unipolaire depressies is be-

zinning op taken van en samenwerking tussen de verschillende echelons van groot belang. Het is daarbij belangrijk dat duidelijk wordt wat voor soort behandeling door wie in welke fase van de depressieve stoornis geïndiceerd is. Centraal hierbij dient de patiënt met zijn klachten en zorgbehoeften te staan, niet de echelons of locaties (Brokken 1995). Niet alleen aspecten van verwijzing of terugverwijzing, maar ook de mogelijkheden van gezamenlijk consultatieve activiteiten (Harris 1994; Den Boer e.a. 1996) dienen hierbij te worden bestudeerd.

De auteur dankt drs. G. Poddighe en prof. dr. M. de Vries, beiden psychiater, voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Press, Washington DC.
- Arean, P., en J. Miranda (1996), Do primary care patients accept psychological treatments? *General Hospital Psychiatry*, 18, 22-27.
- Beckham, E. (1990), Psychotherapy of depression research at a crossroads: directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.
- Bensing, J., en P. Beerendonk (1990), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 6, 595-618.
- Bensing, J., en P. Verhaak (1994), Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 3, 130-135.
- Bingefors, K., D. Isacson e.a. (1996), Antidepressant-treated patients in ambulatory care; long-term use of non-psychotropic and psychotropic drugs. *British Journal of Psychiatry*, 168, 292-298.
- Boer, F. de, G. Hageman e.a. (1996), Het gezamenlijk consult in de eerste lijn; een alternatief voor verwijzen naar de tweede lijn? *Medisch Contact*, 51, 6, 221-223.
- Brink, W. v.d., en R. Giel (1991), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten (2). *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46, 1, 56-65.
- Brody, D., T. Thompson e.a. (1995), Recognizing and managing depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 17, 93-107.
- Brokken, G. (1995), De samenwerking tussen huisarts en specialist. *Huisarts en Wetenschap*, 38, 11, 506-512.
- Brown, C., en H.C. Schulberg (1995), The efficacy of psychosocial treatments in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 17, 414-424.
- Busschbach, J. van, en P. Verhaak (1986), Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 5, 475-492.
- Coyne, J., S. Fechner-Bates e.a. (1994), Prevalence, nature and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 16, 267-276.
- Coyne, J.C., T.L. Schwenk e.a. (1995), Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *General Hospital Psychiatry*, 17, 3-12.
- Davenport, S., D. Goldberg e.a. (1987), How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet*, 439-440.
- Donoghue, J., en A. Tylee (1996), The treatment of depression; prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 168, 164-168.

- Elkin, I., T. Shea e.a. (1989), National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Freeling, P., B. Rao e.a. (1985), Unrecognised depression in general practice. *British Medical Journal*, 290, 1880-1883.
- Gask, L. (1994), Improvement of recognition of psychiatric in primary care. In: J. Miranda e.a. (red.), *Mental disorders in primary care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Goldberg, D., L. Jenkins e.a. (1993), The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychological Medicine*, 23, 185-193.
- Groot, P. de (1995), Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 24, 1237-1241.
- Harris, A. (1994), Specialist outreach clinics; more questions than answers until they have been properly evaluated. *British Medical Journal*, 308, 1053.
- Henke, C., en M. Pallak (1994), Economic analysis of treatment of mental disorders in primary care. In: J. Miranda e.a. (red.), *Mental disorders in primary care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, p. 402-418.
- Jenner, J., K. v.d. Meer e.a. (1995), *Psychosociale klachten in de huisartspraktijk; een trainingsprogramma voor huisartsen*. Van Gorcum & Comp. BV, Assen.
- Johnson, D. (1974), A study of the use of antidepressant medication in general practice. *British Journal of Psychiatry*, 125, 186-192.
- Katon, W. (1995), Will improving detection of depression in primary care lead to improved depressive outcomes? *General Hospital Psychiatry*, 17, 1-2.
- Katon, W., M.V. Korff e.a. (1992), Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Medical Care*, 30, 67-76.
- Katon, W., E. Lin e.a. (1994), The predictors of persistence of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 31, 81-90.
- Keller, M.B. (1994), Depression: A long term illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, suppl. 26, 9-15.
- Lamberts, H., en I. Hofmans-Okkes (1994), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 3, 118-122.
- Marwijk, H.W.J. van, H.G.L.M. Grundmeijer e.a. (1994), NHG-Standaard Depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 37, 11, 482-490.
- Miranda, J., P. Arean e.a. (1994), Relationship of mental and medical disorders in primary care. In: J. Miranda e.a. (red.), *Mental disorders in primary care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, p. 93-108.
- Miranda, J., en R. Munoz (1994), Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- Olfsen, M., T. Gilbert e.a. (1995), Recognition of emotional distress in physically healthy primary care patients who perceive poor physical health. *General Hospital Psychiatry*, 17, 173-180.
- Ormel, J., W. v.d. Brink e.a. (1990), Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.
- Ormel, J., M.W.J. Koeter e.a. (1991), Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry*, 48, 700-706.
- Ormel, J., T. Oldehinkel e.a. (1993), Outcome of depression and anxiety in primary care: a three-wave 3.5-year study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, 50, 759-766.

- Ormel, J.A., en B. Tiemens (1995), Recognition and treatment of mental illness in primary care: Towards a better understanding of a multifaceted problem. *General Hospital Psychiatry*, 17, 160-164.
- Paykel, E., J. Hollyman e.a. (1988), Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 14, 83-95.
- Paykel, E., en R. Priest (1992), Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. *British Medical Journal*, 305, 1198-1202.
- Paykel, E.S. (1994), Historical overview of outcome of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165, suppl. 26, 6-8.
- Priest, R. (1994), Improving the management and knowledge of depression: marking 'Defeat Depression Action Week' for the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*, 164, 285-287.
- Rush, A.J. (1993), Clinical practice guidelines; good news, bad news or no news? *Archives of General Psychiatry*, 50, 483-490.
- Schulberg, H., J. Coulehan e.a. (1991), Strategies for evaluating treatments for major depression in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 13, 9-18.
- Schulberg, H., M. Madonia e.a. (1995), Major depression in primary care practice: clinical characteristics and treatment implications. *Psychosomatics*, 36, 2, 129-137.
- Schulberg, H., en K. Pajer (1994), Treatment of depression in primary care. In: J. Miranda e.a. (red.), *Mental disorders in primary care*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, p. 259-286.
- Shea, M.T., I. Elkin e.a. (1992), Course of depressive symptoms over follow-up; findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Sherbourne, C., K. Wells e.a. (1994), Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 12, 1777-1784.
- Simon, G.E., M. VonKorff e.a. (1995), Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Archives of General Psychiatry*, 52, 850-856.
- Terluin, B., en K. v.d. Meer (1995), Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? *Huisarts en Wetenschap*, 38, 7, 307-309.
- Tiemens, B., J. Ormel e.a. (1996), Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 5, 636-644.
- Wells, K., M. Burnam e.a. (1992), The course of depression in adult outpatients; results from the medical outcomes study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794.
- Wells, K., A. Stewart e.a. (1989), The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.

Summary: Primary care physician and depressed patient; a problematic duo?

During the last decades, the quality of mental health care in general practice is subject of much criticism and discussion in the professional literature. Recognition and treatment of unipolar depression is in this respect one of the central topics. It is often stated that, due to poor skills of primary care physicians, a substantial number of depressed patients is not adequately diagnosed and treated. Increasing the physician's skills would thus result in a decrease of depression related morbidity. In light of methodological

problems in generalizing psychiatric research data to primary care settings and recent research data from both primary care and specialty settings, this viewpoint is critically examined.

F.P.M.L. Peeters, psychiater, is werkzaam bij de vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, sectie Sociale Psychiatrie en Psychiatrische Epidemiologie, Universiteit Maastricht, en de RIAGG Maastricht. Correspondentieadres: Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19 -11-1996.