

(131991)

21329

PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE
HUISARTSPRAKTIJK

M.A.R. Tjhuis
P.F.M. Verhaak
H.J. Wennink

februari 1991

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN - Utrecht - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Tijhuis, M.A.R.

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk / M.A.R. Tijhuis, P.F.M. Verhaak, H.J. Wennink - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijngesondheidszorg NIVEL. -

ISBN 90-6905-139-7

Trefw.: psychosociale hulpverlening in de huisartsgeneeskunde

typewerk: Bernadette Kamphuys

lay-out: Bert Thomassen

VOORWOORD

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het beloop van psychische problemen zoals die zich in de huisartspraktijk manifesteren. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Foets en Van der Velden, 1990). Bij een kleine 1000 patiënten is de contactregistratie van de Nationale Studie tot een jaar verlengd. Dit onderzoeksproject is uitgevoerd binnen het NIVEL-themagebied "Hulpverleningsprocessen" (projectleider Dr. P.F.M. Verhaak). Het onderzoek is opgezet en in uitvoering genomen door Dr. H.J. Wennink. Toen deze intern van functie veranderde is het overgenomen door Drs. M.A.R. Tijhuis.

Een onderzoek van deze omvang kan niet plaatsvinden zonder medewerking van een groot aantal personen. Op de eerste plaats is een woord van dank aan de huisartsen en hun assistentes die aan dit onderzoek hebben meegewerkt daarom zeker op zijn plaats. Tevens willen wij de patiënten zelf bedanken, zonder hun medewerking had dit onderzoek niet plaats kunnen vinden. Binnen het NIVEL werden de onderzoekers door de volgende personen ter zijde gestaan:

S. Hageman	veldwerk en data-entry
S. Huisman	veldwerk en data-entry
G. Konings	veldwerk en data-entry
M. Duister	research-medewerker
S. Snellenberg	systeemontwerp en -beheer
B. Kamphuys	tekstverwerking
B. Thomassen	lay-out.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de heer K. Van der Velden, arts en projectleider Nationale Studie, en de heer F. Schellevis, arts, die ons voorafgaande aan en gedurende het proces van gegevensverzameling steeds met praktische tips terzijde hebben gestaan.

ERRATA BIJ "PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK"

Tot onze spijt bleek het noodzakelijk een lijst met errata aan dit rapport toe te voegen. Een slordigheidsfout is geslopen in de tekstwijzigingen na het typewerk: het woord "groep" is op veel plaatsen weggefallen. Na grondige inspectie bleken er nog enkele andere fouten in de tekst voor te komen. Onze excuses.

Errata:

Met regel (r.) wordt telkens tekstregel bedoeld, blanco regels zijn niet meegeteld. Wanneer niet anders wordt vermeld wordt het aantal tekstregels van bovenaf geteld bedoeld.

- pag. 1, r. 17 (voorwoord): "S. Hageman" moet zijn "M. Hageman"
r. 21: "S. Snellenberg" moet zijn "H. van Snellenberg"
- pag. 5, r. 28: " .. is, is de hypothese .." moet zijn " .., is de hypothese .."
- pag. 11, r. 1-3: "Het hebben van psychische problemen maakt afhankelijk, ongeacht of men dit uit of niet." moet vervallen, en vervangen worden door: "In tegenstelling tot onze verwachtingen bleken de mensen met psychische problemen minder afhankelijk dan doorsnee patiënten."
- pag. 26, r. 8: "Bijlage 2 bevat .." moet zijn "Bijlage 2.2 bevat .."
- pag. 27, r. 23: ".. vormen de basisonderzoeks." moet zijn ".. vormen de basis-onderzoeksgroep."
3e r. van onderaf: ".. de en mannen .." moet zijn ".. de groepen mannen .."
1e r. van onderaf: "De basis-onderzoeks bestaat uit .." moet zijn "De basis-onderzoeksgroep bestaat uit .."
- pag. 33, 5e r. van onderaf: ".. van een doorsnee ." moet zijn ".. van een doorsnee groep."
- pag. 34, r. 2: ".. als controle- gekozen .." moet zijn ".. als controle-groep gekozen .."
r. 16: ".. in de twee controle-en .." moet zijn ".. in de twee controle-groepen .."
r. 18: ".. van de controle-en .." moet zijn ".. van de controle-groepen .."
- pag. 35, kop tabel 2.1: ".. controleen" moet zijn ".. controle-groepen"
- pag. 36, 3-2e r. van onderaf: ".. minder sterk georiënteerd op deze drie dimensies." moet zijn ".. minder sterk georiënteerd op de arts en het toeval."
- pag. 37, r. 7-8: ".. en van de controle-en) .." moet zijn ".. en van de controle-groepen) .."
- pag. 38, 4e r. van onderaf: ".. van de doorsnee en." moet zijn ".. van de doorsnee groepen."
- pag. 46, 9e r. van onderaf: ".. dan in doorsnee en, .." moet zijn ".. dan in doorsnee groepen, .."
- pag. 68, r. 3: ".. doorsnee ." moet zijn ".. doorsnee groep."
r. 5: ".. en de doorsnee) .." moet zijn ".. en de doorsnee groep) .."
- pag. 72, r. 4: ".. in twee en: .." moet zijn ".. in twee groepen: .."
- pag. 79, 8-6e r. van onderaf: "De groep patiënten die niet is behandeld (met een gesprek of verwijzing) hebben over het algemeen een geringere draaglast en zodoende een beter resultaat na een jaar." moet zijn "De patiënten die niet zijn behandeld (met een gesprek of verwijzing) hebben over het algemeen een geringere draaglast en zodoende een beter resultaat na een jaar."
- pag. 93, r. 20: ".. respondenten in drie en .." moet zijn ".. respondenten in drie groepen .."
r. 22: ".. ontstonden en die .." moet zijn ".. ontstonden groepen die .."
3e r. van onderaf: "De oorspronkelijke auteur zijn .." moet zijn "De oorspronkelijke auteurs zijn .."
- pag. 97, r. 6: ".. gemiddeld meer intern georiënteerd .." moet zijn ".. gemiddeld minder intern georiënteerd .."
- pag. 100, r. 1: ".. hebben de patiënten minder psychiatrische problemen .." moet zijn ".. hebben de patiënten gemiddeld minder kans op psychiatrische problemen .."
- pag. 101, r. 8: ".. maat voor psychiatrische aandoeningen." moet zijn ".. maat voor kans op psychiatrische aandoeningen."
r. 22: ".. voor het eerste naar .." moet zijn ".. voor het eerst naar .."

SAMENVATTING EN DISCUSSIE	5
1. Samenvatting	5
2. Discussie	9
1. INLEIDING	15
1.1. Doel en probleemstelling	15
1.2. Vraagstelling	18
1.3. Opzet onderzoek	23
1.3.1. Design	23
1.3.2. Verzamelde gegevens	25
1.3.3. Verloop van het onderzoek	26
1.3.4. Selectie, respons en betrouwbaarheid	27
1.4. Opzet rapportage	30
2. KENMERKEN VAN RESPONDENTEN	33
2.1. Inleiding	33
2.2. Achtergrond- en persoonskenmerken	33
2.3. Klachten	37
2.4. Vergelijking met een doorsnee groep	44
2.5. Conclusie	45
3. BEHANDELING DOOR DE HUISARTS GEDURENDE EEN JAAR	47
3.1. Inleiding	47
3.2. Behandeling door de huisarts gedurende een jaar	47
3.3. Behandeling naar kans op psychiatrische problematiek per periode	51
3.4. Behandeling in relatie tot patiëntkenmerken	54
3.5. Conclusie	56
4. BELOOP VAN KLACHTEN GEDURENDE EEN JAAR	59
4.1. Inleiding	59
4.2. Beloop van klachten naar kans op psychiatrische problematiek	59
4.3. Vergelijking met een doorsnee groep	67
4.4. Beloop van klachten op individueel niveau naar kans op psychiatrische problematiek	68
4.5. Beloop van klachten in relatie tot de behandeling	72
4.6. Beloop van klachten in relatie tot patiëntkenmerken	72
4.7. Behandeling, patiëntkenmerken en klachtkenmerken: welke combinatie leidt tot een goede prognose?	74

4.8. Conclusie	7
NOTEN	8
LITERATUUR	8
BIJLAGEN	
1 Operationalisering en rechte tellingen van de enquête	8
2.1 Enquête	10
2.2 Contactregistratieformulier	12

SAMENVATTING EN DISCUSSIE

1. Samenvatting

In dit onderzoek werd het beloop van psychische problemen die zich in de huisartspraktijk manifesteren, gevolgd. Doel van het onderzoek was om na te gaan onder welke omstandigheden deze problemen na verloop van tijd niet meer bij de huisarts worden gepresenteerd en onder welke omstandigheden deze problemen nog wel bij de huisarts worden gepresenteerd. Het beloop van klachten is gedefinieerd als het al dan niet afnemen van de bij de huisarts gepresenteerde psychische klachten. Daarbij werd ervan uitgegaan dat de aard van het psychisch probleem aanbod bij de huisarts op zichzelf al een grote variëteit vertoont waarmee rekening zou moeten worden gehouden. In dit opzicht is onderscheid gemaakt tussen klachten die expliciet als psychische klachten werden gepresenteerd ("ik voel me angstig/verdrietig/somber, etc.") en lichamelijke klachten waarvan de huisarts vond dat ze hoofdzakelijk een psychische achtergrond hadden. Centraal stond de vraag of er een verschil in beloop van klachten is tussen patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren en patiënten die hun psychische klachten als somatisch presenteren.

Ook is onderscheid gemaakt tussen klachten van patiënten die -op basis van de uitkomst van een psychiatrisch screenings-instrument- een grote kans hadden op ernstig psychiatrische problematiek en klachten van patiënten die waarschijnlijk niet van klinisch belang zouden zijn. De meest grove klachten-indeling is daarmee 'expliciet psychisch - psychosomatisch' en "potentieel ernstig psychiatrisch geval - waarschijnlijk niet ernstig".

We achtten het waarschijnlijk dat niet iedere patiënt op dezelfde wijze zijn psychische moeilijkheden zou uiten, noch dat eenzelfde behandeling voor iedere patiënt even voor de hand liggend zou zijn. Vanuit de gedachte dat het nodig is om psychische problematiek als zodanig te herkennen alvorens deze zinvol te behandelen is, is de hypothese geformuleerd dat expliciet gepresenteerde psychische problemen meer afdoende te behandelen zijn dan psychosomatische problemen. Voorts is voorondersteld dat juist 'moderne', mondige en assertieve patiënten zo'n erkenning gemakkelijker af zal gaan. We hebben dergelijke patiënten getypeerd aan de hand van hun leeftijd, een onafhankelijke opstelling t.a.v. de huisarts, en een interne beheersingsoriëntatie (= "Ik heb mijn eigen lot in handen"). Een ander patiëntkarakteristiek dat het al dan niet gunstig verloop van de klachten zou beïnvloeden, was in onze ogen de draaglast van de patiënt: iemand die veel sociale, relationele en materiële problemen heeft zal een slechtere prognose

hebben dan iemand die minder met dergelijke problemen kampt.

Teneinde na te gaan in hoeverre verschillende patiënten een ander beloop zouden laten zien, zijn daarom de volgende patiëntkenmerken in het onderzoek betrokken: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, afhankelijkheid van de huisarts, beheersing oriëntatie en draaglast.

Beloop van klachten is gedefinieerd aan de hand van het aantal, al dan niet expliciet gepresenteerde, psychische klachten dat in vier opeenvolgende kwartalen bij de huisarts werd gepresenteerd. Om inzicht te krijgen in de bijdrage van interventies die naar aanleiding van de gepresenteerde problemen ondernomen worden aan het beloop van klachten, is een onderscheid gemaakt tussen problemen die door de huisarts zelf (gespreksmatig) zijn behandeld, problemen die verwezen zijn naar AMW of de AGGZ, problemen waarover een GGZ-instelling geconsulteerd en problemen waar niet een dergelijke behandeling heeft plaatsgevonden.

Samengevat is achtereenvolgens in dit rapport verslag gedaan van de beantwoording van de volgende vragen:

- is er samenhang, en zo ja welke, tussen patiëntkenmerken en het soort psychische klachten dat men presenteert?
- is er samenhang, en zo ja welke, tussen patiëntkenmerken respectievelijk het soort presentatie van psychische klachten en de behandeling die daarvoor wordt gegeven?
- verschilt het beloop, en zo ja hoe, van de onderscheiden soorten presentatie van psychische klachten, waarbij patiëntkenmerken en behandeling in aanmerking worden genomen?

Hiervoor zijn twee cohorten patiënten gevolgd gedurende een jaar. Alle contacten met de huisarts zijn geregistreerd en de patiënten zijn aan het begin en aan het eind van het registratiejaar schriftelijk geïnterviewd. Het eerste cohort bestaat uit patiënten die in de eerste drie maanden van registratie hun psychische klachten expliciet hebben geuit. Het tweede cohort bestaat uit patiënten die in deze maanden somatische klachten presenteerden die volgens de huisarts een psychisch achtergrond hadden. Deze klachten noemen we psychosomatische klachten. Patiënten die presenteerden geen expliciet psychische klachten.

De resultaten waren als volgt.

Laten we eerst op kenmerken van de patiënten die op een of andere wijze psychische problemen naar voren brengen.

De bij de Beloop Studie betrokken patiënten die met psychische problemen, al dan niet als zodanig gepresenteerd, hun huisarts bezoeken, vormen in een aantal opzichten een aparte groep. Ze vallen relatief vaak in de groep 25-45 jarigen, zijn

daarom - vaker gehuwd, hoewel het percentage gescheidenen relatief ook hoger dan normaal ligt, en ze hebben gewoonweg meer problemen (een grotere draaglast) dan een doorsnee patiënt.

De patiënten van deze studie blijken vaker naar de huisarts te komen en meer klachten te presenteren dan een doorsnee groep. Gezien de problematiek die zij presenteren (daarop zijn ze tenslotte geselecteerd) is dat niet verwonderlijk.

In hoeverre hangt de presentatie van de psychische klacht als expliciet psychisch dan wel psychosomatisch samen met patiëntkenmerken van demografische aard, met de afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts, met de beheersingsoriëntatie en met de draaglast?

Patiënten die psychische klachten expliciet als zodanig presenteren blijken gemiddeld ouder te zijn en vaker gescheiden of verweduwd. Zij stellen zich afhankelijker ten opzichte van de huisarts op voor wat betreft alledaagse klachten. Bovendien blijkt dat de draaglast van deze patiënten (die psychische klachten expliciet presenteren) groter is. Ten aanzien van de beheersingsoriëntatie zijn geen verschillen gevonden tussen patiënten die psychische klachten al dan niet expliciteren (beide cohorten hebben echter minder dan doorsnee patiënten het idee dat ze hun lot in eigen handen hebben; aan de huisarts kennen ze in dit opzicht echter ook minder invloed toe dan doorsnee patiënten).

Samengevat betekent dit dat patiënten die hun psychische klachten expliciet presenteren gemiddeld ouder zijn, meer problemen hebben en zich afhankelijker opstellen ten opzichte van huisarts dan patiënten die hun psychische klachten niet expliciteren.

In hoeverre hangt de behandeling van de psychische klacht met de al dan niet expliciete presentatie van de klacht samen?

Expliciet psychisch gepresenteerde klachten worden vaker behandeld dan psychosomatische klachten: de huisarts voert in ongeveer 75% van deze gevallen gesprekken, een verwijzing vindt bij ongeveer 10% plaats en in ongeveer 5% wordt consultatief overleg gevoerd. Voor psychosomatische klachten zijn deze percentages 50% gespreksvoering en praktisch geen GGZ-verwijzingen en consultaties.

Patiënten die volgens de GHQ-30 een grotere kans op psychiatrische problemen hebben, zijn intensiever behandeld dan de patiënten die weinig kans hierop hebben. Deze verschillen gelden met name voor de psychische klachten van patiënten uit het eerste cohort. Voor patiënten uit het tweede cohort is het onderscheid in behandeling tussen patiënten met een grote kans op ernstige psychiatrische problematiek en patiënten met een kleine kans veel minder sterk aanwezig.

In hoeverre hangt de behandeling met patiëntkenmerken samen?

De draaglast blijkt een belangrijke factor. Patiënten die een grotere draaglast ervoeren, blijken vaker een gesprek te hebben gehad, meer verwezen te zijn naar

de GGZ en hun consulten duurden gemiddeld langer. Zoals al eerder naar voren gekomen ervaren patiënten uit het eerste cohort een grotere draaglast dan patiënten uit het tweede cohort.

Wat kunnen we nu zeggen over het beloop van klachten bij deze cohort patiënten gedurende de periode van een jaar?

Dit beloop van klachten is op twee niveaus besproken. Ten eerste is gekeken naar het beloop van klachten op cohort-niveau. Na het eerste kwartaal, waarin de cohorten geselecteerd zijn op het feit dat ze, al dan niet expliciet, psychische klachten presenteerden is er sprake van een zeer forse afname van klachten. Dit is voornamelijk een selectie-effect: op basis van een consult in de eerste drie maanden zijn patiënten geselecteerd en zijn alle patiënten dus minimaal een keer naar de huisarts gekomen. Bovendien presenteerden alle patiënten psychische klachten (of klachten die als dusdanig werden beoordeeld door de huisarts), en deze klachten gaan over het algemeen gepaard met meer ziektegedrag. Na het tweede kwartaal blijken klachten nauwelijks nog af te nemen. Het aantal contacten en somatische klachten van patiënten die in de eerste periode psychische klachten niet als zodanig presenteerden neemt na het derde kwartaal zelfs toe. Vergelijken met een referentiegroep is er ook na een jaar sprake van een hogere medische consumptie van de twee gevolgde cohorten. In dit opzicht moet echter een uitzondering gemaakt worden voor patiënten die hun psychische klachten expliciet gepresenteerd hebben in het eerste kwartaal en volgens de GHQ een kleinere kans op ernstige psychiatrische problemen hebben. De afname was hier in een aantal opzichten doorwerkend tot in het vierde kwartaal, waarin de medische consumptie afgezien van iets meer psychische klachten per 100 patiënten- vergelijkbaar was met die van doorsnee patiënten.

Vervolgens is het beloop van klachten op individueel niveau geanalyseerd. Hiertoe is een maat geconstrueerd die aangeeft of de patiënten in de tweede helft van het registratiejaar nog psychische respectievelijk psychosomatische klachten hebben gepresenteerd. Voor de meeste patiënten verdwijnen deze klachten, ongeacht de mate van psychiatrische problematiek. Substitutie (een afnemend beloop van het ene type klachten gaat samen met een toenemend beloop van het andere type klachten) treedt bij de meeste patiënten niet op.

Dit al dan niet verdwijnen van klachten in de tweede helft is vervolgens gerelateerd aan behandeling, patiëntkenmerken en klachtkenmerken. Behandeling met een gesprek of een verwijzing naar de GGZ blijkt niet vaker met een afname van klachten samen te gaan dan geen behandeling.

Dat roept de vraag op welke kenmerken wel samenhangen met het beloop van klachten.

Een grotere afname van klachten treedt op als minder draaglast wordt ervaren en bij mannen. Patiënten wier expliciet geformuleerde psychische klachten niet afnamen presenteerden in het kwartaal van selectie relatief vaak klachten met betrekking tot verslaving, hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen. Relatief weinig troffen we in dit cohort klachten aan met betrekking tot overspannenheid, irritatie en agitatie.

Overigens zijn er een aantal ingewikkelde interacties tussen behandeling en patiënt/klachtkenmerken aanwezig. Naarmate iemands draaglast zwaarder en de kans op ernstige psychiatrische problematiek groter is, treedt de huisarts vaker handelend op of verwijst hij. Behandelen begint zo al met een achterstand. Gesprekken blijken in deze omstandigheden bij vrouwen relatief vaker niet met een afname van klachten samen te hangen dan bij mannen, bij verwijzingen hangt het al dan niet afnemen van klachten niet samen met het geslacht. Bij verwijzingen zien we een relatief groot aantal jongeren onder degenen waarvan de klachten (na verwijzing) niet afnemen.

Binnen de groep patiënten waarmee gesprekken zijn gevoerd blijken patiënten die klachten blijven presenteren veel klachten met betrekking tot hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen te presenteren. Blijkbaar is de huisarts zich bewust van de ernst van deze problemen, maar werken deze gesprekken niet afdoende.

Samengevat komt dit erop neer dat de huisarts de mensen met een zware draaglast (uit de groep patiënten waarvan hij de al dan niet verholde psychische klachten herkent) het meest frequent behandelt, maar niet altijd succes boekt in die zin dat hij de patiënt met dergelijke klachten een tijdje niet meer terugziet.

De groep niet behandelenden heeft daarentegen in het algemeen een geringere draaglast en zodoende een beter resultaat na een jaar. Een uitzondering hierop vormen vrouwen en ouderen, die relatief vaak worden aangetroffen in de groep 'niet behandeld' terwijl hun klachten niet zijn afgenomen. Toch was de draaglast en de kans op ernstige psychiatrische problematiek bij deze subgroep waarvan de klachten niet afnamen gering. Dit lijkt erop te duiden dat hier sprake is van een vast klaagpatroon bij patiënten van wie de situatie en de klacht wellicht niet tot interventie nopen, maar die hun klagen wel volhouden.

2. Discussie

Deze resultaten vragen in een aantal opzichten om nadere discussie. Een discussie die stil zal moeten staan bij de waarde van deze resultaten, waarbij vragen van methodologische aard aan de orde zijn maar waarbij ook de vraag gesteld kan worden naar de aansluiting bij bekende onderzoeksgegevens. Een discussie ook,

die vervolgens in zal moeten gaan op de vraag naar de betekenis en bruikbaarheid van deze resultaten. Ten slotte een discussie die weer de nodige nieuwe vragen zal formuleren.

Methodologie

Een belangrijk manco van deze studie is haar beschrijvende, naturalistisch karakter. We zijn hierop gestuit op het moment dat we in interpretatieproblemen kwamen waar het om de waardering van de verschillende interventies ging. Patiënten die niet behandeld werden toonden een hoger percentage afname van de problematiek maar hadden daarnaast ook een geringere draaglast en minder klachten op ernstige psychiatrische problemen; daarnaast zullen ze ook andere eigenschappen gehad hebben die we niet gemeten hebben, maar die tegelijkertijd maakten dat de arts niet behandelt en dat de problemen overgaan.

Een andere opmerking van methodologische aard komt eveneens voort uit het feit dat het doel van dit onderzoek was om de gang van zaken in de huisartspraktijk te beschrijven. Dit heeft namelijk als consequentie dat de psychische problemen in dit onderzoek psychische problemen zijn op het moment dat de patiënt ze zo presenteert of dat de arts dit oordeel velt. Er zijn geen diagnostische research criteria gehanteerd. Dit heeft als voordeel dat het een soort 'ongekuiste' versie van het dagelijks leven in de huisartspraktijk oplevert. Een huisarts heeft te maken met de problematiek zoals deze hier naar voren komt. Men moet echter uitkijken wanneer men vergelijkingen maakt met ander onderzoek, waarbij bijvoorbeeld een psychiatrische screening deel uitgemaakt heeft van de selectieprocedure. Onze conclusie betreffen het beloop van klachten van patiënten die voor een deel nooit in dergelijk onderzoek opgenomen zouden zijn.

Vergelijking met ander onderzoek

In een aantal opzichten sluiten de resultaten aan bij hetgeen uit ander onderzoek bekend is: patiënten die op een of andere manier psychische problemen hebben laten een hogere medische consumptie in het algemeen zien (vgl. Eastwood en Tevelyan, 1972, Grol e.a., 1981, Hankin, e.a., 1982, Kessler, 1985, Lamberts, 1975, Lamberts en Hartman, 1982). Gescheidenen en vrouwen worden relatief meer aangetroffen in de onderzoekscohorten van patiënten die psychische problemen hebben (Finlay-Jones en Burvill, 1978, Goldberg en Huxley, 1980). De draaglast van deze patiënten is groter dan de draaglast die in doorsnee populaties wordt gemeten (Kessler, 1985). In tegenstelling tot onze verwachtingen vonden we geen verschil tussen patiënten die hun psychische problemen wel en patiënten die deze problemen niet expliciet uiten, wat betreft hun afhankelijkheid van de huisarts en de beheersingsoriëntatie. Patiënten met psychische problemen als gehele groep (deze

problemen al dan niet expliciet uitend) verschilden wel van doorsnee patiënten. Het hebben van psychische problemen maakt afhankelijk, ongeacht of men dit met zoveel woorden uit of niet.

Wat de behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk betreft wordt het beeld bevestigd dat de meeste psychische problemen niet verder komen dan de huisarts (Goldberg en Huxley, 1980). Het beeld dat van de behandeling door de huisarts wordt geschetst, stemt overeen met hetgeen Lamberts en Hartman (1982) schetsten: 35% van de problemen krijgt geen therapie. Wanneer er sprake is van therapie is dat systematische gespreksvoering, advies en voorlichting en psychofarmacologische behandeling. 1% tot 2% van de patiënten wordt verwezen naar AMW en ongeveer 1% naar de AGGZ (Kessler, 1985, Mann e.a., 1981, Ormel e.a., 1990, Shepherd e.a., 1966).

Wat het percentage 'herstel' betreft, geven Mann e.a. (1981) een literatuuroverzicht, dat in een aantal opzichten onze bevindingen bevestigt. In het algemeen is het percentage herstel onder mannen hoger dan onder vrouwen. (Dit wordt ook gemeld door Kessler, 1985 en Huygen e.a., 1984). De door Mann e.a. aangehaalde studie die het meest vergelijkbaar is (Cooper, Fry en Kalt, 1969) geeft een percentage herstel van acute psychische klachten na 1 jaar dat voor mannen 74% en voor vrouwen 57% bedraagt. Wij vinden 70% voor mannen en 58% voor vrouwen bij expliciet gepresenteerde psychische klachten en 71% resp. 69% voor psychosomatische klachten. Andere aangehaalde studies zijn lastiger vergelijkbaar (3 jaar follow-up) maar komen wel tot ongeveer dezelfde percentages. De uitkomst van Mann e.a. zelf is minder goed (50% herstel bij mannen en vrouwen na 1 jaar), maar hun onderzoekssample bestond uitsluitend uit patiënten die èn voldeden aan de criteria van een psychiatrische screening èn waren geïdentificeerd door de huisarts als 'geval'.

Dat patiënten met ernstiger klachten een minder goed beloop kennen wordt bevestigd in verschillende studies (Kessler, 1985, Mann e.a. 1981, Ormel e.a., 1990). Mann e.a. maken daarnaast ook gewag van de negatieve werking van het gebrek aan sociale steun (gescheidenen!) en een zwaardere draaglast, bij hen tot uitdrukking komend in 'low quality of social life' en de aanwezigheid van financiële problemen.

Betekenis van de resultaten

Onder welke omstandigheden hebben psychische problemen een gunstige prognose. Onze verwachtingen over patiëntkarakteristieken zijn in een aantal opzichten geloogenstraft.

De gedachte dat het begin van een goed vooruitzicht is gelegen in de erkenning dat men psychische problemen heeft, en dat deze erkenning eerder bij jonge, onaf-

hankelijke, op zichzelf gerichte patiënten gevonden zal worden, heeft op z minst enige aanpassing.

Juist degenen die hun psychische klachten niet expliciet uiten volgens de huisa zijn jonger en tonen zich onafhankelijker van de huisarts. Daarnaast - en c compliceert het geheel - verkeren ze, naar draaglast en kans op ernstige psychiat sche problemen gezien, in een minder problematische situatie dan de patiënten c hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren.

Dit vormt dan meteen een verklaring voor het feit dat onze veronderstelling d psychosomatische problemen minder frequent overgaan ook niet blijkt te kloppen Psychosomatische problemen hebben een minstens zo goede prognose als psychi sche problemen en leiden daarnaast op de langere duur niet tot het expliciet uite van psychische problemen.

Ondanks dit goede nieuws, blijft het cohort patiënten dat op het presenteren v psychosomatische problemen geselecteerd was in zijn geheel een cohort met e hogere medische consumptie dan dat van de gemiddelde patiëntenpopulatie. I roept dan de vraag op of de patiënten uit dit cohort 'psychosomatici' wellic minder gekenmerkt wordt door het feit dat ze psychosomatische klachten present ren en meer door het feit dat ze veelvuldig van de diensten van de huisarts gebru maken. Niet zozeer omdat ze zoveel problemen hebben of tot het gepatenteerc risico voor medische consumptie behoren (ouderen, chronisch zieken), maar omd ze nu eenmaal snel de hulp van de huisarts inroepen. Een vraag die nad onderzoek heeft.

De groep die een even grote afname van het probleem waarop ze geselecteer waren heeft laten zien, en daarnaast tot een min of meer doorsnee co sumptionniveau terugkwam, zijn de mensen die hun psychisch probleem w expliciteerden, maar wier problemen ook niet zo ernstig waren. Of dit herstel r dankzij of ondanks de interventie van de huisarts plaats vond zal eveneens verdu uitgezocht moeten worden.

In het methodologische deel is reeds opgemerkt dat het karakter van deze studi een naturalistisch, beschrijvend belooponderzoek, het moeilijk maakt om de waarc van de interventies van de huisarts en van verwijzingen juist te schatten. Wel mo in dit kader opgemerkt worden dat in het algemeen de interventie zwaarder wor (van niets doen via gesprek naar verwijzing) naarmate er van ernstiger problematie en meer draaglast sprake is. In die zin lijkt de door de huisarts gemaakte beoord ling van de noodzaak tot interventie een goede te zijn. Het feit dat interventie i ieder geval geen beter effect te zien gaf, roept de vraag op in hoeverre elk ps chisch lijden behandelbaar is. En het gegeven dat bepaalde patiënten die weini ernstige problemen hebben en niet veel draaglast ervaren toch chronische klager blijven roept ook de vraag op wat voor behandelmogelijkheden er zijn voc dergelijke patiënten.

In het licht van onze resultaten zou gesteld kunnen worden dat met name de lichtere psychosociale problematiek in de eerste lijn de hulp kan krijgen die nodig is. Veelal oudere, vrouwelijke patiënten met voornamelijk psychosomatische klachten blijven klagen, maar zijn wellicht ook niet definitief te helpen. Met betrekking tot de ernstiger psychische problematiek, zeldzamer qua voorkomen, blijven resultaten nogal eens uit, zowel van huisartsgeneeskundige als van specialistische behandeling. Zijn deze problemen in de dagelijkse praktijk moeilijker behandelbaar dan uitkomsten van clinical trials doen vermoeden of zijn de door ons onderzochte behandelaars niet altijd zo succesvol als ze zouden kunnen zijn?

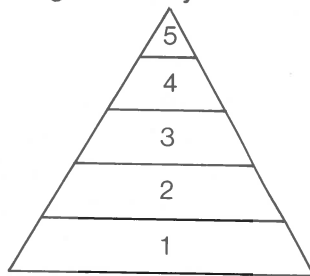
1. INLEIDING

1.1. Doel en probleemstelling

Het vóórkomen van psychische problemen is de afgelopen twintig jaar uitputtend onderzocht. Verbeteringen in standaard-classificaties en screenings-methoden hebben ertoe geleid dat op het ogenblik goede beschrijvende epidemiologische overzichten voor handen zijn, die inzicht bieden in het voorkomen van psychische problemen in de bevolking, binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (vgl. bij voorbeeld Finlay-Jones en Burvill, 1978, Goldberg en Bridges, 1987, Hoeper e.a., 1979, Jencks, 1985, Kessler e.a., 1987, Lamberts en Hartman, 1982, Schulberg e.a., 1985, Shepherd e.a., 1981, Wilmink, 1989).

Deze aanwezige kennis aangaande het voorkomen van psychische problemen binnen verschillende populaties wordt in het model van Goldberg en Huxley (1980) binnen één conceptueel kader samengevoegd. In hun model (zie figuur 1) onderscheiden ze vijf niveaus.

Figuur 1.1: het model van Goldberg en Huxley



- 1: het voorkomen van psychische problemen in de bevolking
- 2: het voorkomen van psychische problemen onder huisartsbezoekers
- 3: patiënten met psychische problemen die als zodanig door de huisarts worden herkend
- 4: patiënten met psychische problemen die door de huisarts verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ-instanties
- 5: patiënten met psychische problemen die opgenomen worden in gespecialiseerde GGZ-instanties

Tussen ieder van de vijf niveaus bevindt zich een filter, dat een aantal mensen 'doorlaat' naar het volgende niveau maar ook een aantal mensen 'tegenhoudt'. De gedachte achter het model is dat er veel psychische problematiek - gemeten in 'objectieve' termen - in de bevolking aanwezig is maar dat het merendeel ervan niet onder de aandacht van de geestelijke gezondheidszorg komt omdat men in

een eerder stadium blijft steken.

Dat niet alle 'objective needs', zoals men de vastgestelde problematiek op populatieniveau zou kunnen betitelen, tot psychiatrische behandeling leiden, komt in de eerste plaats omdat veel mensen gewoon geen hulp zoeken; dit kan komen omdat men het psychische probleem als zodanig niet herkent, omdat men er zonder hulp mee om kan gaan, of omdat men geen hulp wenst.

Wanneer men zich wel tot een hulpverlener wendt, zal dat in eerste instantie vaak de huisarts zijn. Dit is in een geëcheloniseerd gezondheidszorgsysteem als het Nederlandse al min of meer door de structuur ingegeven; het feit echter dat psychisch onwelbevinden vaak gepaard gaat met lichamelijke klachten is hier evenzeer debet aan. Dit laatste is dan ook de reden dat niveaus twee en drie door Goldberg en Huxley van elkaar worden onderscheiden: de groep die klachten bij de huisarts presenteert is niet per definitie de groep die de huisarts ook herkent als 'patiënt met psychische klachten'. Dit al dan niet herkennen door de huisarts vormt zo het filter tussen niveau twee en drie.

De beslissing van huisarts en patiënt, of de huisarts zelf de behandeling ter hand neemt, dan wel verwijst naar een gespecialiseerde instantie vormt de scheidslijn tussen niveau drie en vier, die al dan niet genomen kan worden. Of een verwezen patiënt ten slotte opgenomen zal worden in de intramurale psychiatrie, wordt in het model gezien als het laatste filter, dat overigens in het kader van deze studie niet relevant is. Dit onderzoek beperkt zich namelijk tot de invloed die de huisarts uitoefent op het beloop van psychische klachten.

Verskillende onderzoekers hebben, op basis van beschikbare bronnen schattingen gemaakt van de prevalentie van psychische problemen op de verschillende niveaus (Goldberg en Huxley, 1980, Brook e.a., 1983, Tansella en Williams, 1989).

Constateert uitkomst in dergelijke overzichten is dat de meeste mensen met psychische problemen wel contact met een huisarts krijgen, dat een belangrijk deel van de huisartscontacten een puur somatisch karakter hebben, en dat, ook al herkennen de huisarts de psychische problematiek, maar relatief weinig patiënten bij de gespecialiseerde GGZ-instanties terecht komen. Als mensen met psychische problemen hulp zoeken komen ze in het algemeen niet verder dan de huisarts.

Een veel gehoorde kritiek op de huisarts in deze situatie is dat veel psychisch onwelbevinden niet herkend zouden worden. Uit vergelijking tussen diagnoses van huisartsen en uitkomsten van gestandaardiseerde instrumenten blijkt inderdaad dat tussen beide oordelen verschillen bestaan. (Goldberg en Blackwell, 1970, Goldberg en Bridges, 1987, Wilmink, 1989, Wright en Perini, 1987). Voorts zou de behandeling van de huisarts, die zich grotendeels beperkt tot het aanhoren van de problematiek en (volgens critici ondoelmatig gekozen en gedoseerde) medicatie niet altijd

adequaat zijn. Ten slotte heerst in professionele GGZ kringen de opvatting dat de huisarts te weinig en ongericht verwijst.

Tegen deze kritiek zijn ook tegenwerpingen te maken. Bensing en Beerendonk (1990) onderzochten consulten waarin het oordeel van huisarts en screenings-instrument elkaar tegenspraken, en kwamen tot de conclusie dat de arts vaak wel degelijk op de hoogte is van het bestaan van psychische problemen maar dat de hulpvraag op het betreffende moment een puur somatisch probleem betrof.

Een verwijzing is vaak overbodig omdat de meeste klachten na een korte periode weer verdwenen zijn (Huygen e.a., 1986, Kessler e.a., 1985). Zou men bij dergelijke 'self limiting diseases' tot een specialistisch ingrijpen beslissen -waarvan het overigens de vraag is in hoeverre dit in dat stadium door de patiënt op prijs wordt gesteld- dan loopt men het gevaar dat de patiënt in plaats van in een somatisch patroon in een psychische fixatie verstrikt raakt.

Een laatste punt van discussie betreft de winst van onmiddellijk psychisch ingrijpen. Voor de meeste psychische aandoeningen kan men moeilijk hard maken dat vroegtijdig ingrijpen later erger voorkomt (de z.g. continuïteits-hypothese; vgl. Gerards, 1985, Ormel, 1987).

Algemene uitspraken in deze complexe materie zijn uiterst moeilijk. Een meer gedifferentieerde opstelling is gewenst. Goldberg (1982) geeft een heldere indeling in verschillende typen patiënten. In plaats van over 'gevallen' te praten zou een onderzoeker zich in de ogen van Goldberg af moeten vragen 'a case for what' en 'a case for whom'.

Hij onderscheidt dan drie soorten labels die relevant zouden zijn in de huisartspraktijk.

In de eerste plaats is daar de zogenaamde 'grote psychiatrie', de klassieke psychiatrische diagnoses zoals schizofrenie. Hier liggen niet de grootste problemen, althans niet in de sfeer van herkenning of van taakafbakening.

Daarnaast maakt hij het uiterst relevante, maar nog niet erg handzaam geoperationaliseerde onderscheid tussen 'psychological distress not requiring specific intervention' en 'psychological distress requiring intervention'. Tot de eerste groep worden gerekend: patiënten wier problemen subklinisch zijn, patiënten met 'self-limiting reactions to some external event', patiënten wier psychisch probleem niet gerelateerd is aan het probleem waarvoor ze hulp zoeken en die niet over hun probleem willen praten en patiënten waarvan het probleem duidelijk is, in een begrijpelijke relatie met een externe oorzaak waar toch niets aan te doen valt.

De meest belangrijke psychische problematiek die wél behandeling behoeft wordt gevormd door de klachten van depressieve aard en de angststoornissen.

Goldberg geeft hier ook aan dat het om een zeer heterogene case-mix gaat.

Waar het om gaat is om onderscheid te kunnen maken tussen de situaties waar interventie (behandeling door de huisarts of verwijzing) nodig is, en situaties c zichzelf oplossen. Het verkrijgen van inzicht in dit onderscheid is het doel van de studie naar het beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk. Dit inzicht willen we verkrijgen door gedurende een jaar het klachtenaanbod van patiënten d op een gegeven moment met psychische problemen bij de huisarts zijn gekomen te volgen.

Met opzet spreken we hier over 'situaties' die interventie vergen en 'situatie waarbij dat niet het geval is. Uitgangspunt van het onderzoek is namelijk dat h niet alleen het type klacht is dat bepalend is voor de noodzaak om in te grijpe maar dat het om een samenspel van klacht- en patiënt kenmerken gaat. Dit tegenstelling tot somatische ziekten die in een patho-fysiologisch verklaringsmod passen. Dat men bij een longontsteking dient in te grijpen, los van de persoo lijkheidskenmerken van de patiënt, spreekt voor zich. Men moet ingrijpen omd men sinds de komst van de antibiotica alle mogelijkheden voor handen heeft vo een succesvolle ingreep en omdat niet-ingrijpen fataal kan zijn. Bij psychisch aandoeningen is het effect van de behandelmogelijkheden die men heeft vaak ee stuk twijfelachtiger (en afhankelijk van de overtuiging van degene die behandelt e die behandeld wordt) en is het de vraag of niet ingrijpen voor iedereen even nega tief is. In de volgende paragraaf zullen we nader ingaan op de klacht- en patiëntkarakteristieken die van belang geacht worden bij een beschrijving van het beloo van psychische problemen.

1.2. Vraagstelling

Het doel van het onderzoek werd in de vorige paragraaf geformuleerd als h verkrijgen van inzicht in de noodzaak tot interventie bij psychische klachten zoal die in de huisarts praktijk worden gepresenteerd. Dit inzicht willen we verkrijge door het beloop van dergelijke klachten en de daarbij gepleegde interventies doc de huisarts te bestuderen in een natuurlijke situatie. De centrale vraag die w daarmee willen beantwoorden is:

Onder welke omstandigheden lossen psychische problemen op (= verdwijnt he klagen met een psychische achtergrond), en onder welke omstandigheden losse psychische problemen niet op ?

Met de beantwoording van deze vraag wordt enig inzicht verkregen in de con troverse tussen enerzijds de continuïteitshypothese (= "in een vroeg stadium

ingrijpen voorkomt verergeren en een slechte prognose in de toekomst") en anderzijds de common sense gedachte dat de tijd alle wonden heelt en de meeste problemen vanzelf weer over gaan. We spreken over 'enig inzicht' omdat in het kader van een follow-up van maximaal een jaar hierover natuurlijk het laatste woord niet gesproken kan worden.

De vraagstelling zoals hierboven geformuleerd is nog zeer a-specifiek. In de inleiding is gesteld dat getracht zou moeten worden een onderscheid aan te brengen in verschillende situaties die ieder hun eigen behandelingsperspectief zouden kunnen hebben. Deze verschillende situaties worden onderscheiden aan de hand van verschillen in type klacht en type patiënt.

Type klacht:

10 à 15% van de klachten die patiënten bij hun huisarts naar voren brengen zijn geformuleerd als een psychisch of sociaal probleem (Huygen, 1984, Lamberts en Hartman, 1982, Verhaak e.a., 1990). Slechts een klein deel hiervan betreft 'klassiek psychiatrische' problematiek.

De meeste klachten waarvan huisartsen vinden dat ze mede psychisch van aard zijn worden daarentegen gepresenteerd als somatisch probleem. Deze toevoeging maakt dat 35% à 45% (Bensing en Sluijs, 1984) van alle klachten in de huisartspraktijk als niet puur somatisch worden beschouwd. Het onderscheid in klachten die expliciet als 'psychisch' worden gepresenteerd en klachten waarbij de arts van mening is dat een psychische component meespeelt terwijl de presentatie een lichamelijke stoornis betreft is relevant, met name in die gevallen dat de somatische context van klachtpresentatie door de arts zo gelaten wordt. Het vertalen van psychische problemen is, zo veronderstellen wij, een poging van de patiënt om zich te onderwerpen aan de actieve dokter. Het is bekend dat behandeling van psychosociale problemen vooral succes heeft als de patiënt actief meewerkt. Hiervoor is nodig dat de patiënt 'begrijpt' met welke problematiek hij te maken heeft wat zal blijken uit de manier waarop hij zijn problematiek presenteert. Succes wordt hier gedefinieerd als situaties waaronder psychische problemen 'oplossen', ofwel situaties waaronder het gepresenteerde aantal klachten afneemt. We verwachten dat mensen die hun psychische klachten expliciet presenteren vaker van hun klachten afkomen dan mensen die hun psychische klachten niet expliciet presenteren. Het mogelijk verschil in beloop van klachten tussen patiënten die hun psychische klachten wel of niet expliciet presenteren staat centraal in dit rapport.

Dit verschil tussen expliciet als psychisch gepresenteerde klachten en psychosomatiek is niet het enige verschil dat in het beloop van psychische klachten relevant geacht moet worden. Sommige mensen hebben klachten van psychische aard die als 'subklinisch' te beschouwen zijn. Iedereen is wel eens bedroefd, angstig of

zenuwachtig, en kan daar in principe over klagen, zonder daarmee meteen een ernstig psychisch probleem te hebben. We maken daarom in onze specificatie voor bepaalde situaties gebruik van de score van de patiënt op de General Health Questionnaire (zie voor een nadere toelichting 1.3.2) om een schatting te geven van de kans dat iemand een serieus psychisch probleem heeft. De veronderstelling daarbij is dat problemen van diegenen die blijkens de GHQ-score geen ernstig psychiatrisch probleem heeft sneller over zullen gaan dan van hen die wel een 'GHQ-geval' zijn, ongeacht of ze hun problemen nu 'psychisch' of 'psychosomatisch' presenteren.

We kunnen nu de centrale vraag van de vorige pagina nader specificeren:

Is het zo dat patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren (met inachtneming van de kans dat hierbij sprake is van meer en minder ernstige psychiatrische problematiek) vaker van hun klachten af komen dan diegenen die psychische klachten als somatisch presenteren?

In schema:

KLACHT-----BELOOF

(psychisch/psychosomatisch)
(GHQ +/-)

(afname v
geen afname

Aangezien ons probleem voortkwam uit de algemene vraag waar nu het ingrijpen van de huisarts dan wel een meer specialistische voorziening geboden is, is de eerstvolgende stap om de verschillende vormen van ingrijpen bij de verschillende gepresenteerde klachten in onze vraagstelling te betrekken. **Behandeling** zou een intermediaire rol tussen klacht en beloop kunnen vervullen. We verwachten dat huisartsen expliciet geuite klachten vaker zullen verwijzen naar de GGZ, en ze intensiever de niet-expliciet geuite psychische klachten zullen behandelen om de "ware" aard van de klachten bloot te leggen. De vraagstelling die hieruit volgt is:

Is het zo dat patiënten die hun klachten expliciet psychisch presenteren een andere behandeling krijgen dan patiënten die ze somatisch presenteren (met inachtneming van de kans dat hierbij sprake is van meer en minder ernstige psychiatrische problematiek)?

èn:

Is het zo dat een andere behandeling samenhangt met een ander beloop van klachten?

In schema:

KLACHT-----	BEHANDELING-----	BELOOP
(psychisch/psychosomatisch) GHQ +/-)	(huisarts) (GGZ) (niets)	(afname vs geen afname)

In de derde plaats is **de patiënt** een enorm belangrijke tussenschakel, waar het gaat om psychosociale klachten. Om de oude typologie van Szasz en Hollender aan te halen, er zijn omstandigheden waarbij de persoonlijkheid en de inbreng van de patiënt er niet zoveel toe doen om tot een eenduidige diagnose en behandeling te komen ('active doctor/passive patient'), bijvoorbeeld een comateuze patiënt. Over de interpretatie en behandeling van psychische klachten heeft de patiënt echter heel wat meer te vertellen. Hier moet in de ogen van Szasz en Hollender sprake zijn van 'mutual understanding', en speelt de persoonlijkheid van de patiënt een belangrijke rol bij de oordeelsvorming, de behandeling en het beloop van de klachten (Szasz en Hollender, 1956). In het onderzoek van Mann e.a. (1981) werd het beloop en de uitkomst van 'minor psychiatric illness' mede bepaald door de kwaliteit van het sociale leven, de leeftijd, problematische gezinssituaties en financiële problemen.

Een hypothese die we in het bovenstaande hanteerden, was dat het vertalen van psychische problemen in psychosomatische klachten, een poging is om zich als passieve patiënt te kunnen onderwerpen aan de actieve dokter. Naarmate een patiënt zich assertiever opstelt, zal hij minder behoefte hebben zich achter een dergelijke façade te verbergen. Van welke patiënten kunnen we nu een assertieve en van welke een passieve opstelling verwachten?

De overgang van de passieve patiënt naar de patiënt die actief betrokken is bij het diagnostisch en therapeutisch proces heeft te maken met een andere manier van denken over ziekte: van 'objectieve ziekte' naar 'subjectief gevoel van onwelbevinden', van een biomedisch model naar een meer uitgebreid ziekteconcept waarbij ook sociale, psychologische en demografische factoren een rol spelen. Deze overgang heeft zich niet voor iedereen in hetzelfde tempo voltrokken. Veertig jaar geleden kon de arts zich meer op zijn autoriteit laten voorstaan dan tegenwoordig. Voor sommige patiënten is hij sneller van zijn voetstuk afgedaald dan voor

anderen. Leeftijd, geslacht en opleiding zullen in deze een belangrijke rol spelen. De rol van actieve patiënt, die zijn problemen al voor een deel zelf geanalyseert heeft en ze onverhuld als een psychisch probleem presenteert, is niet iedereen in dezelfde mate op het lijf geschreven. We verwachten dat patiënten die de oorzaak van hetgeen hen overkomt bij zichzelf zoeken, hun psychische problemen minder verhuld zullen interpreteren en presenteren, dan patiënten die geneigd zijn gebeurtenissen aan een niet te beïnvloeden buitenwereld toe te schrijven. De neiging om oorzaken bij zichzelf of bij een ander te zoeken, wordt beheersingsoriëntatie genoemd. In het eerste geval spreken we van een interne beheersingsoriëntatie, in het tweede van een externe.

Tenslotte zullen patiënten die zich afhankelijker van de huisarts opstellen eerder vluchten in somatisering, en we verwachten daarom dat deze patiënten minder vaak van hun klachten af komen dan patiënten die hun psychische klachten expliciet presenteren.

In het aangehaalde onderzoek van Mann e.a. (1981) komt als belangrijk patiëntkenmerk de draaglast (de mate waarin de patiënten zich in een problematische situatie bevinden) naar voren. Naarmate zich op financieel, huisvestings-, relationeel en intrapsychisch gebied meer structurele problemen voordoen, zal men eerder psychische problemen ervaren en zal het beloop van een specifieke klacht ongunstiger zijn, zo veronderstellen we.

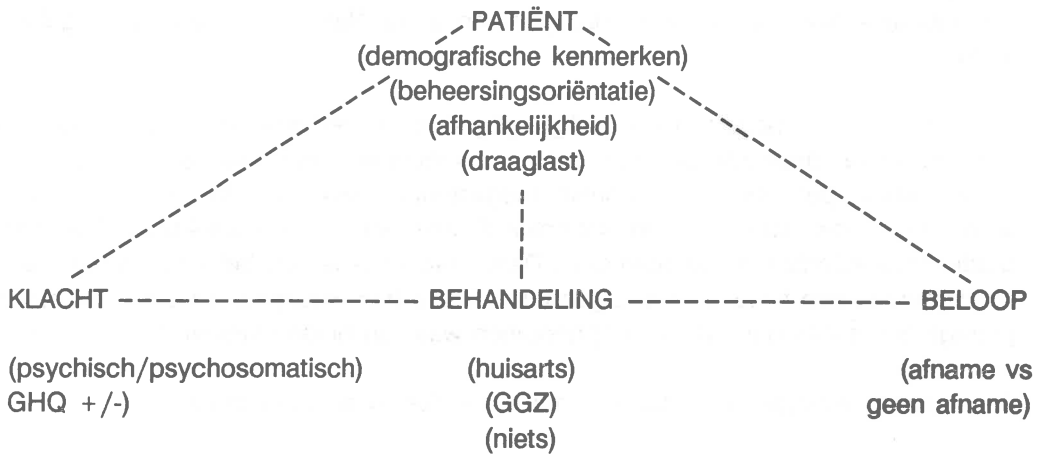
De vraagstelling wordt nu met de volgende vragen uitgebreid.

Is het zo dat patiënten die hun psychische klachten expliciet presenteren andere kenmerken (demografische kenmerken, afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts, beheersingsoriëntatie en draaglast) hebben dan patiënten die hun psychische klachten als somatisch presenteren?

Is het zo dat deze patiëntkenmerken de behandeling door de huisarts beïnvloeden?

Is het zo dat deze patiëntkenmerken het beloop van klachten beïnvloeden?

In schema:



1.3. Opzet onderzoek

1.3.1. Design

Teneinde deze vragen te beantwoorden is de klachtpresentatie en de behandeling van die klachten door de huisarts bij twee cohorten patiënten gedurende een jaar gevolgd.

De twee cohorten zijn geselecteerd op het **type klacht** zoals dat in de vraagstelling werd uitgedrukt. Het ene cohort bestaat uit patiënten die in een periode van drie maanden hun huisarts bezochten en hun probleem daar als een **expliciet psychisch of sociaal probleem** naar voren brachten. Het andere cohort bestaat uit patiënten die in een periode van drie maanden minstens eenmaal een **somatisch geformuleerde klacht, die door de huisarts als hoofdzakelijk psychisch beschouwd werd** presenteerden, en geen expliciet psychische problematiek naar voren brachten.

De mogelijkheid om deze cohorten patiënten zo te selecteren werd geboden door de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (verder ook wel afgekort tot N.S.). Voor de opzet van deze studie verwijzen we naar Foets en van der Velden (1990). Hier volstaan we met de korte samenvatting dat in het kader van deze studie gedurende drie maanden door 160 huisartsen alle morbiditeit en verrichtingen in hun praktijk werd geregistreerd. 16 van deze huisartsen (en vijf arts-assistenten) werkten mee aan het onderhavige onderzoek, en verlengden deze registratie tot een vol jaar voor ongeveer 100 geselecteerde patiënten in hun

praktijk. Het registratieformulier dat werd gebruikt in de laatste negen maanden was een uittreksel van het formulier dat gedurende de Nationale Studie werd gebruikt.

Teneinde over de patiënten de nodige gegevens te verzamelen is na de selectie van de twee onderzoekscohorten (na 3 maanden Nationale Studie) aan de geselecteerde patiënten een enquête toegestuurd. Deze enquête bevatte vragenlijsten die in het kader van de Nationale Studie ook bij een steekproef Nationale Studie respondenten is afgenomen is. Deze vragenlijst is aan het eind van de registratieperiode een tweede maal afgenomen. In de hier weergegeven onderzoeksrapportage zijn alleen die patiënten opgenomen waarvan beide vragenlijsten ontvangen zijn.

Schematisch weergegeven zag het onderzoeksdesign er als volgt uit:

Figuur 1.2: Onderzoeksopzet

MAAND	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Contact registratie	NATIONALE STUDIE			EIGEN DATA - VERZAMELING								
Bestudeerde populatie	Gehele praktijk			2 x 50 cases per praktijk								
Patiënten-informatie				vragenlijst 1						vragenlijst 2		

De aanwezigheid van gegevens uit de Nationale Studie bood niet alleen de gelegenheid om de twee onderzoekscohorten te recruterend, maar stelt ons ook in staat Nationale Studie-gegevens als referentiemateriaal te gebruiken. Hiervoor gebruiken we in de eerste plaats de interviews die in het kader van de Nationale Studie met ongeveer 13.000 respondenten zijn gehouden. Deze respondenten beantwoordden vragenlijsten die ook in de Beloop Studie zijn gebruikt (zie 1.3.2). Tevens zijn de gegevens van de contactregistratie van deze respondenten bekend. Dit stelt ons in de gelegenheid om, waar gewenst, twee soorten vergelijking te maken: vergelijking met een doorsnee-huisartspraktijkpopulatie, waarvoor de totale respons op de enquête wordt gebruikt, en vergelijking met een doorsnee die in een vergelijkbare driemaands-periode de huisarts bezocht.

Wanneer vergelijkingen de eerste driemaands-periode betreffen, waarin de cohorten geselecteerd werden, is een vergelijking met huisartsbezoekers zinvoller, omdat de geselecteerde cohorten per definitie huisartsbezoekers waren. Gaat het om een vergelijking in de drie latere perioden dan is een vergelijking met de totale populatie

tie (dus inclusief niet-bezoekers) meer relevant, omdat ook de geselecteerde cohorten niet per definitie in deze perioden de huisarts hoefden te bezoeken.

1.3.2. Verzamelde gegevens

Het materiaal van de Beloop studie is verzameld op twee niveaus: op patiënt- en contactniveau.

Gegevens met betrekking tot de patiënt

Het eerste niveau waarop data zijn verzameld is de patiënt. Deze gegevens werden tweemaal per schriftelijke vragenlijst verzameld. Beide enquêtes bevatten dezelfde vragen (zie bijlage 2.1).

In de eerste plaats zijn in de enquête demografische variabelen vastgelegd.

De tweede vragenlijst in de enquête is de 'Nijmeegse Verwachtingen Lijst' (van de Lisdonk, 1985). Deze vragenlijst legt de patiënt een 12-tal aandoeningen voor die op zich geen doktersbezoek behoeven, met de vraag of ze daarmee hun huisarts zouden raadplegen. De somscore op deze lijst wordt opgevat als een maat voor de **afhankelijkheid** van de patiënt ten opzichte van de huisarts.

De volgende serie vragen betreft een schaal, genaamd 'Health Locus of Control', die meet in welke mate de patiënt vindt dat zijn ziekte en gezondheid wordt beïnvloed door toeval, de huisarts of zichzelf (Halfens, 1985). Deze lijst wordt gebruikt om een uitspraak te doen over de **beheersingsoriëntatie** van de patiënt.

Daarnaast is de General Health Questionnaire afgenomen, waarmee de waarschijnlijkheid dat er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek wordt gemeten (Goldberg, 1972). Uit de score op deze vragenlijst willen we afleiden of er sprake is van een kans op ernstige psychiatrische problematiek bij de betreffende patiënt.

Een laatste vragenlijst betreft de probleembeleving van specifieke psychosociale problemen van patiënten. Deze lijst, de Biopro, is oorspronkelijk opgezet door Mooney (1950). De versie die hier gebruikt is, is afkomstig van het Regioprojekt Nijmegen (Furer e.a., 1987). Met behulp van deze vragenlijst willen we bepalen hoe groot de draaglast van de betrokken patiënten is tijdens het onderzoek.

Een uitgebreide beschrijving en eerste analyse van de enquêtes is te vinden in bijlage 1.

Gegevens met betrekking tot de consulten

Daarnaast zijn data verzameld op consultniveau. Elk consult dat de geselecteerde patiënten tijdens het registratiejaar hadden met de huisarts (of de assistente) is door de huisarts (of assistente) vastgelegd op contactregistratieformulieren. Dit formulier is een verkorting van het formulier dat gebruikt is tijdens de registratieperiode van de Nationale Studie, met als gevolg dat in de eerste drie maanden een ander formulier is gebruikt dan in de overige negen maanden. Alle rubrieken die op

het contactregistratieformulier van de Beloop Studie voorkomen, zijn echter ook terug te vinden op het formulier van de Nationale Studie. Deze rubrieken betreffen de door de patiënt gepresenteerde klacht en de daar door de huisarts aan verboroden (voorlopige) diagnose, gecodeerd volgens de ICPC*. Van de klacht gaf de huisarts aan in welke mate hij de klacht psychisch van aard vond en hoe ernstig hij de klacht achtte. Per klacht werd tevens de door de arts gevolgde behandeling (gesprek, verwijzing en consultatie van GGZ instanties) geregistreerd. Bijlage 2 bevat het contactregistratieformulier zoals dat voor de Beloop Studie is gebruikt.

1.3.3. Verloop van het onderzoek

Dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode van 1 oktober 1987 tot 3 december 1988 bij 9 huisartspraktijken in Nederland. Drie praktijken die tijdens de derde periode en zes praktijken die tijdens de vierde periode aan de Nationale Studie meewerkten hebben hun medewerking verleend aan de Beloop studie. Omdat de praktijken in twee op elkaar volgende periodes gestart zijn, is de 'eerste' maand niet voor iedere deelnemer dezelfde, enzovoorts. Maand 1 t/m 12 loopt voor sommige praktijken van oktober '87 tot oktober '88, voor anderen van januari '88 tot januari '89. Op de bestemde plaats zullen we in de analyses nagaan in hoeverre het geoorloofd is de verschillende praktijken gezamenlijk te behandelen.

In totaal zijn bij 16 artsen over 9 praktijken tijdens ieder contact gegevens over patiënten geregistreerd. Daarnaast werden door 11 artsassistenten contactregistratieformulieren van de in het onderzoek opgenomen patiënten ingevuld.

In de eerste drie maanden van de dataverzamelingsperiode zijn alle contacten tussen huisarts en patiënt (en assistente en patiënt) geregistreerd in het kader van de Nationale Studie. Aan het eind van die periode zijn per arts ongeveer 100 patiënten geselecteerd. Voor deze patiënten zijn alle contacten in de overige 9 maanden geregistreerd. Ten behoeve van deze verlengde materiaalverzameling zijn veldwerkers aangetrokken die hadden meegewerkt aan de contactregistratie van de Nationale Studie.

In principe werd elk contactregistratie-formulier direct na het betreffende consult ingevuld. Telefonische contacten werden niet geregistreerd. De veldwerker kwam ongeveer een maal in de twee weken in de praktijk. Hij of zij controleerde de formulieren en besprak eventuele onduidelijkheden met de arts of de assistente.

Tijdens de vierde maand en in de laatste drie maanden zijn enquêtes gestuurd naar

* ICPC, ofwel het systeem voor "International Classification of Primary Care", is een internationaal gangbaar classificatiesysteem voor de huisartspraktijk (Lamberts e.a., 1987). Elke klacht is in dit systeem onder te brengen in een van de 17 hoofd-categorieën. De categorie "A" staat voor algemene en a-specifieke klachten als koorts en vermoeidheid, "P" staat voor psychisch klachten, "Z" voor sociale klachten, enzovoort.

alle geselecteerde patiënten (voor een beschrijving van de respons zie 1.3.4). Hierbij werd er op toegezien dat patiënten, die al hadden meegewerkt aan de enquête van de Nationale Studie geen eerste enquête meer toegestuurd kregen. Alle vragen die in de enquête van de Beloop studie zijn opgenomen, zijn namelijk ook gesteld in de enquête van de Nationale Studie.

1.3.4. Selectie, respons en betrouwbaarheid

Selectie

In het basisrapport van de Nationale Studie, 'Meetinstrumenten en procedures' (Foets en van der Velden, 1990, deel 2, 3.6) wordt beschreven op welke wijze de praktijken die in dit onderzoek hebben geparticipeerd, zijn geworven. De selectie geschiedde voornamelijk op pragmatische gronden: praktijken die geografisch niet te veel van elkaar verwijderd waren, zodat met een beperkt aantal veldwerkers kon worden volstaan. De participerende praktijken zijn niet op psychosociale georiënteerdheid geselecteerd; ze bevinden zich zowel in steden als op het platteland.

Op basis van de contacten van patiënten uit deze praktijken in de registratieperiode van de Nationale Studie is een selectie gemaakt van patiënten. Per praktijk zijn ongeveer 100 patiënten geselecteerd op basis van de presentatie van psychische of psychosomatische klachten.

Respons

De eerste enquête werd aan 1471 patiënten toegestuurd, 1190 stuurden deze, soms na enkele herinneringsbrieven, terug. De tweede enquête werd aan deze 1190 patiënten opgestuurd en door 962 patiënten teruggestuurd. Deze 962 patiënten vormen de basis-onderzoeks.

De redenen voor non-respons zijn te vinden in onderstaande tabel.

Tabel 1.1: Respons en non-respons van de enquêtes

meting	Respons	Non-respons totaal	weigert	is uit praktijk	verkeerde persoon	onbekend
voor	1190	281	15	86	38	142
na	962	228	4	25	11	188

Bij de selectie van 100 patiënten per praktijk is zoveel mogelijk geprobeerd deze te matchen op geslacht. Dit is slechts tot op bepaalde hoogte gelukt, de en mannen bleken niet vol te krijgen en zijn aangevuld met vrouwen om toch op 100 patiënten per praktijk uit te komen. De basis-onderzoeks bestaat uit 388 mannen en 574

vrouwen, in de leeftijd van 16 tot en met 72 jaar.

Nadat alle data waren verzameld, zijn op basis van de contacten in de eerste registratieperiode de patiënten ingedeeld in twee cohorten. Welke patiënt in wel cohort is ingedeeld was derhalve niet bij de huisartsen bekend. Het eerste cohort betreft patiënten die tijdens de eerste drie maanden minstens één psychosociale klacht bij de huisarts hebben gepresenteerd. Het tweede cohort betreft patiënten die in deze periode somatische klachten hebben gepresenteerd waarvan er een of meerdere door de huisarts als psychosociaal werd beoordeeld en die geen expliciete psychische klachten hebben gepresenteerd. De beoordeling van een klacht als psychosociaal door de huisarts valt af te leiden uit een score van 4 of 5 op de 5-puntsschaal waarmee klachten als puur somatisch (1) of psychosociaal (5) worden beoordeeld, of uit de werkdiagnose zoals gesteld door de huisarts (zie bijlage 2.2). Van de 962 patiënten konden 397 in het eerste cohort worden ingedeeld en 411 in de tweede. Een aantal patiënten bleek niet in te delen omdat zij oorspronkelijk waren geselecteerd op basis van een assistentcontact of om foutieve redenen. Alle assistentcontacten zijn achteraf buiten het onderzoek gehouden omdat de betrouwbaarheid en volledigheid van registratie van deze contacten te wensen overliet.

Betrouwbaarheid

Na de materiaalverzameling zijn enkele betrouwbaarheidstests gedaan. Er is een controle uitgevoerd op de werkzaamheden van de codeurs. Verder is gecontroleerd hoeveel procent van de contactregistratieformulieren ingevuld is, afgezet tegen de administratie van contacten in de praktijken zelf.

Voor de controle van code- en codeurfouten is 1 op de 100 contacten geselecteerd. Per contact kunnen patiënten meerdere klachten presenteren. Daardoor zijn gegevens van 66 contactregistratieformulieren en de 79 daarbij behorende klachten op hun juistheid nagetrokken. Een contactregistratieformulier telt 6 codes betreffende het contact, en 31 codes betreffende de klachten. Er werden zo 396 contactcodes en 2449 klachtcodes gecontroleerd.

In 5 van 66 contactregistratieformulieren werden in totaal 6 foute contactcodes aangetroffen (1.5 % van het totaal aantal contactcodes). In 14 van de 79 gecontroleerde klachtcodes bevonden zich in totaal 21 fouten (0.9 % van het totale aantal gecontroleerde klachtcodes).

Per praktijk zien de resultaten van de controles op codering er als volgt uit.

Tabel 1.2: Percentage codeer-fouten per arts

praktijk	arts	percentage contact	codeer-fouten per: klacht
1	1	0	0
	2	0	0.6
2	3	0	0.8
	4	0	0
3	5	0	0
	6	0	0.8
4	7	5.6	6.5
	8	8.3	1.4
5	9	0	0
	10	0	0
6	11	0	0
	12	0	0
7	13	8.3	0
	14	0	0.8
8	15	0	0
	16	4.8	1.2
9	17	0	0
	18	0	1.6
10	19	0	0
	20	0	0
11	21	0	1.6

In de praktijk 5 (arts 7) is het minst goed geregistreerd. Dit is onder andere te wijten aan het soms niet leesbare handschrift en de kwaliteit pen die gebruikt is om de contactregistratieformulieren in te vullen.

Het aantal contactregistratieformulieren dat bij het Nivel is binnengekomen in de eerste drie maanden van de materiaalverzameling is vrijwel 100 %. Dit was de Nationale Studie-periode waarin de huisartsen de opdracht hadden elk contact met elke patiënt vast te leggen. De huisartsen werden meerdere malen per week door veldwerkers bezocht om de registratieformulieren te controleren. In de overige negen maanden hoefden de huisartsen alleen contacten met geselecteerde patiënten vast te leggen. Dit is veel moeilijker omdat nu alleen voor bepaalde patiënten geregistreerd moest worden. De veldwerkers kwamen nog slechts 1 maal in de twee weken controleren. De patiëntkaarten in de huisartsadministratie waren van een gekleurde sticker voorzien om de huisarts en de assistente er op te attenderen dat voor elk contact met de betreffende patiënt een formulier moest worden ingevuld. Een enkele keer bleek de sticker verdwenen of was de huisarts vergeten formulieren in te vullen.

Om te kunnen controleren hoe vaak dit ongeveer is gebeurd, is een op de zeven patiënten waarvoor is geregistreerd in elke praktijk geselecteerd.

Per patiënt is gecontroleerd of voor elke datum op de kaart in de huisartsadministratie een formulier is ingevuld. In totaal zijn 726 formulieren van 20 patiënten gecontroleerd. Van 13 patiënten bleek geen kaart meer in de praktijk aanwezig. Deze zijn verder niet betrokken bij het berekenen van de betrouwbaarheid. Voor 158 data (genoteerde afspraken) op de kaarten in de huisartsadministratie was geen formulier aanwezig op het Nivel. Dit betekent dat, over alle praktijken voor 83 % van de contacten met de huisarts in de laatste negen maanden een formulier is ontvangen. Dit percentage verschilt enigszins tussen de praktijken, de laagste score was 69 %, de hoogste 93 %. De percentages voor ontvangen formulieren van assistent-contacten zijn veel lager (zie tabel 1.3).

Tabel 1.3: Percentages ontvangen contactregistratieformulieren ten opzichte van het totale aantal contacten volgens de patiënt-kaart, per praktijk

praktijk	percentage ontvangen contactregistratieformulieren		
	alle contacten	contacten met:	
		arts	assistente
1	74	81	18
2	85	87	50
3	66	69	56
4	83	92	67
5	93	93	-- *
6	89	87	94
7	68	77	25
8	79	82	69
9	73	79	36

* = in praktijk 5 is geen assistente aanwezig

De gepresenteerde cijfers van contacten voor de betreffende negen maanden zullen zodanig worden gecorrigeerd met het gevonden percentage per praktijk.

1.4. Opzet rapportage

De opzet van dit rapport weerspiegelt het chronologisch verloop van psychische klachten, zoals dat door ons bestudeerd is.

We zijn begonnen met een selectie van twee cohorten patiënten, die psychisch respectievelijk psychosomatische klachten presenteerden. In hoofdstuk 2 worden deze twee cohorten geïntroduceerd: hun achtergrond- en persoonskenmerken en hun ziektegedrag passeren de revue; ook wordt een vergelijking met doorsnee

patiënten gemaakt.

Daarnaast gaan we nader in op de psychische problematiek die deze patiënten in deze eerste drie maanden waarin ze geselecteerd werden, naar voren brachten. In dit hoofdstuk zal de vraag met betrekking tot de samenhang van presentatie van de klacht en patiëntkenmerken worden beantwoord.

Hoofdstuk 3 betreft de beantwoording van de vragen over behandeling van psychisch gepresenteerde en somatische gepresenteerde klachten en over de invloed van patiëntkenmerken op de behandeling.

De vragen over het beloop van de klachten worden in hoofdstuk 4 beantwoord. Dit hoofdstuk handelt namelijk over het beloop van de klachten, de invloed van de behandeling op het beloop van deze klachten en de invloed van de diverse onderzochte factoren op het beloop.

Teneinde het rapport niet nodeloos dik te maken, worden rechte tellingen en vragenlijst-analyses deels in de bijlagen weergegeven.

2. KENMERKEN VAN RESPONDENTEN

2.1. Inleiding

Ter beantwoording van de vraag of patiënten die hun psychische klachten expliciet presenteren andere kenmerken (zie 1.2) hebben dan patiënten die die hun klachten niet expliciet presenteren, worden in dit hoofdstuk twee cohorten patiënten op enkele achtergrondkenmerken, attitudes en gerapporteerde klachten vergeleken.

Op basis van het soort contacten in de eerste periode zijn de patiënten ingedeeld. Het eerste cohort bestaat uit patiënten die in de eerste drie registratiemaanden minstens 1 expliciet psychische klacht hebben gepresenteerd. Onder psychische klachten verstaan we die psychische en sociale klachten die door de patiënt als psychisch gepresenteerd zijn (P of Z categorie van ICPC, bijvoorbeeld depressie, stress). Het tweede cohort bestaat uit patiënten die in deze periode alleen somatische klachten hebben gepresenteerd, die de huisarts minstens 1 maal als psychosociaal beoordeelde (psychosomatische klachten). Dit is afgeleid uit een score van 4 of 5 op de 5-puntsschaal 'puur somatisch - puur psychosociaal' waarmee de huisarts iedere klacht moest beoordelen, of uit de werkdiagnose zoals gesteld door de huisarts (eveneens weergegeven met behulp van de P of Z categorie van ICPC).

2.2. Achtergrond- en persoonskenmerken

In tabel 2.1 (zie volgende pagina) wordt aangegeven in hoeverre de verdeling naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat verschilt voor de twee cohorten.

De patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren blijken gemiddeld ouder te zijn en vaker gescheiden of verweduwd dan de patiënten die dat niet expliciet deden. Er is geen verschil in verdeling naar geslacht tussen de twee cohorten.

Om een idee te geven van de kenmerken van de patiënten in dit onderzoek zijn deze cijfers vergeleken met die van een doorsnee . Deze doorsnee groep wordt in ons geval gevormd door alle respondenten die in het kader van de Nationale Studie geïnterviewd zijn. Deze groep is een random selectie uit de aan de Nationale Studie deelnemende praktijken, met dien verstande dat iedere deelnemende huisarts hetzelfde aantal respondenten geleverd heeft. Respondenten uit kleine

praktijken zijn dus relatief oververtegenwoordigd. We hebben deze respondenten als 'controle-' gekozen omdat vergelijkbare gegevens van hen al voor handen zijn. Deze controle- heeft als voordeel dat gegevens uit enquêtes en van contactregistratieformulieren zowel gerelateerd kunnen worden aan het aantal spreekuurbezoekers gedurende een driemaands-periode als aan de totale groep geïnterviewden.

Vrouwen zijn in beide cohorten en in de groep spreekuurbezoekers oververtegenwoordigd. Ook andere onderzoekers concludeerden dat vrouwen vaker naar de huisarts gaan en meer psychische klachten presenteren (Lamberts en Hartman, 1982, Finlay-Jones en Burvill, 1978, Kessler e.a., 1979).

In vergelijking met doorsnee spreekuurbezoekers zijn in beide cohorten de jongste en oudste leeftijdscategorie ondervertegenwoordigd. Met name in het cohort waar psychosomatische klachten gepresenteerd werden, is de leeftijdscategorie 25-44 jaar sterk oververtegenwoordigd.

Deze afwijkende leeftijdsopbouw heeft mede tot gevolg dat het percentage gehuwden in beide cohorten hoger is dan in de twee controle-en en het percentage alleenstaanden (veelal jongeren) lager. Tenslotte tellen beide cohorten ten opzichte van de controle-en relatief veel gescheiden personen.

Tabel 2.1: Achtergrondkenmerken van de twee cohorten en de twee controleen

	Cohort 1	Cohort 2	N.S. ¹	N.S. ²
N:	397	411	4775	12735
Geslacht in %:				
man	43 ^d	38 ^{c,d}	43 ^{b,d}	50 ^{a,b,c}
vrouw	57	62	57	50
Leeftijd in %:				
16 tot 25	11	14	18	19
25 tot 45	49	58	43	45
45 tot 65	33	24	29	27
65 en ouder	7	4	10	9
gemiddelde leeftijd	42 ^{b,d}	38 ^{a,c,d}	42 ^{b,d}	41 ^{a,b,c}
Burgerlijke staat in %:				
gehuwd	64 ^{b,c,d}	67 ^{a,c,d}	56 ^{a,b,d}	52 ^{a,b,c}
gescheiden	9	7	4	3
verweduwd	7	3	6	4
alleenstaand	20	23	34	40

N.S.¹ = Nationale Studie; spreekuurbezoekers

N.S.² = Nationale Studie; totale praktijkpopulatie

Verskil (t-test en voor burgerlijke staat F-test, ANOVA) tussen cohorten is significant, $p < .05$:

- a) tussen eerste en betreffende kolom,
- b) tussen tweede en betreffende kolom,
- c) tussen derde en betreffende kolom,
- d) tussen vierde en betreffende kolom.

In de volgende tabel wordt getoond in hoeverre de twee cohorten van elkaar verschillen wat betreft de afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts en wat betreft de mate waarin zij de oorzaak van ziekte of gezondheid bij zichzelf, de huisarts of het toeval zoeken. Deze twee attitudelijsten worden respectievelijk de 'Nijmeegse Verwachtingen Lijst' en 'Health Locus of Control' genoemd. In bijlage 1 zijn deze vragenlijsten uitgewerkt.

De score op de 'Nijmeegse Verwachtingen Lijst', hier afhankelijkheid genoemd, kan uiteenlopen van 12 (zeer afhankelijk van de huisarts bij zelf te verhelpen aandoeningen) tot 60 (niet afhankelijk).

De 'Health Locus of Control', ofwel de beheersingsoriëntatie, bestaat uit drie deelschalen, een voor de mate van georiënteerdheid op jezelf ('intern'), een voor de mate van georiënteerdheid op de huisarts ('arts') en een voor de mate van georiënteerdheid op het toeval ('kans') voor het zoeken van de oorzaak van ziekte

of gezondheid. De score op elke deelschaal kan variëren van 6 (sterk georiënteerd op deze oorzaak) tot 30 (zwak georiënteerd).

Tabel 2.2: Gemiddelde score voor 'afhankelijkheid' en 'beheersingsoriëntatie' van de twee cohorten en van respondenten van de Nationale Studie (standaarddeviatie tussen haakjes)

	Cohort 1	Cohort 2	N.S ¹	N.S ²
N:	397	411	4775	12735
Afhankelijkheid	37.5 ^{b,c,d} (9.7)	39.9 ^{a,c,d} (9.4)	36.3 ^{a,b,d} (8.9)	37.1 ^{a,b,c} (8.8)
Beheersingsoriëntatie:				
intern	18.7 ^{c,d} (4.5)	18.4 ^{c,d} (4.3)	19.3 ^{a,b} (4.1)	19.2 ^{a,b} (4.1)
arts	21.5 ^d (4.4)	22.0 ^{c,d} (4.5)	20.9 ^{a,b,d} (4.4)	21.4 ^{b,c} (4.3)
toeval	20.3 ^{c,d} (4.2)	20.5 ^{c,d} (4.2)	19.9 ^{a,b,d} (4.1)	20.1 ^{a,b,c} (4.1)

N.S¹ = Nationale Studie; spreekuurbezoekers

N.S² = Nationale Studie; totale praktijkpopulatie

Verskil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$:

^a) tussen eerste en betreffende kolom,

^b) tussen tweede en betreffende kolom,

^c) tussen derde en betreffende kolom,

^d) tussen vierde en betreffende kolom.

De patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren (cohort 1) blijken afhankelijker van de huisarts te zijn dan de patiënten die deze klachten niet expliciteerden (cohort 2). De patiënten van cohort 2 zijn ook onafhankelijker van de huisarts in vergelijking met de respondenten van de Nationale Studie.

De cohorten verschillen niet van elkaar als we kijken naar de mate waarin zij georiënteerd zijn op zichzelf, de huisarts of het toeval voor het zoeken van een oorzaak van ziekte of gezondheid. Ten opzichte van de respondenten van de Nationale Studie zijn beide cohorten minder sterk georiënteerd op deze drie dimensies.

Huisartsbezoekers in de steekproef van de Nationale Studie blijken afhankelijker van

de huisarts te zijn dan de doorsnee groep respondenten. Huisartsbezoekers zijn bovendien meer op de huisarts en op het toeval georiënteerd voor het zoeken van een oorzaak voor ziekte of gezondheid, dan de doorsnee.

2.3. Klachten

Uit de tweede paragraaf van dit hoofdstuk bleek dat de twee cohorten van elkaar verschillen ten aanzien van leeftijd, burgerlijke staat en afhankelijkheid. In deze paragraaf gaan we na in hoeverre deze cohorten van elkaar (en van de controle-en) verschillen waar het hun klachten betreft. Hiertoe staan ons verschillende maten ter beschikking.

De General Health Questionnaire (GHQ) is een vragenlijst bedoeld om psychiatrische 'cases' op te sporen. Een score van 0 tot en met 4 op de GHQ houdt in dat de kans op psychiatrische problematiek klein (of afwezig) is, men is geen 'psychiatrisch geval', geen 'GHQ-case'. Een score van 5 of hoger betekent dat de kans op psychiatrische problematiek groot is, men is een 'GHQ-case'. Deze drempelwaarde tussen 4 en 5 wordt algemeen gehanteerd in onderzoek (Goldberg, 1972).

Met behulp van de Biografische Problemen Lijst is geïnventariseerd op welke terreinen (relationeel, materieel, financieel, huisvesting, verslaving, in totaal worden 22 probleemgebieden geïnventariseerd) de patiënten het afgelopen jaar problemen ondervonden hebben. De score op deze lijst geeft een indicatie van de 'last' die de patiënten de afgelopen periode te dragen hebben gehad (Hosman, 1983).

Uit de contactregistratie in de eerste periode kan voorts afgeleid worden hoe vaak en met welke klachten de patiënten uit beide cohorten de huisarts hebben bezocht.

Deze indicatoren (tabel 2.3) geven een beeld van de draaglast (Biopro), de kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ) en het daaruit resulterende ziektegedrag (klachten) van de patiënten uit beide cohorten, zonder daarbij al in te gaan op het psychische of psychosomatische probleem, dat de aanleiding van selectie in het betreffende cohort vormde. De feitelijke klachten komen daarna aan de orde. De hier gepresenteerde gegevens zijn verzameld tijdens de eerste enquête.

Tabel 2.3: GHQ en Biopro-scores en gemiddelde contactfrequentie in de eerste periode

	Cohort 1	Cohort 2	N.S ¹	N.S ²
N:	397	411	4775	12735
GHQ-scores in %:				
0	28	40	55	60
1-4	27	28	29	28
5-10	16	15	10	8
11-30	29	17	6	4
gemiddelde score	7.3 ^{b,c,d}	4.6 ^{a,c,d}	2.7 ^{a,b,d}	2.1 ^{a,b,c}
standaard deviatie	8.6	6.7	4.1	4.0
Biopro - scores: % patiënten met				
geen problemen	17	23	45	48
1 tot 4 problemen	46	49	45	44
5 tot 7 problemen	19	20	7	6
8 of meer problemen	18	8	3	2
gemiddeld aantal problemen	4.0 ^{b,c,d}	3.0 ^{a,c,d}	1.6 ^{a,b}	1.4 ^{a,b}
standaard deviatie	3.8	3.0	2.3	2.1
Gemiddelde contactfrequentie in eerste periode	2.6 ^{b,c}	2.1 ^{a,c}	1.7 ^{a,b}	nvt

N.S¹ = Nationale Studie; spreekuurbezoekers

N.S² = Nationale Studie; totale praktijkpopulatie

Verskil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$:

^a) tussen eerste en betreffende kolom,

^b) tussen tweede en betreffende kolom,

^c) tussen derde en betreffende kolom,

^d) tussen vierde en betreffende kolom.

De patiënten uit het eerste cohort blijken op meer terreinen problemen te ervaren (Biopro) en gaan gemiddeld vaker naar de huisarts dan patiënten uit het tweede cohort. De patiënten die hun psychische problematiek expliciet als zodanig presenteren (eerste cohort) blijken een vaker een groter kans op psychiatrische problematiek volgens de GHQ te hebben dan patiënten uit het andere cohort.

Patiënten uit beide cohorten verschillen echter veel sterker van de doorsnee en Patiënten die psychische of psychosomatische klachten presenteren hebben vaker problemen gemeld en op meer verschillende terreinen dan de gemiddelde huisartsbezoeker. De kans op psychiatrische problematiek bij patiënten uit di

onderzoek is ook vaker groot dan bij gemiddelde huisartsbezoekers. Tevens hebben ze de huisarts frequenter bezocht in de periode van selectie.

Presenteren de twee cohorten ook verschillende klachten bij de huisarts? In tabel 2.4 wordt getoond hoeveel patiënten in elke cohort welk type klachten hebben gepresenteerd tijdens de eerste periode. De indeling van de klachten bestaat uit de 17 categorieën (hoofdstukken) van de ICPC.

Tabel 2.4: Percentages patiënten per cohort dat klachten van elk type presenteerde tijdens de eerste periode

	Cohort 1	Cohort 2
Algemeen, niet gespecificeerd	30.0	31.9
Bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel, milt	2.0	2.4
Maagdarmkanaal	18.9	26.8*
Oog	5.5	6.8
Oor	4.3	7.1
Hart- en vaatstelsel	17.6	15.8
Bewegingsapparaat	34.8	46.7*
Zenuwstelsel	15.4	26.3*
Psyche	72.5	0.0*
Ademhalingsorganen	19.6	21.7
Huid / onderhuidweefsel	15.1	16.3
Endocriene klieren, metabolisme en voeding	5.0	7.8
Urinewegen	3.3	5.4
Zwangerschap, bevalling, kraambed, anticonceptie	7.6	12.2*
Vrouwelijke geslachtsorganen en mamma	9.1	11.2
Mannelijke geslachtsorganen en mamma	2.3	1.7
Sociale problemen	45.3	0.0*

* = verschil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$

De afwezigheid van psychische en sociale klachten in het tweede cohort weer spiegelt de procedure volgens welke de twee cohorten zijn samengesteld. In dit cohort treffen we daarentegen meer klachten over het maagdarmkanaal, bewegingsapparaat, zenuwstelsel en over zwangerschap. Het gaat dan onder andere om klachten die typisch in de 'psychosomatische' hoek zitten als maagklachten, lage rugpijn, nek en schouderklachten en hoofdpijn. Patiënten uit het tweede cohort presenteren vaker klachten over zwangerschap omdat vrouwen en 25 tot 45 jarigen in deze groep oververtegenwoordigd zijn. Berekenen we bovenstaande tabel voor de vrouwen van 25 tot 45 jaar uit beide cohorten dan valt het verschil in klachten met betrekking tot zwangerschap weg.

We willen nu dieper ingaan op de bij de huisarts gepresenteerde klachten in de eerste periode. Zoals we in het eerste hoofdstuk betoogden kan een gepresenteerd psychisch probleem of een verdenking op een psychische achtergrond door de huisarts een probleem van oppervlakkige, c.q. voorbijgaande aard zijn, maar ook meer serieuze problematiek betreffen. Daarom differentiëren we tussen patiënten uit beide cohorten met een hoge dan wel een lage GHQ-score. Volgens de GHQ score zou 45% van de patiënten uit cohort 1 en 32 % van de patiënten uit cohort 2 een grote kans hebben om in een klinisch psychiatrisch interview als 'psychiatrisch geval' (GHQ+) aangemerkt te worden. We zullen in onze studie van het verloop van de klachten van de onderzochte cohorten dit onderscheid naar score op de GHQ vol blijven houden.

In tabel 2.5 is te zien welke klachten (en hoeveel) beide cohorten, en nu verder uitgesplitst naar hun score op de GHQ, presenteerden tijdens de eerste registratieperiode.

Tabel 2.5: Klachtpresentatie per cohort naar ernst van de problematiek in de eerste periode

	Cohort 1		Cohort 2	
	GHQ-	GHQ+	GHQ-	GHQ+
N:	216	175	279	130
Aantal per 100 patiënten:				
contacten	242	293	211*	217*
klachten	322	371	267*	254*
psychische klachten	152	181	---	---
psychosomatische klachten	34	61	120*	132*
somatische klachten	136	130	147	122
% patiënten met minimaal 1:				
psychische klacht	100	100	---	---
psychosomatische klacht	26	36	100*	100*
somatische klacht	66	57	69	57

* = verschil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$

Het totale aantal patiënten per cohort wijkt af van de aantallen in de vorige tabellen omdat een klein aantal patiënten de GHQ gedeeltelijk of helemaal niet heeft ingevuld.

Uit deze tabel blijkt dat, ongeacht de GHQ-score, patiënten uit het eerste cohort vaker naar de huisarts komen en meer klachten presenteren dan patiënten uit het tweede cohort.

In deze eerste periode zijn beide cohorten niet in alle opzichten zinnig met elkaar

te vergelijken. Cohort 2 presenteerde in deze periode per definitie geen psychische klachten; iedere patiënt uit dit cohort heeft daarentegen minstens éénmaal een psychosomatische klacht gepresenteerd, zodat ze in dit opzicht bijna per definitie hoger scoren dan patiënten uit cohort 1.

Er zou sprake kunnen zijn van een seizoen-effect in de data omdat in 3 praktijken is geregistreerd van 1 oktober 1987 tot 30 september 1988, en in 6 andere praktijken van 1 januari 1988 tot 31 december 1988. Om dit seizoen-effect te toetsen is bovenstaande tabel voor beide soorten praktijken berekend en zijn verschillen tussen de soorten praktijken geanalyseerd. Deze verschillen bleken niet groot te zijn¹, daarom worden alle praktijken verder samen genomen.

We hebben met behulp van variantie-analyse onderzocht in hoeverre de indeling in cohorten, de kans op psychiatrische problematiek, en geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, draaglast, afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts en beheersingsoriëntatie een invloed hebben op het aantal contacten en gepresenteerde klachten per cohort. Kijken we naar tabel 2.6 op de volgende pagina, waarin gemiddeldes per categorie van elke variabele worden getoond. In deze tabel wordt tevens aangegeven of de verschillende categorieën per betreffende variabele een verschillend consumptiepatroon vertonen (dus: verschillen in aantal contacten, klachten etc.). Deze verschillen zijn berekend met behulp van variantie-analyse. Interactie-effecten tussen de variabelen worden niet getoond omdat deze hoogst zelden aanwezig zijn. Indien deze effecten wel aanwezig zijn, worden ze in de tekst vermeld.

Het cohorteffect komt in iedere analyse naar voren: zoals reeds met het blote oog zichtbaar was in tabel 2.5 is het aantal contacten en het aantal klachten dat men naar voren brengt in het eerste cohort hoger dan in het tweede. Zoals hierboven al gesteld, berust het cohorteffect met betrekking tot het presenteren van psychische en psychosomatische klachten in de eerste periode op een artefact: het weerspiegelt de gevolgde selectieprocedure. Patiënten uit beide cohorten hebben even vaak puur somatische klachten gepresenteerd.

Met betrekking tot het aantal contacten dat de patiënten met de huisarts hebben gehad zijn enkele interacties aanwezig. Patiënten die hoog scoren op de GHQ en die in het eerste cohort zijn ingedeeld (en dus psychische klachten expliciet geuit hebben) zijn duidelijk vaker naar de huisarts gegaan in deze eerste drie maanden dan patiënten die niet hoog scoren op de GHQ uit het eerste cohort en alle patiënten uit het tweede cohort. Verder zien we op grond van deze analyses dat het aantal klachten dat een patiënt in de eerste periode naar voren heeft gebracht ook afhankelijk is van leeftijd, geslacht, de draaglast (score op de Biopro), de kans op ernstige psychiatrische problematiek (score op de GHQ), de grotere afhankelijkheid

die men ten opzichte van de huisarts heeft en een minder sterke intern gericht beheersingsoriëntatie.

Oudere patiënten, patiënten met een grotere draaglast (Biopro) en die minder sterk intern gericht zijn (beheersingsoriëntatie) presenteren vaker expliciet psychisch klachten.

Het aantal psychosomatische klachten is, behalve van lidmaatschap van cohort ; afhankelijk van geslacht (vrouwen presenteren deze klachten meer dan mannen burgerlijke staat (verweduwen presenteren meer van dit soort klachten) en kan op ernstige psychiatrische problemen (patiënten met een hogere score op de GHC dus met een grotere kans op ernstige psychiatrische problematiek presenteren meer psychosomatische klachten).

Tabel 2.6: Gemiddeld aantal contacten en klachten naar cohort, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, draaglast (Biopro), score op de GHQ, afhankelijkheid, interne beheersingsoriëntatie

	Contacten	Klachten	Per type klacht:		
			psychisch	psycho-somatisch	somatisch
Cohort:					
1	2.64*	3.44*	1.65*	0.46*	1.33
2	2.13	2.63	--	1.24	1.39
Geslacht:					
man	2.37	2.87*	0.86	0.75*	1.26*
vrouw	2.39	3.13	0.78	0.93	1.42
Leeftijd:					
16 - 24 jaar	2.24*	2.75*	0.72*	0.90	1.13*
25 - 44 jaar	2.32	2.90	0.76	0.89	1.25
45 - 64 jaar	2.45	3.20	0.89	0.76	1.55
65 en ouder	2.91	2.98	1.09	0.91	1.98
Burgerlijke staat:					
gehuwd	2.37	3.02	0.77	0.88*	1.37
gescheiden	2.28	2.98	0.88	0.69	1.42
verweduwd	2.74	3.53	1.13	0.50	1.90
alleenstaand	2.36	2.93	0.82	0.93	1.18
Biopro-score:					
0	2.05	2.59*	0.57*	0.83	1.19
1 - 4	2.33	2.98	0.73	0.85	1.40
5 - 7	2.57	3.20	0.97	1.01	1.23
8 en hoger	2.40	3.15	1.09	0.72	1.34
GHQ-score:					
0	2.16*	2.75*	0.59*	0.84*	1.32
1 - 4	2.35	3.12	0.75	0.82	1.55
5 - 10	2.61	3.16	1.02	0.94	1.20
11 en hoger	2.61	3.25	1.06	0.88	1.31
Afhankelijkheid:					
veel	2.56*	3.29*	0.90	0.87	1.52*
weinig	2.26	2.84	0.78	0.85	1.22
Interne beheersingsoriëntatie:					
sterk	2.31	2.93*	0.75*	0.84	1.34
zwak	2.56	3.26	0.95	0.91	1.40

* = F (ANOVA) is significant, $p < .05$

2.4. Vergelijking met een doorsnee groep

Om na te gaan of de geconstateerde bezoekcijfers voor de twee cohorten van een niveau zijn dat bij een doorsnee patiënten gebruikelijk is, moeten we deze gegevens vergelijken met zo'n 'doorsnee'. Zoals gezegd heeft deze doorsnee al voordeel dat de contactfrequentiegegevens zowel gerelateerd kunnen worden aan het aantal spreekuurbezoekers gedurende een driemaands-periode als aan de totale groep geïnterviewden. Dit onderscheid is van belang omdat voor de eerste periode ons bestand vergeleken moet worden met patiënten die minstens eenmaal op een huisartsspreekuur zijn geweest (om geselecteerd te kunnen worden moest men immers op een spreekuur geweest zijn in die periode) terwijl voor de drie andere perioden de vergelijking met een populatie die niet noodzakelijkerwijs het spreekuur heeft bezocht, zuiverder is. Deze tweede vergelijking zal in het vierde hoofdstuk aan de orde komen.

Onze gegevens met betrekking tot de eerste periode (waarbij iedere patiënt per definitie op het spreekuur was geweest, zie tabel 2.5) kunnen we vergelijken met onderstaande tabel.

Tabel 2.7: Klachtenaanbod per 100 spreekuurbezoekers

	Cohort 1		Cohort 2		N.S
	GHQ-	GHQ+	GHQ-	GHQ+	
aantal per 100 spreekuurbezoekers:					
alle klachten	322	371	267	254	208
psychische klachten	152	181	---	---	14
psychosomatische klachten	34	61	120	132	43
somatische klachten	136	130	147	122	150
% spreekuurbezoekers met minimaal één:					
psychische klacht	100	100	---	---	10
psychosomatische klacht	34	36	100	100	30
somatische klacht	66	57	69	57	84

Gezien de gevolgde selectie procedure is een vergelijking met betrekking tot het presenteren van expliciet psychische problemen voor deze periode zinloos, omdat in cohort 1 per definitie iedereen en in cohort 2 per definitie niemand problemen op die wijze heeft gepresenteerd.

Evenzo kan cohort 2 niet zinvol vergeleken worden op de hoeveelheid psychosomatische problematiek, die daar immers bij iedereen aanwezig was.

Waar vergelijking wel mogelijk is, constateren we het volgende. Alle patiënten die expliciet psychische klachten presenteerden hebben veel meer klachten in de eerste periode geuit dan een doorsnee patiënt. Dit werd extra versterkt wanneer er sprake was van een grote kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ+). Psychosomatische klachten zijn meer geuit door patiënten met een groter kans op ernstige psychiatrische problematiek dan door doorsnee patiënten, patiënten met een kleine kans op ernstige psychiatrische problematiek zijn daar wel mee vergelijkbaar. Puur somatische klachten worden minder vaak door patiënten uit het eerste cohort gepresenteerd dan in de vergelijkingsgroep.

Patiënten uit het tweede cohort hebben minder klachten geuit dan patiënten uit het eerste cohort, maar tonen een hogere medische consumptie (presenteren meer klachten, hebben meer contacten) dan de doorsnee patiënten. Met betrekking tot het presenteren van puur somatische klachten blijft ook het gehele tweede cohort onder het niveau van de doorsnee patiënten.

De leeftijds- en geslachtsopbouw van de vergelijkingsgroep wijkt af van die van de twee cohorten uit de Beloop Studie. De hierboven weergegeven conclusies blijven echter hetzelfde wanneer men de afzonderlijke leeftijds- en geslachts-categorieën bestudeert: psychosomatiek in cohort 1 is wat lager bij de patiënten met een kleine kans op ernstige psychiatrische problematiek en wat hoger bij patiënten met een grote kans op ernstige psychiatrische problematiek (vooral bij vrouwen tot 45 jaar). In de doorsnee groep worden meer puur somatische klachten gepresenteerd in alle categorieën.

2.5. Conclusie

De bij de Beloop Studie betrokken patiënten die met psychische problemen, al dan niet verhuld, hun huisarts bezoeken, onderscheiden zich in een aantal opzichten van de gemiddelde patiënt. Ze vallen relatief vaak in de groep 25-45 jarigen, zijn - daarom - vaker gehuwd, hoewel het percentage gescheidenen relatief ook hoger dan normaal ligt, en ze hebben gewoonweg meer problemen dan een doorsnee respondent.

De patiënten van deze studie blijkt vaker naar de huisarts te komen en meer klachten te presenteren. Gezien de problematiek die zij presenteren (daarop zijn ze tenslotte geselecteerd) is dat niet verwonderlijk.

Verder is in dit hoofdstuk getracht een antwoord te geven op de vraag in hoeverre patiëntkenmerken de presentatie van een psychische klacht (namelijk als expliciet psychisch of als psychosomatisch) beïnvloeden. De volgende kenmerken kwamen daarbij aan de orde: demografische kenmerken, beheersingsoriëntatie,

afhankelijkheid en draaglast.

Patiënten die psychische klachten expliciet als zodanig presenteren bleken gemiddeld ouder te zijn en vaker gescheiden of verweduwd. Zij stelden zich afhankelijker opzichte van de huisarts op voor wat betreft alledaagse klachten. Bovendien bleek dat de draaglast van deze patiënten (die psychische klachten expliciet presenteren) groter was. Ten aanzien van de beheersingsoriëntatie zijn geen verschillen gevonden tussen patiënten die psychische klachten al dan niet expliciteren.

Samengevat betekent dit dat mensen die psychische klachten expliciet presenteren gemiddeld ouder zijn, meer problemen hebben en zich afhankelijker opstellen ten opzichte van huisarts dan mensen die psychische klachten niet expliciet presenteren volgens de huisarts.

In een aantal opzichten sluiten de resultaten aan bij hetgeen uit ander onderzoek bekend is: patiënten die op een of andere manier psychische problemen hebben laten in het algemeen een hogere medische consumptie zien (vgl. Eastwood en Trevelejan, 1972, Grol e.a, 1981, Lamberts, 1975, Lamberts en Hartman, 1982). Gescheidenen en vrouwen worden relatief vaker aangetroffen in de onderzoekscohorten van patiënten die psychische problemen hebben. De draaglast van deze patiënten is groter dan de draaglast die in doorsnee populaties wordt gemeten. De kans op ernstige psychiatrische problematiek is in onze onderzoekscohorten beduidend hoger dan in doorsnee en, hetgeen gezien de aard van de instrument te verwachten was.

Onze verwachtingen over de patiëntkarakteristieken die een onderscheid zouden kunnen maken tussen patiënten die hun psychische klachten al dan niet expliciet presenteren, zijn daarentegen in een aantal opzichten niet bevestigd. Degenen die psychische klachten niet expliciteren zijn juist jonger, tonen zich onafhankelijker van de huisarts, en verkeren, naar draaglast en GHQ-score gezien, in een minder problematische situatie dan de mensen die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren.

3. BEHANDELING DOOR DE HUISARTS GEDURENDE EEN JAAR

3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk willen we onderzoeken hoe de behandeling van klachten gedurende het registratiejaar is geweest en in hoeverre de behandeling door de geselecteerde patiëntkenmerken wordt beïnvloed. Daartoe is per type klacht, per cohort en uitgesplitst naar de mate van psychiatrische problematiek, berekend hoeveel procent van de patiënten een bepaalde behandeling heeft gehad en hoe lang hun consulten gemiddeld duurden. Ook is gekeken of de eerder genoemde achtergrond-, persoonskenmerken en attitudes een effect hebben op de behandeling. Drie aspecten van de behandeling van psychische klachten worden in beschouwing genomen: gespreksvoering, verwijzing naar AMW of AGGZ, en consultatie van een GGZ-specialist.

Op het contactregistratieformulier (bijlage 2.2) hebben de huisartsen kunnen invullen welke behandelingen zij gedurende het consult hebben uitgevoerd. Per consult kunnen meerdere behandelingen zijn uitgevoerd. Als zij, passief of actief, een gesprek met de patiënt hebben gevoerd tijdens het consult werd dit genoteerd onder punt 4 op het formulier. Als de huisarts de patiënt heeft verwezen naar de GGZ, het AMW of de afdeling psychiatrie van een ziekenhuis of polikliniek, werd dit genoteerd in rubriek 6. Op de zelfde wijze kon worden ingevuld of er naar aanleiding van het consult overleg is gevoerd met deze instellingen.

De volgende paragraaf van dit hoofdstuk geeft de behandeling van klachten over het gehele jaar weer. Daarna wordt een overzicht gegeven van de behandelingen per periode. Tenslotte wordt weergegeven welke variabelen samenhangen met een bepaalde behandeling.

3.2. Behandeling door de huisarts gedurende een jaar

In deze paragraaf komt aan de orde hoe de huisarts de klachten gedurende het gehele registratiejaar heeft behandeld. Om te zien hoe de huisarts de verschillende soorten klachten in het algemeen behandelt worden in onderstaande tabel de door ons onderscheidde behandelingen per klachtsoort getoond, en hoe lang de consulten van de verschillende klachtsoorten gemiddeld duurden.

Tabel 3.1: Behandeling per klachtsoort:
behandeling van patiënten met verschillende soorten klachten

Klachten:	Psychisch	Psychosomatisch	Somatisch	Alle
N:	484	590	704	808
% patiënten met minimaal 1:				
gesprek	79 ^{b,c}	57 ^{a,c}	34 ^{a,b}	79
verwijzing	12 ^{b,c}	3 ^{a,c}	0 ^{a,b}	9
overleg	6 ^{b,c}	0 ^a	0 ^a	4
gemiddelde duur (in minuten)	12 ^{b,c}	10 ^{a,c}	9 ^{a,b}	10

verschil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$:

- ^a) tussen eerste en betreffende kolom,
- ^b) tussen tweede en betreffende kolom,
- ^c) tussen derde en betreffende kolom,
- ^d) tussen vierde en betreffende kolom.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat met veel patiënten wordt gepraat wanneer zij expliciet psychische klachten uiten; een aantal patiënten wordt hiervoor verwezen. Minder gesprekken worden gevoerd voor psychosomatische klachten en voor twee derde van de somatische klachten worden geen gesprekken gevoerd. Verwijzingen naar de GGZ komen voor (psycho-)somatische klachten zelden voor. De consulten voor somatische klachten duren gemiddeld korter dan consulten voor psychische (psychosomatische klachten).

Een meer relevante vraag is welke behandelingen de twee cohorten (cohort 1: patiënten die hun psychische klachten expliciet hebben gepresenteerd; cohort 2: patiënten die hun psychische klachten als somatisch hebben gepresenteerd) hebben gehad. Dit wordt in de volgende tabel getoond.

Tabel 3.2: Behandeling per klachtsoort per cohort

Klachten: Cohorten:	Psychisch		Psychosomatisch		Somatisch		Alle	
	1	2	1	2	1	2	1	2
N:	397	87	179	411	338	366	397	411
% patiënten met minimaal 1:								
gesprek	80	76	61	55	33	35	87	71*
verwijzing	13	9	3	3	–	1	13	5*
overleg	7	1*	1	0	0	0	7	1*
gemiddelde duur (in minuten)	12	12	11	10	9	9	11	9*

* = verschil (t-test) tussen cohorten is significant, $p < .05$

Nemen we alle klachten samen over het gehele registratiejaar dan blijken patiënten die hun psychische klachten expliciet hebben geuit in de eerste drie maanden vaker en langer behandeld te worden dan patiënten die hun psychische klachten vertaalden in somatiek. Dit wordt echter grotendeels veroorzaakt door het feit dat in cohort 1 relatief veel meer expliciet psychische klachten aan de orde zijn, die op de meeste behandeling kunnen rekenen. Splitsen we de behandeling per cohort uit naar de soorten klachten dan verdwijnen deze verschillen tussen de cohorten voor het grootste gedeelte.

Er zijn grote verschillen tussen de behandeling van expliciet psychische en psychosomatische klachten. Tussen de cohorten patiënten zien we echter weinig verschillen qua behandeling. Het maakt dus niet zoveel uit of men al bij de arts bekend is met uitgesproken psychische dan wel psychosomatische klachten. Wanneer men een volgende keer psychosomatische respectievelijk psychische klachten presenteert krijgt men de behandeling die bij die klachten gebruikelijk is.

Overigens zien we aan tabel 3.2 dat 87 patiënten uit het tweede cohort na de eerste drie maanden van registratie wél expliciet psychische klachten hebben gepresenteerd (en 179 patiënten uit het eerste cohort hebben ook psychische klachten in somatische termen gepresenteerd). In hoofdstuk 4 wordt verder op de presentatie van klachten in het gehele registratie-jaar in gegaan, hier beperken we ons tot de behandeling van de klachten.

De volgende uitsplitsing die wordt gemaakt is naar de mate van psychiatrische problematiek binnen elk cohort. Per cohort wordt de behandeling van klachten van patiënten die volgens de GHQ een kleine kans op ernstige psychiatrische problematiek hebben (score 0 tot 4, GHQ-) en van patiënten die volgens de GHQ een grote kans op ernstige psychiatrische problematiek hebben (score 5 of hoger,

GHQ+) getoond.

Tabel 3.3: Behandeling per klachtsoort per cohort naar kans op psychiatrisch problematiek

Klachten: GHQ:	Psychisch		Psychosomatisch		Somatisch		Alle	
	-	+	-	+	-	+	-	+
Cohort 1								
N:	216	175	84	93	186	146	216	175
% patiënten met minimaal 1:								
gesprek	76	85*	55	68	34	32	84	91*
verwijzing	10	16	2	3	--	--	11	17
overleg	5	10	1	--	1	--	5	10
gemiddelde duur								
(in minuten)	11	13*	10	11	9	9	10	11*
Cohort 2								
N:	46	41	279	130	250	114	279	130
% patiënten met minimaal 1:								
gesprek	76	76	53	61	34	37	69	74
verwijzing	13	5	3	5	1	--	5	5
overleg	2	--	0	--	--	1	1	1
gemiddelde duur								
(in minuten)	12	12	10	10	9	9	9	10

* = verschil (t-test) tussen GHQ- en GHQ+ is significant, $p < .05$

Een belangrijk resultaat is dat patiënten die hun psychische klachten wel expliciet uiten intensiever behandeld blijken te worden naarmate de kans op psychiatrische problematiek groter is, speciaal voor psychische klachten. Voor patiënten uit het tweede cohort, patiënten die hun psychische problematiek niet al zodanig presenteren, zijn geen enkele verschillen naar mate van psychiatrische problematiek aan te geven.

3.3. Behandeling naar kans op psychiatrische problematiek per periode

In deze paragraaf wordt de behandeling van klachten van patiënten per cohort per periode vergeleken.

In tabel 3.4 wordt de behandeling van psychische klachten per periode getoond.

Tabel 3.4: Behandeling van klachten per cohort per periode: psychische klachten

Periode	1			2			3			4		
	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen
Cohort 1, N:	216	175	397	44	61	108	37	46	84	27	39	69
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	70	72	74	77	72	75	62	70	67	67	67	68
verwijzing	7	10	9	7	13	10	5	11	7	11	5	7
overleg	3	5	4	5	10	7	3	9	4	7	3	4
gemiddelde duur	11	13	12	10	12	12	12	12	12	10	14	13
Cohort 2, N:	---	---	---	20	24	44	18	17	35	18	20	38
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	---	---	---	85	67	75	56	77	66	78	65	71
verwijzing	---	---	---	15	---	7	6	12	9	17	---	8
overleg	---	---	---	5	---	2	---	---	---	---	---	---
gemiddelde duur	---	---	---	13	10	12	11	12	12	13	14	13

In elke periode van drie maanden hebben de meeste patiënten gesprekken gevoerd voor deze klachten en een enkele keer wordt er verwezen naar een GGZ-instelling of overleg gevoerd met deze instellingen naar aanleiding van de klachten. De consulten voor psychische klachten duren gemiddeld minstens 10 minuten.

De behandeling van psychische klachten voor elke periode blijkt nauwelijks te verschillen tussen de cohorten.

De behandeling van psychosomatische klachten per cohort wordt in de volgende tabel getoond.

Tabel 3.5: Behandeling van klachten per cohort per periode: psychosomatisch klachten

Periode	1			2			3			4		
	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen
Cohort 1, N:	57	63	122	25	35	61	28	30	58	14	25	40
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	51	54	52	60	66	62	39	50	45	29	56	45
verwijzing	2	2	2	---	---	---	---	7	3	7	---	3
overleg	---	---	---	---	---	---	---	---	---	7	---	3
gemiddelde duur	10	11	11	11	10	11	11	11	11	12	10	11
Cohort 2, N:	279	130	411	41	20	62	35	25	61	34	17	51
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	45	51	47	54	75	60	54	56	54	68*	65	67*
verwijzing	1	2	1	5	---	3	6	4	5	3*	6	4
overleg	7	---	---	---	---	---	3	---	2	---	---	---
gemiddelde duur	10	9*	10	11	11	11	11	12	11	11	10	11

* = verschil tussen cohorten, per periode, (t-test) is significant, $p < .05$

De behandeling van psychosomatische klachten verschilt, in tegenstelling tot in de eerste periode en gedurende het gehele jaar, wel tussen de cohorten in de vierde periode. In de vierde periode zijn met meer patiënten uit het tweede dan uit het eerste cohort gesprekken gevoerd voor psychosomatische klachten. De overige verschillen betreffen steeds enkele patiënten.

Hoe somatische klachten van de twee cohorten patiënten zijn behandeld wordt in tabel 3.6 getoond.

Tabel 3.6: Behandeling van klachten per cohort per periode: somatische klachten

Periode	1			2			3			4		
	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen	GHQ-	GHQ+	Allen
Cohort 1, N:	143	99	247	99	79	182	78	74	155	79	66	150
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	19	19	19	15	25	19	28	19	25	22	27	23
verwijzing	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
overleg	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
gemiddelde duur	10	10	10	8	9	9	8	8	8	8	9	8
Cohort 2, N:	191	74	266	121	63	186	129	51	182	124	63	188
% patiënten met minimaal 1:												
gesprek	24	26	24	29*	27	28*	19	29	22	23	27	24
verwijzing	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
overleg	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
gemiddelde duur	9	9	9*	9	8	8	8	9	9	8	9	8

* = verschil tussen cohorten, per periode, (t-test) is significant, $p < .05$

Gesprekken voor somatische klachten worden in elke periode met ongeveer 1 op de 4 patiënten gevoerd. Zoals verwacht komen verwijzingen naar en het voeren van overleg met GGZ-instellingen niet voor bij somatische klachten. De consulten voor deze klachten duren gemiddeld korter dan 10 minuten.

Voor somatische klachten verschilt de behandeling tussen de cohorten patiënten alleen in de tweede periode. In deze periode is met meer patiënten uit het tweede dan uit het eerste cohort minimaal 1 gesprek gevoerd voor somatische klachten.

We kunnen concluderen dat de verschillen tussen de cohorten in behandeling per klachtsoort ook per periode niet groot zijn.

Vergelijken we per cohort en per soort klachten de patiënten met meer en minder kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ- en GHQ+) per periode dan geldt over het algemeen dat patiënten met een grotere kans op ernstige psychiatrische problematiek intensiever zijn behandeld dan patiënten met een kleinere

kans op ernstige psychiatrische problemen. Dit geldt voor patiënten uit het eerste cohort in sterkere mate dan voor patiënten uit het tweede cohort. Zo blijkt bijvoorbeeld dat patiënten met een grotere kans op ernstige psychiatrische problematiek uit het eerste cohort vaker gesprekken hebben gevoerd in de eerste, tweede en vierde periode voor psychische klachten dan patiënten met een kleinere kans op ernstige psychiatrische problematiek. In deze periodes duurden de consulten voor deze klachten van patiënten met een grotere kans op ernstige psychiatrische problemen gemiddeld langer dan consulten van patiënten met een kleinere kans op ernstige psychiatrische problemen uit het eerste cohort.

3.4. Behandeling in relatie tot patiëntkenmerken

Om te kunnen bepalen welke patiëntkenmerken samenhangen met het type behandeling dat de patiënten gekregen hebben zijn variantie-analyses gedaan. Deze analyses betroffen het voeren van gesprekken, het verwijzen en de gemiddeld duur van het consult voor die gevallen waar expliciet psychische en psychosomatische klachten in het geding waren. Deze analyses zijn niet uitgevoerd voor het voeren van overleg omdat het aantal patiënten waarvoor dit gebeurt is, heel klein is. Ook zijn geen analyses uitgevoerd voor behandelingen van somatische klachten. Dat zou buiten het kader van dit onderzoek vallen.

Bij deze analyses zijn, naast de eerder genoemde achtergrond-, persoonskenmerken en attitudes, variabelen betrokken die aangeven of de patiënten bepaalde klachten hebben gepresenteerd. Bij de variantie-analyses voor het voeren van een gesprek voor psychische klachten bijvoorbeeld, is ook betrokken of de patiënt psychosomatische of somatische klachten hebben gepresenteerd. Bij welke analyses welke variabelen zijn betrokken is steeds terug te vinden in de tabel.

In onderstaande tabel wordt het gemiddeld aantal gevoerde gesprekken, het gemiddeld aantal verwijzingen en de gemiddelde duur van consulten gedurende het gehele registratiejaar per categorie van elke onafhankelijke variabele getoond. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen interventies bij psychische en psychosomatische klachten. Interacties tussen variabelen worden niet getoond omdat deze niet aanwezig waren.

Tabel 3.7: Percentage patiënten dat gedurende het registratie-jaar is behandeld voor psychische of psychosomatische klachten met een gesprek of is verwezen en de gemiddelde duur van de contacten naar cohort, geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, draaglast (Biopro), kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ), afhankelijkheid van de huisarts, interne beheersingsoriëntatie en presentatie van psychische, psychosomatische en somatische klachten

	behandeling van psychische klachten			behandeling van psychosomatische klachten		
	percentage patiënten: gesprek	percentage patiënten: verwijzing	gemiddelde duur	percentage patiënten: gesprek	percentage patiënten: verwijzing	gemiddelde duur
Cohort:						
1	80	13	11.6	61	3	10.6
2	76	9	12.3	55	3	9.7
Geslacht:						
man	77	7	11.6	53	2	9.8
vrouw	81	16	11.8	60	4	10.0
Leeftijd:						
16 - 24 jaar	71	10*	11.3	53	3	9.4*
25 - 44 jaar	81	17	12.4	58	4	9.8
45 - 64 jaar	81	6	11.0	59	3	10.3
65 en ouder	71	4	11.0	50	0	10.5
Burgerlijke staat:						
gehuwd	81	10	11.7	60	3	9.9
gescheiden	82	16	11.2	60	6	9.2
verweduwd	72	3	11.0	43	0	10.6
alleenstaand	75	22	12.6	50	2	10.2
Biopro-score:						
0	68*	4*	10.1*	49	0	9.4*
1 - 4	78	13	11.2	58	4	9.6
5 - 7	87	14	12.9	62	3	10.1
8 en hoger	89	18	14.1	61	5	11.2
GHQ-score:						
0	71*	9*	10.8*	55	2	9.8
1 - 4	81	13	11.4	51	3	9.6
5 - 10	81	13	12.5	60	1	10.4
11 en hoger	85	14	12.6	66	6	10.2
Afhankelijkheid:						
veel	77	8	11.6	61	2	9.5*
weinig	82	16	12.0	55	3	10.2

	behandeling van psychische klachten			behandeling van psychosomatische klachten		
	percentage patiënten: gesprek	percentage patiënten: verwijzing	gemiddelde duur	percentage patiënten: gesprek	percentage patiënten: verwijzing	gemiddelde duur
Interne beheersingsoriëntatie:						
sterk	78	12	11.6	56	3	9.9
zwak	80	12	12.1	62	4	9.9
Presentatie van psychische klachten:						
nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	51*	3	9.7
ja	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	65	3	10.2
Presentatie van psychosomatische klachten:						
nee	79	10	11.6	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
ja	80	14	11.9	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Presentatie van somatische klachten:						
nee	82	15	13.2	62	3	9.6
ja	79	11	11.5	56	3	10.0

* = F (ANOVA) is significant, $p < .05$

Van de door ons geselecteerde onafhankelijke variabelen blijken slechts een klein aantal samenhang te vertonen met de behandelingen door de huisarts. Naarmate de draaglast van patiënten groter wordt (Biopro), wordt de behandeling intensiever. Jongere patiënten worden vaker verwezen voor psychische klachten terwijl consulten over psychosomatische klachten met ouderen langer duren. Psychische klachten worden intensiever behandeld naarmate de kans op psychiatrische problematiek (GHQ) groter is. De kans op een gesprek naar aanleiding van psychosomatische klachten neemt toe wanneer men ook psychische klachten naar voren heeft gebracht op een of ander moment in de onderzoeksperiode.

3.5. Conclusie

In dit hoofdstuk stond de behandeling van psychische problematiek door de huisarts centraal. Indicatoren voor de behandeling in dit onderzoek zijn: de duur van een consult, het al dan niet voeren van gesprekken, verwijzen naar de GGZ en overleg voeren met GGZ- of AMW-instellingen.

Als eerste hebben we een antwoord willen geven op de vraag hoe de behandeling van psychische gepresenteerde klachten in vergelijking met de behandeling van psychosomatisch gepresenteerde klachten geweest is gedurende het registratiejaar.

Het verschil in de behandeling van klachten van patiënten die hun psychische klachten al dan niet expliciet uiten lijkt volledig verklaard te kunnen worden door het feit dat patiënten die dit wel doen "overall" meer psychische klachten presenteren. Psychische klachten worden intensiever behandeld en patiënten uit het eerste cohort presenteren allen per definitie (ook) psychische klachten. Bovendien blijkt dat dit verschil tussen de twee cohorten wegvalt als we alleen kijken naar de behandeling van psychische klachten: wanneer patiënten uit het tweede cohort expliciet psychische klachten presenteren in het tweede kwartaal of later, worden deze even intensief behandeld als psychische klachten van patiënten uit het eerste cohort.

Patiënten die volgens de GHQ-30 in grotere mate met psychiatrische problemen te kampen hebben, zijn intensiever behandeld dan de patiënten die geen of weinig kans op ernstige psychiatrische problemen hebben volgens de GHQ. Deze verschillen gelden met name voor psychische klachten van patiënten uit het eerste cohort. Voor patiënten uit het tweede cohort is het onderscheid in behandeling tussen patiënten met een grote of kleine kans op ernstige psychiatrische problematiek veel minder sterk aanwezig.

De volgende vraag die in dit hoofdstuk aan de orde is geweest is in hoeverre de behandeling door patiëntkenmerken wordt beïnvloed. De draaglast (Biopro) blijkt een belangrijke factor. Patiënten die een grotere draaglast ervoeren, blijken vaker een gesprek te hebben gehad, meer verwezen te zijn naar de GGZ en hun consulten duurden gemiddeld langer. Zoals al eerder naar voren is gekomen ervaren patiënten uit het eerste cohort een grotere draaglast dan patiënten uit het tweede cohort.

Dit roept de vraag op of deze verschillen in behandeling resulteren in een ander beloop van klachten. Het beloop van klachten komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

4. BELOOP VAN KLACHTEN GEDURENDE EEN JAAR

4.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geconcludeerd dat de behandeling van klachten tussen de cohorten patiënten verschilt. Hier willen we ingaan op het beloop van klachten van deze cohorten. De volgende vragen staan daarbij centraal:

- Is het zo dat patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteren (met inachtneming van de kans dat hierbij sprake is van meer en minder ernstige psychiatrische problematiek) vaker van hun klachten af komen dan diegenen die psychische klachten als somatisch presenteren?
- Is het zo dat een andere behandeling samenhangt met een ander beloop van klachten?
- Is het zo dat deze patiëntkenmerken (demografische kenmerken, afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts, beheersingsoriëntatie en draaglast) het beloop van klachten beïnvloeden?

Het beloop van klachten wordt op twee manieren onderzocht. In de volgende paragraaf wordt, gesommeerd over de cohorten, getoond hoe het beloop van klachten is geweest gedurende het registratiejaar. Daarna volgt een paragraaf over het klachtpatroon van de patiënten in de vierde periode in vergelijking met een doorsnee. De vierde paragraaf handelt over het beloop van klachten van de cohorten patiënten op individueel niveau.

4.2. Beloop van klachten naar kans op psychiatrische problematiek

Niet-GHQ-cases

In tabel 4.1 wordt getoond hoeveel klachten (per 100 patiënten) de patiënten die volgens de GHQ geen grote kans op ernstige psychiatrische problematiek hadden (niet-GHQ-cases) hebben gepresenteerd. Naar aanleiding van de controle op betrouwbaarheid van het aantal contactregistratieformulieren dat is verzameld (zie hoofdstuk 1.4) zijn de cijfers voor periode 1 gecorrigeerd. De gecorrigeerde cijfers worden in deze tabellen tussen haakjes getoond. De gevonden verschillen tussen de cohorten zijn voor en na correctie gelijk. Daarom wordt verder gewerkt met de

ongecorrigeerde aantallen.

Tabel 4.1: Beloop van klachten per cohort naar mate van psychiatrische problematiek: niet GHQ-cases

		Periode			
		1	2	3	4
Aantal per 100 patiënten:					
contacten	cohort 1	242(201*)	124	105	83*
	cohort 2	211(173)	110	103	127
klachten	cohort 1	322(267*)	138	116	94*
	cohort 2	267(220)	128	114	136
psychische klachten	cohort 1	152(126*)	33*	28*	16
	cohort 2	- - (- - -)	10	10	12
psychosomatische klachten	cohort 1	34 (29*)	20	15	9
	cohort 2	120 (99)	21	17	14
somatische klachten	cohort 1	136(113)	85	73	69
	cohort 2	147(121)	97	88	110
% patiënten met minimaal 1:					
psychische klacht	cohort 1	100	20*	17*	13*
	cohort 2	- - -	7	7	7
psychosomatische klacht	cohort 1	26	12	13	7*
	cohort 2	100*	15	13	12
somatische klacht	cohort 1	66	46	36*	37
	cohort 2	69	43	46	44

* = verschil tussen cohorten (t-test) is significant, $p < .05$

Patiënten die hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteerden in de eerste periode (cohort 1) zijn alleen in de eerste periode vaker naar de huisarts gegaan en presenteerden daar meer klachten dan patiënten die hun psychische klachten niet als zodanig presenteerden (cohort 2). In tegenstelling tot de resultaten in deze eerste periode, blijkt dat in de vierde periode patiënten uit het tweede cohort vaker naar de huisarts zijn gekomen en meer klachten presenteerden dan patiënten uit het eerste cohort.

Slechts 13 % van de patiënten uit het eerste cohort presenteerde nog psychische

klachten in de vierde periode. Dit is nog steeds meer dan er patiënten uit het tweede cohort psychische klachten presenteerden in deze periode. Somatische klachten zijn door beide cohorten ongeveer evenveel bij de huisarts gepresenteerd.

Kortom, patiënten uit cohort 1 wier problematiek blijkens de GHQ niet zo ernstig is, blijven meer expliciet psychische klachten presenteren gedurende de hele onderzoeksperiode dan patiënten uit cohort 2 die geen kans op ernstige psychiatrische problemen hebben volgens de GHQ. Voor het overige is er sprake van een dusdanige afname bij cohort 1 dat ze aan het eind minder klachten per kwartaal presenteren dan cohort 2. We zullen verderop in paragraaf 4.3 ook zien dat de patiënten uit het eerste cohort het meest het niveau van doorsnee patiënten benaderen.

In hoeverre er verschillen in klachtpresentatie bestaan per periode wordt in tabel 4.2 per cohort weergegeven. Als, bijvoorbeeld, in de eerste periode gemiddeld meer psychische klachten zijn gepresenteerd dan in de tweede periode (voor absolute aantallen zie tabel 4.1) dan is het gevonden verschil positief (weergegeven door een positieve t-waarde). Zijn er in de tweede periode gemiddeld meer psychische klachten gepresenteerd dan in de eerste, dan valt dit af te lezen aan de negatieve t-waarde.

Zoals blijkt uit onderstaande tabel is voor het cohort 1 voor zover het de patiënten met een kleine kans op psychiatrische problemen betreft een constante afname van contact- en klachtfrequentie waarneembaar. Voor cohort 2 namen na de tweede periode de klachten nauwelijks af. Het aantal contacten en somatische klachten van patiënten uit het tweede cohort nam in de vierde periode zelfs toe.

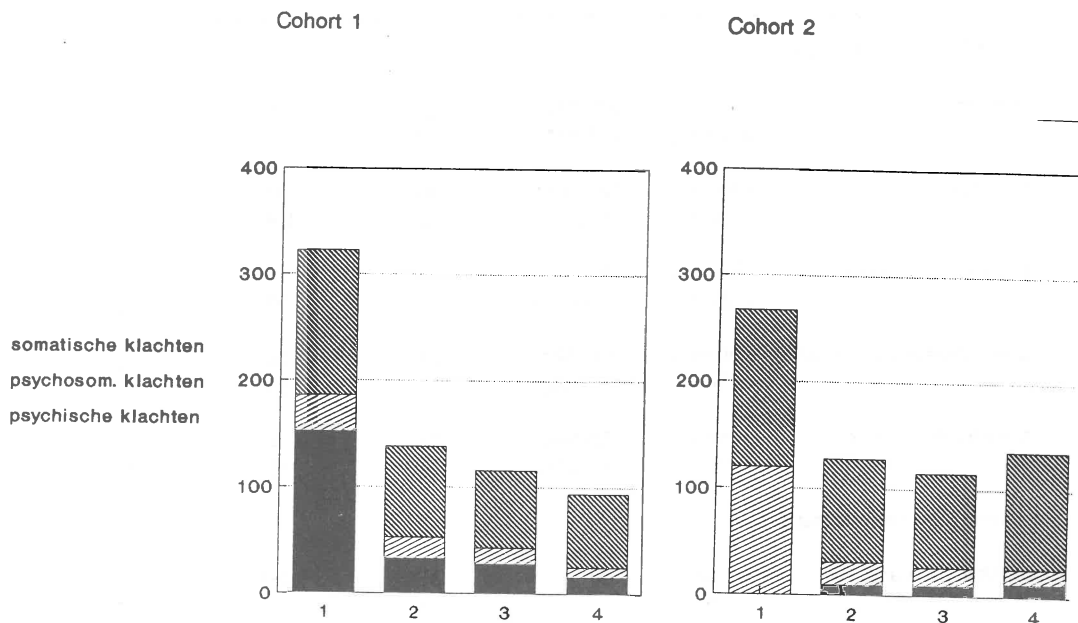
Tabel 4.2: Verschillen tussen de periodes per cohort voor niet GHQ-cases: t test significantie

Periode	Cohort 1			Cohort 2		
	2	3	4	2	3	4
Aantal per 100 patiënten:						
contacten						
periode 1	9.9*	9.6*	12.3*	9.4*	11.0*	6.7*
periode 2		1.4	3.4*		0.8	-1.6
periode 3			2.0*			-2.4*
klachten						
periode 1	12.6*	11.6*	13.9*	11.9*	13.1*	10.0*
periode 2		1.4	3.0*		1.2	-0.6
periode 3			1.7			-2.0
psychische klachten						
periode 1	14.3*	15.5*	19.2*	-3.9*	-3.6*	-3.1*
periode 2		0.6	2.5*		0.1	-0.3
periode 3			2.1*			-0.4
psychosomatische klachten						
periode 1	2.5*	3.6*	4.8*	25.2*	27.3*	30.8*
periode 2		1.1	2.2*		1.2	1.9
periode 3			1.8			0.8
somatische klachten						
periode 1	4.5*	4.6*	5.1*	5.0*	5.8*	3.0*
periode 2		1.1	1.4		1.0	-1.3
periode 3			0.3			-2.3*
% patiënten met minimaal 1:						
psychische klacht						
periode 1	29.0*	32.3*	38.8*	-4.6*	-4.4*	-4.4*
periode 2		1.0	2.4*		0.3	0.4
periode 3			1.5			0.0
psychosomatische klacht						
periode 1	4.6*	3.8*	6.2*	40.2*	44.0*	44.8*
periode 2		-0.5	1.9		0.8	1.0
periode 3			2.5*			0.1
somatische klacht						
periode 1	4.7*	7.0*	6.8*	6.7*	5.7*	6.1*
periode 2		2.3*	2.1*		-0.8	-0.3
periode 3			-0.1			0.5

* = verschil tussen periodes is significant, $p < .05$

verschillen tussen de periodes blijken nog duidelijker uit de volgende grafiek.

grafiek 4.1: Beloop van klachten per cohort: niet GHQ-cases



Q-cases

patiënten die volgens de GHQ-30 aan te merken zijn als patiënten die in hoge mate te kampen hebben met psychiatrische problematiek vertonen een iets ander patroon van klachten. Dit wordt in tabel 4.3 getoond.

Tabel 4.3: Beloop van klachten per cohort naar mate van psychiatrische problematiek: GHQ-cases

		Periode			
		1	2	3	4
Aantal per 100 patiënten:					
contacten	cohort 1	293(237*)	169	147	144
	cohort 2	217(177)	130	114	110
klachten	cohort 1	371(301*)	189	147	144
	cohort 2	254(207)	148	125	123
psychische klachten	cohort 1	181(147*)	74*	47*	43*
	cohort 2	- - (- - -)	30	23	22
psychosomatische klachten	cohort 1	61 (50*)	27	23	18
	cohort 2	132(108)	24	30	17
somatische klachten	cohort 1	130(104)	89	77	83
	cohort 2	122 (99)	94	72	85
% patiënten met minimaal 1:					
psychische klacht	cohort 1	100*	35*	26*	22
	cohort 2	- - -	19	13	15
psychosomatische klacht	cohort 1	36*	20	17	14
	cohort 2	100	15	19	13
somatische klacht	cohort 1	57	45	42	38
	cohort 2	57	49	39	49

* = verschil tussen cohorten (t-test) is significant, $p < .05$

Tussen de cohorten bestaan na de eerste periode geen verschillen meer in aantallen contacten en klachten, met uitzondering van het aantal psychische klachten. In alle periodes presenteerden patiënten uit het eerste cohort meer psychische klachten dan patiënten uit het tweede cohort. Dit verschil zien we terug bij de percentages patiënten die deze klachten presenteerden: ook in de tweede en derde periode presenteerden meer patiënten uit het eerste cohort psychische klachten dan patiënten uit het tweede cohort.

Of de contacten en klachten in de loop van het jaar zijn afgenomen blijkt uit tabel 4.4.

Tabel 4.4: Verschillen tussen de periodes per cohort voor GHQ-cases: t en significantie

Periode	Cohort 1			Cohort 2		
	2	3	4	2	3	4
Aantal per 100 patiënten:						
contacten						
periode 1	8.2*	11.5*	9.6*	5.4*	5.9*	6.3*
periode 2		3.3*	2.4*		1.2	1.4
periode 3			-0.4			0.3
klachten						
periode 1	10.0*	11.6*	11.4*	6.0*	6.9*	7.1*
periode 2		2.6*	2.5*		1.4	1.5
periode 3			0.2			0.1
psychische klachten						
periode 1	10.0*	13.6*	12.3*	-4.7*	-3.2*	-4.1*
periode 2		2.9*	2.6*		0.9	1.2
periode 3			0.4			0.2
psychosomatische klachten						
periode 1	4.5*	4.6*	5.6*	13.7*	13.4*	17.7*
periode 2		0.8	1.7		-0.8	1.4
periode 3			1.1			2.0*
somatische klachten						
periode 1	3.0*	3.8*	3.4*	1.8	3.5*	2.5*
periode 2		1.1	0.5		1.9	0.7
periode 3			-0.5			-1.2
% patiënten met minimaal 1:						
psychische klacht						
periode 1	18.0*	22.1*	24.6*	-5.4*	-4.4*	-4.8*
periode 2		2.0	3.2*		1.5	0.8
periode 3			1.1			-0.7
psychosomatische klacht						
periode 1	3.8*	4.5*	5.7*	26.6*	23.3*	29.3*
periode 2		0.8	1.5		-1.0	0.7
periode 3			0.8			1.6
somatische klacht						
periode 1	2.4*	3.0*	4.0*	1.4	3.1*	1.4
periode 2		0.6	1.7		1.7	0.0
periode 3			1.0			-1.8

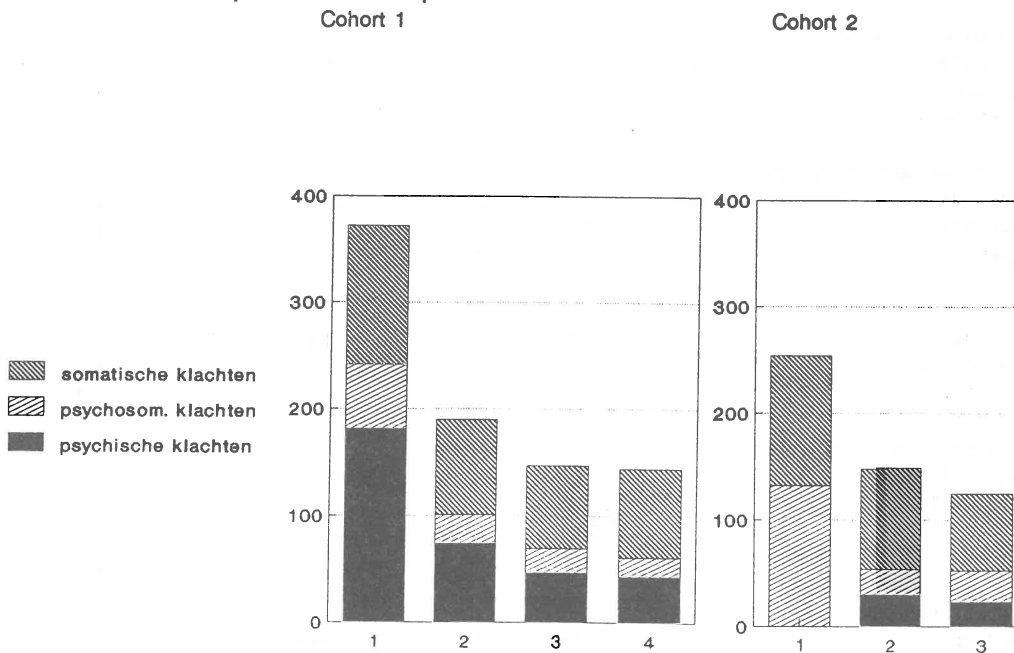
* = verschil tussen periodes is significant, $p < .05$

Voor deze patiënten met meer kans op psychiatrische problematiek volgens GHQ geldt dat contacten en klachten na de tweede periode amper zijn afgenomen. Voor patiënten die hun psychische klachten niet als zodanig presenteerden in de eerste periode is dat voor alle soorten klachten zo. Voor dit cohort is de afname somatische klachten en de afname in het percentage patiënten dat deze klachten presenteerde bij de huisarts tussen periode 1 en 2 niet significant.

Voor de patiënten die hun psychische klachten in de eerste periode expliciet als zodanig presenteerden (cohort 1) lag dit wat anders. Alleen het aantal psychische somatische en somatische klachten nam na de tweede periode niet meer af. Contacten en (psychische) klachten namen na de derde periode niet meer af voor dit cohort.

In de volgende grafiek worden deze resultaten nog eens weergegeven.

Grafiek 4.2: Beloop van klachten per cohort: GHQ-cases



Als we de cijfers voor patiënten met meer en minder kans op ernstige psychiatrische problematiek per cohort vergelijken (vgl. grafiek 4.1 en 4.2), zien we dat de patiënten met een grote kans op ernstige psychiatrische problematiek vaker na

de huisarts zijn gekomen en meer klachten hebben gepresenteerd dan de patiënten met een kleine kans op ernstige psychiatrische problematiek. Deze verschillen zijn het grootst voor patiënten uit het eerste cohort.

4.3. Vergelijking met een doorsnee groep

Teneinde vast te stellen hoe de medische consumptie van beide cohorten in de vierde periode zich verhoudt tot doorsnee patiënten is opnieuw een vergelijking met een doorsnee groep gemaakt. Zoals al in hoofdstuk 1 werd betoogd, is voor deze vierde periode de beste referentie de totale praktijkpopulatie, ongeacht of deze op het spreekuur geweest is. De noemer is dus thans niet het aantal spreekuurbezoekers maar het aantal bij de huisarts ingeschreven patiënten. In tabel 4.5 betekent 78 klachten op 100 ingeschrevenen dus, dat op de totale populatie 0.78 klachten per geregistreerde patiënt werden geteld.

Uit deze tabel blijkt dat in de onderzoekscohorten de medische consumptie hoger is gebleven dan in de doorsnee populatie.

Tabel 4.5: Klachtenaanbod per 100 ingeschreven patiënten van een doorsnee groep vergeleken met het klachtenaanbod van cohorten patiënten in de vierde periode

	Cohort 1		Cohort 2		N.S
	GHQ-	GHQ+	GHQ-	GHQ+	
Aantal per 100 patiënten:					
klachten	94	144	136	123	78
psychische klachten	16	43	12	22	5
psychosomatische klachten	9	18	14	17	16
somatische klachten	69	83	110	85	56
% patiënten met minimaal één:					
psychische klacht	13	22	7	15	4
psychosomatische klacht	7	14	12	13	11
somatische klacht	37	38	44	49	32

Gelet op het totaal aantal gepresenteerde klachten is alleen het eerste cohort, voor zover hun psychiatrische problematiek blijktens de GHQ als 'niet ernstig' beschouwd zou moeten worden, op het niveau van de doorsnee populatie. Differentiëren we

naar de verschillende soorten klachten dan is het aanbod aan psychosomatisch problemen in beide onderzoekscohorten in grote lijnen vergelijkbaar met dat van de doorsnee. Zowel psychische problemen als puur somatische problemen worden grotere getale gepresenteerd door de patiënten uit de onderzoekspopulatie.

Dit verschil (tussen de bestudeerde cohorten en de doorsnee) zou verklaard kunnen worden door de verschillende leeftijds- en geslachtsverdeling van de twee cohorten en de referentie.

De geconstateerde verschillen in medische consumptie blijken echter ook binnen alle leeftijds- en geslachts-categorieën op te gaan.

Afgaande op deze analyses is de prognose voor patiënten met een kleine kans op psychiatrische problemen die hun psychische klachten openlijk presenteerden het gunstigst. Ze blijven weliswaar wat vaker uitgesproken psychische klachten naar voren brengen dan de gemiddelde patiënt, maar laten in de andere onderzoeken opzichten 'gemiddeld patiëntengedrag' zien. De continue afname van hun klachtfrequentie gedurende de hele onderzoeksperiode duidt erop dat bij veel van deze patiënten de klachten waarop ze in het eerste kwartaal werden geselecteerd een incident vormden.

Patiënten die in den beginne werden geselecteerd op het feit dat ze hun psychische klachten somatiseerden, blijken in de loop van de onderzoeksperiode toch meer geëxpliciteerde psychische klachten te uiten dan gemiddeld gebruikelijk; het mag geen verbazing wekken dat dit des te meer het geval was voor die somatiserende patiënten die volgens de GHQ als ernstig werden aangemerkt. Patiënten uit cohort 2 hebben daarnaast het hele jaar door meer somatische klachten. Patiënten uit cohort 2 blijven problematisch door hun verhoogde medische consumptie. Ditzelfde geldt voor de patiënten met een grote kans op psychiatrische problemen die hun klachten niet somatiseren; deze groep blijft bovendien het meest met openlijke psychische problematiek zitten.

4.4. Beloop van klachten op individueel niveau naar kans op psychiatrische problematiek

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk werd het beloop van klachten per cohort getoond. Dit gaat echter over gemiddeldes en zegt nog niet veel over de individuele patiënt. Teneinde de vraag te kunnen beantwoorden bij hoeveel patiënten sprake is van niet terugkerende problematiek, moeten we per patiënt kunnen aangeven of er sprake is van chronisch presenteren van psychische of psychosomatische klachten.

Om per patiënt te kunnen zien of het aantal klachten is afgenomen in het registratiejaar zijn maten voor het beloop van psychische en psychosomatische klachten geconstrueerd. De somatische klachten blijven hier verder buiten beschouwing omdat zij niet het onderwerp van dit onderzoek vormen. Per periode is bepaald of de betreffende patiënt een of meerdere, bijvoorbeeld psychische, klachten heeft gepresenteerd. Op deze manier zijn de patiënten in drie groepen ingedeeld. De eerste groep bestaat uit patiënten die geen psychische klachten hebben gepresenteerd gedurende het registratiejaar (= 'geen'). Deze kunnen per definitie alleen in cohort twee voorkomen. De tweede groep bestaat uit patiënten die na een half jaar geen psychische klachten meer presenteerden (= 'afname'). De derde groep bestaat uit patiënten die (ook) in het laatste half jaar psychische klachten presenteerden (= 'geen afname'). Voor de indeling van het beloop van psychosomatische klachten is dezelfde werkwijze gevolgd.

In de volgende tabel wordt getoond in welke mate psychische en psychosomatische klachten voor de patiënten in elk cohort zijn afgenomen gedurende het registratiejaar.

Tabel 4.6: Beloop van klachten op individueel niveau naar mate van psychiatrische problematiek, in percentages

	GHQ-		GHQ+	
	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 1	Cohort 2
N:	216	279	175	130
Beloop van				
psychische klachten				
geen	---	84	---	69
afname	75	5 (31)*	65	9 (29)*
geen afname	25	11 (69)	35	22 (71)
psychosomatische klachten				
geen	61	---	47	---
afname	22 (57)	78*	27 (51)	75*
geen afname	17 (43)	22*	26 (49)	25*
psychische en psychosomatische klachten				
geen	---	---	---	---
afname	67	79*	55	67*
geen afname	33	21*	45	33*

* = verschil tussen cohorten (t-test) is significant, $p < .05$

De percentages tussen haakjes in tabel 4.6 zijn berekend op basis van het aantal patiënten dat het betreffende type klachten wel heeft gepresenteerd in het registratiejaar. Voor het berekenen van de t-test zijn de patiënten die geen psychische en psychosomatische klachten hebben gepresenteerd steeds buiten beschouwing gelaten.

Voor de meeste patiënten uit het eerste cohort nemen de (psychische, psychosomatische, psychische en psychosomatische) klachten af. Voor de meeste patiënten uit het tweede cohort nemen alleen de psychische klachten (die zij voor het eerste jaar in de tweede periode gepresenteerd kunnen hebben) niet af. De afname van psychische klachten binnen de groepen patiënten met meer en minder kans op ernstige psychiatrische problematiek, is groter voor patiënten die in de eerste periode hun psychische klachten expliciet als zodanig presenteerden. De afname van psychosomatische en van psychische en psychosomatische klachten samen is steeds groter voor patiënten die in de eerste periode hun psychische klachten niet expliciteerden (= cohort 2).

Vergelijken we de groepen patiënten met meer en minder kans op ernstige psychiatrische problematiek per cohort, dan blijkt dat de psychische klachten en de psychische en psychosomatische klachten samen van patiënten met een grote kans op ernstige psychiatrische problemen minder vaak af zijn genomen dan van patiënten met minder kans op ernstige psychiatrische problemen.

Er zou substitutie van klachten plaats hebben kunnen vinden. Hiermee bedoelen we dat patiënten die, bijvoorbeeld, geen psychosomatische klachten meer presenteren in het laatste half jaar, wel psychische klachten zijn gaan presenteren in de tweede periode. Dit zou kunnen betekenen dat zij hun psychische klachten als zodanig herkend hebben en deze nu ook in psychische termen presenteren. In de volgende tabel wordt getoond in hoeverre dit verschijnsel is opgetreden. Voor alle patiënten samen is gekeken welk beloop zij voor beide types klachten hebben vertoond.

Tabel 4.7: Beloop van psychische en psychosomatische klachten voor alle patiënten

Beloop van	Psychosomatische klachten			
	geen	afname	geen afname	totaal
Psychische klachten				
geen	---	266	58	324
afname	169	78	53	305
geen afname	49	67	63	179
totaal	218	411	179	808

Substitutie van klachten komt niet bij een meerderheid van de patiënten voor. U

bovenstaande tabel blijkt dat van de patiënten die een afnemend beloop van psychosomatische klachten presenteren (411), zo'n 16 % (67) psychische klachten (blijven) presenteren in het laatste half jaar van de registratie. Omgekeerd, van de patiënten waar de psychische klachten van afnemen (305), presenteert 17 % (53) psychosomatische klachten in het laatste half jaar. De meeste patiënten waar de klachten van het ene type afnemen, presenteren geen klachten van het andere type.

Ervaren patiënten die in de laatste 6 maanden geen klachten meer presenteren, dan ook minder draaglast dan in de eerste 6 maanden? Met behulp van de score op de Biopro tijdens de nameting van de enquête, zal deze vraag worden beantwoord. In onderstaande tabel wordt getoond hoe groot de draaglast van patiënten is volgens de Biopro aan het begin en aan het einde van de registratieperiode en welk beloop van klachten zij hebben gepresenteerd.

Tabel 4.8: Beloop van klachten en Biopro-score tijdens de nameting, in percentages

	Beloop van: Psychische klachten		Psychosomatische klachten	
	afname	geen afname	afname	geen afname
N:	305	179	411	179
Gemiddelde biopro-score tijdens				
voormeting	3.7	4.4	3.2	4.1 ^b
nameting	3.1 ^a	3.9	2.9	3.6

^a verschil tussen voor- en nameting is significant, $p < .05$

^b verschil tussen patiënten met 'afname' en 'geen afname' is significant, $p < .05$

De gemiddelde draaglast achteraf (tijdens de nameting) is lager voor elke groep patiënten. Alleen voor patiënten die geen psychische klachten meer presenteren in de laatste zes maanden is dit verschil significant. Tevens blijkt dat de gemiddelde draaglast achteraf niet verschilt tussen patiënten waarvan de klachten na 6 maanden al dan niet zijn afgenomen. Patiënten die na 6 maanden geen klachten meer presenteren blijken dus een even grote draaglast te ervaren als patiënten die na 6 maanden nog wel klachten presenteren.

4.5. Beloop van klachten in relatie tot de behandeling

Om te kunnen bepalen of een bepaald soort behandeling door de huisarts samenhangt met het beloop van klachten, wordt in de volgende tabel dit beloop voor wel en niet behandelde patiënten vergeleken. De patiënten zijn opgesplitst in twee en de ene groep bestaat uit patiënten die de behandeling in de eerste periode van registratie heeft gehad en de tweede groep patiënten heeft deze behandeling niet gehad in de eerste periode. Er is in eerste instantie geen onderscheid naar klachtpresentatie of psychiatrische problematiek gemaakt.

Tabel 4.9: Samenhang tussen behandeling en beloop van klachten: gesprekken en verwijzingen in de eerste periode, in percentages

	Gesprek		Verwijzing	
	niet	wel	niet	wel
Beloop van:				
psychische klachten				
afname	74	69	71	62
geen afname	26	31	29	38
N:	102	295	363	34
psychosomatische klachten				
afname	74	74	74	75
geen afname	26	26	26	25
N:	278	255	525	8

Patiënten met wie gesprekken zijn gevoerd of die verwezen zijn naar de GGZ blijken niet vaker een afname van klachten te vertonen dan patiënten bij wie dit niet is gebeurd. Wanneer er wel een onderscheid naar psychiatrische problematiek wordt gemaakt, blijkt er ook geen verschil in beloop van klachten tussen patiënten die wel of niet met een gesprek of verwijzing zijn behandeld.

4.6. Beloop van klachten in relatie tot patiëntkenmerken

Met welke variabelen het beloop van de soorten klachten wel samenhangt, wordt getoond in tabel 4.10. Omdat interactie-effecten niet aanwezig waren, worden zij niet getoond.

Tabel 4.10: Percentage patiënten dat na 6 maanden geen klachten meer presenteerden naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, draaglast (Biopro), kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ), afhankelijkheid van de huisarts, interne beheersingsoriëntatie

	percentage patiënten met afname van:		
	psychische klachten	psychosomatische klachten	psychische en psychosomatische klachten
Geslacht:			
man	70*	71	73*
vrouw	58	69	65
Leeftijd:			
16 - 24 jaar	71	67	76
25 - 44 jaar	60	70	68
45 - 64 jaar	64	65	65
65 en ouder	64	73	71
Burgerlijke staat:			
gehuwd	59	69	67
gescheiden	69	60	66
verweduwd	72	71	75
alleenstaand	68	75	72
Biopro-score:			
0	63*	77*	74*
1 - 4	66	73	72
5 - 7	66	36	66
8 en hoger	53	41	52
GHQ-score:			
0	64	74*	76*
1 - 4	71	72	71
5 - 10	56	68	61
11 en hoger	59	62	60
Afhankelijkheid:			
veel	65	66	66
weinig	62	73	70
Interne beheersingsoriëntatie:			
sterk	65	70	70
zwak	61	70	66

* = F (ANOVA) is significant, $p < .05$

Naarmate de draaglast en de mate van psychiatrische problematiek kleiner is nemen de klachten vaker af. Mannen vertonen vaker een afname van klachten.

Leeftijd, burgerlijke staat, interne beheersingsoriëntatie en afhankelijkheid doen niet toe, waar het het al dan niet afnemen van psychische of psychosomatische klachten betreft.

4.7. Behandeling, patiëntkenmerken en klachtkenmerken: welke combinatie leidt tot een goede prognose?

Is het mogelijk om een onderscheid te maken naar de noodzaak tot interventies? Met andere woorden: welke groepen patiënten vertonen welk beloop van klachten en welke behandeling hebben zij gehad. In onderstaande tabel wordt dit uitgewerkt voor psychische klachten.

Tabel 4.11: Percentages en gemiddelde scores voor patiënten die na 6 maanden dan niet psychische klachten presenteerden naar behandeling en naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, draaglast (Biopro), kans op ernstige psychiatrische problematiek (GHQ), afhankelijkheid en beheersingsoriëntatie

Behandeling: Beloop:	Gesprek		Verwijzing		Geen behandeling	
	afname	g.a.	afname	g.a.	afname	g.a.
N:	203	92	21	13	74	26
Percentage:						
vrouwen	55	65*	86	85	50	62*
gehuwden	64	65	48	62*	50	81*
gescheidenen	10	10	5	15*	8	4
verweduwen	7	7	5	-	8	4
alleenstaanden	16	19	43	23*	31	12*
Gemiddelde:						
leeftijd	42	41	38	33*	39	49*
afhankelijkheid	37	37	42	42	37	36
beheersings-oriëntatie	19	19	19	19	19	19
draaglast	4	6*	4	6*	3	3
GHQ-score	7	10*	7	7	6	5*

* = verschil (t-test) tussen afname en g.a. (geen afname) per behandelingssoort is significant, $p < .05$

In bovenstaande tabel is zichtbaar, wat al een aantal malen in dit rapport naar voren is gekomen: de patiënten die niet gespreksmatig of door middel van een verwijzing voor hun psychische klachten worden behandeld, onderscheidden zich

door een geringere draaglast en een kleinere kans op ernstige psychiatrische problematiek in de voormeting. Hierdoor wordt een vergelijking bemoeilijkt, omdat het klaarblijkelijk om ongelijksoortige groepen gaat.

Dit in acht nemend, is het eerste wat geconstateerd kan worden, wanneer we de verhouding tussen de aantallen 'afname' en 'geen afname' bezien, dat deze verhouding bij de drie mogelijkheden (verwijzing, gesprek, geen verwijzing en gesprek) toeneemt, van 1.6:1 bij verwijzing en 2.2:1 bij gesprek tot 2.8:1 bij geen verwijzing en gesprek. Het laatste geeft dus bij de meeste patiënten een afname te zien! Zoals gezegd, deze groep zat ook het minst in de problemen.

Patiënten waarvan de klachten niet afnemen ondanks gesprekken met de huisarts of een verwijzing blijken een grotere draaglast te hebben dan diegenen bij wie sprake is van afname na gesprek of verwijzing. Vrouwen laten na gesprekken relatief vaker geen verbetering zien dan mannen. De groep waarbij een gesprek niet tot afname leidt wordt tevens gekenmerkt door een erg grote kans op ernstige psychiatrische problemen. De patiënten die geen baat bij een verwijzing hebben zijn gemiddeld opvallend jong en relatief vaak gescheiden of gehuwd (maar niet verweduwd, hetgeen gezien de leeftijdsopbouw te verwachten is of, en dat is wel tegen verwachting, nog alleenstaand).

Patiënten waarbij geen interventie plaatsvindt en die klachten blijven presenteren hebben niet zoveel problemen te verduren (Biopro) of kans op ernstige psychiatrische klachten (GHQ). Vergeleken met de patiënten die niet zijn verwezen en waarmee geen gesprekken zijn gevoerd van wie de klachten wel afnemen gaat het vaak om oudere gehuwde vrouwen.

Een volgende aanwijzing voor het opsporen van die patiënten die interventies nodig hebben is door te onderzoeken of zij zich onderscheiden naar het type klachten dat zij presenteerden in de eerste periode. Zoals we gezien hebben nemen de psychische klachten van patiënten uit het eerste cohort het minst sterk af. Voor deze groep is gekeken welke psychische klachten zij in de eerste drie maanden presenteerden. Hieraan kunnen we aflezen bij welke klachten de kans groot is dat de patiënt na een half jaar nog bij de huisarts komt.

Tabel 4.12: Percentage psychische klachten gepresenteerd in de eerste drie maanden door patiënten die na zes maanden nog psychische klachten presenteren (alleen clusters van klachten van in totaal 10 of meer worden getoond)

klachten	percentage
verslaving (excl. alcohol)	70 (N = 10)
hyperventilatie	50 (N = 10)
depressie	47 (N = 60)
slaapstoornissen	44 (N = 63)
angst	35 (N = 97)
overspannen	30 (N = 33)
irritatie/agitatie	20 (N = 24)
overige klachten	18 (N = 45)

70% van alle klachten met betrekking tot verslaving die in de eerste drie maanden worden gepresenteerd (in totaal 10), wordt gepresenteerd door patiënten die na zes maanden nog psychische klachten presenteren. Aangezien 25% tot 35% van de patiënten na een half jaar nog psychische klachten presenteren is dit een relatief hoog percentage. Dit geldt ook voor hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen. Overspannenheid, irritatie/agitatie en overige klachten komen daarentegen relatief weinig voor bij de groep chronische klagers.

Dit soort klachten zou de huisarts dus intensief moeten behandelen. Of dit ook gebeurt zal blijken uit de volgende tabel waarin wordt getoond welke interventie de huisarts doet bij psychische klachten van patiënten die na zes maanden nog psychische klachten presenteren. Hierbij hebben we ons wederom beperkt tot de psychische klachten zoals die worden gepresenteerd door patiënten uit het eerste cohort in de eerste drie maanden.

Tabel 4.13: Percentage psychische klachten gepresenteerd in de eerste drie maanden door patiënten die na zes maanden nog psychische klachten presenteren naar behandeling (alleen clusters van klachten van in totaal 10 of meer worden getoond)

klachten	percentage met gesprek	verwijzing	noch gesprek noch verwijzing
hyperventilatie	50 (N=10)	—	—
depressie	48 (N=54)	75 (N=12)	—
slaapstoornissen	46 (N=52)	—	33 (N=12)
angst	36 (N=81)	64 (N=11)	31 (N=16)
overspannen	30 (N=40)	—	—
irritatie/agitatie	30 (N=20)	—	—
overige klachten	16 (N=38)	—	—

In de eerste periode zijn 10 klachten met betrekking tot hyperventilatie geuit door mensen die gesprekken hebben gevoerd met de huisarts. 50 % van deze klachten is gepresenteerd door mensen die na zes maanden nog psychische klachten presenteren bij de huisarts.

Patiënten die na zes maanden nog psychische klachten presenteren en daar in de eerste periode gesprekken met de huisarts over hebben gehad blijken vooral klachten met betrekking tot hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen te hebben gepresenteerd. Patiënten die zijn verwezen in de eerste periode en die toch nog psychische klachten presenteren in de laatste zes maanden presenteren vooral klachten met betrekking tot depressie en angst. Patiënten die niet zijn verwezen, waarmee geen gesprekken zijn gevoerd en die in de laatste zes maanden psychische klachten presenteren, blijken in hoge mate angstklachten en slaapstoornissen te hebben gepresenteerd in de eerste drie maanden.

Zetten we tabel 4.12 en 4.13 naast elkaar dan blijkt dat juist de patiënten bij wie de klachten niet zijn overgegaan meestal gespreksmatig behandeld dan wel verwezen zijn. Deze behandeling in de vorm van gesprekken of verwijzingen heeft echter niet dat effect gehad dat men er wellicht van zou verwachten. Juist de klachten die veel voorkomen worden veel behandeld, en desondanks blijven de betreffende patiënten bij de huisarts komen.

4.8. Conclusie

De eerste vraag die in dit hoofdstuk besproken is, is hoe het beloop van psychische en psychosomatische gepresenteerde klachten is geweest, met inachtneming van de kans dat hierbij sprake is van ernstige psychiatrische problematiek. Dit beloop van klachten is in dit hoofdstuk op twee niveaus besproken. Ten eers is gekeken naar het beloop van klachten op cohort-niveau. Na de eerste periode waarin de cohorten geselecteerd zijn op het feit dat ze, al dan niet verhuuld psychische klachten presenteerden is er sprake van een zeer forse afname. Dit voornamelijk een selectie-effect: op basis van een consult in de eerste drie maanden zijn patiënten geselecteerd en zijn alle patiënten dus minimaal een keer naar de huisarts gekomen. Bovendien presenteerden alle patiënten psychische klachten (of klachten die als dusdanig werden beoordeeld door de huisarts), en deze klachten gaan over het algemeen gepaard met meer ziektegedrag. Na de tweede registratieperiode blijken klachten nauwelijks nog af te nemen. Het aantal contacten en somatische klachten van patiënten die in de eerste periode hun psychische klachten niet als zodanig presenteerden neemt na de derde registratieperiode zelfs toe. Vergeleken met een referentiegroep is er ook na een jaar sprake van een hogere medische consumptie van de twee gevolgde cohorten. In dit opzicht moet een uitzondering gemaakt worden voor patiënten die hun psychische klachten expliciet gepresenteerd hebben in het eerste kwartaal en volgens de GGZ als niet-ernstige gevallen worden beschouwd. De afname was hier in een aantal opzichten doorwerkend tot in het vierde kwartaal, waarin de medische consumptie afgezien van iets meer psychische klachten per 100 patiënten- vergelijkbaar was met de doorsnee groep.

Vervolgens is het beloop van klachten op individueel niveau besproken. Hiertoe is een maat geconstrueerd die aangeeft of de patiënten in de tweede helft van het registratiejaar nog psychische respectievelijk psychosomatische klachten hebben gepresenteerd. Voor de meeste patiënten verdwijnen deze klachten, ongeacht de kans op psychiatrische problematiek. Substitutie (een afnemend beloop van het ene type klachten gaat samen met een toenemend beloop van het andere type klachten) treedt bij de meeste patiënten niet op.

Dit al dan niet verdwijnen van klachten in de tweede helft is vervolgens gerelateerd aan behandeling, patiëntkenmerken en klachtkenmerken. Behandeling met een gesprek of een verwijzing naar de GGZ bleek niet vaker tot afname van klachten te leiden dan geen gesprek of verwijzing naar de GGZ.

Dat roept de vraag op welke kenmerken wel van invloed zijn op een verschil in beloop van klachten tussen patiënten.

Een grotere afname van klachten treedt op als minder draaglast wordt ervaren en bij mannen. Patiënten wier klachten niet afnamen presenteerden in het kwartaal van selectie relatief vaak klachten met betrekking tot verslaving, hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen. Relatief weinig troffen we in deze groep klachten aan met betrekking tot overspannenheid, irritatie en agitatie.

Tussen patiënt- en klachtkenmerken en de behandeling zijn een aantal interacties gevonden. De huisarts treedt vaker handelend op of verwijst meer naarmate iemands draaglast zwaarder en de kans op ernstige psychiatrische problematiek groter is. Als een patiënt behandeld wordt betekent dat dus, dat hij of zij meer in de problemen zit. Behandelen begint zo al met een achterstand. Gesprekken blijken in deze omstandigheden relatief vaak bij vrouwen slechter aan te slaan dan bij mannen, bij verwijzingen wordt het succes niet door het geslacht beïnvloed. Bij verwijzingen zien we merkwaardigerwijs een relatief groot aantal jongeren onder degenen bij wie geen resultaat geboekt wordt.

Binnen de groep patiënten waarmee gesprekken zijn gevoerd blijken chronische klagers veel klachten met betrekking tot hyperventilatie, depressie en slaapstoornissen presenteren. Blijkbaar is de huisarts zich bewust van de ernst van deze problemen, maar werken deze gesprekken niet afdoende.

Samengevat komt dit erop neer dat de huisarts de mensen met een zware draaglast (uit de groep patiënten waarvan hij de al dan niet verhuide psychische klachten herkent) het meest behandelt, maar niet altijd succes boekt in de zin dat hij de patiënt met dergelijke klachten een tijdje niet meer terugziet.

De groep patiënten die niet is behandeld (met een gesprek of verwijzing) hebben over het algemeen een geringere draaglast en zodoende een beter resultaat na een jaar. Een uitzondering hierop vormen vrouwen en ouderen, die relatief vaak worden aangetroffen in de groep 'niet behandeld' terwijl hun klachten niet zijn afgenomen. Toch was ook bij deze groep niet behandelden de draaglast en de kans op psychiatrische problematiek gering. Dit lijkt erop te duiden dat hier sprake is van een vast klaagpatroon bij patiënten van wie de situatie en de klacht wellicht niet tot interventie nopen, maar die hun klagen wel volhouden.

NOTEN

1. Seizoen-effect: klachtpresentatie per cohort naar kans op ernstige psychiatrische problematiek in de eerste periode voor beide soorten praktijken (1 = gestart in 1987; 2 = gestart in 1988)

Praktijken	GHQ-		GHQ+	
	1	2	1	2
Cohort 1, N:	97	119	73	130
Aantal per 100 respondenten:				
contacten	241	244	274	307
klachten	314	329	338	394
psychische klachten	154	151	171	188
psychosomatische klachten	40	29	71	53
somatische klachten	121	148	97	153*
% respondenten met minimaal 1:				
psychische klacht	100	100	100	100
psychosomatische klacht	31	23	40	33
somatische klacht	64	68	55	58
Cohort, 2 N:	113	166	69	61
Aantal per 100 respondenten:				
contacten	195	222	209	226
klachten	241	286*	242	267
psychische klachten	---	---	---	---
psychosomatische klachten	122	119	130	133
somatische klachten	119	166*	112	134
% respondenten met minimaal 1:				
psychische klacht	---	---	---	---
psychosomatische klacht	100	100	100	100
somatische klacht	64	72	57	57

* = verschil (t-test) tussen soorten praktijken is significant, $p < .05$

LITERATUUR

- BELLANTUONO, C., R. FIORIO, R. ZANOTELLI, M. TANSELLA. Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ. *Social Psychiatry*; no. 22, 1987, p. 113-117
- BENSING, J.M., P. BEERENDONK. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*; no. 6, 1990, p. 595-618
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Psychosociale problematiek in de eerstelijnszorg. NHI-bijdrage aan de nieuwe nota *Geestelijke Volksgezondheid*. Deel I. Utrecht: NHI, 1984
- BERWICK, D.M., S. BUDMAN, J. DAMICO-WHITE, M. FELDSTEIN, G.L. KLERMAN. Assessment of psychological morbidity in primary care: explorations with the general health questionnaire. *Journal of Chronic Diseases*; 40, no. 1, 1987, p. 72S-79S
- BROOK F.G., R. GIEL, G.H.M.M. TEN HORN. Epidemiologische beschouwingen over vraag en aanbod in geestelijke gezondheidszorg. Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie, 1983
- CLEARY, P.D., J.D. GOLDBERG, L.G. KESSLER, G.R. NYCZ. Screening for mental disorder among primary care patients. Usefulness of the General Health Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*; no. 39, 1982, p. 837-840
- COOPER, B., J. FRY, G.W. KALT. A longitudinal study of psychiatric morbidity in a general practice population. *British Journal of Preventive and Social Medicine*; no. 23, 1969, p. 210-217
- DIEKSTRA, R.F.W. Denken over en aan zelfmoord. Rapport no. 1, inclusief bijlage A van het crisisproject. Katholieke Universiteit Nijmegen, Vak Klinische Psychologie, 1977
- EASTWOOD, M.R., M.H. TEVELYAN. Relation between physical and psychiatric disorder. *Psychological Medicine* j 2, 1972, p.363-372
- FINLAY-JONES, R.A., P.W. BURVILL. Contrasting demographic patterns of minor psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*; no. 8, 1978, p. 455-466
- FOETS, M., J. VAN DER VELDEN. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Voorlopige rapportage. Utrecht: Nivel, 1990
- FURER, J.W., B. TAX (red.). Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen: Prevalentie, overlappingsen en verbanden met demografische variabelen. Eindrapport van het Regioprojekt Nijmegen, deel 1, 1987
- GERARDS, F.M. Van kwaad tot erger? De geldigheid van de continuïteitshypothese in de psychosociale preventie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*; 40, no. 3, 1985, p. 243-258
- GOLDBERG, D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University press, 1972
- GOLDBERG, D. Detection and assessment of emotional disorders in a primary-care setting. *Internatio-*

GOLDBERG, D. The concept of a Psychiatric 'Case' in General Practice. *Social Psychiatry*; no. 1 1982, p. 61-65

GOLDBERG, D.P., B. BLACKWELL. Psychiatric illness in General Practice. A detailed study, using new method of case identification. *British Medical Journal*; no. 2, 1970, p.439-443

GOLDBERG, D., K. BRIDGES. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; Janua 1987, p. 15-18

GOLDBERG, D., C. KAY, L. THOMPSON. Psychiatric morbidity in general practice and the community. *Psychological Medicine*; no. 6, 1976a, p. 565-569

GOLDBERG, D.P., V.F. HILLIER. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychologic Medicine*; no. 9, 1979, p. 139-145

GOLDBERG, D., P. HUXLEY. *Mental illness in the community, the pathway to psychiatric care*. Londo Tavistock publications, 1980

GOLDBERG, D.P., K. RICKELS, R. DOWNING, P. HESBACKER. A comparison of two psychiatric screening tests. *British Journal of Psychiatry*; no. 129, 1976b, p. 61-67

GROL, R. (red.). *Huisarts en somatische fixatie. Theorie en praktijk van de preventie van somatisch fixatie*. Nijmegen, NUHI, 1981

HALFENS, R.J.G. *Locus of control: de beheersingsorientatie in relatie tot ziekte- en gezondheid gedrag*. Maastricht: RUL, 1985

HANKIN, J.R., D.M. STEINWACHS, D.A. REGIER, B.J. BURNS, I.D. GOLDBERG, E.W. HOEPER. Use of the general medical services by persons with mental disorders. *Archives of General Psychiatry*; no. 3: 1982, p. 225-231

HENDERSON, S., P. DUNCAN-JONES, D.G. BYRNE, R. SCOTT, S. ADCOCK. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; no. 60, 1979, p. 351-374

HEYENDAEL, P.H.J.M., J.W. FURER, P.P.G. HODIAMONT, P.G.M. PEER, E.J.H. TER HEINE. De waard van vijf screeningstests voor geestelijke (on)gezondheid. *Gezondheid en samenleving*; 7, no. 3, 1981 p. 138-144

HODIAMONT, P.P.G., S.H.J. VELING. Een model voor het bepalen van psychiatrische prevalentie: de relatie GHQ - PSE. *Tijdschrift voor psychiatrie*; 26, no. 8, 1984, p. 592-607

HOEPER, E.W., G.R. NYCZ, P.D. CLEARY, D.A. REGIER, I. GOLDBERG. Estimated prevalence of RDI mental disorder in primary medical care. *International Journal of Mental Health*; 8, no.2, 1979, p. 6-15

HOSMAN, C.M.H. *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1983

HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DEN HOOGEN, A.Th. VAN DE LOGT, A.J.A. SMITS. *Nerveus-functioneel*

klachten in de huisartspraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 128, no. 28, 1984, p. 1321-1327

HUYGEN, F.J.A. A family physician's concept of mental health. In: Visser, G.J., J.M. Bensing, B.P.R. Gersons, B. Maoz, C.Z. Margolis. *Mental Health and Primary Care. Dutch and Israeli experience*. Utrecht: Nivel, 1986

JENCKS, S.I. Recognition of Mental Distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA*, no. 253, 1985, p. 1903-1907

JOHNSTONE, A., D. GOLDBERG. Psychiatric screening in general practice. *The Lancet*; no. 20, March 1976, p. 605-608

KESSLER, R.C., J.A. REUTER, J.R. GREENLEY. Sex differences in the use of psychiatric outpatient facilities. *Social Forces*; no. 58, 1979, p. 557-571

KESSLER, L.G., P.D. CLEARY, J.D. BURKE. Psychiatric disorders in primary care. Results of a follow-up study. *Archives of General Psychiatry*; no. 42, 1985, p. 583-587

KESSLER, L.G., B.J. BURNS, S. SHAPIRO, G.L. TISCHLER, L.K. GEORGE, R.L. HOUGH, D. BODISON, R.H. MILLER. Psychiatric diagnosis of medical service users: evidence from the epidemiologic catchment area program. *American Journal of Public Health*; 77, no.1, 1987, p.18-24

KOETER, M.W.J., J. ORMEL, W. VAN DEN BRINK, W. DIJKSTRA, J. SCHOENMACKER, J. STAAL. De waarde van de GHQ als toestandsmaat. *Tijdschrift voor psychiatrie*; 29, no. 10, 1987, p. 667-679

LAMBERTS, H. Pobleemgedrag in de eerstelijns. *Huisarts en Wetenschap*; 18, no. 12, 1975, p. 492-502

LAMBERTS, H., B. HARTMAN. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. (Psychological and social problems in general practice). *Huisarts & Wetenschap*; 25, 1982, p. 333-342

LAMBERTS, H., M. WOOD (eds.). *ICPC, International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987

LISDONK, E.H. VAN DE. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken. Nijmegen: KUN, 1985

MANN, A.H., R. JENKINS, E. BELSEY. The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine*; no. 11, 1981, p. 535-550

MARI, J. DE J., P. WILLIAMS. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *Journal of Chronical Diseases*; 39, no. 5, 1986, p. 371-378

MOONEY, G. 1950. Geciteerd in: M. Groen, J.J. Smit. *Problemen van adolescenten op enkele middelbare scholen. Een uitgave van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, 1970. Hierin is een vertaling opgenomen van de Mooney Problem Checklist door J. Gooyen.*

ORMEL, J. Primaire preventie van veel voorkomende psychische stoornissen: hoe mogelijk is het onmogelijke? Een epidemiologische beschouwing. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*; 42, no. 12, 1987, p. 1358-1367

- ORMEL, J. e.a. Recognition, management, and outcome of psychological disorders in primary care: naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*; 1990 (nog niet gepubliceerd)
- SCHULBERG, H.C., M. SAUL, M. MCLELLAND, M. GANGULI, W. CHRISTY, R. FRANCK. Assessing depression in primary medical and psychiatric practices. *Archives of General Psychiatry*; 42, 1985, p. 1164-1170
- SHEPHERD, M., B. COOPER, A.C. BROWN, G. KALTON. *Psychiatric Illness in General Practice*. London: Oxford University Press, 1966
- SHEPHERD, M., B. COOPER, A.C. BROWN, G. KALTON. *Psychiatric illness in General Practice*, second edition. Oxford: Oxford University Press, 1981
- SZASZ, T.S., M.H. HOLLENDER. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of International Medicine*; 97, 1956, p. 585-592
- TANELLA, M., P. WILLIAMS. The spectrum of psychiatric morbidity in a defined geographical area. *Psychological Medicine*; no. 19, 1989, p. 765-770
- TARNOPOLSKY, A., D.J. HAND, E.K. MCLEAN, H. ROBERTS, R.D. WIGGINS. Validity and uses of screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal of Psychiatry*; no. 134, 1979, p. 508-515
- TENNANT, C. The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian populations. *The Medical Journal of Australia*; september 17 1977, p. 392-394
- VERHAAK, P.F.M., J. BOSMAN, M. FOETS, J. VAN DEN VELDEN. Psychosocial complaints in general practice: a national survey in the Netherlands. Nog niet gepubliceerd.
- VISSER, G.J. Huisartsen en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Deelonderzoek 2, project 'Samenwerking reguliere en alternatieve genezers'. Utrecht: Nivel, 1988
- WALLSTON, K.A., B.S. WALLSTON, R. DEVELLIS. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*; no. 6, 1978, p. 160-169
- WILKINSON, M.J.B., P. BARCZAK. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; July 1988, p. 311-313
- WILMINK, F.M. Patiënt, physician, psychiatrist. Assessment of Mental Health Problems in Primary Care Groningen: RUG, 1989
- WRIGHT, A.F., A.F. PERINI. Hidden psychiatric illness: use of the general health questionnaire in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; April 1987, p. 164-167

Bijlage 1 Operationaliseringen en rechte tellingen van de enquête

Inleiding

De enquête van de Beloop Studie bevat attitudelijsten, twee vragenlijsten over probleembeleving en een aantal biografische kenmerken.

In deze bijlage zal per vraag, zoals gesteld in de enquête, de bruikbaarheid van de lijsten voor dit onderzoek worden besproken. Hiervoor zijn onder andere factoranalyses gedaan. Deze analyses kunnen ook worden beschouwd als een verdere validering van de gebruikte lijsten die vrij recent zijn. Als aanvulling op de hier gepresenteerde resultaten zal steeds een korte weergave van de resultaten van andere onderzoekers worden gegeven. Per vraag zullen, als laatste, conclusies worden getrokken met betrekking tot de betrouwbaarheid van de schaal.

De biografische kenmerken zijn in het rapport aan bod gekomen en zullen hier niet meer worden besproken.

Een opmerking moet nog worden gemaakt. Voor patiënten die een aantal items per vragenlijst niet hebben ingevuld zijn tot op zekere hoogte toch somscores berekend. In deze bijlage is dat niet gebeurd, maar de in het rapport gepubliceerde cijfers betreffen steeds de gecorrigeerde somscores.

1. Houding van de patiënt ten opzichte van zijn of haar huisarts

Met deze lijst zou een kritische houding ten opzichte van de huisarts in het algemeen gemeten moeten worden. Uit de somscore zou dan blijken of men geneigd is een negatief oordeel uit te spreken over de huisarts, of dat men juist alles goed vindt wat de huisarts doet.

De lijst is opgezet door onderzoekers van de Nationale Studie.

Eén opmerking moet gemaakt worden bij de inhoud van de items. De eerste twee items van de lijst ("Verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist" en "Verwijst uw huisarts u wel eens naar een specialist wanneer u dat niet nodig achtte") lijken erg veel op elkaar. Voorgesteld wordt het eerste item te verwijderen uit de lijst, omdat het tweede item qua formulering lijkt op enkele andere items en daardoor meer deel van een geheel zou kunnen zijn.

Spreiding in voor- en nameting

De spreiding van alle items is in zowel de voor- als de nameting ronduit slecht (zie tabel 1). Bovendien zijn er bij verschillende items steeds veel ontbrekende waarden (gemiddeld 107 tijdens de voormeting en 113 tijdens de nameting). Op basis van deze resultaten moet worden geconcludeerd dat deze lijst niet gebruikt zou moeten

worden.

Voor de formulering van de items wordt verwezen naar bijlage 2, de enquête zelf.

Tabel 1: Frequentieverdeling per item in voor- en nameting voor de mate van tevredenheid met de huisarts, in percentages (N = 962)

item	Voormeting		Nameting	
	wel	niet	wel	niet
huisarts verwijst te snel	8.6	91.4	9.0	91.0
huisarts verwijst onnodig	1.2	98.8	0.7	99.3
huisarts geeft onnodig medicijn	4.4	95.6	4.4	95.6
huisarts weigert medic. te geven	18.6	81.4	18.8	81.2
huisarts neemt probleem niet ser.	22.5	77.5	24.8	75.2
huisarts wil geen visite maken	4.9	95.1	5.3	94.7
tijdens vakantie niet bereikbaar	19.8	80.2	18.4	78.7
's nachts niet bereikbaar	17.2	82.8	17.8	82.2

Correlaties in voor- en nameting

Om niet meteen de hele lijst weg te gooien zijn er correlaties tussen de items berekend. Zo valt te zien of alle items dezelfde richting op wijzen, en of zij dat dezelfde mate doen.

Tabel 2: Correlaties tussen alle items in de voormeting voor de mate van tevredenheid met de huisarts (N = 962)

item	1	2	3	4	5	6	7
1 = verwijst te snel	---						
2 = verwijst niet nodig	.50	---					
3 = medicijn niet nodig	.25	.42	---				
4 = medicijn wel nodig	.23	.26	.28	---			
5 = neemt niet serieus	.07	.09	.20	.25	---		
6 = wil niet langs komen	.22	.24	.16	.17	.18	---	
7 = vak. niet bereikbaar	.12	.18	.14	.20	.13	.28	---
8 = 's nachts niet bereikbaar	.14	.16	.14	.18	.09	.28	.72

Alle correlaties zijn significant, $p \leq .01$. Alle correlaties van .11 en hoger zijn significant, $p \leq .001$.

Uit de resultaten (zie tabel 2 en 3) blijkt dat alle items in bepaalde mate met elkaar samenhangen, waarbij de samenhang tussen de eerste 2 items en de samenhang tussen de laatste 2 items erg groot is. Dat de eerste 2 items grote samenhang vertonen is niet verwonderlijk gezien de bijna identieke formulering van de items. De samenhang tussen de andere items is echter niet groot. Op basis van deze resultaten kan niet worden geconcludeerd dat een somscore een goede statistische maat is voor deze lijst.

Tabel 3: Correlaties tussen alle items in de nameting voor de mate van tevredenheid met de huisarts (N = 962)

item	1	2	3	4	5	6	7
1 = verwijst te snel	--						
2 = verwijst niet nodig	.56	--					
3 = medicijn niet nodig	.20	.31	--				
4 = medicijn wel nodig	.20	.24	.30	--			
5 = neemt niet serieus	.12	.11	.18	.25	--		
6 = wil niet langs komen	.18	.28	.13	.21	.18	--	
7 = vak. niet bereikbaar	.10	.13	.17	.16	.07	.27	--
8 = 's nachts niet bereikbaar	.10	.14	.15	.18	.12	.31	.73

Alle correlaties zijn significant, $p \leq .01$. Alle correlaties van .11 en hoger zijn significant, $p \leq .001$.

Vergelijking met ander onderzoek

De lijst is vrij recent en nog niet gebruikt in ander onderzoek, op één uitzondering na. Deze uitzondering betreft een onderzoek naar de meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten met alternatieve geneeswijzen (Visser, 1988). De vragenlijst is door Visser zodanig aangepast dat een vergelijking met dit onderzoek niet mogelijk is.

Conclusie

De spreiding van en correlaties tussen de items is onvoldoende om te kunnen spreken van een schaal over tevredenheid met de huisarts. Gezien de antwoordcategoriën was voor deze lijst geen factoranalyse te doen. Deze vragenlijst verder niet gebruikt in dit onderzoek.

2. Nijmeegse Verwachtingen Lijst

Deze vragenlijst betreft de mate van afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts. Van de Lisdonk (1985) construeerde deze lijst van veel voorkomende aandoeningen die volgens de huisarts geen medische zorg vereisen maar door zelfzorg te verhelpen zijn. In de Beloop en Nationale Studie zijn 12 items opgenomen van de oorspronkelijke lijst van 23 items. Deze 12 items zouden in 3 dimensies te onderscheiden zijn: het raadplegen van de huisarts om redenen van diagnostische of therapeutische aard, of om herstel te bespoedigen. De overige items zijn in 2 dimensies verdeeld: het vertrouwen in zelfzorgactiviteiten en de overtuiging dat de aandoening vanzelf overgaat. Deze zijn niet opgenomen in enquêtes van de Nationale en Beloop Studie.

Spreiding in voor- en nameting

Tabel 4: Frequentieverdeling per item in de voormeting voor de verwachtingen ten opzichte van de huisarts bij aandoeningen die door zelfzorg te verhelpen zijn (N = 962)

item	++	+	±	-	--
bij diarree	13.5	20.0	36.5	19.2	10.8
kalmerende middelen	12.1	17.1	29.2	19.3	22.3
pijn in de nek	11.8	21.3	35.5	23.2	8.2
griep is sneller over	8.1	15.0	25.9	34.2	16.7
versterkende middelen	6.7	11.6	23.6	34.9	23.2
bij keelpijn	12.9	23.6	30.8	23.6	9.1
bij last van de maag	18.5	35.5	30.3	10.1	5.6
hoofdpijn laten nakijken	9.1	13.3	34.2	31.4	12.0
bij moe gevoel in arm	6.9	12.6	30.1	34.2	16.3
bij misselijkheid	9.6	14.7	30.5	33.0	12.2
bij verkoudheid	8.7	16.6	22.9	36.0	15.8
hoofdpijn sneller weg	6.4	12.9	33.6	32.7	14.4

Tabel 5: Frequentieverdeling per item in de nameting voor de verwachtingen ten opzichte van de huisarts bij aandoeningen die door zelfzorg te verhelpen zijn (N = 962)

item	++	+	±	-	--
bij diarree	10.6	20.1	33.5	26.2	9.5
kalmerende middelen	9.9	15.8	27.1	26.5	20.7
pijn in de nek	10.4	19.9	37.4	25.8	6.5
griep is sneller over	6.4	13.2	27.6	38.7	14.1
versterkende middelen	5.0	11.6	27.5	37.6	18.2
bij keelpijn	10.6	24.3	32.9	26.8	5.4
bij last van de maag	15.6	33.8	33.9	12.7	4.0
hoofdpijn laten nakijken	7.3	13.7	36.4	33.3	9.3
bij moe gevoel in arm	5.1	12.9	30.4	37.2	14.3
bij misselijkheid	8.6	13.7	32.4	35.6	9.8
bij verkoudheid	6.5	15.9	23.9	40.1	13.7
hoofdpijn sneller weg	5.7	10.4	32.6	38.6	12.7

Er zijn geen items die onvoldoende spreiden in deze lijst.

Factoranalyses in voor- en nameting

De factoranalyse leverde voor de voormeting in eerste instantie 2 factoren op met eigenwaarden van 6.2 en 1.0. De tweede factor leverde 8.4 % extra verklaarde variantie, zodat in totaal 59.7 % variantie wordt verklaard. Vier variabelen laadden op beide factoren. Hoewel de 2-factoroplossing meer variantie verklaart en hogere factorladingen vertoont dan een gedwongen 1-factoroplossing, wordt toch voor deze laatste gekozen. Redenen daarvoor zijn de gevonden 1-factoroplossing in de nameting, de voldoende mate van verklaarde variantie bij een 1-factoroplossing en de dubbele ladingen bij de 2-factoroplossing. De resultaten van voor- en nameting worden in tabel 6 getoond.

Tabel 6: Resultaten uit de factoranalyse, na varimax rotatie, in voor- en nameting voor de Nijmeegse Verwachtingen Lijst (N = 962)

item	Voormeting factorladingen		Nameting factorladingen	
	2-factor oplossing	1-factor oplossing		
verst.mid.	.44	.70	.79	.78
arm moe	.59	.49	.77	.78
hoofdpijn weg	.69		.77	.77
griep	.42	.66	.76	.76
hoofdpijn nak.	.82		.75	.75
keelpijn	.70		.75	.73
verkoudheid	.63	.42	.75	.72
misselijk	.78		.69	.71
maag	.64		.67	.70
kalm.mid.		.79	.67	.69
diarree		.76	.61	.64
nekpijn	.47		.59	.63
eigenwaarde	6.2	1.0	6.2	6.3
verkl.var.	51.3	8.4	51.3	52.3

Alle items blijken in voor- en nameting voldoende te laden op de gevonde dimensie. Deze dimensie wordt verder 'afhankelijkheid ten opzichte van de huisarts' genoemd.

Somscores in voor- en nameting

Onderstaande somscores zijn berekend over alle items. De range loopt van 1 (zeer afhankelijk van de huisarts) tot 60 (niet afhankelijk).

Tabel 7: Somscores in voor- en nameting voor 'afhankelijkheid' (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
12 - 23	61	7.0	7.0	65	7.3	7.3
24 - 35	244	27.9	34.9	226	25.4	32.7
36 - 47	435	49.7	84.6	447	53.5	86.2
48 - 60	135	15.4	100.0	123	13.8	100.0
ontbrekende cases =	88			72		
Cronbach's α =		0.91			0.91	
gemiddelde =		38.4			38.8	
stand.dev. =		9.7			9.3	

De somscore blijkt betrouwbaar gezien de hoge waarde voor Cronbach's alpha. De patiënten zitten goed verspreid over de somscores. Tijdens de nameting ($t = -2.41$, $p \leq .05$) voelen de patiënten zich gemiddeld minder afhankelijk van de huisarts dan tijdens de voormeting.

Vergelijking met ander onderzoek

Van de Lisdonk (1985) heeft zijn totale lijst (23 items in plaats van de 12 die in de Beloop Studie zijn gebruikt) geanalyseerd. Zijn onderzoek kan niet representatief worden genoemd. Uit vier praktijken zijn gezinnen geselecteerd. Uit elk gezin werden (zo mogelijk) meerdere respondenten verkregen. De steekproef van 277 personen bestaat uit 91 vaders, 108 moeders, 37 zoons en 41 dochters. Alle zoons en dochters zijn 15 jaar of ouder.

De analyses met betrekking tot de Nijmeegse Verwachtingen Lijst vertoonden de volgende resultaten. Alle items spreidden goed. Na varimax rotatie verklaarden de 2 gevonden factoren (eigenwaarden van 5 en ruim 2) bijna 32 % van de variantie. Op de eerste factor laadden de 12 items van de eerste drie dimensies (alle items die in de Beloop Studie zijn gebruikt). De factorladingen varieerden tussen de .48 en .67 op de eerste factor.

Na de factoranalyse werden scores aan de respondenten toegekend op basis van de eerste factor. De items die op de tweede factor laden werden buiten beschouwing gelaten. Van de Lisdonk deelde zijn respondenten in drie en in op grond van de totale gemiddelde score van de items die op de eerste factor laadden. Op deze manier ontstonden en die zich meer, gemiddeld of minder afhankelijk van een arts beschouwden bij alledaagse aandoeningen.

In vergelijking met de Beloop Studie komen de resultaten van Van de Lisdonk er wat karig af. De verklaarde variantie, factorladingen en eigenwaarden die hier gevonden zijn, zijn allen hoger dan bij Van de Lisdonk. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door de afwijkende steekproeven en items.

Conclusie

De resultaten van de Nijmeegse verwachtingen lijst in de Beloop Studie, verder ook wel 'afhankelijkheid' genoemd, zijn zeer bevredigend te noemen. De schaal blijkt voldoende betrouwbaar en de patiënten zitten goed verspreid over de scores.

3. Health Locus of Control

Halfens (1985) heeft deze lijst uit het engels vertaald. De oorspronkelijke auteur zijn Wallston e.a. (1978). De schaal meet in welke mate de patiënt vindt dat zijn ziekte of gezondheid door zichzelf, de huisarts of door toeval wordt bepaald.

Spreiding in voor- en nameting

In beide metingen spreiden de items 'ziekte door eigen schuld' en 'gezondheid bepaald door artsen' slecht (zie tabel 8 en 9). De spreiding van de items 'bij vloeding van gezondheid door artsen', 'genezen door geluk' en 'naar de huisarts gaan voor het voorkomen van een ziekte' is in beide metingen niet echt voldoende. Gezien de resultaten van Halfens (zie onder 'Vergelijking met ander onderzoek' wordt besloten alle items bij de factoranalyse te betrekken.

Tabel 8: Frequentieverdeling per item in de voormeting voor de health locus control (N = 962)

item	++	+	±	-	--
ziek word ik toch	5.3	11.4	16.6	38.5	28.2
beter worden ligt aan mezelf	11.9	24.6	25.0	30.0	8.5
gezondheid door aanleg	10.1	21.9	25.8	31.7	10.5
herstel ziekte door arts	8.2	17.0	23.1	43.9	7.9
arts wanneer niet goed	7.3	19.2	26.9	38.6	8.0
ziekte voorkomen, zorgen	18.3	31.5	20.3	24.4	5.5
doe wat de huisarts zegt	8.5	14.4	16.0	45.5	15.7
door eigen schuld ziek	1.3	3.3	5.5	59.8	30.1
invloed arts op gezondheid	2.3	9.4	12.9	53.6	21.8
genezen door geluk	3.5	10.8	12.4	50.7	22.6
gezondheid bepaal jezelf	17.2	33.3	27.9	17.9	3.7
door toeval ziek	5.3	23.6	20.7	42.6	7.7
artsen bepalen gezondheid	3.1	4.9	5.9	50.5	35.6
gezondheid in eigen hand	10.7	18.3	24.1	35.9	11.0
gezondheid door toeval	4.3	15.1	22.0	42.1	16.5
sneller beter door jezelf	8.5	22.9	27.9	34.8	6.0
ziek, niets aan te doen	10.1	29.4	22.0	31.1	7.5
ziekte voorkomen, huisarts	4.8	9.7	12.0	48.1	25.4

Tabel 9: Frequentieverdeling per item in de nameting voor de health locus of control
(N = 962)

item	++	+	±	-	--
ziek word ik toch	3.6	11.1	17.0	46.2	21.6
beter worden ligt aan mezelf	8.0	26.3	27.8	30.7	6.2
gezondheid door aanleg	7.9	22.3	27.1	32.4	10.3
herstel ziekte door arts	6.5	16.7	22.0	46.7	8.1
arts wanneer niet goed	5.9	19.6	29.0	39.3	6.2
ziekte voorkomen, zorgen	14.9	30.2	23.4	25.6	5.9
doe wat de huisarts zegt	6.0	15.9	14.6	47.3	16.2
door eigen schuld ziek	1.3	3.0	6.1	63.4	26.2
invloed arts op gezondheid	4.0	8.4	12.0	56.5	19.2
genezen door geluk	3.1	9.9	14.6	53.2	19.3
gezondheid bepaal jezelf	13.0	29.7	32.2	21.4	3.7
door toeval ziek	2.1	20.0	25.6	43.5	8.8
artsen bepalen gezondheid	2.2	4.3	5.9	56.5	30.7
gezondheid in eigen hand	7.9	17.2	23.6	41.2	10.1
gezondheid door toeval	3.3	15.2	23.8	45.4	12.3
sneller beter door jezelf	5.5	24.3	30.1	35.0	5.0
ziek, niets aan te doen	7.8	28.1	23.4	32.5	8.2
ziekte voorkomen, huisarts	4.8	9.7	11.7	52.4	21.4

Tabel 10: Resultaten uit de factoranalyse in voor- en nameting voor de Heal Locus of Control (N = 962)

item	voormeting			nameting		
	arts	zelf	kans	arts	zelf	kans
herstel ziekte door arts	.72			.77		
doe wat de huisarts zegt	.72			.73		
ziekte voorkomen, arts	.70			.69		
invloed arts op gezondh.	.67			.65		
artsen bepalen gezondh.	.65			.63		
arts wanneer niet goed	.65			.72		
sneller beter door zelf		.78			.79	
gezondheid in eigen hand		.76			.77	
gezondheid bepaal jezelf		.76			.72	
beter worden door jezelf		.71			.66	
ziekte voorkomen, zorgen		.60			.62	
door eigen schuld ziek		.45			.43	
gezondheid door toeval			.75			.75
door toeval ziek			.64			.71
gezondheid door aanleg			.63			.60
gezezen door geluk			.59			.62
ziek, niets aan te doen			.53			.48
ziek word ik toch			.50			.39
eigenwaarde	3.9	2.9	1.6	4.0	2.8	1.6
verkl.var.	21.7	15.9	9.0	22.1	15.8	9.2

De factoranalyse voor de nameting leverde in eerste instantie 4 factoren op. De items "wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk toch" en "als ik ziek word, dat word ik het toch, daar kan niemand iets aan doen" bleken op een aparte factor te laden. Inhoudelijk was deze oplossing niet te interpreteren. Hierom en om de vergelijkbaarheid met de voormeting zo groot mogelijk te houden en omdat de resultaten met een gedwongen 3-factoroplossing voldoende waren, is in tabel 10 alleen de 3-factoroplossing getoond.

De resultaten van de factoranalyse zijn in beide metingen voldoende te noemen. Het laatste item "wat ik ook doe, ziek wordt ik waarschijnlijk toch" heeft een lage factorlading in de nameting. Ook hier wordt nog op in gegaan onder punt 4. De items zijn duidelijk te verdelen op drie dimensies, zelf-, arts- en kansoriëntatie.

Somscores in voor- en nameting

De somscores zijn berekend per schaal. Elke schaal bestaat uit 6 items. De scores kunnen steeds variëren tussen de 6 (sterk georiënteerd op deze dimensie) en 30

(zwak georiënteerd). Patiënten die 1 of meer items per deelschaal niet hebben ingevuld zijn ontbrekende cases.

Zoals uit onderstaande tabellen blijkt zijn de 3 schalen betrouwbaar en zitten de patiënten goed verspreid over de scores. De verdelingen in voor- en nameting voor arts- en kansoriëntatie wijken niet van elkaar af (resp. $t = -.03$ ($p \leq .98$) en -1.08 ($p \leq .29$)). De patiënten zijn gemiddeld meer intern georiënteerd tijdens de nameting dan tijdens de voormeting ($t = -2.59$ ($p \leq .01$)).

Tabel 11: Somscores in voor- en nameting voor 'zelforiëntatie' (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
6 - 11	59	6.4	6.4	34	3.7	3.7
12 - 17	304	33.0	39.4	294	32.0	35.7
18 - 23	430	46.6	86.0	457	49.8	85.5
24 - 29	124	13.5	99.5	129	14.1	99.6
30 - 36	5	0.5	100.0	4	0.4	100.0
ontbrekende cases =	41			45		
Cronbach's α =	0.81			0.83		
gemiddelde =	18.7			19.0		
stand.dev. =	4.4			4.2		

Tabel 12: Somscores in voor- en nameting voor 'artsoriëntatie' (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
6 - 11	31	3.4	3.4	24	2.6	2.6
12 - 17	106	12.8	16.2	129	13.9	16.5
18 - 23	386	42.6	58.8	394	42.4	58.9
24 - 29	372	39.9	98.7	375	40.5	99.4
30 - 36	12	1.3	100.0	6	0.6	100.0
ontbrekende cases =	56			35		
Cronbach's α =	0.84			0.79		
gemiddelde =	21.8			21.7		
stand.dev. =	4.4			4.4		

Tabel 13: Somscores in voor- en nameting voor 'kansoriëntatie' (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
6 - 11	18	2.0	2.0	15	1.6	1.6
12 - 17	183	20.6	22.6	181	19.8	21.4
18 - 23	466	52.4	75.0	506	55.4	76.8
24 - 29	217	24.4	99.4	206	22.5	99.3
30 - 36	5	0.6	100.0	6	0.7	100.0
ontbrekende cases =	74			49		
Cronbach's α =	0.77			0.77		
gemiddelde =	20.5			20.5		
stand.dev. =	4.2			4.0		

Vergelijking met ander onderzoek

Halfens heeft een steekproef van 882 patiënten uit een panelonderzoek onderzocht. Deze steekproef is niet representatief omdat alleen mensen (20 tot 64 jaar) die in een huishouden wonen voor het panel zijn geselecteerd.

De spreiding van de items over ziekte door eigen schuld en gezondheid bepaald door artsen is bij Halfens niet voldoende. De factoranalyse leverde wel de drie gewenste dimensies op (eigenwaarden 3.9, 2.3, 1.7, verklaarde variantie resp. 22, 13 en 9 %), de factorladingen zijn echter niet geweldig. Deze variëerden tussen 0.38 en .69. Onder de .40 laadden de items over ziek worden door eigen schuld en wat ik ook doe, ziek wordt ik waarschijnlijk toch. Deze resultaten komen in grote mate overeen met die van de Beloop Studie. De betrouwbaarheid van de schalen was bij Halfens .68 (zelforiëntatie), .78 (artsoriëntatie) en .70 (kansoriëntatie). Deze cijfers liggen voor de Beloop Studie hoger.

De gemiddelde somscore per schaal was bij Halfens 22.4 voor zelforiëntatie, 19.5 voor artsoriëntatie en 19.5 voor kansoriëntatie (standaard devianties resp. 4.3, 5.0 en 5.1). Voor de Beloop Studie liggen deze cijfers iets anders: 18.7 in de voor- en 19.0 in de nameting voor zelforiëntatie (standaard deviatie = 4.4 en 4.2), 21.8 in de voor- en 21.7 in de nameting voor artsoriëntatie (standaard deviatie = 4.4 in beide metingen), en 20.5 in de voor- en nameting voor kansoriëntatie (standaard deviatie = 4.2 en 4.0). De verschillen tussen Halfens en de Beloop Studie zijn niet groot.

Conclusie

De schaal voor health locus of control in de Beloop Studie is betrouwbaar. Er zijn enkele items die slecht laden of slecht spreiden, maar de betrouwbaarheid lijkt daar niet onder te lijden.

In vergelijking met Halfens zijn de resultaten van de factoranalyse en betrouwbaarheid in de Beloop Studie wat beter. De verdeling naar somscores verschilt iets tussen de twee onderzoeken.

4. General Health Questionnaire

Om psychiatrische aandoeningen bij patiënten in de eerste lijn op te sporen heeft Goldberg (1972) de General Health Questionnaire ontworpen. In deze studie is de versie van 30 items gebruikt. De score per vraag bestaat uit een 0 of een 1, 0 voor 'helemaal niet' en 'hetzelfde als anders', en 1 voor 'meer dan anders' en 'veel meer dan anders'. De somscore per patiënt wordt verkregen door sommering over de items. De GHQ-score is een schatting van de waarschijnlijkheid dat iemand een psychiatrische casus is. Een GHQ-score houdt in dat de betreffende patiënt een bepaalde plaats inneemt op een as van normaliteit naar geestesziekte.

Gezien de vele onderzoeken die gedaan zijn met en over dit instrument, is het niet meer nodig de betrouwbaarheid en validiteit van deze schaal te bepalen (zie Bellantuono e.a., 1987, Berwick e.a., 1987, Cleary e.a., 1982, Goldberg, 1972, 1979, Goldberg e.a. 1976b, 1987, Heyendael e.a., 1986, Hodiamont e.a., 1984, Hoeper e.a., 1984, Johnstone en Goldberg, 1976, Koeter e.a., 1987, Mari en Williams, 1986, Tarnopolsky e.a., 1979, Tennant, 1977, Wilkinson e.a., 1988, Wright en Perini, 1987). Er wordt daarom direct over gegaan tot het berekenen van somscores.

Somscores in voor- en nameting

Als de grens tussen case en non-case gelegd wordt tussen 4 en 5 blijkt 37.7 % van de patiënten in de voormeting en 35 % in de nameting case te zijn. Deze 'drempelwaarde' van 5 wordt door Goldberg e.a. als standaard aangehouden.

Tabel 14: Somscores in voor- en nameting voor de GHQ (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
0	304	34.0	34.0	321	35.9	35.9
1	104	11.6	45.7	125	14.0	49.9
2	56	6.3	52.0	61	6.8	56.7
3	55	6.2	58.1	40	4.5	61.2
4	37	4.1	62.3	34	3.8	65.0
5	26	2.9	65.2	31	3.5	68.5
6	30	3.4	68.5	25	2.8	71.3
7	26	2.9	71.4	22	2.5	73.7
8	23	2.6	74.0	21	2.3	76.1
9	18	2.0	76.0	12	1.3	77.4
10 en +	214	24.0	100.0	202	22.6	100.0
ontbrekende cases =	70			69		
Cronbach's α =	0.91			0.94		
gemiddelde =	5.7			5.1		
stand.dev. =	7.5			6.9		

Tijdens de nameting hebben de patiënten minder psychiatrische problemen volgens de GHQ dan tijdens de voormeting ($t = 2.46$, $p \leq .05$).

Vergelijking met ander onderzoek

Deze resultaten worden vergeleken met onderzoeken uit Nederland, Engeland en Australië.

Het Nederlandse onderzoek betreft het Regioprojekt Nijmegen (Furer e.a., 1987). Onder een representatieve steekproef Nijmegenaren en mensen uit de regio Nijmegen is onder andere de GHQ afgenomen. Van alle respondenten (dus stad plus regio, N = 3232) gaf 34.2 % aan dat er bij hen geen sprake was van GHQ-symptomen, 43.1 % gaf 1 tot 4 symptomen aan, 14.3 % noemde tenminste 5 maar minder dan 10, terwijl 8.4 % er 10 of meer aangaf. De groep cases (22.7 %) is bij het Regioprojekt aanzienlijk kleiner.

Het engelse onderzoek werd gehouden bij één huisarts (Goldberg e.a., 1976a). Onder een representatieve steekproef van 213 huisartspatiënten (geen bezoekers) en 365 huisartsbezoekers werd de GHQ afgenomen. De gemiddelde GHQ-score onder de huisartspatiënten was 6.3 en onder de huisartsbezoekers 11.4. De gemiddelde score ligt voor de Beloop Studie beduidend lager (5.7 in de voormeting en 5.1 in de nameting).

Het onderzoek uit Australië (Henderson e.a., 1979) betreft een populatie onderzoek. Henderson e.a. hebben een representatieve steekproef getrokken uit alle Engels sprekende inwoners van Canberra van 18 jaar en ouder. Door de scores van mannen en vrouwen op te tellen en te percenteren over de gehele steekproef kon

een vergelijking met de hier gepresenteerde resultaten worden gemaakt. Bijna 64 % van de bevolking in Canberra scoorde 0 tot 2 op de GHQ-30. Van de patiënten van de Beloop Studie scoorde 52 % tijdens de voormeting en 57 % tijdens de nameting in deze categorie. De percentages patiënten die 10 of hoger scoren zijn voor de Beloop Studie 24 en 23 % (voor resp. voor- en nameting) en voor Canberra 10 %.

Conclusie

De GHQ op zich is een goede en betrouwbare maat voor psychiatrische aandoeningen. De spreiding van de patiënten over deze maat is voldoende om hem te gebruiken.

In vergelijking met ander onderzoek scoren respondenten van de Beloop Studie op de GHQ hoger dan een representatieve steekproef uit Nijmegen en Canberra, en lager dan een groep huisartsbezoekers in Engeland. Dit is niet verwonderlijk gezien het feit dat deze patiënten geselecteerd zijn op grond van het presenteren van psychische of psychosomatische klachten.

Deze maat moet de kans op ernstige psychiatrische problematiek aangeven. De veronderstelling daarbij is dat een hogere GHQ-score een indicatie is voor een grotere kans op psychiatrische problematiek.

5. Biografische Problemen Lijst

De Biopro, zoals die in de Nationale en Beloop Studie aan de patiënten is voorgelegd, is afkomstig van Mooney (Mooney Problem Checklist, 1950). Diekstra e.a. (1977) hebben de lijst voor het eerste naar het nederlands vertaald. Hosman (1983) heeft daar wat aanpassingen op gemaakt. De versie die wij gebruiken is weer een aanpassing van de versie van Hosman, gemaakt door onderzoekers van het Regio-project Nijmegen (Furer e.a., 1987). De vragenlijst is inmiddels zo veranderd dat alleen een vergelijking met het Regio-project nog zin heeft.

De Biopro is een maat voor probleembeleving naar aard van de problemen. Patiënten wordt gevraagd bij elk (van de 22) probleem aan te geven of zij op dit moment daarop moeilijkheden ervaren. Alle ja-antwoorden worden gesommeerd.

Spreiding in voor- en nameting

De meeste problemen hebben patiënten met de toekomst in het algemeen, met wat ze van zichzelf vinden en met hun eigen ontwikkeling (zie tabel 15).

Tabel 15: Frequentieverdeling per item in de voor- en nameting voor de Biopro (= 962)

item	voormeting			nameting		
	nee	ja	nvt	nee	ja	nvt
financiën	84.3	15.7		86.6	13.4	
huisvesting	86.4	13.6		88.7	11.3	
ouders	87.2	12.8	43	91.4	8.6	9
studie	96.5	3.5	86	96.3	3.7	22
werk	79.9	20.1	45	81.5	18.5	11
ouder worden	86.2	13.8		88.3	11.7	
relatie met partner	85.4	14.6	30	87.4	12.6	4
kinderen	90.5	9.5	85	91.5	8.5	17
andere bel. personen	84.2	15.8		85.4	14.6	
contacten met anderen	80.8	19.2		83.2	16.8	
sexualiteit	83.0	17.0		86.0	14.0	
godsdienst	90.5	9.5	11	92.3	7.7	1
eigen ontwikkeling	74.1	25.9		75.1	24.9	
mening over jezelf	67.3	32.7		70.3	29.7	
toekomst	68.2	31.8		71.3	28.7	
alcohol, drugs	90.3	9.7		91.8	8.2	
alleen zijn	84.2	15.8		86.3	13.7	
veranderingen	76.6	23.4		78.4	21.6	
leefsituatie	89.7	10.3		90.7	9.3	
vrije tijd	90.8	9.2		92.1	7.9	
leven dat je leidt	81.9	18.1		84.5	15.5	
andere	76.7	23.3		80.7	19.3	

Faktoranalyses in voor- en nameting

De items over financiën en alcohol en drugs blijken geen voldoende lading te hebben op een van de factoren. De resultaten van de faktoranalyses zijn niet van belang voor verdere analyses omdat het hier een simpele optelling van probleemgebieden betreft, waar geen dimensies aan worden ontleend. Vandaar dat geen resultaten van faktoranalyses voor de nameting worden gepresenteerd.

Tabel 16: Resultaten uit de factoranalyse in de voormeting voor de Biopro (N = 962)

item	factorladingen						
contacten met and.	.75						
vrije tijd	.72						
alleen zijn	.65						
mening over jezelf	.57						
sexuele problemen		.62					
relatie met partn.		.61					
ouders		.59					
andere bel. pers.		.45					
toekomst			.69				
veranderingen			.65				
andere			.55				
leven dat je leidt	.41	.44					
huisvesting				.81			
leefsituatie				.78			
financiën							
kinderen					.81		
werk						.77	
eigen ontwikkeling						.44	
ouder worden						.43	
studie							.64
godsdienst							.56
alcohol, drugs							
eigen waarden	3.9	1.4	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0
verkl.var.	17.9	6.5	6.2	5.7	5.3	5.1	4.7

Somscores in voor- en nameting

Tabel 17: Somscores in voor- en nameting voor de Biopro (N = 962)

	Voormeting			Nameting		
	N	perc.	cum.perc	N	perc.	cum.perc
0	170	21.6	21.6	192	26.8	26.8
1 - 2	237	30.2	51.8	213	29.7	56.6
3 - 4	141	17.6	69.5	133	18.5	75.1
5 - 7	152	19.3	88.8	120	16.8	91.9
8 - 10	62	7.9	86.7	35	4.9	96.8
11 of +	26	3.3	100.0	23	3.2	100.0
ontbrekende cases =	177			247		
Cronbach's α =	0.76			0.78		
gemiddelde =	3.15			2.84		
stand.dev. =	3.06			3.06		

Somscores zijn berekend over alle items. Het gaat hier om een indicatie van het aantal problemen die mensen op een bepaald ogenblik hebben. De score kan variëren tussen de 0 (geen psychosociale problemen) en 22 (op alle psychosociale terreinen problemen). Patiënten die 1 of meer items niet ingevuld hebben, zijn zogenaamde ontbrekende cases.

De meerderheid van de patiënten heeft op minstens 1 psychosociaal terrein problemen (78.4 en 73.2 %). Tijdens de voormeting hebben de patiënten gemiddeld meer psychosociale problemen dan tijdens de nameting ($t = 3.38, p \leq .001$).

Vergelijking met ander onderzoek

De onderzoekers van het Regioprojekt Nijmegen (Furer e.a., 1987) hebben geen resultaten van factoranalyses gepubliceerd. De problemen die het meest ervaren werden in Nijmegen en omgeving waren 'toekomst' en 'veranderende maatschappij'. 75 % van de patiënten gaf aan op 1 of meer terreinen problemen te hebben. Deze cijfers lijken erg veel op die van de Beloop Studie.

Conclusie

De betrouwbaarheid van een schaal voor psychosociale problemen is niet erg groot. Het gaat hier echter om een grove indicatie van het aantal ervaren psychosociale problemen. Gezien de spreiding over de somscores en de Cronbach alpha is de Biopro een bruikbare maat.

Bijlage 2.1 Enquête

Toelichting

Om het werk van de Nederlandse huisarts in kaart te brengen doet het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht een landelijk onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Van de patiënten die onlangs bij de huisarts zijn geweest, benaderen we er honderd om aan een onderzoek mee te doen.

Het doel van het onderzoek is na te gaan:

- welke klachten en ziekten mensen hebben en wat die klachten te maken hebben met het welbevinden;
- wat mensen vinden van hun huisarts.

Het gaat bij dit onderzoek enkel om een algemeen idee over de klachten die bij de huisarts worden besproken.

Hoewel sommige vragen erg persoonlijk lijken, gaat het ons niet om inzicht in u als persoon, maar om het soort klachten dat men in het algemeen bij de huisarts presenteert. Noch de onderzoekers, noch uw huisarts krijgen inzage in uw formulier. De verdere verwerking zal strikt anoniem geschieden.

Ten slotte is het voor ons onderzoek van belang dat deze vragenlijst over ongeveer een jaar nog eens wordt ingevuld. Tegen die tijd krijgt u van ons weer een lijst toegestuurd.

De vragen zijn zodanig gesteld dat u kunt volstaan met het aankruisen van het voor u geldende antwoord.

We danken u hartelijk voor uw medewerking!

We beginnen deze vragenlijst met een aantal eenvoudige persoonsgegevens.

1. Geslacht
- man
- VROUW
-

2. Wat is uw geboortedatum?

dag

maand

jaar

3. Wat is uw burgerlijke staat?

gehuwd (inclusief gescheiden van tafel en bed)

gescheiden

weduwe/weduwenaar

nooit gehuwd geweest

4. Woont u samen met een vaste partner?

ja

nee

5. Nationaliteit:

6. Geboorteland:

7. Wat was uw laatste betaalde baan?

8. Wat is uw hoogste voltooide opleiding?

9. Lijdt u aan chronische ziekten of handicaps?

10. Hoe vaak bezocht u het afgelopen jaar de huisarts?

..... maal.

ja, meer dan eens ja, een enkele keer nooit weet niet/
n.v.t.

11. Verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist?

12. Verwijst uw huisarts u wel eens naar een specialist wanneer u dat niet nodig achtte?

13. Schrijft uw huisarts u wel eens medicijnen voor, wanneer u dat niet nodig achtte?

14. Schrijft uw huisarts wel eens géén geneesmiddel voor, wanneer u vond dat het wèl nodig was?

15. Hebt u wel eens het gevoel gehad dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieus nam?

16. Hebt u wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken, u thuis niet wilde bezoeken?

17. Heeft het u verontrust dat uw huisarts of de vervanger tijdens de weekends en vakantieperiodes niet goed te bereiken is?

18. Heeft het u verontrust dat uw huisarts of de vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is?

-
19. Met een middel van je huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt.
-
20. Kalmerende middelen die de huisarts je kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt.
-
21. Een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat per se behandeld moet worden.
-
22. Als je griep hebt, gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept.
-
23. Als je je hangerig en moe voelt, helpen versterkende middelen van de huisarts het beste.
-
24. Keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien.
-
25. Als je last van je maag hebt, kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet.
-
26. Als je hoofdpijn hebt laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren.
-
27. Door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbezoek.

helemaal mee deels eens, mee helemaal
mee eens eens deels oneens oneens mee

28. Als je misselijk bent en moet overgeven, kun je het beste maar naar de huisarts gaan, want je kunt niet weten wat er achter kan steken.

29. Voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen.

30. Door doktersbehandeling kom je sneller van je hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet.

dat is dat is dat is dat is dat is
beslist zo eigenlijk niet zo beslist
zo wel zo niet zo

31. Wat ik ook doe, ziek word ik waarschijnlijk
toch

32. Als ik ziek ben ligt het aan mijzelf hoe
snel ik beter word.

33. Mijn goede gezondheid is grotendeels een
kwestie van aanleg of geluk.

34. Als ik van een ziekte herstel, heb ik dit
toch vooral te danken aan mijn arts.

35. Als ik me niet goed voel, moet ik eigenlijk
een arts raadplegen.

36. Als ik goed voor mezelf zorg, kan ik ziekte
voorkomen.

37. Wat betreft mijn gezondheid kan ik alleen
maar doen wat de dokter zegt.

38. Als ik ziek wordt dan is dat mijn eigen
schuld

39. Artsen hebben er veel invloed op of ik
gezond blijf of niet.

40. Hoe snel ik van een ziekte zal genezen,
wordt grotendeels door geluk bepaald.

dat is dat is dat is dat is dat is
beslist zo eigenlijk niet zo beslist
zo wel zo niet zo

41. Mijn gezondheid wordt in de eerste plaats
bepaald door wat ik zelf doe.

42. De meeste dingen waardoor ik ziek word
overkomen mij bij toeval.

43. Artsen bepalen mijn gezondheid.

44. Ik heb mijn gezondheid in eigen hand.

45. Of ik gezond blijf is een kwestie van
toevallige gebeurtenissen.

46. Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik
van een ziekte zal genezen.

47. Als ik ziek word dan word ik het toch,
daar kan niemand iets aan doen.

48. De beste manier voor mij om ziekte te voor-
komen is regelmatig de huisarts te raadplegen.

Heeft u de afgelopen vier weken of bent u de afgelopen vier weken:

49. onrustig geslapen of bent u vaak wakker geworden
's nachts?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

50. het gevoel gehad dat over het geheel genomen
de dingen goed aanpakt?

beter dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder goed dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

51. warmte en genegenheid kunnen voelen voor de
mensen die u dierbaar zijn?

beter dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder goed dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

52. gemakkelijk met andere mensen overweg gekund?

beter dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder goed dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

53. veel tijd besteed aan zo hier een daar een
praatje maken?

meer tijd dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

54. het gevoel gehad dat u zinvol bezig bent?

meer tijd dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

55. het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de afgelopen vier weken of bent u de afgelopen vier weken:

56. het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

57. het leven één voortdurende strijd gevonden?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

58. plezier gehad in dagelijkse bezigheden?

meer dan gewoonlijk
hetzelfde als gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder dan gewoonlijk

59. de dingen zwaar opgenomen?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

60. het gevoel dat alles u teveel wordt?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

61. het gevoel dat u leven totaal uitzichtloos is?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

62. het gevoel gehad dat het leven de moeite niet waard is?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de afgelopen vier weken of bent u de afgelopen vier weken:

63. door zorgen veel slaap tekort gekomen?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

64. evenveel het huis uitgegaan als gewoonlijk?

meer dan gewoonlijk
net zoals gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder dan gewoonlijk

65. tevreden over de manier waarop u uw taken vervult?

meer tevreden dan gewoonlijk
ongeveer zoals gewoonlijk
minder tevreden dan gewoonlijk
veel minder tevreden

66. wel eens zomaar bang geworden of in paniek geraakt?

helmaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

67. in staat geweest uw probleem onder ogen te zien?

beter dan gewoonlijk
hetzelfde als gewoonlijk
minder goed in staat dan
gewoonlijk
veel minder goed in staat

68. het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

69. hoopvol gestemd geweest over uw eigen toekomst?

meer dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde
minder dan gewoonlijk
veel minder hoopvol

Heeft u de afgelopen vier weken of bent u de afgelopen vier weken:

70. steeds maar zenuwaching en gespannen geweest?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

71. wel eens zo zenuwachtig geweest dat u niets
meer kon doen?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

72. kunnen concentreren op uw bezigheden?

beter dan gewoonlijk
net als gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder dan gewoonlijk

73. heeft u zich net zo goed kunnen redden als de
meeste andere mensen als ze in uw schoenen
stonden?

beter dan de meesten
ongeveer hetzelfde
minder goed
veel minder goed

74. heeft u zich goed kunnen bezighouden?

beter dan gewoonlijk
net als gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder goed dan gewoonlijk

75. in staat gevoeld om over dingen beslissingen
te nemen?

meer dan gewoonlijk
hetzelfde als gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder dan gewoonlijk

76. ongelukkig en neerslachtig gevoeld?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

Heeft u de afgelopen vier weken of bent u de afgelopen vier weken:

77. als een waardeloos iemand beschouwd?

helemaal niet
niet meer dan gewoonlijk
meer dan gewoonlijk
veel meer dan gewoonlijk

78. alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

meer dan gewoonlijk
ongeveer hetzelfde als gewoonlijk
minder dan gewoonlijk
veel minder dan gewoonlijk

79. Heeft u problemen met uw financiën?

Voorbeelden: u hebt te weinig zakgeld; u kunt uw schulden nauwelijks of niet betalen; u kunt de touwtjes niet aan elkaar knopen; u hebt geen vast inkomen.

80. Heeft u problemen met het wonen of met uw huisvesting?

Voorbeelden: uw woning is te klein of te groot; u heeft gebrek aan privacy; u woont in een onprettige omgeving; u kunt geen huis vinden; u heeft last van lawaai of stank.

81. Heeft u problemen in de relatie met uw ouders?

Voorbeelden: u heeft meningsverschillen met ze; u kunt slecht met ze opschieten; ze bemoeien zich teveel met uw leven.

82. Heeft u problemen met de studie of opleiding die u volgt?

Voorbeelden: de studie bevalt u niet, u kunt het studietempo niet volgen, de studie biedt geen perspectief op een baan.

83. Heeft u problemen met uw werk of baan?

Voorbeelden: u kunt niet aan de slag komen; u dreigt ontslagen te worden; het werk bevalt u niet; u krijgt weinig waardering voor uw werk; u verdient te weinig; de werksfeer is slecht.

84. Heeft u problemen met het ouder worden?

Voorbeelden: u vindt het moeilijk te aanvaarden dat u ouder wordt; u heeft er moeite mee om met pensioen te gaan; u hebt het gevoel dat u veel minder aankunt dan vroeger.

85. Heeft u problemen in de relatie met uw partner?
(man, vrouw, verloofde, vaste vriend/vriendin)

Voorbeelden: u weet niet zeker of hij/zij de juiste partner voor u is; u stoort zich aan zijn/haar gewoonte; u bent bang hem/haar te verliezen; uw huwelijk gaat slecht.

86. Heeft u problemen met uw kinderen?

Voorbeelden: u hebt veel meningsverschillen; ze zijn tegen uw zin zelfstandig gaan wonen; ze doen het slecht op school; ze gaan met verkeerde vrienden om.

87. Heeft u problemen met andere personen die voor u belangrijk zijn?

Voorbeelden: u hebt een slechte verstandhouding met iemand van uw broers of zusters, met een vriend of vriendin ; met naaste familieleden; met collega's

88. Heeft u problemen met contacten met anderen?

Voorbeelden: u hebt moeite met het leggen van contacten met andere mensen; met het maken van kennissen; u hebt moeite met het op gang brengen en het op gang houden van een gesprek; u krijgt te weinig bezoek; u gaat zelf te weinig op bezoek; u wilt meer contact hebben.

89. Heeft u seksuele problemen?

Voorbeelden: u heeft met uw partner conflicten op seksueel gebied; het vrijen is een probleem voor u; u bent seksueel teveel geremd; u hebt te weinig seksuele aantrekkingskracht.

90. Heeft u problemen met de godsdienst?

Voorbeelden: u twijfelt sterk aan de inzichten die de kerk u biedt; u denkt andere over de godsdienst dan uw familie; u hebt problemen met de kerk of met kerkdiensten.

91. Heeft u problemen met het feit dat u te weinig gelegenheid hebt om uzelf te ontplooien of te ontwikkelen?

Voorbeelden: u zou bepaalde dingen wel willen leren; u zou meer willen doen aan sport, muziek, hobbies, enz.

92. Heeft u problemen met wat u van uzelf vindt?

Voorbeelden: u heeft te weinig zelfvertrouwen; u voelt zich vaak onzeker; u maakt zich zorgen over kleine dingen; u voelt zich minderwaardig; u bent verlegen en durft te weinig

93. Maakt u zich zorgen over wat de toekomst gaat brengen?

Voorbeelden: u zult werkloos worden; u zult geen baan vinden; u maakt zich zorgen over wat er van uw kinderen of voor u belangrijke personen terecht zal komen; u zit er over in dat u moet gaan verhuizen.

94. Heeft u problemen met dingen als het gebruik van alcohol, het gebruik van medicijnen, het gebruik van verdovende middelen?

95. Heeft u problemen met het feit dat u vaak alleen bent?

96. Heeft u problemen in verband met veranderingen in de huidige maatschappij?

Voorbeelden: u vindt de ontwikkelingen te snel of te langzaam; u bent het helemaal niet eens met bepaalde ontwikkelingen.

97. Heeft u problemen met de leefsituatie in de gemeente waar u woont of met de leefsituatie in uw buurt?

Voorbeelden: ontspanningsmogelijkheden of andere voorzieningen ontbreken; het openbaar vervoer laat te wensen over; de sfeer in de gemeente of de buurt is slecht; u voelt zich in de gemeente of buurt niet thuis.

98. Heeft u problemen met de besteding van uw vrije tijd?

Voorbeelden: u weet met uw vrije tijd geen raad; u hebt geen hobbies; u kunt geen mensen vinden om samen iets te ondernemen.

99. Maakt u zich veel zorgen over het leven dat u leidt?

100. Heeft u misschien andere problemen dan die hiervoor genoemd zijn?

Wij danken u voor het invullen van deze enquête!

Bijlage 2.2 Contactregistratieformulier

PATIENTCODE _____ datum: _____ huisarts: _____ <input type="checkbox"/> assistente: _____	
1. PATIENTGEGEVENS: geboortedatum: _____ geslacht: man/vrouw	
<input type="checkbox"/> eigen patiënt bij waarnemer	
2. CONTACTGEGEVENS	
avond/nachtdienst <input type="checkbox"/> dag <input type="checkbox"/> avond/nacht	soort contact 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> spreekuur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> visite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> telefoon
spoed ja <input type="checkbox"/>	
duur contact <input type="checkbox"/> 1 - 5 minuten <input type="checkbox"/> 6 - 10 minuten <input type="checkbox"/> 11-15 minuten <input type="checkbox"/> 16-20 minuten <input type="checkbox"/> 21-40 minuten	
3. KLACHTEN EN DIAGNOSE/WERKHYPOTHESE	
reden(en) voor contact (1) a. _____ b. _____ c. _____ somaatich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psycho-sociaal (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothes (1)	reden(en) voor contact (2) a. _____ b. _____ c. _____ somaatich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psycho-sociaal (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothes (2)
<input type="checkbox"/> eerste contact <input type="checkbox"/> herhaalcontact	<input type="checkbox"/> eerste contact <input type="checkbox"/> herhaalcontact
Werd vermoeden van psychosociale achtergrond van de klacht expliciet aan de orde gesteld? (1) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Werd vermoeden van psychosociale achtergrond van de klacht expliciet aan de orde gesteld? (2) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4. BEHANDELING	
1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gesprek: passief/luisteren <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gesprek: actief/explorerend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geruststellen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorlichting over klacht/ziekte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorlichting over behandeling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> algemene gezondheidsvoorlichting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> advies omtrent werk: staking/ hervatting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> even aankijken (bed)rust <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medicatie zonder recept <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> staken medicatie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dieet voorgeschreven <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> griepvaccinatie	5. PRESCRIPTIE
1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> middel (nieuw): _____ hoeveelheid: _____ dosis per dag: _____ middel (oud): _____	1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> middel (nieuw): _____ hoeveelheid: _____ dosis per dag: _____ middel (oud): _____
6. VERWIJZING (INCL.OPNAME)	
tweede lijn	eerste lijn
medisch specialisme (excl.psychiatrie) 1 <input type="checkbox"/> _____ 2 <input type="checkbox"/> _____	psychiatrie/GGZ 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd psychiater/ zenuwarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd psycholoog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RIAGG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> polikliniek psychiatrie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intramuraal (opname)
7. OVERLEG N.A.V. CONTACT	
met: 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychiatrie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GGZ/instelling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AMW	8. VERVOLGAFSPRAKEN 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> niets afgesproken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoeft niet terug te komen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> terug bij geen verbetering/bij recidief <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> opbellen over dagen weken
<input type="checkbox"/> terugkomen over dagen weken <input type="checkbox"/> datum volgende afspraak:	