

**Redactiecommissie**

F.J. Meijman, arts, voorzitter  
 Prof. dr. B. Meyboom-de Jong  
 W.A. van Veen, arts  
 Prof. dr. H.G.M. van der Velden  
 Prof. dr. C. van Weel  
 Dr. J. De Maeseneer, adviseur

**Eindredactie**

Drs. E.A. Hofmans/Editekst  
 Postbus 49, 8200 AA Lelystad  
 Telefoon 03200 - 41 891

**Redactiesecretariaat**

Mevrouw C. Bakker-Bosman  
 Wilhelminapark 45,  
 3581 NL Utrecht  
 Postbus 14015, 3508 SB Utrecht  
 Telefoon 030 - 516 741  
 Fax 030 - 541 560

**Nederlands Huisartsen  
Genootschap**

Wilhelminapark 45,  
 3581 NL Utrecht  
 Postbus 14006, 3508 SB Utrecht  
 Telefoon 030 - 516 741  
 Fax 030 - 541 560

**Uitgeverij/advertentie-exploitatie**

Bohn Stafleu Van Loghum bv,  
 Postbus 246, 3990 GA Houten  
 Telefoon 03403-95711  
 Advertenties behoeven de goed-  
 keuring van de redactiecommissie.  
 Inzenden aan de uitgeverij.

**Abonnementen**

Intermedia bv, Postbus 4,  
 2400 MA Alphen a/d Rijn  
 Telefoon 01720-66811  
 Binnenland NLG 125,60 per jaar.  
 België BEF 2.657 per jaar.  
 Overig buitenland NLG 175,-  
 per jaar.  
 Studenten NLG 72,25 per jaar.  
 Losse nummers NLG 13,50.  
 Huisarts en Wetenschap  
 verschijnt 13 x per jaar.  
 Opzeggingen dienen ten minste  
 twee maanden voor de aanvang  
 van een kalenderjaar te worden  
 gericht aan Intermedia bv.

**Adreswijzigingen**

NHG-leden aan het NHG-  
 bureau; overige abonnees aan  
 Intermedia bv.

**Druk**

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse  
 Organisatie van  
 Tijdschrift-Uitgevers  
 NOTU.

ISSN 0018-7070

## Psychische stoornissen

Kennis van de epidemiologie van de psychiatrische morbiditeit onder de bevolking en op de verschillende niveaus van hulpverlening kan bijdragen tot de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. In een onderzoek onder de patiënten van 25 huisartsen in de provincie Groningen en vervolgens in de praktijk van die huisartsen gingen *Giel et al.* na welke factoren in het geding zijn bij de herkenning, diagnostiek en verwijzing van patiënten met psychische stoornissen. (p. 169). Hun bevindingen lijken erop te wijzen dat de aard van iemands klagen en de aanwezigheid van symptomen en beperkingen een grotere rol spelen voor de huisarts dan kennis van het sociale netwerk en de levensgebeurtenissen van de betrokken patiënt. Actuele klachten zijn voor huisartsen kennelijk een belangrijker aangrijpingspunt dan risicofactoren.

In zijn commentaar wijst *Van der Velden* erop dat screeningsvragenlijsten niet beschouwd mogen worden als gouden standaard om het diagnostisch handelen van huisartsen mee te beoordelen (p. 154). Volgens hem is er geen reden om een substantiële onderdiagnostiek van psychische stoornissen te veronderstellen. Hij vraagt (opnieuw) aandacht voor de betrekkelijkheid van diagnostische etikettering in de huisartspraktijk.

## Alleenstaanden

De gezinsgeneeskundige benadering wordt als een belangrijk element van de huisartsgeneeskunde gezien, hoewel er in toenemende mate twijfels geuit worden over de realisering van dat element in de praktijk. Het is al riskant als de huisarts leden van een traditioneel gezin vanuit stereotypen tegemoet treedt, maar bij patiënten met een eenpersoons-huishouden weet hij helemaal niet 'zomaar' hoe het er met het sociale relatienetwerk van de betrokkene voorstaat, hoeveel daadwerkelijke steun daarvan uitgaat en in hoeverre het alleenstaand-zijn in dit geval moet worden aangemerkt als een gezondheidsrisico. Toch moeten deze vragen rijzen tijdens de contacten met de talloze alleenstaanden – of beter gezegd: alleenwonenden – die Nederland kent; een kleine 30 procent van de Nederlandse huishoudens omvat immers niet meer dan één persoon.

*Querido* inventariseerde de morbiditeit en problemen die bij alleenstaanden verwacht kunnen worden (p. 173). Het beeld dat men zich op grond van zijn literatuuronderzoek kan vormen, is zeker niet volledig; de onderzoeksgegevens schieten te kort. Dat het alleen wonen uiteenlopende betekenissen kan hebben – ook in medisch opzicht – is echter wel duidelijk. Op die belangrijke conclusie wijst ook *Schnabel* in zijn commentaar, waarin hij een nieuwe invulling van de 'gezinsgeneeskunde' in een breder kader plaatst (p. 156).

## Ontevredenheid

Hoe ontevreden zijn huisartsen over het contact met patiënten en waar schrijven zij die ontevredenheid aan toe? Eerder liet *Beukema-Siebenga* ons al kennis maken met het Groningse narrige gevoel van 'bakzeil halen', nu rapporteert ze over een exploratief onderzoek naar ontevredenheid van huisartsen in zes praktijken op het Groninger platteland (p. 166).

## Maagklachten

De farmacotherapie bij maagklachten heeft een belangwekkende ontwikkeling doorgemaakt die de dagelijkse praktijk niet onberoerd heeft gelaten. Mede doordat het bij peptische aandoeningen om een welomschreven indicatiegebied gaat, vormen zij een geschikt onderwerp om een vergelijking te maken tussen een beredeneerd voorkeursbeleid en de daadwerkelijke prescriptie in de huisartspraktijk. *Zijlstra et al.* rapporteren over zo'n vergelijking en leveren aldus een combinatie van nascholing en toetsing (p. 158).

## Acne

Een hardnekkige en voor de patiënt zeer storende kwaal als acne leent zich bij uitstek voor protocollering. Over de diagnose bestaat immers weinig twijfel, terwijl de patiënt een redelijk succesvol therapeutisch beleid van zijn huisarts mag verwachten. De nieuwste NHG-standaard wijst de weg (p. 183).

## En dan nog...

... die huisarts die een patiënte naar de internist verwees met de zinsnede: 'Gaarne uw aandacht voor de buikpijnen van mevrouw Jansen, waarvoor ik op mijn gebied geen aanknopingspunten kon vinden.'

## Rubrieken

Ingezonden	189
Kennistoets	194
Referaten	195
Aankondigingen	196
Boeken	197
Congres	200
Berichten	201
NHG	202
Agenda	203

## Richtlijnen voor auteurs

*Huisarts en Wetenschap* volgt de 'Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals' (Vancouver style). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op de laatste pagina van de nummers 2 en 3 van deze jaargang.

# Diagnostiek van psychische stoornissen

*'Eine Diagnose an sich gibt es nicht, sondern es gibt in Wahrheit verschiedene diagnostischen Tiefen'*  
(Kruesi, 1968).

Van der Velden HGM. Diagnostiek van psychische stoornissen [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(4): 154-5.

Geen model, of het reduceert de werkelijkheid; geen structuur, of zij gaat voorbij aan relevante aspecten van de praktijk.

De vigerende 'trriage' binnen ons medisch zorgsysteem – de echelonnering van de professionele medische hulpverlening – heeft onmiskenbare voordelen. Zij schept de voorwaarden voor een optimale en efficiënte aanwending van de beschikbare kennis en vaardigheden. De 'filtering' van het bestand aan ziekten – of liever zieke mensen – via achtereenvolgens het consultatiegedrag van de bevolking, de probleemwaardering en het beleid van de huisarts en tenslotte specialistische expertise, biedt iedere hulpverlener op zijn eigen niveau de grootste kansen op valide en betrouwbare interpretaties van de aangeboden problemen.

In dit nummer refereren *Giel et al.* aan het model van Goldberg & Huxley voor de benadering van psychiatrische morbiditeit in de totale bevolking en op de verschillende niveaus van het medisch hulverleningssysteem.<sup>1</sup> In feite gaat het om een indeling van mensen met stemmingsstoornissen naar de vraag of zij professionele hulp hebben ingeroepen, en zo ja, op welk niveau en op welke titel zij behandeld worden.

In essentie is zo'n model toepasbaar op alle ziekten en gezondheidsstoornissen. Daarbij spelen niet alleen de aard of de ernst van de klachten of symptomen een rol; ook psychische, sociale en culturele factoren bepalen of men al dan niet de huisarts consulteert.

Het eerste 'filter', het consultatiegedrag, is een verre van uitsluitend medische aangelegenheid, laat staan dat het de 'medical need' van de bevolking betrouwbaar en consistent selecteert. Dit filter is anderzijds nogal grofmazig, in die zin dat op jaarbasis driekwart van de patiënten contact met de huisarts heeft. Het is bovendien van een geheel andere orde dan de volgende filters, die betrekking hebben op de medisch-diagnostische sensitiviteit en specificiteit van de huisarts en zijn daarop gebaseerde beslissing om de patiënt al dan niet als 'ziek' te labelen en eventueel naar een hoger echelon te verwijzen.

Toch consulteren lang niet alle mensen met klachten of symptomen – laat staan met risicofactoren (of hogere scores op een of ander meetinstrument) – hun huisarts. Voorzover zij dat wel doen, behoeft dat niet voor deze 'stoornissen' te zijn en ook de huisarts zal niet bij elk consult aandacht schenken aan alle bestaande of vermeende 'afwijkingen'.<sup>2</sup>

De aangeboden en geregistreerde morbiditeit is kwantitatief en kwalitatief een onvolledige en vertekende afspiegeling van de morbiditeit die in de populatie aanwezig is.<sup>3</sup> Het is de vraag of dit een bezwaar is. De prioriteiten kunnen in het individuele geval een ander spoor volgen dan in het algemeen wenselijk wordt geacht. Misschien is het voor een bepaalde patiënt problematischer als bijvoorbeeld angineuze bezwaren

niet worden onderkend dan als een 'psychische stoornis' buiten beschouwing blijft.

Het onderzoek van *Giel et al.* is interessant, omdat het niet alleen de verschillende aard van de filters tussen de onderscheiden zorgniveaus bevestigt, maar ook aanwijzingen verschaft omtrent de factoren die het filterproces bepalen. Dit is van belang voor een beoordeling van de werkzaamheid, de doeltreffendheid en doelmatigheid van ons geëchelonnerde zorgsysteem.

Van de huisarts kan wellicht verwacht worden 'dat hij mensen met psychische problemen zoveel mogelijk zelf behandelt',<sup>1</sup> maar hiermee kan niet zonder meer bedoeld zijn dat hij alle mensen in zijn praktijk met psychische problemen opspoorde en behandelt.

Onderzoek als dat van *Giel et al.* en de recente studie van *Van Marwijk et al.*<sup>4</sup> naar het vóórkomen van depressies bij ouderen worden mede geïnspireerd door een veronderstelde onderdiagnostiek van huisartsen. Huisartsen zouden bijvoorbeeld nogal wat psychische c.q. psychiatrische problematiek over het hoofd zien of niet als zodanig onderkennen.<sup>5</sup> Zoals *Van Marwijk et al.* terecht opmerken, zijn dergelijke veronderstellingen vrijwel altijd gebaseerd op vergelijkingen tussen enerzijds screening met behulp van zelfbeoordelingschalen, niet zelden in de open bevolking, en anderzijds het 'klinisch oordeel' van huisartsen. Zij zijn dus op voorhand onjuist.

De ongecorrigeerde toepassing van diagnostische instrumenten op verschillende niveaus van zorg – dus bij minder of meer geselecteerde populaties – is überhaupt onjuist, maar bovendien is een op zichzelf geschikte screeningsmethodiek niet voldoende om een 'diagnose' te stellen. Zo 'is een bepaalde score op een depressieschaal niet zonder meer gelijk te stellen met een (bepaald type) depressie'.<sup>6</sup> Hetzelfde geldt voor de General Health Questionnaire (GHQ), waarbij een hogere score gepaard gaat met een grotere kans op 'psychisch onwelbevinden' c.q. 'psychische problematiek'.

De voorspellende waarde van screeningsinstrumenten is, zoals voor elke test geldt, afhankelijk van de prevalentie van het onderzochte fenomeen in de desbetreffende populatie. Deze prevalentie is in de regel niet vast te stellen met hetzelfde instrument als waarmee men screent, maar dient geobjectiverd te worden door (in dit geval) het klinisch-psychiatrisch onderzoek, waarbij gestructureerde interviews als het 'Diagnostic Interview Schedule' of de 'Present State Examination' als hulpmiddel dienen om deze diagnostiek te standaardiseren.

In het onderzoek van *Giel et al.* bleek bijna de helft van de 'GHQ-positieve patiënten' bij wie de huisarts geen psychische

problematiek vaststelde, toch een 'psychische stoornis' te hebben. Zo'n bevinding suggereert op het eerste gezicht een substantiële 'fout-negatieve diagnostiek' van de huisarts. Zo erg is het echter niet.

Uit een onderzoek van *Bensing en Beerendonk*<sup>2</sup> blijkt bijvoorbeeld, dat de huisarts bij 86 procent van de mensen met een positieve GHQ-score wel op de hoogte was van manifeste of achterliggende psychische problematiek, maar dit in 29 procent van de gevallen niet als zodanig benoemde. De huisarts miste geen 29 procent, doch slechts 14 procent van de GHQ-positieve patiënten.

En wat is dan nog 'missen'? Misschien ontsnapte de psychische problematiek aan de aandacht, omdat de patiënt en/of de dokter andere prioriteiten in hun hoofd hadden? Misschien had de patiënt er geen behoefte aan zijn psychische probleem aan de orde te stellen. 'Juist bij psychische en sociale problemen is het van doorslaggevend belang of patiënten zelf menen dat zij daaronder lijden en daarvoor behandeld willen worden'.<sup>7</sup>

Screeningsvragenlijsten als de GHQ of welke depressieschaal ook zijn niet op voorhand als 'gouden standaard' te hanteren. Zij zijn ontworpen om individuen te karakteriseren en te rubriceren naar bepaalde kenmerken, i.c. de kans dat er sprake is van min of meer ernstige 'pathologie'; niet minder maar ook niet meer dan dat.<sup>8</sup> Screeningsonderzoek door middel van vragenlijsten en zelfbeoordelingsschalen blijft een hachelijk en controversieel uitgangspunt voor de beoordeling van het diagnostisch handelen van huisartsen. Taken en functies van de huisarts zijn in eerste instantie gericht op de aangeboden morbiditeit, die om allerlei redenen afwijkt van werkelijk of vermeend aanwezige pathologie in de bevolking. Een hoge score op een *questionnaire* is geen 'diagnose', ook al passen we hoge afkappunten toe; het is hoogstens een risico-indicator: geen gouden standaard, maar een 'vergulde afspraak'. Een hoge score, gehanteerd als nosologische entiteit, bijvoorbeeld 'depressief syndroom', biedt het risico van overdiagnostiek en bijgevolg overbehandeling.

Huisartsen kunnen vaak volstaan met een symptoomdiagnose en de patiënt afdoende helpen zonder verdere labelling of etikettering, nog afgezien van het feit dat ook veel psychische problematiek *self-limiting* is en therapeutische bemoeie-

nissen niet immer kunnen bogen op een hoog rendement of zelfs enig effect.

Voorshands is er geen reden om een substantiële onderdiagnostiek van psychische stoornissen te veronderstellen. Integendeel, huisartsen herkennen of zijn op de hoogte van verreweg de meeste gevallen van psychische problematiek. Als zij er geen aandacht aan besteden, hebben zij er meestal hun redenen voor. Huisartsen laten zich hierbij niet gemakkelijk verleiden tot het stellen van 'diagnosen', zeker niet als deze weinig diepgang hebben. Het verhindert hen kennelijk niet om de patiënten, als zij dat vragen, van dienst te zijn.

Dat er daarnaast mensen met psychische problemen 'in het wild rondlopen' is een andere zaak. Of deze mensen moeten worden opgespoord en het medische circuit dienen te worden binnengeloodst, is de vraag. En het antwoord op die vraag impliceert niet op voorhand een opsporingsopdracht aan de huisarts.

H.G.M. van der Velden

<sup>1</sup> Giel RA, Koeter MWJ, Van de Meer K, Ormel J. De filters in het model van Goldberg & Huxley in de praktijk. Diagnostiek en verwijzing van psychische stoornissen in de eerste lijn. Huisarts Wet 1991; 34(4): 169-72.

<sup>2</sup> Bensing J, Beerendonk Ph. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Weten en meten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1990; 50: 595-618.

<sup>3</sup> Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.

<sup>4</sup> Van Marwijk HWJ, Kaptein AA, Mulder JD. De prevalentie van depressie bij ouderen. Een literatuurstudie. Huisarts Wet 1990; 33: 472-7.

<sup>5</sup> Freeling P, Rao BM, Paykel ES, et al. Unrecognised depression in general practice. Br Med J 1985; 290: 1880-3.

<sup>6</sup> Zitman FG, Griez E.J.L. Meetschalen voor angst en depressie. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 134: 845-8.

<sup>7</sup> Lamberts H. Psychische en sociale problemen: een diagnostisch raadsel? Huisarts Wet 1989; 32: 78-9.

<sup>8</sup> Furer, Persoon JMG. Regioproject Tijdschr Soc Geneesk 1989; 67: 5-10. Nijmegen: vergelijking van subjectieve en objectieve gezondheidsmeting, verklaring van ziekte- en hulpzoekgedrag. ■