

Psychiatrische consulten bij somatiserende patiënten in de huisartspraktijk: een haalbaarheidsstudie

D. Collijn
D. Wijkel
C.M. van der Feltz-Cornelis
P. Verhaak
F.J. Huyse

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht,
i.s.m. de Psychiatrische Consultatieve Dienst en het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn van
het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Psychiatrische

Psychiatrische consulten bij somatiserende patiënten in de huisartspraktijk : een haalbaarheidsstudie / D. Collijn ... [et al.]. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Uitg. in samenw. met de Psychiatrische Consultatieve Dienst en het onderzoekscentrum 1e-2e lijn van het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit. - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-242-3

Trefw.: psychiatrie ; huisartsgeneeskunde.

Lay-out en tekstverwerking Bernadette Kamphuys
Omslag Mieke Cornelius

INHOUD

1	ACHTERGRONDEN EN ONDERZOEKSVRAAGSTELLING	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Doel van de studie	7
1.3	Onderzoeksvraagstelling	8
1.4	Opbouw van het rapport	8
2	OPZET VAN DE HAALBAARHEIDSSTUDIE	9
	(D. Collijn, P. Verhaak)	
2.1	Inleiding	9
2.2	Opzet	9
2.3	De deelnemende huisartsen	10
2.4	Werving van de patiënten	10
3	IN HOEVERRE WORDT DE DOELGROEP BEREIKT MET HET PSYCHIATRISCH CONSULT	12
	(D.Collijn, P.Verhaak)	
3.1	Inleiding	12
3.2	Methode	12
3.2.1	De definitie van somatiseerders	12
3.2.2	Aspecten van somatisatie	13
3.2.3	Meetinstrumenten	15
3.3	Resultaten	18
3.3.1	Algemene bevindingen	19
3.3.2	Patiënten	21
3.3.3	Huisartsen	27
3.3.4	Samenhang tussen de meetinstrumenten	34
3.3.5	Discriminerend vermogen van de meetinstrumenten	37
3.4	Conclusies	40
4	HET PSYCHIATRISCH CONSULT	43
	(C.M. van der Feltz-Cornelis, F.J. Huyse)	
4.1	Inleiding	43
4.2	Opzet van de interventie	43
4.3	Resultaten	45
4.3.1	Huisartsen	45
4.3.2	Patiënten	47
4.3.3	Interventie	49
4.4	Discussie	57
4.5	Conclusie	60

5	PROCESEVALUATIE	62
	(D. Wijkel)	
5.1	Inleiding	62
5.2	Acceptatie door de huisarts	62
5.2.1	Recrutering	62
5.2.2	Gepercipieerde relevantie van het onderwerp	63
5.3	Ervaringen met consulten	63
5.4	Acceptatie door de patiënt	66
5.4.1	Recrutering van patiënten	67
5.4.2	Compliance	67
5.5	Evaluatie door patiënten	69
5.6	Conclusies	70
6	DE HAALBAARHEID VAN EEN EFFECTSTUDIE NAAR PSYCHIATRISCHE CONSULTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK (PCH)	72
6.1	Inleiding	72
6.2	Doelstellingen interventie	72
6.3	Beoordelingscriteria	72
6.4	Beantwoording vraagstelling	73
6.5	De uitkomsten in het licht van de gestelde doelen en criteria	75
	LITERATUUR	77

1. ACHTERGRONDEN EN ONDERZOEKSVRAAGSTELLING

1.1 Inleiding

Veel patiënten die hun huisarts bezoeken hebben behalve lichamelijke klachten ook psychische problemen (Bensing en Sluijs, 1984, Goldberg en Huxley, 1980, Huygen et al., 1984, Lamberts en Hartman, 1982, Verhaak en Wennink, 1990). In een aantal gevallen worden deze problemen als zodanig gepresenteerd door de patiënt; dan vindt er vrijwel altijd op een of andere wijze een behandeling plaats. De huisarts voert gesprekken, al dan niet vergezeld van medicatie of er vindt een verwijzing naar AMW, RIAGG of psychiater plaats (Goldberg, 1992, Verhaak en Wennink, 1990, Verhaak, 1993). In veel gevallen is echter de gepresenteerde klacht een lichamelijke maar is de huisarts van mening dat psychosociale factoren een belangrijke rol hierbij spelen. Hij kan deze mening baseren op het feit dat er, ook na nader diagnostisch onderzoek geen lichamelijke oorzaak te vinden is, of dat het klagen niet in verhouding staat tot een eventuele fysieke oorzaak. We spreken in dit geval van somatiserende patiënten. In deze gevallen wordt er veel minder vaak op een eventuele psychosociale achtergrond ingegaan, het vermoeden van een eventuele psychosociale achtergrond wordt in de helft van de gevallen helemaal niet uitgesproken (Verhaak en Wennink, 1990). Er wordt minder vaak gepraat en vrijwel nooit verwezen naar de GGZ (Verhaak en Tijhuis, 1992). Deze patiënten leggen relatief een groot beslag op de tijd van de huisarts. Ze prefereren de somatische (specialistische) gezondheidszorg boven de geestelijke gezondheidszorg en hebben in het algemeen een excessief hoge medische consumptie (Craig en Boardman, 1990, Escobar et al, 1987, Goldberg en Bridges, 1988, Rosen et al., 1982).

De huisarts wordt door verschillende auteurs niet deskundig genoeg geacht om deze patiënten adequaat te behandelen (De Ridder en Visser, 1987, Sartorius et al., 1990). Als gevolg hiervan, maar ook omdat het evident is dat het merendeel van de (al dan niet gesomatiseerde) psychische problematiek niet verder komt dan de huisartspraktijk, wordt al jaren lang in beleidsnota's gepleit voor versterking van de deskundigheid van de huisarts op dit terrein door toevoeging van specialistische deskundigheid (WVC, 1984, 1989). Dit verloop echter niet probleemloos, onder andere vanwege de sterke scheiding tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg en de soms moeizame verhouding tussen ELGZ en GGZ (vgl. Bensing, 1985, De Ridder en Visser, 1987).

Een mogelijke vorm waarin dergelijke specialistische deskundigheid zou kunnen worden ingebracht is consultatie door psychiaters aan huisartsen (Buis, 1990, Creed et al., 1989). In de ziekenhuis psychiatrie - liaison psychiatrie - is er ervaring met de afstemming van lichamelijke en psychische zorg bij patiënten waarbij het vermoeden van comorbiditeit bestaat. Door Huyse en collega's is een integraal geneeskundig model uitgewerkt waarbinnen volgens een vaste systematiek relevante biologische en psychologische factoren, factoren in het sociaal systeem en in het gezondheidszorgsysteem worden betrokken (Huyse, 1989, Huyse et al. 1988, 1990). In de psychiatrische kliniek van het VU-ziekenhuis is ook onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van een

dergelijk model binnen de samenwerking van internisten, neurologen en de psychiatrische consultatieve dienst (Meeuwesen et al. 1992).

Het psychiatrisch consult binnen bovengenoemd model houdt in dat behandelend arts (specialist of huisarts) en consultatief psychiater een voorgesprek hebben over de patiënt in kwestie, waarna er een gesprek met drie deelnemers plaatsvindt: de behandelend arts, de patiënt en de consultatief psychiater. De laatste laat in zijn anamnese de verschillende factoren uit het biopsychosociale model (biologische, psychologische, sociaal steunsysteem en gezondheidszorg systeem) systematisch de revue passeren en geeft vervolgens, na een nabespreking met de behandelend arts, een schriftelijk advies aan arts en patiënt. De behandelend arts blijft nadrukkelijk de verantwoordelijke behandelaar, hoewel het advies natuurlijk een verwijzing kan inhouden.

Wat zijn de voordelen die een dergelijke aanpak in het geval van somatiserende patiënten te bieden zou hebben.

Een van de aansprekende kenmerken is de overeenkomst die de geschetste aanpak vertoont met de werkwijze die een huisarts als ideaal-typisch aangeleerd wordt: het denken in een aantal "parallele sporen", een lichamelijk, een psychisch en een sociaal en niet eerst alle mogelijke lichamelijke verklaringen uitsluiten alvorens psychologische en sociale verklaringen als "rest-categorieën in beschouwing te nemen.

Een ander voordeel is de nauwe betrokkenheid van de behandelend geneesheer bij het geheel, zodat de patiënt niet het gevaar loopt nodeloos in een specialistisch circuit te belanden. Van de andere kant wordt wel de nodig geachte specialistische deskundigheid ingebracht.

Een dergelijk psychiatrisch consult zou dientengevolge een bijdrage kunnen betekenen aan de geschetste moeizame omgang van de huisarts met somatiserende patiënten en aan de verlangde versterking van de eerstelijns. Om echter door middel van een effectstudie het nut van een dergelijke interventie aan te tonen is het eerst nodig de haalbaarheid van zo'n interventie na te gaan. Het lijkt namelijk raadzaam om eerst door middel van een haalbaarheidsstudie na te gaan in hoeverre de specifieke setting van de huisartspraktijk zich leent voor de consultatieve aanpak die in een ziekenhuis ontwikkeld is en welke aanpassingen aan het model eventueel nodig zijn.

Zo is de populatie somatiserende patiënten in een huisartspraktijk van een geheel andere, dan de patiënten die al onder behandeling van een specialist zijn. Omdat er nog geen selectie heeft plaats gevonden zijn de problemen gemiddeld minder ernstig en a-specifieker van aard dan de somatiseringsverschijnselen die een specialist onder ogen krijgt. Problemen als co-morbiditeit of multipole medicijngebruik zijn minder uitgesproken van karakter.

In de huisartspraktijk krijgt men de problemen ook vaak in een vroeger stadium onder ogen.

Daarnaast stelt de logistiek binnen een huisartspraktijk geheel andere eisen dan in een ziekenhuis, waar patiënt, consultvrager en consultgever in principe al onder een dak verkeren.

Verder is de ambulante situatie vrijblijvender dan de intramurale setting van een ziekenhuis, hetgeen positieve en negatieve kanten kan hebben. Het uitvoeren van consulten in de huisartspraktijk kan drempelverlagend werken, anderzijds is het moeilijker om controle

te houden op de uitvoering van de adviezen. Huyse (1990) spreekt hier van het concordance probleem, dat de vraag betreft of de huisarts en/of de patiënt de adviezen ook opvolgen. Vooral de controle over de patiënt is in een eerstelijnsituatie geringer in vergelijking met een klinische opname.

De eerstelijnsituatie brengt ten slotte ook met zich mee dat een ingreep (als consultatieve psychiatrie) alleen mogelijk is, wanneer de groep patiënten waarop de ingreep gericht is, ook bereikt wordt. Meer dan in het ziekenhuis kan men selectieve uitval verwachten; deze kan veroorzaakt worden doordat de huisarts mogelijke psychische aspecten van het somatisch klagen niet herkent of niet ter sprake wil brengen; dit laatste geldt voor de patiënt in misschien nog sterker mate. Dergelijke uitval mag niet dusdanige vormen aannemen dat de oorspronkelijke doelgroep niet meer bereikt wordt.

Een experiment, waarin het effect van een consult van de psychiater in de huisartspraktijk getoetst wordt, dient daarom voorafgegaan te worden door een haalbaarheidsstudie, waarin het consult praktisch wordt uitgewerkt en waarin gekeken wordt aan welke logistieke eisen een en ander dient te voldoen om uitvoerbaar te zijn in de huisartspraktijk op zodanige wijze dat de hierboven geschetste doelgroep, de somatiserende patiënt, ermee bereikt wordt.

Vandaar dat in deze studie een ontwikkelingsproject beschreven wordt waarin wordt uitgetest op welke wijze een consultatieve relatie tussen huisarts en liaison-psychiater het beste gestalte kan krijgen in de huisartspraktijk en waarin wordt onderzocht in welke mate een dergelijke interventie de beoogde doelgroep bereikt.

1.2 Doel van de studie

Het doel van onderhavige studie is om de haalbaarheid van een consultatief psychiatrische interventie in de huisartspraktijk te onderzoeken, die afgeleid is van het praktische integrale model dat door de Psychiatrische Consultatieve Dienst in het VU ziekenhuis wordt toegepast. De interventie dient wat de logistiek betreft toepasbaar te zijn in de huisartspraktijk en inhoudelijk toegesneden te zijn op de populatie somatiserende patiënten die de huisarts bezoeken.

Voor de huisartsen is de doelstelling het vergroten van het inzicht in de problematiek van de patiënt alsmede in de rol van biologische, psychologische, sociale factoren en het gezondheidssysteem in het klachtenpatroon. Daarnaast wordt gestreefd naar een groter inzicht in de behandelingsmogelijkheden en aanpak van de problemen en een verbetering van de relatie tussen huisarts en patiënt. Ten aanzien van de patiënten zijn de doelen een beter inzicht in de eigen problematiek, meer vertrouwen in hulpverleners en het gevoel serieus genomen te worden.

Indien uit deze studie mocht blijken dat psychiatrische consulten uitvoerbaar zijn in de huisartspraktijk en dat de beoogde doelgroep voor een belangrijk deel bereikt kan worden, zal als vervolg daarop een interventiestudie worden geformuleerd, waarin nagegaan wordt in hoeverre deze consultatief psychiatrische methode tot blijvende verbetering kan leiden. Dit brengt een laatste doelstelling van deze studie met zich mee: het verschaffen van inzicht in de beste keuze van meetinstrumenten voor het geval een interventiestudie haalbaar geacht wordt.

1.3 Onderzoeksvraagstelling

De volgende vragen zullen beantwoord worden:

1. Is het mogelijk de in het VU-deelproject 'somatisatie' ontwikkelde vorm van consultatieve psychiatrie toepasbaar te maken in de huisartspraktijk?
 - zijn huisartsen te motiveren om hiervoor op gezette tijden ruimte te creëren?
 - zijn patiënten hiertoe te motiveren?
 - wat zijn de randvoorwaarden die gerealiseerd moeten worden om dergelijke bijeenkomsten effectief te laten zijn?

2. Welke patiënten worden bereikt met deze consultatieve bijeenkomsten?
 - Wat zijn de kenmerken van somatiserende patiënten?
 - Met welke meetinstrumenten kunnen somatiserende patiënten en niet-somatiserende patiënten van elkaar worden onderscheiden?
 - In welke mate komen somatiserende patiënten in aanmerking voor en psychiatrisch consult?
 - Van welke patiëntkenmerken is dat afhankelijk?

3. Hoe werken psychiatrische consulten in de praktijk?
 - Leveren de consulten werkbare adviezen voor de huisarts op?
 - Worden dergelijke adviezen in de praktijk ook opgevolgd?
 - Hoe worden de consultatieve bijeenkomsten door arts, patiënt en consultatief psychiater beleefd?

Deze studie is uitgevoerd door het NIVEL, de Psychiatrische Consultatieve Dienst (PCD) en het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn beide deel uitmakend van het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit.

Vraag 1 is onderzocht door de PCD en vraag 2 door het NIVEL. Het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn heeft vraag 3 voor haar rekening genomen.

1.4 Opbouw van het rapport

De opbouw van onderhavige rapportage is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de algemene methode en opzet van de haalbaarheidsstudie. Hierbij beschrijven we het werven van de huisartsen, de inclusiecriteria voor de patiënten en de opzet van de studie. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de patiënten die worden bereikt met de consultatieve bijeenkomsten. De definitie van somatisatie alsmede de instrumenten ter selectie van somatiserende patiënten staan hierbij centraal. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens de interventie, i.e. het psychiatrisch consult beschreven. Hierbij worden praktische en inhoudelijke aspecten van het consult besproken. Daarnaast komen de bevindingen van de psychiater alsmede de verstrekte adviezen aan bod. Het laatste resultaten hoofdstuk betreft de evaluatie van de implementatie van psychiatrische consulten in de huisartspraktijk. Hierbij wordt zowel het perspectief van de huisarts als het perspectief van de patiënten die consult hebben gehad in ogenschouw genomen. In hoofdstuk 6, tot slot, wordt nagegaan of psychiatrische consulten in de huisartspraktijk voor somatiserende patiënten haalbaar zijn. Voorts worden suggesties gegeven voor de opzet van een toetsend effect-onderzoek. Een aantal vooraf opgestelde criteria fungeren hierbij als leidraad.

2 OPZET VAN DE HAALBAARHEIDSSSTUDIE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de algemene methode van onderzoek van de haalbaarheidsstudie.

Hierbij komen een aantal gemeenschappelijke elementen aan de orde, die voor de drie gescheiden 'methoden en resultaten' hoofdstukken van belang zijn. Ter inleiding wordt de procedure van de gehele studie geschetst. Vervolgens wordt een summier typering van de deelnemende huisartsen gegeven. Daarna volgt een beschrijving van de gevolgte procedure bij de werving van de patiënten alsmede de inclusiecriteria en exclusiecriteria. Afsluitend wordt de wijze waarop de haalbaarheidsstudie vorm is gegeven, beschreven.

Zoals opgemerkt in 1.3 en 1.4 komen in deze haalbaarheidsstudie drie aspecten aan de orde: het bereik van de juiste doelgroep en de daartoe geëigende meetinstrumenten, de interventie op zichzelf en het proces rondom deze interventie in de huisartspraktijk.

Ten aanzien van het bereik van de juiste patiënten waren de aandachtspunten de definitie van somatiserende patiënten, de constructie van een selectie-instrument en de mate waarin somatiserende patiënten, op verschillende wijzen gedefinieerd, voor een consult door de arts werden uitgenodigd.

Ten aanzien van de interventie vormden de opbouw van het psychiatrisch consult en de bevindingen c.q. adviezen van de consultatief psychiater de aandachtspunten.

De procesmeting was gericht op de bevindingen van de deelnemende huisartsen en de patiënten die een consult hebben gehad.

2.2 Opzet

Bij de start van de studie zijn gedurende 5 á 6 dagen vragenlijsten, waarmee aspecten van somatiseren worden gemeten, ingevuld door patiënten die een bezoek brachten aan de huisarts. Deze vragenlijsten worden besproken in de methodesectie van hoofdstuk 3. Deze wachtkamerscreening is in alle deelnemende praktijken uitgevoerd. Over alle deelnemende patiënten heeft ook de huisarts een korte vragenlijst ingevuld. Hierop werd onder meer gevraagd of de desbetreffende patiënt volgens de huisarts somatiseerde en of een consult met de psychiater wenselijk was.

In aansluiting op de wachtkamerscreening heeft de huisarts gedurende een periode van ca. zes maanden somatiserende patiënten dezelfde vragenlijst laten invullen. Zelf vulde hij ook de korte vragenlijsten in. Hoewel het de bedoeling was dat de huisarts hiervoor iedere patiënt zou uitnodigen die somatiseerde, ongeacht of psychiatrisch consult wenselijk zou worden geacht, is gebleken dat hierbij overwegend somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult met de psychiater wenselijk achtte door de huisarts, zijn gevraagd.

Gedurende zes maanden werd, indien psychiatrisch consult gewenst werd, hiervoor na instemming van de betreffende patiënt, een afspraak met de psychiater gemaakt. Het verloop van deze psychiatrische consulten is in 1.1 reeds kort geschetst en wordt in hoofdstuk 4 uitgebreid toegelicht.

De procesmeting is rondom het psychiatrisch consult verricht. Zowel de patiënt als de consultatief psychiater vulden voor het consult een vragenlijst in. Daarnaast zijn de adviezen voor de huisarts en de patiënt op schrift gesteld en toegestuurd. Vier weken na het consult heeft een booster sessie plaatsgevonden. Plusminus zes weken na het consult is zowel bij de patiënt als de huisarts geïnformeerd na de huidige stand van zaken. Afsluitend zijn de deelnemende huisartsen geïnterviewd over hun ervaringen met de psychiatrische consulten.

2.3 De deelnemende huisartsen

Zes huisartsen in de gemeente Uithoorn werden bereid gevonden deel te nemen aan de haalbaarheidsstudie 'Psychiatrische Consulten in de Huisartspraktijk'. Het betreft vijf mannen en één vrouw die allen deel uitmaken van de waarnemingsgroep Uithoorn. Vijf artsen zijn werkzaam in een solopraktijk. Een arts is werkzaam binnen een duopraktijk waarvan de andere huisarts niet participeerde aan de studie. Twee huisartsen weigerden hun medewerking aan het onderzoek. Als redenen werden genoemd gebrek aan tijd en het niet ervaren van problemen met somatiserende patiënten. Er werd gestreefd naar 10 psychiatrische consulten per huisarts.

2.4 Werving van de patiënten

In de wachtkamer van de deelnemende praktijken werden patiënten door middel van posters geattendeerd op het onderzoek. Hierop stond de volgende tekst weergegeven.

'Bij sommige mensen, die met klachten naar de huisarts komen, wordt niet altijd een duidelijke oorzaak gevonden. Andere (gezondheids)problemen kunnen ook een rol spelen bij het ontstaan van klachten. Om meer informatie te krijgen over de achtergronden van deze klachten werkt uw huisarts mee aan een onderzoek.'

In het kader daarvan wordt aan een aantal patiënten gevraagd een vragenlijst in te vullen. Dit zal ongeveer 15 à 20 minuten in beslag nemen. Daarnaast registreert uw huisarts enkele gegevens, niet op naam maar op code.

Uw huisarts en de onderzoeksinstellingen geven u de verzekering dat de gegevens vertrouwelijk worden behandeld en dat niemand de gegevens kan herleiden tot personen'.

Inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren: leeftijd tussen de 18 en 65 jaar, langer dan een jaar in de praktijk staan ingeschreven en de Nederlandse taal voldoende beheersen.

Patiënten met chronische aandoeningen bijvoorbeeld diabetes mellitus werden niet uitgesloten. Immers een patiënt met DM kan bepaalde lichamelijke klachten presenteren die geen evidente relatie hebben met DM dan wel met een andere lichamelijke ziekte of afwijking.

Patiënten onder behandeling van een psychiater werden wel uitgesloten van deelname alsmede patiënten die lijden aan schizofrenie, bipolaire stoornissen of dementie.

De gehanteerde inclusiecriteria zijn breder dan bijvoorbeeld in het onderzoek van Cox (1992). In zijn onderzoek kwamen alleen patiënten met nieuwe klachten in aanmerking en moest de patiënt op eigen initiatief voor een tweede consult komen.

3 IN HOEVERRE WORDT DE DOELGROEP BEREIKT MET HET PSYCHIATRISCH CONSULT (D.Collijn, P.Verhaak)

3.1 Inleiding

Een van de relevante factoren bij de beoordeling van de haalbaarheid van psychiatrische consulten in de huisartspraktijk betreft de patiënten die worden bereikt met deze consultatieve bijeenkomsten. Hiervoor is in de eerste plaats van belang om somatiserende patiënten te kunnen identificeren. Vervolgens is het nodig om na te gaan welk deel somatiserende patiënten uitmaken van de populatie huisartsbezoekers. In de derde plaats wordt onderzocht in hoeverre deze somatiserende patiënten daadwerkelijk voor een psychiatrisch consult in aanmerking komen. Op deze drie aspecten wordt in dit hoofdstuk ingegaan.

Aangaande de definitie van somatiserende patiënten zijn onder meer de kenmerken voor de groep somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult met de psychiater wenselijk acht van belang. In onderhavig hoofdstuk wordt nagegaan welke factoren (lees variabelen) hierop van invloed zijn. Het meetinstrument moet differentiëren tussen somatiseerders en niet-somatiseerders. Een dergelijk instrument kan gebruikt worden voor de selectie van somatiserende patiënten voor een eventuele vervolgstudie. Nagegaan wordt in hoeverre het mogelijk is criteria te formuleren voor het selecteren van somatiserende patiënten.

In paragraaf 3.2 wordt de definitie geformuleerd die in de haalbaarheidsstudie als uitgangspunt heeft gefungeerd. De operationalisatie wordt eveneens toegelicht. Vervolgens wordt aandacht besteed aan kenmerken van somatisatie die bij de keuze van meetinstrumenten van belang zijn. Aansluitend worden de kenmerken en betrouwbaarheid van de respectievelijke vragenlijsten beschreven. In paragraaf 3.3 worden de resultaten besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing. Hierin wordt gereflecteerd op de definitie en het meetinstrument voor selectie van somatiserende patiënten i.c. de formele criteria.

3.2 Methode

3.2.1 De definitie van somatiseerders

Er bestaan veel termen en definities om het begrip somatisatie te omschrijven (zie onder andere Cox 1992; Portegijs 1992a 1992b) waarmee wordt aangegeven dat somatisatie een moeilijk scherp te omschrijven probleem betreft.

De meest geciteerde definitie van somatisatie is naar alle waarschijnlijkheid die van Lipowski (1988): 'somatisatie is de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen verklaard kunnen worden, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken'. Lipowski heeft erop gewezen dat somatisatie ook kan voorkomen bij een patiënt die reeds een bestaande ziekte heeft. De somatische co-morbiditeit kan de somatisatie maskeren. De veronderstelling is dat somatisatie zich manifesteert onder invloed van psychosociale stress of situaties die door het individu als stressvol worden

ervaren. Het verdient dan ook de voorkeur bij somatisatie een tweesporenbeleid, zoals in de huisartsgeneeskunde wordt aanbevolen, te volgen.

Aan de definitie van Lipowski (1988) kunnen een aantal overwegingen worden toegevoegd. Geraadpleegde deskundigen achten de verhouding tussen de klachten en de lichamelijke conditie van belang. Een belangrijk uitgangspunt bij somatisatie is dan ook dat, naar mening van de huisarts, de klachten van de patiënt niet in verhouding staan tot hun lichamelijke conditie. Verder zijn naast de zekerheid dat de lichamelijke klachten niet of niet helemaal op een lichamelijke afwijking/ziekte zijn terug te voeren, twee additionele parameters van belang teneinde van somatisatie te kunnen spreken. Namelijk:

1. vergelijking, op grond van ervaring met soortgelijke patiënten zijn de klachten langduriger en/of heftiger; en
2. signalering, de signalen die de huisarts opvangt uit de wijze waarop de patiënt over zijn klachten praat. De verhouding signalen en lichamelijke conditie is belangrijk alsmede het gedrag van de patiënt bij eerdere consulten.

De *definitie van somatiseerders* die wij zullen onderzoeken is de volgende:

Patiënten die op het spreekuur komen met lichamelijke klachten die volgens de huisarts niet in verhouding staan (qua duur en intensiteit) tot hun lichamelijke conditie *en* die dat in het verleden ook regelmatig plachten te doen.

De drie parameters, i.e. afwezigheid van een voldoende verklarende lichamelijke oorzaak, vergelijking en signalering, fungeren hierbij als richtlijnen. Deze definitie is tot stand gekomen op basis van enerzijds de literatuur en anderzijds het raadplegen van deskundigen (huisartsen). De werkwijze van de huisarts is hierbij een uitgangspunt geweest.

Voor de haalbaarheidsstudie is geen nadere afbakening geformuleerd inzake het aantal keren dat de patiënt in het verleden gesomatiseerd heeft. Wel wordt het aantal keren als variabele opgenomen waarbij de referentieperiode 12 maanden bedraagt. Op basis van de bevindingen zal voor de eventuele vervolgstudie een aanbeveling worden gegeven.

Voor de operationalisatie wordt een expliciet appèl gedaan op de deskundigheid van de huisarts. Tot nog toe is geen onderzoek verricht waarin de ervaring en kennis van de huisarts inzake zijn patiënten de doorslag geeft of een patiënt somatiseert ja of nee. In onderhavige studie is sprake van somatisatie wanneer de huisarts van mening is dat een patiënt aan de werkdefinitie voldoet. Achteraf zal worden nagegaan welke criteria (denk hierbij aan veelvuldig huisartsbezoek, vastlopen hulpverleningsrelatie) voor selectie hieruit gedestilleerd kunnen worden.

3.2.2 Aspecten van somatisatie

Het construeren van een instrument voor de selectie van somatiserende patiënten voor een eventuele vervolgstudie is een belangrijk onderdeel van de haalbaarheidsstudie.

Teneinde een compleet beeld te krijgen van de somatiserende patiënt is het belangrijk dat over aspecten die in de literatuur aan somatisatie onderkend worden informatie wordt verzameld. Het selectie-instrument, i.e. de vragenlijsten moeten voor zover mogelijk

alle aspecten vertegenwoordigen. Hiervoor is informatie verzameld bij zowel de patiënt als de huisarts.

Onderzoek suggereert dat depressie, met of zonder angst, in 75% van de gevallen gemanifesteerd wordt in de vorm van lichamelijke klachten waarvoor geen organische oorzaak gevonden kan worden (Katon e.a. 1982). Het probleem van somatisatie zou zo voor een groot deel bestaan uit somatische presentaties van emotionele stoornissen (Craig en Boardman 1990). Vanwege deze samenhang tussen somatisatie, depressie en angst dienen vragenlijsten die deze klachten meten deel uit te maken van het meetinstrument. Om een vergelijking met internationale studies mogelijk te maken wordt gebruik gemaakt van de SCL-90 (Arrindell en Ettema 1986). Voorts wordt nagegaan of de patiënten een idee hebben over de oorzaak van hun klachten en in hoeverre men een relatie met psychische spanning onderkend, zijn hierover vragen gesteld.

Naast psychische aspecten spelen ook sociale aspecten een rol bij somatisatie. De interactie tussen de patiënt en zijn omgeving is hierbij van belang. In onderhavige studie wordt de ervaren kwaliteit van de sociale relaties van de patiënt eveneens geïnventariseerd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de eenzaamheidslijst van De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985). Daarnaast wordt nagegaan met wie de patiënt zijn problemen bespreekt.

Naast psychische problematiek wordt een relatie verondersteld tussen alcoholproblematiek en somatisatie (Meeuwesen e.a. 1992). Dit aspect moet eveneens in het meetinstrument aanwezig zijn. In deze studie wordt de verkorte MALT-lijst (Walburg en Limbeek 1987) gebruikt.

Aangezien somatiserende patiënten veel klachten hebben is het belangrijk te weten in hoeverre gezondheid of het ontbreken daarvan interfereert met en doorwerkt op diverse aspecten van het dagelijks functioneren en ervaren. Een goede keus hiervoor lijkt de multi-dimensionele MOS-short form (Stewart e.a.1988). Hiermee kan de algemeen ervaren gezondheid worden bepaald. De dimensies van deze lijst sluiten goed aan bij een aantal relevante aspecten van somatisatie, namelijk de lichamelijke, mentale en sociale gezondheid. Bovendien wordt deze lijst regelmatig in buitenlandse studies gebruikt.

Zoals reeds aangegeven kan de interactie tussen arts en patiënt een belangrijke rol spelen bij somatisatie. Het is bijvoorbeeld niet onwaarschijnlijk dat arts en patiënt verschillen in visie met betrekking tot de oorzaak van het probleem. De arts zal proberen grenzen te stellen aan de somatische aanpak. Dit gebeurt nogal eens impliciet en onbewust en kan dan ook gepaard gaan met negatieve gevoelens tegenover de patiënt. De verschillende stempels waarmee somatiserende patiënten worden aangeduid, geven uitdrukking aan de frustratie van de arts die geconfronteerd wordt met patiënten die claimen lichamelijke ziek te zijn, uitvoerig onderzocht wensen te worden, behandeling eisen en niettemin ontevreden blijven met iedere vorm van behandeling. Een en ander leidt er toe dat artsen deze patiënten zien als moeilijke en onmogelijke personen. In de Engelstalige literatuur worden deze frustratiegevoelens van artsen aangeduid met 'a feeling of heartsink' (O'Dowd 1988, Gerrard en Riddel 1988). In onderhavige studie zal zowel het patiëntenperspectief, de tevredenheid van de patiënt met de gezondheidszorg

in het algemeen en de huisarts in het bijzonder, als aan het huisartsenperspectief, zijn er gevoelens van heartsink, de compliance volgens de huisarts, worden onderzocht. Voor de tevredenheid van de patiënt worden twee schalen van de Patiënt Satisfaction Questionnaire (Ware en Hays 1988) gebruikt.

Samenvattend wordt bij patiënten informatie verzameld over de mate van alcoholgebruik, somatisatie, depressie, angst en sociale relaties alsmede de ideeën die de patiënt heeft over zijn klachten. Daarnaast wordt geïnventariseerd hoe tevreden de patiënt is met de gezondheidszorg in het algemeen en met de huisarts.

De huisartsen geven voor elke patiënt informatie over medische consumptie. Tevens wordt geïnformeerd naar de mening over de patiënt.

Voor met name depressie en angst zullen in het kader van het exploratieve karakter van de studie meerdere vragenlijsten worden gebruikt. Op basis van de bevindingen zal vervolgens vastgesteld worden welke vragenlijsten voor een definitief instrument in aanmerking komen. Een hoge onderlinge correlatie van vragenlijsten of een laag of zelfs geen differentiërend vermogen zijn belangrijke redenen om van verder gebruik af te zien.

In de volgende paragraaf zal een beschrijving van de meetinstrumenten voor zowel de patiënt als de huisarts worden gegeven.

3.2.3 Meetinstrumenten

In deze paragraaf worden de onderdelen van de vragenlijst afgenomen bij de patiënt en het registratieformulier ingevuld door de huisarts besproken.

Alle patiënten vulden een vragenlijst in die diverse aspecten van het somatiseren meet. De huisarts heeft voor alle deelnemende patiënten een registratieformulier ingevuld. Waarneempatiënten werden uitgesloten van deelname.

Patiënten

In bijlage 1 treft u de vragenlijst voor patiënten in zijn geheel aan.

De Symptom Check List (SCL-90)

In deze studie zijn de subschalen voor depressie, angst en somatische klachten, ook wel aangeduid als de SCL-R, gebruikt. Deze drie schalen correleren het hoogste met de Beoordelingslijst Somatische Fixatie zoals ontwikkeld door Cox (1992).

De SCL-90 (Arrindell en Ettema 1986) is een multidimensionele klachtenlijst gebaseerd op zelf-rapportage. De vragenlijst verschaft een schatting van de ervaren pathologie als toestand, verdeeld over een achttal dimensies. Deze dimensies zijn Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Woede-hostiliteit en Slaapproblemen. De dimensies moeten niet worden opgevat als diagnostische categorieën.

De SCL-90 bestaat uit 90 omschrijvingen van psychische en lichamelijke klachten. De respondent moet aangeven in welke mate hij daar de afgelopen week met inbegrip van de dag van invullen, last van heeft gehad. De mate waarin wordt op een vijfpuntsschaal uitgedrukt, variërend van 'helemaal niet=1' tot 'heel erg=5'.

De schaal somatische klachten bestaat uit 12 items en weerspiegelt de klachten die met een algemeen gevoeld lichamelijke disfunctioneren samenhangen. Hierbij horen klachten die sterk samenhangen met het autonome systeem (adem, keel, misselijkheid, hart) en klachten die meer met het spierstelsel (hoofdpijn, spieren, rug) te maken hebben. Ook somatische equivalenten van angst zijn aanwezig. In het algemeen betreft het een verzameling symptomen die vaak worden gemeld bij functionele problemen, alhoewel een feitelijke lichamelijke afwijking nooit mag worden uitgesloten.

De depressieschaal van de SCL-90 bestaat uit 16 items die een breed scala van depressieve symptomen weerspiegelen die gewoonlijk bij het klinisch syndroom 'depressie' worden opgemerkt. Bijvoorbeeld neerslachtigheid, onvermogen om te genieten, lage zelfwaardering etc.

De angst-dimensie bestaat uit 10 items en wordt gevormd door symptomen die klinisch gesproken samenhangen met een hoog angstniveau. Het is vooral een aanduiding van gegeneraliseerde angst. De klachten hangen samen met een verhoogde vegetatieve arousal, algemene symptomen als zenuwachtigheid en spanning, alsook paniekaanvallen en rusteloosheid.

Per schaal wordt een somscore verkregen door sommering van de desbetreffende items.

De betrouwbaarheid van de drie schalen kan goed genoemd worden. Cronbach's alpha voor de somatisatie schaal bedraagt .84 (n=411). Voor de schalen angst en depressie zijn de alpha's respectievelijk .91 (n=411) en .92 (n=411).

De MOS (medical outcome study) short form

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van MOS (Stewart e.a. 1988) is de gezondheidsdefinitie van de World Health Organization waarin de dimensies lichamelijke, geestelijke en sociale gezondheid worden onderkend. Hieraan zijn door Stewart e.a. (1988) de dimensies perceptie van gezondheid en pijn toegevoegd.

De MOS-schaal bevat 6 subschalen, te weten: lichamelijke functioneren (6 items), rol-functioneren (2 items), sociaal functioneren (1 item), geestelijke gezondheid (5 items), perceptie gezondheid (5 items) en lichamelijke pijn (1 item). Het instrument beoogt in korte tijd een profiel van de gezondheidstoestand te geven. De subschalen kunnen als volgt worden omschreven. Voor het lichamelijke functioneren worden de eventuele activiteitenbeperkingen nagegaan: de schaal loopt van beperkingen bij inspannende bezigheden tot beperkingen van de zelfredzaamheid. Bij het functioneren in rollen en het sociale functioneren worden eveneens activiteitenbeperkingen achterhaald. De geestelijke gezondheid is gemeten in termen van psychologische 'distress' en welbevinden. Onder perceptie van gezondheid wordt verstaan het door de betrokkene zelf schatten van de gezondheidstoestand van het moment. Pijn is opgenomen om een indruk te krijgen van mogelijk lichamelijke ongemak. In onderhavig onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van Kempen (1992).

De scoring van de MOS is uitgevoerd analoog aan de richtlijnen van Anderson e.a. (1990) beschreven in Wilkin e.a. (1992). Aangezien de schalen voor pijn en sociaal functioneren slechts uit 1 item bestaan is de betrouwbaarheid voor de overige vier schalen berekend. De schaal voor perceptie van gezondheid heeft een alpha van .78 (n=390). Cronbach's alpha voor geestelijk functioneren bedraagt .86 (n=426). De schalen voor lichamelijke en rol-functioneren zijn respectievelijk .83 (n=414) en .83

(n=405). De alpha's zijn goed en vergelijkbaar met waarden elders gerapporteerd (Kempen 1992).

Tot op heden is de door ons gebruikte MOS -short form 21-item versie weinig gebruikt in Nederland (Kempen 1992). Hetzelfde geldt overigens voor de 36-item versie (Van der Zee e.a. 1993).

Kwaliteit van sociale relaties

Het sociale aspect van somatisatie is vastgesteld met behulp van de eenzaamheids-schaal die is ontwikkeld door De Jong-Gierveld en Kamphuis (1985). Deze schaal is een 'gemis-intensiteitsschaal' die tot uitdrukking brengt in welke mate sprake is van een discrepantie tussen feitelijk gerealiseerde en de benodigde/gewenste kwaliteit van sociale relaties. De lijst bevat 11 items met ieder vijf antwoordmogelijkheden en wordt door respondenten zelfstandig ingevuld. De score loopt, na dichotomisering van nul (minimum) tot 11 (maximum). De betrouwbaarheid bedraagt .91 (n=432) en is zonder meer goed te noemen (zie o.a. Kramer en Kerkstra 1992).

Tevredenheid met gezondheidszorg in het algemeen en de bejegening door de huisarts

Voor het bepalen van de tevredenheid van de patiënt met de gezondheidszorg in het algemeen en de wijze waarop de huisarts met zijn patiënten omgaat, is gebruik gemaakt van twee schalen van de Patiënt Satisfaction Questionnaire (PSQ) van Ware en Hays (1988), i.e. general satisfaction en interpersonal manner. De algemene tevredenheidsschaal bestaat uit vijf items. De bejegeningsschaal omvat zeven items. Beide schalen hebben vijf antwoordmogelijkheden en worden door de respondenten zelfstandig ingevuld.

Scoring van de PSQ schalen is uitgevoerd analoog aan de richtlijnen van Hays e.a. (1987) beschreven in Wilkin e.a. (1992).

De betrouwbaarheid van de general satisfaction schaal is .72 (n=352). De alpha van de interpersonal manner schaal is iets hoger namelijk .76 (n=352).

Munchener Alcohol Test (MALT)

Voor het meten van het alcoholgebruik is gebruik gemaakt van de verkorte versie van de MALT (Walburg en Limbeek 1987). De eerste vraag informeert of de patiënt regelmatig alcohol gebruikt, wanneer hier bevestigend op wordt geantwoord, dienen drie aanvullende vragen te worden beantwoord.

Demografische gegevens en diversen

Naast de genoemde bestaande lijsten zijn met behulp van de batterij vragenlijsten demografische kenmerken van de patiënten verzameld en is een aantal additionele vragen gesteld. De betreffen de mening van de patiënt inzake oorzaak van de klachten en de aanwezigheid van een eventuele relatie met psychische spanningen. Daarnaast is geïnformeerd met wie men problemen bespreekt.

Huisartsen

Op het registratieformulier voor de huisarts stond als reminder de definitie van somatisatie, zoals gehanteerd in deze studie, afgedrukt.

De huisarts heeft over de deelnemende patiënten een aantal vragen beantwoord waarin geïnformeerd werd naar aspecten betreffende het bezoek van de patiënt, de medische

consumptie en de mening van de huisarts over de patiënt. Aansluitend volgden enkele vragen met betrekking tot somatisatie.

Kenmerken van het bezoek betroffen het soort bezoek (herhaalcontact, eerste contact etc.), de klachten van de patiënt, beoordeling van de klachten op de dimensies somatisch, psychisch en sociaal en de gestelde diagnose. De medische consumptie van de patiënt betrof het aantal bezoeken aan de huisarts gedurende de afgelopen 12 maanden en een hoog gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen.

De mening over de patiënt had betrekking op de compliance van de patiënt en het heartsink gevoel bij de arts.

Verder is van elke patiënt aangegeven of hij somatiseert en zo ja of de huisarts een consult met een psychiater wenselijk achtte. Wanneer een consult niet nodig was, werd de reden hiervoor vermeld. Indien diagnostiek en verwijzingen voor de (somatiserende) klachten hadden plaatsgevonden, kon dit worden aangegeven.

3.3 Resultaten

Paragraaf 3.3.1 is toegespitst op de kenmerken van somatiserende patiënten en de factoren die van belang zijn bij de definitie van somatiseerders. Als eerste worden de algemene bevindingen van de registratie besproken. Hierbij wordt ingegaan op de prevalentie van somatiseerders. Daarnaast worden de redenen besproken die huisartsen hebben aangegeven om geen consult bij de psychiater te vragen.

Zoals eerder aangegeven zijn somatiserende patiënten en niet-somatiserende patiënten onderscheiden door de huisarts. Daarnaast heeft de huisarts aangegeven of hij voor een somatiserende patiënt een psychiatrisch consult wenselijk achtte. Op deze wijze ontstaan drie patiëntgroepen i.e. niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult niet nodig vindt en somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult wenselijk acht. De kenmerken van deze patiëntgroepen worden vervolgens in 3.3.2 besproken. Naast demografische gegevens worden de scores op de diverse vragenlijsten beschreven. Op deze wijze wordt, naast een beschrijving van de patiënten, inzicht verkregen in de kenmerken van met name de somatiserende patiënten (zoals de huisarts deze definieerde). Aansluitend worden in 3.3.3 de oordelen over deze patiënten van de deelnemende huisartsen weergegeven.

Paragraaf 3.3.4 is toegespitst op de meetinstrumenten. Hierbij wordt ingegaan op de correlaties tussen de somcores van de diverse gehanteerde meetinstrumenten. In het hoofdonderzoek kan in geval van hoge correlaties de voorkeur worden gegeven aan een meetinstrument. Daarnaast wordt stil gestaan bij het differentiërend vermogen van de diverse vragenlijsten.

Uitgaande van de bevindingen in de voorafgaande paragrafen wordt in 3.3.5 nagegaan welke criteria gehanteerd kunnen worden ter selectie van somatiseerders. Hierbij wordt gebruik gemaakt van logistische regressie-analyse. Uitgaande van deze bevindingen wordt een poging gedaan om richtlijnen te formuleren voor selectie van somatiserende patiënten (geschikt voor consultatieve bijeenkomsten met de psychiater). Katon e.a. (1990) gebruiken een andere operationalisatie voor het selecteren van somatiserende patiënten voor psychiatrische consulten. Ter vergelijking met de richtlijnen voortgekomen uit onderhavige studie zal worden nagegaan welke patiënten worden geselecteerd bij het gebruik van hun criteria.

3.3.1 Algemene bevindingen

In tabel 1 is per huisarts het aantal patiënten dat een vragenlijst tijdens de wachtkamer-screening heeft ingevuld, weergegeven. Hierbij is aangegeven hoeveel patiënten de huisartsen tijdens deze registratie als somatiseerder hebben gelabeld alsmede het aantal patiënten waarvoor een consult met de psychiater wenselijk werd geacht. Het aantal patiënten dat daadwerkelijk een consult heeft gehad, wordt eveneens in tabel 1 weergegeven.

Tabel 3.1 Kengetallen somatiserende patiënten tijdens screeningsperiode

	wachtkamer screening	somatiseerders		consult wenselijk	consult gehad
huisarts 1	68	17	25%	7	6
huisarts 2	62	9	15%	1	1
huisarts 3	76	3	4%	1	1
huisarts 4	69	15	22%	1	1
huisarts 5	69	25	36%	5	5
huisarts 6	77	6	8%	2	1
totaal	421	75	18%	17	15

In totaal hebben gedurende de screeningsweek 421 patiënten hun medewerking verleend aan het onderzoek. 75 van deze patiënten werden door de huisartsen als somatiseerder gelabeld. Het aantal patiënten dat tijdens de registratie in de wachtkamer bereid was om mee te werken aan het onderzoek verschilt per praktijk. Ten aanzien van de non-respons kan het volgende worden opgemerkt. Uitgaande van een gemiddelde van 120 consulten per huisarts gedurende de periode van de wachtkamerscreening heeft plusminus 60% van de patiënten heeft deelgenomen. De overige 40% betreft voornamelijk kinderen, ouderen en waarneempatiënten, patiënten die buiten de omschrijving van de doelpopulatie vielen. Slechts weinig patiënten die in aanmerking kwamen, hebben geweigerd.

Met behulp van de gegevens verzameld tijdens de registratie in de wachtkamer van de participerende praktijken kan een schatting gemaakt worden van de prevalentie van somatiseerders in de huisartspraktijk. Uit de tabel kan worden afgeleid dat de prevalentie van somatiserende patiënten verschilt tussen de praktijken. De overall prevalentie van somatisatie bedraagt 18%. Echter het aantal patiënten waarvoor een consult wenselijk wordt geacht ligt aanzienlijk lager. Voor 17 van de 75 somatiseerders (23%) wordt een psychiatrisch consult gewenst door de huisarts. Indien de huisarts een consult wenst, wordt dit ook meestal geëffectueerd. De getallen uit tabel 3.1 zijn van belang bij het vaststellen van de specificiteit en sensibiliteit van het samen te stellen meetinstrument ter selectie van somatiserende patiënten.

Na de wachtkamerscreening is de huisartsen verzocht somatiseerders te blijven selecteren, hen te verzoeken vragenlijsten in te vullen en hen desgewenst uit te nodigen voor een psychiatrisch consult. De instroom van somatiserende patiënten in de periode na de wachtkamerscreening is weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Instroom somatiserende patiënten na de screening

	somatiseerders	consult wenselijk	consult gehad
huisarts 1	5	4	4
huisarts 2	2	2	2
huisarts 3	6	6	6
huisarts 4	8	8	8 ¹
huisarts 5	8	8	8
huisarts 6	2	2	2

1 Van een patiënt ontbreken de vragenlijsten

Uit bovenstaande blijkt dat evenals tijdens de registratie periode het aantal somatiserende patiënten per huisartsen nogal uiteen loopt. Verder zien we dat - i.t.t. de wachtkamerscreening - bij vrijwel iedere somatiseerder een consult wenselijk werd geacht. Willen we uitspraken doen over de proporties somatiseerders waarbij een consult gewenst wordt, dan moeten we ons beperken tot de steekproef die uit de wachtkamerscreening naar voren komt.

Gedurende de wachtkamerscreening vonden de huisartsen voor 17 patiënten, i.e. 23% van de somatiserende patiënten in die week een consult met de psychiater wenselijk. Voor 58 patiënten, die wel als somatiseerder werden gelabeld was een consult niet nodig. De hiervoor genoemde redenen zijn weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Redenen waarom de huisarts een consult niet nodig acht

	aantal	%
Het is voor huisarts en patiënt hanteerbaar	42	71%
Er is reeds een voor een andere aanpak gekozen	4	7%
De patiënt heeft bepaalde karakteristieken	6	10%
Somatische behandeling heeft prioriteit	2	3%
Onbekend	4	7%

De meest genoemde reden om geen consult aan te vragen is duidelijk.

De huisarts acht zichzelf vaardig genoeg om adequaat met de patiënt en diens probleem om te gaan. Vaak ook vindt hij dat de patiënt voldoende inzicht in zijn problematiek heeft. Blijkbaar is het somatiseren van deze patiënten niet problematisch voor de participerende huisartsen.

Bij een klein aantal patiënten was reeds een andere weg voor behandeling ingeslagen. Deze betreffen RIAGG, AMW en psycholoog.

Karakteristieken waarbij patiënten niet werden voorgedragen voor een consult zijn onder meer een lage intelligentie en onwilligheid om mee te werken.

3.3.2 Patiënten

Demografische kenmerken

De demografische kenmerken van de patiëntgroepen zijn weergegeven in tabel 3.4.

Tabel 3.4 Demografische kenmerken van de patiëntgroepen, i.e. niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd¹ is

	niet-somat.		somat. geen consult		somat consult		toets res.
	n	%	n	%	n	%	
<i>aantal patiënten</i>							
totaal	346		59		47		
leeftijd	44.6		42.1		43.4		n.s
man	137	40%	12	20%	12	25%	chi2 10.5 p<.005
vrouw	208	60%	46	78%	35	75%	
onbekend	1		1	2%	-		
<i>burgelijke staat</i>							
ongehuwd	67	19%	9	15%	8	17%	chi2 22.2 ² p<.0002
gehuwd/samenwonen	242	70%	34	58%	37	79%	
gescheiden/weduwe	21	6%	14	24%	2	4%	
onbekend	16	5%	2	3%	-		
<i>woonsituatie</i>							
alleen	32	9%	14	24%	3	6%	chi2 10.9 ³ p<.030
gezin	258	75%	40	67%	39	83%	
gemeens.woonvorm	10	3%	1	2%	1	2%	
onbekend	46	13%	4	7%	4	9%	
<i>werksituatie</i>							
werkloos	5	1%	2	3%	1	2%	
huisvrouw	74	21%	18	31%	13	28%	
WAO/pensioen	51	15%	9	15%	6	13%	
zelfstandig	16	5%	4	7%	1	2%	
loondienst	154	45%	21	36%	26	55%	
schoolgaand	21	6%	2	3%	-		
onbekend	25	7%	3	5%			
<i>verzekering</i>							
ziekenfonds	197	57%	37	63%	36	77%	chi2 6.0 p<.05
particulier	132	38%	20	34%	10	21%	
onbekend	17	5%	2	3%	1	2%	
<i>opleidingsniveau</i>							
geen	3	1%	1	2%	1	2%	
lagere school	45	13%	11	19%	8	17%	
vmo	201	58%	39	65%	31	66%	
hbo/uni	68	20%	4	7%	5	11%	
onbekend	29	8%	4	7%	2	4%	

1 Hier zijn de somatiseerders (met en zonder consult) uit de registratieweek en uit de latere instroom samen genomen.

2 In twee cellen is de frequentie lager dan de verwachte frequentie.

3 zie voetnoot 3.

Er bestaan geen verschillen in leeftijd tussen niet-somatiserende patiënten en somatiserende patiënten met en zonder consult. Geslacht daarentegen differentieert wel tussen niet-somatiseerders en somatiseerders. Somatiserende patiënten zijn vaker vrouw.

Somatiseerders waarvoor de huisarts een consult niet nodig acht, zijn vaker verweefd of gescheiden en wonen vaker alleen. Het opleidingsniveau en de werksituatie daarentegen is vergelijkbaar voor niet-somatiserende patiënten en somatiserende patiënten.

Met betrekking tot de verzekeringsvorm zijn er verschillen tussen de onderscheiden patiëntgroepen. Somatiserende patiënten met een consult zijn vaker verzekerd bij het ziekenfonds.

Concluderend zijn somatiserende patiënten (met en zonder consult) vaker vrouw en ziekenfonds verzekerd. De 'niet-problematische' somatiseerders, waarvoor geen psychiatrisch consult wordt gewenst, zijn vaker verweefd of gescheiden en alleenwonend.

De verzamelde data over lichamelijke en psychische gezondheid, wenselijkheid van sociale relaties, tevredenheid met de gezondheidszorg in het algemeen en de bejegening van de huisarts in het bijzonder, zijn geanalyseerd met behulp van een drie-weg variantie-analyse. Naast patiëntengroep zijn de demografische variabelen verzekeringsvorm en sexe als factor meegenomen.

Zowel de variabele burgerlijke status als woonsituatie zijn buiten beschouwing gelaten. De χ^2 is hierbij niet geheel betrouwbaar. Daarnaast ontstaan door het kleine aantal patiënten in bepaalde categorieën lege cellen bij het analyseren.

Verschillen tussen de respectievelijke patiëntgroepen zijn vastgesteld met Scheffe posthoc analyses.

Psychische, sociale en lichamelijke gezondheid

In tabel 3.5 zijn de bevindingen op de SCL schalen somatisatie, angst en depressie voor de onderscheiden patiëntgroepen weergegeven. Aangezien per schaal de groeps-groottes variëren is ook het aantal patiënten weergegeven.

Tabel 3.5 Somatisatie, angst en depressie bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.	somat. geen consult	somat consult	toets res.
somatisatie aantal patiënten	18.0 (5.9) n=309	22.4 (7.1) n=55	26.6 (9.1) n=46	F=35.8 p<.000
angst aantal patiënten	13.8 (5.7) n=312	16.3 (6.2) n=53	20.6 (8.6) n=46	F=26.1 p<.000
depressie aantal patiënten	22.5 (9.1) n=307	27.2 (10.5) n=55	32.1 (13.0) n=46	F=19.3 p<.000

Posthoc analyses tonen aan dat bij somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is de mate van somatiseren hoger is dan bij somatiserende patiënten zonder consult en de niet-somatiserende patiënten. Daarnaast is de score van somatiserende patiënten zonder consult hoger dan van niet-somatiserende patiënten. De score op de somatisatie schaal wordt niet beïnvloed door hoofdeffecten van sexe of verzekeringsvorm. Er is wel een interactie-effect: Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is die ziekenfonds zijn verzekerd scoren hoog op de somatisatieschaal ($F=4.2$, $p<.016$).

Vrouwen zijn angstiger dan mannen ($F=4.3$, $p<.038$). Scheffe posthoc analyses tonen aan dat de verschillen op de angstschaal tussen de patiëntgroepen vergelijkbaar zijn met de somatisatieschaal. Namelijk, somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is zijn het meest angstig. Ze hebben een grotere angst dan somatiserende patiënten zonder consult en de niet-somatiserende patiënten. Daarnaast is het angstniveau van somatiserende patiënten zonder consult hoger dan van niet-somatiserende patiënten.

Vrouwen hebben meer last van depressieve klachten dan mannen ($F=4.4$, $p<.036$). Blijkens de posthoc analyses zijn de verschillen op de depressieschaal vergelijkbaar met de schalen voor angst en somatisatie.

Uit een vergelijking met de normen voor de normale populatie van bovengenoemde schalen (Arrindell en Ettema 1986) blijkt dat de scores van mannelijke somatiseerders (met en zonder consult) hoog zijn. Niet-somatiserende mannen scoren op alle schalen boven gemiddeld. Bij de vrouwen zijn de kwalificaties van de scores meer gevarieerd. Op de somatisatieschaal scoren somatiserende vrouwen (met en zonder consult) hoog. De angstscores zijn voor somatiserende vrouwen (met en zonder consult) en niet somatiseerders, respectievelijk zeer hoog en hoog. De kwalificatie van de depressie score, tot slot, is boven gemiddeld voor niet somatiserende vrouwen en somatiseerders zonder consult. Somatiserende vrouwen waarvoor consult gevraagd is scoren hoog.

In tabel 3.6 zijn de bevindingen weergegeven van de zes MOS-schalen alsmede de respectievelijke groeps groottes.

Tabel 3.6 MOS-somscores bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat	somat. geen consult	somat consult	toets res.
perceptie gezondh. aantal patiënten	72.4 (20.7) n=291	61.2 (25.2) n=51	41.7 (19.2) n=40	$F=37.1$ $p<.000$
mentale gezondheid aantal patiënten	73.5 (18.7) n=318	63.4 (19.6) n=56	56.0 (20.4) n=44	$F=17.5$ $p<.000$
fysiek functioneren aantal patiënten	80.4 (28.2) n=311	71.8 (31.6) n=52	59.7 (31.8) n=43	$F=10.6$ $p<.000$
pijn aantal patiënten	61.5 (33.4) n=323	46.5 (26.5) n=57	33.0 (27.6) n=47	$F=18.7$ $p<.000$
sociaal functioneren aantal patiënten	87.5 (20.2) n=321	77.5 (24.1) n=55	68.1 (30.6) n=47	$F=18.4$ $p<.000$
dagelijks functioneren aantal patiënten	80.9 (36.2) n=306	70.6 (41.4) n=51	50.0 (46.7) n=40	$F=12.9$ $p<.000$

Een hogere score wijst op een betere gezondheid c.q. lichamelijk, sociaal en geestelijk functioneren. De scores voor perceptie gezondheid, fysiek-, dagelijks- en sociaal functioneren en pijn worden niet beïnvloed door sexe en verzekeringsvorm.

Blijkens de posthoc analyses vertoont de mentale gezondheid, het sociaal functioneren en pijn een vergelijkbaar patroon bij de drie patiëntgroepen: niet-somatiserende patiënten hebben een 'gezondere' score dan de somatiserende patiënten met en zonder consult. Daarnaast is de psychische gezondheid van mannen beter dan van vrouwen ($F=5.8$, $p<.016$).

De perceptie van gezondheid van niet-somatiserende patiënten is beter dan van somatiserende patiënten met en zonder consult (posthoc analyses). Maar ook de somatiserende patiënten verschillen van elkaar. De patiënten waarvoor consult gevraagd is ervaren hun gezondheid als minder goed.

Het fysiek functioneren van somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is is slechter dan van niet-somatiserende patiënten. Daarnaast is het dagelijks functioneren van somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is lager dan van beide andere patiëntgroepen.

In tabel 3.7 is de kwaliteit van de sociale relaties voor de onderscheiden groepen weergegeven.

Tabel 3.7 Kwaliteit van de sociale relaties bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.	somat. geen consult	somat consult	toets res.
eenzaamheid	2.0 (2.7)	3.5 (3.7)	4.4 (3.6)	$F=15.3$
aantal patiënten	n=322	n=55	n=47	$p<.000$

Blijkens de Scheffe posthoc analyses ervaren somatiserende patiënten met en zonder consult een grotere discrepantie tussen feitelijk gerealiseerde relaties en de benodigde relaties dan niet-somatiserende patiënten. Somatiserende patiënten zijn dus eenzamer.

Het blijkt dat ziekenfonds verzekerden eenzamer zijn ($F=4.2$, $p<.042$) met name als ze vrouw zijn ($F=4.4$, $p<.036$).

Conclusie:

De mate van somatiseren en het psychisch welbevinden (angst en depressie) differentieert tussen somatiseerders en niet-somatiseerders, maar eveneens tussen somatiseerders onderling. De mate van somatiseren voor de patiënten waarvoor consult gevraagd is is het hoogst, het psychisch welbevinden het laagst. De algemene ervaren gezondheid daarentegen blijkt overwegend te differentiëren tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten. Somatiserende patiënten beoordelen hun functioneren en gezondheid op verschillende dimensies slechter.

Tevredenheid met de gezondheidszorg in het algemeen en de bejegening door de huisarts

Tabel 3.8 Tevredenheid met de gezondheidszorg in het algemeen en de huisarts in het bijzonder bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.	somat. geen consult	somat consult	toets res.
algemene gezondheidszorg aantal patiënten	20.0 (3.4) n=287	18.9 (4.4) n=49	17.9 (4.1) n=37	F=7.2 p<.001
bejegening huisarts aantal patiënten	31.1 (3.4) n=284	31.0 (4.2) n=52	30.2 (4.1) n=38	n.s

Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is zijn minder tevreden met de gezondheidszorg in het algemeen dan niet-somatiserende patiënten (Scheffe). Ten aanzien van de tevredenheid met de huisarts bestaan geen verschillen. Gezien de score (maximale score is 35) zijn de patiënten heel tevreden met hun huisarts.

Alcoholgebruik

Tabel 3.9 Regelmatig alcoholgebruik bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.		somat. geen consult		somat consult		toets res.
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	
ja	137	40%	18	31%	16	34%	n.s
nee	187	54%	39	66%	31	66%	
onbekend	22	6%	2	3%	-		

In de drie patiëntgroepen drinkt meer dan de helft van de patiënten niet regelmatig alcohol. De regelmaat van het alcoholgebruik is vergelijkbaar. Er lijkt geen samenhang te bestaan tussen regelmatig alcoholgebruik en somatiseren.

Oorzaken klachten

In tabel 3.10 wordt aangegeven of patiënten een idee hebben over een eventuele oorzaak van de klachten.

Een chi²-toets laat zien dat er geen verschil bestaat in de verdeling van de antwoord-categorieën tussen de groepen. Men denkt hetzelfde over de oorzaken van de klachten.

Tabel 3.10 Idee over oorzaak klachten bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat		somat. geen consult		somat consult		toets res.
	n	%	n	%	n	%	
nee	86	25%	13	22%	17	36%	n.s
meestal	159	46%	33	56%	23	49%	
ja	69	20%	10	17%	6	13%	
onbekend	32	9%	3	5%	1	2%	

In tabel 3.11 wordt aangegeven of de patiënt van mening is dat de klachten in verband staan met psychische spanningen.

Tabel 3.11 Klachten in relatie met psychische spanningen bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat		somat. geen consult		somat consult		toets res.
	n	%	n	%	n	%	
nee	172	50%	23	39%	9	19%	chi2=19.5 p<.0006
misschien	116	33%	24	41%	27	58%	
ja	32	9%	9	14%	9	19%	
onbekend	25	8%	4	7%	2	4%	

Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is geven vaker aan dat hun klachten wellicht in verband staan met psychische spanningen. Mogelijk is de huisarts meer genegen een consult te laten doen naarmate bij de patiënt meer inzicht aanwezig is ten aanzien van de psychische aspecten die een rol spelen bij de klachten. Hierbij is met name het verschil tussen de somatiserende patiëntgroepen interessant.

Sociale steun problemen

In tabel 3.12 wordt aangegeven met wie de patiënten hun problemen bespreken. Bij deze vraag was het mogelijk meer dan een alternatief aan te kruisen zodat het totaalpercentage de 100 overstijgt.

Tabel 3.12 Met wie praten over problemen bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat		somat. geen consult		somat consult	
	n	%	n	%	n	%
familie	149	43%	28	48%	18	38%
huisgenoten	172	50%	26	44%	29	62%
vrienden	100	30%	22	37%	15	32%
buren/kennis	13	4%	1	2%	7	15%
huisarts	114	33%	27	46%	31	66%
dominee	4	1%	-			-
andere hulpverl.	16	5%	5	9%	4	9%
anders	20	6%	2	3%	4	9%

In vergelijking met niet-somatiserende patiënten bespreken somatiserende patiënten hun problemen vaker met de huisarts. Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is geven daarnaast aan met huisgenoten hun problemen te bespreken.

3.3.3 Huisartsen

In het navolgende worden de bevindingen van de drie patiëntgroepen vanuit het perspectief van de huisarts gerapporteerd. Achtereenvolgens worden de klachten, aard van de klachten diagnoses, aard van het contact, medische consumptie, mening over de patiënten en het beleid van de huisarts beschreven. Hiermee wordt nagegaan in hoeverre de beslissing van de huisarts wel geen somatiseerder en wel of geen consult met behulp van deze gegevens onderbouwd kan worden.

Klachten zoals weergegeven door de patiënt

In tabel 3.13 zijn de klachten die de patiënt bij het bezoek aan de huisarts meldt weergegeven. Aangezien per patiënt meerdere klachten mogelijk zijn (maximaal drie) overstijgt het aantal klachten het aantal patiënten. De klachten zijn gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts en Wood 1987) welke speciaal is ontwikkeld voor gebruik in de eerstelijns. De classificatie bestaat uit zeventien hoofdstukken die in grote lijnen per orgaansysteem zijn georganiseerd. Klachten en diagnoses hebben zo een eigen code.

Tabel 3.13 Klachten bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is weergegeven per ICPC-hoofdstuk. Absoluut en per 100 patiënten

	niet-somat		somat. geen consult		somat. consult	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Algemeen	25	7%	11	19%	14	30%
Bloed	6	2%	-		-	
Maag en darm	29	8%	9	15%	9	19%
Oog	11	3%	4	7%	-	
Oor	25	6%	1	2%	-	
Hart- en vaatstelsel	51	15%	4	7%	3	6%
Bewegingsapparaat	91	26%	17	29%	10	21%
Zenuwstelsel	10	3%	6	10%	8	17%
Psyche	29	8%	6	10%	10	21%
Ademhaling	57	17%	3	5%	11	23%
Huid	54	16%	5	8%	3	6%
Metabolisme	9	3%	-		1	2%
Urinewegen	3	1%	-		-	
Zwangerschap	12	3%	-		-	
Vrouwelijke geslachtsorg.	39	11%	4	7%	1	2%
Mannelijke geslachtsorg.	3	1%	1	2%	-	
Sociaal	7	2%	2	3%	-	

De klachten van de niet-somatiserende patiënten zijn verdeeld over de verschillende orgaansystemen. De meest frequente klachten betreffen het bewegingsapparaat, de ademhaling, de huid en het hart- en vaatstelsel.

De klachten van de somatiserende patiënten hebben een wat ander patroon. Ze hebben algemene klachten, maag- en darmklachten en psychische klachten. Klachten in relatie tot het zenuwstelsel en de ademhaling komen relatief vaker voor bij patiënten waarvoor consult gevraagd is. Het is opvallend dat relatief veel somatiserende patiënten (door de huisarts geselecteerd op de definitie dat hun *lichamelijke* klachten niet in verhouding tot hun lichamelijke conditie staan) klaarblijkelijk ook veel psychische klachten presenteren.

Diagnoses van de huisarts

Per patiënt waren meerdere (differentieel) diagnoses mogelijk (maximaal drie). Het aantal diagnoses overstijgt het aantal patiënten. Evenals de klachten zijn de diagnoses gecodeerd volgens de ICPC.

Tabel 3.14 Diagnoses bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is weergegeven per ICPC-hoofdstuk. Absoluut en per 100 patiënten

	niet-somat.		somat geen consult		somat consult	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Algemeen	20	6%	8	14%	5	11%
Bloed	4	1%	-		-	
Maag en darm	28	8%	4	7%	6	13%
Oog	12	3%	2	3%	-	
Oor	19	6%	1	2%	-	
Hart- en vaatstelsel	55	16%	1	2%	2	4%
Bewegingsapparaat	82	24%	14	24%	3	6%
Zenuwstelsel	5	1%	2	3%	4	9%
Psyche	44	13%	22	37%	29	62%
Ademhaling	56	16%	3	5%	9	19%
Huid	58	17%	9	15%	2	4%
Metabolisme	10	3%	-		-	
Urinewegen	3	1%	1	2%	-	
Zwangerschap	14	4%	-		-	
Vrouwelijke geslachtsorg.	34	10%	2	3%	-	
Mannelijke geslachtsorg.	3	1%	-		-	
Sociaal	24	7%	13	22%	8	17%

Conform de gepresenteerde klachten betreffen de aandoeningen van de niet-somatiserende patiënten het bewegingsapparaat, de ademhaling, de huid en het hart- en vaatstelsel.

Somatiserende patiënten hebben meer algemene diagnoses. De patiënten zonder consult worden gekenmerkt door psychische en sociale problematiek. Een groot aantal somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is heeft psychische problemen. Aandoeningen van de luchtwegen komen eveneens voor.

Aard van de klachten

In tabel 3.15 staat de beoordeling door de huisarts van de aard van de klachten, waarmee de patiënt komt, op de dimensies somatisch - niet-somatisch, psychisch - niet-psychisch, sociaal - niet-sociaal.

Tabel 3.15 Aard van klachten bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is: gemiddelde scores op 5-punts-schaal

	niet-somat.	somat. geen consult	somat consult	toets res.
somatisch	2.0 (1.4)	3.4 (1.3)	4.1 (1.1)	F=62.9 p<.000
psychisch	4.0 (1.3)	2.5 (1.3)	1.9 (.9)	F=44.5 p<.000
sociaal	4.2 (1.3)	3.0 (1.5)	2.6 (1.2)	F=45.6 p<.000

De scoring is gebeurd op een vijfpuntsschaal. Een lage score betekent meer van toepassing, een hoge minder van toepassing. Uit de posthoc analyses blijkt dat de klachtenbeoordeling op de dimensies somatisch en psychisch significant verschilt tussen de groepen onderling. Voor de sociale dimensie is het verschil toegespitst op de tweedeling somatiseerders versus niet-somatiseerders. De klachten van somatiserende patiënten, met en zonder consult zijn het meest psychisch van aard. Niet-somatiserende patiënten hebben met name somatische klachten.

Medische consumptie

De medische consumptie is afgeleid van het aantal bezoeken aan de huisarts gedurende de afgelopen 12 maanden en van een hoog gebruik van de gezondheidszorg voorzieningen volgens de huisarts.

Tabel 3.16 Medische consumptie bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.	somat. geen consult	somat consult	toets res.
huisartsbezoeken afgelopen 12 mnd	4.4 (3.8)	8.1 (6.6)	10.7 (7.3)	F=42.2 p<.000
veel gebruik van gezondheidszorg	22 6%	27 46%	22 47%	chi2=97.4 p<.000

Conform de verwachting (n.l. conform de gehanteerde definitie) brengen somatiserende patiënten, met en zonder consult, vaker een bezoek aan de huisarts dan niet-somatiserende patiënten, zo blijkt uit posthoc analyses. Binnen de somatiserende groep brengen patiënten waarvoor consult gevraagd is vaker een bezoek dan patiënten zonder (Scheffe).

Geslacht, verzekeringsvorm in combinatie met wel/niet somatiseren interacteren ten aanzien van het aantal bezoeken aan de huisarts.

Ziekenfonds verzekerde somatiserende vrouwen hebben een hoge bezoekfrequentie, namelijk 11.4. In geval van particuliere verzekering hebben met name somatiserende mannen zonder consult en somatiserende vrouwen waarvoor consult gevraagd is een hoge bezoekfrequentie, namelijk 15.2 en 11.2 ($F=4.8$, $p<.009$). N.b. het betreft kleine groepen.

Het gebruik van de gezondheidszorg voorzieningen is aanmerkelijk hoger bij somatiserende patiënten en vergelijkbaar voor de patiënten met en zonder consult.

Aard van de contacten

Uit tabel 3.17 kan worden afgeleid dat ruim tweederde van de bezoeken van somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is een herhaalcontact betreft.

Tabel 3.17 Aard van de contacten bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.		somat. geen consult		somat consult	
	n	%	n	%	n	%
eerste contact	162	47%	26	44%	11	23%
herhaalcontact	122	35%	25	42%	33	71%
recidief	14	4%	5	9%	2	4%
periodieke contr.	37	11%	1	2%	-	
onbekend	10	3%	2	3%	1	2%

Mening huisarts over patiënt

In de onderstaande tabel staat een aantal meningen en ideeën van de huisarts over de patiënten met betrekking tot het opvolgen van gegeven adviezen door de patiënt en de relatie met de patiënt.

Tabel 3.18 Mening huisarts over niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat		somat. geen consult		somat consult		toets res.
	n	%	n	%	n	%	
heartsink gevoel	6	2%	16	27%	23	49%	chi2=125.1 p<.000
compliance:							
gebleken	205	59%	18	31%	12	26%	chi2=31.8
vermoeden	133	38%	39	66%	33	70%	p<.000
nee	7	2%	2	3%	2	4%	
onbekend	1		-		-		
familie:							
klagen in familie	29	8%	23	39%	11	23%	chi2=43.5
familie doorkruist							p<.000
beleid	1		5	9%	5	11%	chi2=29.1 p<.000

De huisarts geeft bij somatiserende patiënten frequenter aan dat de moed hem of haar in de schoenen zinkt, ook wel aangeduid als het heartsink gevoel. Met name bij de patiënten waarvoor consult gevraagd is komt dit veel voor. Dat is waarschijnlijk ook de reden om een consult voor te stellen aan de patiënt.

De zekerheid die de huisarts heeft over het daadwerkelijk opvolgen van adviezen is het grootst bij de niet-somatiserende patiënten en het minst bij de somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is.

Klaaggedrag in de familie komt het meest voor bij somatiserende patiënten zonder consult. Wellicht zijn dit de notoire klagers zonder 'grote' problemen. Meer sociale problematiek dan psychische problematiek. Het doorkruisen van het beleid van de huisarts door de familie komt in het algemeen vaker voor bij somatiserende patiënten.

Medische geschiedenis

Naast het aantal bezoeken gedurende de afgelopen 12 maanden heeft de huisarts aangegeven bij hoeveel bezoeken er aanwijzingen waren dat bij de patiënt sprake was van somatisatie (tabel 3.19).

Tabel 3.19 Aanwijzingen voor somatisatie en het aantal keren bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.		somat. geen consult		somat consult		
	n	%	n	%	n	%	
aanwijzingen							
ja	49	14%	55	93%	45	96%	chi2=232
nee	291	84%	4	7%	2	4%	p<.000
onbekend	6	2%	-		-		
(indien somatisatie:)							
aantal keren	1.9 (1.5)		3.9 (2.9)		7.7 (5.6)		F=26.8 p<.000

Uiteraard zijn bij somatiserende patiënten vaker aanwijzingen voor somatisatie geweest. Bij 14% van de patiënten die niet voldoen aan de definitie van somatiseerder is gedurende de afgelopen 12 maanden gemiddeld tweemaal sprake geweest van aanwijzingen voor somatisatie. Per groep vindt een significante verdubbeling plaats van het aantal gelegenheden waarbij sprake is geweest van somatisatie.

In tabel 3.20 staat weergegeven of de huisarts in het verleden bij een verdenking van somatisatie, diagnostiek heeft verricht (of laten verrichten buiten de praktijk) en/of een verwijzing naar de specialist heeft plaatsgevonden.

Tabel 3.20 Beleid ten aanzien van klachten in geval van aanwijzingen voor somatisatie bij niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat.		somat. geen consult		somat consult		
	n	%	n	%	n	%	
diagnostiek	24	49%	35	59%	38	81%	chi2=13.1 p<.000
verwijzing	11	22%	14	24%	13	28%	n.s

Bij veel somatiserende patiënten en met name bij de 'waarvoor consult gevraagd is' groep is in het verleden al diagnostisch onderzoek verricht. Op indirecte wijze, door middel van de diagnostiek buiten de praktijk wordt de medische consumptie van deze patiënten verhoogd. Bij aanwijzing voor somatisatie bestaan geen verschillen tussen drie groepen.

Samenvatting

1. Patiëntkenmerken

Somatiserende patiënten (met en zonder consult) zijn vaker vrouw en ziekenfonds verzekerd. De somatiseerders waarvoor de huisarts een consult niet nodig acht, zijn relatief vaker verweduwd of gescheiden en alleenwonend.

De mate van somatiseren en het psychisch welbevinden (angst en depressie) differentieert tussen somatiseerders en niet-somatiseerders, maar eveneens tussen somatiseerders onderling. De mate van somatiseren voor de patiënten waarvoor consult gevraagd is, is hoog, het psychisch welbevinden laag. De algemeen ervaren gezondheid daarentegen blijkt overwegend te differentiëren tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten. Somatiserende patiënten beoordelen hun functioneren en gezondheid op verschillende dimensies slechter.

Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is geven vaker aan dat hun klachten wellicht in verband staan met psychische spanningen. Mogelijk is de huisarts meer genegen een consult te laten doen naarmate bij de patiënt meer inzicht aanwezig is ten aanzien van de rol van psychische factoren bij de klachten. Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is bespreken het meest vaak problemen met de huisarts.

2. Huisartsbevindingen

Bij de somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult aanvraagt is vaak sprake van een heartsink gevoel, bij deze patiënten wordt ook vaker diagnostiek verricht. Somatiserende patiënten waarvoor de huisarts geen consult aanvraagt komen vaker uit een klaagfamilie.

Uit de medische geschiedenis van de patiëntgroepen blijkt dat voor een klein aantal patiënten uit de niet-somatiserende groep in het verleden aanwijzingen bestonden voor somatisatie. Uitgaande van de mening van de huisarts voldoen ze niet aan de werkdefinitie van somatisatie.

Het scala aan klachten van niet-somatiserende patiënten is divers in vergelijking met de klachten van somatiserende patiënten met en zonder consult. De huisarts is van mening dat bij somatiserende patiënten de klachten meer van psychische en sociale aard zijn, het merendeel betreft herhaalcontacten. Qua diagnoses valt het op dat bij somatiserende zonder consult meer sociale diagnoses worden gesteld, bij somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is daarentegen worden meer psychische diagnoses gesteld. Deze laatste bevinding stemt overeen met het feit dat deze patiënten zelf ook aan geven dat psychische factoren een rol spelen bij de klachten.

De medische consumptie van somatiserende patiënten met en zonder consult is vergelijkbaar en aanzienlijk hoger dan van de niet-somatiserende patiënten.

3.3.4 Samenhang tussen de meetinstrumenten

De gehanteerde vragenlijst is nogal omvangrijk, minder vragen verdienen de voorkeur. Teneinde een gefundeerde keuze te maken voor een vervolgstudie zal aan de hand van het differentieel vermogen enerzijds en correlaties anderzijds een reductie suggestie worden geformuleerd. Dit onder voor behoud van een eventuele verdere inkrimping uitgaande van de uiteindelijke selectiecriteria.

In het voorafgaande is naar voren gekomen dat de onderscheiden patiëntgroepen niet relevant verschillend scoren op een aantal van de vragenlijsten en vragen. Dit betreft

ten eerste de schalen voor general satisfaction en interpersonal manner van de Patiënt Satisfaction Questionnaire (Ware en Hays 1988). Alhoewel een significant verschil bestaat in de tevredenheid met de gezondheidszorg in het algemeen, is de desbetreffende score zo hoog dat alle patiënten, ongeacht de vraag of ze somatiseren, tevreden zijn. Hetzelfde geldt voor de tevredenheid met de huisarts, waarbij overigens geen significante verschillen zijn.

Een vermeende relatie tussen alcoholgebruik en somatiseren wordt niet onderbouwd in deze studie. Alcoholgebruik, gemeten met de verkorte MALT (Walburg en Limbeek 1987), differentieert niet tussen somatiseerders en niet-somatiseerders. Verder hebben somatiseerders en niet-somatiseerders in dezelfde mate ideeën over de oorzaak van klachten. Deze vraag kan achterwege worden gelaten in een vervolgstudie. Hetzelfde geldt voor de genoemde vragenlijsten. Het differentiërend vermogen is onvoldoende.

In tabel 3.21 staan de correlaties tussen de schalen van de gebruikte vragenlijsten weergegeven. Het valt op dat de SCL-schalen onderling hoog correleren. De MOS-schalen daarentegen, correleren met uitzondering van de schalen dagelijks functioneren en lichamelijk functioneren aanzienlijk minder hoog.

Op inhoudelijke gronden kan een hoge correlatie worden verwacht tussen de SCL-schalen angst en depressie enerzijds en de MOS-schaal geestelijke gezondheid anderzijds. Deze verwachting wordt bevestigd.

In geval van een hoge correlatie tussen bestaande schalen i.e. groter of gelijk aan $|\cdot 70|$ kan gekozen worden voor een van beide. Uitgaande van de multidimensionele MOS-schaal zou in het hoofdonderzoek de SCL-schalen voor depressie en angst buiten beschouwing gelaten kunnen worden.

Samengevat zou de voorlopige reductie van het meetinstrument bestaan uit het weglaten van de MALT, PSQ-schalen, depressie en angst schaal van de SCL-90.

Tabel 3.21 Correlaties van de vragenlijsten onderling

	somat	angst	depri	gezondh	fysiek	mentaal	dagelijks	sociaal	pijn	eenzaam	tevredalg	tevhuis
somat	1.00											
angst	.71**	1.00										
depri	.72**	.82**	1.00									
gezondh	-.51**	-.43**	-.47**	1.00								
fysiek	-.31**	-.21**	-.18**	.35**	1.00							
mentaal	-.56**	-.71**	-.77**	.53**	.21**	1.00						
dagelijks	-.38**	-.29**	-.26**	.46**	.64**	.25**	1.00					
sociaal	-.37**	-.33**	-.34**	.49**	.35**	.41**	.43**	1.00				
pijn	-.44**	-.30**	-.27**	.40**	.39**	.27**	.39**	.30**	1.00			
eenzaam	.42**	-.49**	.60**	-.29**	-.16**	-.61**	-.15*	-.24**	-.20**	1.00		
tevredalg	-.24**	-.21**	-.24**	.33**	.22**	.25**	.24**	.27**	.24**	-.22**	1.00	
tevhuis	-.09*	-.01	-.07	.15*	.04	.08	-.01	.09	.04	-.17**	.46**	1.00

Toelichting bij de variabelen en de gebruikte afkortingen:

SCL-90 schalen: somat=somatisatie, angst=angst, depri=depressie

MOS schalen: gezondh=perceptie gezondheid, fysiek=lichamelijk functioneren

mentaal= geestelijke gezondheid, dagelijks= rol functioneren

sociaal= sociale functioneren, pijn= lichamelijke pijn

Eenzaamheidschaal: eenzaam

PSQ schalen: tevredalg=algemene tevredenheid

tevhuis= tevreden bejegening huisarts

* p<.01

** p<.001

3.3.5 Discriminerend vermogen van de meetinstrumenten

Met behulp van logistische regressie analyses is nagegaan op basis van welke variabele (lees criteria) somatiseerders en niet-somatiseerders van elkaar te onderscheiden zijn. Uitgangspunt zijn de relevante variabelen waarop in de eerder uitgevoerde analyses verschillen bleken te bestaan tussen somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is, somatiserende patiënten zonder consult en niet-somatiserende patiënten.

Bij deze analyses zijn de bevindingen van de huisartsen buiten beschouwing gelaten. Immers de onderscheiden patiëntgroepen zijn gevormd op basis van het oordeel van de huisarts inzake somatisatie en de wenselijkheid voor een consult. De variabelen aantal bezoeken gedurende de afgelopen 12 maanden en een hoog gebruik van de gezondheidszorg zijn wel meegenomen. Immers deze informatie is zonder de huisarts persoonlijk te belasten verkrijgbaar via de groene kaart van de patiënt.

Tabel 3.22 Logistische regressie-analyse van de kans op het behorende tot somatiserende patiënten dan wel niet-somatiserende patiënten

variabelen	B	significantie	R	odds-ratio
1.hoog gebruik gezondheidszorg	-2.177	.0000	-.279	.113
2.bezoeken patiënt	-.117	.0046	-.130	1.125
3.somatisatiescore	.062	.0082	.118	1.064
4.perceptie gezondheid	-.016	.0422	-.077	.985
constante	-.440	.6439		

Wanneer de visie van de huisarts op de patiënt buiten beschouwing wordt gelaten, blijkt dat met name een hoog gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen alsmede een hoge bezoekfrequentie bijdragen aan de kans om tot de somatiseerders gerekend te worden. Daarnaast zijn de mate van somatiseren en de perceptie van gezondheid van belang. Uitgaande van de variabelen in tabel 3.24 wordt 82% van de patiënten correct geclassificeerd.

Teneinde na te gaan welke variabelen bijdragen aan de beslissing van de huisarts of voor een somatiserende patiënt een consult bij de psychiater wenselijk is, is een separate logistische regressie analyse uitgevoerd bij de somatiserende patiënten volgens de fstep methode. In tabel 3.23 staan de bevindingen weergegeven.

Tabel 3.23 Logistische regressie-analyse van de kans op het behorend tot somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is dan wel somatiserende patiënten zonder consult

variabelen	B	significantie	R	odds-ratio
1.perceptie gezondheid	-.043	.0007	-.304	.958
constante	1.868	.0068		

De kans op een consult bij somatiserende patiënten wordt bepaald door de ervaren gezondheid van de patiënt. Het percentage patiënten dat op basis van deze variabele correct wordt geclassificeerd bedraagt 74%. Wanneer we deze analyse herhalen met 'huisartsvariabelen', zoals heartsink gevoelens mee ingesloten, dan blijft de perceptie die de patiënt van zijn gezondheid heeft toch de enige variabele die een significante bijdrage levert.

De opvatting van de huisarts over al dan niet somatiseren is tot nu toe maatgevend geweest voor de indeling. We gaan nu na wat het hanteren van de best discriminerende meetinstrumenten voor gevolg heeft voor het aanwijzen van somatiseerders, al dan niet met de wenselijkheid van een psychiatrisch consult. We doen dit voor de maten uit tabel 3.22: hoge medische consumptie, somatisatiescore (SCL-SOM) en perceptie gezondheid (MOS).

Een hoge medische consumptie is als volgt geoperationaliseerd: Of meer dan 10 consulten in het afgelopen jaar of de huisarts heeft aangegeven dat er sprake is van een hoog gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Een hoge score op de somatisatieschaal van de SCL-90 is voor mannen en vrouwen afzonderlijk bepaald (Arrindell en Ettema 1986).

Een lage score op de MOS-schaal perceptie gezondheid is vastgesteld met als referentie de scores gerapporteerd door Stewart e.a. (1988).

Het patiënten aantal per selectie criterium wordt voor de oorspronkelijke groepen weergegeven in tabel 3.24.

Tabel 3.24 Aantal patiënten per selectie criterium verdeeld over de oorspronkelijke groepen, i.e. niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten zonder consult en somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is

	niet-somat		somat geen consult		somat consult		somat totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
	346		59		47		106	
hoge medische consumptie	43	12%	34	58%	29	62%	63	59%
hoge somatisatie score	80	23%	24	41%	32	68%	56	53%
perceptie gezondheid	94	27%	28	48%	35	75%	63	59%
combinatie 1 of 2	110	32%	43	73%	41	87%	84	79%
combinatie 1 of 3	116	33%	48	81%	43	92%	91	86%

Bovenstaande tabel laat zien dat met name de combinatie van een hoge medische consumptie met of een hoge somatisatiescore of een lage score op de perceptie van gezondheid een hoge kans biedt op het selecteren van somatiseerders. Het aantal 'vals positieven' is echter aan de hoge kant. Teneinde een idee te krijgen van het onderscheidend vermogen van bovenstaande criteria moeten de in tabel 3.24 weergegeven percentages worden toegepast op de bevindingen in de screeningsweek (zie tabel 3.1).

Het resultaat is als volgt. Uitgaande van de combinatie 1 of 3 worden 116 niet-somatiserende patiënten ten onrechte geselecteerd. 11 somatiseerders zonder consult worden gemist. Daarentegen wordt slechts 1 somatiseerder waarvoor consult gevraagd is over het hoofd gezien.

Tabel 3.24 geeft aan wat er gebeurt als we uitsluitend niet-arts gebonden criteria hanteren: de meeste 'somatiseerders' worden geselecteerd, maar daarnaast ook een derde van degenen die volgens de huisarts niet somatiseren. Gezien het numerieke overwicht van die laatsten vormen ze de meerderheid van de groep die geselecteerd wordt. Dit zou geen basis zijn om in een echt experiment at random 'somatiserende' patiënten een psychiatrisch consult toe te gaan wijzen.

Daarom is nagegaan wat het effect zou zijn wanneer de definitie van 'somatiseerder' werd aangescherpt met arts-gebonden (en noodzakelijkerwijs subjectieve) criteria.

Tabel 3.25 laat zien wat er gebeurt wanneer de definitie wordt aangescherpt met

- ten minste twee eerdere aanwijzingen voor somatisering
 - teweegbrengen van 'heart-sink' feelings bij de arts
- in combinatie met hoge medische consumptie.

Tabel 3.25 Optimalisering definitie somatiserende patiënten

	niet-somat. N=346		somat. geen consult N=59		somat. consult N=47		somat. totaal N=106	
1. 2 aanwijzingen	22	6%	45	76%	42	89%	87	82%
2. 1. of heartsink feelings	25	7%	46	80%	45	96%	92	87%
3. 1. of hoog gebruik gezondheidszorg	39	11%	51	86%	43	91%	94	89%
4. 3. of heartsink feelings	42	12%	52	88%	45	96%	97	92%

Uit tabel 3.25 blijkt dat een omschrijving 'lichamelijke klachten niet in verhouding met lichamelijke conditie bij patiënten die dat in het verleden minstens twee maal eerder deden of heartsink feelings oproepen of veel gebruik van gezondheidszorg maken' de beste combinatie opleveren: 12% vals positieven.

Selectie criteria van Katon e.a.

Katon en collega's (1990) hanteren bij de selectie van somatiserende patiënten voor een controlled trial interventie met een psychiater de volgende criteria. Ten eerste een hoge consumptie van ambulante medische voorzieningen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Patiënten die qua aantal bezoeken gedurende de afgelopen 12 maanden hoog scoren, dat wil zeggen, in de bovenste 10%, komen voor verdere selectie in aanmerking. In onze studie wordt voor dit criterium uitgegaan van het aantal bezoeken aan de huisartspraktijk gedurende de afgelopen 12 maanden. Het insluitingscriterium voor mannen ligt bij 9 bezoeken en hoger; voor vrouwen bij 11 en meer. Van de totale onderzoeksgroep, n=452, blijft een groep van 60 'grootgebruikers', i.e. 13%, over.

Het tweede selectie criterium betreft of een hoge score op een van de SCL-R schalen, somatisatie, angst of depressie; of een verwijzing door de huisarts naar de psychiater. Een hoge score op de SCL-R schalen is hierbij gedefinieerd als een score die tenminste gelijk is aan de klasse 'hoog' normen voor een normale populatie. Voor de verwijzing naar de psychiater is gebruik gemaakt van de variabele 'consult met psychiater is wenselijk'. Het tweede criterium resulteert in een patiëntengroep van n=39, 65% van de 'grootgebruikers' valt binnen de twee genoemde criteria. De verdeling van deze patiënten over de oorspronkelijke patiëntgroepen is weergegeven in tabel 3.26.

Tabel 3.26 Patiëntverdeling uitgaande van de Katon criteria over de oorspronkelijke patiëntgroepen niet-somatiserende patiënten, somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is dan wel somatiserende patiënten zonder consult

	Katon	Oorspronkelijk
niet-somatiserende patiënten	12	346
somatiserende patiënten zonder consult	7	59
somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is	20	47

Uit tabel 3.26 kan worden afgeleid dat de overeenstemming voor de somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is laag is, 43%. De overeenstemming voor de gehele groep somatiserende patiënten is nog lager, 25%.

Opmerkelijk is dat 12 patiënten uit de niet-somatiserende groep volgens de criteria van Katon wel somatiseren.

Wanneer in het tweede selectie criterium de variabele 'consult met psychiater is wenselijk' wordt vervangen door 'patiënt somatiseert', wordt de patiëntengroep groter namelijk n=44. De toename vindt alleen plaats in de categorie somatiserende patiënten zonder consult.

3.4 Conclusies

Algemeen

De overall prevalentie van somatisatie in de huisartspraktijk in deze studie bedraagt 18%. Een vergelijking met andere studies is moeilijk vanwege verschillen in definitie en populatie. De elders gerapporteerde percentages lopen uiteen van 5%-65% met een gemiddelde van 20% (Verhaak 1988). Onze bevinding ligt net onder dit gemiddelde. Echter tussen praktijken bestaan eveneens grote verschillen; de zes huisartsen geven van 4% tot 36% van de patiënten aan dat ze somatiseren (tabel 3.1).

Ongeveer een kwart van deze somatiserende patiënten komt in aanmerking voor een consult met de psychiater. Ook hier zijn zeer grote verschillen tussen huisartsen: men wenst een consult bij 7% tot 41% van de somatiserende patiënten. Dit leidt ertoe dat gemiddeld 5% van de doelgroep voor een consult in aanmerking komt, maar dit verschilt van meer dan 9% bij twee huisartsen tot minder dan 2% van de overige vier.

Ten aanzien van de demografische kenmerken blijkt dat somatiserende patiënten (met en zonder consult) vaker vrouw en ziekenfonds verzekerd zijn. De somatiseerders

waarvoor de huisarts een consult niet nodig acht, zijn relatief vaker verweduwd of gescheiden en alleenwonend.

De mate van somatiseren en het psychisch welbevinden (angst en depressie) differentieert tussen somatiseerders en niet-somatiseerders, maar eveneens tussen somatiseerders onderling. De mate van somatiseren voor de patiënten waarvoor consult gevraagd is, is hoog, het psychisch welbevinden laag. De algemeen ervaren gezondheid daarentegen blijkt overwegend te differentiëren tussen somatiserende en niet-somatiserende patiënten. Somatiserende patiënten beoordelen hun functioneren en gezondheid op verschillende dimensies slechter.

Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is geven vaker aan dat hun klachten wellicht in verband staan met psychische spanningen. Mogelijk is de huisarts meer geneigd een consult te laten doen naarmate bij de patiënt meer inzicht aanwezig is ten aanzien van de rol van psychische factoren bij de klachten. Somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is bespreken het meest vaak problemen met de huisarts.

Bij de somatiserende patiënten waarvoor de huisarts een consult aanvraagt is vaak sprake van een heartsink gevoel, bij deze patiënten wordt ook vaker diagnostiek verricht. Somatiserende patiënten waarvoor de huisarts geen consult aanvraagt komen vaker uit een klaagfamilie.

Uit de medische geschiedenis van de patiëntgroepen blijkt dat voor een klein aantal patiënten uit de niet-somatiserende groep in het verleden aanwijzingen bestaan hebben voor somatisatie. Uitgaande van de mening van de huisarts voldoen ze niet aan de werkdefinitie van somatisatie.

Het scala aan klachten van niet-somatiserende patiënten is divers in vergelijking met de klachten van somatiserende patiënten met en zonder consult. De huisarts is van mening dat bij somatiserende patiënten de klachten meer van psychische en sociale aard zijn, het merendeel betreft herhaalcontacten. Qua diagnoses valt het op dat bij somatiserende zonder consult meer sociale diagnoses worden gesteld, bij somatiserende patiënten waarvoor consult gevraagd is daarentegen worden meer psychische diagnoses gesteld. Deze laatste bevinding stemt overeen met het feit dat deze patiënten zelf ook aan geven dat psychische factoren een rol spelen bij de klachten.

De medische consumptie van somatiserende patiënten met en zonder consult is vergelijkbaar en aanzienlijk hoger dan van de niet-somatiserende patiënten.

Gezien de differentiatie op de meeste gehanteerde vragenlijsten tussen niet-somatiseerders, somatiseerders waarvoor een consult niet nodig wordt geacht en somatiseerders met een aanvraag voor psychiatrisch consult, lijkt het huisartsenoordeel een zekere validiteit niet onzegd te kunnen worden.

Meetinstrumenten

Uitgaande van de correlaties en het differentiërend vermogen van de verschillende vragenlijsten kan worden geconcludeerd dat het oorspronkelijk gebruikte meetinstrument aanzienlijk kan worden ingekrompen. Vragenlijsten die informeren naar alcoholgebruik, patiëntensatisfactie en specifieke angst- en depressieklachten kunnen worden weggelaten. De multidimensionele MOS-short form ondervangt zowel de depressie als de angst vragen.

Definitie en selectie

Uit dit onderdeel van de studie komt naar voren dat het in een toekomstig onderzoek niet verstandig is om somatiseerders uitsluitend te definiëren aan de hand van vragenlijstgegevens. Het subjectieve oordeel van de arts lijkt onontbeerlijk wil men althans een te motiveren experimentele groep kunnen opsporen. Het gegeven dat het subjectief aandeel van huisartsen in die zin valide genoemd kan worden, dat ze die personen voor consult kiezen die er op screeningslijsten het slechtst aan toe zijn, geeft overigens aan dat die subjectiviteit op algemenere gronden dan persoonlijke willekeur gestoeld is.

Uit deze studie blijkt dat huisartsen twee soorten somatiserende patiënten onderscheiden. Namelijk, een problematische en niet-problematische groep.

Wanneer het somatiseren niet problematisch is voor de huisarts, wordt een psychiatrisch consult niet wenselijk geacht. Er bestaat voldoende helderheid en inzicht omtrent de problemen van deze patiënten. De huisarts is voldoende onderlegd om hiermee om te gaan.

Daarnaast bestaat een groep patiënten voor wie de huisarts gaarne ondersteuning van de psychiater heeft. Bij relatief veel van deze patiënten heeft de huisarts zelf geen oplossingen meer. Het samenstellen van een meetinstrument voor het selecteren van somatiserende patiënten wordt gehinderd door een hoog percentage vals positieven wanneer de visie van de huisarts buiten beschouwing wordt gelaten.

Voor een toekomstige randomized trial betekent dit dat het uitgangspunt "een somatiserende patiënt waarvoor de huisarts een psychiatrisch consult wil" is, en dat deze groep at random al dan niet aan een dergelijke interventie wordt onderworpen.

4 HET PSYCHIATRISCH CONSULT **(C.M. van der Feltz-Cornelis, F.J. Huyse)**

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de opzet en het verloop van de interventie aan de orde. In paragraaf 2 wordt de opzet van de interventie beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3 aangegeven hoe de afspraken met de huisartsen verliepen, en wat voor patiënten in consult werden genomen. Voor het evalueren van de interventie werden de betrokken patiënten gecategoriseerd volgens ICD 9 (somatische diagnose) en ICD 10 (psychiatrische diagnose) criteria. Daarnaast werden de gegeven adviezen in kaart gebracht.

Een tijdstabel werd bijgehouden waarin het aantal gemaakte en nagekomen afspraken voor consulten werd bijgehouden, evenals de duur van de consulten en het aantal per middag. Ook de termijn waarop de boostersessie werd verricht werd bijgehouden.

De gegeven adviezen komen daarna aan de orde, toegelicht aan de hand van een drietal gevallen. Discussie en conclusie ronden dit hoofdstuk af.

4.2 Opzet van de interventie

Twee psychiaters verrichtten consulten bij de huisartsen. De interventie bevatte drie fases, die in de volgende figuur zijn aangegeven.

Figuur 4.1 Interventie

FASE 1:
introductie in de huisartsenpraktijk

vertrouwd raken van psychiater en huisarts met elkaar
concept, herkenning, aanpak somatisatie bespreken
in-/exclusiecriteria onderzoek bespreken
inschatting expertise en behandelmogelijkheden huisarts
toelichting BPSS model
hoe aankaarten psychiatrisch consult bij patiënt
logistieke afspraken

FASE 2:
interventie bij de patiënt

15' voorbespreking met huisarts
30' gesprek met patiënt en huisarts
15' overleg consulent-huisarts
15' conclusie consulent-patiënt-huisarts

FASE 3:
booster

6 weken na consult

Fase 1

In *fase 1* bezocht de psychiater enige keren de huisartsenpraktijk en woonde het spreekuur bij of liep visites mee teneinde vertrouwd te raken met de praktijk, de huisarts en de patiënten. Het herkennen van somatiserende patiënten werd besproken evenals de bewoordingen waarin de huisarts het beste de mogelijkheid van een psychiatrisch consult aan zou kunnen kaarten met de patiënt. Inclusie- en exclusiecriteria werden besproken evenals de houding en de expertise van de huisarts op dit gebied. Het belang van een beperkt aantal verwijzingen bij dit soort patiënten naar een beperkt aantal specialisten werd benadrukt; een inventarisatie werd gemaakt van de verwijsmogelijkheden in de regio op somatisch zowel als psychosociaal gebied. Tevens werd het belang van een duidelijke vraagstelling in de verwijsbrief benadrukt. Daarnaast werd het biopsychosociale model zoals dat voor de consulten gebruikt zou worden, getoond en toegelicht. Tevens werd een dagdeel afgesproken waarop de huisarts patiënten voor consult zou plannen.

Fase 2

Fase 2 bevatte het consult zelf; de totale duur was geschat op 75 minuten. Waar het tijdens het verrichten van het consult met name om ging was het inschatten van de ernst van de somatische toestand en het onderzoeken of er een psychiatrisch syndroom bestond. Daarbij werd gelet zowel op het actuele psychiatrische beeld als op de gerelateerde risicofactoren (life events) versus de kwetsbaarheid (bijvoorbeeld in de vorm van erfelijke belasting). Tevens werd een inschatting gemaakt van de therapeutische mogelijkheden van de patiënt. Uiteindelijk leidde dit tot een integrale diagnose.

In de eerste 15 minuten hielden huisarts en psychiater een voorbespreking van de voorgeschiedenis van patiënt op medisch en psychosociaal gebied, van diens actuele klachten en de specifieke consultvraag van de huisarts. In het volgende half uur introduceerde de huisarts de psychiater bij de patiënt en gaf een korte samenvatting van de voorgeschiedenis van de patiënt en de reden voor de consultaanvraag. Daarna voerde de psychiater het gesprek waarin de visie van de patiënt op zijn klachten, hun mogelijke samenhang met psychosociale problematiek en mogelijke behandelopties evenals de interactie met de huisarts hierin werd besproken. Gedurende dit half uur werd ook een kort psychiatrisch onderzoek uitgevoerd.

De psychiater hanteerde een eclectische aanpak. Er werd gepoogd in de korte tijdspanne van het consult een overzicht te krijgen van de problematiek door deze vanuit meerdere referentiekaders te bezien, waarna een advies aan de patiënt geformuleerd diende te worden. Essentieel hierin zijn de probleemidentificatie en het geven van informatie aan de patiënt, zodat de interventie zowel clarificerend als structurerend genoemd kan worden. Enige voorbeelden van de referentiekaders waaraan daarbij gedacht werden zijn: het komen tot een tentatieve psychodynamische reconstructie vanuit het psychoanalytisch referentiekader, waarbij de lichamelijke klachten in verband werden gebracht met psychosociale problematiek en persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Anderzijds werd gebruik gemaakt van cognitieve reattributie door de lichamelijke symptomen te verbinden met psychosociale problematiek middels een voor een leek begrijpelijke uitleg van het verband tussen beide in concrete zin, bijvoorbeeld: door relatieproblemen treden via het autonome zenuwstelsel maagklachten op. Daarnaast werd geput uit het referentiekader van de directieve therapieën door, na blootlegging van het intrapsychische conflict van de patiënt, de mogelijkheid en de eigen verantwoordelijkheid

van de patiënt te benadrukken om te kiezen tussen de aard van de symptomen die daarmee gepaard gingen, namelijk lichamelijke, i.c. middels somatiseren, of psychische, i.c. het psychisch ervaren van de problemen. Uit het kader van de interpersonele school werd geput voor het inventariseren en bespreken van verwachtingen, vooronderstellingen en dergelijke ten aanzien van de interactie tussen huisarts en patiënt.

In de volgende 15 minuten trok de patiënt zich terug in de wachtkamer terwijl de huisarts en de psychiater diagnose, behandelopties en eventueel te prefereren interactieve aanpak bespraken; de laatste 15 minuten legden psychiater en huisarts de patiënt hun conclusie voor. Dit aspect van het consult was dus steunend en structurerend van aard. De waarschijnlijke prognoses van zowel het continueren van somatiserend gedrag als het bewust omgaan met psychosociale problematiek, waarvoor dan behandelopties werden genoemd, werd hierbij besproken. (b.v. relatieproblemen met partner bespreken, ontspanningsoefeningen doen, psychotherapie of farmacotherapie starten). Hierin was altijd een behandeladvies inbegrepen waar de patiënt hetzij meteen mee accoord kon gaan, hetzij het nog eens met de huisarts kon bespreken in een later stadium.

Achteraf schreef de psychiater een samenvatting van de conclusies uit het consult voor de patiënt, die dit via de huisarts kreeg, en een samenvatting volgens het biopsychosociale model voor de huisarts.

Fase 3

Fase 3 van de interventie bevatte een boostersessie 6 weken na het consult. Huisarts en psychiater bespraken het consult en de gegeven adviezen alsmede hun gebleken uitvoerbaarheid; zo nodig kon een nieuw advies gegeven worden.

4.3 Resultaten

Van de 46 patiënten die werden gezien konden de gegevens van 45 patiënten verwerkt worden, aangezien de gegevens van de patiënt die als laatst werd gezien nog niet compleet waren.

4.3.1 Huisartsen

Er werden in totaal in negen maanden tijd 42 dagdelen voor consult gereserveerd met de huisartsen; hiervan werden er 15 afgebeld, waarvan 2 door de psychiater. Eenmaal werd een afspraak afgezegd omdat de geselecteerde patiënten zich niet vrij konden maken; de overige 12 keer had de huisarts geen patiënten geselecteerd voor consult.

De tabel laat zien dat alleen huisarts 5 nooit een afspraak afzegde. Hij selecteerde ook de meeste patiënten, namelijk dertien. Huisarts nummer 1 zegde twee afspraken zelf af, en de psychiater ook nog eens twee. Het totaal aantal afgezegde afspraken bedroeg hier 33% van de geplande. Deze huisarts selecteerde tien patiënten voor consult. Huisarts 4 zegde één afspraak af (17%) en selecteerde negen patiënten; huisarts 3 zegde drie afspraken af (50%) maar selecteerde toch nog zeven patiënten. Deze vier huisartsen selecteerden het hoogste aantal patiënten. Huisarts 2 zegde vijf afspraken af (71%) en selecteerde drie patiënten, en huisarts 6 zegde tweemaal af (50%) en selecteerde vier patiënten. Aangezien zij echter drie maanden later startte met haar medewerking aan het onderzoek, bedroeg de looptijd bij haar slechts zes maanden in plaats van negen.

Tabel 4.1 Patiënten stroom

A=afgebeld datum	N=45					
	HA1	HA2	HA3	HA4	HA5	HA6
4/3	2patiënten					
11/3	2					
18/3	1					
25/3	1					
20/4		2				
21/4				1		
4/5	A					
10/5	A					
14/5					3	
19/5			2			
25/5		A				
26/5				2		
4/6	1					3
9/6			A			
10/6	1					
11/6					3	
15/6		A				
16/6						1
23/6				2		
24/6	1					
29/6		A				
15/7	A					
21/7			A			
23/7					2	
27/7		1				
28/7				2		
4/8						2
11/8			1			
18/8						A
25/8						A
27/8					2	
8/9			4			
15/9				A		
16/9	A					
21/9		A				
22/9						
30/9	1					
20/10			A			
26/10		A				
27/10				2		
3/11						1
Totaal		10	3	7	9	134

Wanneer de afgezegde afspraken niet meegeteld worden, bedraagt de gemiddelde consultfrequentie $42-15=27$ afspraken in negen maanden of 39 weken, 0.7 afspraak per week. De tabel laat echter zien dat de gemiddeldes per huisarts nogal verschillen. Huisarts 1 vraagt een maand lang wekelijks consult aan en herhaalt dit drie maanden later; huisarts 2 en 3 vragen elke 10 tot 12 weken om consult; huisarts 6 elke 7 weken; en huisarts 4 en 5 eens per maand. Het gemiddeld aantal patiënten dat gedurende een afspraak werd gezien was 1,6 met een spreiding van 1-4.

4.3.2 Patiënten

Van 45 patiënten werden de volgende gegevens geanalyseerd.

In tabel 3.2 zijn de lifetime somatische diagnoses te zien die bij de patiënten bestonden ten tijde van het consult.

Tabel 4.2 Lifetime somatische diagnose ICD 9 (N=45)

Artropathie	5	Strabismus	1
		Sterilisatie	1
IBS	4	Mastopathie	1
Hernia nuclei pulposi	4	Darmdivertikel	1
		Diabetes mellitus	1
Hiatus herniae	3	Atrofische vulvitis	1
Cholelithiasis	3	Hypothyreoïdie	1
Migraine	3	Mammatumor	1
		TIA	1
Hypertensie	2	Prolaps	1
St. na longembolie	2	Glaucoom	1
M. Menière/vertigo	2	Occlusie a. iliaca	1
Gastritis/bulbitis	2	Trichonitis	1
M. Pfeiffer	2	Hartinfarct	1
Appendectomie	2	Pruritus	1
		Enkelfractuur	1
		Uterusextirpatie	1
		CARA	1
Totaal	52		

19 Patiënten hadden geen somatische diagnose; van de overige 26 hadden er 10 één diagnose; 11 hadden er 2, één had er 3, 3 patiënten hadden 4 en één patiënt had 5 lifetime somatische diagnoses.

In de volgende tabel zijn de psychiatrische diagnoses te zien die tijdens het consult werden gesteld.

De gestelde diagnoses zijn in de tabel ingedeeld in categorieën volgens de ICD 10 indeling, namelijk F1: mentale stoornissen en gedragsstoornissen ten gevolge van misbruik van psychoactieve middelen, F3: stemmingsstoornissen, F4: neurotische, stress gerelateerde en somatoforme stoornissen, F5: gedragsstoornissen geassocieerd met fysiologische stoornissen en lichamelijke factoren, F6: Persoonlijkheidsstoornissen en

gedragsstoornissen bij volwassenen, en F7: Ontwikkelingsstoornissen. Ze worden tentatieve diagnoses genoemd aangezien ze door een kort psychiatrisch onderzoek zijn gesteld en niet middels een vragenlijst.

Tabel 4.3 Tentatieve psychiatrische diagnose ICD 10 (N=45)

F1 - (N=5)	Alcoholisme	4
	Rookverslaving	1
F3 - (N=5)	depressieve stoornis	5
F4 - (N=39)	gegeneraliseerde somatoforme autonome dysfunctie	20
	neurasthenie	6
	angststoornis	2
	somatoforme pijnstoornis	5
	somatisatiestoornis	2
	paniekstoornis	1
	ongediff/andere somatof. stoornis	2
	agorafobie	1
F5 - (N=5)	eetverslaving	1
	psychologische of gedragsfactoren geassocieerd met elders geclassificeerde stoornissen (i.c. spierspanningsklachten)	4
F6 - (N=2)	gokverslaving	1
	obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis	1
F7 - (N=1)	zwakbegaafdheid	1

Bij drie patiënten (7%) werd tijdens het consult geen ICD 10 diagnose gesteld. Van de overige 42 patiënten werd bij 30 patiënten één ICD 10 diagnose gesteld, bij acht patiënten 2 ICD 10 diagnoses, bij twee patiënten werden 3, en bij twee patiënten 4 ICD 10 diagnoses gecodeerd.

Zoals blijkt is categorie F4 in de meerderheid met de somatoforme stoornissen (29% van alle diagnoses), angststoornissen (8%) en neurasthenie (14%), gevolgd door F5, spierspanningsklachten (12%) en daarna F1, verslavingen (12%) en F3, depressieve - stoornissen (12%). NB aangezien sommige patiënten meer dan één diagnose kregen, is de som van de percentages niet noodzakelijkerwijs 100% .

In de volgende tabel volgen de verschillende ICD 10 categorieën met het aantal keer dat ze als eerste, tweede etc. diagnose zijn gesteld.

Tabel 4.4 ICD 10 categorieën in volgorde van diagnose (N=45)

	F1	F3	F4	F5	F6	F7
1e diagnose	4	4	29	5	0	0
2e diagnose	1	1	7	0	0	1
3e diagnose	0	0	1	0	2	0
4e diagnose	0	0	2	0	0	0

Het blijkt dat als de diagnose alcoholisme, eetverslaving, spierspanningsklachten en depressieve stoornissen werd gesteld, dit in bijna alle gevallen de eerste diagnose was; somatoforme stoornissen, angststoornissen en neurasthenie werden vaak als eerste en/of tweede diagnose gesteld. De obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis werd alleen als derde diagnose gesteld.

4.3.3 Interventie

Fase 1

In fase 1 bleek, na een eerste algemene voorlichtingsavond van alle participerende huisartsen, het twee maal 1 dagdeel bezoeken van de praktijk voldoende om de voor de introductiefase gestelde doelen te bereiken, aangezien wederzijds de indruk bestond dat men voldoende kennis genomen had van elkaars werkwijze en standpunten om te kunnen beginnen met fase twee van het onderzoek. De gemiddelde tijdsduur van fase twee staat in de volgende tabel.

Tabel 4.5 Tijdsduur consult Fase 2 (N=45)

	Gemiddeld	Range	SD
voorbespreking	14 MIN	0-30	7,7
consult met pt	36 MIN	15-60	10,6
overleg	11 MIN	0-40	7,9
eindbespreking	11 MIN	0-30	7,6
TOTAAL	70 MIN	45-105	12,5

Fase 2

In fase 2 bedroeg de gemiddelde duur van het consult 70 minuten, met een range van 45 tot 105 minuten. De duur van de diverse onderdelen staat vermeld in de tabel.

De structuur van het consult bleek praktisch goed uitvoerbaar; voor de psychiater bleek het zinvol om het biopsychosociale model te gebruiken aangezien dat het verband tussen lichamelijke en psychische symptomen, life events en doktersbezoek goed visualiseerde.

In tabel 3.6 zijn de adviezen te zien die werden gegeven tijdens de consulten. Per consult werden meestal meerdere adviezen gegeven.

Tabel 4.6 Gegeven adviezen (N=45)

somatiek verder onderzoeken in 1e lijn	4
somatische verwijzing naar 2e lijn	6
middelenmisbruik aanpakken	1
verwijzing categorale zorg (alcohol)	1
psychofarmaca voorschrijven	12
verwijzing naar regionale GGZ	10
verwijzing naar AMW	9
opzetten sluitend hulpverleningsnetwerk	2
fysiotherapie: ontspanningsoefeningen	7
voorlichting huisarts over ziektebeeld	2
familie benaderen	1

In een substantieel deel van de gevallen (13%) wordt een somatische verwijzing geadviseerd. Verwijzingen naar categorale zorg blijven achter bij het aantal geconstateerde verslavingen. Opvallend is ook dat in 12 van de 45 gevallen (27%) psychofarmaca werden geadviseerd. Dit betrof zowel benzodiazepinen als antidepressiva. Ook is patiënten vaak (19 van de 45 gevallen, dus 42%) een langdurig gesprekkencontact geadviseerd bij de regionale GGZ of AMW.

Daarnaast werd in het algemeen aan patiënten het advies gegeven de klachten als signaal op te vatten, ontspanningsoefeningen te doen zoals yoga, vaker het hart te luchten en dergelijke.

In de volgende tabellen is te zien bij welke ICD diagnoses psychofarmaca werden geadviseerd, en bij welke ICD diagnoses een langdurig gesprekkencontact.

Tabel 4.7 Psychofarmaca naar ICD 10 categorieën (N=45)

	N	ICD10
antidepressiva	3	F32.00+F32.01+F33.11 depressieve stoornis
	1	F32.11 + F48.0 depressieve stoornis + neurasthenie
	1	F45.4 somatoforme pijnstoornis
	1	F10.26 alcoholafhankelijkheid
benzodiazepine	1	F41.1 gegeneraliseerde angststoornis
	1	F48.0 neurasthenie
	1	45.31 cardiovasculaire somatoforme autonome dysfunctie
combinatie	2	F54 spierspanningspijn
	1	F40.01 fobie

In 6 gevallen werd een antidepressivum voorgeschreven, in 3 gevallen een benzodiazepine en in 3 gevallen een combinatie van antidepressivum en benzodiazepine. In 4 gevallen werd ook een gesprekkencontact geadviseerd zodat deze patiënten ook weer terug te vinden zijn in de volgende tabel; daar staan ze als zodanig gemarkeerd.

Tabel 4.8 ICD 10 Categorieën bij advies gesprekscontact (N=45)

	omschrijving	enkelvoudige diagnose	combinatie diagnoses	totaal	psychofarmaca-advies
1	alcohol verslaving	2	2	4	ja, éénmaal
F3	depressie	3	1	4	ja, tweemaal
F45	somatoforme stoornis	1	5	6	nee
F45.4	somatoforme pijnstoornis	3	1	4	nee
F41	paniekstoornis	0	1	1	nee
F48	neurasthenie	4	1	5	ja, éénmaal
F50.4	eetstoornis	0	1	1	nee
F54	spierspanning	2	1	3	nee
Totaal		15	13	28	viermaal

Het betreft hier 19 gevallen waarin een langdurig gesprekscontact werd geadviseerd. Vier gevallen hiervan (26%) hadden een combinatie van ICD 10 diagnoses waarover in totaal 13 ICD 10 categorieën werden verdeeld, hetgeen het gemiddelde aantal ICD 10 categorieën in deze categorie op 3,3 brengt. In deze groep hadden de categorieën somatoforme stoornissen en alcoholverslaving de overhand.

De patiënten met een enkelvoudige diagnose die het advies langdurig gesprekscontact kregen, behoorden met name tot de categorieën neurasthenie(4), somatoforme pijnstoornis(3), depressie(3) en alcoholisme(2). Alleen in deze groep kwam het voor dat het advies tot langdurig gesprekscontact werd gecombineerd met een psychofarmacaadvies.

Fase 3

Wat fase 3 betreft: de boostersessie werd gemiddeld 7,7 weken na het consult gehouden, met een grote spreiding: van 5 tot 14 weken. Dit wordt verklaard doordat de consulten en boostersessies in de zomer werden verricht, zodat er vaak vakanties tussen kwamen. Nieuwe adviezen werden hierbij slechts éénmaal gegeven; de booster bleek derhalve vooral te werken als feedback en bekrachtigingsmechanisme voor zowel de huisarts als de psychiater.

Ter illustratie worden de volgende drie casussen besproken, waarbij de eerste als een potentieel voorbijgaand somatiseerder kan worden gezien, de tweede als een chronische somatiseerder, en de derde als een "onbegrepen" lichamelijke aandoening. De casussen zijn gedeeltelijk veranderd in verband met de herkenbaarheid.

Casus A

Patiënt, 32 jaar, reeds jaren bekend bij de huisarts, gehuwd en met een baan bij een groot bedrijf, heeft sinds anderhalf jaar klachten van moeheid en buikpijn. Op zich bestaat een goed contact met de huisarts, maar patiënt

komt de laatste tijd vaker langs en de huisarts weet niet goed wat te doen. Er zijn geen somatische aandoeningen in de voorgeschiedenis en de pijn heeft het aspect van een irritable bowel syndroom. Tijdens het gesprek blijkt dit samen te hangen met problemen op het werk van patiënt. Patiënt krijgt het advies zich daar assertiever op te stellen. Tijdens de boostersessie blijkt dat patiënt reuze opgelucht was na het gesprek nu bleek dat hij zelf iets aan zijn problemen kon doen en daarmee ook zijn gezondheid kon verbeteren. Hij is sindsdien niet meer terug geweest bij de huisarts. Als diagnose werd gesteld somatoforme autonome dysfunctie, lagere tractus digestivus. De tekst van de samenvatting voor patiënt, waarin het benadrukken van patiënt's mogelijkheden tot het actief beïnvloeden van zijn omstandigheden duidelijk zichtbaar wordt, luidt als volgt:

Advies naar aanleiding van overleg wegens buikpijnklaften.

Tijdens het gesprek kwam naar voren dat u sinds langere tijd af en toe last heeft van buikpijn. U heeft gemerkt dat dat met name gebeurt als u zich druk maakt, en dat de voornaamste bron van stress voor u uw werk is. U vindt de werksfeer onprettig. Er wordt op u gescholden en u heeft te maken met incompetenten en luie collega's. Toch wil u graag daar blijven werken, onder andere vanwege het salaris. U vraagt zich nu af of uw lichamelijke klachten zouden verminderen als u wat assertiever zou worden op uw werk.

De ervaring leert dat opgekropte boosheid kan leiden tot krampen in de maag en darmen zodat onregelmatige stoelgang en buikpijn ontstaan. Het is dus wel te verwachten dat als u uw boosheid sneller zou uiten, uw lichamelijke klachten af zouden kunnen nemen. Dat houdt in dat u uw collega's onder u vaker zou moeten controleren en op hun kop geven als ze iets niet goed doen. Uw collega's boven u zou u duidelijk kunnen maken dat ze u niet uit moeten schelden, of dat u het ze toch kwalijk blijft nemen ook al maken ze daarna snel excuus. Op zich denkt u dat u dat wel zou kunnen, maar u heeft altijd gedacht dat dat niet nodig zou moeten zijn. Eigenlijk vindt u dat mensen zich netjes moeten gedragen en hun werk goed doen zonder dat iemand ze daarom vraagt. Zo zit u zelf ook in elkaar, waarschijnlijk omdat dat vroeger thuis ook vanzelfsprekend was.

Eigenlijk past u met uw karakter dus niet tussen veel van uw collega's, maar u wilt wel daar blijven werken. Het is dus kiezen of delen: of u gaat door zoals u nu bezig bent, maar u merkt dat dat niet goed is voor uw gezondheid. Of u gaat wat meer van u afbijten, zodat het lichamenlijk beter met u gaat, maar dan voelt u zich geen gentleman meer. Misschien dat, als u het assertiever worden als een soort spel beschouwt dat u daar speelt omdat u daarvoor kiest, het u wat makkelijker af zal gaan. Uiteindelijk is dus de keus aan u.

Het bijbehorende BPSS schema (figuur 4.2) moet op de volgende wijze geïnterpreteerd worden: van links naar rechts zijn te lezen de voorgeschiedenis, bevindingen en diagnose bij consult, en voorgesteld beleid. Deze worden genoemd in alle vier horizontale assen: de biologische, waar medische bevindingen en behandeling worden genoemd; daaronder de psychologische as, waar karaktertrekken, copingmechanismen, psychiatrische voorgeschiedenis en symptomen worden genoemd, evenals psychiatrische diagnose en beleidsvoorstellen. De assen daaronder zijn de eerste en tweede sociale as. De eerste sociale as duidt op het gezondheidszorgsysteem. Veelvuldige opnames, noncompliance, alternatieve geneeswijzen en dergelijke worden hier vermeld. De tweede sociale as duidt onder andere op het gezin en werkomstandigheden. Ook voor deze twee assen kunnen beleidsvoorstellen geformuleerd worden. Het BPSS schema voor deze patiënt ziet er als volgt uit:

Figuur 4.2 Casus A, uitgedrukt in het BPSS-schema

	voorgeschiedenis	consultbevindingen	diagnose	Beleid
B	man, 32 jaar, regelmatig buikpijn; lichamelijk onderzoek en lab leveren geen bevindingen op	klachten passend bij overbelasting	Irritable Bowel Syndrome	dieet
P	perfectionistisch	teleurgesteld over werk twijfelt over opstelling	somatoforme autonome dysfunctie	uitleg verband stress-lichamelijke klachten niet doorverwijzen
S	goed contact met huisarts; komt laatste tijd vaker	geen behoefte aan specialistische hulp		
S	gehuwd, 2 kinderen, stressvolle baan bij groot bedrijf	wil graag bij dit bedrijf blijven werken	omgangsprobleem op werk	assertievere opstelling op werk

Concluderend kan gezegd worden dat deze casus voor de huisarts niet erg problematisch was, en dat de patiënt opgelucht was en richting heeft gekregen door het consult.

Casus B

Patiënte, 55 jaar, gehuwd en met volwassen kinderen, bezoekt met enige regelmaat de huisarts en dringt dan aan op verwijzing naar een specialist voor het uitsluiten van ernstige ziekte bij vage lichamelijke klachten. De huisarts vindt het moeilijk om dit te hanteren, gezien patiëntes vasthoudendheid die blijft, hoewel steeds geen afwijkingen gevonden worden. Hij voelt zich machteloos. Tijdens het consult blijkt dat patiënte juist zeer tevreden is als bij een dergelijke verwijzing niets wordt gevonden. Het stelt haar gerust. Het bespreken hiervan bleek zowel voor huisarts als patiënt opluchtend te werken. Er ontstond een situatie waarin het mogelijk werd te onderhandelen over de mate

van zekerheid die bereikt moest worden in dit soort gevallen. Uiteindelijk bleek patiënte bereid vaker genoeg te nemen met een onderzoek door de huisarts zelf in plaats van een specialistische verwijzing, en de huisarts was meer doordrongen van het feit dat patiënte juist opgelucht was als hij geen objectieve afwijkingen kon vaststellen, zodat verdere verwijzing dan niet nodig was. Tijdens de boostersessie bleek de interactie inderdaad minder problemen op te leveren. Als diagnose werd bij patiënte een obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis en somatoforme autonome dysfunctie gesteld. In de samenvatting voor patiënte werd ook aandacht aan de wenselijke interactie met haar huisarts besteed.

Advies naar aanleiding van overleg wegens pijnklachten in hoofd, borst en buik, en moeheidsklachten.

Tijdens het gesprek kwam naar voren dat U gezond was tot ongeveer uw 34e jaar. Toen heeft U last gekregen van 'hartkrampen', en daarna bent U gaan kwakkelen. U bent toen bij twee psychiaters onder behandeling geweest, bij Dr. X drie maanden zonder dat U vond dat U daar veel aan had, en later bij Dr. Y. Daar bent U twee jaar geweest. Hij schreef U ook medicijnen voor. U had wel de indruk dat die hielpen, maar verder vond U het onprettig dat U zo weinig concrete adviezen van hem kreeg. Toen hij verhuisde bent U bij hem weggegaan en dacht U: 'Ik doe voortaan wel met mijn huisarts'.

U had van tijd tot tijd last van lichamelijke klachten en dan wilde U dat graag na laten kijken. U bent namelijk wel wat angstig van aard, en U heeft graag zekerheid. Uw moeder was ook zo en zij heeft u altijd willen beschermen voor narigheid van buitenaf; u denkt dat u die onzekerheid van haar hebt. Vaak zocht u zekerheid in het geloof, maar ook dat was wel eens moeilijk. Omdat U een aantal familieleden aan darmkanker hebt verloren en zelf gevoelige darmen heeft, wilde U uit laten zoeken of er bij U niets ernstigs achter zat. Toen dat bleek niet zo te zijn, was U gerust en dat blijft U dan ook. Hetzelfde geldt voor uw hoofdpijn. U vind zo'n verwijzing naar een specialist dus wel zinvol, ook als die geen lichamelijke aandoening aan kan tonen.

Het kan wel voorkomen dat mensen die dagelijks onder een bepaalde spanning staan, van tijd tot tijd lichamelijke klachten krijgen zoals buikpijn, hoofdpijn, pijn in de borst en dergelijke. Dit komt doordat het zenuwstelsel op die spanningen reageert. Dit kunnen alledaagse ergernissen zijn, maar ook nare gebeurtenissen. Het blijkt dat U de plotselinge dood van uw moeder heel erg hebt gevonden, en meer recent het feit dat uw echtgenoot een hartaanval kreeg. Ook bent U een bezorgde moeder voor uw kinderen: uw schoondochter gaat bevallen waarvan U hoopt dat het allemaal goed zal gaan.

Het is belangrijk in gedachten te houden dat U door uw karakter snel angstig wordt als dingen niet helemaal overzichtelijk zijn, en dat U daarom naar zekerheid zoekt. Die is maar tot op zekere hoogte te verkrijgen, en als dat gaat om lichamelijke problemen kunt U in samenspraak met uw huisarts

proberen die te krijgen. Een verwijzing naar een specialist hoeft daarbij niet altijd nodig te zijn. Daarnaast is het van belang uw hart te luchten over alledaagse ergernissen of verdriet, omdat de ervaring heeft geleerd dat dat opluchting geeft en dat lichamelijke klachten die door gespannenheid ontstaan daardoor geleidelijk af kunnen nemen.

Het BPSS schema ziet er bij deze casus als volgt uit:

Figuur 4.3 Casus B, uitgedrukt in het BPSS-schema

	Voorgeschiedenis	Consultbevindingen	Diagnose	Beleid
B	Vrouw, 55 jaar hoofd-, buik- en rugpijn	klachten passend bij overbelasting	Irritable Bowel Syndrome spierspanningspijnen	dieet
P	dwangmatige vrouw	behoefte aan zekerheid	somatoforme autonome dysfunctie; obsessief compulsieve persoonlijkheids- stoornis	HA:verband stress / lichamelijke klachten uitleggen
S	neuroloog en internist: g.a. vroeger bij psychiater geweest		vraagt verwijzingen uit onzekerheid	onzekerheid benoemen; niet verwijzen
S	gehuwd, 2 kinderen, schoondochter zwanger, familie met darmkanker, man hartinfarct, moeder overleden		veel ziekten in familie patiënte is overbetrokken	

Concluderend kan worden gezegd dat in deze casus een duidelijk interactieprobleem bestaat dat kan worden opgelost zodat een creatievere situatie ontstaat.

Casus C

Mevrouw X is een 32 jarige vrouw. De huisarts brengt haar in omdat hij het oordeel van de psychiater over zijn aanpak van patiënte wil horen. Hij kent haar al 17 jaar. Ze hebben een goed contact. Sinds ruim anderhalf jaar lijdt zij aan een chronisch vermoedheidssyndroom in aansluiting op een geobjectiverde virusinfectie. Zij is nog steeds niet fit. Ze komt vrij regelmatig wat ongeduldig langs. Zijns inziens heeft zij geen duidelijke psychische stoornis. Toch vraagt hij verificatie van zijn veronderstelling en steun voor zijn gevoerde beleid. "Doe ik het goed; zou jij het anders aanpakken?", is zijn vraag.

Bij onderzoek wordt een betrekkelijk opgewekte vrouw gezien die een vitale indruk maakt. Uit de anamnese komen geen relevante aanvullende aanknopingspunten naar voren. De veronderstelling van de huisarts wordt gesteund.

Advies naar aanleiding van overleg wegens blijvende vermoeidheidsklachten.

Tijdens het gesprek kwam naar voren dat u, nadat u in 1992 waarschijnlijk een virusinfectie heeft gehad, nooit meer de oude bent geworden en altijd vermoeidheidsklachten gehouden heeft. U kent dr. Y al langer en U heeft hier enkele malen met hem over gesproken. Aan de orde is gekomen in hoeverre psychische factoren er toe zouden kunnen bijdragen dat de vermoeidheid langer blijft hangen dan je zou mogen verwachten. Aan de andere kant heeft dr. Y U vanaf het begin af aan duidelijk gemaakt dat postvirale vermoeidheidsklachten een bekend verschijnsel zijn, moeilijk te begrijpen, soms langdurig van aard, doch bijna altijd geleidelijk aan weer over gaand.

De reden voor dit gesprek was te onderzoeken in hoeverre er psychische factoren bij de vermoeidheidsklachten een rol speelden. U was nogal geschrokken van het voorstel tot een gesprek met een psychiater omdat uw moeder een jaar na de geboorte van uw jongste zusje psychisch decompenseerde onder de druk van 5 kleine kinderen. Zij werd tijdelijk bijgestaan door een kinderloze zuster. Overigens gaat het sindsdien goed met haar. U vroeg u af of het wel zo ernstig met u was dat u een psychiater zou moeten zien.

In het gesprek kwam naar voren dat u niet lijdt aan een depressieve stoornis of iets dergelijks. U functioneert psychisch heel goed. Het probleem is echter dat u vroeger een zeer actief mens bent geweest met naast actieve werkzaamheden ook een actief leven daarbuiten vooral ook gekenmerkt door vele lichamelijke activiteiten met als hoogtepunt het jaar voor uw ziekte het meedoen aan de triatlon. Sinds uw ziekte is deze mogelijkheid u zeker in het begin vrijwel totaal ontnomen. Langzaam maar zeker -te langzaam in uw ogen- heeft u uw activiteiten weer opgevat. U werkt nu drie dagen. Daarnaast zwemt u een uur in de week. Dingen die u nu wel aankan maar die u toch behoorlijk moe maken, iets wat u eigenlijk totaal onbekend is. Dat is een probleem voor uzelf want u vindt dat het te lang duurt en u zou eigenlijk wel meer willen. Immers, vroeger kon u behoorlijk tot uitersten gaan.

Niet alleen heeft u hier een probleem mee; maar eigenlijk maken andere mensen er ook nog een probleem van en wel in de volgende zin: u ziet er gezond uit en u bent opgewekt van aard; er straalt iets heel positiefs uit u. Als u aan andere mensen zegt dat het nog steeds niet gaat dan vindt u dat ten eerste zelf vervelend om dat te moeten erkennen, maar bovendien bespeurt u bij anderen ook enige mate van ongelooft. Dat is niet makkelijk en dat doet u enigszins schuldig voelen.

Samengevat is dit eigenlijk het probleem waarmee u zit. Dus een probleem wel -een reëel probleem-, psychische klachten of psychisch uit het evenwicht zijn: nee!

De wijze waarop u met uw probleem omgaat is lijkt een heel gezonde. Tevens denk ik dat uw vriend goed in de gaten heeft dat u enigszins maat moet houden om u niet te overtrainen. Daarmee lijkt het dat jullie beiden heel goed met uw probleem omgaan. Het zoeken of u door alternatieve geneeskundige

methoden zichzelf vitaler kunt voelen, lijkt mij geheel aan u overgelaten te moeten worden. U kunt zelf het beste merken wat daarvan helpt en wat niet.

De samenvatting in het BPSS schema van deze casus ziet er als volgt uit:

Figuur 4.4 Casus C, uitgedrukt in het BPSS-schema

	voorgeschiedenis	consultbevindingen	diagnose	beleid
B	vrouw, 32 jaar,	status na virus-infectie '92 sindsdien moeheidsklachten	chronisch vermoeidheidsyndroom	geen nieuwe adviezen
P	vitale vrouw	geen psychiatrische problematiek		
S	reeds 17 jaar bekend bij huisarts	gaat adequaat om met probleem		
S	moeder decompenseerde na geboorte 5e kind; heeft tijdelijk hulp gehad, maar nooit psychiatrisch ziek geweest patiënte woont samen, werkt parttime, traint gaat adequaat om met probleem			

Concluderend kan worden gezegd dat ook het niet vinden van psychiatrische problematiek tijdens een consult voor kan komen en dat een consult dan toch wel degelijk zinvol kan zijn ter ondersteuning van zowel de huisarts als de patiënt.

4.4 Discussie

Zoals in de inleiding reeds werd vermeld, is de vraagstelling die in dit hoofdstuk aan de orde komt de haalbaarheid van het verrichten van psychiatrische consulten bij somatiserende patiënten in de huisartsenpraktijk. De vorm en inhoud van het consult zowel als de praktische uitvoerbaarheid ervan zouden hierbij aan de orde komen. Voor deze haalbaarheidsstudie begon werd verwacht dat wekelijkse sessies in iedere praktijk nodig zouden zijn, maar dat bleek een te hoge verwachting. Bij drie huisartsen werden per maand gemiddeld 1 à 2 patiënten gezien; bij de andere drie huisartsen werden per twee maanden 1 à 2 patiënten gezien. Bij deze laatste drie bleken in twee gevallen logistieke problemen een rol te spelen, aangezien zij in de periode van het onderzoek de praktijk ofwel verhuisden, ofwel verbouwden. Waarschijnlijk is het derhalve aanvaardbaar om te stellen dat in het algemeen consulten gewenst zijn in een frequentie van 1 à 2 patiënten per maand, met een boostersessie na 8 weken teneinde de huisarts de kans te geven om de patiënt vóór de boostersessie terug te zien zodat adequate terugmelding mogelijk is, en de feedback werking hiervan tot zijn recht kan

komen. De consulten blijken aan de verwachte gemiddelde duur te voldoen, namelijk 69 minuten.

Wanneer gekeken wordt naar de diagnoses die bij de voor consult geselecteerde patiënten worden gesteld, blijkt het in 26 van de 45 = 58% van de gevallen te gaan om patiënten die wel degelijk last hebben van een somatische aandoening, maar daarnaast ook somatiseren. Het is derhalve zinvol om deze groep niet uit te sluiten van consulten.

Wanneer naar de psychiatrische diagnoses gekeken wordt, blijkt het in het merendeel van de gevallen te gaan om patiënten met een somatoforme stoornis volgens ICD 10(68%) of patiënten met een angststoornis of depressieve stoornis(20%). 16% van de gestelde diagnoses betrof verslavingsproblematiek, indien alcoholgebruik, rook-, gok- en eetverslaving daarin werden betrokken. 14% had neurasthenie, 12% psychologische factoren samengaan met spierspanningsklachten. Van de 45 patiënten heeft 7% geen diagnose volgens ICD 10. Overigens moet in ogenschouw worden genomen dat het hier gedeeltelijk gecombineerde diagnoses betreft. Wanneer alleen naar eerste diagnoses wordt gekeken, bedraagt het aantal uit categorie F1 en F3 9,5%; het aantal uit categorie F4 69% en het aantal uit F5 12%. Het merendeel der eerste diagnoses valt dus binnen de categorie somatoforme stoornissen.

Dit betekent dat het wel degelijk zinvol is om voor somatiseerders als separate groep de mogelijkheid tot psychiatrisch consult te scheppen.

Wat de gegeven adviezen betreft, blijkt in de eerste plaats dat in 11% van de gegeven adviezen het gaat om het advies toch somatisch te verwijzen. Dit zou kunnen liggen aan het feit dat bij de inclusiecriteria voor deze studie het uitsluiten van somatiek door een specialist niet noodzakelijk werd geacht. Het somatisch verwijzen was echter in geen van de gevallen het enige advies dat gegeven werd, zodat toch sprake was van een tweesporenbeleid in deze gevallen.

Daarnaast valt op dat van de vier gevallen van alcoholverslaving slechts in één geval naar categorale zorg werd verwezen. Het is de vraag of dat adequaat is.

Verder blijkt dat 27% van de patiënten psychofarmaca werden geadviseerd, en het betreft hier zowel antidepressiva als benzodiazepines als combinaties daarvan. De antidepressiva worden met name voorgeschreven aan de patiënten met een depressieve stemmingsstoornis of neurasthenie, in één geval bij een somatoforme pijnstoornis en éénmaal bij alcoholverslaving. De benzodiazepinen worden voorgeschreven aan patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis, neurasthenie of autonome somatoforme dysfunctie. Een combinatie van antidepressiva en benzodiazepines wordt geadviseerd bij spierspanningsklachten en éénmaal bij een fobie.

Wanneer wordt gekeken naar het adviseren van een gesprekscontact, dan blijkt dit bij 80% van de alle patiënten te gebeuren waar een depressie werd gediagnostiseerd; bij alle patiënten waar alcoholverslaving een van de diagnoses was, bij 90% van de patiënten waar een van de diagnoses bestond uit een somatoforme pijnstoornis, neurasthenie of paniekstoornis. Van alle patiënten waarbij een van de diagnoses een somatoforme autonome dysfunctie was, werd echter slechts 6 van de 20 = 30% een gesprekscontact geadviseerd. Kennelijk worden de mogelijkheid dan wel noodzaak van

een gesprekscontact bij deze laatste groep anders ingeschat dat bij de daarvoor genoemde groepen.

Dit kan op tweeërlei manieren worden geïnterpreteerd. Enerzijds zou dit een weerspiegeling kunnen zijn van een tweedeling die in de populatie met een stoornis volgens code F4 te maken is, waarbij de eerste groep wel, althans potentieel, en de tweede groep niet voorbijgaand lijkt te somatiseren. De eerste groep is gebaat bij een gesprekkencontact, de andere groep heeft meer aan het aanleren van technieken om de gevolgen van het somatiseren zo goed mogelijk te verdragen, zoals ontspanningsoefeningen.

Anderzijds kan het zijn dat in de laatste groep een gesprekscontact juist niet nodig werd geacht omdat het vermoeden bestond dat een eenmalige interventie zou kunnen volstaan. Tot slot kan het zijn dat zowel van het een als van het ander sprake was. Het zou interessant zijn dit verder uit te zoeken.

Voor wij daadwerkelijk aan het onderzoek begonnen, beschouwden we onze uitgangspunten bij onze interventie zoals genoemd bij de methode als nogal ambitieus. Hoe groot was de kans dat in een gesprek van ongeveer 70 minuten vanuit zoveel verschillende referentiekaders naar een patiënt gekeken kon worden, een globaal psychiatrisch onderzoek verricht en diagnose gesteld en dan ook nog een advies aan patiënt en huisarts gegeven kon worden? Er bestond enige twijfel of dit wel in één gesprek mogelijk zou zijn, en er werd rekening gehouden met de mogelijkheid dat meerdere gesprekken nodig zouden zijn. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Hierbij speelde een rol dat zeer uitgebreid psychiatrisch onderzoek vaak niet nodig was omdat het merendeels een -afgezien van eventuele somatisatiestoornis- psychiatrisch gezonde populatie betrof. Ook werd wat de psychodynamische reconstructie betrof vooral de nadruk gelegd op bewuste motieven van patiënten, naast opvallende gedragspatronen die ook dan echter door de patiënt zelf gemeld moesten worden. Het bespreken hiervan had niet het karakter van een duiding, hoogstens waren dit clarificerende opmerkingen die aansloten op de reeds bestaande zelfkennis van de patiënt. Daarnaast werd veel informatie verstrekt over somatisatie, het mechanisme en de prognose ervan etc. Hieraan bleek bij veel patiënten een grote behoefte te bestaan. Het bleek al gauw dat een belangrijk aspect van de interventie het karakter van een interpersonale interventie had, waarbij dus zowel bij de huisarts als bij de patiënt veel aandacht werd besteed aan de verwachtingen, vooronderstellingen en dergelijke die over de behandelrelatie bestond; ook naar verwachtingen ten aanzien van de consulentspsychiater werd gevraagd.

Daarnaast hadden we verwacht meer met het gezin van de patiënt te maken zullen krijgen, bijvoorbeeld omdat het idee bestaat dat somatisatie vaak in families voorkomt, of een belangrijke rol speelt in relatieproblemen binnen gezinnen of grotere families. We hadden dus rekening gehouden met de mogelijkheid dat in plaats van één patiënt, wellicht het hele gezin uitgenodigd zou moeten worden, eventueel in de loop van een aantal gesprekken. Dit idee stuitte al snel op het in de huisartspraktijk bestaande gegeven dat huisartsen gewoonlijk behandelaar van het hele gezin zijn, en van de diverse gezinsleden achtergrondinformatie hebben die hun partner, ouders etc. vaak niet of slechts gedeeltelijk bekend is. De huisartsen waren bang door gesprekken met gezinnen in een positie te raken waardoor ze hun beroepsgeheim zouden verbreken en hun behandelrelatie met het gezin zouden verliezen. Hoewel dus af en toe patiënten wel

een verband legden tussen hun lichamelijke klachten en relatie- of gezinsproblemen, was het in deze setting niet haalbaar om een systeemaanpak te hanteren op gezinsniveau met de huisarts erbij.

Een andere mogelijkheid die we in ons achterhoofd hadden gehouden was die om patiënten met dezelfde soort problematiek in groepen te behandelen, waarbij dan naast het verstrekken van informatie over somatisatie en het doen van ontspanningsoefeningen ook de mogelijkheid zou bestaan tot onderlinge uitwisseling van ideeën hierover. Dit idee bleek niet haalbaar door het gespreide patiëntenaanbod, dat het tegelijkertijd starten van meerdere patiënten in een dergelijke groep bemoeilijkte.

4.5 Conclusie

Het blijkt dat een psychiatrisch consult bij somatiserende patiënten in de huisartsenpraktijk haalbaar is qua tijdsinvestering, vorm en inhoud. Wat de uiteindelijke vorm die de interventie gekregen heeft, betreft, kan daar het volgende over worden geconcludeerd:

Met deze vorm van consult worden drie grote groepen van patiënten bereikt: die met somatisatie als hoofdprobleem en die met verslaving of een depressieve stemmingsstoornis of angststoornis. Wat deze laatste patiënten betreft is de interventie eenduidig en met name gericht op het aanpakken van de onderliggende stoornis middels psychofarmaca en een gesprekscontact. De verslavingsproblematiek werd, hoewel wel gediagnosticeerd, wellicht nog niet genoeg aangepakt middels verwijzing naar de categorale zorg, hetgeen zeker op zijn plaats zou zijn.

Wat de hoofddoelgroep, de somatiserende patiënten, betreft, blijkt dat een psychiatrisch consult bij deze patiënten in de huisartsenpraktijk haalbaar en zinvol is om voor deze patiënten populatie te doen, zowel wat de potentieel voorbijgaande als de waarschijnlijk chronische somatiseerders betreft. In het ene geval ligt de nadruk meer op resolutie van het onderliggend psychisch conflict, zo nodig middels doorverwijzing naar AMW of regionale GGZ voor een ambulante gesprekkencontact; in het tweede geval ligt de nadruk op het aan de hand doen van suggesties voor zowel patiënt als huisarts om zo adequaat mogelijk met het somatiseren om te gaan.

In beide groepen blijkt de inhoud van de interventie uit een cognitieve herstructurering te bestaan, zoals blijkt uit de inhoud van de geschreven samenvattingen. Deze bevatten namelijk allemaal:

Reattributie van de betekenis van het symptoom van lichamenlijk naar psychisch, hetgeen dus een cognitieve herstructurering inhoudt; dit heeft een clarificerend effect doordat de tot dan toe bekende feiten zowel voor de huisarts als voor de patiënt anders gerangschikt of gelabeld worden.

Controle wordt verplaatst van buiten de patiënt naar de patiënt zelf door hem aanknopingspunten te bieden waarop hij/zij zelf verantwoordelijkheid kan nemen.

Verbetering van de *interactie met de huisarts* (waar dit een probleem vormt) door de aandacht die er zowel impliciet (in de vorm van tijd) als expliciet (aangezien het tijdens het consult ter sprake kwam) aan werd besteed. Dit geeft zowel bij patiënt als huisarts verlichting van eventueel bestaande emotionele druk.

Het geven van een samenvatting aan de patiënt na afloop van het consult lijkt in deze vorm zinvol. De samenvatting volgens BPSS model wordt door de huisartsen in de status bewaard om na te kunnen slaan. Voor de consulent psychiater is het BPSS model ook praktisch omdat het in korte tijd een overzicht geeft van verbanden tussen lichamelijke en psychosociale problematiek, medisch consumptiegedrag en dergelijke.

Concluderend kan gezegd worden dat groot belang gehecht moet worden aan het verhelderende en daardoor ook structurerende effect van het gesprek zelf, dat toe te schrijven is aan onder andere de bovengenoemde mechanismen, evenals aan de aandacht die wordt besteed aan bij de patiënt bestaande ideeën en verwachtingen ten aanzien van de behandeling, de huisarts en de consulent-psychiater. Van groot belang zijn informatieverstrekking, verheldering van de problematiek door reattributie van de symptomatologie, verplaatsen van de controle naar de patiënt en bespreken van de interactie met de huisarts.

Interventie met Verhelderende en Structurerende Aspecten in de Huisartsenpraktijk.

5 PROCES-EVALUATIE

(D. Wijkel)

5.1 Inleiding

Het introduceren van een nieuwe methodiek in de huisartspraktijk zal, vooral als deze methodiek veel extra tijd en inspanning vergt, niet eenvoudige te realiseren zijn (Barnboom en Walda 1992).

In de uitgevoerde haalbaarheidsstudie is vooral aan twee aspecten van implementatie aandacht gegeven. Het betreft de acceptatie van de zorgvernieuwing en de inpassing van de consultmethode in de dagelijkse praktijk van de huisarts.

In dit hoofdstuk bespreken we de acceptatie van de methode door de huisarts en de patiënt. Daarnaast komen de randvoorwaarden aan bod voor een verdere implementatie van de methode.

De informatie in de volgende paragrafen is verkregen uit interviews met huisartsen en evaluatieformulieren die voor ieder consult door zowel de huisarts als de patiënt werden ingevuld.

5.2 Acceptatie door de huisarts

De vraag of de consultmethode wordt geaccepteerd door de huisarts is door ons op verschillende manieren benaderd:

- Zijn huisartsen bereid deel te nemen aan een experiment met psychiatrische consulten?
- Zien huisartsen de behandeling van 'somatiserende' patiënten als een probleem, waarvoor ze deskundige ondersteuning als zinvol beschouwen.
- Hoe ervaren huisartsen de consulten met psychiater en patiënt.

5.2.1 Recrutering

Het bleek bij de start van het project relatief eenvoudig huisartsen te interesseren voor deelname.

Benaderd werden een huisartsengroep van acht huisartsen in een kleine gemeente in de omgeving van Amsterdam en twee gezondheidscentra. Van de huisartsengroep bleken zes huisartsen bereid aan het onderzoek deel te nemen. De gezondheidscentra bleken wel geïnteresseerd in het onderwerp en vonden psychiatrische consulten in de huisartspraktijk relevant, maar waren niet bereid inspanning en tijd te investeren in het onderzoek. In een gezondheidscentrum, waar de huisartsen in loondienst werken, werd het experiment door het management als na- en bijscholing gedefinieerd. De gelimiteerde ruimte voor nascholing werd vervolgens door de huisartsen aan een ander onderwerp (oogheelkundige zorg) besteed.

Bij de huisartsengroep werd het project geïntroduceerd tijdens een eerste voorlichtingsbijeenkomst. Niet te ontkennen valt dat er aanvankelijk kritisch tegen het project werd aangekeken.

Vooral praktische bezwaren (te investeren tijd) werden naar voren gebracht. Eén huisarts zag van deelname af om praktische redenen buiten het project en één huisarts zei geen behoefte te hebben aan psychiatrische consulten omdat hij tot volle tevredenheid een eigen werkstijl voor de 'somatiserende' patiënten had ontwikkeld.

De zes deelnemende huisartsen hebben tenminste vijf jaar ervaring en werken in een relatief stabiele praktijk. Van belang voor de interpretatie van de uitkomsten is nog dat de huisartsen geen specifieke belangstelling hebben voor 'somatiserende' patiënten. Wat dat betreft zijn het 'doorsnee' huisartsen.

5.2.2 Gepercipieerde relevantie van het onderwerp

Voor de acceptatie van zorgvernieuwing is een belangrijke voorwaarde dat de zorgverleners een probleem ervaren dat om een oplossing vraagt.

Bij aanvang van het project werd aan alle huisartsen gevraagd hoe ze de 'somatiserende' patiënt zouden willen definiëren; wat hun algemene handelwijze op dit terrein is en in hoeverre zij de behandeling van deze patiënten als een als een probleem ervaren.

Het zou te ver voeren om uitgebreid verslag te doen van deze interviews. We volstaan met de constatering dat alle deelnemers wel een beeld hebben van 'somatiserende patiënten', maar moeite hebben om dat op een eenduidige wijze te definiëren. Men hanteert niet de 'psychiatrische' definitie van een somatiseerder, maar neigt er wel toe om de patiëntencategorie waarvoor een psychiatrische consult gewenst wordt in te perken tot een kleine groep waarmee men als huisarts niet uit de voeten kan (zie hoofdstuk 3.2).

Ondanks het ontbreken van een somatische verklaring voor de geuite klachten blijft er twijfel bestaan. Bij sommige huisartsen speelt hierin de angst 'iets ernstigs te missen' een belangrijke rol.

Wanneer er, al dan niet onder druk van de patiënt, besloten wordt tot een verwijzing naar de internist wordt deze door een aantal huisartsen, voorafgaand aan het polikliniek bezoek, opgebeld met het verzoek de bewuste patiënt zo spoedig mogelijk terug te verwijzen.

Een aantal huisartsen heeft relaties met een psycholoog en/of een psychiatrische instituut. Men verwijst ook naar het RIAGG, maar de contacten met het RIAGG zijn weinig bevredigend.

Voor de groep van somatiserende patiënten wordt verwijzing niet als de oplossing gezien. Men zou zelf beter met deze groep om willen gaan zonder confronterend te moeten handelen.

5.3 Ervaringen met consulten

Ongeveer zes weken na het consult werd de zogenaamde boostersessie gehouden. Na afloop van deze sessie werd de huisarts gevraagd een korte evaluatielijst in te vullen.

Omdat bij het schrijven van dit rapport nog niet alle boostersessies hadden plaatsgevonden, worden in deze paragraaf de evaluaties over 34 van de 45 consulten besproken.

Van één huisarts (huisarts 6) waren nog geen evaluatielijsten terug ontvangen.

De huisartsen waren over tien consulten (29%) zeer tevreden. Bij 22 consulten (65%) was de huisarts gewoon tevreden, terwijl in twee gevallen (6%) de huisarts 'een beetje tevreden' aankruiste. Ontevreden waren de huisartsen echter bij geen van de consulten. De huisarts werd vervolgens gevraagd of ze bij de patiënt een effect ten gevolge van de consultatie hadden geconstateerd. Alle huisartsen samen genomen bleek men in meer dan de helft van de gevallen (59%) wel degelijk een effect te zien.

Huisarts 1 wijkt hier duidelijk af (tabel 5.1), hij ziet na vrijwel alle consulten een (positief) effect.

Tabel 5.1 Oordeel huisartsen over effect consult

	wel effect	geen effect	weet niet
huisarts 1	8	-	1
huisarts 2	1	1	-
huisarts 3	1		1
huisarts 4	4	4	-
huisarts 5	6	6	1

In een aantal gevallen kon het effect niet goed beoordeeld worden omdat de betreffende patiënt nog niet op het spreekuur was verschenen (geen effect, weet niet). Uit het commentaar dat huisartsen op de evaluatieformulieren schreven, komt het beeld naar voren dat het consult vooral verhelderend is geweest. Dit verklaart de ogenschijnlijke discrepantie tussen de grote mate van tevredenheid met de consulten en het ontbreken van een effect bij de patiënt. In een aantal gevallen werd tijdens het consult informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt naar boven gehaald die bij de huisarts onbekend was. Dat vrijwel alle consulten door de huisarts positief werden gewaardeerd blijkt ook uit een aantal kwalificaties die de huisartsen aan de consulten gaven (tabel 5.2).

Tabel 5.2 Kwalificaties van de consulten door de huisarts (n=34)

		neutraal		
bedreigend	4	1	29	veilig
zinnig	31	2	1	zinloos
te lang	4	29	0	te kort
zwaar	0	32	2	licht
relevant	32	2	0	irrelevant
leerzaam	32	2	0	niet leerzaam
verhelderend	30	4	0	verhullend

* Voor 1 consult niet ingevuld.

Op twee tot vier consulten na kwalificeert men het consult als zinvol, relevant, leerzaam en verhelderend. In vier gevallen werd het consult als 'bedreigend' ervaren; terwijl in één geval de kwalificatie 'zinloos' werd gebruikt. In vier gevallen vond de huisarts het consult aan de lange kant, maar in geen enkel geval werd het als 'te zwaar' betiteld.

Het vraaggesprek dat aan het eind van het project met de huisartsen werd gevoerd (inmiddels zijn vijf van de zes gesprekken gehouden), leverde een onverdeeld positief beeld op. Alle huisartsen gaven te kennen de consulten samen met een psychiater voort te willen zetten, zij het op een aangepaste manier die beter is in te passen in de normale praktijkvoering.

In de vraaggesprekken werd onder meer aandacht besteed aan de kosten en de baten van een psychiatrisch consult en de selectie van patiënten.

Kosten

De geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat het houden van twee of drie consulten op één middag weliswaar haalbaar bleek, maar dat dit mede te danken is aan de lokale situatie waarin de huisartsen één middag per week 'vrij' zijn. Wanneer meerdere consulten op een normale werkdag gepland zouden worden, zijn de kosten daarvoor te hoog. Het aantal uitgestelde 'normale' consulten moet dan in de volgende dagen worden ingehaald, terwijl meerdere intensieve gesprekken op één middag ook te vermoeiend is. Een betere aansluiting bij de dagelijkse praktijk zou één consultafpraak aan het eind van het middagspreekuur zijn. Het opofferen van een vrije middag werd door geen van de huisartsen als bezwaarlijk gezien.

Andere kostenaspecten, zoals de mogelijke inbreuk op de werkwijze van de huisarts, of de mogelijke competitie (wie is de verantwoordelijke behandelaar) bleken geen enkele rol te spelen. De gehanteerde rolverdeling, waarbij de huisarts achter het eigen bureau zit en de consulerend psychiater die het gesprek leidt naast het bureau, wordt als plezierig ervaren. Men zou er overigens geen probleem mee gehad hebben als de psychiater op de stoel van de huisarts had plaatsgenomen. "Ik zie de psychiater als de deskundige, maar voor mijn patiënt blijf ik toch 'de dokter'".

Baten

De huisartsen beoordeelden de baten van de consulten wat meer diffuus. Men verwoordde de winst, mede afhankelijk van de patiënten waarmee een consult was gedaan, vooral in termen van "meer inzicht gekregen in de problematiek van de patiënt". Het consult was vooral verhelderend geweest voor zowel de huisarts als de patiënt. Daarnaast werden de gegeven adviezen in veel gevallen als winst gezien. In sommige gevallen werd door de psychiater een doorbraak in de vastgelopen relatie tussen huisarts en patiënt bereikt door de patiënt duidelijk te maken dat 'de huisarts niets kan doen aan de klachten waarmee U komt'. Met name bij sommige 'veelgebruikers' betekende dat soms dat de patiënt minder vaak op het spreekuur kwam.

De winst in termen van verminderde medische consumptie werd door de huisartsen niet hoog ingeschat. In een aantal gevallen zal inderdaad een verwijzing naar een medisch specialist vermeden zijn, maar in andere gevallen ging het om patiënten die voor het psychiatrisch consult al eens bij een somatisch specialist waren geweest. De huisartsen waren zonder uitzondering zeer tevreden over de op schrift gestelde evaluatie en adviezen van de psychiater. Deze werd met veel belangstelling gelezen en bij de patiëntenkaart bewaard. Het gedetailleerde overzicht waarin alle facetten van het consult

werden samengevat volgens het 'biopsychosociale model', werd door de huisartsen nauwelijks gebruikt.

Bij patiënten die een gevoel van onmacht opriepen bij de huisarts, werd meestal dat gevoel wel weggenomen (dit wil niet altijd zeggen dat het probleem van de patiënt is opgelost).

Tenslotte werd gemeld dat het bijwonen van een psychiatrisch consult 'leerzaam' was. Een aantal aspecten van de gesprekstechniek van de psychiater zou ook door de huisarts kunnen worden toegepast. Betekent dit nu dat huisartsen na vijf tot tien consulten hebben geleerd hoe ze met vergelijkbare patiënten moeten omgaan? Het antwoord is overwegend negatief. "Het zijn immers patiënten waar je als huisarts mee vastloopt, je hebt dan een derde nodig om weer verder te kunnen".

Patiënten selectie

Hiervoor is reeds de definiëring van somatiserende patiënten aan de orde geweest. Geconfronteerd met de betrekkelijk moeizame werving van patiënten voor consulten, bleek dat de huisartsen over het algemeen een duidelijke scheiding aanbrachten tussen somatiserende patiënten die behalve veel huisartsconsulten weinig problemen voor de huisarts opleveren: "ik weet heel goed hoe ik met die patiënten moet omgaan", en somatiserende patiënten waarbij de huisarts het gevoel heeft dat hij vastloopt ('heart sink'; gevoel van onmacht). Somatiserende patiënten zijn er genoeg in de gemiddelde huisartspraktijk, maar de groep waarbij een psychiatrisch consult wordt gewenst is klein. Het betreft een groep waarbij nu een somatisch specialist wordt ingeroepen, terwijl het psychisch dysfunctioneren het hoofdprobleem vormt. Toch zou men deze patiënten in de meeste gevallen niet naar een psychiater door willen sturen. De patiënt zou dit meestal weigeren. Een laagdrempelig consult biedt dan uitkomst. Bij de meeste deelnemers huisartsen is het dus de strenge definitie die er voor zorgt dat het aantal consulten niet hoog is. "Het aantal patiënten dat in mijn praktijk aan de door mij gehanteerde criteria voldoet is slechts vier of vijf. Nadat deze voor een psychiatrisch consult zijn geweest duurt het weer enige tijd voordat zich een nieuw 'geval' voordoet". Dit laatste gebeurde niet vaker dan eens per maand. Behalve dit algemene beeld bleek het vinden van patiënten bij tenminste twee huisartsen ook te maken te hebben met de opstelling van de huisarts. Eén huisarts zei zelf een adequate aanpak van somatiserende patiënten te hebben. In de spaarzame gevallen dat hij er niet uitkomt doet hij een beroep op een bekende psycholoog. Een andere huisarts gaf aan 'weinig aandacht te hebben voor de psychische kant van het probleem van de patiënt'. "Misschien herken ik de somatiserende patiënten wel niet, of zijn ze al bij mij weggelopen". Andere redenen voor een moeizame selectie van patiënten zijn de verhuizing en verbouwing van de praktijk en in één geval wellicht de wijze van introductie van het psychiatrische consult (zie bij 'recruterende van patiënten').

5.4 Acceptatie door de patiënt

We benaderen deze vraag op drie manieren:

- Lukt het om patiënten gemotiveerd te krijgen voor een gesprek met huisarts en psychiater?
- Worden de adviezen die tijdens de consulten worden gegeven opgevolgd?

- Hoe evalueren patiënten het psychiatrische consult?

We maken hierbij gebruik van schriftelijke vragenlijsten die de patiënt voorafgaand en achteraf heeft ingevuld. Patiënten die weigerden aan een gesprek deel te nemen werd gevraagd een (zeer korte) lijst in te vullen. Ook is informatie gebruikt uit het huisartsen-interview na afloop van het project en uit enkele incidentele gesprekken met patiënten (naar aanleiding van het invullen van de evaluatielijst).

5.4.1 Recrutering van patiënten

Tijdens de looptijd van het project bleek het recruterende van patiënten voor een consultgesprek moeizaam te verlopen. Van slechts vier gevallen is bekend dat de patiënt geweigerd heeft een gesprek te hebben. Het invullen van de korte vragenlijst bleek dan eveneens moeilijk te verlopen.

Van één geval is bekend dat de huisarts tot drie keer toe op een consultgesprek had aangedrongen en dat de patiënt daarna pas overstag ging. Het kwam ook nog voor dat het gesprek door de patiënt werd afgezegd. De ondervraagde huisartsen gaven zelf als voornaamste verklaring 'het ontbreken van geschikte patiënten voor een consult' (zie hiervoor). Het benaderen van de geschikte patiënten leverde, op enkele gevallen na, geen problemen op. De betreffende patiënten bleken wel te overtuigen van het nut van een gezamenlijk consult met de psychiater. Eén huisarts gaf duidelijk aan dat het toch wel de nodige moeite kostte om patiënten te motiveren. We vroegen de huisartsen ook aan te geven op welke manier de patiënt voor een consult werd gevraagd. Alle huisartsen brachten in ieder geval de relatie tussen psyche en somatiek ter sprake en tevens dat het een onderzoek betrof. Dat er een psychiater bij betrokken was kwam uiteraard ook altijd ter sprake, maar sommige huisartsen vertelden dit onmiddellijk, terwijl tenminste één huisarts dit aan het eind van zijn introductie naar voren bracht. Deze huisarts bespeurde als enige een terughoudendheid bij de patiënten. En had twee van de vier weigeraars in zijn praktijk. Eén weigerende patiënt liet de huisarts duidelijk blijken niet van psychiatrische bemoeienis gediend te zijn: "dokter ik ben toch niet gek? Ik heb een lichamelijke kwaal en niet iets psychisch".

5.4.2 Compliance

We zagen reeds bij de evaluatie door de huisarts dat de consulten in het algemeen wel nuttig en verhelderend waren, maar dat de huisarts meende dat in bijna de helft van de gevallen weinig verandering bij de patiënt te bespeuren viel. Het ligt voor de hand, dat patiënten die soms al jaren met hun problemen worstelen niet onmiddellijk na één gesprek bereid en in staat zijn hun leven te veranderen.

Sommige adviezen betroffen het veranderen van de opstelling in de persoonlijke relaties. Het is moeilijker daar bijvoorbeeld na dertig jaar huwelijk iets in te wijzigen dan het verhogen van de medicatie.

Van de gegeven adviezen is 42% geheel door de betreffende patiënt opgevolgd. In 25% van de gevallen is het advies niet opgevolgd zoals uit tabel 5.3 blijkt.

Tabel 5.3 Mate van opvolgen van de 79 gegeven adviezen aan 34 patiënten (volgens patiënt)

	Abs.	Percentage
advies opgevolgd	33	42%
advies gedeeltelijk opgevolgd	16	20%
advies niet opgevolgd	20	25%
geen antwoord/niet ingevuld	13	13%
	79	100%

Tabel 5.3a Mate van opvolgen van adviezen per categorie (volgens patiënt)

	advies			
	opgevolgd	gedeeltelijk opgevolgd	niet opgevolgd	geen antwoord
praktische adviezen	8	4	3	3
gedragsaanpassingen	8	6	2	2
psychische hulpverlener	6	2	5	1
AMW	-	-	-	2
mensendieck, fysiotherapie	3	1	2	-
yoga	2	1	5	-
somatisch specialist	3	1	-	1
medicatie	6	1	1	-

Medische adviezen (verwijzing, medicatie) worden het meest opgevolgd. De niet opgevolgde adviezen betroffen (tussen haakjes is vermeld of het het eerste, tweede of derde advies was):

- (1) gesprekken met een psycholoog
- (1) werk zoeken en (2) gesprekken met maatschappelijk werk
- (1) mensendiecktherapie volgen en (2) gesprekken met maatschappelijk werk
- (1) praten heeft weinig zin en (2) klachten opvatten als signaal en (3) aan yoga en sport doen.
- (2) eventueel yoga doen
- (1) conflict op het werk met psycholoog bespreken en (3) gaan sporten met partner
- (2) antidepressivum nemen en (3) gesprekken met psychiater houden
- (1) huwelijksproblemen bespreken met hulpverlener en (3) yoga gaan doen
- (2) mensendieck blijven doen en (3) eventueel yoga gaan doen
- (2) psychotherapie aanvragen bij RIAGG
- (1) ademhalingsoefeningen en (3) yoga gaan doen

Opvallend is het aantal keren dat men het advies om yoga te gaan doen niet overneemt. Vermoedelijk is de drempel voor het doen van yogaoefeningen te hoog.

In alle gevallen waarin een gesprek met het maatschappelijk werk werd aanbevolen is dit uitgevoerd. Ook blijkt het advies om een consult aan te vragen bij even psychiater of een psycholoog door de respondenten niet altijd te worden opgevolgd.

Tabel 5.4 Verwachtingen van patiënten voorafgaand aan het psychiatrische consult (n=44)

antwoord op lichamelijke problemen	59%
antwoord op persoonlijke problemen	71%
een goed gesprek	89%
lichamelijk onderzoek	9%
advies over het inrichten van het leven	52%
verwijzing naar een specialist	11%
dat er eindelijk eens naar mij wordt geluisterd	41%

Uit de verwachtingen die patiënten voorafgaand aan het consult gaven, bleek dat men vooral aandacht wilde hebben van de hulpverlening voor de eigen problematiek. Concrete acties, zoals lichamelijk onderzoek en verwijzing naar een specialist werden maar door weinig patiënten genoemd (tabel 4). 'Een goed gesprek' werd door bijna iedereen genoemd. Men verwachtte antwoord op persoonlijke problemen (71%) en in mindere mate antwoord op lichamelijke problemen (59%).

5.5 Evaluatie door patiënten

Over het gesprek is 91% tevreden tot zeer tevreden. Twee patiënten zeggen 'een beetje tevreden' te zijn, terwijl één patiënt een 'beetje ontevreden' is.

Dat de tevredenheid niet altijd voortkomt uit een verbetering van de gezondheidstoestand blijkt overigens uit tabel 5.5.

Tabel 5.5 In hoeverre waren de klachten verdwenen? (n=33)*

	Abs	Percentage
klachten grotendeels verdwenen	1	3%
klachten niet verdwenen maar wel iets verminderd	15	45%
klachten zijn hetzelfde gebleven	16	49%
klachten zijn erger geworden	1	3%
Totaal	33	100%

* één patiënt gaf hier geen antwoord

Bij 16 patiënten zijn de klachten hetzelfde gebleven en bij één patiënt zelfs verslechterd. Dit is ongeveer de helft van de gevallen. Een klein aantal patiënten heeft een duidelijk negatief beeld van het consult. Zij vinden het 'zinloos' en eerder 'verhullend' dan verhelderend (tabel 5.6).

Tabel 5.6 Kwalificaties van de consulten door patiënten (n=34)

		neutraal (niet ingevuld)		
bedreigend	-	3	31	veilig
zinnig	26	3 (1)	4	zinloos
verhelderend	19	10 (3)	2	verhullend
te lang	-	23 (3)	8	te kort
gespannen	4	8 (2)	20	ontspannen

Tot onze opluchting vond geen van de patiënten het gesprek bedreigend. Vier patiënten gaven toe 'gespannen' te zijn geweest. Er waren acht patiënten dit het gesprek te kort vonden, dit is in contrast met de huisartsen die het nooit te kort vonden.

5.6 Conclusies

Voorafgaand aan de haalbaarheidsstudie werd gesteld dat tenminste vier van de zes deelnemende huisartsen een positief oordeel voer de psychiatrische consulten zou moeten geven om van een 'haalbaar' concept te kunnen spreken. Op zich waren alle huisartsen positief. Toch moet dit gerelativeerd worden.

De deskundigheid van huisartsen met betrekking tot de aanpak van de problemen werd wel vergroot, maar de huisartsen achtten zich niet in staat het BPSS model zelfstandig te hanteren. De meerwaarde van de consultmethode ligt vooral in de betrokkenheid van een 'derde' die als een soort 'supervisor' optreedt. Voorts leverde een analyse op patiëntniveau enerzijds het beeld op dat de consulten op een paar uitzonderingen na zinnig en verhelderend waren voor de huisarts, maar dat dit niet betekent dat de gezondheid van de patiënt verbeterd is, of dat de medische consumptie verminderd is.

Voorafgaand aan de studie werd een percentage van 30% weigeringen nog acceptabel geacht. In de praktijk blijkt dit percentage rond 10% te liggen. De bereikte patiënten dienden ook voor tenminste 70% het gevoel te hebben adequaat behandeld te zijn: de evaluatie leert dat dit percentage aanzienlijk hoger ligt (slechts twee patiënten reageerden negatief).

Eindconclusie

Psychiatrische Consultatie in de Huisartspraktijk is haalbaar, maar over de effecten op de gezondheid van de patiënt moeten wij geen hoge verwachtingen hebben.

Aanbevelingen

- Het aantal aangevraagde psychiatrische consulten van somatiserende patiënten per jaar is niet groot en de frequentie moet daarom niet hoog zijn (hooguit eens per maand).
- Er moet per sessie niet meer dan één patiënt worden uitgenodigd. Per consult moet ongeveer één uur gereserveerd worden.
- De introductie van psychiatrische consulten bij de patiënt dient vantevoren met de huisarts te worden besproken en zo veel mogelijk gestandaardiseerd te verlopen.
- Bij een uit te voeren effectonderzoek moet niet uitsluitende de (psychische) gezondheid van de patiënt als uitkomstmaat gehanteerd worden. Belangrijke andere

parameters zijn functionele status, kwaliteit van leven en tevredenheid van de patiënt.

- Psychiatrische consulten in de huisartspraktijk zijn alleen efficiënt te hanteren wanneer de psychiater per sessie meerdere consulten doet van meerdere huisartsen. Dit kan het meest efficiënt in groepspraktijken en gezondheidscentra geschieden.

6 DE HAALBAARHEID VAN EEN EFFECTSTUDIE NAAR PSYCHIATRISCHE CONSULTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK (PCH)

6.1 Inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk gaan we in op de consequenties die deze haalbaarheidsstudie heeft voor de opzet van een outcome-studie naar het effect van PCH. Aan het begin van de haalbaarheidsstudie zijn de doelstellingen van de interventie omschreven en beoordelingscriteria vastgesteld op basis waarvan de uitkomsten van deze studie beoordeeld konden worden.

In paragraaf 6.2 worden summier de doelstellingen beschreven. Aansluitend volgen de eigenlijke beoordelingscriteria. In 6.4 gaan we in op de beantwoording van de onderzoeksvragen in het licht van deze criteria.

6.2 Doelstellingen interventie

De criteria voor de evaluatie dienen een afgeleide te zijn van de doelstellingen van de interventie. Deze kunnen worden uitgesplitst naar enerzijds huisartsen en anderzijds patiënten.

Ten aanzien van de huisarts is ten eerste gestreefd naar het vergroten van het inzicht in de problematiek van de patiënt en de rol van biologische, psychologische en sociale factoren en het gezondheidssysteem in het klachtenpatroon. Concreet betekent dit minder onzekerheid over de klachtduiding bij de huisarts. Een tweede doel was het vergroten van het inzicht van de huisarts in behandelingsmogelijkheden en/of aanpak van de problemen op biologisch psychisch en sociaal terrein. Concrete aanwijzingen hiervoor zijn een concreet behandelplan en minder machteloosheid. Ten derde is gestreefd naar het verbeteren van de relatie tussen huisarts en patiënt.

Ten aanzien van de patiënt waren de doelen een beter inzicht in de eigen problematiek, meer vertrouwen in hulpverleners en het gevoel serieus genomen te zijn. Deze patiëntdoelen moeten tot uitdrukking komen in onder meer een in een grotere tevredenheid ten aanzien van hulpverlening, een gerichte aanpak van problemen, acceptatie van de problematiek en een verminderde behoefte om somatische hulp in te roepen.

6.3 Beoordelingscriteria

Het uitvoeren van een haalbaarheidsstudie, waarbij het uitdrukkelijk niet de bedoeling is effecten te meten, brengt met zich mee dat het slagen ervan niet afgemeten kan worden aan deze effecten. Het slagen moet getoetst worden aan criteria die zo objectief mogelijk te dienen worden vastgesteld. Aan het begin van de haalbaarheidsstudie zijn de volgende criteria in overleg met de begeleidingscommissie afgesproken.

Verondersteld wordt dat de selectiecriteria voor patiënten die voor psychiatrische consulten in de huisartspraktijk in aanmerking komen, kunnen worden afgeleid van een score op een schaal die 'somatisatie' meet. Wanneer de door de huisartsen geselecteerde patiënten voor minder dan 70% op basis van de lijtscore gevonden kunnen

worden, moet het hanteren van een screeningsinstrument als inefficiënt worden gekwalificeerd. Het is in deze ook mogelijk dat de huisarts niet in staat blijkt de juiste patiënten te selecteren.

Huisartsen die aan het haalbaarheidsonderzoek deelnemen zullen een oordeel kunnen geven over het resultaat van PCH in termen van 'minder onzekerheid', 'verbeterde relatie', 'patiënt is adequaat geholpen' of 'kan zelf beter omgaan met de problematiek' (zie de doelstellingen). Ook hier kan als criterium fungeren dat tenminste 70% van de huisartsen (vier van de zes) het met deze uitspraken eens moet zijn.

Op patiënteniveau moet van tenminste 70% van de patiënten het subjectieve oordeel over een verbetering positief zijn. Daarnaast dienen de patiënten met deze vorm van hulpverlening overweg te kunnen. Het maximale percentage toe te laten weigeringen voor een consult met de psychiater wordt op 30% gesteld; daarbij moet nog een uitval van 20% vanwege praktische redenen worden gevoegd. Het totale percentage te bereiken patiënten komt hiermee op 50%. Van de patiënten die een consult hebben gehad dient tenminste 70% het gevoel te hebben adequaat behandeld te zijn.

De haalbaarheid in organisatorische en financiële zin is van groot belang. Hierbij dient ook duidelijk te worden hoeveel tijd minimaal nodig is voor een psychiatrisch consult.

6.4 Beantwoording vraagstelling

- 1) De mogelijkheid om huisartsen en patiënten te recruteren voor een dergelijke interventiestudie.

Recrutering van huisartsen bij een onderzoeksproject is afhankelijk van de aantrekkelijkheid van het onderzoeksonderwerp plus van de bereidheid om extra inspanningen t.b.v. onderzoek te plegen. Het mag in dit opzicht geen verwondering wekken dat een aantal aangezochte lokaties niet bereid/in staat waren om energie in dit onderzoek te steken. Uiteindelijk zal men, wanneer het om toekomstig onderzoek gaat, toch afhankelijk zijn van persoonlijke contacten. Dat dit niet bezwaarlijk hoeft te zijn, geeft de ervaring in deze haalbaarheidsstudie aan: de huisarts die als "ingang" fungeerde gaf weliswaar blijk van een meer dan gemiddelde "psychosociale" belangstelling, (hij is een van de twee artsen die relatief veel patiënten als somatiseerder beschouwde en ook vanaf het begin veel consulten realiseerde), maar de huisartsengroep als geheel kan in dit opzicht als gemiddeld betiteld worden. Het moet dus mogelijk zijn via een enthousiaste, betrokken huisarts, een redelijk representatieve groep huisartsen in diens kielzog te verzamelen ten behoeven van een gecontroleerde effect studie.

Een ander aspect is de behoefte van huisartsen om regelmatig van een psychiatrisch consult gebruik te maken. Aan de participatiegraad gedurende een half jaar PCH zou men kunnen afleiden dat veel huisartsen niet meer dan eens per maand aan een dergelijk aanbod behoefte hebben, en dat een enkele enthousiaste huisarts dit wat vaker zal doen. Voor de effectstudie betekent dit dat de experimentele periode minimaal een jaar zal moeten beslaan en op een relatief groot aantal huisartsen betrekking zal moeten hebben (reken op tien patiënten per jaar per huisarts). Overigens is een

gemiddelde van tien patiënten per jaar waar consult over wordt gevraagd niet zo weinig: het aantal verwijzingen naar psychiatrie/GGZ bedraagt op jaarbasis gemiddeld 12.8 per 1000 patiënten (Groenewegen e.a. 1992). Tien psychiatrische consulten per jaar lijkt een voldoende rechtvaardiging om een dergelijke interventie te onderzoeken.

Patiënten lijken gemotiveerd te kunnen worden voor een consult met de psychiater, **wanneer de huisarts de schifting gemaakt heeft**. Immers, van alle patiënten die de huisarts als somatiseerder beschouwde en waarvoor hij consult aanvroeg is het overgrote deel daar ook mee akkoord gegaan. Hetgeen overigens niet wegneemt dat bij drie van de zes huisartsen sprake was van 40% afmeldingen. Het is niet helemaal duidelijk of het hier om afstel of uitstel gaat.

Een heel ander verhaal krijgen we, wanneer we alle patiënten beschouwen die door de huisarts gedurende de screening in de wachtkamer als somatiseerder zijn aangemerkt. Voor 77% van deze groep acht de huisarts namelijk een psychiatrisch consult niet nodig of ongewenst, en hierbij zal de ingeschatte instemming van de patiënt zeker betrokken zijn.

De tevoren geschatte voorwaarden om de consulten gestalte te geven bleken goed te werken. Het is in het algemeen haalbaar om in ongeveer vijf kwartier een voorbespreking, een gesprek met arts en patiënt en een nabespreking te hebben. Gezien de gerealiseerde patiëntenaantallen zou met een vaste middag in de maand gewerkt kunnen worden, waarbij uiteraard individuele afwijkingen mogelijk moeten zijn. Het inpassen van psychiatrische consulten in de praktijkvoering heeft consequenties. Gezien de tijdsduur van een consult gaat dit ten koste van andere patiënten. Immers een deel van spreekuur van de huisarts wordt besteed aan psychiatrische consulten. Wanneer de consulten worden gepland op de 'vrije' dag van de huisarts vraagt dit een persoonlijke investering van de huisarts ten behoeve van zijn patiënt(en).

Naast de organisatorische aspecten zijn de financiën van de interventie eveneens van belang. De financiële consequenties betreffen een drietal niveaus. Ten eerste de patiënt zelf. Particuliere patiënten ontvangen voor een bezoek aan de huisarts een nota. Een consult met de psychiater impliceert een extra (lang) consult, dus hogere kosten. In aansluiting hierop betekent het voor de huisarts dat zijn 'dure' tijd aan één patiënt wordt besteed. Hiermee kan hij inkomsten derven in geval van particuliere patiënten. Het derde niveau zijn de algemene kosten van de gezondheidszorg. Wanneer op termijn een consult met de psychiater over een somatiserende patiënt preventief werkt ten aanzien van een verwijzing naar de tweedelijndan zal dit zonder meer een kostenbesparing op de algemene middelen opleveren. Deze besparing zou dan wellicht op een of andere wijze aan de huisarts verdisconteerd kunnen worden.

2) Het bereik van de doelgroep

Iets minder dan twintig procent van alle spreekuurbezoekers tussen de 18 en 65 jaar wordt door de huisarts als somatiseerder beschouwt, maar voor slechts vijf procent wordt een psychiatrisch consult aangevraagd. In dit opzicht is er sprake van grote verschillen tussen huisartsen: twee van de zes benoemen dertig procent als somatiseerder en vragen voor negen procent een consult aan, terwijl de overige vier twaalf

procent als somatiseerder beschouwen en voor minder dan twee procent een consult vragen.

De somatiseerders waarvoor consult wordt aangevraagd zijn er in de meeste onderzochte opzichten slechter aan toe dan somatiseerders waarvoor consult niet nodig wordt geacht. Ze zijn angstiger, depressiever, nemen hun gezondheid als slechter waar en maken meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Degenen die somatiseren maar waarvoor geen consult wordt gevraagd verkeren weer in een slechtere psychosociale en fysieke conditie dan de niet somatiseerders.

Degenen waarvoor consult gevraagd worden onderscheiden zich van de andere somatiseerders ook doordat ze bij de huisarts meer negatieve gevoelens oproepen, vaker bij de huisarts komen, en de huisarts meer zien als hun voornaamste hulp bij psychische problemen.

Het is mogelijk een aantal vragenlijsten te selecteren die optimaal differentiëren tussen de verschillende groepen. Toch moet het afgeraden worden om in een effect-studie af te zien van het huisartsenoordeel, omdat op basis van de best differentiërende patiëntenvragenlijsten uiteindelijk 10% somatiseerders waarvoor de huisarts consult zou willen geselecteerd zou worden, 27% somatiseerders waarvoor de huisarts geen consult zou willen en 63% niet-somatiseerders. Dit als gevolg van de verhouding in de onderzochte populatie: 4% - 14% - 82%.

In een effect-studie zal het oordeel van de huisarts omtrent somatisatie en noodzaak van consult als gouden standaard moeten dienen, waarmee onvermijdelijk de interdokter-variantie problemen de kop op zullen steken.

3) Hoe verloop het proces van psychiatrische consultatie.

De consultatie levert adviezen voor de huisarts op en men vindt dat men meer inzicht krijgt in de problematiek van de patiënt. In de praktijk wordt veertig procent van de adviezen volledig opgevolgd en twintig procent helemaal niet.

De subjectieve beleving van het proces door huisarts en patiënt is positief, maar de huisartsen achten het effect op de gezondheidstoestand van de patiënt gering.

6.5 De uitkomsten in het licht van de gestelde doelen en criteria

Wanneer we deze uitkomsten in het licht van de eerder gestelde criteria bezien, dan concluderen we het volgende:

Op basis van de gehanteerde vragenlijsten wordt weliswaar meer dan 70% van somatiseerders uitgekozen, maar daarnaast wordt ook een percentage niet-somatiseerders (volgens de huisarts) geselecteerd, dat in relatie tot de prevalentie van niet-somatiseren onaanvaardbaar hoog is. Veel vals-positieven dus.

Het oordeel van de huisartsen is positief, in de zin dat men in het algemeen de psychiatrische consulten zinvol achtte. Van de andere kant werd er van de kant van de huisartsen twijfel uitgedrukt of men zou kunnen spreken van blijvende veranderingen bij de patiënt.

Op dezelfde wijze kan gesteld worden dat die patiënten bij wie psychiatrische consulten plaatsvonden voor het merendeel te spreken waren over deze aanpak. Met betrekking tot het weigeren van de psychiatrische consulten geldt dat dit weinig voorkwam, maar

moet ook verwezen worden naar het gestelde in 6.4, dat de huisarts maar voor een kwart van de somatiseerders een psychiatrisch consult voorstelde. Het totaal percentage bereikte somatiseerders (volgens de huisarts) ligt hierbij rond een kwart, het percentage bereikte somatiseerders waarvoor een consult gewenst werd ligt boven de 80%.

Als conclusie voor een uit te werken effect-studie moeten we stellen dat het aanbeveling verdient om uit te gaan van patiënten die volgens de huisarts somatiseren en waarvoor hij een psychiatrisch consult wenst. Dit kan met een aantal min of meer objectieve richtlijnen aangescherpt worden: òf meerdere malen in het verleden gelijksoortige problematiek òf heartsink feelings òf buitensporige medische consumptie. Deze patiënten moeten dan blind in twee groepen worden ingedeeld, waarbij voor de ene groep een psychiatrisch consult gerealiseerd wordt en voor de andere niet (eventueel op wachtlijst).

Beide groepen worden gedurende langere tijd gevolgd, waarbij medische consumptie, scores op somatisatie SCL en MOS (opdat ook functionele status en kwaliteit van leven in beschouwing worden genomen), de huisarts - patiënt relatie en patiëntenoordelen (tevredenheid, kwaliteit van leven), als outcome variabelen meegenomen moeten worden. Het spreekt voor zich dat deze variabelen ook in een voormeting zijn vastgelegd.

Het gaat daarbij om een effectstudie op patiënt niveau. Gecontroleerd zal echter moeten worden voor een uitstralingseffect naar de arts (hoewel men in deze studie aangaf dat dat niet zo waarschijnlijk is). Per arts verwachten we tien ingesloten experimentele patiënten in een jaar. Met een power van 90% en een alpha van 5% hebben we 100 patiënten in de experimentele groep nodig om een verschil tussen voor- en nameting van 15% vast te stellen.

Voor 100 experimentele en 100 controle patiënten zouden 20 huisartsen gedurende een jaar psychiatrisch consult moeten kunnen aanvragen.

LITERATUUR

- ANDERSON, J.S.C., F. SULLIVAN, T.P. USHERWOOD. The Medical Outcome Study Instrument (MOSI)- use of a new health status measure in Britain. *Family Practice*; 7, 1990, 205-218
- ARRINDELL, W.A., J.H.M. ETTEMA. SCL-90. Een Multidimensionele Psychopathologie Indicator. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1986
- BARNBOOM, H., R. WALDA. De eerste lijn op spitzen; zorgvernieuwing in de praktijk. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1992
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg.NHI-bijdrage aan de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel I. Utrecht: NHI, 1984
- BENSING, J.M. Wat mankeert de RIAGG? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*; 12, 1986, 1211-1224
- BRIDGES, K.W., D.P. GOLDBERG. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*; 29, 1985, 563-569
- BUIS, W.J.M. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts (proefschrift). Amsterdam: Uitgeverij Thesis, 1990
- CAPLAN, G. The theory and practice of Mental Health consultation. London: Tavistock Publications, 1970
- COLLYER, J.A. Psychosomatic illness in a solo family practice. *Psychosomatics*; 20, 1979, 762
- COX, M.F. De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk. Een exploratie van het concept somatische fixatie (dissertatie). 's-Gravenhage: Pasmans Offsetdrukkerij, 1992
- CRAIG, T.K.J., A.P. BOARDMAN. Somatization in primary care settings. In: CM BASS (ED) Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990
- ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196, 1977, 129-136
- ES, J.C. VAN. Klachten zonder diagnose. Inzicht in samenhang somatische, psychische en sociale aspecten noodzakelijk. *Medisch Contact*; 48, 1984, 1531
- ESCOBAR, J.I., M.A. BURHAM, M. KARNO, A. FORSYTHE, J. GOLDING. Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*; 44, 1987, 713-718
- ESCOBAR, J.I., J.M. GOLDING, R.L. HOUGH, M. KARNO, M.A. BURNAM, K.B. WELLS. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*; 77, 1987, 837-840
- GERRARD, T.J., J.D. RIDDELL. Difficult patients: black holes and secrets. *British Medical Journal*; 297, 1988, 530-532
- GOLBERG, D. The treatment of mental disorders in general medicine settings (editorial). *General Hospital Psychiatry*; 14, 1992, 293-295
- GOLDBERG, D.P., K. BRIDGES. Somatic presentation of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*; 32, 1988, 137-144

- GOLDBERG, D., P. HUXLEY. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock publications, 1980
- HAYS, R.D., A.R. DAVIES, J.E. WARE. *Scoring the Medical Outcome Study Patient Satisfaction Questionnaire: PSQIII*. Santa Monica: MOS memorandum Rand Corporation, 1987 (unpublished)
- HEMERT, A.M. van, M.W. HENGEVELDT, J.H. BOLK, H.G.M. ROOIJMANS, J.P. VANDENBROUCKE. *Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical outpatient clinic*. *Psychological Medicine*; 23, 1993, 167-173
- HUYGEN, F.J.A. *A family physician's concept of mental health and mental health services*. In: Visser, G.J., J.B. Bensing, B.P.R. Gersons a.o. (eds): *Mental Health and Primary Care. Dutch and Israeli experience*. Utrecht: NIVEL, 1986
- HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DER HOOGEN, A.T.H. VAN DE LOGT e.a. *Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 128, 1984, 1321-1327 en 129 (1984) p.1372-1376
- HUYSE, F.J. *Systematic Interventions in Consultation/Liaison Psychiatry (academisch proefschrift)*. Amsterdam: Free University Press, 1989
- HUYSE, F.J. *Systeemdenken in de consultatieve psychiatrie*. In: W. van Tilburg, F. Milders (eds). *Systeemdenken in de psychiatrie*. Bunge, 1988
- HUYSE, F.J., J.J. STRAIN, J.S. HAMMER. *Systematic interventions in C/L psychiatry. Part II: Concordance*. *General Hospital Psychiatry*; 12, 1990, 221-231
- HUYSE, F.J., J.J. STRAIN, M.W. HENGEVELD, J.S. HAMMER, T. ZWAAN. *Interventions in C/L psychiatry: the development of a schema and a checklist for operationalized interventions*. *General Hospital Psychiatry*; 10, 1988, 88-101
- JONG-GIERVELD, J. DE, F. KAMPHUIS. *The development of a Rasch-type loneliness scale*. *Applied Psychological Measurements*; 9, 1985, 3, 289-299
- KATON, W., M. VON KORFF, E. LIN, T. BUSH, P. LIPSCOMB, E. WAGNER. *A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers*. *General Hospital Psychiatry*; 14, 1992, 86-98
- KATON, W., A. KLEIMAN, G. ROSEN. *Depression and somatization: a review. Part I*. *The American Journal of Medicine*; 72, 1982, 127-135
- KATON, W., W. VON KORFF, E. LIN, P. LIPSCOMB, J. RUSSO, E. WAGNER, E. POLK. *Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment*. *General Hospital Psychiatry*; 12, 1990, 355-362
- KEMPEN, G.I.J.M. *Het meten van de gezondheidstoestand van ouderen. Een toepassing van een Nederlandse versie van de MOS-schaal*. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*; 32, 1992, 132-140
- KRAMER, K., A. KERKSTRA. *Eenzaamheid van bewoners in een verzorgingstehuis*. Utrecht: NIVEL, 1992
- LAMBERTS, H., B. HARTMAN. *Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk*. *Huisarts en Wetenschap*; 25, 1982, 333-342
- LEVENSON, J.L., C. COLENDIA, D.B. LARSON, J. BARETA. *Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases*. *Psychosomatics*; 31, 1990, 367-376

- LIKE, R., K. REEB. Clinical Hypothesis testing in family practice: a biopsychosocial perspective. *The Journal of Family Practice*; 19, 1984, 517-523
- LIPOWSKI, Z.J. Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*; 145, 1988, 1358-1368
- MECHANIC, D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*; 16, 1986, 1-7
- MEEUWESEN, L., F. HUYSE, F. MEILAND. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met buikpijn of lage rugklachten. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, 1992
- MEEUWESEN, L., F.J. HUYSE, F.J.M. MEILAND. Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met buikpijn of lage rugklachten. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, 1992
- MEEUWESEN, I., W.A. ARRINDELL, F.J. HUYSE. Psychometrische kwaliteiten van de symptom checklist (SCL-90) bij poliklinische patiënten met buikpijn of lage rugklachten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 70, 1992, 123-131
- O'DOWD, T.C. Practice observed. Five years of heartsink patients in general practice. *British Medical Journal*; 297, 1988, 528-530
- PORTEGIJS, P.J.M., H.F. KRAAN, J.A. KNOTTNERUS, H.E.J. STOFFERS. Wat heet somatisatie? 2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar Huisarts en Wetenschap. *Huisarts en Wetenschap*; 35, 1992, 2, 65-69
- PORTEGIJS, P.J.M., H.F. KRAAN, J.A. KNOTTNERUS, H.E.J. STOFFERS. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*; 35, 1992, 1, 18-25
- RIDDER, D. DE, J. VISSER. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NcGv/NIVEL, 1987
- ROSEN, G., A. KLEINMAN, W. KATON. Somatization in Family Practice: a biopsychosocial approach. *Journal of Family Practice*; 14, 1982, 493-502
- SARTORIUS, N., D. GOLDBERG, G. DE GIROLAMO, J.A. COSTA E SILVA, Y. LECRUBIER, H.-U. WITTCHEN (eds) *Psychological Disorders in General Medical Settings*. Toronto: WHO/Huber, 1990
- SMITH, G.R., R.A. MONSON, D.C. RAY. Psychiatric Consultation in somatization disorder, a randomized controlled study. *NEJM*; 314, 1986, 1407-1413
- SMITH, G.R., R.A. MONSON, D.C. RAY. Patients with multiple unexplained symptoms, their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*; 14, 1986, 69-72
- STEWART, A.L., R.D. HAYS, J.E. WARE. The MOS Short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*; 26, 1988, 7, 724-735
- TIJHUIS, M.A.R., P.F.M. VERHAAK. *Psychosociale problemen in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 1991
- TIJHUIS, M.A.R., P.F.M. VERHAAK. De somatiserende patient in de huisartspraktijk. *Aangeboden aan Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*

- VERHAAK, P.F.M., H.J. Wennink. What does a doctor do with psychosocial complaints in primary care. *International Journal Psychiatry in Medicine*; 20, 1990, 2, 151-162
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk (academisch proefschrift). Utrecht: NIVEL, 1986
- VERHAAK, P.F.M. Functionele klachten: de nieuwe kleren van de keizer? *Huisarts en Wetenschap. suppl.*; 25-31, 1988
- VISSER, J., D. DE RIDDER. *Huisartsen over de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL/NcGv, 1987
- WALBURG, J.A., J. VAN LIMBEEK. *München Alkohol Test*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1987
- WARE, J.E., R.D. HAYS. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*; 26, 1988, 4, 393-402
- WIDMER, R.B., R.J. CADORET. Depression in primary care: changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *Journal of Family Practice*; 7, 1978, 293
- WILKIN, D., L. HALLAM, M-A. DOGGET (Eds). *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press, 1992
- WVC. *Ontwerp-Kerndocument Volksgezondheid*
- WVC. *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*
- ZEE, VAN DER K., R. SANDERMAN, J. HEYINK. De psychometrische kwaliteiten van de MOS 36-item short form health survey (SF-36) in een Nederlandse populatie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 71, 1993, 4, 1183-191