

**INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE  
HUISARTSPRAKTIJK**

Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen

SAMENVATTING

 **NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

**12 SEP. 1987**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, Petrus Franciscus Maria

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk : een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen / Petrus Franciscus Maria Verhaak. - Utrecht : Stichting Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - Ill. Proefschrift Utrecht. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-6905-013-7

SISO 603.3 UDC 614.23:364.444

Trefw.: psychosociale hulpverlening ; huisartsgeneeskunde.

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek werd gesubsidi-  
eerd door het Praeventiefonds

**INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN  
IN DE HUISARTSPRAKTIJK**

Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen

Interpretation and treatment of psychosocial complaints  
in general practice

A study of differences among general practitioners

**PROEFSCHRIFT**

Ter verkrijging van de graad van doctor in de Geneeskunde  
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de  
Rector Magnificus Prof. Dr. M.W. van Hof en volgens besluit  
van het college van dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op woensdag  
19 februari 1986 om 14.00 uur door

**PETRUS FRANCISCUS MARIA VERHAAK**

Geboren te Utrecht

## Promotiecommissie

Promotor: Prof. Dr. F. Verhage

Promotor: Prof. Dr. H.J. Dokter

Overige leden: Prof. Dr. F.J.A. Huygen

Prof. Dr. J.H. Thiel

# INHOUD

<b>1. INLEIDING</b>	<b>1</b>
<b>2. FACTOREN DIE INTERPRETATIE EN BEHANDELING VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BEÏNVOEDEN: EEN LITERATUUROVERZICHT</b>	<b>7</b>
2.1. Inleiding	7
2.2. Beoordeling en behandeling van psychosociale klachten door de huisarts	7
2.2.1. Het begrip "ziekte"	7
2.2.2. Verschillen tussen huisartsen in beoordeling van het klachten aanbod	12
2.2.3. Verschillen tussen huisartsen in behandeling van psychosociale klachten	16
2.2.4. Samenvatting en conclusies	18
2.3. Artskenmerken die van invloed zijn op interpretatie en behandeling van psychosociale klachten	19
2.3.1. Inleiding	19
2.3.2. Het actuele consult: arts-patient communicatie	21
2.3.3. De arts-patient relatie	28
2.3.4. Artskenmerken	31
2.3.5. Conclusies	39
<b>3. DE ONDERZOEKSVRAAG IN HYPOTHESEN VERTAALD</b>	<b>41</b>
<b>4. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>50</b>
4.1. Inleiding	50
4.2. Het verloop van het onderzoek	54
4.3. De vragenlijsten	56
4.3.1. Inleiding	56
4.3.2. De artsenenquête	57
4.3.3. Vragenlijst over patienten	63
4.3.4. Vragenlijst over de arts	64
4.3.5. Klachtenbeoordeling door de arts	67
4.4. Observatie van de arts-patiënt communicatie	68
4.4.1. Inleiding: observeren en observatiesystemen	68
4.4.2. De te meten begrippen	74
4.4.3. De anatomie van het consult	74
4.4.4. De gemeten variabelen: omschrijving en operationalisatie	76
4.4.5. De betrouwbaarheid van de observaties	81

4.5.	Het onderzoeksmateriaal	84
4.5.1.	Het bestand waarop het onderzoek gebaseerd is	84
4.5.2.	Representativiteit van het bestand:deelnemers vergeleken met weigeraars	88
<b>5.</b>	<b>RESULTATEN I: DE AFZONDERLIJKE MATEN</b>	<b>93</b>
5.1.	Inleiding	93
5.2.	De afhankelijke (te verklaren) variabelen: artsenoor- deel en behandeling	94
5.2.1.	Inleiding	94
5.2.2.	Vaststellen van de onderzoekspopulatie	94
5.2.3.	De door de artsen uitgesproken oordelen	97
5.2.4	De behandeling door de arts	101
5.3.	Artsenopvattingen en kenmerken van praktijkvoering	104
5.4.	Indexen van verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar	108
5.4.1.	Inleiding	108
5.4.2.	De door de patient verwachte functiebreedte	108
5.4.3.	Beoordeelde openheid van de arts	109
5.4.4.	Oordeel van de arts over de patient	110
5.4.5.	Verwachtingen van arts en patient ten opzichte van elkaar:conclusie	111
5.5.	Het gedrag van artsen tijdens het consult	112
5.5.1.	Inleiding	112
5.5.2.	De verdeling van de detailscores over de artsen	113
5.5.3.	Naar één communicatie-index	119
5.5.4.	Discussie	123
<b>6.</b>	<b>RESULTATEN II: TOETSING VAN DE HYPOTHESEN</b>	<b>125</b>
6.1.	Inleiding	125
6.2.	De "simpele" verbanden	125
6.2.1.	Het verband tussen beoordeling en behandeling van de klacht	125
6.2.2.	Het verband tussen taakopvatting en behandeling van psychosociale klachten	128
6.2.3.	Het verband tussen de mogelijkheden tot behandeling en de behandeling van psychosociale klachten	129
6.2.4.	Het verband tussen huisartsgeneeskundige oriëntatie en de beoordeling van de klacht	133
6.2.5.	Het verband tussen communicatie en de beoordeling van de klacht	134

6.2.6. Het verband tussen wederzijdse verwachtingen van arts en patient en de beoordeling van de klacht	139
6.2.7. De "simpele" verbanden: discussie en conclusies	144
6.3. Gecomplieerde verbanden	147
6.3.1. Inleiding	147
6.3.2. Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen behandeling van psychische klachten	147
6.3.3. Een geïntegreerde verklaring voor de aangetroffen beoordelingen van klachten	151
6.3.4. Beoordeling en behandeling: gescheiden circuits?	157
6.3.5. Gecomplieerde verbanden: conclusies en discussie	162
<b>7. BESCHOUWING EN CONCLUSIE</b>	165
7.1. Inleiding	165
7.2. Inhoudelijke bespreking	166
7.2.1. Wat is een psychische klacht?	166
7.2.2. Psychische klachten en de taken van de huisarts	170
7.3 Een methodologische terugblik	176
7.4. Aanbevelingen	179
<b>8 SAMENVATTING</b>	182
<b>9 SUMMARY</b>	190
<b>NOTEN</b>	198
<b>LITERATUUR</b>	211
<b>BIJLAGEN</b>	
<b>CURRICULUM VITAE</b>	





## VOORWOORD

Dit proefschrift zou niet zonder de hulp van velen tot stand gekomen zijn in de vorm waarin het thans voor u ligt. Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om een aantal personen daarvoor te bedanken.

Mijn promotoren, prof.dr.F. Verhage en prof.dr.H.J. Dokter dank ik voor hun stimulerende begeleiding. Hun therapeutische ervaring heeft, naar ik mag hopen, voorkomen dat arts en patient in de overvloed aan getallen ten onder zijn gegaan.

Prof.dr.F.J.A.Huygen ben ik erkentelijk voor het commentaar dat hij in het laatste stadium van de totstandkoming van dit proefschrift heeft gegeven.

Prof.dr.J.H.Thiel dank ik eveneens voor de tijd en moeite die hij aan het beoordelen van dit proefschrift heeft gegeven.

Het onderzoek is uitgevoerd als project binnen de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut, later overgegaan in het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste-lijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het is gefinancierd door het Praeventiefonds. Mijn dank gaat uit naar de directie en het bestuur van deze instituten, die dit onderzoek gestimuleerd hebben en er de faciliteiten voor beschikbaar stelden. Het Praeventiefonds dank ik voor de financiële steun en voor de soepele wijze waarop tussentijds praktische zaken geregeld konden worden.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van ruim 1500 patienten en de 30 zogenaamde "video-artsen". Deze laatsten dank ik hartelijk voor hun medewerking, die een dagenlange verstoring van hun spreekuur en praktijkruimte met zich meebracht.

Bij de uitvoering van het onderzoek ben ik door een groot aantal mensen op verschillende manieren terzijde gestaan. Het verslag van het onderzoek kan ik dan mijn produkt noemen, het onderzoek als zodanig is een produkt van de voormalige "basiseenheid hulpverleningsprocessen". Ik stel het op prijs ieders bijdrage hier apart te vermelden.

Jooske van Busschbach heeft een belangrijke rol bij het observeren gespeeld. Verder heeft ze ervoor gezorgd dat achteraf de vragenlijsten bij de goede consulten terecht zijn gekomen.

Yvonne Driendijk voerde jarenlang zeer nauwgezet het secretariaat en hielp met het maken van de video-opnamen.

Marleen Duister moet op de eerste plaats genoemd worden als de nauwgezette behoeder van de database. Daarnaast hielp ze mee met het observeren en met het maken van de opnamen.

Jan Gravestijn verzorgde op onnavolgbare wijze de data-entry.

Jan Hoekstra verrichtte monnikenwerk met het doen van de talloze tijdsmetingen die de onderzoeker dacht misschien ooit nodig te hebben

Kees Koopmans heeft het maken van de video-opnamen en het observeren voor een belangrijk deel georganiseerd en mede uitgevoerd. De betrouwbaarheidsanalyses zijn voor het grootste deel zijn werk.

Franco Sanavro ontwierp de database en hielp met het maken van de opnamen en het observeren. Samen met Kees was hij verantwoordelijk voor de meest onwaarschijnlijke opname-opstellingen, waarbij daken noch kelders geschuwd werden.

Guusje Verweij heeft het secretariaat in de tweede helft van het project gevoerd. Door haar handen zijn de meeste versies die aan het voor u liggende werk voorafgingen, gegaan.

Al deze "HVP-ers" wil ik zeer hartelijk bedanken voor hun enthousiasme en inzet.

Meer vanaf de zijlijn heb ik zeer veel steun van het instituut als geheel ondervonden. Zonder Jozien Bensing zou ik nooit op het idee van een onderzoek door middel van video-observatie gekomen zijn. Jozien en Emmy Sluijs zijn degenen die sinds jaar en dag de ideeënstroom over onderzoek naar het gedrag van de huisarts in de spreekkamer, voeden; hun indirecte bijdrage is zeer groot.

De interimrapporten en conceptversies van het eindrapport zijn zeer conscientieus door mijn collega-onderzoekers gelezen en van commentaar voorzien. Zonder anderen daarbij tekort te willen doen, wil ik met name Peter Groenewegen, Emmy Sluijs en Jouke van der Zee bedanken voor hun uitvoerige kanttekeningen. De literatuurlijst is grondig nagegekeken door de medewerkers van de NIVEL-bibliotheek. Ook Paul van Leeuwen, adviseur van buiten het instituut, wil ik bij deze dankzeggen voor zijn grondige kritieken.

De definitieve tekstverwerking vond plaats door Datacom. Janet Joosten heeft hiervoor op prettige wijze zorg gedragen, waarvoor mijn dank.

Mieke Cornelius was verantwoordelijk voor de uiteindelijke vormgeving. Ik ben blij dat binnen de NIVEL-huisstijl dergelijke producten mogelijk zijn.

## 1. INLEIDING

Een patiënt die met een nieuwe klacht zijn huisarts raadpleegt, zal deze klacht vrijwel altijd in termen van een fysiek ongemak formuleren.

Goldberg (1979) noemt een aantal redenen voor een patiënt om van een in somatische termen verwoorde entree gebruik te maken. Op de eerste plaats bestaat er bij patiënten een bepaalde verwachting over de rol van de huisarts: "bij een dokter kom je met lichamelijke problemen". Vaak zullen psychische problemen ook gepaard gaan met somatische problemen (zie ook Eastwood en Trevelyan, 1972); onder invloed van stress krijgen lichamelijke klachten, die iedereen wel heeft, meer nadruk; ook is het mogelijk dat juist bepaalde lichamelijke klachten psychische problemen als ongerustheid, schaamte of angst veroorzaken. In al deze gevallen is het voor veel patiënten minder bedreigend om de somatische symptomen te presenteren dan de psychische.

Het fysieke ongemak hoeft echter niet altijd de essentie van de klacht te vormen. Ziekte in de klassieke zin van het woord<sup>1</sup> is slechts één van de redenen voor doktersbezoek. Van Es (1980) noemt de volgende mogelijke hulpvragen:

- somatische vragen om hulp;
- vragen om hulp bij niet-medische problemen;
- vragen om begeleiding;
- oneigenlijke hulpvragen en alibivragen, waarbij men de arts voor zijn karretje wil spannen, bijvoorbeeld om zich tijdelijk aan bepaalde verplichtingen te onttrekken;
- doelvragen (bijvoorbeeld het verkrijgen van een verwijskaart).

Bij de eerste categorie moeten we ons daarnaast realiseren dat een somatische vraag om hulp nog niet naar een (uitsluitend) tot het lichaam beperkt probleem verwijst. McWhinney (1972) onderscheidt in dit kader:

- symptomen die ongemak geven;
- symptomen die ongerustheid of angst veroorzaken;
- symptomen die tevens problemen van niet somatische aard uitdrukken.

Al met al is de reden voor doktersbezoek een gecompliceerde kwestie, waar het klassieke medische model bij lange niet op toegesneden is. Men kan dan ook een toenemende precisering van het begrippenapparaat waarop men zijn diagnostiek baseert waarnemen, terwijl relevant ge-

achte aspecten ook buiten het lichaam gezocht worden. Somatische problemen worden tegenwoordig opgevat als de uitkomst van een wisselwerking tussen lichaam, omgeving en persoonsgebonden factoren die bepalen hoe men op bedreigingen uit die omgeving zal reageren (vgl. Van Es, 1980, 119). Binnen zo'n multiconditionele opvatting spelen psychosociale factoren een rol, als mogelijke directe oorzaak voor lichamelijk lijden (psychosomatiek) en als medeveroorzaker (bijvoorbeeld onvoldoende draagkracht die de vatbaarheid voor infectieziekten vergroot).

Dit is dus veelal de uitgangssituatie in een consult: de patiënt legt de huisarts een fysieke klacht voor waarvan de arts moet uitmaken of het een probleem is waar hij als medicus iets aan kan doen; indien dit het geval is, moet hij bepalen welke behandeling noodzakelijk is. Indien er geen sprake is van een medisch probleem zal dit met de patiënt besproken moeten worden en zal gezocht moeten worden naar een niet medisch tegemoetkomen aan de hulpvraag. We stuiten hier op een van de belangrijkste functies van de huisarts: het open staan voor alle vragen om hulp, afstemmen van het hulpaanbod op de behoefte van de patiënt en daarbij samenwerken met andere hulpverleners. Hiertoe dient hij in de eerste plaats de hulpvraag te verhelderen en vervolgens over te gaan tot het opstellen van werkhypothesen. Aldus wordt de diagnostische taak van de huisarts ingevuld in het basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1982). Het is een invulling die onder andere ontleend is aan de methodiek die binnen het "methodisch werken" (Holten-Vriesema, e.a., 1978) is uitgewerkt en in feite teruggrijpt op de klassieke vraag: "waarom komt deze patiënt op dit moment met deze klacht bij mij"? We zullen het in het vervolg hebben over de 'zeeffunctie' van de huisarts. We verstaan hieronder de vertaling van de ongedifferentieerde hulpvraag waarmee de patiënt binnenkomt in een gedefinieerd probleem waarvan duidelijk is in welke opzichten professionele hulp geboden moet worden en wanneer professionele hulp misplaatst zou zijn. Het is onderdeel van de functie die Querido al in 1953 schetste voor de huisarts: de figuur die in staat is de patiënt als persoon te interpreteren; de centrale figuur aan wie de integratie van de gegevens en de interpretatie van de persoon van de patiënt dient te worden toevertrouwd (Querido, 1973).

De arts komt dus een zeer breed scala aan problemen tegen, waarbij het psychosociale element zowel onverhuld als in bedekte termen aanwezig is; dientengevolge moet hij in zijn diagnostiek ook letterlijk

op alles verdacht zijn. Het mag dan ook geen verwondering wekken dat artsen deze functie op zeer verschillende wijze plegen te vervullen. Hiermee belanden we bij de kern van deze studie: de verschillen tussen huisartsen in het belang dat ze aan psychosociale elementen<sup>2</sup> in het klachtenaanbod toekennen. In het voorgaande hebben we laten zien dat we deze verschillen in theorie mogen verwachten: in principe kunnen bij iedere klacht immers relevante psychosociale aspecten een rol spelen, waarbij het klachtenaanbod zo vaag en diffuus is, dat iedere arts op andere momenten een klacht mede-psychisch bepaald kan noemen. De vergelijking dringt zich op met resultaten van andere beoordelingen van vage stimuli (Rorschach-vlekken, wolken, non-figuratieve kunstuitingen), waarbij even zovele oordelen worden uitgesproken als er beoordelaars zijn.

Deze verschillen blijken ook in de praktijk op te treden. In een literatuuroverzicht (Verhaak, 1981) troffen we schattingen van psychosociale klachten in de huisartspraktijk aan die varieerden van minder dan tien procent tot meer dan tachtig procent van het totale klachtenaanbod. Eigen empirisch onderzoek, met één meetmethode en één definitie liet bijna even grote verschillen tussen huisartsen zien. Deze verschillen in beoordeling van het klachtenaanbod als somatisch dan wel psychosociaal, en de daaruit voortvloeiende verschillen in behandeling vormen het te bestuderen object in deze studie.

Waarom is het belangrijk om deze verschillen tussen huisartsen te onderzoeken? Uit wetenschappelijk oogpunt is het een interessant fenomeen dat een klacht niet voor iedere arts dezelfde betekenis heeft, en daarom van belang om na te gaan wat daarvan de achtergronden zijn. Een beter begrip van de omstandigheden en kenmerken die een huisarts er toe brengen een klacht 'psychisch' te vinden, draagt bij tot een beter inzicht in het begrip 'psychische klacht' (vergelijk ook Bensing (1983). Bovendien wordt het bestaan van onverklaarde "interdoktervariantie" op dit gebied door epidemiologen als uiterst hinderlijk ervaren. Kocken (1984) acht de resultaten van zijn literatuurverkenning ten aanzien van epidemiologische bevindingen inzake psychische morbiditeit "bijzonder teleurstellend". "Het meest opvallende is de door vele auteurs benadrukte grote "interdoctor variation" zowel bij de diagnostiek, rubricering en behandelingswijze in de huisartspraktijk" (Kocken, 1984, 55). Inzicht in de achtergronden van deze ongewenste variantie zou aan toekomstig morbiditeitsonderzoek een bijdrage kunnen leveren. Het onderzoek kan ook een meer praktische betekenis voor de hulpverlening hebben. Het

bepalen of een klacht voortkomt uit psychosociale achtergrond of niet, en de daarop volgende beslissing tot somatische symptoombestrijding dan wel tot bespreekbaar maken van die psychosociale aspecten is geen vrijblijvende zaak. In de publicaties over het 'soma-tische fixatie project' (Huygen e.a. (1978), Grol e.a. (1981) is aangetoond hoe patiënt en arts gevangen kunnen raken in eindeloos zoeken naar organische afwijkingen die er niet zijn.

Dit is ongewenst, omdat de patiënt steeds meer gaat geloven in zijn 'ingebeelde' ziekte, en dienovereenkomstig blijft handelen. Hij wordt onnodig afhankelijk van medische specialisten. Tevens is het ongewenst omdat de patiënt onnodig wordt blootgesteld aan (vaak) dure en (soms) ziekteverwekkende behandelings- en onderzoeksmethoden en medicijnen. Door Brook e.a. (1983) wordt erop gewezen dat een deel van de psychische problemen door huisartsen niet herkend wordt. Omgekeerd zijn er ook waarschuwend geluiden te horen om niet te snel - en daarmee soms ten onrechte - alle vage klachten maar als 'psychisch' af te doen en daarmee reële lichamelijke afwijkingen te missen. De term 'psychische fixatie' wordt in dit kader wel gebruikt.

Onderzoek naar de achtergronden van de variatie in klachtbeoordeling - en daarmee naar de variatie in de mate waarin huisartsen klachten binnen een psychosociaal referentiekader behandelen of doorverwijzen - is daarom van belang. Het verschaft meer inzicht in de factoren die de uitoefening van de genoemde zeeffunctie beïnvloeden.

Deze factoren hebben op de eerste plaats betrekking op artskenmerken, zoals die zich in het consult manifesteren: we zullen onze aandacht richten op de arts-patiënt communicatie als mogelijke verklaring voor de wijze waarop de klachten door de arts geïnterpreteerd en behandeld worden. Hiermee zetten we een onderzoekstraditie voort die al geruime tijd binnen het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), voorheen Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) bestaat (vergelijk Bensing en Sluijs (1984), Bensing en Verhaak (1980a, 1982)). We zullen in dit onderzoek echter ook aandacht besteden aan kenmerken van huisartsen en patiënten die los van het actuele consult bestaan: opvattingen en normen van huisartsen, praktijkkenmerken en wederzijdse beeldvorming bij arts en patiënt.

Hoe deze elementen onderling samenhangen en in welke mate ze een verklaring bieden voor de geconstateerde verschillen tussen artsen ('interdoktervariantie'), is de afgelopen drie jaar onderzocht in het project 'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek',

waarvan dit geschrift het eindverslag vormt. Eerder is hierover reeds gepubliceerd in interimrapporten en artikelen (Verhaak, 1983, 1984 a, b, c). Waar nodig verwijzen we naar deze publicaties.

De globale onderzoeksvraag luidt: hoe zijn interpretatie en behandeling van klachten gerelateerd aan:

- normen, opvattingen en werkwijze van de huisarts;
- verwachtingen van arts en patiënt ten opzichte van elkaar;
- de interactie die tijdens het consult plaatsvindt.

De vraagstelling zullen we in de volgende hoofdstukken van dit theoretisch deel verder uitwerken. In deze hoofdstukken gaan we na, hoe in de literatuur inhoud gegeven is aan normen, opvattingen, etc. van huisartsen waarmee een relatie is aangetroffen met interpretatie en behandeling van klachten. Op basis hiervan formuleren we hypothesen, waarin de globale vraag geconcretiseerd wordt.

We bezien de wijze waarop artsen verschillen in interpretatie en behandeling vanuit een sociaal-wetenschappelijk kader. Interpretatie van klachten wordt opgevat als een sociaal fenomeen: de interpretatie staat niet los van degene die interpreteert en van degene die klaagt. Dit betekent een keuze, waarbij objectieve gegevens omtrent de klacht en verklaringen daarvoor die op het fysiologische of ook het klinisch-psychologische vlak liggen buiten beschouwing blijven. Het medisch-inhoudelijke aspect - en ook het sociaal-culturele kader waarbinnen het handelen van de huisarts zich afspeelt - wordt in dit onderzoek als onproblematisch gegeven beschouwd. Binnen dat kader zoeken we naar individuele eigenschappen van huisartsen die leiden tot een verschil in waardering en behandeling van het klachtenaanbod, dat op de vorige pagina's geschetst is.

In het volgende hoofdstuk zullen we een overzicht geven van de literatuur die over interpretatie (meestal "diagnostiek" genoemd) en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk verschenen is (hoofdstuk 2.2); hoofdstuk 2.3 behandelt literatuur die betrekking heeft op de door ons geselecteerde verklarende variabelen. Op basis van dit literatuur-overzicht besluiten we hoe we onze te verklaren en verklarende variabelen inhoudelijk gestalte zullen geven en welke relaties tussen de variabelen we zullen onderzoeken. Dit wordt in hoofdstuk 3 uitgedrukt in een reeks te toetsen hypothesen.

Hoofdstuk 4 tot en met 7 behandelen het onderzoek dat verricht is om de geformuleerde hypothesen te toetsen. In hoofdstuk 4 bespreken we de opzet en het verloop van het onderzoek, met inbegrip van de gehanteerde methoden en instrumenten. Aangezien in dit hoofdstuk de opzet van het onderzoek beschreven wordt, maar ook uitvoerig stil

wordt gestaan bij de theoretische overwegingen die tot bepaalde methodologische keuzen hebben geleid, is het deels theoretisch, deels praktisch van aard.

Hoofdstuk 5 is een weergave van de "rechte tellingen". Het is de basis voor de daarop volgende analyses, en onmisbaar voor degene die zich wil vergewissen van de toelaatbaarheid van die analyses. Het heeft echter ook een zekere op zichzelf staande waarde voor degene die geïnteresseerd is in wat zich zoal afspeelt in de dagelijkse praktijk van de huisarts, en in de variatie tussen individuen die dit oplevert.

In hoofdstuk 6 worden de hypothesen getoetst en worden de uitkomsten van deze toetsing aan een kritische bespreking onderworpen.

In hoofdstuk 7 wijden we een beschouwing aan de uitkomsten in het licht van onze oorspronkelijke vraagstelling. Het geheel wordt afgerond met een samenvatting.



## 8. SAMENVATTING

In dit proefschrift wordt de vraag aan de orde gesteld welke factoren van invloed zijn op de interpretatie en behandeling van psychosociale klachten door huisartsen.

De beoordeling van het klachtenaanbod verschilt aanzienlijk tussen huisartsen, in die zin, dat de ene huisarts in een veel groter aantal gevallen van mening is dat psychische of sociale aspecten daarbij van belang zijn dan de andere huisarts. Ook de frequentie waarmee huisartsen psychofarmaca voorschrijven, verwijzen naar instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, of zelf therapeutische gesprekken voeren lijkt van arts tot arts te verschillen. Als globale onderzoeksvraag is daarom in het eerste hoofdstuk geformuleerd: Hoe zijn interpretatie en behandeling van klachten gerelateerd aan:

- normen, opvattingen en werkwijze van de huisarts
- verwachtingen van huisarts en patiënt ten opzichte van elkaar
- de communicatie tussen huisarts en patiënt in het consult.

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van hetgeen in de literatuur vermeld wordt over interpretatie en behandeling van psychosociale klachten en over de factoren die hierop van invloed zijn.

We concluderen naar aanleiding van een beschouwing over het begrip 'ziekte', dat we niet over 'psychische ziektes' kunnen spreken, waarvan vastgesteld kan worden of een arts ze als zodanig herkent. Er is slechts sprake van patiënten die om hulp vragen naar aanleiding van klachten die de huisarts als niet alleen maar lichamelijk beoordeelt. Belangrijk is dat een klacht niet hoeft te worden ingedeeld in de klasse van somatische ziektes en symptomen òf in de klasse van psychosociale problemen of psychiatrische 'ziektes', maar dat een klacht zowel een lichamelijke verschijningsvorm als een psychische component kan hebben.

Uitgaande van de opvatting dat psychosociale klachten niet door de natuur gegeven grootheden zijn, maar op interpretaties door degene die oordeelt berusten, is het niet verwonderlijk dat we in deze oordelen zo'n grote variëteit aantreffen. De omvang hiervan, zoals we die in de literatuur aantreffen, wordt beschreven en vervolgens wordt onderzocht welke factoren deze oordeelsvorming zouden kunnen beïnvloeden.

De volgende factoren zijn naar voren gekomen:

**Kenmerken van de arts-patiënt communicatie:**

affectieve houding van de arts  
 patiëntgericht gedrag  
 gestructureerde werkwijze  
 gericht zoeken

**Kenmerken van de arts-patiënt relatie:**

verwachtingen van de arts ten opzichte van de patiënt  
 verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de arts  
 duur van de relatie

**Kenmerken van de arts:**

huisartsgeneeskundige/klinische oriëntatie  
 taakopvatting  
 gevoel van competentie  
 samenwerking met andere hulpverleners  
 nascholing  
 praktijkgrootte

In hoofdstuk 3 zijn een aantal hypothesen geformuleerd die de verwachte verbanden uitdrukken. Kort samengevat wordt in deze hypothesen voorondersteld dat een open houding tijdens het gesprek en een huisartsgeneeskundige oriëntatie zullen bijdragen aan een psychosocialere interpretatie van het klachtenaanbod. Ook zullen artsen die hun patiënten afhankelijk vinden meer klachten als psychosociaal interpreteren. Tenslotte zullen deze interpretaties vaker voorkomen wanneer patiënten hun huisarts als een geschikte hulpverlener voor psychische en sociale problematiek beschouwen en daarom frequent dergelijke klachten uiten.

Een arts zal meer psychische klachten behandelen, naarmate hij meer klachten als zodanig interpreteert, hij de behandeling als zijn taak ziet, en hij de mogelijkheden daartoe heeft. Deze mogelijkheden worden nader gespecificeerd als tijd, kunde, geregeld overleg met andere hulpverleners op het terrein van de GGZ en gevolgde nascholing.

Ook ingewikkelder verbanden worden in hypothesen uitgedrukt: we vooronderstellen een wisselwerking tussen taakopvatting, mogelijkheden en interpretatie, in die zin dat men weinig psychische klachten zal behandelen wanneer men dit niet tot zijn taak rekent en de mogelijkheden niet heeft, en dat men weinig klachten als

psychisch zal interpreteren wanneer men behandeling wel tot zijn taak rekent maar de mogelijkheden niet heeft.

De wisselwerking tussen de verschillende factoren die de interpretatie beïnvloeden, onderzoeken we door vervolgens na te gaan in hoeverre deze effecten onafhankelijk van elkaar optreden.

Teneinde deze hypothesen aan de praktijk te toetsen, zijn de klachtinterpretaties en de behandeling van psychische klachten van 30 huisartsen verzameld en onderzocht. Per arts zijn  $\pm$  50 op videoband opgenomen consulten beschikbaar waarvan de arts zijn oordeel over de klachten heeft vastgelegd. Gegevens over behandeling en arts-patiënt communicatie zijn ons bekend door observatie van de opnamen. Verwachtingen van arts en patiënt jegens elkaar zijn per consult op vragenlijstjes vastgelegd. Opvattingen, normen en eigenschappen van de arts, alsmede praktijkkenmerken zijn achteraf door een enquête gemeten. Deze kunnen vergeleken worden met landelijk verzamelde gegevens uit een identieke enquête die 249 huisartsen invulden. De details van deze onderzoeksopzet en het verloop ervan worden in hoofdstuk 4 beschreven.

Hoofdstuk 5 behandelt de scores van de 30 artsen op alle gemeten variabelen. De verwachte grote verschillen tussen huisartsen in interpretatie van klachten (24% tot 79% van alle klachten 'puur somatisch', 0% tot 31% van alle klachten 'psychosociaal', en ook in tussencategorieën grote spreidingen) en in behandeling worden aange troffen en blijken niet toegeschreven te kunnen worden aan toevallige omstandigheden als patiënten of klachtenaanbod. Huisartsen reageren vaak niet op klachten die somatisch gepresenteerd worden, maar waarbij psychosociale aspecten meespelen of waarachter de arts een psychosociaal probleem vermoedt. Op expliciet psychisch en sociaal gepresenteerde problemen reageren ze in 90% van de gevallen (als ze de klacht opmerken), meestal door een gesprek erover te voeren.

In alle andere gemeten opzichten verschillen de 30 artsen onderling ook; wat hun huisartsgeneeskundige oriëntatie betreft komt het hele mogelijke spectrum van meningen voor, maar zijn ze meer huisartsgeneeskundig georiënteerd dan de landelijke groep.

Taakopvatting en competentiegevoelens van de videogroep vormen een getrouwe afspiegeling van het landelijk beeld. De 30 artsen praktiseren vaker in gezondheidscentra, hebben meer nascholing op psychosociaal gebied gevolgd en hebben kleinere praktijken dan de landelijke groep, maar ook hier geldt dat alle mogelijke varianten vertegenwoordigd zijn bij de video-artsen.

Artsen en patiënten hebben in het algemeen positieve verwachtingen van elkaar; wel wijst variantie-analyse uit dat sommige artsen meer "populair" zijn dan anderen en dat er ook verschillen tussen hen bestaan in hun oordeel over patiënten.

Dit geldt ook voor de gespreksstijl: op vrijwel alle deelaspecten hiervan verschillen de artsen onderling en steeds op dezelfde wijze: een arts die positief beoordeeld wordt door de observatoren op zijn getoonde interesse wordt dat in het algemeen ook op de ruimte die hij een patiënt in het consult gunt, etcetera.

Er is dan ook sprake van één communicatiestijl waarop de artsen gerangschikt kunnen worden. Rangschikking op basis van consulten met alleen somatisch beoordeelde klachten levert ongeveer hetzelfde resultaat op, als wanneer de artsen beoordeeld worden op hun gesprekswijze met patiënten die over psychische problemen klagen. Een arts die een bepaalde communicatiestijl hanteert bij één groep doet dat ook bij de andere: het gaat om een telkens weer opduikende 'grondhouding'.

Met deze variabelen worden in hoofdstuk 6 de geformuleerde hypothesen getoetst. Dit leidt tot de volgende resultaten:

Artsen die veel klachten 'niet puur somatisch' noemen behandelen vaker psychische klachten.

Artsen die zich competent achten, die veel tijd aan een consult besteden en die veel overleggen met maatschappelijk werkers behandelen ook veel psychische klachten. Wanneer een arts een kleinere praktijk heeft, heeft hij gemiddeld meer tijd per consult.

Opvallend is dat artsen die de behandeling van psychische klachten tot hun taak rekenen, niet meer psychische klachten behandelen dan artsen die dat niet tot hun taak rekenen.

Wanneer we 'behandelen' beperken tot zogenaamde 'actieve gespreksvoering' ('exploreren', 'inzicht bevorderen' in tegenstelling tot het louter steunen of geruistellen) dan is het verwachte verband er wel: artsen met een brede taakopvatting doen dat meer.

Artsen die veel nascholing gevolgd hebben behandelen op geen enkele wijze meer psychische klachten dan artsen die weinig nascholing gevolgd hebben. Wel behandelen de acht artsen die de cursus methodisch werken volgden meer psychische klachten.

Tussen deze samenhangen bestaat ook een interactie. Artsen met een smalle taakopvatting en weinig behandelingsmogelijkheden behandelen relatief weinig psychosociale klachten. Hun interpretatie van klachten kan echter als gemiddeld beschouwd worden. Dit in tegenstelling

tot artsen met een brede taakopvatting en weinig mogelijkheden: wanneer ze klachten 'niet-somatisch' vinden gaan ze daar vaker op in door actieve gespreksvoering, maar ze vinden meer klachten 'soma-tisch' dan de eerstgenoemden of artsen met veel behandelingsmoge-lijkheden. Ons vermoeden wordt bevestigd dat men het geringe aantal mogelijkheden bij een brede taakopvatting compenseert door wat min-der vaak de situatie zo te definiëren dat er iets te behandelen valt.

De interpretatie dat een klacht niet 'puur-somatisch' is, treffen we vaker bij zogenaamd huisartsgeneeskundig georiënteerde artsen aan. Dit zijn artsen die bereid zijn op medisch-technisch gebied enige risico's te lopen, opdat de persoon van de patiënt niet onnodig in het klinische geweld verloren gaat, artsen die op voet van gelijk-waardigheid met de patiënt willen omgaan, artsen die bij veel klach-ten psychische aspecten van belang achten. Wanneer een arts op een open wijze met patiënten communiceert tijdens het consult, worden ook meer klachten als 'niet-somatisch' geïnterpreteerd. Vooral is het in dit kader van invloed dat de arts met de patiënt samen vast-stelt wat de klacht mogelijkerwijze veroorzaakt en wat de betekenis van de klacht is, om vervolgens samen te besluiten wat de behande-ling zal zijn; ook het aansnijden van gespreksonderwerpen, die niet door de patiënt uit zichzelf naar voren worden gebracht gaat gepaard met een groter percentage 'niet-somatisch' oordelen. Deze gespreks-stijl is een kenmerk van de arts, dat onafhankelijk van het type klacht, in ieder consult weer naar voren komt. De ene arts overlegt van nature veel met de patiënt, snijdt veel nieuwe onderwerpen aan, en vertoont ook vaak de andere kenmerken van de open gespreksstijl (zoals een aandachtige houding en een open manier van vragen stel-len), de ander vertoont keer op keer deze kenmerken in veel geringe-re mate. Ze gedragen zich zo bij psychisch beoordeelde klachten maar ook bij puur somatische. De eerstgenoemde interpreteert dan veel klachten als 'niet-somatisch', de tweede veel als 'somatisch'.

Artsen die door hun patiënten omschreven worden als iemand die open staat voor hun problemen, krijgen vaker expliciete psychische of so-ciale problemen gepresenteerd. Dit verhoogt weer het totaalpercenta-ge klachten dat ze 'niet-somatisch' noemen.

De verschillende invloeden op het psychosociale oordeel van de arts zijn in die zin onderling onafhankelijk, dat een arts met een open communicatiestijl meer psychische oordelen velt, ook al controleren

we voor zijn oriëntatie en het percentage expliciet psychisch klachtenaanbod. Een klinisch georiënteerde arts die een open communicatiestijl erop nahoudt ziet dus ook meer psychische klachten dan een klinisch georiënteerde arts met een gesloten communicatiestijl. Zo blijft ook het verband tussen het expliciet psychisch klachtenaanbod en klachteninterpretatie bestaan na controle voor de oriëntatie van de arts.

Tenslotte is getoetst in hoeverre de weergegeven positie van de klachteninterpretatie, als intermediair tussen opvattingen en communicatie enerzijds en behandeling van psychische problemen anderzijds, met de feiten overeenstemde:

Interpretatie blijkt, bij nadere analyse, niet zozeer een oorzaak als wel een gevolg van behandeling. In een discussie hierover wordt gesteld dat behandeling, zoals door ons gemeten, meestal hetzelfde is als het praten over psychische problemen. Het verder uitzoeken wat er nu eigenlijk aan de hand is heeft tegelijk een diagnostische en een therapeutische functie. Onze aanname, zoals die aan het begin gesteld is, lijkt kunstmatig: een arts stelt niet eerst een oordeel vast over de aard van de klacht en gaat dan over tot 'gesprekstherapie'. Een arts praat over psychische problemen, probeert uit te vinden wat de achtergrond ervan kan zijn, probeert dit de patiënt ook duidelijk te maken, en dit soort gesprek leidt tot een oordeel dat psychische aspecten van belang zijn bij deze klacht, of niet.

Het eindschema, dat beter bij onze empirische bevindingen past, geeft daarom weer dat artsen met een huisartsgeneeskundige oriëntatie, met een open gesprekstijl, en met veel mogelijkheden als tijd en kunde, vaker op psychische aspecten van klachten ingaan, en als gevolg van dergelijke gesprekken meer psychosociale interpretaties van klachten noteren. Daarnaast hebben het klachtenaanbod en de gevolgde nascholing een effect op die oordeelsvorming.

Wanneer het 'ingaan op psychische aspecten' beperkt wordt tot de zogenaamde 'actieve gespreksvoering' heeft de taakopvatting van de arts ook een eigen invloed op de mate waarin dit geschiedt.

Ten slotte is in hoofdstuk 7 een beschouwing gewijd aan de inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd, de methodische tekortkomingen en de bruikbaarheid van de resultaten voor de opleiding, het beleid en de wetenschap.

We concluderen, mede op basis van de taken van de huisarts zoals de LHV die geformuleerd heeft, dat huisartsen vaker dan nu geschiedt aandacht zouden moeten besteden aan mogelijke psychische en sociale

achtergronden van de klacht. Wanneer een arts bij een somatische klacht psychische achtergronden vermoedt wordt daar in  $\pm 40\%$  van de gevallen op geen enkele wijze op ingegaan; nog vaker negeert men psychische aspecten die een bijverschijnsel van somatische klachten zijn.

Gezien de verbanden die gevonden zijn, achten we dit geen kwestie van het ontbreken van een aantal technieken, maar van een grondhouding, die systematisch aangeleerd moet worden in de opleiding tot huisarts.

De geringe effecten van de hoeveelheid gevolgde nascholing laten zien dat deze houding niet snel 'bijgespijkerd' kan worden. Wanneer men een dergelijke grondhouding bezit, vormen samenwerking met anderen en voldoende tijd de randvoorwaarden om zo'n houding in de praktijk te brengen.

In hoeverre een huisarts bij geconstateerde psychische en sociale problemen ook de behandeling ter hand moet nemen is een binnen de beroepsgroep onuitgemaakte zaak. We concluderen dat een brede taakopvatting op dit gebied er toe leidt dat huisartsen dit soort klachten meer zelf trachten te behandelen.

Aangaande de methode van dit onderzoek hebben we stil gestaan bij het beperkt aantal deelnemende artsen. We concluderen dat een aantal vragen diepgaander onderzocht had kunnen worden, wanneer we ook de gegevens over het artsengedrag op geaggregeerd niveau hadden verzameld.

Omdat ons een analyse van de communicatie tussen arts en patiënt voor ogen stond, waarbij ook kenmerken van artsen en patiënten, die los van het consult staan, betrokken moesten worden, is onze voorkeur uitgegaan naar een verlies aan informatie in de breedte.

Hoewel de resultaten niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar grotere groepen, willen we vaststellen dat onze onderzoeksgroep waarschijnlijk in positieve zin vertekend is, zodat de negatieve resultaten geldig blijven voor de landelijke populatie huisartsen.

Ook zijn we in onze beschouwing stil blijven staan bij de betekenis van het begrip 'psychische klacht' en de consequenties daarvan voor epidemiologisch onderzoek.

De meeste klachten waarbij psychische aspecten een rol spelen worden als een somatische klacht gepresenteerd; een minderheid ( $\pm 30\%$  van alle klachten waarbij psychische factoren een rol spelen) is 'overwegend psychosociaal'. De eerste groep wordt in zeer wisselende mate

door artsen opgemerkt, hetgeen afhankelijk is van opvattingen en ideeën van de arts. De tweede groep laat ook een grote variatie tussen de artsen zien, onder meer als gevolg van verschillende verwachtingen die artsen bij hun patiënten oproepen.

Morbiditeitsonderzoek zal zich nooit van deze artseninvloed kunnen ontdoen. Aanbevolen wordt de effecten zoveel mogelijk te controleren door een lichamelijke en een psychosociale component los van elkaar te registreren, en deelnemende artsen te selecteren op een aantal in dit onderzoek relevant bevonden kenmerken.



## **CURRICULUM VITAE VAN PETRUS FRANCISCUS MARIA VERHAAK**

De auteur van dit proefschrift werd 30 april 1952 te Utrecht geboren. Hij volgde de middelbare schoolopleiding aan het Dr.Mollercollege te Waalwijk, waar hij in 1970 het eindexamen gymnasium 8 behaalde.

In 1970 begon hij de studie psychologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. In 1973 behaalde hij zijn kandidaatsexamen, in 1977 studeerde hij af, met als hoofdvak differentiële psychologie.

Inmiddels was hij in 1976 in het kader van zijn vervangende dienstplicht op het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) begonnen aan een evaluatie-onderzoek naar het effect van het optreden van een psycholoog in de eerste lijn in Capelle aan de IJssel. Na zijn dienstperiode kwam hij in dienst van het NHI, waar dit onderzoek in 1979 afgerond werd.

Sindsdien heeft hij zich binnen de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI (op 1 januari 1985 opgegaan in het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg - NIVEL) bezig gehouden met onderzoek naar de arts-patient relatie, attitudes van huisartsen, communicatieprocessen in de huisartsenpraktijk, geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, het functioneren van maatschappelijk werkers en de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg.

Vanaf 1982 heeft hij zich, naast andere taken, beziggehouden met het onderzoek naar verschillen tussen huisartsen in interpretatie en behandeling van psychische klachten, waarvan dit onderzoek de neerslag vormt. Over de verschillende genoemde onderwerpen heeft hij gepubliceerd in de vorm van tijdschriftartikelen en onderzoeksrapporten.

