

Het effect van de communicatie-stijl van huisartsen op het beloop van de psychische problematiek van hun patiënten

december 1994

Peter Verhaak
Marja v d Pasch



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

NIVEL
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 bn Utrecht
Tel. 030 - 319946
Fax. 030 - 319290

Het in dit rapport beschreven onderzoek werd
gefinancierd door het Nationaal Fonds voor de
Geestelijke Volksgezondheid

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	Psychische stoornissen in de huisartspraktijk	5
1.2	De communicatie tussen huisarts en patiënt	7
1.3	De invloed van een communicatiestijl op behandeling en beloop van psychische klachten: een onderzoeksvraagstelling	9
2	METHODE	11
2.1	Nationale studie naar ziekten en verrichtingen	11
2.2	Beloopsstudie psychische problemen	12
2.3	Het video-onderzoek	14
3	DE VIER ELEMENTEN BESCHREVEN: COMMUNICATIESTIJL, HERKENNING, BEHANDELING, EN HERSTEL	18
3.1	Communicatiestijl	18
3.2	Herkenning	20
3.3	Behandeling van psychische klachten	25
3.4	Herstel	27
4	DE RELATIE TUSSEN GESPREKSVOERING, HERKENNING, BEHANDELING EN HERSTEL	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Gespreksvoering en herkenning	29
4.3	Gespreksvoering en behandeling	30
4.4	Gespreksvoering en herstel	36
4.5	Herkenning en herstel	38
4.6	Behandeling en herstel	39
5	SLOTBESCHOUWING	42
	LITERATUUR	46
	BIJLAGEN	49
Bijlage 1	Roter observatie-systeem (RIAS)	50
Bijlage 2	Psychische behandelmethoden	51
Bijlage 3	Psychosomatische behandelmethoden	54

1 INLEIDING

1.1 Psychische stoornissen in de huisartspraktijk

De meeste mensen met psychische klachten komen regelmatig bij hun huisarts, en de meesten komen ook niet verder dan hun huisarts met deze problemen. Epidemiologische gegevens uit binnen- en buitenland spreken hierover duidelijke taal.

260 tot 315 per 1000 personen in de bevolking hebben in één jaar een psychische stoornis. Onder bezoekers van huisartsen ligt dit aantal op 230 per 1000. Deze hoge aantallen staan in contrast tot de 2,4% van de bevolking die de gespecialiseerde GGZ op jaarbasis te zien krijgt (Goldberg en Huxley (1992).

In Nederlandse populatie-onderzoeken varieert de punt-prevalentie van psychische stoornissen, zoals een screeningslijst als de General Health Questionnaire die aangeeft, van 125/1000 tot 227/1000. 86% van degenen met psychische stoornissen hebben binnen een jaar tijd de huisarts bezocht en van hen is 4% naar een GGZ-instelling of hulpverlener verwezen (Verhaak et al. 1993, Verhaak, 1993).

Lamberts (1991), die zich tot gegevens uit de huisartspraktijk beperkt, schat dat huisartsen jaarlijks 17% van hun patiënten zien met psychische en sociale problemen en geeft aan dat 10.9% van de psychische en 2.1% van de sociale problemen verwezen wordt naar een meer gespecialiseerde instantie of hulpverlener (dit hoeft niet per se GGZ te zijn) en 8.3% resp. 5% naar een andere verwijsmogelijkheid, zoals AMW en fysiotherapeut.

De cruciale plaats die de huisarts inneemt, zeker waar het om "common mental disorders" of "probleemgedrag" gaat, om de betitelingen van Goldberg en Huxley dan wel Lamberts in de mond te nemen, is hiermee duidelijk. Nu is de huisartspraktijk in gezondheidszorgsystemen waar de huisarts een z.g. poortwachtersfunctie vervult, een plaats waar de contactredenen van patiënten zich ongespecificeerd, rijp en groen, ernstig en triviaal dooreen, aandienen. Dit draagt bij tot het problematische karakter van de diagnostiek en behandeling van deze stoornissen.

De aanbiedingsvorm van psychische problemen blijkt, retrospectief bekeken, veelal een lichamelijke klacht te zijn. Het is op voorhand niet duidelijk in hoeverre psychische of sociale problemen de essentie van de klacht uitmaken. De volgende cijfers mogen dit illustreren.

Van alle patiënten die blijkens een screeningsvragenlijst vermoedelijk te lijden hebben van een psychische stoornis en de huisarts bezoeken presenteert 20% klachten van psychische aard (zoals "angstig", "nervus", "kan niet slapen") en 10% klachten van sociale aard ("huwelijksproblemen", "problemen op werk"). De overigen hebben in een periode van drie maanden uitsluitend lichamelijke klachten voorgelegd aan hun huisarts (Verhaak et al., 1993). Hoewel de personen met een vergroot risico op psychische problematiek de huisarts weliswaar vaker bezoeken dan personen zonder dat risico, zijn het type lichamelijke klachten dat ze voorleggen niet verschillend van de klachten van patiënten die niet in die risicogroep vallen (Bensing en Verhaak 1994). Van de patiënten met een vergroot risico "herkent" de huisarts overigens in een periode van drie maanden 67% als zodanig, de veelal somatische presentatie ten spijt (Verhaak, in druk). Want, ook wanneer we uitgaan van de door de huisarts als "psychisch" herkende problematiek blijkt deze veelal aangeboden te zijn in de vorm van lichamelijke klachten. Van der Meer (1994) laat zien dat de helft of meer van alle contactredenen die geclasse-

ficeerd werden binnen de ICPC-hoofdstukken "algemeen", "maag-darm" en "neurologie", d.w.z. contactredenen die **lichamelijke** klachten als "moeheid", "buikpijn" of "duizeligheid" vertegenwoordigen, door de huisarts als "psychisch" werden betiteld. Een resultaat dat in eigen onderzoek gerepliceerd is. Hieraan kan toegevoegd worden dat in dat onderzoek 7.5% van alle contactredenen psychisch of sociaal was, terwijl de huisarts 31.7% als niet puur lichamelijk beoordeelde (Verhaak, in druk).

Kortom, de meeste mensen met psychische stoornissen komen op gezette tijden bij de huisarts maar maken daar hun entree met klachten over hun lichamelijk functioneren, net zoals de meeste andere bezoekers van de huisarts doen. Dit leidt tot een aantal fricties:

- Hoewel huisartsen, zoals gezegd, na enige tijd van 70% van de patiënten met hoog risico aangeven dat psychosociale factoren een rol spelen bij de klachten van die patiënten, leidt de somatische klachtpresentatie er bij 30% toe dat ze niet als zodanig herkend worden
- De 70% herkenning van "echte gevallen" gaat samen met een vals positief oordeel over 33% van de patiënten die laag scoren op de screeningslijst en ook in een interview niet aangaven gevoelens van psychisch onwelbevinden te hebben gehad. Deze groep is in absolute aantallen bijna tweemaal zo groot als de groep van wie de klachten terecht als "psychisch" zijn bestempeld
- Ook wanneer de huisarts de psychische achtergrond van het lichamelijk klagen van een patiënt op zijn juiste waarde heeft geschat, heeft dit nog niet de gewenste gevolgen voor de behandeling van die klachten. Analyse van de behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk leert dat er een groot verschil is in de behandeling van klachten die als psychisch probleem zijn gepresenteerd en lichamelijke klachten die de arts als "ook psychisch" heeft gediagnostiseerd. In het eerste geval wordt vaker gespreksmatige behandeling aangegeven, worden drie keer zo vaak anxiolytica en slaapmiddelen en negen keer zo vaak antidepressiva voorgeschreven, en ligt de verwijzratio vier keer zo hoog. Het maakt daarbij niet uit of het om terecht of onterecht (met de screeningslijst als standaard) gestelde psychosociale diagnoses gaat (Verhaak, in druk).

1.2 De communicatie tussen huisarts en patiënt

En hiermee zijn we de kern van het probleem genaderd. De aard van onze gezondheidszorg leidt ertoe dat mensen bij de huisarts komen met een keur aan problemen, die meestal als een lichamelijk probleem worden aangeboden. Idealiter zou de huisarts, voor zover het psychische problematiek betreft, de volgende functies moeten verrichten:

- Hij moet de meer ernstige psychische problematiek herkennen en zorgen dat daarvoor adequate, eventueel gespecialiseerde hulp wordt gerealiseerd
- Hij moet voorkomen dat lichamelijke manifestaties van psychosociale problemen "somatisch gefixeerd" raken
- Hij moet steun bieden in geval van psychosociale problematiek die tijdelijk is dan wel niet cureerbaar geacht wordt.

Dergelijke functies krijgen gestalte in de gesprekken die huisartsen met hun patiënten voeren.

Teneinde psychische problematiek goed te herkennen en op de juiste waarde te schatten, zijn de nodige aanbevelingen gedaan omtrent de wijze waarop huisartsen met

hun patiënten zouden moeten communiceren.

Turner en Williams (1986) geven een samenvatting waarin ze de volgende tien aspecten van gespreksvoering noemen die blijkens onderzoek (met name Marks, Goldberg en Hillier, 1979) gerelateerd zijn aan de z.g. "accuracy of identification of psychosocial disorders" (we komen in 2.1 terug op deze "accuracy") en die door middel van training te veranderen zijn:

- goed oogcontact vanaf het begin van het consult
- verhelderen van de hulpvraag
- gebruik van directieve vragen waar het om fysieke klachten gaat
- Beginnen met algemene open vragen en dit gaandeweg toespitsen op meer gesloten vragen
- een empathische communicatiestijl
- gevoelig zijn voor verbale aanwijzingen die de patiënt geeft
- gevoelig zijn voor non-verbale aanwijzingen die de patiënt geeft
- aandachtig blijven tijdens gesprek, geen aantekeningen lezen
- om kunnen gaan met een "spraakwaterval" van de patiënt
- vragen gericht op het heden en niet teveel op het verleden

In diverse onderzoeken is gebleken dat huisartsen dergelijk gedrag niet variëren, van consult tot consult, naar gelang het type patiënt of soort klacht waar ze op dat moment mee te maken hebben, maar dat ze tamelijk stabiel zijn in hun stijl van gespreksvoering. In eigen onderzoek (Verhaak, 1986) bleken er vier, onderling samenhangende dimensies te zijn, aan de hand waarvan de communicatiestijl van een huisarts te typeren was:

- de mate waarin de arts in het consult structuur aanbrengt (methodisch werken, vraagverheldering)
- de mate waarin de arts de patiënt invloed geeft bij het vaststellen van de diagnose en bij het opstellen van een behandelplan
- de mate waarin de arts affectief gedrag (empathie, aankijken, geen aantekeningen maken, interesse tonen) vertoont
- de mate waarin de arts stuurt en op zoek gaat naar mogelijke psychosociale achtergronden.

Wanneer een arts op deze dimensies "hoog scoort", zal hij ook positief beoordeeld worden op de meeste aspecten van Turner en Williams, die in het bovenstaande aan de orde kwamen. Oogcontact, empathische communicatiestijl en aandacht vallen onder hetgeen in ons onderzoek affectief gedrag werd genoemd. Verhelderen van de hulpvraag is een aspect van structurering en diverse aspecten van de vraagwijze zijn verdisconteerd in het sturen en zoeken naar psychische achtergronden. Gevoeligheid voor verbale en non-verbale aanwijzingen drukken de mate uit waarin de arts de patiënt invloed geeft.

Wij noemden een hoge score op deze dimensies uit ons onderzoek een "patiënt-gerichte aanpak". In dat onderzoek bleek dat artsen die een patiëntgerichte aanpak vertoonden de neiging hadden om meer klachten als psychisch te betitelen. (N.B. Dit is iets anders dan de hierbovengenoemde "accuracy of identification". We zullen het in 2.1 als "bias" betitelen).

In vervolgonderzoek heeft Bensing (1991) nagegaan in hoeverre de onderscheiden dimensies in de communicatiestijl van huisartsen ook indicatief waren voor de kwaliteit van het consult zoals ervaren artsen dat beoordeelden en zoals dat uiting kwam in de tevredenheid van de betreffende patiënten.

Hoe meer affectief gedrag de huisartsen vertoonden des te hoger werd de medisch-technische, de psychosociale en de relationele kwaliteit van het consult beoordeeld. Interesse en empathie hingen ook samen met de tevredenheid van de patiënt. hoe meer invloed arts en arts aan de patiënt gaven, des te beter werd de psychosociale en relationele kwaliteit van de consulten beoordeeld.

Het sturen en zoeken naar psychosociale achtergronden, ten slotte, hing samen met het oordeel over de medische en psychosociale kwaliteit van het consult en met de tevredenheid van de patiënt.

In deze onderzoeken werd met name aandacht besteed aan de **vorm** van de communicatie, de **inhoud** kwam maar zijdelings ter sprake. In het kader van het onderzoek naar Preventie van somatische fixatie hebben onderzoekers van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut beide aspecten in beschouwing genomen. Vormaspecten komen aan de orde in het zogenaamde "voorwaardescheppend handelen" van de huisarts dat per consult beoordeeld werd. Voorwaardescheppend handelen is vergelijkbaar met wat wij in het bovenstaande "patiëntgerichte aanpak" noemden en op hetgeen Turner en Williams aanbevelen. Het kent aspecten als "openstaan voor de patiënt" (vraagverheldering, luisteren, actief stimuleren) en "expliciteren" (markering en explicitering probleemdefinitie, informatie geven). Inhoudsaspecten komen aan de orde, doordat het somatisch en psychisch handelen beoordeeld worden aan de hand van standaarden die per diagnosecategorie ontwikkeld zijn. Hiertoe zijn criteria geformuleerd welke somatische en psychosociale handelingen obligaat, facultatief dan wel overbodig geacht worden.

Op basis van observatie van huisartsconsulten zijn door Tielens (1987) een viertal werkstijlen geformuleerd:

- de geïntegreerde werkstijl: de huisarts die patiëntgericht en doelgericht tewerk gaat. Het wordt gekenmerkt door veel voorwaardescheppend handelen en tegelijkertijd meer dan gemiddeld somatisch en veel psychosociaal handelen (dit zijn handelingen die gegeven de klacht obligaat geacht worden).
- minimum-werkstijl: weinig voorwaardescheppend handelen, weinig somatisch handelen en weinig psychosociaal handelen
- somatische consulten: veel somatisch handelen, weinig/matig voorwaardescheppend en weinig psychosociaal handelen
- psycho-sociale consulten: veel psychosociaal handelen veel/matig voorwaardescheppend handelen en weinig somatisch handelen

Alleen in de allround-consulten en de psychosociale consulten is het voorwaardescheppend handelen ruim vertegenwoordigd. Deze consulten duren het langst, zijn vaker bij ervaren huisartsen te zien en komen meer voor bij huisartsen met een brede taakopvatting. Artsen met veel all-round consulten schrijven gerichter medicijnen voor, verrichten veel noodzakelijke en weinig overbodige diagnostiek en zijn terughoudend in hun verwijsgedrag (Mokkink, 1986). Psychosociale consulten komen minder voor en plegen meestal op initiatief van de patiënt tot stand te komen. Vanuit huisartsgeneeskundig standpunt zou de "all-round" of "geïntegreerde" aanpak de voorkeur verdienen omdat hierin alle mogelijke achtergronden van de gepresenteerde klachten op adequate wijze de kans hebben goed onderzocht te worden. Volgens dit ideaal zijn de "vorm-technische" voorwaarden aanwezig om mogelijke psychosociale problematiek op te sporen en nader uit te diepen indien de patiënt zulks wenst.

1.3 De invloed van een communicatiestijl op behandeling en beloop van psychische klachten: een onderzoeksvraagstelling

Hiermee is een soort van consensus omtrent de gewenste communicatiestijl van de huisarts geschetst. Consensus in die zin dat de hedendaagse huisartsenopleiding wat de gespreksvoering betreft gecentreerd is rondom principes van systematisch handelen, een open, patiëntgerichte fase van vraagverheldering en een meer directieve anamnese wanneer men overeenstemming over de hulpvraag heeft bereikt, dit alles ondersteund door een empathische, affectieve houding. Consensus ook in die zin, dat op dergelijke punten trainingen in gespreksvaardigheden zijn geëvalueerd waarin men kon aantonen dat dit gedrag ook aan te leren is (vgl. Bensing en Sluijs, 1985, Gask et al. 1987, 1988, Whewell, Gore en Leach, 1988).

Tot op heden is dergelijk huisartsengedrag in verband gebracht met de juistheid van zijn diagnose (m.n. Marks, Goldberg en Hillier, 1979; of met een extern kwaliteitsoordeel over het betreffende consult (Bensing 1991). Of zo een communicatiestijl in de praktijk ook consequenties heeft voor de uitkomst: de (geestelijke) gezondheid van patiënten is nooit nagegaan; er is althans nooit nagegaan wat het effect is van de hierboven omschreven operationalisaties van een "patiëntgerichte" communicatiestijl op de (geestelijke) gezondheidstoestand van de patiënt op langere termijn.

Het doel van het in dit verslag te beschrijven onderzoek is om te onderzoeken of bij patiënten van artsen die het hierboven aanbevolen gedrag vertonen psychosociale problematiek beter wordt onderkend, of deze problematiek beter wordt behandeld en of deze patiënten in grotere getale herstellen van eenmaal geconstateerde psychische problematiek. Ten behoeve van de bondigheid van de formulering betitelen we een communicatiestijl als hierboven omschreven (systematisch handelen, een open, patiëntgerichte fase van vraagverheldering en een meer directieve anamnese, een empathische, affectieve houding) als "patiëntgericht gedrag".

Om deze vraagstelling te toetsen zijn de volgende hypothesen geformuleerd.

- Hypothese 1: naarmate huisartsen een meer patiëntgerichte communicatiestijl hebben herkennen ze de psychosociale problematiek van hun patiënten beter.
- Hypothese 2: naarmate huisartsen een meer patiëntgerichte communicatiestijl hebben behandelen ze patiënten met psychosociale problematiek beter.
- Hypothese 3: naarmate huisartsen een meer patiëntgerichte communicatiestijl hebben hebben zij ook meer patiënten bij wie de initiële psychosociale problematiek na afloop van een jaar verminderd of verdwenen is.

Met een betere herkenning wordt bedoeld: een herkenning die meer conform een psychiatrisch screenings-instrument is. Onder een betere behandeling verstaan we een behandeling waarin het vermoeden van een psychisch probleem aan de orde wordt gesteld, en waarin vaker elementen van gespreksvoering (zowel actief/explorerend als passief/luisterend) en instrumentele elementen (medicatie, verwijzen) aan de orde komen.

Deze vraagstelling wordt in dit rapport beantwoord door een aantal gegevensbronnen te koppelen. In het kader van een eerdere studie naar het beloop van psychische klachten in de huisartspraktijk zijn bij 15 huisartsen gedurende een jaar twee cohorten patiënten gevolgd: patiënten met psychische klachten die deze klachten expliciet als psychisch naar voren brachten en patiënten met - naar het oordeel van de huisarts - psychische klachten die hun klachten als somatisch presenteerden. Gedurende een jaar werden alle nieuwe klachten van deze patiënten geregistreerd en werd de behandeling ervan vastgelegd. Tevens was er door middel van een patiëntenenquête sprake van een voor- en een nameting.

Dezelfde artsen participeerden in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Dit levert cross-sectionele gegevens op over hun handelen ten aanzien van de gehele praktijkpopulatie. Onder andere kan daaruit afgeleid worden welke proportie patiënten die hoog scoren op psychiatrische screeningsvragenlijsten ook door de huisarts herkend worden (wanneer zij deze ten minste bezoeken) als een patiënt met mogelijk psychische problemen. Dit is namelijk in het hierboven genoemde longitudinale onderzoek niet mogelijk omdat die patiënten door de huisarts ten behoeve van dat onderzoek geselecteerd zijn en dus allen in ogen van de huisarts psychische problemen hebben.

Ten slotte zijn van dezelfde 15 huisartsen spreekuren op videoband opgenomen. Deze opnamen betreffen doorsnee-opnamen van willekeurige patiënten, en worden in dit onderzoek gebruikt om de communicatiestijl van de huisarts te karakteriseren op in de vraagstelling genoemde kenmerken. Combinatie van de diverse soorten gegevens stelt ons in staat om na te gaan of huisartsen met een "patiëntgerichte" communicatiestijl vaker patiënten met psychische problemen herkennen, of ze dezen anders behandelen en of deze patiënten na een jaar vaker niet meer als patiënt met psychische klachten worden beschouwd.

In het volgende hoofdstuk van dit verslag zullen we de methode van onderzoek meer in detail bespreken.

Vervolgens zullen in hoofdstuk drie de bevindingen omtrent de afzonderlijke elementen van de vraagstelling vermeld worden: welke communicatiestijl vertoonden de vijftien huisartsen, in welke mate werden psychische problemen door hen -al dan niet terecht- opgemerkt, hoe behandelden ze deze problemen en wat was de uitkomst bij de patiënt een jaar later?

Hoofdstuk vier is gewijd aan de toetsing van de geformuleerde hypothesen. In hoofdstuk 5 zullen we de resultaten aan een nadere beschouwing onderwerpen.

2 METHODE

Zoals in de inleiding weergegeven is gebruik gemaakt van drie verschillende databestanden uit verschillende onderzoeken. Voor zover relevant voor deze studie zullen we deze onderzoeken in het onderstaande bespreken.

2.1 Nationale studie naar ziekten en verrichtingen

De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen was een landelijk morbiditeitsonderzoek in 101 huisartspraktijken (161 huisartsen). Deze studie vond plaats tussen april 1987 en maart 1988. In deze praktijken werden gedurende drie maanden alle contacten met patiënten geregistreerd, waarbij gegevens werden opgetekend over gepresenteerde klachten, gestelde diagnoses, diagnostische verrichtingen, medische handelingen, voorgeschreven medicatie en verwijzingen. Tevens werd van iedere huisarts een steekproef van 100 patiënten uitgebreid ondervraagd.

De vijftien artsen waarop dit onderzoek betrekking heeft namen allen deel aan deze Nationale Studie. Dit impliceerde onder andere dat ze gedurende drie maanden van iedere patiënt de volgende gegevens - naast vele andere - registreerden:

- reden van komst in de woorden van de patiënt
- (voorlopige) diagnose van de arts
- assessment van de arts in welke mate hij de klachten "psychisch" vond (5-puntsschaal)
- diagnostiek, behandeling en verwijzing

De geregistreerde gegevens omtrent reden van komst en diagnose werden achteraf centraal gecodeerd door middel van de International Classification of Primary Care (ICPC), gegevens over diagnostiek en behandeling waren voorgecodeerd.

Op basis van deze registratie is dus bekend of de betreffende patiënt in drie maanden de huisarts bezocht heeft en zo ja, hoe vaak en met welke klachten en diagnoses. Voorts gaat de diagnose gepaard met een assessment van de arts dat de klachten een of meerdere mate ook psychisch bepaald waren.

Een steekproef van de ingeschreven patiënten (100 patiënten per deelnemende huisarts) werd aan een zeer uitgebreid gezondheidsinterview onderworpen. Bij deze gelegenheid vulden zij onder andere de General Health Questionnaire in, waarmee de waarschijnlijkheid dat er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek wordt gemeten (Goldberg, 1972). Bij deze random steekproef uit de praktijk van de deelnemende huisartsen was het dus mogelijk om de combinatie te maken van patiënteninformatie en het huisartsenoordeel over diezelfde patiënt (zie ook Verhaak, Wennink en Tijhuis, 1990).

Wanneer we in hoofdstuk 3 en 4 de herkenning van psychische problemen door de huisarts bespreken, gebruiken we daarbij de volgende maten die aan deze combinatie ontleend zijn (vgl. ook Marks, Goldberg en Hillier, 1979; Goldberg en Huxley, 1980):

Bias: De neiging die de huisarts heeft om problemen "psychisch te noemen

Dit is het percentage geïnterviewde patiënten dat het spreekuur bezocht, waarbij de huisarts ten minste eenmaal een assessment "niet-puur somatisch" heeft gegeven.

Sensitiviteit van de huisarts: De mate waarin de huisarts door de GHQ geïdentificeerde gevallen herkent

Dit is het percentage geïnterviewde patiënten dat boven de GHQ-drempel (afkappunt 4/5) scoorde en dat het spreekuur bezocht, waarbij de huisarts ten minste eenmaal een assessment "niet-puur somatisch" heeft gegeven.

Accuracy: De mate waarin het huisartsenoordeel samenhangt met de GHQ

Dit is de samenhang tussen het gedichotomiseerde assessment van de huisarts (ten minste eenmaal een assessment "niet puur somatisch") en de gedichotomiseerde GHQ (wel/niet boven afkappunt van 4/5), uitgedrukt in de Phi-coëfficiënt. Uiteraard wordt ook deze coëfficiënt berekend voor diegenen die geïnterviewd zijn en het spreekuur bezochten.

Voor de uitgebreidere beschrijving van opzet van de Nationale Studie verwijzen we naar Foets en van der Velden (1990)

2.2 Beloopstudie psychische problemen

Na de drie maanden dat ze in de Nationale Studie participeerden, hebben 15 huisartsen hun registratie bij een beperkt aantal patiënten nog negen maanden voortgezet. Deze patiënten waren geselecteerd vanwege het feit dat ze - al dan niet verhoud - psychische problemen hadden volgens de huisarts. Van deze patiënten zijn dus morbiditeits- en behandelgegevens over een vol jaar beschikbaar. Deze studie wordt aangeduid als "de beloopstudie".

In deze beloopstudie is bestudeerd hoe bij patiënten van de 15 huisartsen gedurende een jaar psychische problematiek -al dan niet als somatisch probleem verhoud- behandeld werd en in welke mate deze problemen een jaar later verdwenen waren.

De twee cohorten waren geselecteerd op het **type klacht**. Het ene cohort (N= 411) bestaat uit patiënten die in een periode van drie maanden hun huisarts bezochten en hun probleem daar als een **expliciet psychisch of sociaal probleem** naar voren brachten. Het andere cohort (N=397) bestaat uit patiënten die in een periode van drie maanden minstens eenmaal een **somatisch geformuleerde klacht, die door de huisarts als hoofdzakelijk psychisch beschouwd werd** presenteerden, en geen expliciet psychische problematiek naar voren brachten.

Teneinde over de patiënten de nodige gegevens te verzamelen is na de selectie van de twee onderzoekscohorten (na 3 maanden Nationale Studie) aan de geselecteerde patiënten een enquête toegestuurd. Deze enquête bevatte vragenlijsten die in het kader van de Nationale Studie ook bij een steekproef Nationale Studie respondenten is afgenomen is. Deze vragenlijst is aan het eind van de registratieperiode een tweede maal afgenomen. In de hier weergegeven onderzoeksrapportage zijn alleen die patiënten opgenomen waarvan beide vragenlijsten ontvangen zijn.

Schematisch weergegeven zag het onderzoeksdesign van de beloopstudie er als volgt uit:

Figuur 2.1 Onderzoeksopzet

MAAND	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Contact registratie	NATIONALE STUDIE				EIGEN DATA-VERZAMELING							
Bestudeerde populatie	Gehele praktijk				2 x 50 cases per praktijk							
Patiënten-informatie					vragenlijst 1				vragenlijst 2			

Het materiaal van de Beloop studie is verzameld op twee niveaus: op patiënt- en contactniveau.

Het eerste niveau waarop data zijn verzameld is de patiënt. Deze gegevens werden tweemaal per schriftelijke vragenlijst verzameld. Beide enquêtes bevatten onder andere de General Health Questionnaire waarmee de waarschijnlijkheid dat er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek wordt gemeten (Goldberg, 1972). Uit de score op deze vragenlijst willen we afleiden of er sprake is van herstel na verloop van een jaar. Blijkens onderzoek van Koeter en anderen (1987) is de GHQ als toestandsmaat bruikbaar, mits men voor het hertest-effect corrigeert.

Daarnaast zijn data verzameld op consultniveau. Elk consult dat de geselecteerde patiënten tijdens het registratiejaar hadden met de huisarts (of de assistente) is door de huisarts (of assistente) vastgelegd op contactregistratieformulieren. Dit formulier is een verkorting van het formulier dat gebruikt is tijdens de registratieperiode van de Nationale Studie, met als gevolg dat in de eerste drie maanden een ander formulier is gebruikt dan in de overige negen maanden. Alle rubrieken die op het contactregistratieformulier van de Beloop Studie voorkomen, zijn echter ook terug te vinden op het formulier van de Nationale Studie. Deze rubrieken betreffen de door de patiënt gepresenteerde klacht en de daar door de huisarts aan verbonden (voorlopige) diagnose, gecodeerd volgens de ICPC*. Van de klacht gaf de huisarts aan in welke mate hij de klacht psychisch van aard vond en hoe ernstig hij de klacht achtte. Per klacht werd tevens de door de arts gevolgde behandeling (gesprek, verwijzing en consultatie van GGZ-instanties) geregistreerd. Deze contactdata zijn ten behoeve van deze studie op de volgende wijze geaggregeerd.

Behandeling is uitgesplitst naar drie type klachten:

- expliciet psychisch gepresenteerde klachten
- somatisch gepresenteerde klachten die arts psychisch achtte (psychosomatische klachten)
- somatisch gepresenteerde en somatisch beoordeelde klachten

Over deze klachten werden een aantal gegevens vastgelegd die indicatief geacht worden voor de behandeling ervan. In de eerste plaats of er tijdens het consult, buiten medicatie of verwijzing op een of andere wijze op de klacht wordt ingegaan. In dit kader

* ICPC, ofwel het systeem voor 'International Classification of Primary Care', is een internationaal gangbaar classificatiesysteem voor de huisartspraktijk (Lamberts e.a., 1987). Elke klacht is in dit systeem onder te brengen in een van de 17 hoofd-categorieën. De categorie 'A' staat voor algemene en a-specifieke klachten als koorts en vermoeidheid, 'P' staat voor psychische klachten, 'Z' voor sociale klachten, enzovoort.

is onder meer geregistreerd of de arts eventuele vermoedens van psychosociale achtergronden expliciet aan de orde heeft gesteld, of er op passieve wijze (luisteren, steunen), of actieve wijze (exploreren, gedragsverandering ter discussie stellen) op de klacht is ingegaan, of de arts de patiënt gerustgesteld heeft of op een of andere wijze van advies gediend.

Naast deze gespreksmatige benadering werd geregistreerd of er psychofarmaca werden voorgeschreven, of er verwezen werd en of er sprake was van consultatie van maatschappelijk werk, RIAGG of psychiater. Ten slotte werd de duur van het consult, als indicatief voor de mate waarin er aan de klacht aandacht was besteed, vastgelegd.

Samenvattend: op basis van de beloopstudie beschikken we over indicatoren voor behandeling van psychische en psychosomatische klachten en over indicatoren voor herstel. We onderscheiden de volgende behandelingsindicatoren:

Gespreksvoering: Wordt er überhaupt op de betreffende klacht ingegaan?

Expliciteren van psychische aspecten
Passieve gespreksvoering (luisteren, steunen)
Actieve gespreksvoering (exploreren)
Geruststellen
Advies geven m.b.t. werk
Advies geven m.b.t. bedrust
Suggestie om het even aan te zien

Prescriptie: Psychofarmaca

Verwijzing: GGZ

Consultatie: GGZ

Duur van het betreffende consult

Deze gegevens zijn per contactreden (per contactreden konden meerdere behandelings-indicatoren worden vastgelegd, vastgelegd) en kunnen naar het niveau van de arts worden geaggregeerd als het percentage contacten waarin hij de betreffende handeling verrichtte, of als de gemiddelde duur van zijn contacten. Voorts zal in de loop van deze rapportage met name een uitsplitsing naar type klacht worden gehanteerd: percentage psychische klachten, psychosomatische klachten, puur somatische klachten waarbij de arts bepaalde handelingen verrichtte.

In de tweede plaats worden deze data gebruikt om per arts vast te kunnen stellen in hoeverre hun patiënten herstelden. Als maten voor dit herstel gebruiken we:

- de verschilscore op de GHQ in de voormeting en een jaar later
- de afname in de presentatie van psychische en psychosomatische klachten, wanneer we het eerste en het vierde kwartaal van de beloopstudie vergelijken.

2.3 Het video-onderzoek

Bij de vijftien artsen die aan de beloopstudie deelname werden ook video-opnamen van een aantal gesprekken gemaakt. Dit dient in het huidige onderzoek twee doelen. In de eerste plaats wordt op basis hiervan vastgesteld wat de communicatiestijl van de deelnemende huisartsen is. In eerder onderzoek (Verhaak 1986, 1988) hebben we vastgesteld dat de wijze van communiceren van een huisarts betrekkelijk constant is: ongeacht het type klachten of patiënten wordt de communicatiewijze min of meer hetzelfde beoordeeld, terwijl er tussen artsen onderling wel grote verschillen bestaan.

In de tweede plaats biedt dit video-onderzoek een tweede ingang (naast de in 2.1 beschreven Nationale Studie) om de herkenning door de huisarts vast te stellen. Tijdens de video-opnamen gaven de huisartsen namelijk een oordeel over het psycho-sociale karakter van de klacht (dit gebeurde op dezelfde 5-puntsschaal als tijdens de Nationale Studie gebruikt werd) en vulden de patiënten een verkorte versie van de GHQ-30, de GHQ-12 in. Het voordeel van deze benadering is dat GHQ en huisartsoordeel beide op hetzelfde moment zijn afgenomen resp. vastgesteld. Het nadeel is het geringe aantal patiënten per arts.

Het aantal beschikbare opnamen bedroeg 351; dit varieerde per huisarts van 10 tot 31 consulten met een gemiddelde van 23 consulten. Deze video-opnamen zijn gescoord met behulp van het Roter Interaction Analysis System (RIAS), een observatiesysteem waarmee iedere uiting van arts en patiënt in een voorgecodeerde categorie gescoord moet worden. Met RIAS* wordt iedere gespreksuiting, zowel van arts als patiënt gescoord in een der categorieën. In het kader van het onderhavige onderzoek, gericht op de communicatie-stijl van de arts, worden uitsluitend de uitingen van de arts in beschouwing genomen. In navolging van Bensing (1991) wordt een onderscheid gemaakt in categorieën die instrumenteel van karakter zijn (informatie geven, adviezen geven, vragen stellen, en sturende categorieën) en affectieve categorieën (sociaal gedrag, aandacht of bezorgdheid tonen en onenigheden). RIAS kent 37 categorieën uitingen. Daarnaast worden door de observatoren een aantal globale affectoordelen uitgesproken op een vijftal dimensies.

Los van het RIAS worden door de observatoren ook globale oordelen gegeven over de mate waarin de arts aan de patiënt inbreng gunt bij het totstandkomen van de diagnose en het behandelplan (vgl Verhaak 1986) en wordt vastgesteld welke proportie van de consulttijd de arts de patiënt aankijkt als een indicatie voor de non-verbale aandacht.

Zie voor een compleet overzicht van het categorieën systeem bijlage 1.

De consulten zijn gescoord door drie ervaren observatoren die ieder al vaker met RIAS hadden gewerkt.

Teneinde tot scores op artsniveau te komen zijn de 45 gemeten variabelen tot grotere eenheden geclusterd op zodanige wijze dat de in hoofdstuk 1 opgevoerde communicatiestijl hierin herkenbaar is.

Een factor-analyse toonde aan dat de diverse soorten affectieve uitingen en affectieve beoordelingen op dezelfde wijze samenclusterden als in het onderzoek van Bensing (1991). De volgende vier factoren konden onderscheiden worden:

* De hier volgende omschrijving van RIAS is gebaseerd op de omschrijving die Kaptein (1993) geeft

Tabel 2.1 Factor-structuur van de affect-variabelen

Variabele:	Factor 1 verbale aandacht	Factor 2 onenig- heid	Factor 3 interesse/ bezorgdh.	Factor 4 sociaal gedrag
Overeenstemming (uiting)	.78	.08	.09	.16
Parafrases (uiting)	.76	.06	.13	-.01
Aankijktijd (globaal)	.73	.05	.15	.30
Legitimatie (uiting)	.68	.26	.18	.09
Empathie (uiting)	.62	-.13	-.04	-.00
Boosheid (globaal)	.01	.79	-.01	-.04
Onenigheid (uiting)	.04	.76	.19	.21
Angst (globaal)	.15	.65	-.22	-.06
Dominantie (globaal)	-.21	-.01	.69	.02
Interesse (globaal)	.28	-.38	.69	.02
Warmte (globaal)	.28	-.43	.68	.13
Bezorgdheid (uiting)	.22	.30	.49	.01
Kameraadschap (uiting)	.24	.12	.40	.30
Geruststelling (uiting)	.30	.12	.39	.30
Persoonlijk (uiting)	.11	-.01	-.05	.70
Waardering (uiting)	.01	-.06	.02	.54
Grapje (uiting)	.14	.13	.17	.50

Op de eerste factor (verbale aandacht) laden met name procesvariabelen die aandacht uitdrukken voor de patiënt. De factor drukt een non-directieve houding uit, die vooral tijdens de fase van vraagverheldering van belang geacht wordt wanneer het gaat om de herkenning van psychosociale problematiek. In een latere fase zou dit type communiceren vervangen moeten worden door een meer gerichte aanpak, die onder het hierna te bespreken instrumentele gedrag wordt gerangschikt. De in hoofdstuk 1 genoemde empathische communicatiestijl is hier in het geding. Ook het oogcontact is hierbij inbegrepen.

De tweede factor geeft de mate aan waarin er spanningen tussen arts en patiënt optreden tijdens het consult.

De derde factor is niet zozeer procesmatig maar drukt de algehele sfeer uit van interesse en bezorgdheid, die de arts uitstraalt. Hierin komt opnieuw de empathische gespreksstijl naar voren, met in dit geval de nadruk op de non-verbale aspecten. Voorts is deze factor ook indicatief voor de algemene aandacht.

In de laatste factor wordt de mate van ontspannenheid tijdens het spreekuur uitgedrukt: grappes maken, persoonlijke mededelingen (vakanties e.d.) en complimentjes uitwisselen.

In het kader van hetgeen in hoofdstuk 1 is opgemerkt zijn het vooral de verbale aandacht en de interesse/bezorgdheid die bij zouden moeten dragen aan een betere herkenning en management van psychische stoornissen.

Naast het affectieve gedrag onderscheidde Bensing het zogenaamde instrumentele gedrag, uitgesplitst in de volgende clusters:

- informatie geven
- vragen stellen (verdeeld in open en gesloten vragen)
- adviezen en voorlichting geven
- aanwijzingen geven m.b.t. het gebeuren in de spreekkamer

De drie eerste clusters kunnen ieder dan weer betrekking hebben op somatische en psychosociale onderwerpen. In het kader van de aanbevolen gesprekstechnieken bij psychische stoornissen is met name het stellen van vragen met betrekking tot psychosociale onderwerpen van belang. Zeker in het licht van het gegeven dat huisartsen vaak een psychosociale verdenking koesteren zonder dat deze bespreekbaar wordt, mogen we veronderstellen dat een arts die veel vraagt ook meer en juist psychische diagnoses zal stellen.

Een laatste communicatie-kenmerk dat in vorig onderzoek van belang bleek is hetgeen door Byrne en Long "patiënt-centredness" is genoemd. De mate waarin de arts de patiënt medezeggenschap gunt is in navolging van eerder onderzoek (Verhaak, 1986) rechtstreeks door de observatoren beoordeeld op twee aspecten: medezeggenschap bij de diagnose en medezeggenschap bij het behandelplan.

3 DE VIER ELEMENTEN BESCHREVEN: COMMUNICATIESTIJL, HERKENNING, BEHANDELING EN HERSTEL

3.1 Communicatiestijl

Resultaten

Op basis van de video-observaties zijn per arts scores berekend m.b.t. vier affectieve maten (verbale aandacht, onenigheid, interesse/betrokkenheid en sociaal gedrag), drie instrumentele maten (informatie geven, adviseren en vragen stellen, telkens over psychosociale onderwerpen) en twee maten betreffende de inbreng die de patiënt heeft gekregen.

Figuur 3.1 geeft grafisch weer hoe de vier affectieve maten over de 15 artsen verdeeld zijn. Hoewel deze vier maten, afkomstig als ze zijn uit een factor-analyse met orthogonale rotatie, onderling onafhankelijk zijn en op consult-niveau ook volstrekt niet correleren is er op arts-niveau een zekere regelmaat te bespeuren. Een positieve score op verbale aandacht gaat vaak samen met een positieve score op interesse/betrokkenheid en omgekeerd. De score op onenigheid is vaak omgekeerd aan deze twee scores. Vatten we onenigheid negatief op en verbale aandacht en interesse/betrokkenheid positief dan worden artsen 1, 4, 9, en 13 overwegend positief beoordeeld en artsen 3 en 14 overwegend negatief.

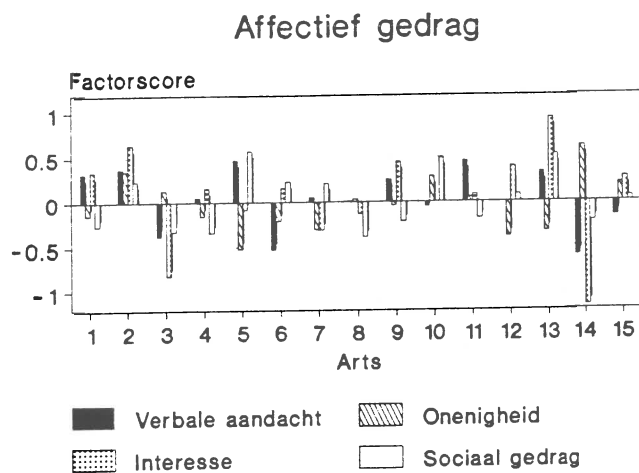
Variantie-analyse op consult-niveau, met de arts als onafhankelijke variabele levert voor alle vier de affectieve maten een significant ($p < .01$) arts-effect op. Dit is het meest uitgesproken voor de maat interesse/betrokkenheid ($F = 8.24$; $df = 14$; $p < .00005$) terwijl de verschillen tussen de artsen het kleinste zijn met betrekking tot onenigheid ($F = 2.25$; $df = 14$; $p = .0061$).

Figuur 3.2 geeft de verschillen tussen de artsen weer met betrekking tot de patiëntgerichtheid. We zien dat de twee maten, patiëntgerichtheid met betrekking tot de diagnose en met betrekking tot de therapie gelijk opgaan. Op consult-niveau is de correlatie tussen de twee maten .55, de grafische weergave verradt een nog hogere samenhang op arts-niveau. Arts 1, 2, 5, 6, 9 en 13 zijn in beide opzichten het meest patiëntgericht, arts 3, 4, 8 en 14 het minst. Overigens zijn, afgaande op de uitgevoerde variantie-analyse, de verschillen tussen de artsen groter wanneer we de patiëntgerichtheid m.b.t. de diagnose in beschouwing nemen ($F = 4.07$; $df = 14$ $p < .0005$) dan m.b.t. de behandeling ($F = 1.90$; $df = 14$; $p = .025$).

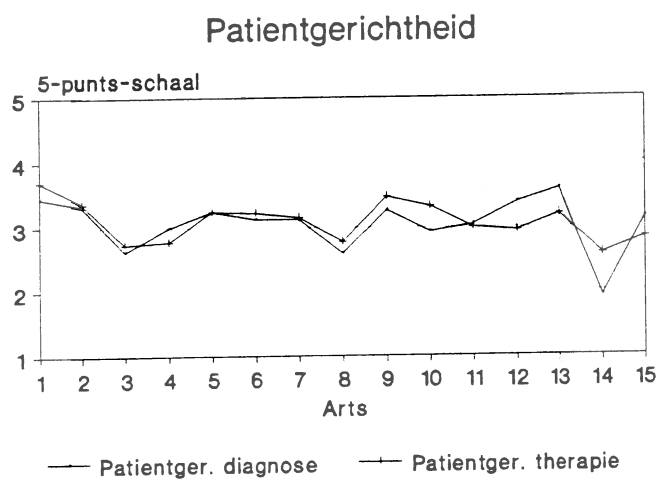
Het instrumenteel gedrag inzake psychosociale onderwerpen (figuur 3.3) verschilt duidelijk tussen de artsen waar het om het stellen van vragen gaat ($F = 3.57$; $df = 14$; $p < .0005$), maar is niet significant verschillend voor het geven van informatie en beduidend kleiner voor het geven van adviezen ($F = 1.88$; $p = .028$). Veel instrumenteel gedrag op psychosociaal gebied wordt getoond door artsen 1, 2, 9, en 13, weinig door 3, 5, 10, 11 en 14.

Al met al worden artsen 1, 9 en 13 over de hele linie positief beoordeeld en worden artsen 3 en 14 consequent genoemd als degenen die in alle opzichten onder de maat beoordeeld worden.

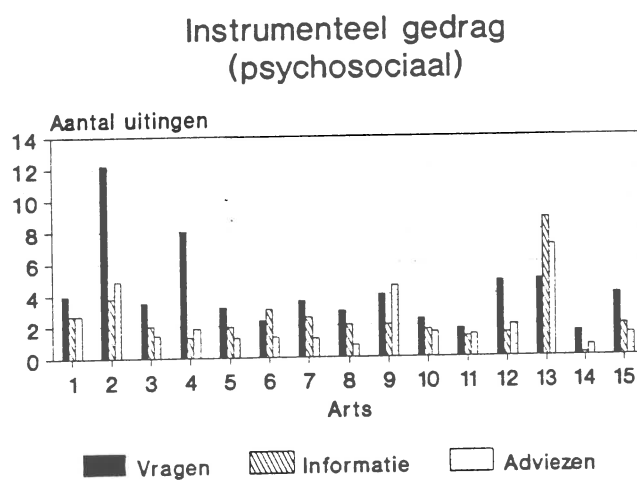
Figuur 3.1



Figuur 3.2



Figuur 3.3



Beschouwing

De artsen waarbij de communicatiestijl is onderzocht verschillen onderling in alle opzichten van elkaar.

Voorts blijken de onderzochte aspecten van de communicatiestijl onderling op arts-niveau ook samen te hangen, zoals ook in eerdere studies bleek (zie hoofdstuk 1).

In de eerste plaats vinden we die samenhang binnen de drie onderscheiden clusters: artsen die hoog scoren op verbale aandacht zijn ook geïnteresseerd en betrokken ($r = .62$). Beide zijn negatief gecorreleerd met onenigheid ($-.41$ resp. $-.42$). Patiëntgerichtheid in de diagnostische fase gaat samen met patiëntgerichtheid in de therapeutische fase ($r = .75$) en het navragen naar psychische factoren en psychosociale informatiegeven hangen samen met psychosociale counselling (.52 resp. .82) en de totaal-score voor psychisch instrumenteel gedrag (.90, .60). Counselling en de totaal score hangen eveneens sterk samen (.75)

Maar ook tussen de drie clusters vinden we vele significante verbanden. Van de affectieve aspecten hangt vooral de geïnteresseerdheid sterk samen met alle instrumentele variabelen: geïnteresseerde artsen vragen door naar psychische aspecten (.49), geven psychische informatie (.62) en doen veel psychosociale counselling (.73). Ze zijn sterk patiëntgericht (.88 resp. .61). Dezelfde samenhangen, maar minder sterk zien we bij artsen die veel verbale aandacht vertonen.

Patiëntgerichte artsen, met name artsen die op de patiënt afgaan bij het vaststellen van de diagnose, stellen veel psychosociale vragen (.39), geven veel psychosociale informatie (.60), en doen veel psychosociale counselling (.63).

Dit beeld vormt een bevestiging voor de vooronderstelling dat huisartsen die zich affectief en patiëntgericht opstellen zich ook op het instrumentele vlak positief onderscheiden.

3.2 Herkenning

In het onderzoek (Nationale Studie) werd de score op de General Health Questionnaire gebruikt als indicator voor aanwezigheid van psychische problemen. Deze GHQ werd afgenomen bij ongeveer 100 patiënten per deelnemende arts. Indien de patiënt het spreekuur bezocht in een periode van drie maanden gaf de huisarts een oordeel over het belang van psychische aspecten bij de gepresenteerde klachten. Indien dit oordeel één of meerdere malen "(mede-) psychisch" van aard was, werd de betreffende patiënt beschouwd als iemand, bij wie de arts psychische problematiek vermoedde.

Zoals vermeld in 2.3 werd ook tijdens het maken van de video-opnamen door de artsen een oordeel gegeven over het meespelen van psychosociale factoren bij de klachten terwijl de patiënten de GHQ-12 invulden. Op basis van deze gegevens kan per contact vastgesteld worden of arts en GHQ overeenstemden in hun oordeel.

Resultaten 1: Op basis van 3-maands registratie van de Nationale Studie

Tabel 3.1 laat zien hoe de oordelen van de arts en de score op de GHQ met elkaar samenhangen. We presenteren deze samenhang tweemaal: eenmaal voor de 15 huisartsen uit dit onderzoek, en eenmaal voor de gehele Nationale Studie. Deze getallen betreffen uitsluitend die patiënten die in de steekproef voor het gezondheidsinterview waren opgenomen en die in de betreffende drie maanden hun huisarts bezochten.

Tabel 3.1 Samenhang tussen GHQ-score van patiënt en oordeel arts

	deelstudie "communicatiestijl" (15 huisartsen)		Nationale Studie (158 huisartsen)	
	Artsoordeel		Artsoordeel	
	-	+	-	+
+	23	52	232	409
GHQ:				
-	172	119	1873	1079

Een dergelijke 2 x 2 tabel kan dienen om een aantal maten te berekenen, die indicatief zijn voor de gevoeligheid van de huisarts voor psychische klachten, dan wel voor de overeenstemming tussen zijn oordeel en dat van een gestandaardiseerd screenings-instrument. In het hoofdstuk over methoden spraken we in dit verband over bias, sensitiviteit en accuracy: achtereenvolgens de neiging om klachten in het algemeen "psychisch" te noemen, de proportie patiënten die boven de GHQ-drempel scoren waarbij de huisarts ook wel eens psychische achtergronden of oorzaken vermoedt en de samenhang tussen GHQ en huisartsenoordeel.

Uit tabel 3.1 kunnen we afleiden dat in de groep van huisartsen uit deze studie de klachten van 47% van de patiënten wel eens als (mede) psychisch waren betiteld. De gemiddelde bias van deze groep huisartsen was dus .47.

In totaal waren 75 patiënten die tijdens het interview boven de drempelwaarde (4/5) van de GHQ scoorden op het spreekuur geweest. Van 69% (52/75) van deze patiënten werden de klachten tenminste eenmaal als niet puur somatisch beoordeeld. De gemiddelde sensitiviteit van deze huisartsen was dus .69.

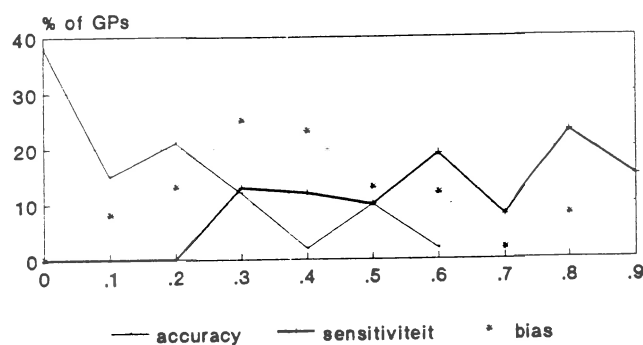
Bezien we tenslotte de accuracy van de huisartsen. In dit geval kijkt men niet alleen naar de proportie correct beoordeelde GHQ-gevallen, maar ook naar de proportie ten onrechte gegeven oordelen "mede-psychisch" waar de patiënt onder de drempel van de GHQ scoorde. Deze accuracy wordt uitgedrukt door de samenhang tussen oordeel volgens GHQ en oordeel volgens huisarts. Deze samenhang kan in een 2 x 2 tabel worden uitgedrukt in de phi-coëfficiënt, waar $\phi = \sqrt{X^2/N}$. De gemiddelde samenhang tussen huisartsoordeel en GHQ-score bedraagt .19. Deze geringe samenhang heeft vooral te maken met het feit dat de huisarts vaak een psychisch oordeel heeft uitgesproken bij patiënten die beneden de GHQ-drempel scoorden. In feite betreffen de meeste psychosociale oordelen van huisartsen zulke patiënten. Hiermee wordt de samenhang negatief beïnvloed.

Uit het rechterdeel van de tabel kunnen we zien hoe de samenhang tussen huisarts-oordeel en GHQ in de totale Nationale Studie lag. We zien dezelfde trends, waarbij de 15 huisartsen die in deze deelstudie betrokken zijn een iets psychosociale houding laten zien. In de totale groep is de bias .41, de sensitiviteit .64 en de accuracy .16

Figuur 3.4 laat zien hoe deze drie maten verdeeld zijn over de 15 huisartsen van dit deelonderzoek en hoe die verdeling lag in de gehele Nationale Studie.

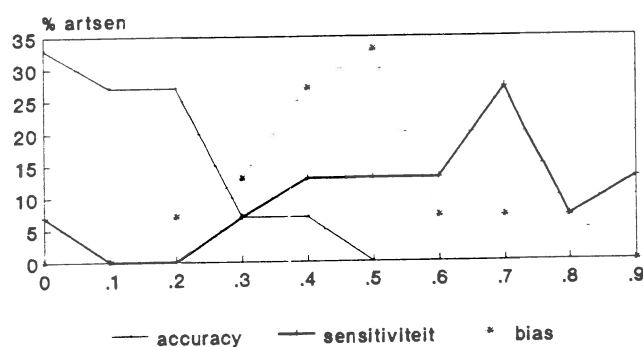
Figuur 3.4a

Verdeling van accuracy, sensitiviteit en bias over 158 huisartsen (Nationale Studie)



Figuur 3.4b

Verdeling van accuracy, sensitiviteit en bias over 15 huisartsen (Beloopsstudie)



Uit deze verdeling blijkt dat er tussen artsen onderling een behoorlijke spreiding bestaat, met name wat betreft accuracy en sensitiviteit. In de onderzoeksgroep van 15 huisartsen is de spreiding wat bias betreft niet zo groot. De meeste van hen beoordelen de klachten van 40% tot 60% van hun patiënten wel eens als psychisch.

Resultaten 2: op basis van assessment tijdens video-onderzoek

Op basis van de oordelen, vastgelegd tijdens het video-onderzoek is een zelfde 2 x 2 tabel te maken als het geval was bij de Nationale Studie gegevens.

Tabel 3.2 Samenhang tussen GHQ-score van patiënt en oordeel arts

		video-onderzoek	
		Artsoordeel	
		-	+
GHQ:	+	27	69
	-	123	88

In 51% van de consulten oordeelden de huisartsen dat psychosociale aspecten van belang waren. Hun bias tijdens het consult was .51. Klachten van 72% van de patiënten die boven de drempel van de GHQ-12 scoorden werden ook door de huisarts beoordeeld als niet puur-somatisch, dus de sensitiviteit van de huisartsen ten opzichte van de GHQ was .72. De phi-coëfficiënt in bovenstaande tabel, die de accuracy uitdrukt, bedraagt .28.

Beschouwing

Uit deze resultaten blijkt in het algemeen dat huisartsen bij veel patiënten zo nu en dan van mening zijn dat psychische aspecten een rol spelen bij de klacht. In de onderzoeksgroep van 15 artsen is dat zeker niet anders. Ze zijn zelfs iets meer dan gemiddeld geneigd om zo'n psychisch oordeel te vellen. Bij bijna de helft van hun patiënten doen ze dat.

Naarmate men dat vaker doet, zal de herkenningsgraad van die patiënten die positief scoren op de GHQ ook toenemen. Immers, bij een bias van 100% heeft men per definitie iedere positieve GHQ-patiënt ook "herkend". De sensitiviteit ten opzichte van de GHQ ligt dan ook redelijk hoog: bij 70% van de door de GHQ aangewezen patiënten wordt in de loop van drie maanden wel een keer een vermoeden van een psychosociale achtergrond bij die betreffende klacht uitgesproken. Waarbij het overigens geheel niet is uitgesloten dat, wanneer de arts dit vermoeden niet uitspreekt bij de klachten die worden aangeboden, hij toch wel op de hoogte is van psychosociale problemen die spelen (vgl. Bensing en Beerendonk, 1990).

De vergelijking tussen huisarts-oordeel en GHQ-score die tijdens de video-opnamen gemaakt is, bevestigt het beeld dat op basis van het registratie-materiaal van de Nationale Studie is gemaakt. Bias en sensitiviteit zijn even hoog, alleen de accuracy tijdens de video-opnamen is iets hoger. Dit is niet verwonderlijk omdat er geen tijdsinterval ligt tussen beide oordelen, hetgeen bij de Nationale Studie wel het geval was (zie de discussie hieronder).

De geneigdheid om aan te geven dat psychische aspecten een rol spelen bij de klachten, in combinatie met het relatief klein aantal GHQ+ - gevallen, maakt dat bij nogal wat patiënten die laag scoren op de GHQ, de huisarts op gezette tijden toch psychisch meebepaalde klachten constateert. Het relatief hoge aantal vals positieven maakt dat de accuracy laag is. Het is de vraag hoe dit beoordeeld dient te worden. In ieder geval bevinden zich onder die vals positieven een groot aantal patiënten waarvan men kan stellen dat het oordeel van de huisarts correct was en dat van de GHQ ook. Mensen die zich een paar dagen psychisch labiel voelen horen niet door de GHQ

aangewezen te worden, terwijl de huisarts op dat moment terecht kan oordelen dat hun klagen op dat moment door hun momentane psychische labiliteit wordt beïnvloed. Dit zullen we bij de interpretatie van deze maat voor ogen moeten houden.

In vergelijking met ander onderzoek is de psychosociale bias van de huisartsen aan de hoge kant. In een aanpak, vergelijkbaar met ons video-onderzoek, melden Goldberg en Bridges (1987) 26% niet puur somatische diagnoses, Marks, Goldberg en Hillier (1979) 26%, en liggen andere uitkomsten rond de 40% (Goldberg en Blackwell, 1970, Skuse en Williams, 1984, Wilkinson en Markus, 1989). Alleen Wright en Perini (1987) en Verhaak (1986) komen tot vergelijkbare cijfers van rond de 50% niet puur somatische oordelen. Zoals we al concludeerden ten opzichte van de totale Nationale Studie populatie, lijkt bij de 15 hier onderzochte artsen sprake te zijn van een enigszins psychosociale vertekening.

Deze artsen "ontdekken" daarmee ook meer GHQ-cases dan in het onderzoek van Marks, Goldberg en Hillier het geval is. Hun identification-index bedraagt .54, in het onderhavige geval tijdens de video-opnamen is dat .72. Van de andere kant is de "accuracy" bij hen hoger: .39 tegenover .28. Dit laat zich verklaren door het grotere aantal vals-positieven ten opzichte van de GHQ, veroorzaakt door de psychosociale bias.

In methodische zin zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen. Het aantal personen dat positief op de GHQ scoorde, was in de Nationale Studie lager dan gebruikelijk is met dit instrument wanneer het in de algemene populatie wordt toegepast. (N.B. De GHQ-score heeft betrekking op de gehele populatie en niet op huisartsbezoekers alleen, omdat het gezondheidsinterview bij een random steekproef uit de huisartspraktijk werd afgenomen, ongeacht of de betreffende persoon het spreekuur had bezocht). Verder wordt de GHQ in verband gebracht met een huisartsenoordeel dat uitgesproken is in een driemaands periode, en dat in theorie anderhalve maand van de GHQ-afname verwijderd kan liggen.

Op beide kwesties is in ander verband reeds ingegaan (vergelijk Verhaak e.a., 1990; Verhaak, in druk). Studies die met de GHQ de geestelijke gezondheidstoestand in de bevolking meten, komen tot prevalentiecijfers variërend van 163/1000 tot 234/1000. In de Nationale Studie scoorde slechts 13% boven de GHQ-drempel. In tabel 3.x kan men weliswaar lezen dat 641 van de 3593 (17.8%) patiënten in de totale N.S. (en 20.5% van de 15 artsen in de huidige studie) positief op de GHQ scoorde, maar dit is de selectie van degenen die de huisarts bezochten. En in de literatuur omtrent GHQ-scores onder huisartsbezoekers loopt de range van 23.3% tot 46%. Als verklaring voor onze relatief lage cijfers hebben we daar aangevoerd dat de GHQ werd afgenomen gedurende een twee á drie uur durend gezondheidsinterview, dat over de meest uiteenlopende zaken ging. De veronderstelling was, dat een vragenlijst verstoort tussen tientallen andere vragenlijsten (over gebruik van voorzieningen, voorkeur voor alternatieve geneeswijzen, thuisbevalling, sociaal netwerk en kosten waarvoor men verzekerd is) anders wordt ingevuld, dan een vragenlijst die als enige alle aandacht krijgt. Ook zullen antwoorden anders zijn wanneer het psychisch functioneren duidelijk onderwerp van gesprek is. Steun voor deze veronderstelling vinden we onder meer in de mededeling dat de GHQ-12 tot hogere scores leidt wanneer deze sec wordt ingevuld, dan wanneer deze geëxtraheerd wordt uit de GHQ-60 (dus opnieuw: items tussen andere items krijgen een minder gewicht dan geïsoleerd).

De kwestie van het tijdsverloop tussen de GHQ-afname en het oordeel van de arts hebben we trachten op te lossen door voor onze berekeningen alleen die personen te

gebruiken die hun huisartscontact binnen drie weken van de GHQ-afname hadden. Dit leidde tot dezelfde resultaten.

We zullen ter toetsing van onze onderzoekshypotheses drie variabelen op artsniveau gebruiken die te maken hebben met herkenning van psychische klachten: de bias, de sensitiviteit en de accuracy.

3.3 Behandeling van psychische klachten

Resultaten

Zoals we in het methode hoofdstuk al schetsten, ontleen we onze gegevens aan de wijze waarop de 15 huisartsen in deze studie patiënten met psychische klachten behandelen, aan de zogenaamde beloopstudie. Patiënten met expliciet psychische klachten en somatiserende patiënten (klacht somatisch geformuleerd terwijl de arts de klacht als hoofdzakelijk psychisch beoordeelde) werden gedurende een jaar gevolgd. Klachten, diagnoses en behandeling gedurende dat jaar werden geregistreerd op formulieren, vergelijkbaar met die tijdens N.S. werden gebruikt.

In de beloopstudie werden 1030 psychosociale klachten door de patiënt gepresenteerd die hij de arts als psychisch van karakter beoordeelde. 1609 klachten met betrekking tot lichamelijk lijden werden naar voren gebracht, waarbij de arts van mening was dat deze klachten hoofdzakelijk psychisch van aard waren. Deze klachten worden psychosomatische klachten genoemd. Ten slotte werden er 3190 lichamelijke klachten geregistreerd waarbij de arts van mening was dat deze ook hoofdzakelijk somatisch van aard waren.

Het gehele scala aan behandeling over alle contactredenen tezamen zag er als volgt uit:

Tabel 3.3 Toegepaste behandeling gedurende de beloopstudie:

% klachten dat gespreksmatig in behandeling werd genomen:	68%
% waarbij psychisch vermoeden ter sprake kwam	40%
% passieve gespreksvoering	18%
% actieve gespreksvoering	22%
% geruststellen	15%
% advies omtrent werk	3%
% bedrust	4%
% "even aanzien"	3%
% klachten waarbij psychofarmaca werd voorgeschreven	4%
% verwijzingen	
alle verwijzingen	9%
verwijzingen naar GGZ	1%
% klachten waarbij overleg met de GGZ werd gepleegd	1%
gemiddelde duur consult	10.4'

Zoals gezegd kan een onderscheid gemaakt worden naar type klacht. Deze uitsplitsing is zichtbaar in de volgende tabel:

Tabel 3.4 toegepaste behandeling gedurende de beloopstudie bij verschillende type klachten

	PP*	PS	SS
% klachten dat gespreksmatig in behandeling werd genomen:	85%	76%	60%
% waarbij psychisch vermoeden ter sprake kwam	89%	33%	6%
% passieve gespreksvoering	48%	21%	4%
% actieve gespreksvoering	51%	26%	8%
% geruststellen	9%	23%	12%
% advies omtrent werk	7%		
% bedrust	2%	5%	4%
% "even aanzien"	2%	3%	3%
% klachten waarbij psychofarmaca werd voorgeschreven	10%	3%	1%
% verwijzingen			
alle verwijzingen	8%	8%	10%
verwijzingen naar GGZ	3%	1%	-
% klachten waarbij overleg met de GGZ werd gepleegd	4%	.1%	.1%
gemiddelde duur consult	14'	10'	9'

* PP: psychische klacht;psychisch beoordeeld

PS: psychosomatische klacht

SS: puur somatische klacht

Uit tabel 3.3 blijkt dat het gesprek een van de belangrijkste instrumenten is die de huisarts tot zijn beschikking staan. Uitsplitsing naar verschillende soorten klachten in tabel 3.4 laat zien dat zowel gespreksvoering intensiever en voorschrijven van psychofarmaca en contact met de GGZ frequenter is bij expliciet psychische klachten dan bij somatische klachten waarbij vermoedens omtrent een psychosociale achtergrond spelen. Met name is het treffend dat een psychisch vermoeden van de arts bij de laatstgenoemde klachten maar in een derde van de gevallen geuit wordt. De onmacht van de arts bij dit soort klachten komt ook tot uiting in het hoge percentage "geruststelling" bij psychosomatische klachten.

Ten slotte is gekeken naar de mate waarin de artsen onderling verschillen in hun toepassing van de diverse behandelingswijzen bij verschillende klachten. Wanneer geen onderscheid naar type klacht gemaakt wordt, verschillen de artsen onderling voor alle behandelwijzen ($p < .001$), behalve m.b.t. verwijzing naar psychiatrie/GGZ. Wanneer we ons op de behandeling van expliciet psychische klachten concentreren dan verschillen de artsen onderling in de behandeling daarvan in alle opzichten behalve verwijzingen. Met betrekking tot advies omtrent werk en GGZ-raadpleging ligt het significantie niveau tussen .05 en .01. Behandeling van psychosomatische klachten is verschillend in alle opzichten behalve verwijzing, advies en raadpleging van de GGZ.

Beschouwing

Het beeld dat van de behandeling door huisartsen geschetst wordt op basis van de beloopstudie komt in het algemeen goed overeen met wat we uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in het algemeen weten (vgl. Verhaak, in druk). De belangrijkste afwijking betreft het geringe aantal voorgeschreven psychofarmaca. Dit bedroeg in de Nationale Studie 35% van de contacten met een psychosociale diagnose

en in het Gronings eerstelijnsproject (v d Meer, 1994) 21%. Het vermoeden bestaat dat dit gedurende de hele beloopstudie minder nauwkeurig is geregistreerd dan tijdens de Nationale Studie zelf, waar doordruk formulieren van het originele recept werden verzameld.

Wanneer klachten expliciet als psychisch worden gepresenteerd wordt er vrijwel altijd over gepraat, worden er soms psychofarmaca voorgeschreven en wordt er zelden naar de GGZ verwezen. Wordt er door de arts een vermoeden van een psychosociale achtergrond uitgesproken bij een somatische klacht, dan is gespreksvoering minder vanzelfsprekend, en vaker van een terughoudend karakter (geruststellen). De consulten duren korter en er wordt zelden psychofarmaca voorgeschreven of contact met de GGZ voorgesteld. Wat met name opvalt is dat het vermoeden van een psychosociale achtergrond maar in één op de drie gevallen ter sprake komt (vergelijk ook Verhaak en Tijhuis, 1994).

In het algemeen is het zo dat artsen die langere contacten hebben ook vaker psychosociale vermoeden expliciteren en psychische klachten vaker gespreksmatig behandelen. Alle vormen van gespreksmatige behandeling hangen op arts-niveau ook duidelijk samen. Dit geldt niet voor de andere behandelwijzen: psychofarmaca voorschrijven, verwijzen of consulteren van de GGZ staan min of meer los van elkaar en van de gespreksmatige behandelwijze en de consultduur.

3.4 Herstel

De mate van herstel werd afgeleid uit de verschillen tussen het begin en het eind van de beloopstudie. We roepen in herinnering dat in de beloopstudie twee cohorten patiënten werden gevolgd: patiënten die geselecteerd waren omdat ze in het eerste kwartaal expliciet psychische of sociale klachten hadden geuit en patiënten die ingesloten waren omdat ze lichamelijke klachten hadden geuit die door de huisarts als overwegend psychisch waren beoordeeld, terwijl ze juist geen expliciet psychosociale klachten hadden geuit. In tabel 3.5 staan de scores weergegeven voor beide onderzochte cohorten afzonderlijk.

Tabel 3.5 GHQ-scores en klachtpresentatie van twee onderzoekscohorten in eerste en vierde kwartaal van beloopstudie

	Cohort 1 (expliciet psychisch/sociaal)		Cohort 2 (psychosomatisch)	
	1e kwartaal	4e kwartaal	1e kwartaal	4e kwartaal
GHQ:	7.5	6.0	4.7	4.7
Psychische klachten:	1.7	.3	-	.2
Psychosom. klachten:	.4	.1	1.2	.2
Somatische klachten:	1.3	.8	1.4	1.1

Voor het cohort patiënten dat in ieder geval expliciet psychosociale klachten had gepresenteerd zien we een significante afname ($p < .001$) in alle vier de gemeten opzichten. Patiënten die geselecteerd waren omdat ze geen expliciet psychosociale klachten hadden gepresenteerd maar wel somatische klachten die de arts als hoofdzakelijk psychisch beoordeelde, zijn de psychosomatische klachten en ook de puur

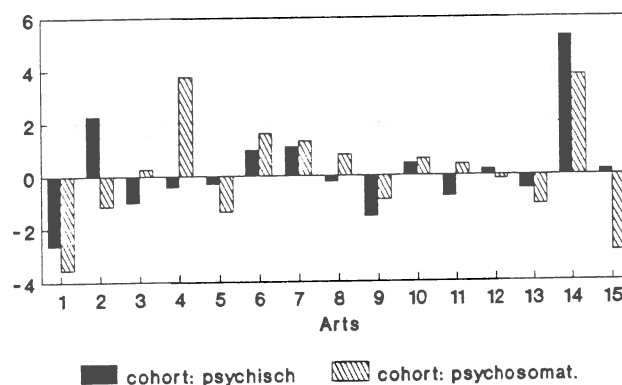
somatisch beoordeelde klachten afgenomen, maar is de gemiddelde GHQ-score hetzelfde gebleven.

Figuur 3.5a en 3.5b laten zien hoe de verschillen op de uitkomstmaten per arts gespreid waren.

Met behulp van variantie-analyse is getracht te bepalen in hoeverre de verschillen tussen eerste en vierde kwartaal bij sommige artsen groter was dan bij anderen. Hieruit bleek, in tegenstelling tot eerdere, soortgelijke analyses met betrekking tot communicatiestijl, herkenning, en behandeling, dat er in dit opzicht nauwelijks verschillen tussen de vijftien artsen waren. Wat het eerste cohort betreft leverde geen van de vier verschillen een significant arts-effect op, met betrekking tot het tweede cohort verschilden de artsen onderling significant ($p < .05$) wat betreft de gemiddelde verschillen in GHQ in voor- en nameting. We zien in dit opzicht inderdaad dat bij sommige artsen sprake was van een duidelijke afname, bij anderen van een toename.

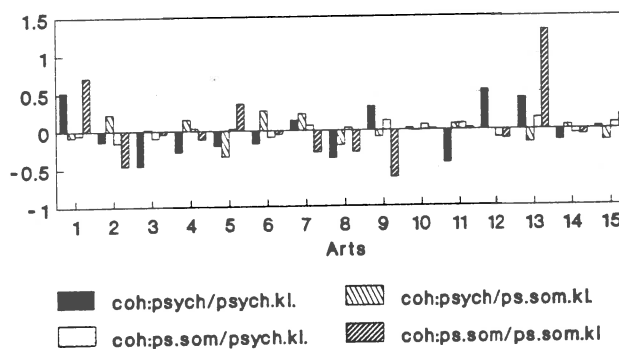
Figuur 3.5a

Afwijking per arts van gemiddelde
verschilscore GHQ, voor beide cohorten



Figuur 3.5b

Afwijking per arts van gemiddelde
verschilscore psychische en psycho-
somatische klachten, beide cohorten



4 DE RELATIE TUSSEN GESPREKSVOERING, HERKENNING, BEHANDELING EN HERSTEL

4.1 Inleiding

Op basis van de beoordeling van de video-banden kunnen de artsen getypeerd worden op hun communicatiestijl. In 3.1 is uiteengezet dat daarin de volgende elementen zijn onderscheiden:

Affectief gedrag

- Verbale aandacht
- Onenigheid
- Interesse/bezorgdheid
- Sociaal gedrag

Instrumenteel gedrag

- instrumenteel gedrag/psychisch
 - vragen stellen
 - informatie geven
 - advies geven

Patiëntgerichtheid

- patiëntgerichtheid bij de diagnose
- patiëntgerichtheid bij de behandeling

Deze communicatiestijl zou bevorderlijk moeten zijn voor de herkenning van psychische problemen, de behandeling daarvan en uiteindelijk voor het herstel van de patiënt.

Om dit te onderzoeken gaan we in de volgende paragrafen na hoe de communicatiestijl achtereenvolgens gerelateerd is aan de in hoofdstuk 3 besproken maten voor herkenning, behandeling en herstel. Daarna zullen we nagaan in hoeverre herstel ook gerelateerd is aan de mate waarin huisartsen psychische problemen herkennen dan wel behandelen.

4.2 Gespreksvoering en herkenning

In hoofdstuk 3.2 introduceerden we drie indicatoren voor de mate waarin de artsen gevoelig waren voor psychische problemen, de mate waarin ze bij patiënten met potentiële psychische problemen dergelijke problemen ook vermoedden en de samenhang van het artsenoordeel met het oordeel van de GHQ. We noemden deze indicatoren achtereenvolgens bias, sensitiviteit en accuracy.

In het video-onderzoek kon op consultniveau worden bekeken of communicatief gedrag van de arts samenhang met zijn oordeel (somatisch - niet somatisch), het "treffen" van GHQ-gevallen en de correctheid van dat oordeel. Tabel 4.1 laat de correlaties tussen communicatief gedrag en herkenning zien.

De meeste van de door ons geselecteerde communicatieve variabelen hangen samen met het psychosociale oordeel dat de arts in het consult geeft. Met name wordt in consulten met een psychisch beoordeelde klacht meer verbale aandacht (empathie,

parafrases, instemming) gegeven, er wordt meer gevraagd, geïnformeerd en geadviseerd op het terrein van psychische problematiek en de arts laat zich meer leiden door de ideeën van de patiënt. Vragen stellen, patiëntgerichtheid en verbale aandacht zijn ook kenmerken waardoor een consult met een - volgens de GHQ - correct psychisch oordeel zich onderscheiden. Met de over-all nauwkeurigheid (waarbij ook de vals-positieven zijn betrokken) vertonen deze communicatie kenmerken echter weinig samenhang. De enige (zwakke) samenhang in dit opzicht is het gegeven dat in consulten waarin veel grapjes gemaakt worden, complimentjes worden uitgedeeld en persoonlijke uitingen worden gedaan (sociaal gedrag) de arts er blijkbaar nogal eens naast zit.

Tabel 4.1 Samenhang tussen communicatieve variabelen en herkenning op consult-niveau

Communicatieve var:	Bias	Sensitiv.	Accuracy
Verbale aandacht	.32***	.31**	-.05
Onenigheid	.08	.18**	-.02
Interesse/bezorgdheid	.10*	.06	.01
Sociaal gedrag	.15**	.07	-.15**
instrumenteel gedrag/psychisch (tot.)	.31***	.25**	-.04
vragen stellen	.28***	.26**	-.02
informatie geven	.19***	.09	-.06
advies geven	.23***	.15	-.04
patiëntgerichtheid bij de diagnose	.29***	.28**	-.06
patiëntgerichtheid bij de behandeling	.26***	.29**	-.07

*** $p < .01$

** $p < .05$

Teneinde de samenhang tussen herkenning en communicatiestijl op arts-niveau te bestuderen (herkennen artsen die zich door een bepaalde communicatiestijl kenmerken gemiddeld meer psychische problemen?) is de correlatie tussen de geaggregeerde scores voor de communicatie-variabelen (vgl. 3.1) en herkenning (vgl. 3.2) berekend. Vanwege de lage aantallen ($N=15$) werden geen significante verbanden gevonden.

4.3 Gespreksvoering en behandeling

In paragraaf 3.3 hebben we beschreven hoe de 15 onderzochte artsen psychische, psychosomatische en somatische klachten behandelden. De gegevens betreffende communicatiestijl en klachtbehandeling kunnen niet zonder meer met elkaar in verband gebracht worden. Hiervoor dient de betreffende arts als tussenschakel te fungeren: we weten immers van ieder van de vijftien artsen hoe ze communiceren en hoe ze behandelen. Aggregatie van beide type gegevens naar arts-niveau brengt het probleem met zich mee dat de analyse nog maar 15 waarnemingen betreft. Dit is weliswaar geschiedt, en de resultaten presenteren we hieronder, maar deze zijn, evenals in de vorige paragraaf, vanwege de kleine N als "mager" te karakteriseren.

Om de resultaten iets meer diepgang te geven hebben we daarom daarnaast de volgende procedure gehanteerd: Op basis van de in paragraaf 3.1 gemaakte indeling van de artsen op de diverse communicatie-dimensies zijn telkens de vijf artsen die een uiterste positie aan de positieve en negatieve kant innemen geselecteerd. Van deze artsen is de behandeling (op klacht-niveau) vergeleken. De communicatie-dimensies waarop de artsen in twee groepen zijn ingedeeld zijn dezelfde tien als in het vorige hoofdstuk, vier factoren m.b.t het affectieve gedrag, vier aspecten van het instrumenteel gedrag t.a.v. psychische problemen en patiëntgerichtheid in twee opzichten.

Correlaties op arts-niveau

De significante correlaties* op artsniveau (N=15) waren als volgt:

Tabel 4.2 Samenhang tussen communicatieve variabelen en behandeling op arts-niveau

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1 2
verbale aandacht												
onenigheid												
interesse		.44			.38	.35						
sociaal gedrag										-.61		.56
instr. psych.		.52									.52	
vragen psych.			.56	.42								.52
inform. psych.											-.35	.58
advies psych.							.35					.44
pat.ger. diag		.43			.35	.38					.45	.41
pat.ger.beh.		.44				.47					.58	.58

1: % klachten dat gespreksmatig in behandeling werd genomen; 2: % waarbij psychisch vermoeden ter sprake kwam; 3: % passieve gespreksvoering; 4: % actieve gespreksvoering; 5: % geruststellen; 6: % advies omtrent werk; 7: % bedrust; 8: % "even aanzien"; 9: % klachten waarbij psychofarmaca werd voorgeschreven; 10: % verwijzingen naar GGZ; 11 % klachten waarbij overleg met de GGZ werd gepleegd; 12: gemiddelde duur consult

Letten we op de onderscheiden communicatie-kenmerken, dan kunnen we in het algemeen stellen dat het affectieve gedrag een relatief geringe impact op de gemeten behandeling heeft. De score van artsen op de affectieve dimensies "affectieve aandacht" en "onenigheid" was niet gerelateerd op enige van de onderzochte behandelingsaspecten. Artsen die als geïnteresseerd en betrokken worden beschouwd expliciteren vaker hun vermoeden dat de achtergrond van de klachten psychisch van karakter is, stellen meer gerust en geven vaker adviezen omtrent werk. Artsen wier consulten wordt gekenmerkt door een persoonlijke sfeer (sociaal gedrag) schrijven minder psychofarmaca voor en geven vaker overleg aan met GGZ-instanties over de patiënt.

De instrumentele kenmerken laten iets meer samenhang met de behandeling zien. Artsen die veel navragen op psychisch gebied expliciteren hun psychosociale vermoedens vaker en laten (merkwaardigerwijs) vaker een gespreksmatige behandeling zien die als passief te karakteriseren valt. Artsen die meer psychosociale informatie geven hebben vaker overleg met de GGZ maar verwijzen minder hiernaar. Artsen die veel

* Correlaties tussen .35 en .44 : .05 < p < .10

Correlaties tussen .44 en .61 : .01 < p < .05

psychosociale adviezen geven blijken in de beloopsregistratie ook vaker aangetekend te hebben dat ze adviezen over het werk gaven en hebben meer overleg met de GGZ gehad.

De meeste samenhangen tussen geobserveerde communicatie en registratie van het handelen tijdens de beloopstudie werden echter aangetroffen met betrekking tot de mate waarin de arts inbreng gunde aan de patiënt tijdens het vaststellen van diagnose en behandeling.

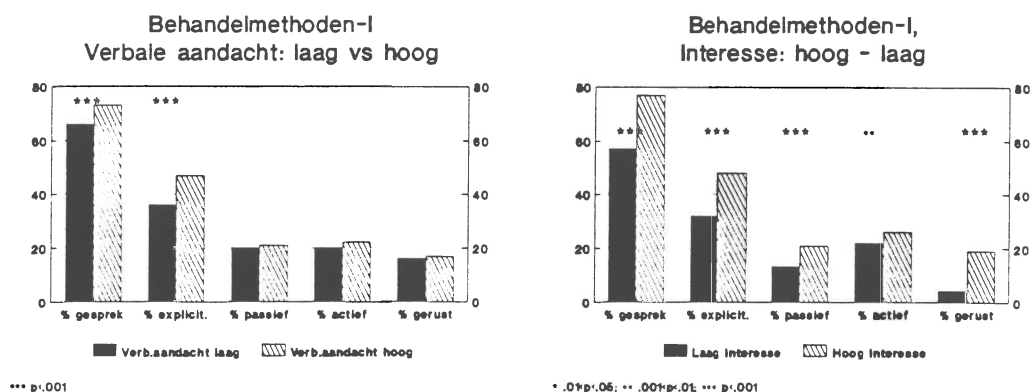
De huisartsen die op basis van de video-opnamen als meer patiëntgericht werden beoordeeld, stelden eveneens het psychosociale karakter van de klacht vaker aan de orde, stelden de patiënt vaker gerust, gaven meer adviezen over het werk, hadden vaker contacten naar aanleiding waarvan overleg met de GGZ plaatsvond en hadden langere contacten.

Letten we op de onderzochte indicatoren voor "behandeling", dan constateren we de meeste significante relaties met "overleg GGZ", gevolgd door "explicitering van psychosociale vermoedens" en "adviezen over werk".

Contactniveau: verschillen tussen contacten van artsen die hoog en laag worden beoordeeld op de onderscheiden communicatie-kenmerken

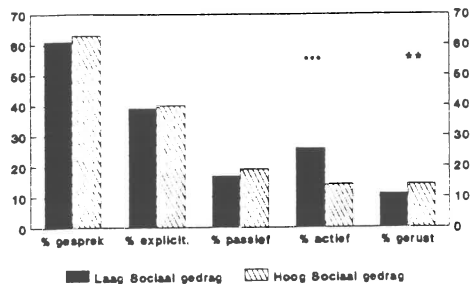
Zoals gezegd leidt het kleine aantal waarnaar geaggregeerd is tot verlies aan informatie. De volgende figuren laten daarom zien, in welke behandelaspecten er sprake was van verschillen tussen contacten van artsen die aan de uitersten van de onderscheiden communicatie-dimensies scoorden. Deze verschillen zijn grafisch weergegeven in de volgende twintig grafiekjes. De eerste tien betreffen de gespreksmatige behandelmethoden (gespreksmatige behandeling totaal, expliciteren psychisch vermoeden, passieve en actieve gespreksvoering en geruststellen), de tweede tien de instrumentele (psychofarmaca, verwijzen al dan niet naar GGZ, raadplegen GGZ) en de gemiddelde contactduur.

Figuur 4.1 Gespreksmatige behandelmethoden



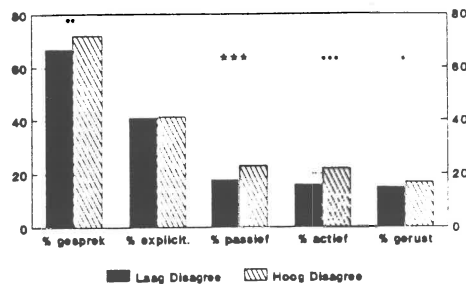
4 De relatie tussen gespreksvoering, herkenning, behandeling en herstel

Behandelmethode-I
Sociaal gedrag: hoog vs laag



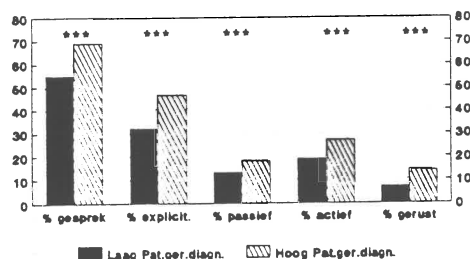
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I
Disagree: hoog vs laag



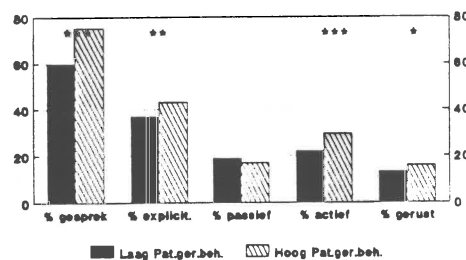
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I
Patientgerichtheid diagnostiek
Laag vs hoog



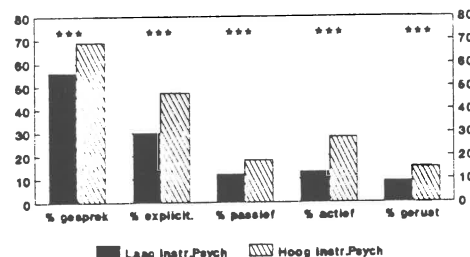
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I, toegepast door artsen
Patientgerichtheid behandeling
Laag vs hoog



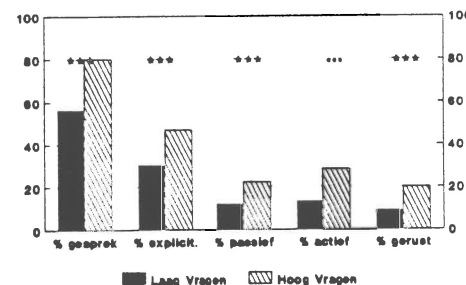
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I
Instrumenteel psychisch: totaal
Laag vs hoog



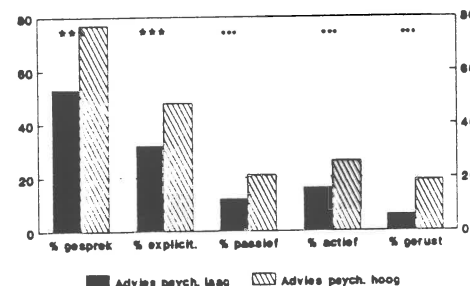
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I
Psychosociaal vragen



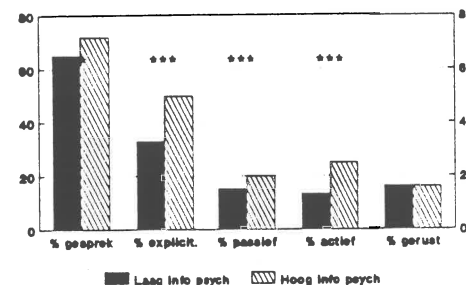
.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Behandelmethode-I
Advies psychosoc: laag vs hoog



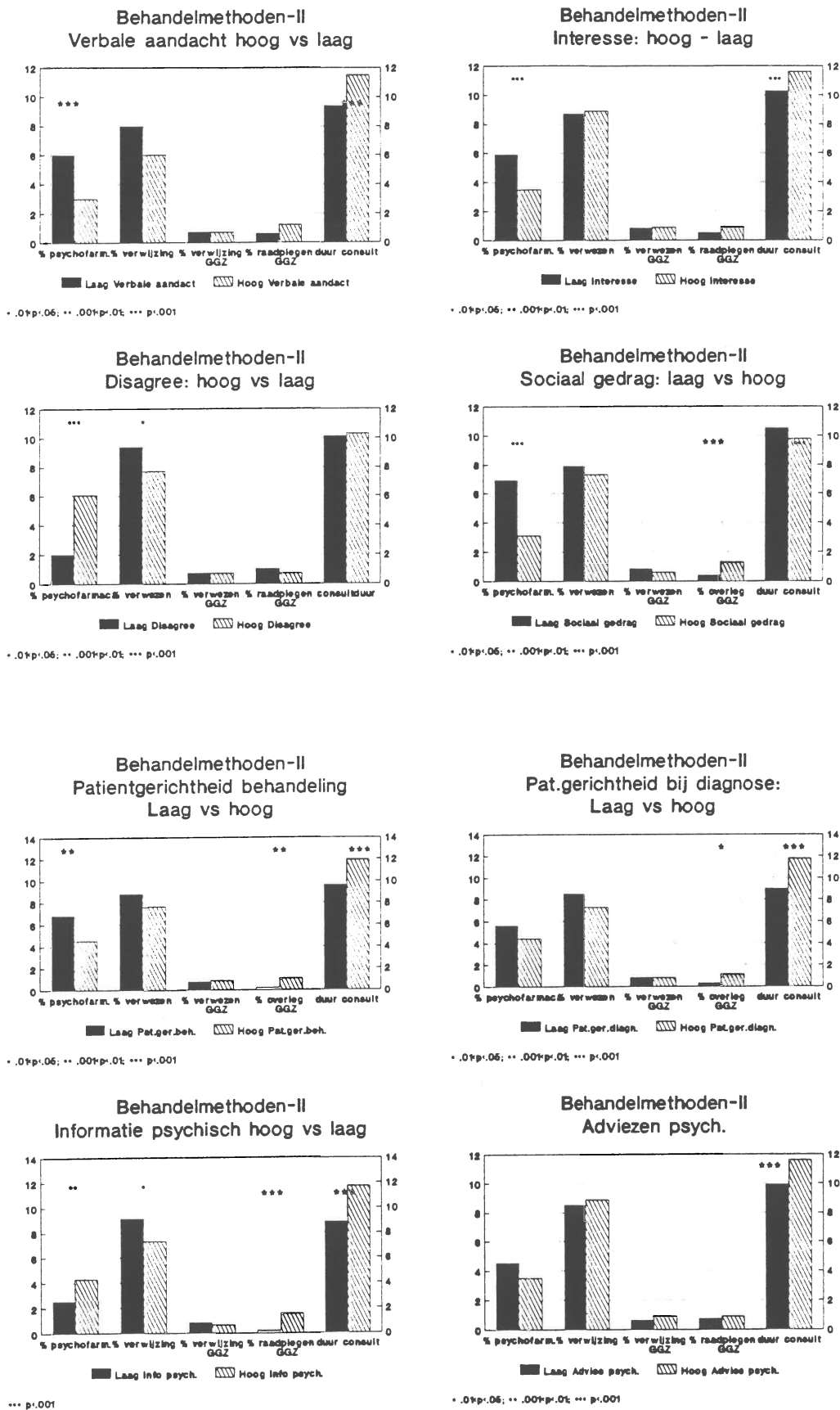
*** $p < .001$

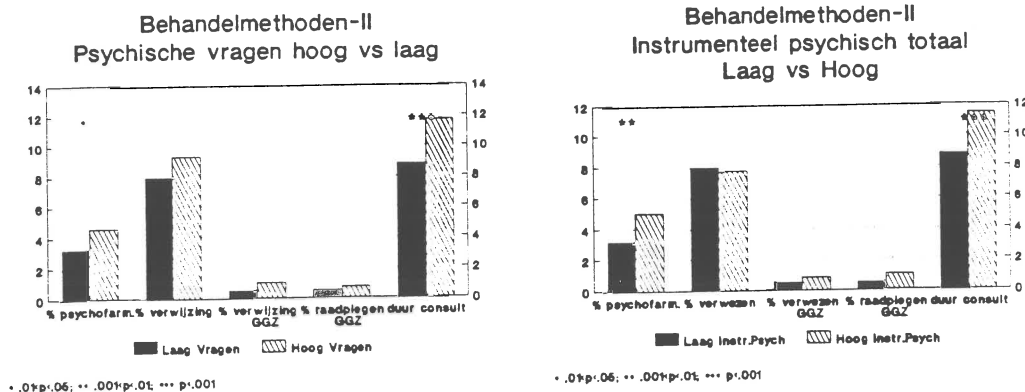
Behandelmethode-I,
Info psych: hoog - laag



.0+ $p < .06$; ** .00+ $p < .01$; *** $p < .001$

Figuur 4.2 Instrumentele behandelmethoden





Wanneer we de behandeling van alle klachten tezamen in beschouwing nemen, dan blijkt een hoog-laag verdeling op vrijwel alle van de onderzochte communicatie-aspecten tot significante verschillen in het percentage contacten waarin men psychosociale zaken aan de orde stelt (met name door actief exploreren) te leiden en tot langere consulten. Ook is er bijna altijd een significant verschil in het percentage consulten waarin men op een of andere wijze gespreksmatig iets probeert, waarin men op passieve wijze een gesprek voert of waarin men de patiënt geruststelt.

In het merendeel van de onderzochte communicatie-aspecten zijn er ook verschillen in raadpleging van de GGZ en in het voorschrijven van psychofarmaca; in het laatste geval is het meestal zo dat bij de maten die affectieve communicatie-aspecten of patiëntgerichtheid uitdrukken een lage score op het communicatie-aspect gepaard gaat met een hoge score op psychofarmaca voorschrijven. Bij de instrumentele communicatiematen zijn het juist de hoog scorende artsen die meer psychofarmaca voorschrijven. Er is zelden sprake van verschil in percentage verwijzingen, noch over-all, noch naar de GGZ.

Letten we op de communicatieaspecten afzonderlijk dan blijkt de tweedeling op de instrumentele dimensies en de dimensies die patiëntgerichtheid uitdrukken tot de meeste verschillen tussen hoge en lage scoorders te leiden. Van de affectieve dimensies differentieert interesse/betrokkenheid op de meeste behandelingsaspecten, maar blijven de drie andere achter.

Oftewel, artsen die veel interesse en betrokkenheid tonen en die zich patiëntgericht opstellen behandelen klachten vaker gespreksmatig, hebben langere consulten, raadplegen de GGZ vaker en schrijven minder psychofarmaca voor.

Artsen meer instrumenteel gedrag inzake psychosociale problemen vertonen onderscheiden zich wat gespreksvoering en consultduur betreft op dezelfde wijze, maar schrijven meer psychofarmaca voor.

Nu is eigenlijk de behandeling van klachten in het algemeen minder relevant voor onze vraagstellingen als de behandeling van expliciet als psychisch gepresenteerde klachten en die van de zogenaamde psychosomatische klachten.

De grote lijn die we met betrekking tot **alle** klachten in de grafieken op de voorgaande pagina's zagen, gaat ook op wanneer we de behandeling van psychische of psychosomatische apart beschouwen (figuren in bijlage 2 en 3).

Instrumenteel communicatief gedrag (met name het vragen stellen omtrent psychische aspecten) differentieert het sterkst: artsen die op hun videobanden dergelijk gedrag veel laten zien, blijken zowel bij psychische als psychosomatische klachten meer hierover te praten, zowel passief als actief, expliciet psychische zaken aan de orde te stellen, en bij psychosomatische klachten ook meer te verwijzen en psychofarmaca voor te schrijven. De contacten van deze artsen bij psychische en psychosomatische klachten duren dan ook langer dan bij artsen die juist weinig instrumenteel psychisch gedrag vertonen.

Van het **affectieve** communicatief gedrag brengt alleen de factor interesse/betrokkenheid een duidelijk verschil aan in geregistreeerde behandeling tussen artsen die hoog en laag op die dimensie beoordeeld worden. Artsen die er hoog op beoordeeld worden doen meer aan gespreksmatige behandeling, kaarten bij psychosomatische klachten vaker psychosociale vermoedens aan, verwijzen psychosomatische klachten vaker en schrijven bij psychische klachten minder psychofarmaca voor. Ook bij hen duren de contacten langer dan bij hun laag scorende collega's op deze dimensie.

Patiëntgerichte artsen onderscheiden zich van niet-patiëntgerichte collega's bij psychosomatische klachten in de meeste gespreksmatige behandelingsvormen en de duur van het contact; bij psychische klachten is er sprake van meer gespreksmatige behandeling door artsen die de patiënt laten meedenken over de diagnostiek en meer overleg met de GGZ en minder psychofarmaca voorschrijven door artsen die de patiënt laten meedenken over de behandeling.

In het algemeen beschikken we over een aantal aanwijzingen, dat de relevant geachte communicatiefactoren samenhangen met een aantal behandelingsaspecten. De meeste samenhangen vinden we overigens met behandelingsaspecten die weer over het communiceren gaan (actieve, passieve gespreksvoering, expliciteren van psychosociale onderwerpen, geruiststellen) of daar nauw mee samenhangen (consultduur). Gaat het om het "echte handelen" dan is juist een negatief verband tussen communicatieaspecten en het voorschrijven van psychofarmaca. Een ander aspect van het "echte handelen", contact opnemen ter consultatie met AMW of RIAGG komt vaker voor bij artsen die meer geïnteresseerd zijn of meer patiënt gericht zijn. Met name zien we dat gebeuren wanneer het om duidelijk psychische klachten gaat.

Bij psychosomatische klachten constateren we dat veel gevonden verschillen binnen het domein van het praten vallen. In een aantal gevallen zien we dat bij psychosomatische klachten duidelijk meer sprake is van een explicitering van psychosociale vermoedens van de arts: bij artsen die meer psychisch instrumenteel gedrag vertonen, artsen die meer patiëntgericht zijn, artsen die meer interesse laten zien. Juist bij psychosomatische klachten, waar men zou willen streven naar herdefinitie van de klacht is zo'n explicitering van belang.

4.3 Gespreksvoering en herstel

Teneinde de relatie tussen gespreksvoering en herstel te bestuderen is een procedure gevolgd, vergelijkbaar met die in de vorige paragraaf: op artsniveau geaggregeerd is nagegaan of artsen die veel affectief/instrumenteel/patiëntgericht gedrag vertonen ook meer herstelde patiënten hebben. Op patiëntniveau zijn de patiënten gesplitst in

patiënten van artsen die hoog op de diverse communicatie kenmerken scoorden en van artsen die laag scoorden en is gekeken of het herstel van de eerstgenoemde groep groter was dan dat van de tweede groep.

De correlaties op arts-niveau staan in tabel 4.3, voor zover het significantie-niveau onder de .10 lag.

Tabel 4.3 Samenhang tussen communicatieve variabelen en herstel op artsniveau*

	1	2	3	4	5	6	7	8
verbale aandacht			-.52				.53	
onenigheid								
interesse						-.45		
sociaal gedrag	-.42					.38	.43	
instr. psych.						-.39		.39
vragen psych.								.61
inform. psych.				-.49	-.46			
advies psych.					-.40	-.35		
pat.ger. diag								
pat.ger.beh.								

1 t/m 4: cohort met psychische klachten. 1: afname GHQ 2: afname psychische klachten 3: afname somatische klachten; 4: afname psychosomatische klachten. 5 t/m 8 cohort met psychosomatische klachten 5: afname GHQ; 6: afname psychische klachten 7: afname somatische klachten 8: afname psychosomatische klachten

In de meeste opzichten vinden we geen verband. Voor zover er een verband gevonden wordt zijn de meeste correlaties negatief: artsen die meer instrumenteel of affectief gedrag laten zien hebben patiënten die in een aantal opzichten een minder grote afname van psychische of psychosomatische problematiek laten zien.

Op consultniveau (waarbij we de patiënten verdelen in patiënten behorend bij artsen die hoog op de diverse affectieve en instrumentele dimensies scoren) vinden we goeddeels vergelijkbare resultaten.

Wanneer we het beloop bestuderen van patiënten die oorspronkelijk met psychische klachten waren geselecteerd (het "psychische cohort"), dan blijkt de GHQ-score van patiënten van artsen die weinig sociaal gedrag vertonen sterker af te nemen dan de GHQ-score van patiënten van artsen waar veel persoonlijke opmerkingen gemaakt worden. Psychosomatische klachten bij patiënten van artsen die als "patiëntgericht" werden gekenschetst zijn meer afgenomen dan bij die van niet patiëntgerichte artsen.

Wanneer we letten op de patiënten die hun klachten juist niet als psychisch presenteren (het "psychosomatisch cohort"), dan zijn de volgende patiënten in het laatste kwartaal wel psychische klachten naar voren gaan brengen: patiënten van artsen die hoog scoren op "interesse", van artsen die veel psychische vragen stellen, en van artsen die veel psychische adviezen geven. Patiënten van artsen die veel verbale aandacht geven zijn minder somatische klachten gaan presenteren, patiënten van artsen die weinig onenigheid laten zien zijn minder psychosomatische klachten gaan

* Correlaties tussen .35 en .44 : .05 < p < .10
Correlaties tussen .44 en .61 : .01 < p < .05

presenteren en bij patiëntgerichte artsen en artsen die veel psychische informatie geven is de GHQ van hun patiënten **toegenomen**.

Het is een paradoxaal resultaat. Artsen die meer affectief of instrumenteel gedrag inzake psychosociale problemen laten zien, hebben patiënten waarbij na een jaar minder afname is in psychosociale problematiek dan artsen die dergelijk gedrag minder vertonen. Mogelijkerwijs "ontlokken" dergelijke artsen meer aan hun patiënten, waardoor ze meer psychische problematiek blijven signaleren (en registreren tijdens de beloopstudie). Het is een gegeven uit paragraaf 4.1 dat de geschetste communicatie-kenmerken samenhangen met de geneigdheid van de huisarts om psychische problematiek te signaleren. In de laatste twee paragrafen van dit hoofdstuk zullen we nagaan op welke wijze herstel gerelateerd is aan herkenning en behandeling.

4.5 Herkenning en herstel

In hoofdstuk 3.2 introduceerden we drie indicatoren op arts-niveau voor de mate waarin de artsen gevoelig waren voor psychische problemen, de mate waarin ze bij patiënten met potentiële psychische problemen dergelijke problemen ook vermoedden en de samenhang van het artsenoordeel met het oordeel van de GHQ. We noemden deze indicatoren achtereenvolgens bias, sensitiviteit en accuracy.

In hoofdstuk 3.4 kwamen een aantal indices voor het herstel van patiënten na een jaar aan de orde. De eerste index was de afname in de hoogte van de GHQ-score, de twee andere betrof de afname in het presenteren van psychische en psychosomatische problemen.

Op dezelfde wijze als in vorige paragrafen is het kenmerk "herkenning" gedesaggregeerd naar het patiënt niveau. De patiënten uit de beloopstudie -waaruit het herstel wordt afgeleid- zijn ingedeeld in patiënten van artsen met een sterke neiging om klachten psychisch te beoordelen en een geringe neiging daartoe (grote en kleine bias), in patiënten van artsen die sensitief waren voor GHQ-gevallen en artsen die dat niet waren (grote en kleine sensitiviteit), en in patiënten van artsen wier oordelen een hoge samenhang met de GHQ toonden en artsen die een lage samenhang lieten zien (hoge en lage accuracy). Voor deze vergelijking zijn iedere keer de patiënten van de vijf artsen die het laagst scoorden op de betreffende variabele vergeleken met de patiënten die het hoogst scoorden.

Tabel 4.4 geeft de resultaten van deze vergelijking.

Tabel 4.4 Vergelijking herstel bij artsen met hoge en lage herkenning

	Bias		Sensitiviteit		Accuracy	
	+	-	+	-	+	-
Afname GHQ:	.24	1.31	.77	1.54	.92	1.19
Afname psych, klachten	.59**	.29**	.53°	.34°	.46	.39
Afname psycho- somatische klachten	.57	.52	.52	.62	.48°	.61°

** $p < .01$ ° $.05 < p < .1$

Patiënten van artsen die een neiging hadden om veel klachten psychisch te noemen vertoonden een grotere afname in de presentatie van expliciet psychische klachten na een jaar. Patiënten van artsen wier oordeel een sterkere samenhang met de GHQ vertoonde lieten een geringere afname van psychosomatische klachten zien (d.w.z. een lichamelijke klacht die de arts als psychisch beoordeelde). En ten slotte presenteerden patiënten van artsen die meer patiënten met een hoge GHQ "herkenden" als iemand met een psychisch probleem minder expliciet psychische klachten na een jaar.

"Gevoeliger" artsen laten een grotere afname zien van psychische klachten dan minder "gevoelige" artsen. Dit lijkt in tegenspraak met de oplossing voor de paradox uit de vorige paragraaf (minder herstel bij artsen met een positieve communicatiestijl zou komen door een grotere gevoeligheid van deze artsen voor psychische problemen). Het is echter niet uitgesloten dat de grotere gevoeligheid ook tot hogere aanvangscores heeft geleid, waardoor er enerzijds een grotere afname kan zijn terwijl er toch aan het eind toch relatief veel psychische problemen geregistreerd blijven worden.

4.6 Behandeling en herstel

In de volgende tabel laten we verschillen zien in de GHQ-scores, in de presentatie van psychische, somatische en psychosomatische klachten voor patiënten die al dan niet behandeld zijn voor psychische en voor psychosomatische klachten.

De algemene teneur uit deze tabel is, dat het in de meeste gevallen niet aan de mate van afname in GHQ of bepaald type klachten is af te lezen of een bepaalde vorm van behandeling al dan niet heeft plaatsgevonden.

Behandeling van psychische klachten, met name m.b.v. actieve gespreksvoering en geruststellen ging samen met een significante afname van psychische klachten. Degenen die met psychofarmaca hiervoor behandeld waren lieten daarentegen een significant kleinere afname zien dan degenen waarbij dit niet het geval was. Wellicht waren de eersten juist de ernstigste gevallen. Degenen waarvoor consultatie gevraagd was over hun psychische klachten lieten een significante toename zien van somatische klachten.

De behandeling van psychosomatische problemen leidde bij actieve gespreksvoering en verwijzing tot een significante afname van die problemen, andersom werd bij

degenen bij wie het psychosociale vermoeden van de arts geëxpliciteerd werd een kleinere daling in psychosomatiek geconstateerd dan bij die gevallen waar de arts zijn vermoedens voor zich gehouden had. Wel gaat die explicitering samen met een significante afname van de GHQ van de betreffende patiënten. Het expliciteren kan juist opgetreden zijn bij degenen met de meest hardnekkige neiging tot somatiseren.

In het algemeen gaat met name de meer therapeutisch gerichte vorm van gespreksvoering (actief) samen met een afname van de klachten waarop die interventie gericht was.

Patiënten bij wie de psychische klachten met psychofarmaca werden behandeld hadden een jaar later een geringere afname van psychische klachten dan patiënten bij wie de psychische klachten niet met psychofarmaca behandeld waren. Patiënten bij wie de huisarts de psychische achtergrond van hun somatische klachten expliciet ter discussie stelde hadden een geringere afname in dergelijke psychosomatische klachten dan patiënten met psychosomatische klachten waarbij de huisarts een dergelijke explicitering achterwege liet. In beide gevallen is geopperd dat de aanwezigheid van psychofarmaca resp. explicitering indicatief geweest kan zijn voor de ernst en slechtere prognose van de klacht.

Tabel 4.5 Herstel onder verschillende behandelingscondities voor psychische en psychosomatische klachten

		N ¹	Afname GHQ	Afname Psychische Klachten	Afname Somatische Klachten	Afname Psychosomatische Klachten
<u>Psychische klachten</u>						
Behandeld:	Ja	351	1.71	.90*	.31	.38
	Nee	35	.85	.46*	.60	.43
Expliciteren	Ja	189	1.81	.42	.22	.58
	Nee	22	2.35	.50	.41	.45
Passief gespr.	Ja	240	1.54	.95	.25	.43
	Nee	146	1.76	.72	.47	.32
Actief gespr.	Ja	219	1.45	1.00*	.30	.39
	Nee	167	1.86	.68*	.39	.38
Geruststellen	Ja	68	2.30	1.29	.12	.53
	Nee	317	1.50	.77	.38	.35
Psychofarm.	Ja	60	1.60	.15**	.52	.47
	Nee	327	1.64	.99**	.30	.37
Verwijzing	Ja	29	1.52	1.07	-.14	.52
	Nee	358	1.64	.84	.37	.37
Consultatie	Ja	25	2.56	1.34	-.46**	.35
	Nee	350	1.57	.83	.39**	.39
<u>Psychosomatische klachten</u>						
Behandeld:	Ja	508	.70	.28	.29	.78
	Nee	60	.62	.20	.45	.65
Expliciteren	Ja	268	1.09*	.26	.19	.53**
	Nee	64	-.39*	.50	.28	.91**
Passief gespr.	Ja	198	1.03	.36	.10*	.77
	Nee	357	.51	.22	.42*	.76
Actief gespr.	Ja	255	.92	.27	.27	.85**
	Nee	299	.50	.28	.33	.69**
Geruststellen	Ja	210	.44	.16*	.28	.78
	Nee	341	.85	.35*	.33	.74
Psychofarm.	Ja	30	2.53	.37	-.03	.77
	Nee	541	.61	.27	.33	.76
Verwijzing	Ja	7	-1.14	0	.57	1.71*
	Nee	551	.74	.27	.31	.75
Consultatie	Ja	1				
	Nee	557				

¹ N is niet altijd even groot als gevolg van missende waarden

In dit onderzoek werd nagegaan of een patiëntgerichte communicatiestijl van huisartsen zou bijdragen aan de herkenning van psychosociale problemen, aan een adequate behandeling daarvan en aan het herstel van patiënten met psychosociale problemen.

Als belangrijke aspecten van die communicatiestijl zijn het affectieve gedrag (verbale aandacht, interesse/betrokkenheid, sociaal gedrag en - het ontbreken van - onenigheid), het instrumenteel gedrag inzake psychische problematiek (vragen naar psychische aspecten, psychosociale informatie geven, counselling) en patiëntgerichtheid onderzocht. Hiermee zijn een aantal van de meest wezenlijke aanbevelingen uit de literatuur inzake de aanpak van psychosociale problemen samengevat, hoewel sommige beter in het gehanteerde categorieënschema pasten dan anderen. We komen hier in het onderstaande nog op terug.

Een patiëntgerichte communicatiestijl, zoals die in dit onderzoek is geoperationaliseerd hangt duidelijk samen met de neiging van artsen om problemen van hun patiënten als psychisch op te vatten. De resultaten zijn een duidelijke bevestiging van wat we in eerder onderzoek (Verhaak 1986) meldden. Omdat we in dit onderzoek meer omtrent de patiënt wisten dan uitsluitend het oordeel van de huisarts vormen deze resultaten ook een uitbreiding. We weten nu ook of dat oordeel strookt met de gehanteerde screeningslijst (de GHQ). Dit leidt tot een genuanceerder oordeel. De door ons uitgewerkte communicatiestijl leidt weliswaar tot meer psychosociale beoordelingen. Als gevolg daarvan blijken artsen die volgens onze communicatiestijl goed beoordeeld worden ook meer patiënten die volgens de GHQ een psychisch probleem hebben als zodanig te herkennen. Ze hebben echter geen betere overeenstemming met de GHQ, omdat ze ook meer psychische problemen waarnemen bij mensen die laag scoren op de GHQ.

De communicatiestijl die wij aan de verschillende artsen konden toekennen, hangt ook samen met de behandelwijzen die deze artsen optekenden. Met name zagen we dat alle onderzochte aspecten van de communicatiestijl (affectief gedrag, instrumenteel communicatief gedrag, patiëntgerichtheid) samenhangen met de gespreksmatige behandelvormen: hoge score op ieder der communicatieaspecten betekent gedurende de registratie van behandeling langere consulten, vaker psychische aspecten van klachten expliciteren, meer actieve (veranderingsgericht) en passieve (luisteren) vormen van gespreksvoering en meer geruststellen. Voor het affectief en patiëntgerichte gedrag betekende het ook: vaker de GGZ raadplegen en minder psychofarmaca voorschrijven, voor het instrumenteel communicatieve gedrag: meer psychofarmaca voorschrijven. We zouden kunnen zeggen dat de gevonden samenhangen een indicatie vormen voor de inhoudsvaliditeit van de gehanteerde communicatiestijl.

Maar ten slotte konden we niet vaststellen dat patiënten van "goed" communicerende huisartsen meer herstelden dan patiënten van huisartsen die minder goed beoordeeld werden. Wanneer we de toestand van patiënten met psychische of psychosomatische klachten op het moment van inclusie en een jaar later vergeleken, dan maakte het in de meeste gevallen niet uit of ze patiënt waren bij een arts die "hoog" op onze communicatiestijl scoorde, of bij een arts die laag werd ingeschaald. En als het wat uitmaakte, was het resultaat meestal dat de patiënt minder hersteld was bij een hoog scorende arts.

Aan de interpretatie hiervan zijn aan het eind van de betreffende paragraaf al enige gedachten gewijd.

Onze vraagstelling kwam voort uit het feit dat in de literatuur aanbevelingen worden gedaan over de wijze waarop huisartsen patiënten met psychische problemen gespreksmatig zouden moeten benaderen, terwijl die aanbevelingen nog zelden getoetst zijn. Wanneer we dit onderzoek als zo'n toets opvatten dan moeten we stellen dat de aanbevelingen niet de gewenste uitwerking hebben. Immers, artsen die "goed" communiceren, herkennen niet meer - volgens de GHQ potentiële - gevallen dan artsen die niet "goed" communiceren. Ze noemen meer klachten "psychisch", en hebben dus meer treffers maar ook meer treffers die ze niet hadden moeten raken. Ze praten wel meer met hun patiënten over hun psychische problemen maar na een jaar registreren ze bij hun patiënten vaak nog meer problemen dan hun minder "goed" communicerende collega's.

Bij deze negatieve conclusie horen een aantal kanttekeningen.

Het gaat om onderzoek met secundaire data, die in alle opzichten globaal van karakter zijn, die soms met een heel ander doel zijn verzameld, en die noodgedwongen op een indirecte wijze met elkaar in verband zijn gebracht. En voorts betreft het een niet-experimentele onderzoekszet waarbij niet at random patiënten aan verschillende communicatie-condities zijn blootgesteld. Een experiment dat zich overigens ook niet eenvoudig in de praktijk zou laten verwezenlijken.

Naast deze algemene kanttekeningen zijn er nog een aantal meer specifieke opmerkingen te maken met betrekking tot de al dan niet gevonden resultaten. In de eerste plaats willen we stilstaan bij de operationalisatie van de communicatiestijl. Ieder consult is op standaard wijze geobserveerd en gescoord. Dit betekent dat aanbevelingen uit de literatuur die algemeen van aard zijn en eigenlijk altijd van toepassing zijn beter kunnen worden onderzocht dan aanbevelingen die conditioneel van aard zijn. Bezien we de aanbevelingen van Turner en Williams (p.7) dan zijn zaken als goed oogcontact, een empathische gespreksstijl, en aandacht tijdens gesprek altijd wel van toepassing en ook alle opgenomen in ons observatieprotocol. Gevoelig zijn voor cues van de patiënt, om kunnen gaan met "spraakwaterval" en vragen gericht op heden en niet op verleden, zijn aspecten die niet op zo'n precieze wijze in het protocol terecht gekomen zijn. Er is in het algemeen gekeken of het stellen van vragen op gebied van psychische klachten een zekere uitwerking heeft (dat heeft het: het leidt tot een grotere bias en sensitiviteit voor de GHQ en het komt duidelijk terug in de behandelingswijze). Van een aantal van de aanbevelingen uit de literatuur (aandacht, empathie, open vragen stellen, gerichtheid op de patiënt zijn belangrijk) kunnen we op basis van onze gegevens zeggen dat dit leidt tot meer psychische diagnoses maar niet noodzakelijkerwijze meer terechte psychische diagnoses. Van andere aanbevelingen (beginnen met open vragen, deze geleidelijk aan toespitsen op meer gesloten, gevoeligheid voor cues) kunnen we op basis van dit onderzoek niet zoveel zeggen en moeten we ons beperken tot de mogelijkheid dat meer kwalitatieve analyses daar wellicht het rendement van kunnen aantonen.

Een tweede kanttekening heeft betrekking op herkenning. In hoeverre is de GHQ als gouden standaard geschikt? Hierover is al het nodige gerapporteerd (zie Bensing en Beerendonk, 1990, Verhaak, Wennink en Tijhuis, 1990). Cruciaal in deze discussie is, of de huisarts zich primair in zijn oordeel moet richten op de hulpvraag van de patiënt op

een bepaald moment, of dat hij altijd een mogelijke psychopathologische gesteldheid mee in zijn beschouwingen moet betrekken.

Overigens zijn de meeste discrepanties tussen huisarts en GHQ toe te schrijven aan een psychisch huisartsenoordeel bij een lage score op de GHQ. Goldberg (1994) merkt hierover op: "... two sorts of discrepancies - patients deemed to have mental disorders by their GPs who do not meet standard diagnostic criteria Little harm comes from the first sort of discrepancy other than unnecessary prescription of psychotropic drugs;" (Goldberg, 1994, p.39). En de mate van psychofarmaca voorschrijven is in het algemeen laag.

Een derde methodologische kanttekening betreft de geringe variantie tussen huisartsen wat betreft het herstel van hun patiënten. Er is meer tussen hemel en aarde dan uitsluitend de huisarts dat het beloop van psychische klachten bepaalt. Dit moet ons er niet van af brengen de communicatiestijl van huisartsen te bestuderen, want op individueel niveau zien we bij voorbeeld dat actieve gespreksvoering leidt tot een afname van psychische en psychosomatische problemen, maar het moet ons temperen in de verwachting dat wanneer een huisarts de kunst van het communiceren beheerst zijn patiënten sneller zullen herstellen dan patiënten van artsen die niet volgens de door ons opgestelde regels communiceren.

Ten slotte moet dit onderzoek toch enigszins leiden tot een matiging van de verwachtingen die we van het handelen van huisartsen (maar waarschijnlijk ook van andere hulpverleners) mogen hebben. In de eerste plaats krijgt men uit de registratie van behandeling de indruk dat de huisarts vaak met min of meer lege handen staat: in veel gevallen rest hem blijkbaar niets anders dan praten. In de tweede plaats zien we dat al dan niet praten of instrumenteel handelen vaak ook niet zo'n groot verschil maakt. Ook hier wrekt zich de analyse op secundair materiaal, waardoor men noodgedwongen met te globale maten of over te globale periodes moet vergelijken, maar in ieder geval zijn de effecten van verwijzing, psychofarmaca of het expliciteren van psychische vermoedens niet zo robuust dat ze in dit materiaal naspeurbaar zijn.

Wat behoeft de huisarts naast de door ons onderzochte communicatiestijl, om tot succesvoller interventies bij patiënten met psychische problemen te komen?

Om deze vraag te beantwoorden keren we terug naar de functies die we in paragraaf 1.2 de huisarts toedichtten inzake psychische problematiek:

- Hij moet de meer ernstige psychische problematiek herkennen en zorgen dat daarvoor adequate, eventueel gespecialiseerde hulp wordt gerealiseerd
- Hij moet voorkomen dat lichamelijke manifestaties van psychosociale problemen "somatisch gefixeerd" raken
- Hij moet steun bieden in geval van psychosociale problematiek die tijdelijk is dan wel niet cureerbaar geacht wordt.

Met de (communicatie-instrumenten die de huisarts blijkbaar voor handen heeft, slaagt hij waarschijnlijk wel in de laatste functie, wellicht in de middelste, en waarschijnlijk niet volledig in de eerste.

De gedachte lijkt gerechtvaardigd dat in geval psychische problematiek aanwezig is, deze wel wordt opgemerkt door de huisarts. De daarop volgende acties zijn echter betrekkelijk globaal en ongericht. Dit lijkt met name onvoldoende voor de behandeling van de meer ernstige behandelbare psychische problemen waarvoor specifieke interventies als verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ en psychofarmaca voorschrijven geïndiceerd zijn. Deze komen echter te weinig voor.

Goldberg heeft eerder (1989) pleidooien gehouden voor een classificatie van psychische aandoeningen naar gewenste interventie, en daarbij een onderscheid gemaakt tussen patiënten met betrekkelijk zelden voorkomende klassiek psychiatrische aandoeningen, die de huisarts meestal wel herkent en op laat nemen, "neurotische" mensen die vooral aandacht nodig hebben, waarbij je vooral uit moet kijken dat ze geen chronisch psychofarmaca-gebruiker worden en ten slotte patiënten met serieuze psychopathologie, die behandeling nodig hebben en waarvoor behandeling bestaat: de mensen met een depressie, angststoornis, of een verslaving, om de meest voorkomende de noemen. In een recent pleidooi wijst Goldberg (1994) in dit verband op de ontwikkelde huisartsenversie van de ICD-10, de ICD-10 (PHC). Hierin worden 24 psychische ziektebeelden opgevoerd die tamelijk veel voorkomen, en een duidelijk behandelingsplan kennen. Het betreft een beperkt aantal organische en psychotische aandoeningen, verschillende vormen van middelenmisbruik en vooral veel stemmings, stress- en angststoornissen. Daarnaast ontwikkelingsstoornissen en stoornissen bij kinderen.

De differentiaal diagnose en behandelingsplan wordt de huisarts op kaarten per diagnose ter beschikking gesteld. De Nederlandse equivalent hiervan is momenteel beschikbaar voor depressie en dementie: de NHG-standaard. Men zou mogen verwachten dat een dergelijke, handelingsgerichte aanpak, met name voor de categorie serieuze maar behandelbare psychopathologie een waardevolle aanpak betekent naast het communicatieve gedrag, dat in toekomstig onderzoek wellicht een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor succesvolle interventie zal blijken.

LITERATUUR

Bensing, J.M. (1991a), *Doctor-patient communication and the quality of care*, Dissertation, Rotterdam.

Bensing, J.M. (1991b), Doctor-patient communication and the quality of care, *Social Science and Medicine*, Vol. 32, No. 11, pp. 1301-1310.

Bensing, J.M., Beerendonk, Ph.M. (1990), Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 45, pp. 595-618.

Bensing, J.M., Verhaak, P.F.M. (1994), Psychische problematiek in de huisartspraktijk, een generalistisch perspectief, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 3, pp. 130-135.

Bensing, J.M., Sluijs, E.M. (1985), Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Social Science and Medicine*, 20, pp. 737-744.

Foets, M., Velden, J.v.d, (1990), *Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en procedures*. NIVEL, Utrecht

Gask, L., McGrath, G., Goldberg, D. et al. (1987), Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Medical Education*, 21, pp. 362-368.

Gask, L., Goldberg, D., Lesser, A.L. et al. (1988), Improving the psychiatric skills of the general trainee: an evaluation of a group teaching course. *Medical Education*, 22, pp. 132-138.

Goldberg, D.P., Blackwell, B. (1970), Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification, *British Medical Journal*, 2, pp. 439-443.

Goldberg, D., Bridges, K. (1987), Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 1, pp. 15-18.

Goldberg, D.P. (1972), *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, Oxford university press, London.

Goldberg, D., Huxley, P. (1992), *Common mental disorders, a bio-social model*, Tavistock/Routledge, London and New York.

Goldberg, D., Huxley, P. (1980), *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*, Tavistock Publications, London.

Goldberg D. (1994) *Epidemiology of mental disorder in general practice* In: Pullen, I., Wilkinson, G., Wright A., Pereira Gray D., (eds) *Psychiatry and general practice today*. Royal College of Psychiatrists, Royal College of General Practitioners

- Koeter, M.W.J., Ormel, J., Brink, W. v.d., Dijkstra, W., Schoenmacker, J., Staal, J. (1987), De waarde van de GHQ als toestandsmaat. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 29, 10, pp. 667-679.
- Lamberts, H. (1991), *In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject*, MEDi-tekst, Lelystad.
- Marks, J.N., Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979), Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 9, pp. 337-353.
- Mokkink, H.G.A. (1986) *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen*. Proefschrift Nijmegen,
- Skuse, D., Williams, P. (1984), Screening for psychiatric disorder in general practice *Psychological Medicine*, 14, pp. 365-377.
- Tielens, V.C.L. (1987) *Consulten van huisartsen*. Proefschrift Nijmegen
- Turner, R.M., Williams, P., (1986) *Psychosocial disorders*. MTP press, Lancaster
- Meer, K.v.d. (1994), *Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk*, Proefschrift Groningen. Lelystad, Meditekst.
- Verhaak, P.F.M. *Mental illness and help-seeking behaviour*, accepted by Psychological Medicine.
- Verhaak, P.F.M., *Mental disorder in the community and in general practice. Doctors' views and patients' demands*. In press
- Verhaak, P.F.M. (1986), *Interpretatie en behandeling van psychische klachten in de huisartspraktijk* (Interpretation and treatment of psychological complaints in general practice), Dissertatie, Rotterdam.
- Verhaak, P.F.M. (1988), Detection of psychological complaints by general practitioners. *Medical Care*, 26, pp. 1009-1020.
- Verhaak, P.F.M. *Mental illness and help-seeking behaviour*, accepted by Psychological Medicine.
- Verhaak, P.F.M., Wennink, H.J. (1990), What does a doctor do with psychosocial complaints in primary care. *Int.J.Psychiatry in Medicine*, 20, 2, pp. 151-162.
- Verhaak, P.F.M., Wennink, H.J., Tijhuis, M.A.R. (1990), The importance of the GHQ in general practice. *Family Practice*, 7, pp. 319-324.
- Verhaak, P.F.M., Tijhuis, M.A.R. (1994), The Somatizing patient in primary care, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24, 2, pp. 163-183.
- Verhaak, P.F.M. (1993) Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 43, 5, 203-208

Verhaak, P., Bijl, R.V., Berg-Jeths, A.v.d., Harteloh, P.P.M. (1993) *Psychische problematiek*. In Ruwaard, D., en Kramers, P.G.N. (eds) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Sdu, Den Haag

Whewell, P.J., Gore, V.A., Leach, C. (1988), Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, pp. 259.

Wilkinson, G., Markus, A.C. (1989), Validation of a computerized assessment (PROQSY) of minor psychological morbidity by Relative Operating Characteristic analysis using a single GP's assessment as criterion measures, *Psychological Medicine*, 19, pp. 225-231.

Wright, A.F., Perini, A.F. (1987), Hidden psychiatric illness: use of the general health questionnaire in general practice, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 4, pp. 164-167.

BIJLAGEN

- Bijlage 1 Roter observatie-systeem (RIAS)
- Bijlage 2 Psychische behandelmethoden
- Bijlage 3 Psychosomatische behandelmethoden

Bijlage 1 Roter observatie-systeem (RIAS)

1) Rating scales(5-point)

Woede/irritatie
Angst/nervositeit
Dominantie/assertiviteit
Interesse/bezorgdheid
Vriendelijkheid/warmte

Patiëntgerichtheid bij diagnose
Patiëntgerichtheid bij behandeling

2) Affectieve uitingen

Persoonlijk	Waardering
Grapje	Overeenstemming
Parafrase	Empathie
Bezorgdheid	Geruststelling
Legitimatie	Kameraadschap
Onenigheid	Vraag om geruststelling

3) Sturende uitingen

Transities
Oriëntatie/instructie
Vraag om verduidelijking
Vraag of het begrepen is
Vraag naar mening

4) Instrumentele uitingen

Gesloten vragen:	Open vragen:
- Medische conditie	- Medische conditie
- Therapie	- Therapie
- Levensstijl	- Levensstijl
- Gevoelens	- Gevoelens
- Anders	- Anders

Informatie m.b.t.:

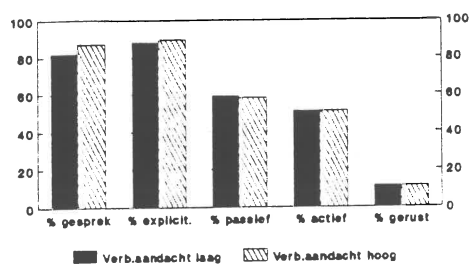
- Medische conditie
- Therapie
- Levensstijl
- Gevoelens
- Anders

Counseling/adviezen op het gebied van:

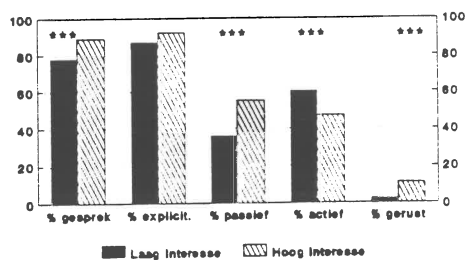
- Medische conditie/Therapie
- Levensstijl
- Gevoelens

Vragen over medicatie

Behandelmethoden-I
Verbale aandacht: laag vs hoog
Psychische klachten

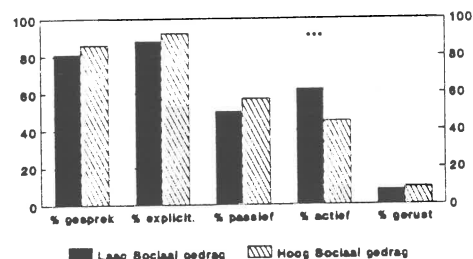


Behandelmethoden-I,
Interesse: hoog - laag
Psychische klachten



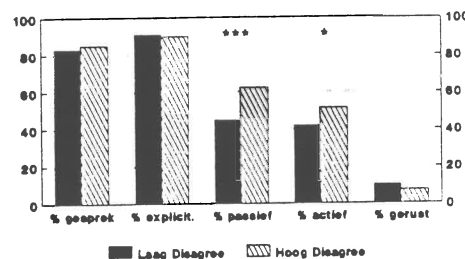
* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Sociaal gedrag: hoog vs laag
Psychische klacht



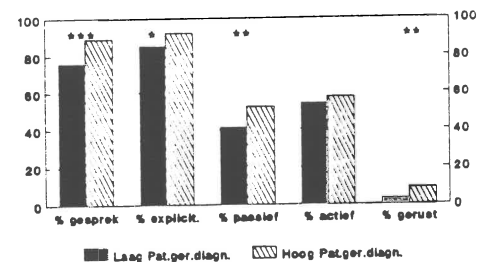
* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Disagree: hoog vs laag
Psychische klachten



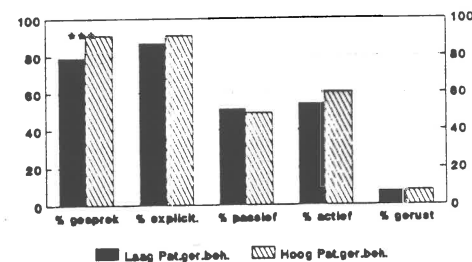
* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Patientgerichtheid diagn. laag vs hoog
Psychische klachten



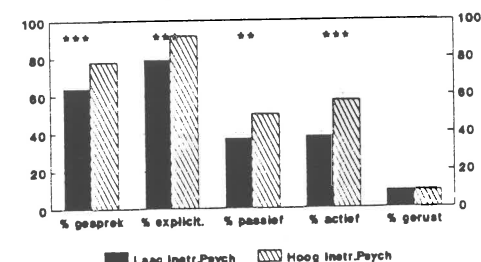
* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Patientger. behandeling; laag vs hoog
Psychische klachten



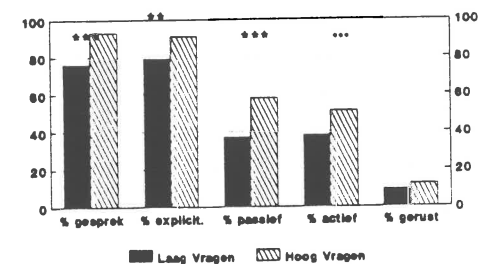
* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Instrument. psychisch tot. laag vs hoog
Psychische klachten

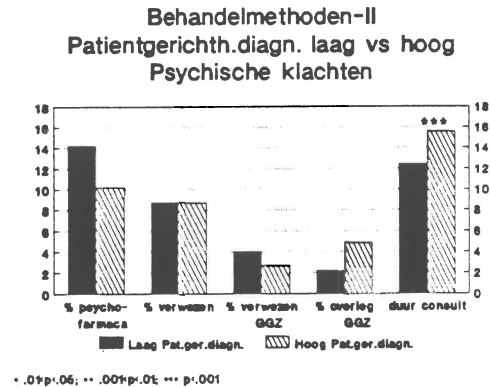
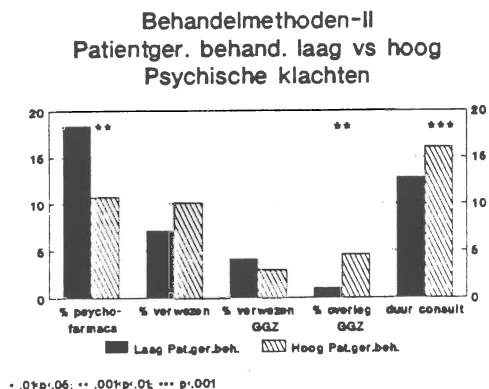
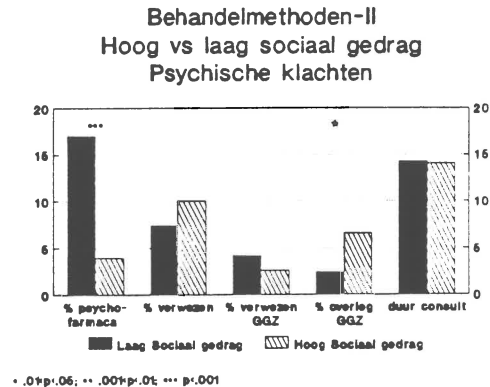
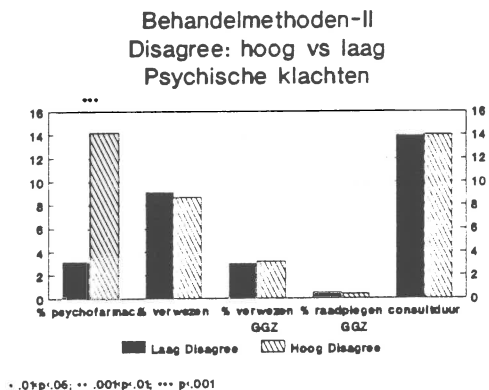
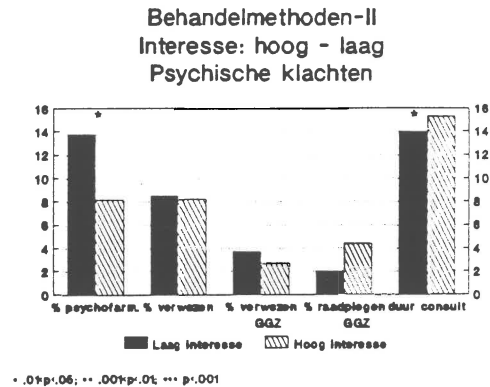
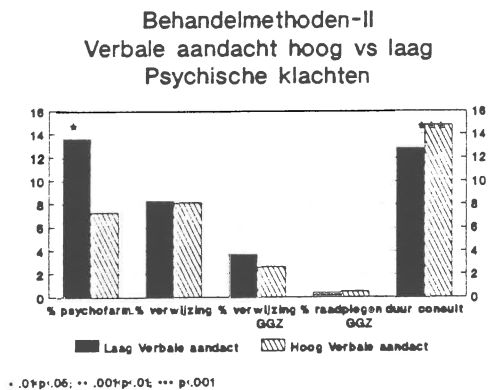
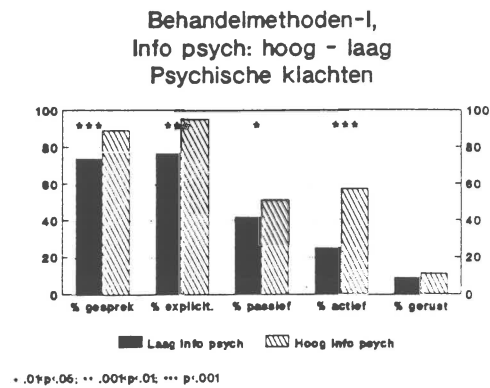
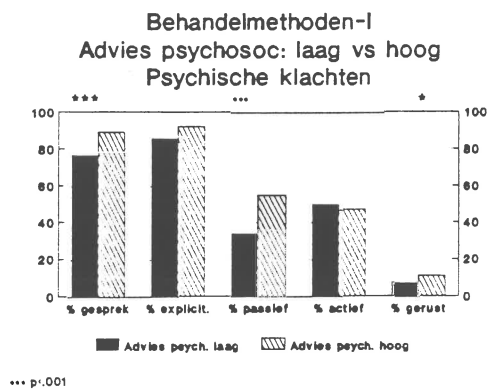


* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

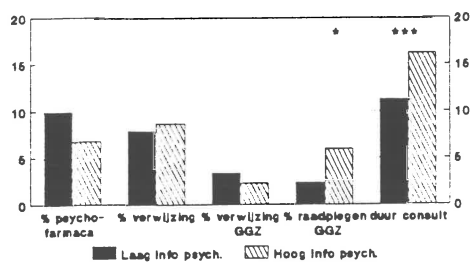
Behandelmethoden-I
Psychosociaal vragen
Psychische klachten



* .05p<.05; ** .001p<.01; *** p<.001

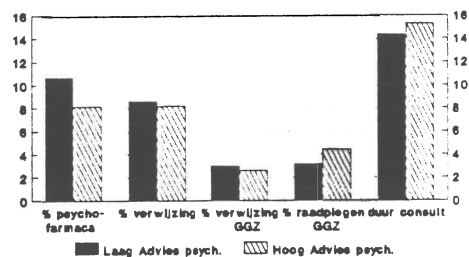


Behandelmethode-II
Informatie psychisch hoog vs laag
Psychische klachten



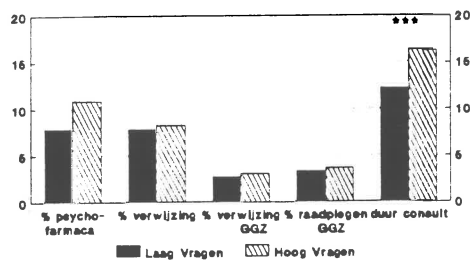
*** p<.001

Behandelmethode-II
Adviezen psych.
Psychische klachten



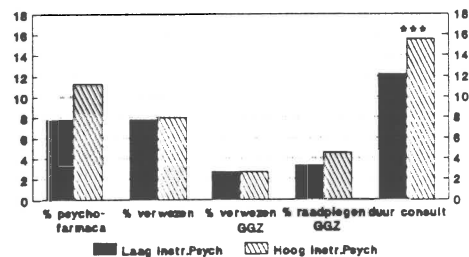
*.01p<.06; **.001p<.01; *** p<.001

Behandelmethode-II
Psychische vragen hoog vs laag
Psychische klachten



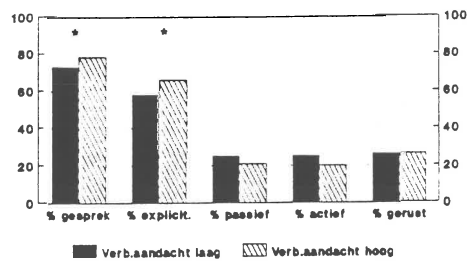
*.01p<.06; **.001p<.01; *** p<.001

Behandelmethode-II
Instrument. psychisch tot. laag vs hoog
Psychische klachten

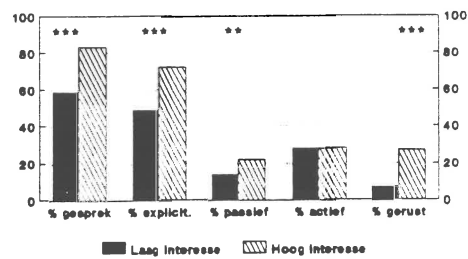


*.01p<.06; **.001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-I
Verbale aandacht: laag vs hoog
Psychosomatische klachten

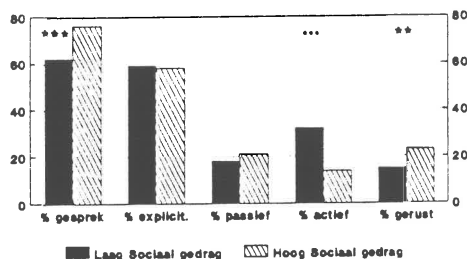


Behandelmethoden-I,
Interesse: hoog - laag
Psychosom. klachten



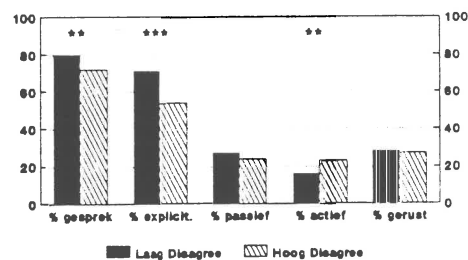
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Sociaal gedrag: hoog vs laag
Psychosom. klacht



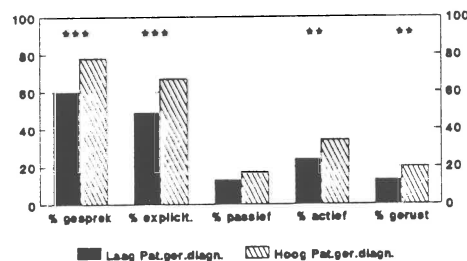
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Disagree: hoog vs laag
Psychosom. klachten



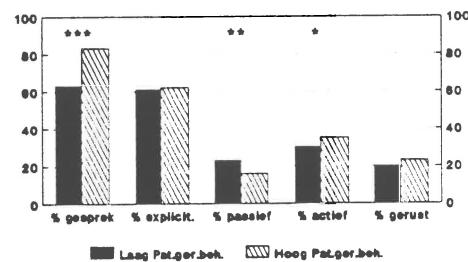
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Patientgerichtheid diagnose laag vs hoog
Psychosomatische klachten



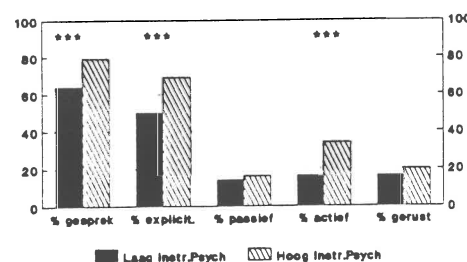
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Patientgerichtheid behand. laag vs hoog
Psychosomatische klachten



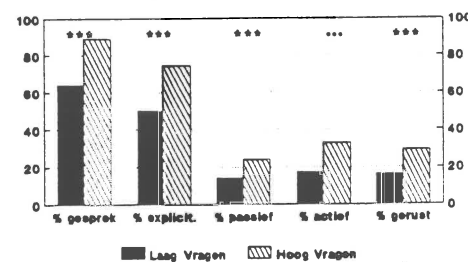
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Instrument. psychisch tot. laag vs hoog
Psychosomatische klachten.



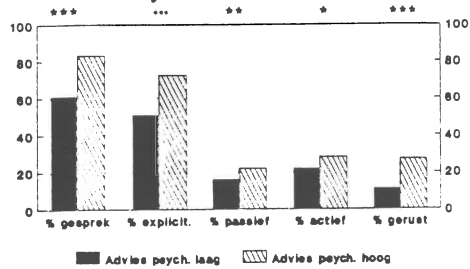
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethoden-I
Psychosociaal vragen
Psychosom. klachten



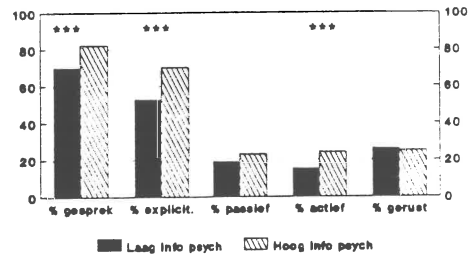
* .05 < p < .06; ** .005 < p < .01; *** p < .001

Behandelmethode-I
Advies psychosoc: laag vs hoog
Psychosom. klachten



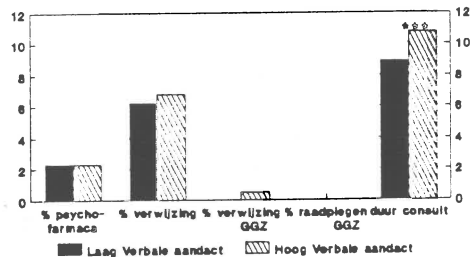
*** p<.001

Behandelmethode-I,
Info psych: hoog - laag
Psychosom. klachten



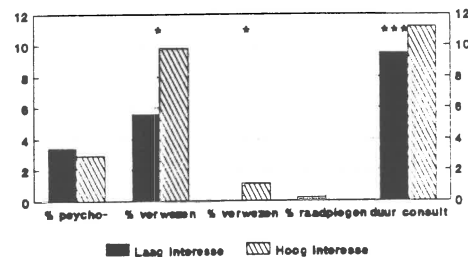
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Verbale aandacht hoog vs laag
Psychosom.klachten



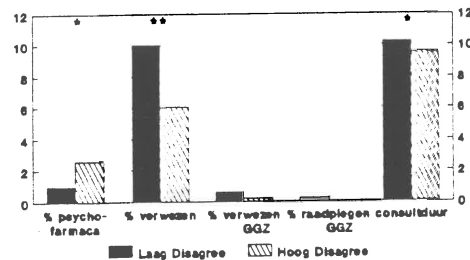
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Interesse: hoog - laag
Psychosom. klachten



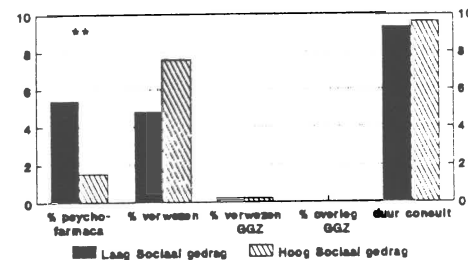
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Disagree: hoog vs laag
Psychosom. klachten



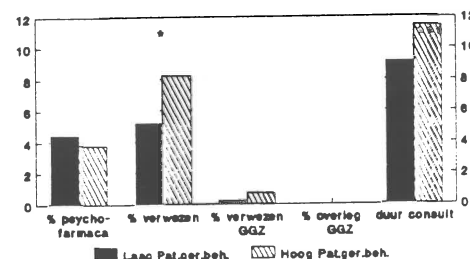
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Hoog vs laag sociaal gedrag
Psychosom. klachten



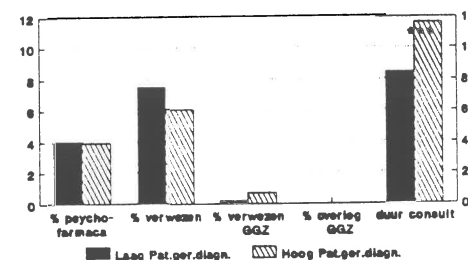
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Patientgerichtheid behand. laag vs hoog
Psychosomatische klachten



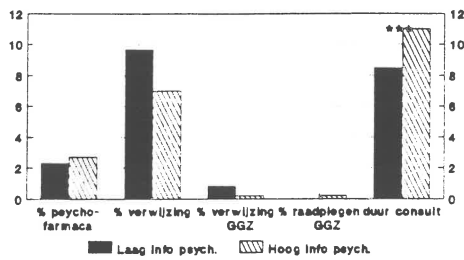
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethode-II
Patientgerichtheid diagnose laag vs hoog
Psychosomatische klachten



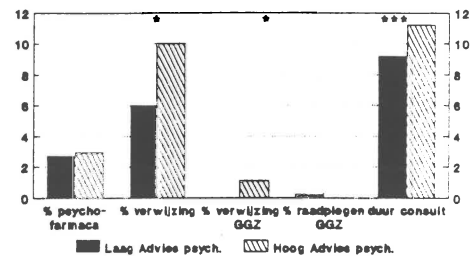
* .0<p<.06; ** .00<p<.01 *** p<.001

Behandelmethoden-II
Informatie psychisch hoog vs laag
Psychosom. klachten



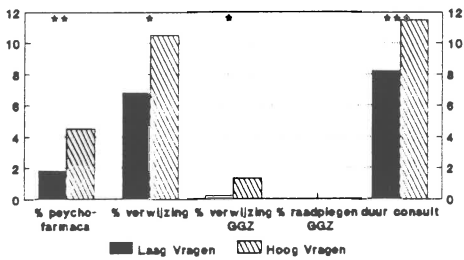
*** p<.001

Behandelmethoden-II
Adviezen psych.
Psychosom. klachten



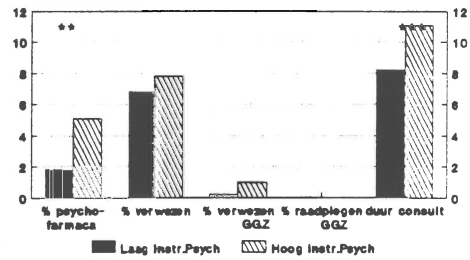
*.01p<.05; **.001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-II
Psychische vragen hoog vs laag
Psychosom. klachten



*.01p<.05; **.001p<.01; *** p<.001

Behandelmethoden-II
Instrument. psychisch tot. laag vs hoog
Psychosom. klachten



*.01p<.05; **.001p<.01; *** p<.001