

# **Diagnostiek en indicatiestelling met behulp van vragenlijsten in de huisartsenpraktijk**

**dr. G.J. Kloens, mw. dr. M.A. de Boer- Sonnenschein, drs. E. Labree,  
mw. A.C. Huisman- van der Valk, M.Sc & mw. drs. G. van Duijn<sup>1</sup>**

*artikel in ontwerp fase*

## *Summary*

In the present studies the psychometric properties of a primary healthcare inventory the EersteLijnsMonitor (ELM) were studied within the field of primary health care in the Netherlands in 2007. The ELM is a new short instrument with a maximum of 124 questions, filled in by patients on a web based platform *The CareMetrics Healthcare Platform* of CareMetrics BV.

In the first part of this study, scientific notes on the process of diagnosis for the general practitioner in medicine are given. A list of benefits and disadvantage of questionnaires is given. A general review on studies on the use of questionnaires in the field of primary healthcare in the Netherlands is given. The construction and content of the ELM is presented.

In a first study, a group of 320 patients and 299 healthy people filled in the ELM. The results of this study confirm the positive psychometric properties of the ELM in the primary health care. A second order factor analyses on the 13 scales of the ELM results in three factors: general psychopathological symptoms, personality problems and extraversion. A second study, a group of 44 patients in primary health care, filled in within the *CareMetrics Healthcare Platform* the ELM and the PsyCareMonitor (PCM), a set of six frequently used instruments, the Symptom Checklist-90 (SCL-90), the Negativism-Psychopathology-Somatisation-Test (NPST), the Dutch Personality Questionnaire-2 (NPV-2), the Utrecht Coping List (UCL), the Dutch Relation Questionnaire (NRV) and the Utrecht Burnout Questionnaire (UBOS). This small study confirms the positive results of the first study.

---

<sup>1</sup> Kloens, de Boer- Sonnenschein, Labree, Huisman-van der Valk en van Duijn, maken deel uit van het *Wetenschappelijk Platform* van CareMetrics, een groep van wetenschappers, waaronder methodologen, artsen en sociale wetenschappers.

The ELM is a short instrument for the screening of psychopathology, personality, coping and quality of intimate relation for the use by general practice medicine or psychologists in primary health care, with positive psychometrics properties. Future studies should focus on predictive value of the ELM and the discrimination between patients with different DSM-IV Axis-I disorders.

<b>Summary</b> .....	1
<b>Inleiding</b> .....	4
<b>1.1 De voordelen en nadelen van het gebruik van (computergestuurde) vragenlijsten in de eerste lijn</b> .....	6
<b>1.2 Wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn</b> ....	8
<b>1.3 Uitgangspunten diagnostiek en indicatiestelling in de eerste lijn</b> .....	10
<b>1.4 De afname van de EersteLijnsMonitor (ELM)</b> .....	12
<b>1.4.1 De constructie van de EersteLijnsMonitor (ELM)</b> .....	12
<b>1.4.2 de EersteLijnsMonitor (ELM); Hoofdcategorieën, schalen en items</b> .....	15
<b>1.4.3 De positionering van de ELM in het zorgproces van de huisarts</b> .....	20
<b>1.4.4 De resultaten van de ELM na een onderzoek bij patiënten</b> .....	23
<b>1.4.4.1 Proefgroep en procedure</b> .....	23
<b>1.4.4.2 Resultaten</b> .....	26
<b>1.5 Veelgebruikte vragenlijsten in de eerstelijnspsychologie; de PsyCareMonitor (PCM)</b>	35
<b>1.5.1 De vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV, UCL en NRV én bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek</b> .....	41
<b>1.6 De samenhang van de ELM met veelgebruikte vragenlijsten in de PCM</b> .....	45
<b>1.7 Samenvatting en discussie</b> .....	50
<b>Referenties</b> .....	51

## *Inleiding*

Een academisch opgeleide huisarts die werkzaam is binnen de eerste lijn, neemt de positie in van een praktijkwetenschapper (scientist-practitioner). Het combineren van werkzaamheden in de eerstelijns huisartsenpraktijk, in de vorm van de dienstverlening aan patiënten, en het op een transparante en deskundige wijze gebruiken van wetenschappelijke kennis, is datgene wat de praktijkwetenschapper typeert. Als poortwachter in de zorg is het optimaliseren en professionaliseren van het diagnostisch proces met betrekking tot mensen met psychische of psychosociale klachten een belangrijk onderdeel van de praktijkvoering. Immers, 23,5% van de Nederlandse bevolking heeft last van psychische klachten. Angststoornissen en depressieve stoornissen maken deel uit van de top 5 van de meest voorkomende ziektebeelden in Nederland en Europa (bron: Trimbos, jaarverslag 2006).

Uitgangspunt bij de uitvoering van het diagnostisch proces is de zogenaamde stepped care of matched care werkwijze. Stap voor stap komt de huisarts samen met de cliënt en eventuele andere professionals tot een goede keuze voor de meest geschikte behandeling. Stepped care diagnostiek gaat uit van de aannames;

- a) eenvoudige diagnostiek gaat vooraf aan specialistische diagnostiek,
- b) goedkoop gaat vooraf aan duur, niet invasief gaat vooraf aan belastend *en*
- c) voor de patiënt begrijpelijk en eenvoudig gaat vooraf aan specialistisch en vaktechnisch.

Binnen stepped care diagnostiek en bijbehorend diagnostisch proces moet de huisarts als praktijk-wetenschapper keuzen maken met betrekking tot theorie, model en meetinstrumenten<sup>2</sup>. De methoden die professionals in de diagnostische fase vaak gebruiken zijn gesprek, observatie en gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het gebruik van betrouwbare en valide meetinstrumenten of vragenlijsten kan de huisarts helpen tot een goede diagnose en indicatiestelling te komen. Juist de huisarts zou als poortwachter in staat moeten zijn op grond van goede diagnostiek de juiste patiënt op de juiste (behandel)plek te krijgen. Een goede indicatiestelling draagt bij aan de matched care gedachte; de patiënt toewijzen aan de juiste behandelconditie. De huisarts moet daarvoor in staat zijn om binnen een korte termijn op een zo effectieve, efficiënte en betrouwbaar mogelijke wijze zoveel mogelijk informatie te verkrijgen over de klachten en achtergronden van de patiënt. Het inzetten van

---

<sup>2</sup> Voor een uitgebreide en recente beschrijving van de psychologische diagnostiek in de Gezondheidszorg wordt verwezen naar Luteijn et al. (2005).

diagnostische vragenlijsten kan de huisarts helpen deze doelstelling te behalen. Uitgangspunt binnen deze werkwijze is dat de rapportage van de bevindingen uit gesprek, observatie en de afname van vragenlijsten aan de patiënt en de verwijzer binnen een tijdsbestek van een week tot twee weken plaatsvindt. Webbased diagnostiek is bij uitstek een hulpmiddel om deze doelstelling te halen. Aansluitend kan de huisarts, indien passend binnen de indicatiestelling, een behandeling starten of verwijzen naar bijvoorbeeld de eigen praktijkondersteuning huisartsen (POH), een eerstelijnspsycholoog (ELP) of gespecialiseerde zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

In dit artikel is gekozen voor het woord ‘patiënt’, waarvoor ook ‘cliënt’ gelezen kan worden.

In dit artikel wordt een opsomming van voor- en nadelen van het gebruik van vragenlijsten gegeven. Vervolgens worden een aantal opmerkingen over wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn in Nederland vermeld. De uitgangspunten met betrekking tot diagnostiek en indicatiestelling in de eerste lijn en de plaats van vragenlijsten binnen het diagnostisch proces worden beschreven. Achtereenvolgens komt in dit hoofdstuk de plaats van de EersteLijnsMonitor (ELM)<sup>®</sup> als screeningsvragenlijst binnen het diagnostisch proces aan de orde. Als een mogelijke tweede stap in het diagnostisch proces worden een vijftal (diagnostische) vragenlijsten uit de PsyCareMonitor (PCM) beschreven, die op basis van hun beoordeling door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN; zie Evers et al., 2000) voldoende psychometrische kwaliteiten bezitten en vaak door psychologen en andere GGZ-professionals in de zorg binnen het werkveld van de eerste lijn gebruikt worden. Het betreffen de volgende vragenlijsten: a) de Symptom Checklist (SCL-90), b) de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST), c) de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV-2), d) de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en e) Nederlands Relatievragenlijst (NRV). Uit recent onderzoek in de eerste lijn (Kloens, 2005) blijkt dat deze vragenlijsten geschikt zijn om de professional informatie te geven over de meest voorkomende probleemgebieden in de eerste lijn, zoals relatieproblemen, depressieve klachten en angststoornissen.

In het afsluitende gedeelte van dit artikel worden de onderzoeksresultaten van de ELM bij een groep van 320 patiënten uit de eerste lijn en 299 gezonde mensen (als controlegroep), en de resultaten van een aanvullend onderzoek bij 44 patiënten met de ELM en PCM, beschreven.

### *1.1 De voordelen en nadelen van het gebruik van (computergestuurde) vragenlijsten in de eerste lijn*

Onderzoek naar de voor- en nadelen van het gebruik van (computergestuurde) vragenlijsten levert het volgende overzicht op (ter Laak en de Goede, 2003, Barelds et. al, 2005, Kloens, 2005, Luteijn, 2006):

A. voordelen van het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn:

1. vragenlijsten zijn betrouwbaar;
2. vragenlijsten zijn efficiënt en goedkoop. Het gebruik van computergestuurde vragenlijsten kan een enorme tijdsbesparing binnen het diagnostisch proces opleveren;
3. vragenlijsten dragen bij aan het screenen en identificeren van (de karakteristieken van) patiënten;
4. vragenlijsten helpen de professional en de patiënt, aanvullend op andere diagnostische methoden (bijvoorbeeld gesprek of observatie) bij het beantwoorden van vragen aangaande het diagnostisch proces, met andere woorden, bij het vinden en vaststellen van de juiste diagnose (onderkenning en verklaring);
5. vragenlijsten helpen de huisarts en de patiënt bij het kiezen van de meest geschikte behandeling (indicatiestelling). Op grond van de feedback of rapportage van onderzoeksresultaten kan deze uiteindelijke keuze voor behandeling samen worden gemaakt;
6. vragenlijsten helpen bij het voorspellen van therapiesucces (predictie);
7. de patiënt is aan het woord; zonder tussenkomst van een professional geeft de patiënt een beeld van bijvoorbeeld zijn persoonlijkheid. Bij de afname achter een anoniem beeldscherm hebben personen ook de neiging eerlijker te antwoorden dan in het bijzijn van een proefleider of professional;
8. vragenlijsten zijn objectief;
9. vragenlijsten zijn reproduceerbaar;
10. vragenlijsten kunnen helpen de effecten en resultaten van een interventie of behandeling te bepalen (Monitoring, zoals Routine-Outcome-Monitoring, ROM; follow-up metingen ten einde veranderingen in symptomatologie te bepalen);
11. het gebruik van vragenlijsten leidt tot een hoge mate van patiënttevredenheid en daarmee mogelijk aan therapietrouw;
12. de scores op diverse vragenlijsten wordt uitgedrukt in normen (bijvoorbeeld normgroep voor eerstelijnspatiënten);

13. andere redenen, bijvoorbeeld onderzoeksdoeleinden of administratieve doeleinden;
14. in vergelijking met ongestructureerde methoden van onderzoek kunnen vragenlijsten de kwaliteit van de informatieverzameling verbeteren, het categoriseren en het rapporteren van informatie vergemakkelijken;
15. het gebruik van vragenlijsten kan de diagnosticus, zoals de huisarts of psycholoog, helpen diagnostische fouten te voorkomen, zoals 'hinein interpreteren' en 'foreclosure' (te snel denken de juiste diagnose te hebben en andere informatie over het hoofd zien, zoals informatie over onderkenning van symptomen, mogelijke verklaringen voor het probleem of indicatievragen);
16. computerscoring van tests is betrouwbaarder dan het met de hand scoren van paper-en-pencil tests.

Volgens Luteijn (2006) is er in de klinische praktijk min of meer sprake van een scheiding tussen een diagnostische en behandelfase. Ook is er een grote stroom van patiënten.

Luteijn stelt het volgende: "als men bedenkt dat kostenbesparing in de gezondheidszorg erg belangrijk is, kan men zich afvragen of niet efficiënter en daardoor goedkoper gewerkt kan worden. Er is zonder meer grote winst te behalen door psychologische onderzoeken zoveel mogelijk per computer uit te voeren en zo min mogelijk gebruik te maken van indirecte methoden omdat die in het algemeen kwalitatief inferieur zijn aan kwalitatieve diagnostische methoden en veel meer tijd kosten. Het is zelfs denkbaar dat in principe iedere cliënt een kort, gestandaardiseerd onderzoek krijgt".

Vervolgens Luteijn (2006): "Als men besluit te gaan werken met gestandaardiseerde onderzoeken per computer is er een unieke mogelijkheid om bij zoveel mogelijk cliënten behandelingen als routine te evalueren door het gestandaardiseerde onderzoek na afloop van de behandeling te herhalen. Vrij precies kan men aangeven op welke punten er sprake is van verbetering. Bijkomend voordeel van deze werkwijze is dat men vrij gemakkelijk (veel gegevens zitten al in de computer) onderzoek naar optimalisering van toewijzing aan behandelingen kan doen. Helaas worden behandelingen in de praktijk veel te weinig op gestandaardiseerde wijze geëvalueerd".

B. nadelen van het gebruik van vragenlijsten in de eerstelijns:

De nadelen van het gebruik van vragenlijsten hebben overwegend te maken met het gebruik van ondeugdelijke meetinstrumenten of ondeugdelijke rapportage. De negatieve

consequenties van een mogelijk ondeugdelijke rapportage van onderzoeksbevindingen kunnen grote gevolgen hebben voor de patiënt en de professional. Deze nadelen kunnen voorkomen worden door de inzet van geschikte en betrouwbare vragenlijsten en het inschakelen van deskundige afnemers. Hierbij is een goede samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren, met name huisarts en (eerstelijns)psycholoog van groot belang. Het risico van onjuiste interpretatie van de feedback van de per computer afgenomen vragenlijsten zonder deze te koppelen aan de gegevens van andere diagnostische onderzoeksmethoden, zoals gesprek of interview en observatie moet niet worden onderschat. De afname van vragenlijsten gaat dan ook altijd samen met een diagnostisch gesprek en observatie. Eigenlijk kunnen ten einde betrouwbare informatie en therapietrouw te verkrijgen de verschillende diagnostische methoden niet zonder elkaar. Met andere woorden: een goede diagnosticus heeft een gesprek met de patiënt, observeert deze patiënt en neemt altijd betrouwbare vragenlijsten af om uiteindelijk deze patiënt zo goed mogelijk te helpen. De inzet van een vragenlijst of set vragenlijsten wordt beschouwd als de unieke bijdrage van de klinische psychologie aan het diagnostisch proces in de eerste lijn. In toenemende mate vindt vragenlijstonderzoek ook in huisartsenpraktijken plaats en worden de resultaten onderworpen aan huisartsengeneeskundig onderzoek.

Andere nadelen van het gebruik van vragenlijsten kunnen zijn:

- a) Hoge kosten;
- b) Huidige gebrek aan onderzoek naar het gebruik van gecomputeriseerde tests, onder andere op gebied van normering en validiteit;
- c) Psychometrische gegevens van paper-en-pencil vragenlijsten hoeven niet zonder meer van toepassing te zijn op de gecomputeriseerde versie van die vragenlijst.

## *1.2 Wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn*

Met onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en aldus waarde van enige vragenlijsten in de eerste lijn van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), is inmiddels een begin gemaakt (Bakker, 2001; Barelds & Jonker, 2002; Barelds & Luteijn, 2003; Jonker, 2000; Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000, Kloens, 2005, Barelds en Kloens, 2006). Een onderzoek bij grote patiëntgroepen en onderzoek met meerdere vragenlijsten of meetinstrumenten, waarbij ook de predictieve validiteit en de evaluatie van behandelingen

zijn onderzocht, is door Kloens (2005) gepubliceerd in een proefschrift '*diagnostiek met vragenlijsten in de eerste lijn*'. In het proefschrift is een hoofdstuk met de uitgangspunten en richtlijnen voort het diagnostisch proces in de eerste lijn opgenomen. In de periode van 1997 tot en met 2004 zijn de psychometrische eigenschappen van zes vragenlijsten, de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM), de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST), de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), de Utrechtse Coping Lijst (UCL), de Symptom Checklist (SCL-90) en de herziene Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2), bij drie grote groepen eerstelijnspatiënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland onderzocht. Er is onderzoek verricht naar therapieresultaten in de eerste lijn en de wijze waarop patiënten het gebruik van vragenlijsten beoordeelden (Kloens, 2004). Daarnaast werd in de eerste lijn onderzoek verricht naar het gebruik van de Nederlandse Relatievragenlijst, de NRV (Barelds en Kloens, 2006). Voor een uitgebreide verwijzing naar de onderzoeksresultaten kunt u terecht op [www.caremetrics.nl](http://www.caremetrics.nl).

In 2000 is, op initiatief van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN), onder psychologen aangesloten bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een enquête gehouden waaruit blijkt dat deze vragenlijsten behoren tot de top zeven van de meest gebruikte vragenlijsten of testen in Nederland (Evers, Zaal & Evers, 2002). Uit deze enquête blijkt een klein aantal tests het overgrote deel van het testgebruik onder professionals te representeren. Als men onderzoek doet naar de afnamefrequentie blijken deze vragenlijsten of tests de gehele top vijf uit te maken.

In het begin van deze eeuw stelde Buitink (2000) dat wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van vragenlijsten of meetinstrumenten en effecten van behandelingen binnen de eerste lijn noodzakelijk is. Evers et al. (2002) stellen dat met name de psychometrische kwaliteit van tests nog veel te wensen over laat. Testgebruikers zouden meer rekening moeten houden met kwaliteit bij hun keuze van tests. Professionals blijken onvoldoende op de hoogte van de toepassingsmogelijkheden en de kwaliteit van vragenlijsten (Evers et al., 2002). Alternatieve methoden van onderzoek, zoals de psychodynamische profielinterpretatie van vragenlijsten van Snellen en Eurelings, worden door sommige ELP-en gebruikt maar zijn ten aanzien van haar betrouwbaarheid en validiteit onderwerp van discussie. Wetenschappelijk onderzoek is (nog niet) beschikbaar. Onderzoek naar het gebruik van meetinstrumenten voor het meten van psychopathologische klachten in combinatie tot persoonlijk, coping en relatiekwaliteit ontbreekt in Nederland, tot het moment dat de onderzoeken van Kloens e.a. verschijnen.

### 1.3 Uitgangspunten diagnostiek en indicatiestelling in de eerste lijn

De werkwijze en hulpverlening van een professional in de eerste lijn heeft een aantal specifieke kenmerken (van Rijswijk, 2006; Kloens, 2006; Kloens, 2005; NIP, 1993; NIP, 2001; Groen, 2000). *Doelgerichte en meestal geen langdurende diagnostiek* is een van deze kenmerken. Bijna altijd zal begonnen worden met een taxatie of intake-interview (een gesprek of eerste huisartsengeneeskundig onderzoek), waarna de diagnostiek vaak uitgebreid wordt met testdiagnostiek (de afname van vragenlijsten middels paper en pencil methode of middels computerafname vergroot de kans op het stellen van een juiste diagnose; zie verder pag. 1.1).

In de eerstelijnspraktijk<sup>3</sup> zijn over het algemeen de volgende stappen gemeengoed:

1. Taxatiegesprek met de focus op de omschrijving van klachten, beloop van de klachten, gezinsachtergrond, werk en wonen en hulpvraag;
2. Afname vragenlijsten gericht op de (psychopathologische)klachten, persoonlijkheid, coping en, wanneer geïndiceerd, kwaliteit van de partnerrelatie;
3. Adviesgesprek en vaststelling behandelplan;
4. Start kortdurende begeleiding of behandeling.

Men volgt hierbij aan de hand van een hypothesetoetsend model (HTM) de diverse fasen van het diagnostisch proces (Luteijn et al., 2005, Vertommen, Ter Laak & Bijttebier, 2002; Ter Laak & de Goede, 2003; de Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & van Aarle, 2003; de Raedt & Schacht, 2003). Het HTM domineert als beschrijving van, en als voorschrift voor het diagnostisch proces (Ter Laak & de Goede, 2003).

Het diagnostisch proces is aldus een doelgerichte activiteit dat begint met de hulpvraag van de patiënt en eindigt met de verslaglegging van de resultaten van het diagnostisch onderzoek door de professional (Kooreman, 1997). De huisarts analyseert in het eerste taxatiegesprek zowel de hulpvraag van de patiënt als, indien beschikbaar, de aanvraag van een verwijzer. Deze vragen van de patiënt en de verwijzer vormen het vertrekpunt binnen het diagnostisch proces. Daarnaast formuleert de huisarts zelf ook vragen die naar voren komen tijdens het taxatiegesprek:

1. Welke klachten of problemen zijn aanwezig? Is er een voorlopige diagnosestelling in de vorm van een werkdiagnose mogelijk?

---

<sup>3</sup> Afhankelijk van de expertise van de huisarts of de organisatie van de huisartsenpraktijk kan men gebruik maken van praktijkondersteuning (POH), bijvoorbeeld door een praktijkverpleegkundige of sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). In sommige huisartsenpraktijk is een eerstelijnspsycholoog (ELP) werkzaam.

2. Welke factoren veroorzaken de klachten of problemen en houden die in stand?
3. Welke behandeling is geïndiceerd voor deze cliënt?

Op basis van deze drie vragen wordt een diagnostisch scenario opgesteld, dat een voorlopige theorie bevat over de patiënt, waarin beschreven wordt wat de problemen zijn van de patiënt en hoe ze verklaard kunnen worden. Om deze voorlopige theorie te beschrijven worden de meeste vragen van patiënten of verwijzers herleid tot vijf basisvragen. Het betreffen vragen om:

1. Te *onderkennen* wat er bij een patiënt aan de hand is: wat lukt nog en wat niet (meer)?
2. Te *verklaren* waarom er bepaalde klachten/problemen zijn of blijven;
3. Te *voorspellen* hoe de problemen van de patiënt zich in de toekomst verder ontwikkelen;
4. Een *indicatie* te krijgen hoe de problemen/klachten verholpen kunnen worden;
5. Te bepalen of de problemen afdoende verholpen zijn als gevolg van de interventie (*evaluatie*).

Het onderbouwen van de voorlopige theorie vereist vijf diagnostische handelingen. Bij de uitvoering van deze handelingen kan de huisarts zich afhankelijk van eigen behoeften en wensen laten ondersteunen door de POH of een praktijkassistente.

1. De voorlopige theorie wordt omgezet in concrete toetsbare hypothesen;
2. Er wordt een specifiek onderzoeksinstrumentarium gekozen, bijvoorbeeld een screeningsvragenlijst als de EersteLijnsMonitor (ELM) of diagnostische vragenlijsten, zoals de set van vragenlijsten uit de PsyCareMonitor (PCM), dat een antwoord kan geven op de gestelde hypothesen;
3. Er worden voorspellingen gedaan over de uitkomsten of resultaten op dit instrumentarium, zodat men duidelijk en op voorhand weet wanneer men de hypothesen zal aanvaarden of verwerpen (het vooraf opstellen van toetsingscriteria is nodig om oordeelsfouten en interpretatiedrift van de professional te voorkomen);
4. Afname en verwerking van de instrumenten;
5. Op grond van de resultaten worden op een beargumenteerde wijze de hypothesen aanvaard of verworpen.

Dit diagnostisch scenario leidt tot een conclusie op grond waarvan de huisarts samen met de patiënt een keuze kan maken voor een plan van aanpak. Om therapietrouw en compliance van

de patiënt te optimaliseren kan niet genoeg worden benadrukt dat een professional in de zorg *samen* met de patiënt tot een uiteindelijke keuze voor een interventie of therapie komt. Ook empowerment van de patiënt bij het zelf oplossen van problemen is een belangrijk uitgangspunt binnen de huisartsenpraktijk (Van Rijswijk, 2006).

#### *1.4 De afname van de EersteLijnsMonitor (ELM)*

Deze paragraaf beschrijft de resultaten van een eerste onderzoek met de EersteLijnsMonitor (ELM) bij een patiëntenpopulatie uit de eerste lijn. De resultaten zijn vergeleken een onderzoeksgroep van gezonde mensen uit de Nederlandse bevolking. Voorafgaand aan de resultaatbeschrijving van het onderzoek wordt een korte toelichting gegeven op de constructie van deze nieuwe vragenlijst en de inhoud van de diverse Hoofdcategorieën, schalen en items.

##### *1.4.1 De constructie van de EersteLijnsMonitor (ELM)*

In 1997 is door Kloens, Luteijn, Barelds en Schaap gestart met een uitgebreid onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn in Nederland. De top-5 van de meest gebruikte vragenlijsten voor het meten van psychopathologische en somatische klachten, persoonlijkheid en coping werden bij diverse onderzoeksgroepen bij een groot aantal eerstelijnspraktijken, gezondheidscentra en psychologenpraktijken, onderzocht. Deze top 5 betrof de a) de Symptom Checklist (SCL-90), b) de verkorte MMPI-2 (NVM); later de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST), c) de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), d) de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en e) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Aanvullend werd in de eerste lijn onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse Relatievragenlijst, de NRV (Barelds en Kloens, 2006). Naast onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van deze veelgebruikte vragenlijsten werd het diagnostisch proces voor de eerste lijn beschreven en werd onderzoek verricht naar de predictie van therapieresultaten. De resultaten van het onderzoek van Kloens in de eerste lijn werden verwerkt in nieuwe normgroepen eerstelijnspatiënten voor de verschillende vragenlijsten. Zie paragraaf 1.5 voor een beschrijving van de vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV-2, UCL, NRV en [www.caremetrics.nl](http://www.caremetrics.nl) voor wetenschappelijke artikelen en dissertatie Kloens.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de set SCL-90, NPST, NPV, UCL en NRV bij uitstek geschikt blijkt om psychopathologische klachten, somatische klachten, persoonlijkheid, coping en relatiekwaliteit in de eerste lijn te meten. Tevens werd in de klinische praktijk duidelijk dat voornoemde onderzoeksgebieden, klachten-persoonlijkheid-coping-relatiekwaliteit, altijd samen en in relatie tot elkaar gemeten dienen te worden. Het meten van klachten van patiënten dient altijd samen te gaan met metingen over de mate van emotionele stabiliteit, de copingstijl en relatiekwaliteit. Alleen op deze manier kunnen alle diagnostische vragen betrouwbaar worden beantwoord.

De ELM is een korte vragenlijst die door patiënten via het internet binnen het *CareMetrics Healthcare Platform* in 10 minuten kan worden ingevuld (zie: [www.caremetrics.nl](http://www.caremetrics.nl)). Iedere patiënt ontvangt na het invoeren van een beperkt aantal patiëntgegevens door de huisarts van het systeem automatisch een unieke en beveiligde code, waarna de ELM kan worden ingevuld binnen een voor de patiënt persoonlijk gedeelte van het platform (de zogenaamde patiënten-My Care). Na het invullen volgt een real-time en automatische feedback met verslag voor de patiënt en professional. De professional, bijvoorbeeld de huisarts, ontvangt additioneel aan de feedback van de patiënt een advies en kan dit inlezen in de 'My Care' van de professional. Bij het meerdere malen afnemen van de ELM bij dezelfde patiënt wordt automatisch en real-time een ELM-Monitor geconstrueerd. Dit wordt ook wel Routine-Outcome-Monitoring (ROM) genoemd.

De constructie van de ELM heeft plaatsgevonden in vier fasen:

1. In de periode 1997-2003 zijn de gegevens verzameld van in totaal 1390 patiënten uit eerstelijnspraktijken van psychologen en gezondheidscentra met disciplines als huisartsen, psychiaters en fysiotherapeuten. De set vragenlijsten SCL-90, NPST, NVM, NRV, UCL en MMPI-2 zijn afgenomen en de resultaten zijn in diverse artikelen en het proefschrift van Kloens (2005) beschreven;
2. In 2004 zijn door een groep van onderzoekers en studenten meer dan 60 nationale en internationale vragenlijsten en wetenschappelijke artikelen voor het meten van psychopathologie, persoonlijkheid, coping en relatiekwaliteit onderzocht op psychometrische aspecten als vragenlijstconstructie, schaalconstructie, betrouwbaarheid en validiteit en zijn analyses als die van de factoranalyse bekeken. In relatie tot de onderzoeksresultaten in de eerste lijn in Nederland werd voor de constructie van de ELM gekozen voor een nieuw en

kort meetinstrument met vier Hoofdcategorieën en dertien schalen. Deze dertien schalen komen overeen met de in onderzoek vaak gevonden factoren, zoals de factor Depressieve klachten bij het meten van psychopathologie, de factor Introversie-Extraversie voor het meten van persoonlijkheid of de factor Sociale steun zoeken voor het meten van coping.

3. in de periode 2005-2006 zijn door studenten van Erasmus universiteit voor de 13 schalen nieuwe items geconstrueerd en uitgezet bij een eerste onderzoekspopulatie. Uitgangspunt was het construeren van een korte vragenlijst met goede psychometrische kwaliteiten en klinische relevantie. Vervolgens hebben 52 psychologen, methodologen en artsen-psychiaters onafhankelijk van elkaar de items beoordeeld in relatie tot een groot aantal bestaande vragenlijsten, standaarden en richtlijnen in de geneeskunde en klinische psychologie. Na een patiëntonderzoek bij een aantal eerstelijnspraktijken en gezondheidscentra is gekozen voor een maximaal aantal items van 124 (maximaal omdat de vragen over Relatiekwaliteit conditioneel zijn opgenomen in de webapplicatie).

De volgende eisen aan de constructie van de items werd van tevoren vastgesteld:

- a. items moeten kort, bondig en in correct Nederlands worden geformuleerd;
- b. dubbele ontkenningen en onduidelijkheid moet worden vermeden;
- c. common sense taalgebruik is beter dan medisch- technische of psychologisch taalgebruik;
- c. items mogen slechts één vraag tegelijk bevatten;
- d. items moeten op grond van nauwkeurige analyse relevant zijn voor het te meten aspect van de betreffende Hoofdcategorie;
- e. het totaal aantal items moet beperkt blijven om in staat te zijn met een korte vragenlijst op een betrouwbare wijze relevante aspecten van het functioneren van patiënten te kunnen meten;

4. In 2007 is gestart met een klinisch onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de ELM. Een eerste onderzoek bij in totaal 440 patiënten uit de eerste lijn en gezonde controles heeft geleid tot een eerste voorlopige normering. Ook heeft een tevredenheidsonderzoek onder professionals en patiënten plaatsgevonden. De resultaten van een onderzoek met 320 patiënten uit de eerste lijn en 299 controles worden in paragraaf 1.4.4 beschreven.

#### 1.4.2 de EersteLijnsMonitor (ELM); Hoofdcategorieën, schalen en items

De EersteLijnsMonitor (ELM) bestaat uit vier Hoofdcategorieën die het functioneren van de patiënt in kaart brengen: Psychisch Welzijn, Persoonlijkheid, Coping en Relatiekwaliteit. De vragenlijst bestaat uit totaal 13 schalen. De schalen bevatten in totaal maximaal 124 items.

De Hoofdcategorie Psychisch Welzijn bestaat uit vier schalen; (1) Depressieve klachten, (2) Angstklachten, (3) Slaapklachten en (4) Gezondheidsklachten. De Hoofdcategorie Persoonlijkheid bestaat uit vijf schalen: (1) Emotionele stabiliteit, (2) Introversie-Extraversie, (3) Ontevredenheid-Tevredenheid, (4) Sensitiviteit en (5) Perfectionisme. De Hoofdcategorie Coping bestaat uit drie schalen: (1) Passieve coping, (2) Actieve coping en (3) Sociale steun zoeken. De hoofdcategorie Relatiekwaliteit bestaat uit één schaal, namelijk de relatiekwaliteit met de vaste partner van de patiënt.

Het onderstaande gedeelte van deze paragraaf beschrijft de antwoordcategorieën van de diverse items, geeft voorbeelden van items en geeft de betekenis van de diverse schalen.

Van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn wordt de schaal *Depressieve klachten* beantwoord op een vijfpuntsschaal (nooit, zelden, soms, vaak, zeer vaak). Voorbeelden van items op de schaal Depressieve klachten zijn: Heeft u in de afgelopen twee weken, met vandaag erbij, last gehad van de volgende klachten? ‘depressieve gevoelens’ en ‘lusteloosheid’. Een hoge score op de schaal Depressieve klachten betekent dat mensen worden gehinderd door nare gedachten of ideeën die ze niet kwijt kunnen raken. Ook geven ze zichzelf vaak de schuld van allerlei dingen. Naast depressieve gevoelens, zoals gevoelens van wanhoop, lusteloosheid, verdriet en nutteloosheid hebben zij veelal een gebrek aan eetlust en weinig belangstelling voor dagelijkse dingen. Een lage score op de schaal Depressieve klachten betekent dat er geen aanwijzing is voor de aanwezigheid van een depressieve episode. Er is geen sprake van klachten van depressieve aard.

Van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn wordt de schaal *Angstklachten* beantwoord op een vijfpuntsschaal (nooit, zelden, soms, vaak, zeer vaak). Voorbeelden van items op de schaal Angstklachten zijn: ‘angst op straat of in open ruimten’ en ‘gespannenheid’. Een hoge score op angstklachten betekent dat mensen zich snel zorgen maken. Zij zijn vaak bang om alleen de straat op te gaan, hebben angstgevoelens in open ruimten, of zijn bang om te reizen met de

auto of het openbaar vervoer. Mensen met angstklachten kunnen last hebben van gevoelens van rusteloosheid, spanning, zenuwachtigheid, en hartkloppingen. Zij vermijden bewust bepaalde situaties, omdat ze er bang van worden. Een lage score op de schaal Angstklachten betekent dat er geen aanwijzing is voor de aanwezigheid van een angststoornis. Er is geen sprake van klachten van angstige aard.

Van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn wordt de schaal *Slaapklachten* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal Slaapklachten zijn: 'ik heb moeite in slaap te komen' en 'meestal slaap ik heel slecht'. Een hoge score op slaapklachten betekent dat mensen veel slaapproblemen hebben. De problemen kunnen liggen op het gebied van in slaap komen, onrustig slapen of vroeg wakker worden. De slaapbehoefte verschilt sterk per persoon. Leeftijd speelt een rol en ook externe factoren zoals het werkschema en de tijdstippen waarop we eten hebben invloed op het slaap- en waakpatroon. Hoewel een goede slaaphygiëne (bijvoorbeeld regelmatige bedtijden aanhouden, ontspannen voor het slapen gaan, cafeïne vermijden na 18.00 uur, en voldoende lichamelijke activiteit overdag) in vele gevallen kan helpen, zijn er mensen die desondanks ernstig belemmerd worden door slapeloosheid. Er wordt gesproken van een chronische slapeloosheid als klachten minstens drie keer per week optreden en gepaard gaan met aantoonbare problemen - vermoeidheid, slaperigheid, concentratieproblemen en prikkelbaarheid - overdag gedurende minimaal drie maanden. Een lage score op de schaal Slaapklachten betekent dat er geen slaapproblemen zijn.

Van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn wordt de schaal *Gezondheidsklachten* beantwoord op een vierpuntschaal ( zelden of nooit, soms, vaak, zeer vaak). Voorbeelden van items op de schaal Gezondheidsklachten zijn: 'staat u 's ochtends moe en niet uitgerust op?' en 'heeft u last van maagklachten?' Een hoge score op de schaal Gezondheidsklachten betekent dat de persoon regelmatig last heeft van allerlei zogenoemde psychosomatische klachten, zoals duizeligheid, vermoeidheid, last van pijn op de borst of in de hartstreek, maagklachten, kortademigheid, rugpijn of hoofdpijn. Een lage score op de schaal Gezondheidsklachten betekent dat er geen aanwijzing is voor de aanwezigheid van lichamelijke klachten.

Van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid wordt de schaal *Emotionele Stabiliteit* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee

eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal Emotionele Stabiliteit zijn: 'ik ben gauw emotioneel' en 'ik vind mijzelf een nerveus iemand'. Een lage score op de schaal Emotionele stabiliteit betekent dat iemand emotioneel labiel is. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor de aanwezigheid van beperkingen in de psychische draagkracht. Emotioneel instabiele mensen blijken vaak nerveus en omschrijven zichzelf als een piekeraar. Nare dingen die zij meemaken, zitten hen vaak nog lang dwars. Zij voelen zich gauw gekwetst als anderen een opmerking over hen maken, en ergeren zich snel aan de dingen die gebeuren. Emotioneel labiele persoonlijkheden voelen zich veelal gespannen. Hun stemming gaat dikwijls op en neer, en ze hebben het vaak helemaal gehad met de dingen. Zij voelen zich regelmatig alleen en hebben soms last van schuldgevoelens. Een hoge score op de schaal Emotionele stabiliteit betekent dat iemand emotioneel stabiel is. Deze mensen zijn over het algemeen niet gespannen, onrustig of labiel.

Van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid wordt de schaal *Introversie/Extraversie* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal Introversie/Extraversie zijn: 'ik leg gemakkelijk contact met mensen' en 'ik ben het liefst alleen'. Een lage score op de schaal Introversie/Extraversie betekent dat iemand introvert is. Mensen met een introverte persoonlijkheid zijn verlegen en bewegen zich normaliter niet gemakkelijk in allerlei sociale situaties. Introverten vermijden liever contacten met veel mensen. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat introverte mensen vaak moeite hebben om gevoelens en gedachten te uiten. Spanningen en stress worden vaak vertaald in lichamelijke (spannings)klachten. Introverte mensen hebben eerder last van angstklachten of depressieve klachten. Aan de andere kant zijn ze vaak prettig in de omgang. Introverte mensen zijn niet impulsief. Ze hebben het vermogen zich in te leven in anderen. Een hoge score op de schaal Introversie/Extraversie betekent dat iemand extravert is. Mensen met een extraverte persoonlijkheid zijn sociaal en vinden het plezierig om veel mensen om zich heen te hebben. Zij maken gemakkelijk vrienden en brengen hun vrije tijd het liefst met andere mensen door. Extraverten leggen gemakkelijk contact met anderen, en zijn op feestjes vaak degene die leven in de brouwerij brengt. Ze kunnen goed met anderen overweg. Extraverte mensen praten gemakkelijk en voelen zich open, vlot en sociabel. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat extraverte mensen vaak wel moeite hebben zich in te leven in anderen en soms impulsief zijn (eerst doen, dan denken). Ze hebben een sterke behoefte aan nieuwe

prikkels en afwisseling in het leven. Anderen kunnen extraverte persoonlijkheden soms als dominant en overheersend ervaren in sociale situaties.

Van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid wordt de schaal *Ontevredenheid/Tevredenheid* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal *Ontevredenheid/Tevredenheid* zijn: ‘ik maak gemakkelijk ruzie’ en ‘ik vind dat mensen mij onderwaarderen’. Een lage score op de schaal *Ontevredenheid/Tevredenheid* betekent dat iemand ontevreden is. Deze mensen hebben last van woede-uitbarstingen die ze niet in de hand hebben. Zij ergeren zich snel aan dingen die om hen heen gebeuren, en hebben soms de neiging om anderen te slaan of pijn te doen. Ontevreden persoonlijkheden vinden dat mensen hen onderwaarderen, en dat hun problemen vooral de schuld zijn van anderen. Zij zijn ontevreden over veel kanten van hun karakter, en vaak zo kwaad dat ze dingen kapot maken. Ontevreden mensen kunnen slecht tegen kritiek en maken gemakkelijk ruzie. Een hoge score op de schaal *Ontevredenheid/Tevredenheid* betekent dat iemand tevreden is met de inhoud en kwaliteit van het dagelijks leven.

Van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid wordt de schaal *Sensitiviteit* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal *Sensitiviteit* zijn: ‘het is beter om andere mensen niet te vertrouwen’ en ‘er zijn mensen die mijn gedachten proberen te controleren’. Een hoge score op de schaal *Sensitiviteit* betekent dat iemand het gevoel heeft dat de meeste mensen niet echt te vertrouwen zijn. Zij zijn zich soms pijnlijk bewust van hun aanwezigheid bij andere mensen en denken dat anderen hun gedachten kunnen lezen. Vaak hebben zij de indruk dat anderen hen niet mogen of onvriendelijk zijn. Sensitieve persoonlijkheden hebben soms last van stemmen in hun hoofd, en voelen zich ongemakkelijk wanneer mensen naar hen kijken of over hen praten. Ze zijn van mening dat anderen hen niet begrijpen of hun gedachten proberen te beïnvloeden. Een lage score op de schaal *Sensitiviteit* betekent dat er sprake is van een goede psychische draagkracht. Er is geen sprake van overgevoeligheid of sensitiviteit.

Van de hoofdcategorie Persoonlijkheid wordt de schaal *Perfectionisme* beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de schaal *Perfectionisme* zijn: ‘het is voor mij

erg belangrijk dat ik perfect ben in alles dat ik onderneem' en 'ik probeer zo perfect mogelijk te zijn'. Een hoge score op de schaal Perfectionisme betekent dat iemand ernaar streeft om de beste te zijn in alles wat hij doet. Deze mensen stellen zichzelf zeer hoge doelen, en voelen zich ongemakkelijk wanneer ze een fout in hun werk ontdekken. Perfectionisme heeft twee kanten, een positieve en een negatieve. Perfectionisme is positief wanneer mensen daadwerkelijk plezier ontleenen aan een enorme inzet, en goede resultaten boeken met die inzet. Perfectionisme wordt negatief wanneer mensen niet in staat zijn om tevredenheid te ervaren, omdat men het naar eigen overtuiging nooit goed genoeg kan doen om tevreden te zijn. De karaktertrek perfectionisme kan dus stress opleveren wanneer men merkt dat doelen onbereikbaar zijn, en men de eigenwaarde louter ontleent aan wat men bereikt. Ook de angst om niet perfect te zijn en niet te voldoen aan de eigen en andermans verwachtingen kan leiden tot stress. Een lage score op de schaal Perfectionisme betekent dat iemand geen hoge eisen stelt en voldoende flexibel is.

Van de Hoofdcategorie Coping wordt de schaal *Actieve coping* beantwoord op een vijfpuntsschaal (nooit, soms, regelmatig, vaak, altijd). Voorbeelden van items op de schaal Actieve coping zijn: 'een probleem actief aanpakken' en 'verschillende oplossingen bedenken voor een probleem'. Een lage score op de schaal Actieve coping betekent dat iemand niet geneigd of in staat is om problemen op een actieve en doelgerichte manier aan te pakken. Een hoge score op actieve coping betekent dat iemand problemen op een doelgerichte wijze aanpakt. Ook proberen deze mensen veelal verschillende oplossingen te bedenken voor een probleem. Mensen met een actieve en probleemgerichte copingstijl laten het merken als hen iets dwars zit.

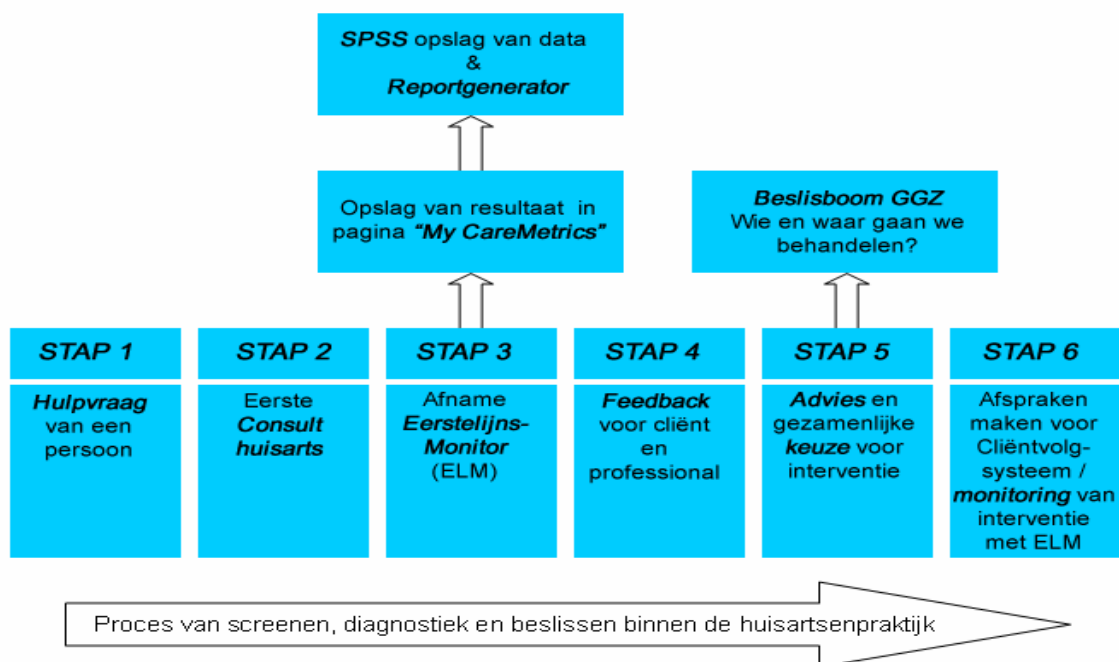
Van de Hoofdcategorie Coping wordt de schaal *Passieve coping* beantwoord op een vijfpuntsschaal (nooit, soms, regelmatig, vaak, altijd). Voorbeelden van items op de schaal Passieve coping zijn: 'moeilijke situaties uit de weg gaan' en 'wachten tot het vanzelf beter gaat'. Een hoge score op de schaal Passieve coping betekent dat iemand geneigd is om moeilijke situaties uit de weg gaan of om toe te geven aan een ander om problemen te voorkomen. Zij reageren vaak op problemen door weg te vluchten in fantasie of dagdromen. Passieve copers blijken ook vaak iets anders te gaan doen om niet aan een probleem te hoeven denken. Zij proberen stress te verminderen door te sporten, drinken, roken of eten, of wachten tot een probleem vanzelf over gaat. Een lage score op de schaal Passieve coping betekent dat iemand over het algemeen geen passieve copingstijl hanteert.

Van de Hoofdcategorie Coping wordt de schaal *Sociale steun zoeken* beantwoord op een vijfpuntsschaal (nooit, soms, regelmatig, vaak, altijd). Voorbeelden van items op de schaal Sociale steun zoeken zijn: ‘een ander om hulp vragen’ en ‘begrip of troost zoeken bij anderen’. Een lage score op de schaal Sociale steun zoeken betekent dat iemand niet geneigd of in staat is om steun te zoeken bij anderen. Een hoge score op de schaal Sociale steun zoeken betekent dat iemand begrip of troost zoekt bij anderen en zijn zorgen met anderen deelt. Deze mensen bespreken bijvoorbeeld hun problemen met vrienden of familie en zoeken opgewekt gezelschap als ze zich zorgen maken of van streek zijn. Zij vragen een ander om hulp als dat nodig is.

De Hoofdcategorie Relatiekwaliteit wordt met één schaal *Relatiekwaliteit* gemeten en de schaal wordt beantwoord op een vijfpuntsschaal (geheel mee oneens, mee oneens, niet mee eens en niet mee oneens, mee eens, geheel mee eens). Voorbeelden van items op de hoofdcategorie Relatiekwaliteit zijn: ‘ik ben gelukkig met mijn partner’ en ‘meningsverschillen leiden in onze relatie vaak tot ruzie’. Een lage score op de schaal Relatiekwaliteit betekent dat de kwaliteit van de relatie met de vaste partner door de patiënt als onvoldoende is beschreven. Er kunnen zich problemen voordoen binnen de verschillende aspecten van de relatie. Dit kan onder andere zijn op het gebied van de onderlinge acceptatie, de communicatie of seksualiteit. Een hoge relatiekwaliteit betekent dat mensen hun relatie als goed ervaren. Deze mensen zijn gelukkig met hun partner, en kunnen goed met hun partner praten over hun wederzijdse gevoelens. Zij nemen de tijd om naar hun partner te luisteren en kunnen alles zeggen wat ze willen. Mensen die de kwaliteit van hun relatie als hoog inschatten kunnen bovendien goed over hun seksuele wensen praten. Meningsverschillen proberen ze met een rustig gesprek op te lossen.

#### *1.4.3 De positionering van de ELM in het zorgproces van de huisarts*

Het gebruik van een ELM kan grafisch als volgt worden gepositioneerd binnen de huisartsenpraktijk (figuur 1).



Figuur 1

Een korte en globale, niet uitputtende, toelichting op de stappen binnen het diagnostisch proces en zorgproces binnen de huisartsenpraktijk:

### Stap 1

Een hulpvrager bezoekt de huisarts tijdens het spreekuur, en overlegt vervolgens zijn/haar klachten en of een hulpvraag. Bovendien kan er ook nog sprake zijn van een vraag van een verwijzende collega, bijvoorbeeld een bedrijfsarts, fysiotherapeut of psycholoog.

### Stap 2

Tijdens het spreekuur van de huisarts, vindt er een eerste consult plaats waarin de klachten en probleemgebieden van de hulpvrager voor de eerste keer geïnventariseerd worden. In sommige gevallen vindt een kort huisartsengeneeskundig onderzoek plaats. Hiervoor is vaak niet meer dan 5-10 minuten beschikbaar. In deze tijd is het voor een huisarts, of welke andere professional dan ook, niet mogelijk alle basisvragen uit het Diagnostisch Proces (Onderkenningsvraag, Verklaringsvraag, Predictievraag, Indicatievraag) beantwoord te krijgen.

### *Stap 3*

De huisarts stelt de hulpvrager voor een EersteLijnsMonitor (ELM) af te nemen. Hiermee kunnen patiënt en huisarts op doelgerichte, snelle en betrouwbare wijze en aanvullend op de observatiegegevens en interviewgegevens inzicht krijgen in de klachtgebieden, persoonlijkheidskenmerken, coping en relatiekwaliteit van de patiënt. De vragen uit het Diagnostisch Proces kunnen worden beantwoord. Uit het onderzoek kunnen continuerende en inducerende factoren worden gedestilleerd. De ELM kan op de huisartsenpraktijk of thuis worden afgenomen, eventueel met ondersteuning van een praktijkassistente of POH-functionaris.

### *Stap 4*

Na het *online* beantwoorden van alle ELM vragen is er *real-time* feedback beschikbaar voor zowel de hulpvrager als de professional. Deze twee rapportages zijn verschillend en op maat gemaakt voor beide doelgroepen. De feedback-rapportage geeft inzicht in de scores van de Hoofdcategoriën, de schalen en de items én de betekenis ervan. Deze rapportages zijn beschikbaar via de ‘My Care’ login procedure van het *CareMetrics Healthcare Platform*.

### *Stap 5*

Een belangrijke stap in het Diagnostisch Proces! De huisarts en patiënt komen op grond van het huisartsengeneeskundig onderzoek, de bevindingen uit het eerste consult en de resultaten van de EersteLijnsMonitor (ELM), tot een gezamenlijk eindoordeel en diagnose. De uitslag op de ELM kan de huisarts helpen een ICPC-codering of DSM-IV diagnose te stellen.

De huisarts geeft een advies, indicatie, en gezamenlijk wordt een keuze gemaakt voor de juiste interventie (evidence-based). Deze gezamenlijke keuze is dé kern bij het afgeven van de indicatie en leidt tot een toename van compliance en uiteindelijk cliënt-empowerment.

Op basis van de bevindingen uit het onderzoek, de kennis en kunde van de huisarts en de sociale kaart van de GGZ in de regio wordt aan de hand van een indicatie-beslisboom een keuze gemaakt.

Mogelijke keuzen hierbij zijn:

- a) behandeling door de huisarts,
- b) begeleiding / behandeling door een praktijkondersteuner (POH-GGZ),
- c) start van GGZ-traject, bijvoorbeeld verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog (ELP), verwijzing naar een psychiater, of verwijzing naar de specialistische GGZ,
- d) Of een combinatie van a) tot en met c).

Indien er sprake is van een zorgelijke uitslag op de ELM dan is het advies een PsyCareMonitor (PCM) bij een eerstelijnspsycholoog te laten afnemen. Indien er aanwijzingen zijn voor ernstige psychiatrische problemen, bijvoorbeeld een hoge score (rood) op de schaal Sensitiviteit, dan kan direct een verwijzing plaatsvinden naar een psychiater.

#### *Stap 6*

De huisarts maakt afspraken met de cliënt over een vervolgtraject waarbij het monitoren van de therapieresultaten dan centraal staat. Hiervoor kan als objectieve maat de EersteLijnsMonitor (ELM) worden ingezet. De resultaten kunnen worden opgeslagen in de persoonlijke 'My Care' pagina. Deze Routine-Outcome-Monitoring (ROM) kan ook worden ingezet als de huisarts kiest voor een zogenaamde 'watchfull waiting'.

NB: De continue beantwoording van de basisvragen uit het Diagnostisch Proces zijn leidraad bij de monitoren van de behandeling.

#### *1.4.4 De resultaten van de ELM na een onderzoek bij patiënten*

In deze paragraaf wordt een onderzoek bij 320 patiënten in de eerste lijn en bij 299 gezonde controles met de EersteLijnsMonitor (ELM) beschreven. Het onderzoek bij deze proefgroep levert eerste onderzoeksresultaten over de psychometrische kwaliteiten van de ELM. Voor een beschrijving van de ELM wordt verwezen naar paragraaf 1.4.2.

##### *1.4.4.1 Proefgroep en procedure*

De proefgroep bestaat uit 320 patiënten in de eerste lijn die ten tijde van het onderzoek in de taxatie- of intakefase of in het eerste gedeelte van een behandeling (1-5 gesprekken) waren bij meer dan 50 professionals in de eerste lijn, met name huisartsen en eerstelijnspsychologen uit diverse gezondheidscentra en psychologenpraktijken in Nederland. De proefgroep is vergeleken met 299 gezonde mensen (controlegroep). Bij alle patiënten en de gezonde controles is een ELM afgenomen via het *CareMetrics Healthcare Platform*. De onderzoeksgegevens zijn in 2007 verzameld.

De uiteindelijke proefgroep van 320 patiënten bestaat voor 66.6% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 36.3 jaar (sd= 11.5, range 17-70). Iets meer dan eenderde van de proefgroep is samenwonend of gehuwd en heeft thuiswonende kinderen (36.9%). Bijna eenderde van de proefgroep is ten tijde van het onderzoek onder medische behandeling (30.3%). Het merendeel van de patiënten uit de proefgroep heeft een betaalde baan met een vaste aanstelling en werkt fulltime. De meeste mensen zijn werkzaam in de gezondheidszorg. Verdere biografische gegevens van de proefgroep staan vermeld in tabel 1.

**Tabel 1. Enkele biografische gegevens van de proefgroep**

Variabele	Categorie	Gezonde controles (n = 299)		Patiënten in de eerste lijn (n = 320)		Verschil <i>p</i>
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Leeftijd		<i>M</i> = 36.4 <i>SD</i> = 11.4 Range 14 – 67		<i>M</i> = 36.3 <i>SD</i> = 11.5 Range 17 - 70		n.s.
Geslacht	Man	109	36.5	107	33.4	n.s.
	Vrouw	190	63.5	213	66.6	
Burgerlijke staat	Samenwonend of gehuwd, geen kinderen	48	16.1	61	19.1	n.s.
	Samenwonend of gehuwd, geen thuiswonende kinderen	14	4.7	12	3.8	
	Samenwonend of gehuwd, wel thuiswonende kinderen	134	44.8	118	36.9	
	Alleenstaand, geen kinderen	46	15.4	50	15.6	
	Alleenstaand, geen thuiswonende kinderen	11	3.7	13	4.1	
	Alleenstaand, wel thuiswonende kinderen	4	1.3	19	5.9	
	Inwonend bij ouders	32	10.7	35	10.9	
Anders	10	3.3	12	3.8		
Vaste levenspartner	Ja	222	74.2	213	66.6	.03
	Nee	77	25.8	107	33.4	
Gescheiden (geweest)	Ja	24	8.0	42	13.1	.04
	Nee	275	92.0	278	86.9	

**Vervolg tabel 1**

Somatische behandeling	Ja	55	18.4	97	30.3	.001
	Nee	244	81.6	223	69.7	
Opleidingsniveau	Basisonderwijs	7	2.3	17	5.3	.01
	MAVO	20	6.7	43	13.4	
	Voorbereidend beroepsonderwijs	10	3.3	28	8.8	
	HAVO/VWO	54	18.1	32	10.0	
	MBO	71	23.7	94	29.4	
	HBO	57	19.1	78	24.4	
Universitair	80	26.8	28	8.8		
Betaalde baan	Nee	50	16.7	72	22.5	n.s.
	Ja	249	83.3	248	77.5	
Omvang aanstelling (uren)	1 – 16	43	17.3	31	12.6	n.s.
	17 – 24	52	21.0	45	18.3	
	25 – 32	40	16.1	50	20.3	
	32 – 40	99	40.0	109	44.3	
	> 40	14	5.6	11	4.5	
Soort aanstelling	Vaste aanstelling	164	54.8	193	60.3	n.s.
	Tijdelijke aanstelling met uitzicht op vaste aanstelling	24	8.0	19	5.9	
	Tijdelijk aanstelling	32	10.7	18	5.6	
	Anders	29	9.7	18	5.6	
Sector	Industrie	8	3.2	11	4.4	n.s.
	Bouw	5	2.0	12	4.8	
	Handel	22	8.8	21	8.5	
	Horeca	9	3.6	16	6.5	
	Vervoer	2	0.8	6	2.4	
	Financiële instelling	5	2.0	9	3.6	
	Zakelijke dienstverlening	28	11.2	30	12.1	
	Communicatie	5	2.0	5	2.0	
	Overheid	21	8.4	13	5.2	
	Onderwijs	20	8.0	17	6.9	
	Gezondheidszorg en welzijnswerk	86	34.5	55	22.2	
	Cultuur en vrije tijd	2	0.8	6	2.4	
	Agrarische sector	2	0.8	7	2.8	
Anders	34	13.7	40	16.1		

De huidige proefgroep komt qua verdeling van sekse en leeftijd goed overeen met wat gangbaar is binnen de eerste lijn (Groen, 2000, Kloens 2005).

#### 1.4.4.2 Resultaten

Van de ELM werden allereerst de interne consistenties (Cronbach's alpha) berekend voor de patiënten uit de eerste lijn en de gezonde controles (zie tabel 2).

**Tabel 2. Betrouwbaarheid ELM Schalen**

Hoofdcategorie	Schaal	Aantal items	$\alpha$ Gezonde controles <i>n</i> = 299	A Patiënten in de eerste lijn <i>n</i> = 320
Persoonlijkheid	Emotionele stabiliteit	12	.90	.87
	Introversie-Extraversie	11	.84	.87
	Ontevredenheid- Tevredenheid	12	.82	.84
	Sensitiviteit	11	.82	.83
	Perfectionisme	6	.89	.90
	Psychisch Welzijn	Depressieve klachten	11	.90
Angstklachten		12	.88	.89
Slaapklachten		6	.88	.91
Gezondheidsklachten		13	.86	.86
Coping	Actieve coping	6	.85	.80
	Passieve coping	7	.56	.66 (.71)
	Sociale steun zoeken	5	.86	.82
Relatiekwaliteit	( <i>n</i> = 222/ <i>n</i> = 213)	12	.91	.88

Uit tabel 2 valt af te lezen dat de interne consistenties van de ELM zeer bevredigend zijn. De schaal Passieve coping valt uit de toon. Deze schaal kent een matige interne consistentie (Cronbach's alfa). De betrouwbaarheid van deze schaal kan verbeterd worden (naar respectievelijk .66 en .71) door het item 'stress proberen te verminderen door te sporten' te verwijderen.

Vervolgens werden de correlaties tussen de ELM-schalen en biografische variabelen uitgerekend voor patiënten in de eerste lijn (tabel 3).

**Tabel 3. Correlaties ELM Schalen met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau voor patiënten.**

Hoofdcategorie	Schaal	Leeftijd	Geslacht	Opleiding
		Pearson <i>r</i>	Spearman <i>r</i>	Spearman <i>r</i>
Persoonlijkheid	Emotionele stabiliteit	.08	-.11	.13*
	Introversie-Extraversie	-.08	.14*	.07
	Ontevredenheid-Tevredenheid	.16**	.01	.15**
	Sensitiviteit	-.17**	.09	-.15**
	Perfectionisme	-.13*	-.03	.07
Psychisch Welzijn	Depressieve klachten	.04	.03	-.11*
	Angstklachten	.05	.06	-.11
	Slaapklachten	.26**	-.14*	-.12*
	Gezondheidsklachten	.16**	.02	-.13*
Coping	Actieve coping	.17**	.08	.23**
	Passieve coping	-.17**	-.03	.03
	Sociale steun zoeken	-.05	.21**	.14*
Relatiekwaliteit	( <i>n</i> = 213)	-.04	.04	-.10

Note. Een positieve correlatie met geslacht betekent dat vrouwen hier hoger op scoren dan mannen. Een positieve correlatie met opleidingsniveau betekent dat mensen met een hoge opleiding hier hoger op scoren dan laag opgeleiden.

Op basis van de hier gevonden correlaties lijkt binnen de eerste lijn een aparte normering voor leeftijd op de schaal Slaapklachten wenselijk. Daarnaast lijkt een aparte normering voor mannen en vrouwen wenselijk voor de schaal Sociale steun zoeken en een aparte normering voor opleidingsniveau voor de schaal Actieve coping.

Aanvullend onderzoek aan de correlaties tussen de biografische variabelen en de ELM-schalen voor patiënten, werd onderzoek verricht naar de correlatie tussen enkele biografische variabelen en de schalen van de ELM voor de proefgroep van de gezonde controles (zie tabel 4).

**Tabel 4. Correlaties ELM Schalen met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau voor gezonde controles**

hoofdcategorie	Schaal	Leeftijd	Geslacht	Opleiding
		Pearson <i>r</i>	Spearman <i>r</i>	Spearman <i>r</i>
Persoonlijkheid	Emotionele stabiliteit	.08	-.22**	.22**
	Introversie-Extraversie	-.20**	.13*	-.02
	Ontevredenheid-Tevredenheid	.09	-.01	.26**
	Sensitiviteit	-.10	.05	-.28**
	Perfectionisme	-.05	-.01	-.08
Psychisch Welzijn	Depressieve klachten	.02	.15*	-.16**
	Angstklachten	.01	.20**	-.14*
	Slaapklachten	.09	.04	-.21**
	Gezondheidsklachten	.05	.18**	-.13*
Coping	Actieve coping	.03	.08	.32**
	Passieve coping	-.08	-.01	-.06
	Sociale steun zoeken	-.24**	.30**	.10
Relatiekwaliteit	( <i>n</i> = 222)	-.17**	.16*	.09

Note. Een positieve correlatie met geslacht betekent dat vrouwen hier hoger op scoren dan mannen. Een positieve correlatie met opleidingsniveau betekent dat mensen met een hoge opleiding hier hoger op scoren dan laag opgeleiden.

Uit tabel 4 komt naar voren dat een aantal van ELM- schalen correleren met demografische variabelen bij de proefgroep van de gezonde controles. Op grond hiervan zou je voor specifieke subschalen normen kunnen ontwikkelen per leeftijdsgroep, geslacht of opleidingsgroep.

Vervolgens werden de Pearson correlaties berekend tussen de ELM-subschalen onderling. Tabel 5 geeft een overzicht van de onderzoeksbevindingen voor de proefgroep van de patiënten in de eerste lijn en de gezonde controles.

**Tabel 5. Pearson correlaties ELM Schalen onderling**

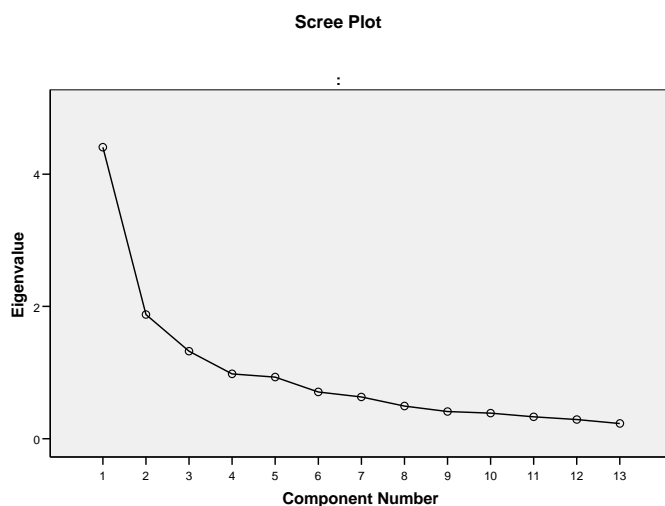
	ES	IE	OT	SS	PF	DK	AK	SK	GK	AC	PC	SC	RK
Emotionele stabiliteit (ES)	-	.26**	.68**	-.77**	-.43**	-.76**	-.70**	-.55**	-.58**	.39**	-.49**	.04	.27
Introversie-Extraversie (IE)	.21**	-	.13*	-.20**	-.05	-.27**	-.17**	-.08	-.17**	.38**	-.11	.38**	.27
Ontevredenheid-Tevredenheid (OT)	.56**	.06	-	-.77**	-.33**	-.54**	-.45**	-.47**	-.46**	.35**	-.39**	.13*	.32
Sensitiviteit (SS)	-.68**	-.21**	-.63**	-	.38**	.65**	.61**	.50**	.50**	-.45**	.49**	-.15**	.34
Perfectionisme (PF)	-.40**	.01	-.31**	.33**	-	.31**	.32**	.23**	.26**	-.17**	.23**	-.17**	-.06
Depressieve klachten (DK)	-.61**	-.17**	-.42**	.49**	.24**	-	.82**	.59**	.66**	-.40**	.41**	-.16**	.35
Angstklachten (AK)	-.64**	-.08	-.36**	.49**	.27**	.68**	-	.53**	.62**	-.32**	.42**	-.09	.27
Slaapklachten (SK)	-.30**	-.07	-.30**	.21**	.17**	.48**	.42**	-	.52**	-.20**	.36**	-.07	.20
Gezondheidsklachten (GK)	-.52**	-.17**	-.36**	.38**	.21**	.62**	.60**	.51**	-	-.19**	.37**	-.03	.21
Actieve coping (AC)	.20**	.28**	.09	-.14*	.10	-.13*	-.01	-.05	-.05	-	-.27**	.46**	.28
Passieve coping (PC)	-.40**	-.15**	-.30**	.35**	.09	.38**	.30**	.19**	.26**	-.21**	-	-.05	.21
Sociale steun zoeken (SC)	.08	.38**	.10	-.13*	-.03	-.09	.07	-.11	-.02	.47**	-.01	-	.34
Relatiekwaliteit (RK)	.20**	.10	.33**	-.26**	.02	-.04	.04	-.05	-.02	.20**	-.12	.17*	-

Note. Correlaties onder de diagonaal voor patiënten in de eerste lijn, boven de diagonaal voor gezonde controles.  
 \*  $p < .05$  (2-tailed). \*\*  $p < .01$  (2-tailed).

Uit tabel 5 blijkt dat er voor de proefgroep van de patiënten vrij sterke negatieve verbanden bestaan tussen de schalen Depressieve klachten en Angstklachten en de schaal Emotionele stabiliteit van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid. De schalen Depressieve klachten, Angstklachten en Gezondheidsklachten hangen onderling nauw samen. Dit verband wordt vaak gevonden in nationaal en internationaal onderzoek. De schaal Sensitiviteit kent een vrij sterk negatief verband met de schalen Emotionele stabiliteit en Tevredenheid. Deze verbanden gelden zowel voor patiënten in de eerste lijn als voor gezonde controles.

Om te onderzoeken welke onderliggende factoren kunnen worden gemeten met de schalen van de ELM werd een Principale Componenten Analyse (PCS) met Varimax rotatie uitgevoerd op alle schalen van deze vragenlijst. Als criteria voor het aantal factoren dat werd behouden werden respectievelijk het Kaiser criterium (eigenwaarde  $> 1$ ), de Scree test (knikcriterium) en de psychologische interpretatie gehanteerd.

In totaal werden drie factoren gevonden met een eigenwaarde groter dan 1, die samen 58.6% van de totale variantie verklaren. De scree test was veel minder duidelijk over het aantal factoren. Op basis van subjectieve interpretatie kon worden besloten om minimaal voor een 1-factor en maximaal voor een 3-factoren oplossing te kiezen. Derhalve werd besloten tot het behouden van drie factoren (zie figuur 2 en tabel 6).



**Figuur 2. Scree test**

**Tabel 6. Geroteerde factorstructuur van de ELM Schalen bij patiënten in de eerste lijn**

	Factor			
	1	2	3	
Emotionele stabiliteit	-.59	-.62		
Introversie-extraversie			.67	
Ontevredenheid- tevredenheid		-.77		
Sensitiviteit	.36	.76		
Perfectionisme		.56		
Depressieve klachten	.82			
Angstklachten	.77			
Slaapklachten	.60			
Gezondheidsklachten	.80			
Actieve coping			.80	
Passieve coping	.50			
Sociale steun zoeken			.75	
Relatiekwaliteit		-.57	.36	
	<i>R</i> <sup>2</sup>	24.9%	18.5%	15.2%

Note. Absolute ladingen  $\geq .30$ ; primaire factorladingen cursief.

De eerste factor heeft primaire factorladingen op alle klachtschalen van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn, een primaire factorlading van de Passieve copingschaal van de Hoofdcategorie Coping en verder een primaire factorlading van de schaal Emotionele stabiliteit vs. Emotionele Instabiliteit van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid. Deze factor kan worden geïnterpreteerd als *algemene psychopathologische klachten*. Deze factor is grotendeels een factor van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn van de ELM. Op basis van de hoge intercorrelaties van de schalen van de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn kon al worden verwacht dat een factor met daarin veel van deze schalen gevonden zou worden. Patiënten met algemene psychopathologische klachten hebben last van somberheid, angstigheid, zenuwachtigheid, slaapproblemen en somatische klachten. Deze patiënten zijn emotioneel instabiel en hanteren een passieve copingstijl.

De tweede factor heeft primaire factorladingen op vier van de vijf schalen van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid, namelijk Emotionele Stabiliteit vs. Emotionele Instabiliteit, Ontevredenheid vs. Tevredenheid, Sensitiviteit (Psychiatrische fenomenen) en Perfectionisme en de schaal Relatiekwaliteit van de gelijknamige Hoofdcategorie. Deze factor is grotendeels een persoonlijkheidsfactor en kan worden geïnterpreteerd als *persoonlijkheidsproblematiek*.

Deze patiënten zijn emotioneel instabiel, ontevreden en perfectionistisch. Een negativistische levenshouding, vijandigheid en wantrouwen kunnen zich manifesteren in psychiatrische problematiek. De relatiekwaliteit met de vaste partner is laag.

De derde factor met primaire factorladingen op de schaal Introversie vs. Extraversie van de Hoofdcategorie Persoonlijkheid en de schalen Actieve coping en Sociale steun zoeken van de Hoofdcategorie Coping, kan worden geïnterpreteerd als *extraversie*. Deze patiënten zijn open, vlot, spontaan en sociaal actief. Men is niet verlegen. Deze patiënten hebben een grote behoefte aan het leggen en onderhouden van sociale contacten. In gezelschap is men actief en prominent aanwezig. De problemen worden vaak op een actieve en constructieve wijze samen met anderen opgelost. Men zal doorgaans hulp vragen en men is in staat emoties en zorgen naar anderen te uiten als men zich in een stressvolle situatie bevindt.

Overwegend zijn de communaliteiten van de schalen vrij hoog, dat wil zeggen dat van de meeste schalen vrij veel variantie wordt verklaard door deze 3-factoren oplossing. Alle vier de Hoofdcategorieën lijken een unieke bijdrage te leveren. De in dit onderzoek gevonden oplossing is in overeenstemming met eerder onderzoek in de eerste lijn (Kloens, 2005).

Om te onderzoeken in welke mate de ELM in het huidige onderzoek de groep patiënten kan onderscheiden van de groep gezonde controles werden de gemiddelde T-scores met alle schalen van de ELM vergeleken (tabel 7). Uit dit onderzoek blijken alle schalen van de ELM, uitgezonderd de schaal Relatiekwaliteit, uitstekend in staat patiënten te onderscheiden van gezonde controles. Dit geldt in het bijzonder voor de Hoofdcategorie Psychisch Welzijn, waar de effectsizes het grootst zijn. Voor de huisarts is dit een belangrijke onderzoeksbevinding, omdat hij juist op klachtniveau gezonde mensen wil kunnen onderscheiden van mensen met psychopathologische klachten.

**Tabel 7. T-toets patiënten in de eerste lijn en gezonde controles op ELM Schalen**

	Gezonde controles <i>n</i> = 299		Patiënten in de eerste lijn <i>n</i> = 320		Statistics		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Effect size
Emotionele stabiliteit	42.6	9.1	34.3	8.8	11.6	<.001	0.9
Introversie-Extraversie	37.1	6.1	35.3	7.5	3.2	<.001	0.3
Ontevredenheid-Tevredenheid	48.4	6.5	44.3	7.8	7.2	<.001	0.6
Sensitiviteit	20.5	5.9	24.4	7.0	-7.5	<.001	-0.6
Perfectionisme	15.9	5.3	18.6	5.6	-6.2	<.001	-0.5
Depressieve klachten	22.4	8.0	30.6	8.8	-12.1	<.001	-1.0
Angstklachten	22.5	7.3	30.7	8.9	-12.4	<.001	-1.0
Slaapklachten	12.1	5.1	15.8	6.3	-8.2	<.001	-0.6
Gezondheidsklachten	20.5	5.7	26.7	7.4	-11.8	<.001	-0.9
Actieve coping	19.1	4.3	17.1	4.4	5.6	<.001	0.5
Passieve coping	15.6	3.5	17.2	4.2	-5.4	<.001	-0.4
Sociale steun zoeken	13.9	4.0	13.1	3.8	2.5	.01	0.2
Relatiekwaliteit	42.0	9.4	43.4	8.3	-1.6	.10	-0.2

NB. Effectsizes van 0.2 worden als klein beschouwd, 0.5 als matig en 0.8 als acceptabel.

Als laatste analyse in het huidige onderzoek is normeringonderzoek uitgevoerd. In 2007 is een apart normeringonderzoek voor de huidige versie van de ELM uitgevoerd onder 440 patiënten uit verschillende gezondheidscentra, huisartsenpraktijken en psychologenpraktijk in de eerste lijn (interne publicatie). De huidige gegevens, zie tabel 8 en tabel 9, zijn in overeenstemming met de in eerder onderzoek gevonden resultaten op grond waarvan de percentielwaarden en bijbehorende indeling ‘Laag-Gemiddeld-Hoog’ kunnen worden bepaald. Aanvullend onderzoek met patiëntgegevens uit grotere onderzoeksgroepen en patiëntgegevens uit de GGZ, bedrijfsorganisaties en een gezonde controlegroep, moeten uiteindelijk leiden tot definitieve normgroepen.

**Tabel 8. Normering van ELM Schalen – patiënten intake/start behandeling (n = 320)**

Hoofdcategorie	Schaal	Range	Categorieën		
			Laag < 25%	Gemiddeld 25% - 75%	Hoog > 75%
Persoonlijkheid	Emotionele stabiliteit	12-60	12-27	<b>28-40</b>	<b>41-60</b>
	Introversie-Extraversie	11-55	11-30	31-40	41-55
	Ontevredenheid-Tevredenheid	12-60	<b>12-39</b>	<b>40-50</b>	51-60
	Sensitiviteit	11-55	<b>11-18</b>	<b>19-29</b>	30-55
	Perfectionisme	6-30	6-14	<b>15-22</b>	<b>23-30</b>
Psychisch Welzijn	Depressieve klachten	11-55	11-23	<b>24-37</b>	<b>38-55</b>
	Angstklachten	12-60	12-23	24-36	37-60
	Slaapklachten	6-30	<b>6-10</b>	<b>11-21</b>	<b>22-30</b>
	Gezondheidsklachten	13-52	13-20	<b>21-32</b>	<b>33-52</b>
Coping	Actieve coping	6-30	6-13	<b>14-21</b>	<b>22-30</b>
	Passieve coping	7-35	7-13	14-20	21-35
	Sociale steun zoeken	5-25	5-9	10-16	17-25
Relatie kwaliteit	(n = 213)	12-60	<b>12-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-60</b>

Note: Met Bold lettertype staan de veranderingen ten opzichte van de eerdere normering aangegeven.

**Tabel 9. Normering van ELM Schalen – gezonde controlegroep (n = 299)**

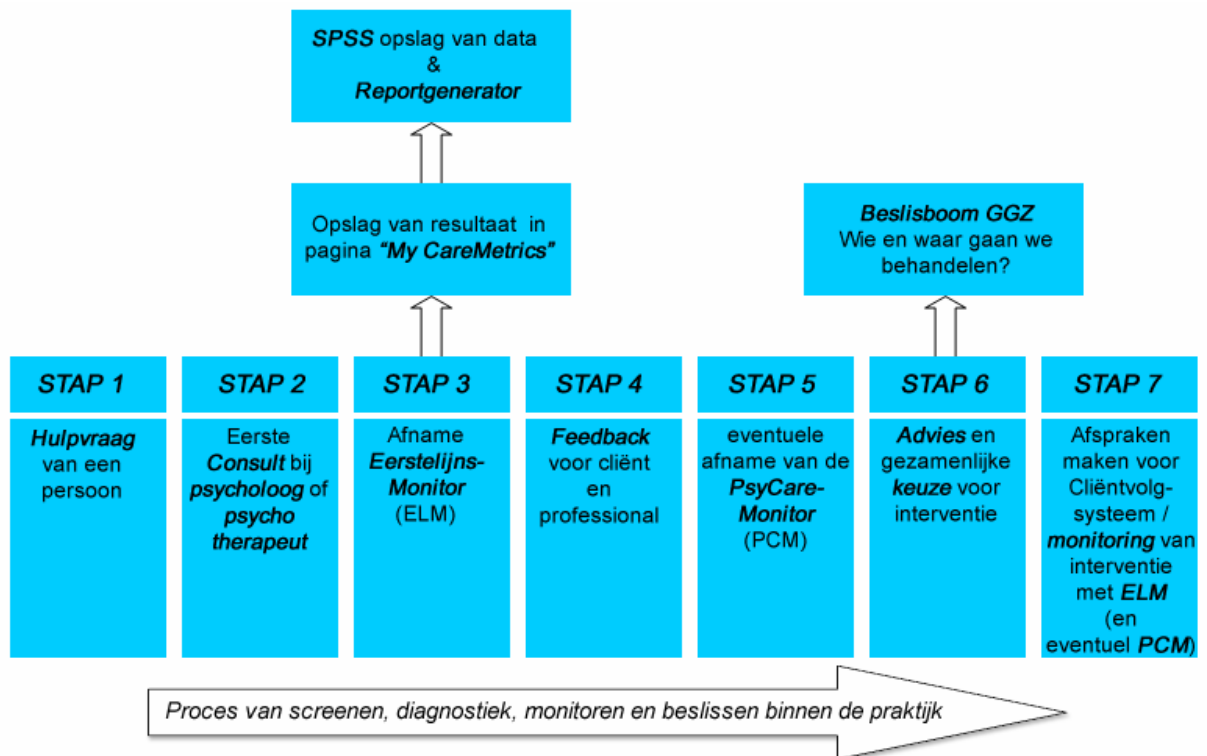
Hoofdcategorie	Schaal	Range	Categorieën		
			Laag < 25%	Gemiddeld 25% - 75%	Hoog > 75%
Persoonlijkheid	Emotionele stabiliteit	12-60	<b>12-35</b>	<b>36-49</b>	50-60
	Introversie-Extraversie	11-55	11-32	33-41	42-55
	Ontevredenheid-Tevredenheid	12-60	12-44	45-53	54-60
	Sensitiviteit	11-55	11-15	<b>16-24</b>	<b>25-55</b>
	Perfectionisme	6-30	6-11	12-19	20-30
Psychisch Welzijn	Depressieve klachten	11-55	11-15	16-27	28-55
	Angstklachten	12-60	12-16	17-26	27-60
	Slaapklachten	6-30	<b>6-7</b>	<b>8-15</b>	<b>16-30</b>
	Gezondheidsklachten	13-52	<b>13-15</b>	<b>16-23</b>	<b>24-52</b>
Coping	Actieve coping	6-30	6-15	16-22	23-30
	Passieve coping	7-35	7-12	13-18	19-35
	Sociale steun zoeken	5-25	<b>5-9</b>	<b>10-17</b>	18-25
Relatie kwaliteit	(n = 222)	12-60	<b>12-34</b>	<b>35-49</b>	50-60

Note: Met Bold lettertype staan de veranderingen ten opzichte van de eerdere normering aangegeven.

### 1.5 Veelgebruikte vragenlijsten in de eerstelijnspsychologie; de PsyCareMonitor (PCM)

In toenemende mate werkt de huisarts samen met psychologen in de eerste lijn. Vanuit de overheid, zorgverzekeraars en vakorganisaties als de NHG, LHV en LVE wordt deze samenwerking in projecten gestimuleerd en ligt een beleidsvisie gezamenlijk zorg te dragen voor een sterke eerste lijn. De positionering van een POH-GGZ is hier een goed voorbeeld van. Om de bekendheid bij huisartsen van de in Nederland veelgebruikte vragenlijsten uit de LVE-richtlijn ‘intake en indicatie’ te vergroten worden in deze paragraaf de volgende veelgebruikte diagnostische meetinstrumenten of vragenlijsten beschreven: a) de Symptom Checklist (SCL-90), b) de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST), c) de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV-2), d) de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en de e) Nederlands Relatievragenlijst (NRV). Deze vragenlijsten maken onder licentie van Harcourt Test Publishers inmiddels deel uit van de zogenaamde PsyCareMonitor (PCM) in het *CareMetrics Healthcare Platform*. Aangevuld met de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS), een vragenlijst voor het meten van burnout, bestaat de PCM uit zes vragenlijsten. Een alternatief voor de afname van de vragenlijsten in een webbased applicatie is de afname middels een stand-alone computer met een Harcourt licentie of een afname via de methode van paper-en-pencil.

De implementatie van deze vragenlijsten vindt plaats in de zogenaamde tweede fase van de eerstelijns diagnostiek in de setting van een eerstelijnspsychologenpraktijk of gespecialiseerde GGZ (zie figuur 3). In sommige gevallen wordt de PCM gebruikt binnen multidisciplinaire gezondheidscentra. De uitvoerende diagnosticus is veelal een BIG geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog (ELP), in bezit van de NIP basisaantekening diagnostiek. Deze psychologen werken binnen de eerste lijn vaak nauw samen met de huisarts. Voorafgaand aan de afname van deze set vragenlijsten is veelal de uitslag van eerstelijns diagnostiek met screeningsvragenlijsten, zoals de EersteLijnsMonitor (ELM) beschikbaar.



Figuur 3; stap 2 is identiek aan stap 2 van figuur 1, alleen toegeschreven naar de rol van een psycholoog, in verband met de afname van de PCM in stap 5

### Symptom CheckList (SCL-90)

De Symptom CheckList (SCL-90) is een multidimensionele klachtenlijst die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie (als toestandsbeeld) en voor de evaluatie van interventies (Arrindell & Ettema, 2003, Holi, 2003). De SCL-90 meet de mate waarin iemand gedurende de afgelopen week last heeft gehad van bepaalde psychische en lichamelijke klachten. De SCL-90 kent een afnametijd van ongeveer 20 minuten (in de praktijk vaak korter). De vragenlijst is geschikt voor afname van iedereen van 12 jaar en ouder die testbaar is en de Nederlandse taal goed beheerst. De SCL-90 bestaat in zijn huidige versie uit 90 items die worden beantwoord op een vijfpuntsschaal en zijn verdeeld over acht schalen:

1. Angst (ANG; 10 items);
2. Agorafobie (AGO; 7 items);
3. Depressie (DEP; 16 items);
4. Somatische Klachten (SOM; 12 items);
5. Insufficiëntie van denken en handelen (IN; 9 items);
6. Wantrouwen en Interpersoonlijke Sensitiviteit (SEN; 18 items);
7. Woede-Hostiliteit (HOS; 6 items);
8. Slaapproblemen (SLA, 3 items).

Daarnaast kan een totaalscore over alle 90 items worden berekend, die de algemene mate voor het psychoneurotische- somatisch niet-welbevinden (Psychoneuroticisme; PSNEUR) weergeeft. De SCL-90 heeft in de huidige herziene uitgave zes normgroepen, onder andere voor patiënten uit eerstelijnspsychologen-praktijken (n=600). De predictieve validiteit, daar waar het gaat om het voorspellen van (al dan niet test) –gedrag door SCL-90 scores, is uitgebreid beschreven. Zie verder in: Arrindell & Ettema (2003) en Kloens (2005). De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Arrindell & Ettema, 2003; Evers et al., 2000).

#### *Negativisme, Psychopathologie en Somatisering - Test (NPST)*

De Negativisme, Psychopathologie en Somatisering – Test (NPST) is een persoonlijkheidstest van 54 items (Luteijn & Barelds, 2003a, 2003b) die niet overlappen en waarmee de volgende eigenschappen worden gemeten:

1. Negativisme (17 items);
2. Ernstige Psychopathologie (16 items);
3. Somatisering (21 items).

De NPST is een paralleltest (voor deze drie aspecten) en tevens de vervanger van de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985). De 54 NPST-items worden beantwoord op een driepuntsschaal (Juist, ?, Onjuist). Uit onderzoek blijkt dat de NPST over goede psychometrische eigenschappen beschikt (Luteijn & Barelds, 2003a). Er zijn drie normgroepen beschikbaar voor de NPST: Psychiatrische patiënten (n=1396), Eerstelijnscliënten (n=780) en Algemeen (n=904). De psychometrische kwaliteit van de NPST (Evers et al., 2000 aanvullingen) is redelijk goed.

#### *Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)*

De Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV-2) is de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst binnen het Nederlandse taalgebied (Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000). De NPV bestaat uit 140 items, die worden gescoord op een driepuntsschaal (Juist-?-Onjuist). De NPV meet de volgende zeven persoonlijkheids-eigenschappen:

1. Inadequatie (IN; 20 items);
2. Sociale inadequatie (SI; 20 items);
3. Rigiditeit (RG; 20 items);
4. Verongelijkheid (VE; 20 items);

5. Zelfgenoegzaamheid (ZE; 20 items);
6. Dominantie (DO; 20 items);
7. Zelfwaardering (ZW; 20 items).

In Nederland is in de klinische psychologie met de NPV zeer veel predictief validiteitsonderzoek verricht. De volgende gerepliceerde resultaten worden gerapporteerd:

1. Patiënten, cliënten en gezonde personen met hoge scores op de neuroticismefactor (o.a. IN-schaal) zijn meer en vaker ziek (psychisch, psychosomatisch of lichamelijk), revalideren moeilijker en zullen daardoor meer (medische) zorg nodig hebben;
2. Hoge Sociale Inadequatie (SI)- scores gaan ook vaak samen met het ontwikkelen van psychische klachten;
3. Daarentegen zullen hoge Zelfwaardering (ZW)-scores vaak samengaan met toekomstig levensgeluk;
4. Ook een grotere gelijkheid van NPV-scores bij (samenwonende) partners gaat samen met meer levensgeluk;
5. Bij werknemers kunnen hoge Inadequatie (IN)-scores, Sociale Inadequatie (SI)-scores, Verongelijktheid (VE)-scores, Rigiditeit (RG)-scores én lage Zelfwaardering (ZW)-scores helpen bij het diagnosticeren van burnout;
6. Hoge scores op de factor Dogmatisme (hoge scores op de schalen Rigiditeit, Verongelijktheid en Zelfgenoegzaamheid) zijn in het algemeen een slecht voorteken voor het met succes volgen van therapie;
7. In het algemeen is te verwachten dat personen die hoog scoren op de dimensies of factoren Neuroticisme, Introversie en Dogmatisme meer psychische en lichamelijke klachten zullen krijgen, minder levensgeluk zullen kennen en moeilijker te helpen zullen zijn bij het oplossen van hun problemen (Luteijn et al., 2000).

De NPV kent vijf verschillende normtabellen: algemeen (n=8826), selectie (n=4254), psychiatrie (n=2602), eerstelijnspatiënten (n=873) en somatische patienten (n=1001; zie Luteijn et al., 2000). De psychometrische kwaliteit van de NPV (Evers et al., 2000 met aanvullingen) is goed.

### *Utrechtse Coping Lijst (UCL)*

De Utrechtse Coping Lijst (UCL) is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan (Schreurs, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993). De UCL bestaat uit 47 items, die worden beantwoord op een vierpuntsschaal (1 = zelden of niet, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak). De items van de UCL zijn niet overlappend verdeeld over de volgende zeven schalen:

1. Actief aanpakken (ACT; 7 items);
2. Palliatieve reactie (PAL; 8 items);
3. Vermijden (VER; 8 items);
4. Sociale steun zoeken (SOC; 6 items);
5. Passief reactiepatroon (PAS; 7 items);
6. Expressie van emoties (EXP; 3 items);
7. Geruststellende gedachten (GER; 5 items).

De UCL-schalen nemen een tussenpositie in tussen ‘trait’ en ‘stait’ maten, wat overeenkomt met de theoretische opvatting over coping als een bepaalde persoonlijkheidsstijl (Schreurs et al., 1993). De UCL heeft normtabellen voor mannen (n=1493) en vrouwen (n=712), die weer zijn ingedeeld naar leeftijd. Daarnaast zijn er aanvullend aparte normtabellen voor scholieren (n=749) en studenten (n=55). Voor de eerstelijns is een voorlopige normgroep ‘eerstelijnscliënten’ beschikbaar (Kloens, 2005). De UCL beschikt over matige tot redelijke psychometrische kwaliteiten (Evers et al., 2000).

### *De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV)*

De Nederlands relatievragenlijst (NRV) is een multidimensionele vragenlijst voor het meten van relatiekwaliteit (Barelds, Luteijn & Arrindell, 2003). De NRV is momenteel de enige multidimensionele relatievragenlijst in Nederland die over goede psychometrische eigenschappen beschikt (COTAN beoordeling in 2004). Omdat relatieproblemen in Nederland binnen de eerstelijns een van de meest voorkomende problemen zijn (Kloens, 2005) is het toevoegen van de NRV aan de in de eerstelijns veel gebruikte set vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV en UCL, erg zinvol.

De NRV bestaat uit 80 items die worden beantwoord op een tweepuntsschaal: 'Juist' of 'Onjuist'. Deze NRV-items zijn verdeeld over de volgende vijf schalen:

1. Onafhankelijkheid (19 items);
2. Emotionele Saamhorigheid (26 items);
3. Identiteit (15 items);
4. Conflicthantering (9 items);
5. Seksualiteit (11 items).

De 80 NRV-items kunnen tevens worden opgeteld om tot een NRV-totaalscore te komen, waarmee de algemene relatiekwaliteit wordt uitgedrukt. De NRV heeft normtabellen voor gehuwde en samenwonende personen, gebaseerd op een landelijke normgroep van 3647 personen. De NRV kan gebruikt worden om therapiesucces te voorspellen en om therapiesucces te evalueren (Barelds et al., 2003). Momenteel wordt in Nederland in de eerste lijn onderzoek met de NRV verricht. Hierbij worden ook de vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV en UCL gebruikt.

#### *De Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*

De Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) is een vragenlijst voor het meten van burnout (Schaufeli en van Dierendonck, 2000). De UBOS, versie A, bestaat uit 15 items, die worden beantwoord op een zespuntsschaal (0=nooit, 1=sporadisch, 2=af en toe, 3=regelmatig, 4=dikwijls, 5=zeer dikwijls, 6=altijd). De items zijn verdeeld over drie schalen:

1. Emotionele uitputting;
2. Distantie;
3. Competentie.

Er zijn verschillende normgroepen van de UBOS beschikbaar. De UBOS beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Evers et al., 2000).

### *1.5.1 De vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV, UCL en NRV én bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek*

Uit onderzoek in de eerstelijns (Kloens, 2005) blijkt dat de SCL-90 een goed instrument is om algemene psychopathologische klachten te meten en behandelingen te evalueren. De NPV en NPST zijn goede instrumenten om diverse persoonlijkheidseigenschappen van personen in kaart te brengen en de UCL tenslotte is een goed instrument voor het meten van coping.

Voor het beantwoorden van de onderkenningvraag kan de professional naast de gegevens uit het taxatiegesprek de uitslagen van de vragenlijst SCL-90, als multidimensionale klachtenlijst, gebruiken. Deze vragenlijst bestrijkt een belangrijk deel van de klachten die men bij de onderzochte patiënt kan aantreffen. De combinatie van de gegevens uit het taxatiegesprek en de SCL-90 kan een inschatting geven van de ervaren pathologie in de huidige onderzoekssituatie. (Wat is er aan de hand? Hoe ernstig zijn de klachten?).

De onderzoeksmiddelen voor het beantwoorden van de verklaringvraag zijn vragenlijsten die zich kunnen richten op verklaringsfactoren en hun inducerende of continuerende functie, zoals het functioneren van het sociale systeem, de copingstrategie of persoonlijkheidseigenschappen van de patiënt. De copingstrategie, bijvoorbeeld de mate waarin de patiënt steun zoekt bij andere mensen, kan bepaald worden met de UCL (de Raedt & Schacht, 2003). De eigenschappen van de persoonlijkheid, bijvoorbeeld extraversie, negativisme of dogmatisme, kunnen met vragenlijsten als de NVM, NPST en NPV worden bepaald.

De predictievraag kan beantwoord worden door vragenlijsten die een substantiële predictieve validiteit bezitten (Vertommen et al., 2002). De NPV is voorbeeld van een vragenlijst met goede predictief valide eigenschappen (Luteijn, Starren & van Dijk, 2000, Kloens, 2005). Ook de SCL-90 is een voorbeeld van een vragenlijst met mogelijkheden uitspraken te doen over het probleemgedrag in de toekomst. Het is bijvoorbeeld mogelijk met de uitslag van deze vragenlijst een kansuitspraak te doen over het gevaar op suïcide (item 15 van de vragenlijst) bij een depressieve of angstige patiënt. De evaluatie-vraag (In hoeverre zijn de problemen afdoende verholpen?) kan ook beantwoord worden door de afname van een SCL-90. Deze vragenlijst is bij uitstek geschikt voor de evaluatie van behandelingsresultaten (Arrindell & Ettema,

2003, Kloens, 2005). Na de interpretatie van de vragenlijsten<sup>4</sup> aan de hand van de normgegevens en gegevens van de betekenis van de diverse schalen uit de handleidingen van de betreffende vragenlijsten, kan men dit verkregen materiaal vergelijken met de vooropgestelde toetsingscriteria ten aanzien van de gestelde hypothesen. Het opstellen van vooropgestelde toetsingscriteria is noodzakelijk om oordeelsfouten te voorkomen (Vertommen et al., 2002; Ter Laak & de Goede, 2003). Doet men dit niet, dan is de kans groot dat de professional kan gaan ‘hineininterpretieren’ (Vertommen et al., 2002) als een bevestiging van de gestelde hypothese. Bijvoorbeeld: wanneer als verklaringsfactor de dogmatische persoonlijkheid van de cliënt onderzocht gaat worden, en gekozen is voor gebruik van de NPV, dan moet, voorafgaand aan de afname, bepaald worden op grond van welke informatie er sprake is van een dogmatische persoonlijkheid. Hierbij is kennis van wetenschappelijk onderzoek met de NPV onontbeerlijk.

Op grond van de onderzoeksbevindingen zou het voor de professional een zinvolle aanvulling zijn om naast de beoordeling van de uitslagen op de diverse schalen van de vier vragenlijsten ook een analyse te maken van een combinatie van schalen. Analoog aan gevonden factoren uit de diverse factoranalyses uit onderzoek in de eerstelijns (Kloens, 2005) en op grond van de EersteLijnsMonitor (ELM), kan een doelgerichte analyse van klachten, persoonlijkheidseigenschappen, coping en relatiekwaliteit, een beoordeling van de patiënt plaatsvinden naar:

- weinig of veel klachten én aard van de klachten;
- een al dan niet negativistische houding naar anderen;
- een al dan niet dogmatische levensinstelling;
- een beoordeling op de schaal Introversie- Extraversie; ‘de kleuring van de persoonlijkheid’;
- de mate van afstandelijkheid naar anderen en defensiviteit;
- de copingstrategie: - passief-vermijdend versus probleemgericht

---

<sup>4</sup> Voor meer informatie over de inhoud en de psychometrische eigenschappen van vragenlijsten of tests kan de ELP terecht in de diverse handleidingen en Documentatie van tests en testresearch in Nederland (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000). Voor specifieke informatie over onderzoek met de genoemde vragenlijsten in de eerstelijns kan worden verwezen naar het proefschrift ‘*diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*’ van Kloens (2005).

- al dan niet emotiegericht (sociale steun en/of expressie van emoties).
- keuze voor de meest geschikte therapie of therapeutische setting (eerste lijn of specialistische GGZ);
- therapietrouw en compliance;
- de kans op therapiesucces.

Onderzoek in de eerstelijns (Kloens, 2005) toont aan dat de SCL-90 een goed meetinstrument is voor de evaluatie van behandelingen. Het gebruik van de set (diagnostische) vragenlijsten kan tevens behulpzaam zijn bij het voorspellen van therapiesucces. Uit predictief validiteitsonderzoek (Kloens, 2005) blijkt dat de NPV, de NPST en de UCL alledrie in staat zijn om klachten, zoals gemeten met de SCL-90, bij zowel ontslag als tijdens nazorg te voorspellen. Uit onderzoek blijkt dat de NPV-schaal Inadequatie en de NPST-schaal Ernstige Psychopathologie de beste voorspellers zijn van algemene psychopathologische klachten op zowel een ontslagmeting als een nameting (in het voornoemde onderzoek ná twee maanden). Uit deze analyses blijkt ook dat de NPV-factoren emotionele labiliteit en dogmatisme voorspellers kunnen zijn van algemene psychopathologische klachten. Op grond van deze bevindingen zou de professional alert moeten zijn op patiënten die hoog scoren op deze schalen en/of factoren, bijvoorbeeld om de inhoud van de therapeutische interventie aan te passen en/of om een nazorgprogramma aan te bieden, zodat de kans op terugval in de toekomst zoveel mogelijk kan worden gereduceerd.

Het toevoegen van de NRV is zinvol om relatiekwaliteit van de patiënt te meten. Men kan zich voorstellen dat een slechte kwaliteit van de relatie met de partner klachten van patiënten kan veroorzaken of instandhouden óf dat het therapieresultaat in ongunstige zin kan worden beïnvloed. Wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns op dit onderwerp wordt momenteel uitgevoerd.

Na het taxatiegesprek en de afname van vragenlijsten wordt een samenvattende argumentatie gemaakt, waarna wordt overgegaan tot de indicatiestelling. Hierbij gaat het over de vraag of de patiënt een behandeling nodig heeft en zo ja, welke behandeling en hulpverlener en welke setting (eerste lijn of specialistische GGZ;

tweede lijn- of derdelijnszorg) het meest geschikt is voor deze patiënt met dit probleem (Vertommen et al., 2002). Bij de aanwezigheid van veel algemene psychopathologische klachten (zoals gemeten met de SCL-90) en/of ernstige psychopathologie (zoals gemeten met de PSY-schaal van de NPST) en/of persoonlijkheidsproblematiek (zoals gemeten met de NPST en NPV) en/of een inadequate coping (zoals gemeten met de UCL), zou de professional (lees huisarts of eerstelijnspsycholoog) direct een verwijzing naar een ander echelon kunnen overwegen of alleen een kortdurende klachtgerichte behandeling uit te voeren alvorens te verwijzen.

Na een (terug)rapportage van de conclusies en de oriëntatie van het patiëntperspectief, wordt een keuze gemaakt uit een aantal aangeboden mogelijkheden. Hierbij dient men rekening te houden met de geschiktheidvereisten voor behandelingen en behandelaars, de kennis over het relatieve nut van behandelingen en kennis over de aanvaarding van de indicatie door de patiënt (Vertommen et al., 2002).

Voor de eerstelijnspsychologische of eerstelijns GGZ lijkt het gebruik van de set vragenlijsten SCL-90, NPST, NPV, UCL en NRV gezien de goede psychometrische kwaliteiten en korte afnameduur bij uitstek geschikt als aanvulling op de afname van een ELM. De huisarts of eerstelijnspsycholoog verkrijgen met de afname van deze set vragenlijsten, aangevuld met de gegevens uit de taxatie/intake, behandelsessies of huisartsengeneeskundig onderzoek, aldus een betrouwbaar beeld van het huidige niveau van functioneren, de (psychopathologische) huidige klachten, persoonlijkheidskenmerken, copingstijl en kwaliteit van de relatie met echtgenoot, echtgenote of partner. Ervaring leert dat patiënten gemiddeld een uur nodig hebben om de set van vijf vragenlijsten in te vullen. Na afname volgt binnen het *CareMetrics Healthcare Platform* een real-time feedback voor de professional<sup>5</sup>. Deze rapporteert de uitslagen aan de patiënt

Het gebruik van de set van vijf genoemde vragenlijsten kan aldus van grote waarde zijn voor de praktische beroepsuitoefening van een diagnosticus in de eerste lijn. Uit het onderzoek van Kloens (2005) in de eerstelijns blijkt de set vragenlijsten een goede

---

<sup>5</sup> In tegenstelling tot de ELM ontvangt de patiënt geen real-time feedback in de vorm van een rapport in PDF-bestand van de PCM. Een rapport, ook wel feedback genoemd, van de PCM is bestemd voor de professional. Deze feedback in PDF-bestand bestaat uit een overzicht van de uitslagen op de diverse vragenlijsten, inclusies schalen en items in tekst én grafieken met alle normgegevens. De uitslag op de PCM wordt tijdens een adviesgesprek gerapporteerd aan de patiënt en verwerkt in een behandelplan.

bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg en de klanttevredenheid. Daarnaast wordt gesteld dat een goede diagnose- en indicatiestelling in de eerstelijnspsychologische of eerstelijns GGZ-zorg kan bijdragen aan kostenbeheersing in de zorgsector (Kloens, 2005).

### 1.6 De samenhang van de ELM met veelgebruikte vragenlijsten in de PCM

In het eerste deel van dit artikel werd de ELM geanalyseerd in een proefgroep van 320 patiënten in de eerste lijn en 299 gezonde mensen (controlegroep). Bij 44 patiënten van de totale proefgroep van 320 patiënten is in de eerste lijn bij diverse praktijken voor eerstelijnspsychologische zorg in Nederland zowel een ELM als een set vragenlijsten uit de PCM afgenomen. Deze patiënten bevonden zich in de intakefase of hadden maximaal vijf gesprekken gehad. Van de huidige proefgroep hadden 29 patiënten een vaste relatie (i.v.m. analyses relatiekwaliteit), waarvan 33 patiënten met een vaste baan en werk (i.v.m. analyses burnout).

De schalen van de Hoofdcategorie Welzijn (psychische klachten) van de ELM werd gecorreleerd met de SCL-90 (tabel 10).

**Tabel 10. Pearson correlaties ELM klachtenschalen met de SCL-90 voor patiënten in de eerste lijn (n = 44)**

PCM: SCL-90	ELM	Depressieve klachten	Angst klachten	Slaap klachten	Gezondheids klachten
Angst		.64**	<b>.85**</b>	.45**	.50**
Agorafobie		.47**	<b>.74**</b>	.41**	.51**
Depressie		<b>.86**</b>	.67**	.37*	.46**
Somatische klachten		.51**	.69**	.42**	<b>.80**</b>
Insufficiëntie van denken en handelen		.71**	.68**	.43**	.51**
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit		.54**	.49**	.29	.35*
Hostiliteit		.63**	.48**	.37*	.34*
Slaapproblemen		.57**	.60**	<b>.77**</b>	.50**
Psychoneuroticisme		<b>.80**</b>	<b>.80**</b>	.50**	.60**

Note. \* p < 0.05 (2-zijdig). \*\* p < .01 (2-zijdig).

Zoals verwacht correleert de schaal Depressieve klachten van de ELM hoog met de schaal Depressie van de SCL-90. De schaal Angstklachten van de ELM correleert hoog met de schalen Angst en Agorafobie van de SCL-90. Opvallend is dat de schalen

Depressieve klachten en Angstklachten van de ELM beide hoog correleren met de schaal Psychoneuroticisme van de SCL-90. De schaal Slaapklachten van de ELM correleert hoog met de schaal Slaapproblemen van de SCL-90. De schaal Gezondheidsklachten van de ELM correleert hoog met de schaal Somatische klachten van de SCL-90.

De schalen van de Hoofdcategorie Welzijn (psychische klachten) van de ELM werden ook gecorreleerd met de UBOS (tabel 11).

**Tabel 11. Pearson correlaties ELM klachtenschalen met de UBOS voor patiënten in de eerste lijn (n = 33)**

PCM: UBOS	ELM	Depressieve klachten	Angst klachten	Slaap klachten	Gezondheids klachten
Emotionele uitputting		.41*	.46**	.35*	.64**
Mentale distantie		.29	.19	.28	.31
Competentie		-.42*	-.09	-.29	-.09

Note. \*  $p < 0.05$  (2-zijdig). \*\*  $p < .01$  (2-zijdig).

De schaal Uitputting van de UBOS correleert zoals verwacht hoog met de schaal Gezondheidsklachten van de ELM en, eveneens zoals verwacht, lager met de schalen Depressieve klachten, Angstklachten en Slaapklachten van de ELM.

Opmerkelijk is dat de schaal Competentie van de UBOS een relatie heeft met de schaal Depressieve klachten van de ELM.

De persoonlijkheidsschalen van de ELM werden gecorreleerd met de NPST en NPV-2 (tabel 12).

**Tabel 12. Pearson correlaties ELM persoonlijkheidschalen met de NPST en NPV-2 voor patiënten in de eerste lijn (n = 44)**

PCM	ELM	Emotionele stabiliteit	Introversie Extraversie	Ontevredenheid Tevredenheid	Sensitiviteit	Perfectionisme
NPST						
Negativisme		-.53**	-.07	-.62**	.64**	.24
Ernstige psychopathologie		-.45**	.02	-.61**	.68**	.38*
Somatisering		-.56**	-.31*	-.31*	.28	.31*
NPV-2						
Inadequatie		-.75**	-.16	-.44**	.46**	.38*
Sociale Inadequatie		-.41**	-.63**	-.19	.34*	.20
Verongelijkheid		-.61**	-.29	-.61**	.65**	.27
Zelfgenoegzaamheid		-.23	-.50**	-.22	.33*	.09
Dominantie		.11	.39**	.00	-.12	.28
Zelfwaardering		.55**	.27	.40**	-.45**	-.09
Rigiditeit		-.13	-.50**	-.03	.02	.32*

Note. \* p < 0.05 (2-zijdig). \*\* p < .01 (2-zijdig).

De correlaties van de persoonlijkheidsschalen van de ELM met de NPST en NPV-2 zijn zoals verwacht. De schaal Perfectionisme van de ELM heeft minder een PCM-equivalent, maar correleert wel met de schaal Ernstige psychopathologie van de NPST en de schaal Inadequatie van de NPV-2.

De copingschalen van de ELM werden gecorreleerd met de UCL (tabel 13).

**Tabel 13. Pearson correlaties ELM copingschalen met de UCL voor patiënten in de eerste lijn (n = 44)**

PCM: UCL	ELM	Actieve coping	Passieve coping	Sociale steun zoeken
Actief aanpakken		.81**	-.21	.36*
Palliatieve reactie		-.07	.53**	.19
Vermijden		-.40**	.55**	-.35*
Sociale steun zoeken		.32*	-.34*	.71**
Passief reactiepatroon		.25	.52**	-.18
Expressie van emoties		-.01	.10	.06
Geruststellende gedachten		.07	-.04	.11

Note. \* p < 0.05 (2-zijdig). \*\* p < .01 (2-zijdig).

De correlaties van de copingschalen van de ELM met de UCL zijn zoals verwacht.

Opmerkelijk is dat de schaal Actieve coping van de ELM niet correleert met de schaal passief reactiepatroon van de UCL, maar wel licht met de schaal Vermijden van de UCL. Dit kan te maken hebben met het feit dat de schaal Passieve coping van de UCL meer een algemene maat of toestandbeeld is voor algehele malaise of klachten. De schalen Geruststellende gedachten en Expressie van emoties van de UCL hebben niet echt een ELM- equivalent.

De schaal Relatiekwaliteit van de ELM werd gecorreleerd met de NRV (tabel 14).

**Tabel 14. Pearson correlaties ELM relatiekwaliteitschaal met de NRV voor patiënten in de eerste lijn (n = 29)**

PCM: NRV	ELM Relatiekwaliteit
Onafhankelijkheid	.52**
Emotionele saamhorigheid	.62**
Identiteit	.46*
Conflicthantering	.33
Seksualiteit	.61**
Totaal: relatiekwaliteit	.74**

Note. \*  $p < 0.05$  (2-zijdig). \*\*  $p < .01$  (2-zijdig).

De correlaties van de schaal Relatiekwaliteit van de ELM met de NRV zijn zoals verwacht. De ELM-relatiekwaliteitschaal omvat niet conflicthantering.

De onderzoeksgroep in het onderzoek naar de convergente validiteit van de ELM (i.e. de samenhang van de ELM met veelgebruikte vragenlijsten in de PCM) is uitgevoerd in een relatief kleine onderzoeksgroep (n = 44). Om te kijken of deze kleine steekproef representatief is voor de patiënten populatie in de eerste lijn zijn de patiënten bij wie zowel de ELM als de PCM is afgenomen vergeleken met de overige patiënten bij wie enkel de ELM is afgenomen. In Tabel 15 is te zien dat er geen significante verschillen zijn op ELM schalen tussen beide steekproeven. Hierdoor is het zeer waarschijnlijk dat de gevonden convergente validiteit in de kleine steekproef te generaliseren is naar de gehele patiënten populatie.

**Tabel 15. T-toets ELM-PCM sample (n = 44) met enkel ELM sample (n = 276) patiënten in de eerste lijn op ELM Schalen**

	Eerstelijns patiënten met PCM en ELM data <i>n</i> = 44		Eerstelijns patiënten met enkel ELM data <i>n</i> = 276		Statistics	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Emotionele stabiliteit	31.70	8.09	34.68	8.84	2.10	n.s.
Introversie-Extraversie	35.66	6.09	35.29	7.68	-.31	n.s.
Ontevredenheid-Tevredenheid	43.68	7.70	44.26	7.90	.46	n.s.
Sensitiviteit	26.36	5.94	24.18	7.08	-1.94	.05
Perfectionisme	18.18	4.90	18.70	5.69	.57	n.s.
Depressieve klachten	32.07	8.69	30.43	8.76	-1.15	n.s.
Angstklachten	32.36	8.84	30.44	8.91	-1.33	n.s.
Slaapklachten	16.43	6.21	15.72	6.34	-.69	n.s.
Gezondheidsklachten	27.32	7.93	26.63	7.25	-.58	n.s.
Actieve coping	17.05	4.30	17.09	4.47	.06	n.s.
Passieve coping	18.00	3.60	17.12	4.32	-1.28	n.s.
Sociale steun zoeken	13.25	3.11	13.04	3.88	-.34	n.s.
Relatiekwaliteit (n = 30/177)	44.57	6.29	43.23	8.57	-.82	n.s.

Note: De patiëntpopulatie waarin we de ELM met de PCM is op  $p = .01$  niveau (Bonferroni correctie) vergelijkbaar met de grote groep ELM patiënten.

Samenvattend kan op grond van het huidige onderzoek bij 44 patiënten in de eerste lijn met zowel een ELM als PCM, worden gesteld dat de ELM een betrouwbaar instrument is voor het meten van het niveau van welzijn en psychopathologie, persoonlijkheid, coping en relatiekwaliteit. Bij veel van de patiënten in de eerste lijn kan de ELM in de eerste fase van screening en diagnostiek een goed alternatief zijn voor de uitgebreide set vragenlijsten van de PCM.

### *1.7 Samenvatting en discussie*

Samenvattend kan worden gesteld dat op grond van het huidige onderzoek bij 320 patiënten in de eerste lijn en 299 gezonde controles, en een onderzoek bij 44 patiënten met zowel de ELM als de PCM, de ELM een betrouwbaar onderzoeksinstrument en hulpmiddel is voor de huisarts en andere werkers in de eerste lijn om vragen uit het diagnostisch proces (onderkenning van problemen, verklaren, predictie en indicatie) en vragen over psychopathologische klachten, persoonlijkheid en psychische draagkracht, coping en relatiekwaliteit te beantwoorden. Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op patiënten uit verschillende diagnosegroepen, zoals angststoornissen en depressieve stoornissen en onderzoek naar de predictieve validiteit van de ELM. Enkele aanvullende aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn: (1) onderzoek doen bij nog grotere groepen van patiënten uit de eerste lijn, (2) patiënten uit de huisartsenpraktijk vergelijken met patiënten uit de eerstelijnspraktijken van psychologen.

## Referenties

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bakker, I. (2001). *Persoonlijkheidsmeting en kwaliteit in de eerstelijnspsychologie*. Groningen: intern verslag RUG.
- Barelds, D.P.H. & Kloens, G.J. (2006). De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV) in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 9, 2-11.
- Barelds, D. P. H. & Jonker, A. (2002). De NPV in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 28-34.
- Barelds, D.P.H. & Luteijn, F. (2003). Enige gegevens met de Nederlandse Verkorte MMPI in de algemene bevolking. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 18-26.
- Barelds, D.P.H., Westing, H. van & Luteijn, F. (2005). Herziening van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst. *Diagnostiek-wijzer*, 8, 78-101.
- Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Arrindell, W.A. (2003). *De handleiding van de NRV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus; een praktijkleer*. Leusden: Acco Leuven.
- Buitink, J.A. (2000). *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief*. Rotterdam: Phoenix & Den Oudsten.
- Evers, A., Zaal, J.N. & Evers, A.K. (2002). Ontwikkelingen in het testgebruik van Nederlandse Psychologen. *De Psycholoog*, 37, 54-61.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C.van & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland, deel 1 en 2*. Amsterdam/Assen: NIP/ Van Gorcum.
- Groen, P.N. (2000). Eerstelijnspsychologie: ontwikkeling en beleid. In: Derksen, J.J.L. & Staak, C.P.F. van der (red.). *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog* (1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic dissertation. Helsinki.
- Jonker, A. (2000). *De NPV in eerstelijnspsychologenpraktijken*. Groningen: intern verslag RUG.
- Kloens, G.J. (2006). Diagnostiek en indicatiestelling met behulp van vragenlijsten. In: Lamers, Bosch, Hinderink en Verschuren (red.), *Psychologie in de eerste lijn: kortdurende behandeling en veelvoorkomende problemen*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Kloens, G.J. (2005). *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*. Proefschrift, RUG Groningen.

- Kooreman, A. (1997). *Het psychologisch rapport*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Laak, J.F. ter & Goede, P.M. de (2003). *Psychologische diagnostiek; inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Luteijn, F. (2006) Een psychotherapie- indicatie en evaluatievraag. *Diagnostiek-wijzer*, 9, 12-21.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *Herziene NVM handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Van Dijk, H. (2000). *Tweede herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F. & Barelds (2003a). Een vervanger van de NVM: de NPST. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 163-168.
- Luteijn, F. & Barelds, D.P.H. (2003b). *Handleiding Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H. & Vertommen, H. (2005). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma
- NIP (1993). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- NIP (2001). *Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologie*. Amsterdam: NIP.
- Raedt, R. De & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie* 36, 197-222.
- Rijswijk, E. (2006). Psychische problemen in de huisartsenpraktijk. In: Lamers, Bosch, Hinderink en Verschuren (red.), *Psychologie in de eerste lijn: kortdurende behandeling en veelvoorkomende problemen*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Schaufeli, W. & Dierendonck, van, D. (2000). *Handleiding UBOS*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de , Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vertommen, H., Ter Laak, J. & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 4-16.

#### *Overige*

Trimbos Instituut (2007); *Jaarverslag 2006*.