

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

probleempatiënten in de huisartspraktijk

samenvatting
augustus 1982

tekst: G.J. Visser

onderzoek verricht door:
F.L. Sanavro

© Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1982

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt ver-
meld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius
druk: Anton Leerentveld

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoeke 4 - tel. • 030-319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek. Algemeen directeur is S. van der Kooij, arts.

Inhoudsopgave

	pag.
1. Inleiding	5
2. Psychosociale hulpverlening in Breda	6
3. Opzet van het onderzoek	7
4. Probleempatiënten	9
5. Probleempatiënten tijdens het spreekuur	10
6. Probleempatiënten na verloop van tijd	12
7. Ten slotte	14

1. Inleiding

Artsen verschillen onderling aanzienlijk in de manier waarop zij reageren op de klachten van hun patiënten. De ene arts verwijst veel méér patiënten naar medisch specialisten of schrijft veel vaker medicijnen voor dan de andere, óók als zij - in termen van praktijkgrootte en dergelijke - in vergelijkbare omstandigheden hun werk doen.

Zijn die verschillen al groot als het gaat om zuiver lichamelijke klachten, nog duidelijker lopen de meningen en gedragingen van artsen uiteen waar sprake is van psychosociale problemen. Zo zien sommige artsen al veel méér van dergelijke klachten dan andere: schattingen van huisartsen over het vóórkomen van psychosociale klachten in hun praktijk lopen uiteen van vijf tot negentig procent - verschillen die niet alleen verklaard kunnen worden door verschillen in het klachtenaanbod.

Ook de manier waarop artsen op dergelijke klachten ingaan is heel verschillend: wat de ene arts afdoet als 'gezeur' zal voor een andere van wezenlijk belang zijn en reden om de patiënt zelf te helpen of door te verwijzen naar een instelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Kennelijk beoordeelt iedere arts de patiënt met zijn klacht op een eigen wijze en kennelijk is dat oordeel van invloed op het besluit dat de arts al tijdens het spreekuur neemt over de verdere behandeling van de patiënt.

In dit onderzoek wordt het oordeel van de arts over patiënten met psychosociale problemen nauwkeurig bekeken: welke patiënten zijn in de ogen van de arts

probleempatiënten, welke consequenties heeft dat oordeel voor de verdere behandeling en in hoeverre kan een eenmaal gegeven oordeel in de loop van de tijd veranderen?

Onderzoek naar dergelijke etiketteringsprocessen en de gevolgen daarvan is vooral interessant als de arts - naast het voorschrijven van psychofarmaca en het verwijzen naar andere hulpverleners - meerdere mogelijkheden heeft om patiënten met psychosociale problemen te helpen.

Niet voor niets is dit onderzoek dan ook uitgevoerd bij een aantal artsen in Breda: acht van hen werken nauw samen met een psychotherapeutisch team, dat bestaat uit een psycholoog, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker.

2. Psychosociale hulpverlening in Breda

Het Bredase samenwerkingsverband voor psychosociale hulpverlening bestaat sinds 1979. De elf hulpverleners vormen samen één team: patiënten met psychosociale problemen worden in eerste instantie intern geholpen en pas verwezen wanneer de eigen mogelijkheden zijn uitgeput.

Op wekelijkse bijeenkomsten worden patiënten besproken die door de acht deelnemende huisartsen worden ingebracht. Indien wordt besloten dat verdere behandeling door één van de andere hulpverleners zinnig zou zijn, vindt, meestal binnen een week, een gesprek plaats tussen de patiënt, zijn huisarts en de betrokken hulpverlener. De behandeling die daarop volgt duurt gemiddeld drie maanden,

tijdens welke patiënt en hulpverlener elkaar zo'n acht keer ontmoeten. Na het afsluitend gesprek van de therapie brengt de hulpverlener verslag uit aan de huisarts.

Het aanbod aan dergelijke kortdurende therapieën is groot. Naast inzichtgevende gesprekken kan de patiënt kiezen voor individuele therapie, relatie-, gezins- en groepstherapie en voor assertiviteits-training; ook kan hij enige tijd deelnemen aan een steungroep of aan een preventiegroep. In het algemeen is de behandeling er niet op gericht de problemen van de patiënt definitief op te lossen. Het gaat er veeleer om de patiënt te steunen en inzicht te geven in de aard van zijn problematiek.

3. Opzet van het onderzoek

Het onderzoek dat rond dit samenwerkingsverband werd uitgevoerd had - voor alle duidelijkheid - niet ten doel om het effect op het handelen van de huisarts te meten. Wel is het bestaan van het team belangrijk omdat het voor de arts het aantal keuzemogelijkheden bij de behandeling van probleempatiënten aanzienlijk vergroot.

De onderzoekers stelden zich drie vragen:

1. wat houdt het etiket 'probleempatiënt' in? Wat zijn de kenmerken van 'de' probleempatiënt?
2. wat zijn de consequenties van het toekennen van het etiket 'probleempatiënt' voor de houding van de arts tijdens het spreekuur?
3. welke veranderingen ondergaat het etiket doordat de arts intensief samenwerkt met een psychotherapeutisch team?

Van de acht huisartsen uit het samenwerkingsverband deden er uiteindelijk zeven aan het onderzoek mee. Begin 1980 werd hun gevraagd om uit hun patiëntenbestand de kaarten aan te wijzen van alle patiënten die zij beschouwden als probleempatiënt en bij wie zij inbreng in de teamvergadering zinvol vonden. Daarnaast zochten de onderzoekers uit elk van de zeven patiëntenbestanden een even grote groep in leeftijd en geslacht gelijke patiënten die door hun arts niet als probleempatiënt werden gekenschetst.

Ter vergelijking werd aan zeven andere artsen in Breda eveneens gevraagd de probleempatiënten uit hun praktijk aan de onderzoekers aan te wijzen; ook bij deze artsen werd een groep vergelijkbare niet-probleempatiënten geselecteerd.

Van alle patiënten werden vervolgens een aantal gegevens - geslacht, geboortejaar, burgerlijke staat, verzekeringsvorm - genoteerd. Zelf beantwoordden zij een aantal vragen over hun relatie tot de huisarts en over hun eigen gezondheidstoestand.

De artsen vulden voor iedere betrokken patiënt eveneens twee vragenlijsten in: één waarin verschillende vormen van probleemgedrag werden omschreven en één, waarin werd gevraagd hoe zij zich ten aanzien van deze patiënt voelden. Bovendien registreerden zij een jaar lang een aantal gegevens, telkens wanneer één van de geselecteerde patiënten op hun spreekuur was geweest. Na anderhalf jaar vulden de veertien artsen opnieuw twee vragenlijsten in en gaven zij aan welke patiënten uit de oorspronkelijke groep probleempatiënten zij nu nog als zodanig beschouwden.

4. Probleempatiënten

Uit het onderzoek komt 'de' probleempatiënt naar voren als een vrouw tussen de 30 en 50 jaar, die bij het ziekenfonds verzekerd is, veel klaagt over haar gezondheid, vaak naar de dokter gaat en zich erg afhankelijk van hem opstelt.

Laten we de cijfers eens bekijken.

Van alle patiënten noemen de huisartsen 3 tot 11% probleempatiënt. Vrouwen zijn bij alle veertien artsen in deze groep oververtegenwoordigd: 65% van de probleempatiënten zijn vrouwen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden: gemiddeld wijzen de artsen 18% méér ziekenfondsverzekerden als probleempatiënt aan dan op grond van de aantallen ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden in de praktijk verwacht had mogen worden.

Deze verschillen zijn goed te verklaren: zowel vrouwen als ziekenfondsverzekerden gaan immers vaker naar de dokter dan andere patiënten, waardoor alleen al de kans dat de arts meer patiënten uit deze groepen als probleempatiënt aanwijst groot is. Bovendien deden aan dit onderzoek alleen mannelijke huisartsen mee; het is maar de vraag of vrouwelijke huisartsen óók relatief zoveel vrouwen als probleempatiënt zouden aanwijzen.

De leeftijd van de probleempatiënten is eveneens in overeenstemming met wat in eerder onderzoek werd gevonden: de meeste geëtiketteerde patiënten zijn tussen de 31 en 50 jaar.

In het beeld dat de artsen door het invullen van een vragenlijst van hun probleempatiënten gaven, valt één kenmerk duidelijk op: afhankelijkheid. Probleem-

patiënten zijn in de ogen van de artsen zielig en hulpeloos, zij zeuren, spelen de ziekenrol, somatiseren veel en komen slecht voor hun rechten op. Anderzijds worden ook - maar veel minder vaak - patiënten aangewezen die door hun artsen juist agressief en autoritair werden genoemd.

Afhankelijkheid blijkt ook uit het beeld dat patiënten bij het beantwoorden van de vragenlijsten van zichzelf gaven: probleempatiënten klagen daar in meer over hun gezondheid en voelen zich zieker dan andere patiënten. Zij komen dan ook - zo blijkt - vaker bij de dokter.

Statistische verwerking van deze gegevens toonde aan dat van alle genoemde kenmerken artsen juist aan die factor afhankelijkheid denken wanneer hun wordt gevraagd om probleempatiënten te noemen; het vaak naar de dokter gaan blijkt een tweede belangrijk kenmerk, zij het duidelijk van minder belang.

5. Probleempatiënten tijdens het spreekuur

Is hiermee het profiel van 'de' probleempatiënt gegeven, de vraag is in hoeverre de arts tijdens het spreekuur laat meespelen dat hij iemand als zodanig heeft benoemd.

Om dat te kunnen nagaan vulden de veertien deelnemende huisartsen een jaar lang telkens na een consult met één van de geselecteerde patiënten een vragenlijst in. Bij het analyseren van dit materiaal is er vooral op gelet hoe consulten van probleempatiënten zich onderscheiden van consulten met andere patiënten.

Het meest opvallende verschil is wel dat de arts de klachten waarmee probleempatiënten op het spreekuur komen veel vaker beoordeelt als psychosociale problematiek dan de klachten van andere patiënten. Volgens de artsen had in de periode waarin werd gemeten 72% van de consulten met probleempatiënten betrekking op psychosociale klachten, tegenover 47% van de consulten met andere patiënten. Onderling verschillen de artsen in hun beoordeling: de ene arts ziet veel meer psychosociale problematiek dan de andere, niet alleen bij probleempatiënten, maar ook bij andere patiënten die op zijn spreekuur komen.

Een tweede verschil heeft betrekking op de ernst van de klachten. Probleempatiënten hebben klachten die in de ogen van hun arts ernstiger zijn, maar ook vager en moeilijker te behandelen. In 14% van de gevallen zegt de arts zelfs 'niets' met het probleem aan te kunnen, een oordeel dat hij bij niet-probleempatiënten slechts in 6% van de gevallen geeft.

Over medewerking van de patiënten heeft geen enkele arts te klagen. Toch verschillen probleempatiënten ook in dit opzicht van de anderen: terwijl de artsen 'gewone' patiënten in 92% van de gevallen 'coöperatief' noemen, zakt dat percentage bij de probleempatiënten tot 77%.

Iets dergelijks doet zich voor wanneer artsen wordt gevraagd naar de mate waarin patiënten zich tijdens het spreekuur afhankelijk opstellen: zij noemen 30% van de 'gewone' patiënten afhankelijk, tegen maar liefst 64% van de probleempatiënten - een gegeven dat past in het globale beeld dat zij van 'de' probleempatiënt hebben gegeven en waarin afhankelijk-

heid immers het meest in het oog springend kenmerk bleek te zijn.

De artsen reageren op deze afhankelijke probleempatiënt met zijn wat vage psychosociale klachten anders dan op andere patiënten. Consulten duren langer en als er medicijnen worden voorgeschreven dan zijn dat vaker psychofarmaca. Na afloop van deze consulten overwegen de artsen die met het psychotherapeutisch team samenwerken in 14% van de gevallen contact met het team op te nemen of brengen zij daadwerkelijk patiënten ter bespreking in; voor andere patiënten overwegen zij de mogelijkheid daartoe zelden of nooit.

De onderzoekers concluderen dat het beeld dat de arts van zijn probleempatiënten heeft wel degelijk meespeelt bij de beslissingen die hij neemt wanneer zij op zijn spreekuur komen: artsen zien deze patiënten als afhankelijk, oordelen op grond daarvan vaker dat de klachten althans ten dele van psychosociale aard zijn en moeilijk te behandelen en dat oordeel heeft zijn invloed op de lengte van het consult en op de aard van de voorgeschreven medicijnen.

6. Probleempatiënten na verloop van tijd

Zijn patiënten die oorspronkelijk probleempatiënt werden genoemd dat na anderhalf jaar nog en is de betekenis van die term zelf wel gelijk gebleven? Ter beantwoording van die laatste vraag uit het onderzoek kregen de zeven artsen uit het samenwerkingsverband tegen het einde van de onderzoeksperiode het verzoek om aan te geven welke patiënten

uit de oorspronkelijke groep zij nog als probleempatiënt beschouwden en welke niet. Door hun oordeel te vragen kon ook worden nagegaan of het bestaan van het samenwerkingsverband van invloed is geweest op het etiketteringsproces.

Van de oorspronkelijke groep probleempatiënten is na anderhalf jaar niet meer dan 23% over: in 77% van de gevallen zijn de artsen van mening dat de patiënt die in deze periode onder behandeling van het psychotherapeutisch team zijn geweest worden iets meer, 27%, nu nog probleempatiënt genoemd - niet zo verwonderlijk, omdat juist zij hun arts waarschijnlijk de grootste problemen gaven. Overigens wil dit niet zeggen dat de artsen na verloop van tijd geen probleempatiënten meer in hun praktijk zouden hebben. Uit de groep patiënten die oorspronkelijk niet problematisch werden genoemd zijn na anderhalf jaar zoveel patiënten naar de probleemgroep 'doorgeschoven', dat het aantal probleempatiënten in iedere praktijk gelijk gebleven is: tussen de 3 en 11%. Kennelijk wijzen artsen steeds een vaste proportie van hun patiënten als probleempatiënten aan, van wie een deel dat etiket slechts tijdelijk krijgt en een kleiner deel, ongeveer één-vijfde, als een 'harde kern' overblijft.

Opvallend is verder dat de artsen probleempatiënten in het algemeen minder afhankelijk noemen en zichzelf minder vaak machteloos voelen dan ten tijde van het begin van het onderzoek. Eén uitzondering: patiënten die onder behandeling van het psychotherapeutisch team zijn geweest en daarna toch nog als

probleempatiënt worden gezien, geven hun arts - begrijpelijk - het gevoel erg weinig meer te kunnen doen. Daarentegen vinden artsen patiënten die zij, na behandeling, niet langer probleempatiënt noemen het sterkst in afhankelijkheid gedaald, wellicht een gunstig gevolg van de aangeboden therapie.

Ook in de spreekkamer is, zo blijkt uit de door de artsen ingevulde formulieren, gedurende het onderzoek wel wat veranderd. Hoewel het om kleine aantallen gaat - alleen probleempatiënten en patiënten die om een aantal specifieke redenen onder behandeling van het psychotherapeutisch team waren geweest zijn gevolgd - blijkt toch dat patiënten die niet langer probleempatiënt worden genoemd in de ogen van de arts minder psychosociale klachten hebben, met minder vage en minder ernstige klachten op het spreekuur komen en daarmee de dokter minder vaak een machteloos gevoel geven dan probleempatiënten die dat etiket hebben behouden. Of patiënten onder behandeling zijn geweest of niet is daarbij van minder gewicht dan het oordeel - probleempatiënt of niet - van de arts.

7. Ten slotte

Iedere arts heeft een groep probleempatiënten in zijn praktijk, die vaak op het spreekuur komen, zich ziek voelen, klagen. Artsen vinden deze patiënten afhankelijk en zien in de klachten waarmee zij bij hen komen veel psychosociale problematiek. Dat heeft consequenties: de consulten duren wat langer en probleempatiënten krijgen relatief veel psychofarmaca voorgeschreven.

De groep probleempatiënten blijft in aantal over de jaren vrij stabiel; voor het grootste deel bestaat hij echter uit patiënten die gedurende enige tijd als problematisch worden beschouwd, dan als zodanig 'verdwijnen', waarop hun plaats wordt ingenomen door andere patiënten uit de praktijk.

Samenwerking met psychosociaal geschoolde hulpverleners heeft op dit proces niet veel invloed. De mening die artsen zich vormen over de aard van de problemen waarmee zij tijdens het spreekuur worden geconfronteerd en ook de beslissingen die zij nemen over de behandeling daarvan, worden in de eerste plaats bepaald door het beeld dat zij toch al van de patiënt hebben; of iemand al dan niet in therapie is geweest doet veel minder ter zake. Dat wil niet zeggen dat een dergelijke vorm van samenwerking zonder gevolgen zou zijn. De zeven artsen die in Breda samenwerken met het psychotherapeutisch team oordelen milder over hun probleempatiënten dan hun collega's. Zij zien hen als iets minder afhankelijk en voelen zich zelf wat minder machteloos.

Dat is niet zo vreemd. De samenwerking is er immers niet zozeer op gericht de patiënten snel bij de meest geschikte hulpverlener te doen belanden. Belangrijker is dat de artsen, door gesprekken en consultaties, leren om beter om te gaan met gevoelens van machteloosheid die iedere arts wel eens bij zijn werk zal ervaren.

Het project Breda is opnieuw een aanwijzing voor de waarde die samenwerking tussen huisartsen en psychosociale hulpverleners in dit opzicht kan hebben.