

6 Diagnostiek en indicatiestelling met behulp van vragenlijsten

Gert Jan Kloens

Een academisch opgeleid psycholoog die werkzaam is in eerste lijn van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), neemt de positie in van een praktijkwetenschapper (scientist-practitioner). Het typeert de praktijkwetenschapper dat hij werkzaamheden in de eerstelijnspraktijk, in de vorm van dienstverlening aan cliënten, combineert met het op een transparante en deskundige wijze gebruiken van wetenschappelijke kennis. Het optimaliseren en professionaliseren van het diagnostisch proces is een belangrijk onderdeel van de praktijkvoering. In dat proces moet de ELP keuzen maken met betrekking tot theorie, model en meetinstrumenten. De methoden die de ELP in de diagnostische fase vaak gebruikt zijn gesprek, observatie en gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het gebruik van betrouwbare en valide meetinstrumenten of vragenlijsten kan de ELP helpen tot een goede diagnose en indicatiestelling te komen. Juist de ELP zou in staat moeten zijn op grond van goede diagnostiek de juiste cliënt op de juiste (behandel)plek te krijgen (indicatiestelling). De ELP 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 cliënt. Het inzetten van vragenlijsten kan de ELP helpen deze doelstelling te behalen. Uitgangspunt van deze werkwijze is dat de rapportage van de bevindingen uit gesprek, observatie en de afname van vragenlijsten aan de cliënt en de verwijzer binnen een tijdsbestek van één tot twee weken plaatsvindt. Aansluitend kan de ELP, indien passend binnen de indicatiestelling, een behandeling starten of verwijzen naar bijvoorbeeld gespecialiseerde zorg in de GGZ. Op deze wijze zou de ELP kunnen fungeren als poortwachter voor de psychosociale problematiek in Nederland.

In dit hoofdstuk wordt eerst een aantal opmerkingen gemaakt over wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn in Nederland en

de beschrijving van uitgangspunten met betrekking tot diagnostiek en indicatiestelling in de eerste lijn. Daarna volgt een beschrijving van de plaats van vragenlijsten in het diagnostisch proces. Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk vragenlijsten aan de orde die op basis van hun beoordeling door de commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN; zie Evers e.a., 2000) voldoende psychometrische kwaliteiten bezitten en vaak door eerstelijnspsychologen en binnen het werkveld van de eerste lijn gebruikt worden. Het betreft de volgende vragenlijsten:

- de Symptom Checklist (SCL-90);
- de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST);
- de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV);
- de Utrechtse Coping Lijst (UCL);
- de Nederlands Relatievragenlijst (NRV).

Uit recent onderzoek in de eerste lijn (Kloens, 2005) blijkt dat deze vragenlijsten geschikt zijn om de ELP informatie te geven over de meest voorkomende probleemgebieden in de eerste lijn, zoals relatieproblemen, depressieve klachten en angststoornissen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met enkele aanbevelingen met betrekking tot rapportage en de beschrijving van een casus.

6.1 Wetenschappelijk onderzoek naar gebruik van vragenlijsten in de eerste lijn

Inmiddels is een begin gemaakt met onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en aldus naar de waarde van enige vragenlijsten in de eerste lijn (Bakker, 2001; Barelds & Jonker, 2002; Barelds & Luteijn, 2003; Jonker, 2000; Luteijn e.a., 2000). Een onderzoek onder grote cliëntgroepen 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 zijn proefschrift *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerste lijn*. In de periode van 1997 tot en met 2004 zijn de psychometrische eigenschappen van de volgende zes vragenlijsten onderzocht bij drie grote groepen eerstelijnscliënten uit verschillende eerstelijnspraktijken in Nederland: 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).

In 2000 is, op initiatief van de COTAN, onder psychologen aangesloten bij het NIP een enquête gehouden. Daaruit blijkt dat deze vragenlijsten behoren tot de top zeven van de meest gebruikte vragenlijsten of tests (Evers e.a., 2002). Uit deze enquê-

te blijkt een klein aantal tests het overgrote deel van het testgebruik onder psychologen te representeren. Als men onderzoek doet naar de afnamefrequentie blijken deze vragenlijsten of tests (excl. de NPST) de gehele top vijf te beslaan.

In het begin van deze eeuw stelde Buitink (2000) dat wetenschappelijk onderzoek naar de waarde van vragenlijsten of meetinstrumenten en effecten van behandelingen in de eerste lijn noodzakelijk is. Evers e.a. (2002) stellen dat in het bijzonder de psychometrische kwaliteit van tests nog veel te wensen over laat. Testgebruikers zouden meer rekening moeten houden met kwaliteit bij hun keuze van tests. Psychologen blijken onvoldoende op de hoogte van de kwaliteit van vragenlijsten (Evers e.a., 2002). Sommige eerstelijnspsychologen gebruiken alternatieve methoden van onderzoek, maar deze zijn wat betreft hun betrouwbaarheid en validiteit onderwerp van discussie.

6.2 Uitgangspunten van diagnostiek en indicatiestelling in de eerste lijn

De werkwijze en hulpverlening van een ELP heeft een aantal specifieke kenmerken (NIP, 1993, 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, waarna de diagnostiek vaak uitgebreid wordt met testdiagnostiek (onder andere de afname van vragenlijsten met de paper and pencil-methode of met behulp van de computer). In de eerstelijnspraktijk 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 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 e.a., 2005; Vertommen e.a., 2002; Ter Laak & De Goede, 2003; De Bruyn e.a., 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 dus een doelgerichte activiteit die begint met de hulpvraag van de cliënt en eindigt met de verslaglegging van de resultaten van het diagnostisch

onderzoek door de diagnosticus. De ELP analyseert in het eerste taxatiegesprek zowel de hulpvraag van de cliënt als, indien beschikbaar, de aanvraag van de verwijzer. Deze vragen van de cliënt en de verwijzer vormen het vertrekpunt in het diagnostisch proces. Daarnaast formuleert de ELP zelf ook vragen die naar voren komen tijdens het taxatiegesprek:

- Welke klachten of problemen zijn aanwezig? Is er een voorlopige diagnosestelling mogelijk?
- Welke factoren veroorzaken de klachten of problemen en houden die in stand?
- 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 cliënt. Hierin wordt beschreven wat de problemen zijn van de cliënt en hoe ze verklaard kunnen worden. Om deze voorlopige theorie te beschrijven worden de meeste vragen van cliënten of verwijzers herleid tot vijf basisvragen. Het betreffen vragen om:

- 1 te onderkennen wat er bij een cliënt 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 cliënt 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:

- 1 De voorlopige theorie wordt omgezet in concrete toetsbare hypothesen.
- 2 Er wordt een specifiek onderzoeksinstrumentarium gekozen (bijvoorbeeld vragenlijsten), dat een antwoord kan geven op de gestelde hypothesen.
- 3 Er worden voorspellingen gedaan over de uitkomsten of resultaten van dit instrumentarium, zodat men duidelijk en op voorhand weet wanneer men de hypothesen zal aanvaarden of verwerpen.
- 4 Afname en verwerking van de instrumenten.
- 5 Op grond van de resultaten worden de hypothesen op een beargumenteerde wijze aanvaard of verworpen.

Dit diagnostisch scenario leidt tot een conclusie op grond waarvan de ELP samen met de cliënt een keuze kan maken voor een plan van aanpak.

6.3 Veelgebruikte vragenlijsten in de eerste lijn

Achtereenvolgens worden in deze paragraaf de volgende vragenlijsten beschreven: de SCL-90, de NPST, de NPV, de UCL en de NRV.

6.3.1 De Symptom CheckList (SCL-90)

De Symptom CheckList (SCL-90) is een multidimensionale klachtenlijst die vaak wordt gebruikt als meetinstrument voor de ervaren mate van psychopathologie (als toestandsbeeld) en voor de evaluatie van interventies (Arrindell & Ettema, 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 twintig minuten. De vragenlijst is geschikt voor afname van iedereen van twaalf 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 cliënten uit eerstelijnspsychologenpraktijken ($n = 600$). De predictieve validiteit, het voorspellen van (al-dan-niet test)gedrag door SCL-90 scores, is uitgebreid beschreven. Zie verder: Arrindell & Ettema (2003) en Kloens (2005). De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Arrindell & Ettema, 2003; Evers e.a., 2000).

6.3.2 De Negativisme, Psychopathologie en Somatisering Test (NPST)

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

- Negativisme (17 items);
- Ernstige Psychopathologie (16 items);
- 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 en 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 e.a., 2000, aanvullingen) is redelijk goed.

6.3.3 De Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV)

De Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) is de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst binnen het Nederlandse taalgebied (Luteijn e.a., 2000). De NPV bestaat uit 132 items en één instructie-item, die worden gescoord op een driepuntsschaal (Juist, ?, Onjuist). De NPV meet de volgende zeven persoonlijkheidseigenschappen:

- 1 Inadequatie (IN, 21 items);
- 2 Sociale Inadequatie (SI, 15 items);
- 3 Rigiditeit (RG, 25 items);
- 4 Verongelijkheid (VE, 19 items);
- 5 Zelfgenoegzaamheid (ZE, 16 items);
- 6 Dominantie (DO, 17 items);
- 7 Zelfwaardering (ZW, 19 items).

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

- Patiënten, cliënten en gezonde personen met hoge scores op de neuroticismefactor zijn meer en vaker ziek (psychisch, psychosomatisch of lichamelijk), revalideren moeilijker en zullen daardoor meer (medische) zorg nodig hebben.
- Hoge Sociale Inadequatie (SI-)scores gaan vaak samen met het ontwikkelen van psychische klachten.
- Daarentegen zullen hoge Zelfwaardering (ZW-)scores vaak samengaan met toekomstig levensgeluk.
- Ook een grotere gelijkheid van NPV-scores bij (samenwonende) partners gaat samen met meer levensgeluk.
- Bij werknemers kunnen hoge Inadequatie (IN-)scores, Sociale Inadequatie (SI-)scores, Verongelijkheid (VE-)scores, Rigiditeit (RG-)scores én lage Zelfwaardering (ZW-)scores helpen bij het diagnosticeren van burn-out.
- Hoge scores op de factor Dogmatisme (hoge scores op de schalen Rigiditeit, Verongelijkheid en Zelfgenoegzaamheid) zijn over het algemeen een slecht voortekken voor het met succes volgen van therapie.

- Over 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 e.a., 2000).

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

6.3.4 De Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De Utrechtse Coping Lijst (UCL) is een vragenlijst die meet hoe mensen over het algemeen met problemen omgaan (Schreurs e.a., 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 e.a., 1993). De UCL heeft normtabellen voor mannen (n = 1493) en voor 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 eerste lijn is een voorlopige normgroep 'eerstelijnscliënten' beschikbaar (Kloens, 2005). De UCL beschikt over matige tot redelijke psychometrische kwaliteiten (Evers e.a., 2000).

6.3.5 De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV)

De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV) is een multidimensionale vragenlijst voor het meten van relatiekwaliteit (Barelds & Luteijn, 2003). De NRV is momenteel de enige multidimensionale relatievragenlijst in Nederland die over goede psychometrische eigenschappen beschikt (COTAN-beoordeling in 2004). Omdat relatieproblemen in Nederland in de eerste lijn tot de meest voorkomende problemen behoren

(Kloens, 2005) is het toevoegen van de NRV aan de in de eerste lijn veelgebruikte 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 & Luteijn, 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.

6.3.6 Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek naar vragenlijsten

Uit onderzoek in de eerste lijn (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 ten slotte is een goed instrument voor het meten van coping.

Voor het beantwoorden van de onderkeningsvraag kan de ELP 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 cliënt 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 verklaringsvraag 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 cliënt. De copingstrategie, bijvoorbeeld de mate waarin de cliënt 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 worden beantwoord door vragenlijsten die een substantiële predictieve validiteit bezitten (Vertommen e.a., 2002). De NPV is een voorbeeld van een vragenlijst met goede predictief valide eigenschappen (Luteijn e.a., 2000). 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 van suïcide (item 15 van de vragenlijst) bij een depressieve of angstige cliënt. De evaluatievraag (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). Na de interpretatie van de vragenlijsten aan de hand van de normgegevens en de 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 vooraf opstellen van toetsingscriteria is noodzakelijk om oordeelsfouten te voorkomen (Vertommen e.a., 2002; Ter Laak & De Goede, 2003). Doet men dit niet, dan is de kans groot dat de ELP kan gaan 'hineininterpretieren' (Vertommen e.a., 2002) als een bevestiging van de gestelde hypothese. Wanneer bijvoorbeeld als verklarende factor de dogmatische persoonlijkheid van de cliënt onderzocht gaat worden en er is gekozen 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. Hiervoor is kennis van wetenschappelijk onderzoek met de NPV onontbeerlijk.

Op grond van de onderzoeksbevindingen zou het voor de ELP een zinvolle aanvulling zijn om naast de beoordeling van de uitslagen op de diverse schalen van de vier vragenlijsten een analyse te maken van een combinatie van schalen. Analoog aan gevonden factoren uit de diverse factoranalyses uit onderzoek in de eerste lijn (Kloens, 2005), namelijk: algemene psychopathologische klachten, negativisme/vijandigheid, extraversie-introversie, dogmatisme, afstandelijkheid/defensiviteit, probleemgerichte coping en emotiegerichte coping, kan op deze wijze een beoordeling van de cliënt plaatsvinden naar:

- weinig of veel klachten (SCL-90) en aard van de klachten (SCL-90);
- een al dan niet negativistische houding naar anderen (NPST, NPV);
- een al dan niet dogmatische levensinstelling (NPV);
- een beoordeling op de schaal introversie-extraversie; 'de kleuring van de persoonlijkheid' (NPV);
- de mate van afstandelijkheid naar anderen en defensiviteit (NPV, UCL);
- de copingstrategie (UCL):
 - passief-vermijdend versus probleemgericht;
 - al dan niet emotiegericht (sociale steun en/of expressie van emoties).

Onderzoek in de eerste lijn (Kloens, 2005) toont aan dat de SCL-90 een goed meet-instrument is voor de evaluatie van behandelingen. Het gebruik van de set vragenlijsten kan tevens behulpzaam zijn bij het voorspellen van therapie succes. Uit predictief validiteitsonderzoek (Kloens, 2005) blijkt dat de NPV, de NPST en de UCL alle drie in staat zijn om klachten, zoals gemeten met de SCL-90, zowel bij 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 zowel bij een ontslagmeting als een nameting (in het voornoemde onderzoek na 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 ELP alert moeten zijn op cliënten die hoog scoren op deze schalen en/of factoren, bijvoorbeeld om de inhoud van de therapeutische interventie aan te passen en/of om een nazorg-programma aan te bieden, zodat de kans op terugval in de toekomst zoveel mogelijk kan worden gereduceerd.

Het toevoegen van de NRV is zinvol om de relatiekwaliteit van de cliënt te meten. Men kan zich voorstellen dat een slechte kwaliteit van de relatie met de partner klachten van cliënten kan veroorzaken of in stand houden of dat het therapieresultaat in ongunstige zin kan worden beïnvloed. Wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn 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 cliënt een behandeling nodig heeft en zo ja, welke behandeling en hulpverlener en welke setting (eerste-, tweede- of derdelijnszorg) het meest geschikt is voor deze cliënt met dit probleem (Vertommen e.a., 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 ELP direct een verwijzing naar een ander echelon kunnen overwegen of alleen een kortdurende klachtgerichte behandeling kunnen uitvoeren alvorens te verwijzen.

Na een (terug)rapportage van de conclusies door de ELP en de oriëntatie van het cliëntperspectief, wordt een keuze gemaakt uit een aantal aangeboden mogelijkheden. Hierbij dient men rekening te houden met de geschiktheidsvereisten voor behandelingen en behandelaars, de kennis over het relatieve nut van behandelingen en kennis over de aanvaarding van de indicatie door de cliënt (Vertommen e.a., 2002).

Voor de ELP 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 voor gebruik. De ELP verkrijgt met de afname van deze set vragenlijst-

ten, aangevuld met de gegevens uit de taxatie/intake of behandelsessies, aldus een betrouwbaar beeld van het huidige niveau van functioneren, de huidige (psychopathologische) klachten, persoonlijkheidskenmerken, copingstijl en kwaliteit van de relatie met echtgenoot, echtgenote of partner. Ervaring leert dat cliënten gemiddeld een uur nodig hebben om de set vragenlijsten in te vullen. Een computergestuurde uitdraai van de set vragenlijsten en het verwerken van de resultaten in een rapport voor de cliënt nemen gemiddeld een uur in beslag.

Het gebruik van de set van vijf genoemde vragenlijsten kan aldus van grote waarde zijn voor de praktische beroepsuitoefening van de ELP. Uit het onderzoek in de eerste lijn blijkt de set vragenlijsten een goede bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg en de klanttevredenheid. Daarnaast wordt gesteld dat een goede diagnose- en indicatiestelling in de eerstelijnspsychologische zorg kan bijdragen aan kostenbeheersing in de zorgsector (Kloens, 2005).

6.4 Rapportage en casuïstiek

6.4.1 Psychologische rapportage en nabespreking

Na het (taxatie)gesprek en de afname van vragenlijsten zullen de bevindingen uit gesprek, observatie en vragenlijsten worden vastgelegd in een psychologisch rapport en zal dit met de cliënt in een adviesgesprek nabesproken worden. Zoals alle psychologen is de ELP gehouden aan de beroepscode van het NIP (NIP, 1998). Hierin is onder andere het recht van cliënten vastgelegd op een tijdige en begrijpelijke terugkoppeling van de onderzoeksresultaten. Voor een uitgebreide beschrijving van de uitgangspunten van effectieve psychologische rapportage en nabespreking van het diagnostisch onderzoek wordt verwezen naar Kooreman (1997) en Luteijn e.a. (2005). Het psychologisch rapport in de eerste lijn is vaak kort (één tot vier A4'tjes) en voor de cliënt geschreven in zo eenvoudig mogelijk Nederlands. De nabespreking vindt veelal binnen een week na afname van de vragenlijsten plaats. De cliënt krijgt een kopie van de rapportage en in overleg en met toestemming van de cliënt wordt een samenvatting naar de verwijzer, vaak de huisarts, verstuurd.

6.4.2 Voorbeeld van een uitgebreide rapportage

De meeste rapporten in de eerste lijn zijn voorzien van:

- a algemene cliëntgegevens, zoals naam en geboortedatum;
- b reden van aanmelding en rapportage uit het taxatiegesprek (o.a. weergave klachten, beloop klachten en biografische gegevens) en observatie;
- c vraagstellingen en hypothesen (vaak te herleiden tot de vijf basisvragen, zie par. 6.2);

- d gebruikte vragenlijsten voor onderzoek;
- e weergave van de uitkomsten van de vragenlijsten;
- f conclusie, advies en aanbevelingen;
- g weergave van de geldigheidsduur van het rapport, gevolgd door ondertekening door de ELP.

A Algemene cliëntgegevens

Datum, naam cliënt, adres cliënt, geboortedatum cliënt, cliëntnummer, naam van de psycholoog die de taxatie deed en naam van de psycholoog die het psychologisch onderzoek deed.

B Reden van aanmelding en relevante gegevens taxatiegesprek

Cliënt (26 jaar) heeft zich op [datum] aangemeld, via zijn huisarts X, met spanningsklachten. Cliënt geeft aan sinds drie maanden last te hebben van spanningsklachten ('stress') in de vorm van spierspanningen in zijn rug en schouders. Cliënt is snel prikkelbaar. Cliënt kent dit niet van zichzelf, vroeger had hij hier totaal geen last van. Hij heeft last van concentratieproblemen. Cliënt is vermoeid, al bij het opstaan, en ziet tegen de dag op. Hij geeft aan dat zijn stemmingen erg wisselvallig zijn. Cliënt geeft wel aan dat dit de laatste week, sinds hij thuis is van zijn werk, wat beter gaat. De afspraak met het werk is dat hij vijf werkdagen thuis mag herstellen. Er is geen sprake van anhedonie, hoewel cliënt aangeeft minder enthousiast en gemotiveerd te zijn. Er zijn sinds drie maanden slaapproblemen. Cliënt geeft aan dat het nu ongeveer drie kwartier duurt voordat hij in slaap valt, dit is veel langer dan normaal. Er zijn geen doorslaapproblemen en cliënt heeft geen last van vroeg ontwaken. De eetlust en zijn gewicht zijn stabiel.

Cliënt werkt als ICT-consultant op projectbasis. Het kantoor is niet in zijn woonplaats, waardoor hij twee uur per dag moet reizen met de auto. Cliënt zegt zijn werk leuk te vinden. Hij heeft leuke collega's en een goed contact met zijn baas. Er zijn geen conflicten. Er zijn wel een paar stressfactoren die hij in het eerste gesprek noemt. Deze hebben te maken met een hoge werkdruk, grote taakbelasting en onduidelijkheden over een aan hem voorgestelde promotie.

Ouderlijk gezin: De vader van cliënt is zestig jaar en werkzaam als systeembeheerder. Zijn moeder is 56 jaar en parttime werkzaam in het onderwijs. Hij heeft een twee jaar oudere broer met wie hij een goed contact heeft. Cliënt omschrijft zijn ouderlijk gezin als een normaal gezin. De onderlinge band is goed.

Huidig gezin: Cliënt is gehuwd; zijn vrouw is 26 jaar en drie dagen per week werkzaam als bankmedewerkster. Ze hebben elkaar tien jaar geleden leren kennen. Cliënt omschrijft zijn relatie als grillig. Gezien de grote werkdruk en het drukke sociale leven zijn er de laatste tijd meer conflicten. Ze hebben onlangs een nieuw huis gekocht; de oplevering daarvan duurt nog even; er moet nog veel geregeld worden.

Sociale steun: Cliënt heeft twee goede vrienden; één van de basisschool en één van zijn hbo-opleiding. De mate van sociale steun lijkt voldoende.

Intoxicaties: roken/drugs: geen; alcohol: maximaal vier alcoholische consumpties per weekinde (wijn).

Eerdere behandelingen: geen. In voorgeschiedenis nooit klachten.

De hulpvraag is erop gericht de klachten, met name prikkelbaarheid en vermoeidheid, te verminderen. Hij wil graag weer een vrolijkere stemming. Hij wil leren omgaan met spanningen. Hij wil betere afspraken met zijn werk ten aanzien van de werkdruk. Hij wil betere afspraken en afstemming met zijn vrouw. Hij wil de kwaliteit van zijn relatie met haar verbeteren.

C Vraagstelling onderzoek en hypothesen

De vraagstelling voor onderzoek is gericht op een eerste screening door middel van vragenlijstonderzoek van het huidige niveau van welbevinden, psychopathologische klachten, persoonlijkheid, coping en kwaliteit van de relatie met echtgenote. De verwachting is dat er sprake is van een mild klachtenpatroon bij een extraverte man. De hypothese is dat hij emotioneel stabiel is. Hij is geen dogmatische of negativistische man. De copingstijl wordt als actief verondersteld. De kwaliteit van de relatie wordt conform zijn eigen uitlatingen op het punt van de conflicthantering als onvoldoende verondersteld. De verwachting is dat er geen discrepantie bestaat tussen de gegevens uit de taxatie en het vragenlijstonderzoek.

D Gebruikte vragenlijsten voor onderzoek

Achtereenvolgens worden in paragraaf E van dit onderzoeksverslag de uitslagen van de volgende vragenlijsten beschreven: 1) de Symptom Checklist (SCL-90), 2) de Negativisme, Ernstige Psychopathologie en Somatisering Test (NPST), 3) de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV), 4) de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en 5) de Nederlands Relatievragenlijst (NRV). Gebruikte normgroepen: 1 tot en met 4: eerstelijnscliënten en 5: gehuwde personen algemene bevolking.

E Weergave van de uitkomsten van de vragenlijsten

Resultaten van het onderzoek naar de huidige klachten en het huidige niveau van functioneren en welbevinden en de kwaliteit van de relatie met echtgenote door middel van SCL-90 en NRV

Cliënt heeft op het moment van onderzoek veel last van psychische en lichamelijke klachten. De lijdensdruk is groot. Hij voelt zich psychisch niet lekker en beschrijft zijn situatie als onevenwichtig en labiel. Dit zal zijn functioneren op allerlei gebied beïnvloeden. Van een optimaal functioneren kan met deze klachten in ieder geval geen sprake zijn. Het onderzoek met de vragenlijst SCL-90 bevestigt de klachten uit

het taxatiegesprek. Hij heeft erg veel last van concentratieproblemen. Hij heeft veel last van boosheid, prikkelbaarheid en snelle geïrriteerdheid. Hij piekert veel en kan nare gedachten niet goed loslaten. Hij is erg moe. Hij heeft het idee in een put te zitten. Hij voelt zich gespannen en rusteloos. Dit uit zich momenteel in lichamelijke klachten, een zwaar voelen in armen en benen en spierpijn. Hij geeft aan kritisch te staan tegenover anderen. Al met al voelt hij zich overbelast. Alles kost hem meer moeite. Het kost hem meer tijd de dingen te doen die hij normaliter in kortere tijd doet. Er zijn momenteel geen slaapproblemen (dit in tegenstelling tot de door hem aangegeven inslaapproblemen tijdens het taxatiegesprek). Er zijn geen aanwijzingen voor een depressieve episode of angststoornis.

De kwaliteit van de relatie met zijn vrouw beschrijft hij als onvoldoende. Hij is niet tevreden over de emotionele saamhorigheid, conflicthantering en seksualiteit. Wel geeft hij aan dat zijn vrouw hem accepteert zoals hij is en niet probeert hem te veranderen. Ook heeft hij op zichzelf een positief beeld van zichzelf als partner.

Resultaten van het onderzoek naar de kenmerken van de persoonlijkheid door middel van NPST en NPV

Clïënt is op grond van de uitslag van dit onderzoek emotioneel stabiel en stressbestendig. Er zijn in het onderzoek geen aanwijzingen gevonden voor ernstige psychische of psychiatrische problemen. Hij reageert nauwelijks met lichamelijke klachten op stress. Onderzochte is, ondanks de huidige problemen, tevreden over het eigen lichaam, de omgeving en de kwaliteit van het leven. Hij is tevreden over de inhoud van het dagelijks bestaan. Clïënt leeft en werkt wel het liefst volgens een nauwgezette planning of een strak schema. Hij vindt het moeilijk om op eenmaal gekozen oplossingsstrategieën van een probleem terug te komen. Hij houdt het liefst vast aan oude vertrouwde gewoonten. Dit tekort aan flexibiliteit maakt het voor hem moeilijk in een dynamische, snel veranderende situatie te functioneren. Aan de andere kant blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat mensen die het vermogen hebben planmatig te denken en te handelen, het relatief beter doen in therapie.

Clïënt is extravert. Hij beweegt zich gemakkelijk in allerlei sociale situaties. Hij legt graag contacten met de mensen om zich heen en sluit zich normaliter gemakkelijk aan in een groep. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat extraverte mensen vaak wel moeite hebben zich in te leven in anderen en impulsief zijn (eerst doen, dan denken). Anderen kunnen onderzochte soms als dominant en overheersend zien in sociale situaties. Extraverte mensen zijn relatief verslavingsgevoelig. Ze hebben een sterke behoefte aan nieuwe prikkels en afwisseling in het leven. Clïënt heeft echter wel behoefte aan vaste structuren en patronen. Clïënt is niet negativistisch ingesteld. Onderzochte is vriendelijk. Hij is goed van vertrouwen. Hij kan goed naar anderen luisteren, is tolerant en begrijpend.

Resultaten van het onderzoek naar de copingstrategie door middel van UCL

Clïënt hanteert over het algemeen een probleemgerichte copingstrategie. Dit betekent dat hij in staat is problemen op een actieve, doelgerichte en constructieve wijze aan te pakken. Hij zal niet snel moeilijkheden uit de weg gaan of zich in beslag laten nemen door moeilijke omstandigheden. Hij is in staat zichzelf, ook bij moeilijkheden, moed in te spreken, steun te zoeken bij anderen of zijn gevoelens te uiten. Deze zogenaamde actieve en emotiegerichte copingstijl past bij extraverte mensen. Nadeel kan echter zijn: eerst doen, dan pas denken. Risico: grenzen overschrijden in eigen belastbaarheid en grenzen overschrijden van anderen.

F Conclusie, advies en aanbevelingen

Na een eerste taxatiegesprek en screening door middel van vragenlijsten wordt een beeld van overbelasting bevestigd. De klachten uiten zich in moeheid, spanningen, frustratie en snelle geïrriteerdheid. Hij is niet tevreden over de kwaliteit van de relatie met zijn vrouw. Hij is niet tevreden over zijn werk. Deze klachten manifesteren zich bij een extraverte emotioneel stabiele man. Hij heeft ondanks de extravertie behoefte aan vaste structuren en patronen. De coping is actief en op emoties gericht (steun bij anderen zoeken en uiten van gevoelens). Op grond van de onderzoeksbevindingen is aannemelijk dat de klachten tijdelijk van aard zijn. Situationele factoren en factoren vanuit het systeem (thuis en werk) lijken ten grondslag te liggen aan het ontstaan van de spanningsklachten. Er zijn geen aanwijzingen voor ernstige psychopathologische klachten of persoonlijkheidsproblematiek. Een kortdurende klachtgerichte cognitieve gedragstherapie in de eerste lijn kan hem helpen uit de klachten te komen. Registratie van klachten (spanningen, frustratie en moeheid), het maken van G-schema's en relaxatietraining kunnen direct na het adviesgesprek als methoden worden ingezet. Echtgenote (verbeteren emotionele saamhorigheid, conflicthantering en zaken regelen omtrent verhuizing) en werk (oplossen problemen van werkdruk, taakbelasting en verkrijgen duidelijkheid over promotie) kunnen worden betrokken bij de behandeling. Tijdens het adviesgesprek kan samen met hem een plan van aanpak worden opgesteld. Medicatie lijkt vooralsnog niet nodig. Gestelde hypothesen en verwachtingen, gesteld na de taxatie, worden door het vragenlijstonderzoek bevestigd.

G De geldigheidsduur van het rapport

De beschreven resultaten vanuit het taxatiegesprek en het psychologisch onderzoek met de vragenlijsten kunnen tijdens het adviesgesprek, de vervolggesprekken en eventueel vervolgonderzoek verder worden aangevuld of bijgesteld. De beschreven resultaten van dit onderzoek kennen een geldigheid van een half jaar.

Getekend, ...

Literatuur

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *Herziene handleiding bij een multidimensionale psychopathologie indicator (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bakker, I. (2001). *Persoonlijkheidsmeting en kwaliteit in de eerstelijnspsychologie*. Groningen: intern verslag RUG.
- 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.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus; een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- 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 J.J.L. Derksen & C.P.F. van der Staak (Red.), *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog* (p. 1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Dissertatie. Helsinki.
- Jonker, A. (2000). *De NPV in eerstelijnspsychologenpraktijken*. Groningen: intern verslag RUG.
- Kloens, G.J. (2005). *Diagnostiek met vragenlijsten in de eerstelijns*. Proefschrift. Groningen: RUG Groningen.
- Kooreman, A. (1997). *Het psychologisch rapport*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Laak, J.F. ter & Goede, P.M. de (2003). *Psychologische diagnostiek; inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *Herziene NVM handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Dijk, H. van (1985). *Eerste herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J. & Dijk, H. van (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 probleemidentificatiebinnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie 36*, 197-222.
- 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., Laak, J. ter & Bijttebier, P. (2002). Het diagnostisch proces. *Diagnostiek-wijzer 5*, 4-16.