

WEINIG AANDACHT VOOR SPANNINGEN

Huisarts pikt psychosociale signalen vaak niet op

De huisarts heeft bij zijn patiënten weinig oog voor stress en zorgen die zich uiten in lichamelijke klachten. In de nascholing wat meer aandacht voor het oppikken van psychosociale signalen kan volgens het Nivel geen kwaad.

JANNEKE NOORDMAN C.S.

Patiënten met psychische of sociale problemen hebben bijna tweemaal zo vaak contact met de huisarts als patiënten die alleen kampen met lichamelijke klachten.¹ Psychosociale problemen uiten zich in eerste instantie vaak als een lichamelijke klacht.²⁻⁴ Stress en zorgen spelen daarbij een belangrijke rol. Vroegtijdige onderkenning hiervan leidt eerder tot een adequate behandeling, die het herstel van de patiënt mogelijk versnelt.³ Het is daarom van belang dat de huisarts nagaat of psychosociale problemen een rol spelen bij klacht(en) van patiënten.^{5,6}

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Nivel, heeft 1417 video-opnamen van huisarts-patiëntconsulten geobserveerd en vragenlijsten van patiënten en huisartsen geanalyseerd om te achterhalen in hoeverre huisartsen stress of zorgen opmerken bij patiënten en vervolgens met hen bespreken.^{7,8} De bevindingen

zijn gebaseerd op gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.⁹

EMOTIONEEL LEED

Slechts bij een derde van de patiënten (32,4%) die voorafgaand aan het consult de oorzaak van de klacht toeschrijft aan stress en zorgen, komen die ook in het gesprek met de huisarts aan bod. Het initiatief ligt dan voornamelijk bij de patiënt: bij 23,8 procent van hen (n=281), worden stress en zorgen op initiatief van de patiënt besproken en bij 8,6 procent omdat de huisarts erop ingaat.

In een onderzoek van Cape c.s. noemden patiënten onder meer het gepercipieerde gebrek aan tijd van de huisarts (48%) als reden om geen initiatief te nemen. Ook het idee dat de huisarts niets eraan kon doen (39%) speelde een rol.⁹ Daarnaast meende 36 pro-

cent van de patiënten (goed) te kunnen omgaan met emotioneel leed of verdriet, 45 procent schaamde zich ervoor of wilde de huisarts niet ermee lastigvallen. Opvallend is dat iets meer dan de helft van de patiënten (53%) wél aangaf dat zij het prettig zouden hebben gevonden als de huisarts de (mogelijke) psychosociale problemen zou hebben aangeroerd en had doorgevraagd naar hun psychosociale welzijn.¹⁰

Het Nivel heeft na het consult de patiënten nogmaals gevraagd wat volgens hen de oorzaak van de klacht was. 83 procent van hen die aanvankelijk dacht dat de klacht werd veroorzaakt door stress of zorgen, denkt dit twee weken na het consult nog steeds. Bij 60,3 procent van hen zijn de psychische spanningen niet met de huisarts besproken. De huisartsen hebben in het onderzoek na het consult aangegeven of er volgens

Vroegtijdige onderkenning van stress en zorgen kan het herstel van de patiënt versnellen.



hen psychosociale aspecten een rol spelen bij de klacht van de patiënt. Bij 69 procent van de patiënten die vermoedt dat stress of zorgen de klacht veroorzaken, denkt de huisarts hier niet aan. Als de huisarts wél vermoedt of weet dat psychosociale aspecten een rol spelen, worden de problemen in twee derde van de gevallen niet besproken.

De onderzoekers gingen ervan uit dat stress en zorgen in herhaalconsulten vaker zouden worden gesproken dan tijdens het eerste consult en/of dat in een herhaalconsult vaker een psychosociale diagnose zou worden gesteld - de huisarts wil immers eerst een lichamelijke probleem uitsluiten.⁶ Maar bij een herhaalcontact wordt nauwelijks vaker gesproken over stress of zorgen dan bij het eerste contact (12,2 versus 11,1%), zo blijkt uit het onderzoek.

Patiënten wijten de oorzaak van hun klacht vaker aan stress als de klacht al langer bij de huisarts bekend is. Van de patiënten die vermoeden dat de mogelijke oorzaak van de klacht stress is (n=281) komt 70,7 procent voor een herhaalcontact.

INTERVIEWTECHNIEK

De Nivel-studie bevestigt eerder onderzoek waaruit al bleek dat psychologische problemen door veel huisartsen en patiënten niet worden geëxploreerd, zelfs niet als een van beiden vermoedt dat het van belang is.^{7 11 12} Dit is vooral het geval als patiënten lichamelijke symptomen vertonen en zelf niet het initiatief nemen om psychosociale problemen te benoemen.^{3 10}

Er zijn een aantal factoren die bijdragen aan het feit dat de huisarts psychosociale aspecten niet oppikt. Denk aan somatisering van klachten door de patiënt en comorbiditeit, vooral als er sprake is van een combinatie van psychosociale klachten en somatische problemen.¹ Van groot belang zijn de ervaring, training of scholing, houding en interviewtechniek van de huisarts.^{12 13} Een open, patiëntgeoriënteerde communicatiestijl blijkt bij te dragen aan de herkenning van psychosociale problemen bij patiënten.^{3 12}

Een andere reden dat de huisarts stress en zorgen van de patiënt niet aan de orde stelt, is dat bespreking ervan vaak leidt tot een langer consult.^{7 12} Op korte termijn levert het dus tijdswinst op, al is het de vraag of dit ook geldt voor de langere termijn. Immers, veel patiënten die

SAMENVATTING

- Slechts bij een derde van de patiënten die zelf stress of zorgen als mogelijke oorzaak zien van hun lichamelijke klacht, wordt tijdens het consult over dit onderwerp gesproken.
- Als ze wél aan bod komen, is het vaak op initiatief van de patiënt.
- Het lijkt zinvol om in de nascholing van huisartsen aandacht te besteden aan een adequate reactie op psychosociale signalen van de patiënt.

vermoeden dat stress of zorgen de lichamelijke klacht veroorzaken, komen terug voor een herhaalconsult. Mogelijk leidt een betere afstemming tussen patiënt en huisarts tot een effectiever consult en een afname van het aantal herhaalconsulten. In de nascholing lijkt het zinvol aandacht te besteden aan het herkennen, exploreren en adequaat reageren op psychosociale signalen van de patiënt.^{3 6 13} Daarnaast kunnen praktijkondersteuners, zoals de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of een GGZ-medewerker, een ondersteunende rol spelen.¹⁴ ■

drs. J. Noordman,
onderzoeker Nivel

dr. J. van Weert,
universitair docent gezondheidscommunicatie van de
afdeling communicatiewetenschap aan de UvA

dr. A.M. Dulmen,
programmaleider Communicatie in de zorg Nivel

prof. dr. J.M. Bensing,
hoogleraar gezondheidspsychologie bij de vakgroep gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht en directeur Nivel

Correspondentieadres: j.noordman@nivel.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Het Nivel-factsheet waarop dit artikel is gebaseerd, vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

VELDWERK

Volwassen



Een patiënte met een borderline-persoonlijkheidsstoornis is opgenomen met een

paracetamolintoxicatie. Als ik de deur naar haar kamer open, schrik ik van de enorme bende. Alles wat mogelijkwerwijs kon worden gemoesteed, ligt in onderdelen over de vloer. De patiënte ligt huilend en scheldend op haar bed.

Wanhopig graaf ik in mijn herinneringen naar tips en voorbeelden uit mijn coschap psychiatrie die mij uit deze penibele situatie kunnen redden. Ik werp een blik op de coassistent en de (senior)verpleegkundige. Helaas. Wel verwachtingsvolle blikken, maar geen hulp.

Ik haal diep adem, negeer het geschreeuw en begin op kalme toon uit te leggen dat de leverfunctiestoornissen van patiënte verbeteren. Ze lijkt te luisteren en stamelt zelfs 'ja' als ik haar vraag of ze het heeft begrepen. Ik slaak een zucht van verlichting, geef haar een hand en wens haar sterkte.

Enkele dagen later moet ik een patiënt en zijn familie vertellen dat hij niet te behandelen is. Een verkapt doodsvonnis. Zijn dochter stormt de kamer uit, terwijl de patiënt over kleinkinderen begint te snikken en zijn vrouw wil weten 'hoe lang nog'. Ik doe mijn best om zelfverzekerd en rustig alle familieleden één voor één te woord te staan.

Geen enkel simulatiegesprek tijdens mijn opleiding lijkt in de verste verte op de gesprekken die ik nu op de afdeling moet voeren. Alle mentoren en supervisors ten spijt, ik sta er nu alleen voor. Met mijn 26 jaar kan ik amper putten uit levenservaring, maar ik word wel geacht volwassen te zijn. Hoe moet ik dat leren? ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent

Literatuur

1. Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. (2005) The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Family Practice*, 22, 293-297.
2. In de literatuur worden de termen psychologische, mentale, emotionele en psychosociale problematiek of klachten vaak door elkaar gebruikt. In dit artikel wordt de term 'psychosociaal' gebruikt; stress of zorgen vallen hieronder.
3. Pasch Van der M, Verhaak PFM. (1998) Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient Education and Counseling*, 33, 97-112.
4. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. (2000) General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *British Journal of General Practice*, 50, 313-318.
5. Ormel J, Brink Van den W, Koeter M, Giel R. et al. (1990) Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-924.
6. Goldberg D. (1992) A classification of psychological distress for use in primary care settings. *Social Science Medicine*, 35, 189-193.
7. Van de onderzochte groep patiënten is 8,5% gediagnosticeerd (volgens ICPC-codering) met een psychologische of sociale klacht (ICPC hoofdstuk P of Z) en valt 91,5% onder de overige (somatische) hoofdstukken uit de ICPC classificering.
8. Noordman J, Weert van J, Brink-Muinen van de A, Dulmen van S, Bensing J. (2007) Komt stress van de patiënt aan bod bij de huisarts? NIVEL: Utrecht.
9. Brink-Muinen van de A, Dulmen van AM, Jung HP, Bensing AM. (2007) Do our talks with patients meet their expectations? *Journal of Family Practice*, 56, 559-568.
10. Cape J, McCulloch Y. (1999) Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *British Journal of General Practice*, 50, 313-318.
11. Martinez R, Reynolds S, Howe A. (2006) Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *British Journal of General Practice*, 56, 594-599.
12. Scott J, Jennings T, Standart S, Ward R, Goldberg D. (1999) The impact of training in problem-based interviewing on the detection and management of psychological problems presenting in primary care. *British Journal of General Practice*, 49, 441-445.
13. Wright AF. (1996) Unrecognized psychiatric illness in general practice. *British Journal of General Practice*, 46, 327-328.
14. NPCF (2006) Eerstelijnszorgfunctie psychosociale zorg. www.npcf.nl, 18-06-2007.