



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Stemmingsstoornissen in de dagelijkse praktijk. Commentaar bij de Noord-Amerikaanse 'Consensusverklaring over de onderbehandeling van depressie'

Lamberts, H.; Okkes, I.M.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Lamberts, H., & Okkes, I. M. (1997). Stemmingsstoornissen in de dagelijkse praktijk. Commentaar bij de Noord-Amerikaanse 'Consensusverklaring over de onderbehandeling van depressie'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1643-1646.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

ovarian extirpation because of a cystadenoma and endometriosis. Three developed (pre-)eclampsia during pregnancy and one had a serious fluxus post partum. One twin died in utero, the other children were healthy. In the Netherlands in-vitro fertilization (with or without egg-donation) takes place up to the age of about 40. Regarding the high incidence of obstetrical complications in women under 40, raising the age limit could lead to even more pregnancy problems. Candidates for oocyte donation should be informed about these risks, furthermore they should not deliver at home.

LITERATUUR

- 1 Lutjen P, Trounson A, Leeton J, Findlay J, Wood C, Renou P. The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature* 1984;307:174-5.
- 2 Sauer MV, Paulson RJ, Lobo RA. Pregnancy after age 50: application of oocyte donation to women after natural menopause. *Lancet* 1993;341:321-3.
- 3 Borini A, Bafaro G, Violini F, Bianchi L, Casadio V, Flamigni C. Pregnancies in postmenopausal women over 50 years old in an oocyte donation program. *Fertil Steril* 1995;63:258-61.
- 4 Commissie Herziening Planningsbesluit IVF. Het Planningsbesluit IVF. Publicatienr 1997/03. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1997.

- 5 Pados G, Camus M, Steirteghem A van, Bonduelle M, Devroey P. The evolution and outcome of pregnancies from oocyte donation. *Hum Reprod* 1994;9:538-42.
- 6 Verlaenen H, Cammu H, Derde MP, Amy JJ. Singleton pregnancy after in vitro fertilization: expectations and outcome. *Obstet Gynecol* 1995;86:906-10.
- 7 Olivennes F, Rufat P, Andre B, Pourade A, Quiros MC, Frydman R. The increased risk of complication observed in singleton pregnancies resulting from in-vitro fertilization (IVF) does not seem to be related to the IVF method itself. *Hum Reprod* 1993;8:1297-300.
- 8 Need JA, Bell B, Meffin E, Jones WR. Pre-eclampsia in pregnancies from donor inseminations. *J Reprod Immunol* 1983;5:329-38.
- 9 Bilett A, Abdalla H, Wren M, Letarch E, Kores L, Irvin R. The outcome of ovum donation pregnancies [abstract]. *J Ass Reprod Genet* 1995;12(Suppl 3):74S.
- 10 Beerendonk CCM, Bom MGDJ, Alberda Ath. Zwangerschapsresultaten na in vitro-fertilisatie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1138-41.
- 11 Jauniaux E, Englert Y, Vanesse M, Hiden M, Wilkin P. Pathologic features of placentas from singleton pregnancies obtained by in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol* 1990;76:61-4.

Aanvaard op 17 maart 1997

Commentaren

Stemmingsstoornissen in de dagelijkse praktijk; de Noord-Amerikaanse consensusverklaring over de onderbehandeling van depressie

H.LAMBERTS EN I.M.OKKES

Iedere klinisch werkzame arts kan te maken krijgen met patiënten die last hebben van stemmingsstoornissen, moeilijk te interpreteren lichamelijke klachten, cognitieve stoornissen, slaap- of eetproblemen – al dan niet als onderdeel of als gevolg van een andere aandoening.^{1,2} Het omgaan met zulke problemen is dus niet principieel aan psychiaters en huisartsen voorbehouden: ook bijvoorbeeld internisten, kinderartsen, gynaecologen, dermatologen en neurologen hebben daar regelmatig mee te maken. Meer in het algemeen zal overigens geen enkele medisch specialist de scheiding tussen lichaam en geest nog zo stringent hanteren dat psychische reacties en emoties van patiënten als problemen worden gezien die buiten het terrein van het eigen specialisme liggen: vrij algemeen erkent men dat patiëntenzorg zonder expliciete aandacht voor psychische problemen in essentie tekortschiet.

Toch zijn er aanwijzingen dat het in de praktijk soms tegevalt. Vooral van stemmingsstoornissen wordt in dit

tijdschrift gerapporteerd dat ze vaak niet worden onderkend en dat ze als dat wel gebeurt, vaak onvoldoende worden behandeld.³⁻⁷ Daarbij gaat het vooral om angst en depressie. In het bijzonder in de VS is de laatste jaren met nadruk gewezen op de ernstige persoonlijke, maatschappelijke en economische gevolgen van een depressie. Toenemend ongeduld over het uitblijven van een substantiële verbetering in de benadering van deze stoornis terwijl goede behandelingsmogelijkheden wel aanwezig zijn, is er mede aanleiding toe geweest dat op initiatief van de National Depressive and Manic-Depressive Association een consensusverklaring over de onderbehandeling van depressie is opgesteld; deze verklaring is recentelijk gepubliceerd.⁸⁻¹⁰

Depressies – zo stelt de verklaring – kosten de Amerikaanse economie jaarlijks 43 miljard dollar, tegen 66 miljard voor coronaire hartziekten en 'slechts' 18 miljard voor chronische longaandoeningen; depressie behoort daarmee tot de tien duurste ziekten in de VS. De verklaring gaat in op de vraag hoe het komt dat er te weinig verbetering is opgetreden en op de vraag wat daarvan gedaan zou moeten worden.

OORZAKEN

Bij de oorzaken gaat het om elkaar versterkende factoren die te maken hebben met de patiënt, de hulpverle-

Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Prof.dr.H.Lamberts, huisarts; mw.dr.I.M.Okkes, taalkundige en co-projectleider Transitieproject.
Correspondentieadres: prof.dr.H.Lamberts.

ner en het (Noord-Amerikaanse) gezondheidszorgsysteem.^{9 11} Patiënten hebben vaak moeite om gevoelens van angst of depressie bij zichzelf te herkennen en zijn vaak geneigd de ernst van hun klachten te onderschatten. Vooral mensen met een depressieve stoornis hebben last van het chaotische, insufficiënte en op sommige punten vernederende Amerikaanse verzekeringsstelsel, waarin uitsluitingsclausules of strikte verwijzingsregels voor de behandeling ('mental health carve-outs') ertoe leiden dat zij door de verzekeringsbomen de weg in het hulpverleningsbos kwijtraken.^{12 13} Zo is de diagnose 'depressieve stoornis' vaak een probleem voor iemand die van baan verandert, doordat hij dan overstapt naar een andere verzekeraar; maar ook wanneer dezelfde werkgever van verzekeraar wisselt, kan dit tot problemen voor de werknemer en zijn gezin leiden. De wens om een stigma te voorkomen kan een barrière vormen om hulp te zoeken, maar ook kan, als er wél behandeld wordt, de 'therapietrouw' in het gedrang komen.

Wat de hulpverlening betreft: artsen zouden vaak onvoldoende geschoold zijn in het herkennen van stemmingsstoornissen en in het behandelen daarvan, zowel medicamenteus als door middel van gesprekken. Verder is het weinig motiverend als de 'primary care provider' na het vaststellen van een depressie niet voor de behandeling ervan betaald wordt wegens de regelgeving terzake.

WAT MOET ER GEBEUREN – EN MOET DAT OOK IN NEDERLAND?

De kern van de consensusverklaring is in feite dat patiënten, hulpverleners en financiers ervan doordrongen moeten worden dat stemmingsstoornissen meestal goed met geneesmiddelen te behandelen zijn. Psychiaters eisen in dat kader niet het alleenrecht op de behandeling van depressie op, integendeel: de primary care providers zullen op grote schaal de gespreksmatig ondersteunde farmacotherapie ter hand moeten nemen. Net als in ons land zijn er in de VS verschillende richtlijnen opgesteld om klinisch werkzame artsen te begeleiden bij de omgang met depressieve mensen.^{7 14 15}

Zijn de conclusies en aanbevelingen van deze Amerikaanse consensusverklaring nu ook van toepassing op de Nederlandse gezondheidszorg? Om deze vraag te kunnen beantwoorden dient men in elk geval op twee punten te letten: de verschillen tussen het Noord-Amerikaanse en het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, en de diagnostische criteria die gehanteerd worden.

DE NOORD-AMERIKAANSE EN DE NEDERLANDSE EERSTE LIJN VERGELEKEN

In Nederland is de huisarts in beginsel de enige arts bij wie men direct geneeskundige zorg kan verkrijgen, maar in de VS worden naast huisartsen (een relatief kleine groep) ook algemeen internisten, kinderartsen en gynaecologen (de 'primary care working force') tot de eerste lijn gerekend.^{11 16-21} Daarom waren bijvoorbeeld bij de totstandkoming van de primary-careversie van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM)-IV de beroepsorganisaties van de huisartsge-

neeskunde en ook die van de kindergeneeskunde, de interne geneeskunde en de gynaecologie direct betrokken.^{2 22} Ook al door de relatief geringe continuïteit in de zorg wordt het van belang geacht dat iedere rechtstreeks betrokken arts adequaat een diagnose kan stellen en een behandeling kan instellen bij patiënten met een stemmingsstoornis.^{1 23}

Ook in ons land lijkt men in dit opzicht toe te groeien naar een ruimere taakopvatting voor alle artsen. De Nederlandse versie van de DSM-IV-'primary care' heet dan ook 'DSM-IV-patiëntenzorg' en is gericht tot alle artsen die bij patiëntenzorg betrokken zijn, dus niet speciaal tot huisartsen.^{2 22} Bij de introductie van deze Nederlandse versie bleek dat medisch specialisten ook niet op voorhand afwijzend staan tegenover het dragen van medeverantwoordelijkheid voor het herkennen en behandelen van stemmingsstoornissen bij hun patiënten, vooral als het gaat om mensen met ernstige en langdurige aandoeningen. Deze ontwikkeling zal naar verwachting wel doorzetten: de wijzigingen in het takenpakket van specialisten in de VS zullen, alleen al door de geneeskundige publicatiecultuur, op langere termijn ook voor de Nederlandse verhoudingen gevolgen hebben.

DIAGNOSTISCHE CRITERIA

Natuurlijk is het bij dit alles van belang welke diagnostische criteria worden gehanteerd en bij welke drempel stemmingsstoornissen behandeld worden dan wel behandeld zouden moeten worden: het is immers niet de bedoeling dat iedere 'marginale depressie', 'borderline-depressie' of 'lichte depressie' met antidepressiva behandeld gaat worden.^{1 20 23}

Er bestaan vijf classificatiesystemen voor psychische stoornissen, met verschillende diagnostische criteria (tabel).²⁴ Hoofdstuk F (over psychische stoornissen) van de nieuwe 'International classification of diseases' (ICD)-10 neemt een centrale plaats in: de ICD-10-definities zijn beschikbaar in drie versies, bedoeld voor verschillend gebruik.²⁵ De 'Clinical descriptions and diagnostic guidelines' zijn bedoeld voor de algemene psychiatrische praktijk, terwijl de 'Diagnostic criteria for research' vooral bedoeld zijn voor gebruik bij psychiatrisch interventieonderzoek.^{26 27} De 'Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care' (ICD-10-PC) zijn bedoeld voor hulpverleners met weinig training in de omgang met psychische problemen, en dan vooral voor degenen die werkzaam zijn in landen zonder reguliere huisartsenopleiding.²⁸

De DSM vertegenwoordigt de visie van de Amerikaanse psychiatrie.^{2 22 29} Internationaal wordt deze classificatie het meest gebruikt; dat geldt ook voor de ervan afgeleide reeds genoemde versie die is bedoeld voor niet-psychiaters (in Nederland de DSM-IV-patiëntenzorg).²

De 'International classification of primary care' (ICPC) tenslotte is bedoeld voor huisartsen. Een belangrijk verschil met de overige systemen is dat de ICPC niet alleen psychische problemen classificeert, maar de totale morbiditeit, en voorts dat het systeem veel symp-

Diagnostische criteria voor ernstige, matige en lichte depressieve stoornis in vijf classificatiesystemen

criterium	'International classification of diseases' (versie 10)			DSM-IV; DSM-IV-PC	ICPC
	'clinical'	'research'	'primary care'		
minimale duur van de klachten (in weken)	2	2	2	2	
centrale criteria*					
ernstige depressie	} A + B + C	} A + B + C	} A + anhedonie of interesseverlies	} A en (of) anhedonie of interesseverlies	} A + B + C symptoomdiagnose
matige depressie					
lichte depressie					
aanwezigheid van overige depressieve symptomen†					
ernstige depressie	≥ 4	≥ 5	} indien behandeling werd overwogen: ≥ 4 veelvuldig voorkomend	} ≥ 4 ≥ 1	} ≥ 1 symptoomdiagnose
matige depressie	≥ 3	≥ 4			
lichte depressie	≥ 2	≥ 2			
dagelijks functioneren					
ernstige depressie	} gestoord alleen met aanzienlijke moeite	} gestoord	} gestoord	} gestoord	} gestoord
matige depressie					
lichte depressie	met moeite				symptoomdiagnose

DSM-IV = *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, versie IV; DSM-IV-PC = DSM-IV-'primary care'; ICPC = 'International classification of primary care'.

*Centrale criteria: stemmingsdaling (A); verminderde energie (B); verminderde activiteit (C).

†Overige 7 depressieve symptomen: verminderde concentratie/aandacht; verminderd zelfrespect/zelfvertrouwen; gevoelens van schuld/waardeeloosheid; pessimisme aangaande de toekomst; gedachten van zelfbeschadiging/suicide; verminderde slaap; verminderde eetlust.

toomdiagnosen bevat, die gebruikt kunnen worden als de klachten of symptomen van de patiënt geen nosologische of anderszins 'harde' diagnose toelaten.^{30 31} Dit is bij uitstek van belang op het terrein van de stemmingsstoornissen, omdat de ICPC aldus de mogelijkheid biedt om bij patiënten in het grensgebied met eenvoudige symptoomdiagnosen als 'nervus', 'moe', 'depressieve stemming' of 'slaapproblemen' te volstaan.²⁴

Het is duidelijk dat farmacotherapie gereserveerd dient te blijven voor patiënten die voldoen aan strikte diagnostische criteria. Die criteria hebben vooral betrekking op de mate waarin er – naast een depressieve stemming en verminderde energie – aanzienlijke beperkingen in de gebruikelijke dagelijkse activiteiten bestaan. De systemen formuleren hiervoor uiteenlopende criteria, evenals voor de mate waarin de overige depressieve symptomen vereist zijn. Vooral de patiënt met een lichte depressie komt er in de verschillende systemen verschillend af, en het is nu juist bij de frequent voorkomende borderlinedepressie of marginale depressie respectievelijk bij de symptoomdiagnose 'depressief gevoel' dat de patiënt weinig of geen baat heeft bij een behandeling.^{1 23 31} De standaard 'Depressie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap is wel bekritiseerd vanwege de criteria voor de diagnose 'milde depressie'.¹⁴ De standaard volgt niet de huisartsgeneeskundige diagnostische criteria die in de nieuwe ICPC-2 worden opgenomen, maar veel eerder de richtlijn uit de ICD-10-PC, volgens welke behandeling met antidepressiva overwogen kan worden wanneer er tenminste een 'matige' depressie bestaat.^{28 30 31}

Ook in ons land wordt aangedrongen op een snel herkennen en adequaat behandelen van mensen met een stemmingsstoornis. De Nederlandse huisarts kan zich daar in ieder geval goed in vinden. Ook van medisch specialisten mag men echter – net als in de VS – verwachten dat zij een actieve rol spelen bij het herkennen en (doen) behandelen van depressieve stoornissen en van angststoornissen, en meer in het algemeen van de psychische problemen van mensen die langdurig wegens een ernstige chronische ziekte onder specialistische (bijvoorbeeld oncologische of reumatologische) behandeling zijn.^{1 2}

De DSM-IV-patiëntenzorg is daarom niet alleen bedoeld voor huisartsen (in opleiding), maar vooral ook voor specialisten (in opleiding), zoals die in de interne geneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, dermatologie en gynaecologie. Daar is ook veel voor te zeggen, zolang de drempel voor de behandeling van stemmingsstoornissen met psychofarmaca hoog genoeg is. Behandeling met antidepressiva van lichte depressie of borderlinedepressie wordt afgeraden; dit advies klemmt eens te meer omdat de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) in de praktijk gemakkelijker voor te schrijven zijn dan de tricyclische antidepressiva doordat ze in het algemeen geringere bijwerkingen hebben.^{8 9 23 32-34} Adviezen om de medicamenteuze behandeling te beginnen met tricyclische antidepressiva lijken door huisartsen in de praktijk dan ook steeds minder gevolgd te worden.

De Amerikaanse consensusverklaring over depressie geeft veel stof tot nadenken en discussie; de aanbevelin-

gen zullen op langere termijn in essentie ook in ons land wel gevolgd worden, zij het in een aan ons systeem aangepaste vorm.

ABSTRACT

Mood disorders in daily practice; the North-American consensus statement on the undertreatment of depression. – The American National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression may have consequences for the treatment of patients in the Netherlands. It is concluded that Dutch clinicians, also, can be expected to play a more active role in cases of mood disorders than formerly. A comparison of the definitions of depressive disorder in the available classification system results in the recommendation to be strict about the distinction between severe and moderate depressive disorders on the one hand and sub-threshold or mild conditions on the other. It is expected that this will limit the anticipated shift towards a more general willingness to use pharmacotherapy for mood disorders in patients in whom this can be expected to be efficacious.

LITERATUUR

- 1 Gruy F de. Mental health care in the primary care setting. In: Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editors. Primary care. America's health in new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
- 2 DSM-IV patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 3 Ormel J, Brink W van den, Meer K van der, Jenner J, Giel R. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:123-6.
- 4 Marwijk HWJ van, Linde J van der, Nolen WA, Brink W van den, Springer MP. De 'Depressieherkenningschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2127-31.
- 5 Waal MWM de, Stolk J, Marwijk HWJ van, Springer MP. Voor schrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2131-4.
- 6 Meer K van der, Tiemens BG, Brink W van den. Depressie in de eerstelijnsgezondheidszorg; internationale gegevens over prevalentie en behandeling, onder meer uit Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2135-9.
- 7 Groot PA de. Consensus depressie bij volwassenen. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1237-41.
- 8 Lin EHB, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. Med Care 1995;33:67-74.
- 9 Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA 1997;277:333-40.
- 10 Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA 1995;273:1026-31.
- 11 Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editors. Primary care. America's health in new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
- 12 Sturm R, McGlynn EA, Meredith LS, Wells KB, Manning WG, Rogers WH. Switches between prepaid and fee-for-service health systems among depressed outpatients: results from the medical outcomes study. Med Care 1994;32:917-29.
- 13 Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders. Washington, D.C.: National Academy Press, 1994.
- 14 Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma Tj. NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 15 Berg AO. Clinical guidelines and primary care: guidelines for the diagnosis and treatment of major depression. J Am Board Fam Pract 1994;7:49-59.
- 16 Ormel J, Von Korff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA 1994;272:1741-8.
- 17 Robins LN, Regier DA, editors. Psychiatric disorders in America. New York: Free Press, 1991.
- 18 Sartorius N, Goldberg D, De Girolamo G, Costa e Silva JA, Lecrubier Y, Wittchen H-U, editors. Psychological disorders in general medical settings. Toronto: Hogreve and Huber, 1990.
- 19 Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996;276:293-9.
- 20 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: een kwestie van competentie en autonomie bij artsen en patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:118-22.
- 21 Bensing JM, Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:130-5.
- 22 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, primary care version. DSM-IV-PC, international version with ICD-10 codes. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1996.
- 23 Higgins ES. A review of unrecognized mental illness in primary care. Prevalence, natural history, and efforts to change the course. Arch Fam Med 1994;3:908-17.
- 24 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of mental health problems in family medicine and in psychiatry. State of the Art in Clinical Psychiatry 1996;3:1-40.
- 25 International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
- 26 The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- 27 The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
- 28 Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care. ICD-10. Ch V. Primary care version. Göttingen: Hogreve and Huber, 1996.
- 29 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, international version with ICD-10 codes. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- 30 Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. The classification of psychological and social problems in general practice. 1. ICPC in relation to ICD-10. Huisarts Wet 1993;36(Suppl):5-13.
- 31 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of psychological and social problems in general practice. 2. The impact of the patient's perspective. Huisarts Wet 1993;36(Suppl):14-20.
- 32 Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? BMJ 1995;311:1274-6.
- 33 Pullen I, Wilkinson G, Wright A, Pereira Gray D, editors. Psychiatry and general practice today. The Royal College of Psychiatrists and the Royal College of General Practitioners. Glasgow: Bell and Bain, 1994.
- 34 Martin RM, Hilton SR, Kerry SM, Richards NM. General practitioners' perceptions of the tolerability of antidepressant drugs: a comparison of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants. BMJ 1997;314:646-51.

Aanvaard op 9 juli 1997