



Deze factsheet is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen met bronvermelding (**Komt stress van de patiënt aan bod bij de huisarts?** J. Noordman, J. van Weert, A. van den Brink-Muinen, S. van Dulmen, J. Bensing. Utrecht: NIVEL, 2007) worden gebruikt.

Komt stress van de patiënt aan bod bij de huisarts?

Factsheet Databank Communicatie, oktober 2007.

Samenvatting

Patiënten die bij de huisarts komen met een klacht die ze zelf toeschrijven aan stress of zorgen, zien dit onderwerp lang niet altijd aan bod komen tijdens het consult. Met twee van de drie patiënten (67,6%) die denken dat hun klacht te wijten is aan stress of zorgen, spreekt de huisarts niet over stress. Stress wordt voornamelijk besproken op initiatief van de patiënt en bij een herhaalcontact nauwelijks vaker dan bij een eerste contact. Bij patiënten die zelf stress of zorgen als mogelijke oorzaak van hun klacht zien, geeft de huisarts in 31,0% aan dat psychosociale aspecten in zijn/haar ogen een rol spelen. Bij het merendeel van de patiënten die zelf vermoeden dat stress of zorgen de klacht veroorzaken, denkt de huisarts dus niet aan psychosociale aspecten in relatie tot de klacht. Wanneer de huisarts wél concludeert dat er een relatie is met psychosociale aspecten, worden deze desondanks in tweederde van de gevallen niet besproken. Deze conclusies zijn gebaseerd op gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Inleiding

Bij een groot gedeelte van de patiënten die op bezoek komen bij de huisarts speelt naast de gepresenteerde lichamelijke klacht een psychosociale component¹ ook een rol [1]. Psychosociale problemen worden bovendien vaak geïntroduceerd in de vorm van een lichamelijke klacht [2]. Vroegtijdige onderkenning van psychosociale problematiek leidt tot een adequate behandeling, hetgeen mogelijk het herstel van de patiënt versnelt [2]. Het oppikken van ‘stress of zorgen’ van de patiënt, evenals het oppikken van andere psychosociale aspecten of problematiek door de huisarts, is daarom van groot belang [3,4]. In hoeverre stress of zorgen in de Nederlandse huisartspraktijk wordt opgemerkt of besproken wordt in deze factsheet beschreven. Hiervoor zijn 1417 video opnamen van huisarts-patiënt consulten² geobserveerd en vragenlijsten van de patiënt en huisarts geanalyseerd.

¹ In de literatuur worden de termen psychologische, mentale, emotionele en psychosociale problematiek of klachten vaak door elkaar gebruikt. In deze factsheet wordt de term ‘psychosociaal’ gebruikt; stress of zorgen vallen hieronder.

² Van de onderzochte groep patiënten is 8,5% gediagnosticeerd (volgens ICPC codes) met een psychologische of sociale klacht (hoofdstuk P of Z) en valt 91,5% onder de overige (somatische) hoofdstukken uit de ICPC classificering. ICPC codes worden gebruikt door huisartsen om symptomen, klachten en ziekten van patiënten te classificeren.

Het bespreken van stress of zorgen

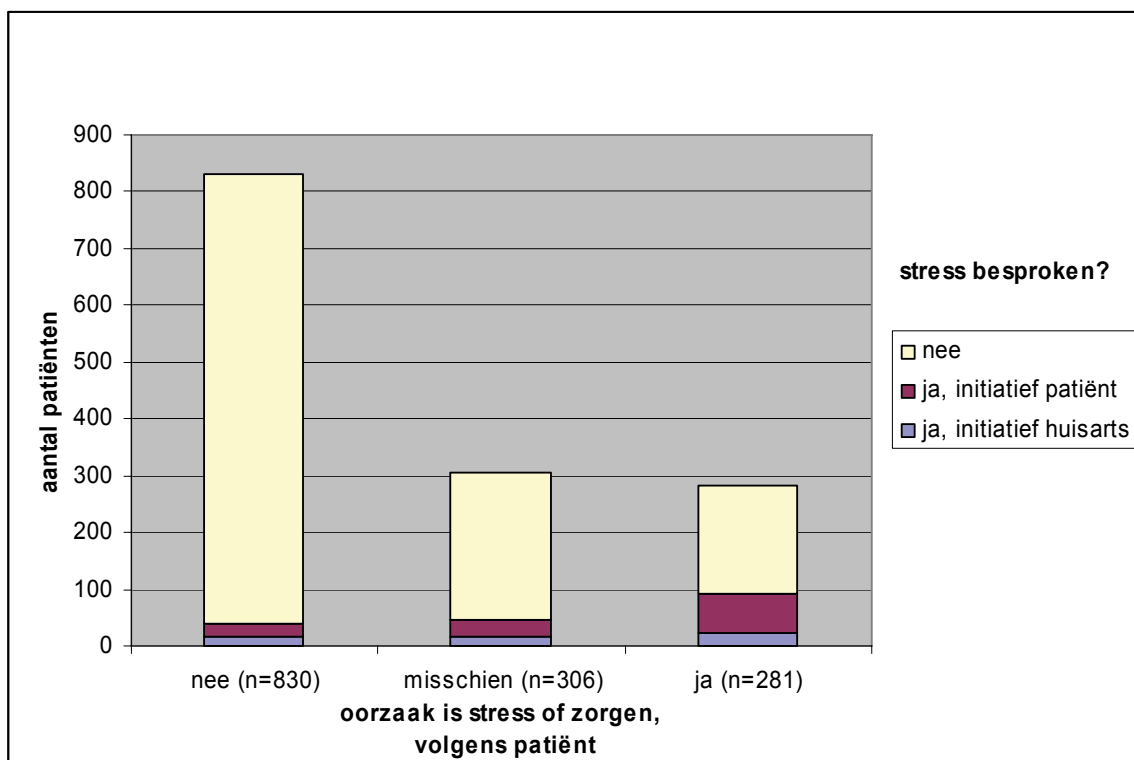
Stress wordt lang niet altijd besproken

Van de 1417 op video opgenomen patiënten geeft bijna één op de vijf (19,8%) vóór het consult aan dat ‘stress of zorgen’ in hun ogen de oorzaak van de klacht kan zijn.³

Wanneer de patiënt de oorzaak van de klacht⁴ voorafgaand aan het consult toeschrijft aan stress of zorgen wordt er lang niet altijd over stress of zorgen gesproken: gemiddeld in 32,4%.

In figuur 1 is te zien hoeveel patiënten de klacht toeschrijven aan stress of zorgen en in hoeverre dit onderwerp met hen besproken is.

Figuur 1. Relatie tussen ‘stress besproken’ en ‘oorzaak is stress of zorgen’.



N= 1417. Significant ($p < .05$), chi kwadraat toets.

Initiatief ligt meestal bij de patiënt

Wanneer patiënten denken dat de oorzaak stress of zorgen is wordt dit in 23,8% besproken op initiatief van de patiënt, in 8,6% op initiatief van de arts en in 67,6% niet. Dit betekent dat, als stress of zorgen besproken worden, dit in twee van de drie gevallen (67,8%) op initiatief van de patiënt gebeurt. Patiënten nemen vaker het initiatief om over hun zorgen te praten als zij denken dat hun klacht daaraan gerelateerd is, terwijl huisartsen -als zij het initiatief nemen- dat bijna even vaak doen bij patiënten die zelf hun klacht niet met stress associëren als met patiënten die dat wel doen (zie figuur 1).

³ Van de patiënten die zelf denken dat stress de oorzaak is van hun klacht (n=281) is 31,0% door de huisarts gediagnosticeerd (volgens ICPC codes) met een psychologische of sociale klacht (hoofdstuk P of Z) en valt 69,0% onder de overige (somatische) hoofdstukken uit de ICPC classificering.

⁴ Analyses hebben betrekking op de belangrijkste (eerstgenoemde) klacht van de patiënt. Alle analyses hebben betrekking op volwassen patiënten (≥ 18 jaar).

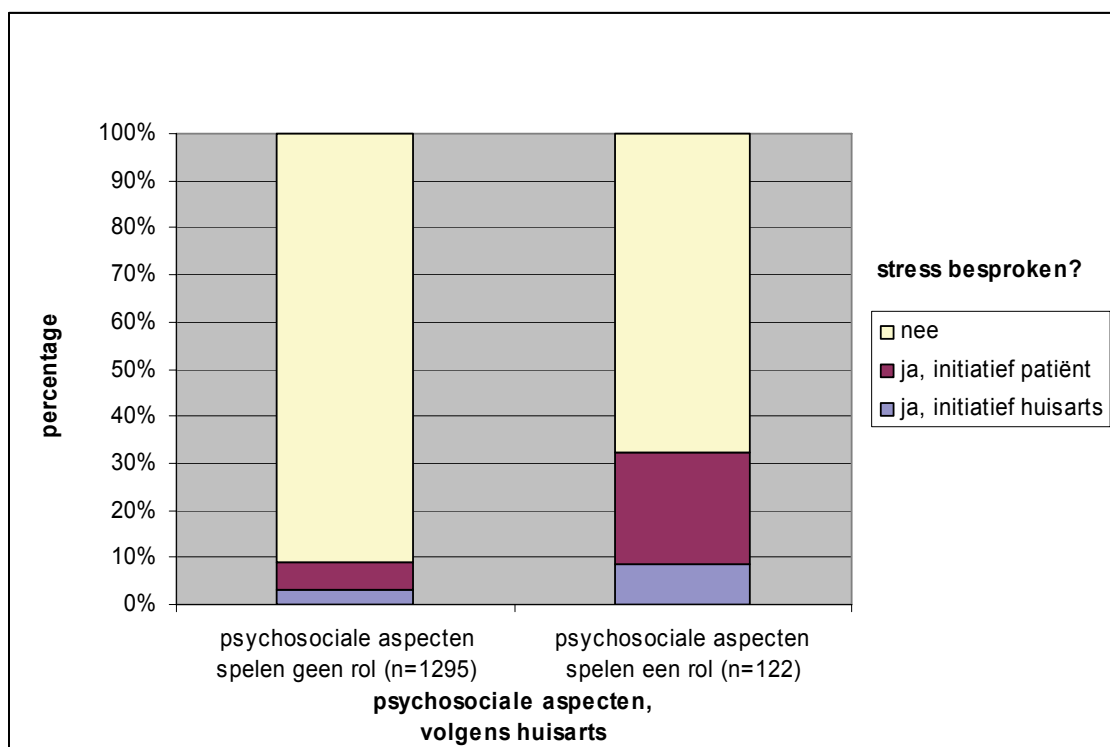
Na twee weken is de mening van de meeste patiënten niet veranderd

Twee weken na het consult met de huisarts is de patiënten nogmaals gevraagd wat in hun ogen de oorzaak is van de klacht waarvoor zij twee weken geleden de huisarts bezochten. 83,1% van de patiënten die voorafgaand aan het consult aangaven dat de mogelijke oorzaak van hun klacht stress of zorgen was, denken dit twee weken na het consult nog steeds. Stress is bij deze patiënten weliswaar vaker besproken (39,7%) dan bij de patiënten die na twee weken niet meer denken dat stress of zorgen de mogelijke oorzaak was van hun klacht (16,1%). Toch wordt stress bij de groep patiënten die zowel voor als na het consult de klacht aan stress of zorgen toeschrijven in 60,3% niet besproken.

De rol van psychosociale aspecten volgens de huisarts

Na afloop van elk consult heeft de huisarts aangegeven of psychosociale aspecten in zijn⁵ ogen een rol spelen bij de gepresenteerde klacht. In figuur 2 is te zien in hoeverre stress of zorgen zijn besproken bij patiënten waarbij de huisarts na afloop van het consult concludeert dat psychosociale aspecten een rol spelen en bij patiënten waarbij dit niet het geval is.⁶ Wanneer stress of zorgen besproken worden gebeurt dit vaker als psychosociale aspecten volgens de huisarts een rol spelen (32,4%) dan wanneer de huisarts denkt dat dit niet het geval is (9,0%). De patiënt neemt daarbij meestal het initiatief om over stress of zorgen te praten. Toch worden stress of zorgen in 67,6% niet besproken, terwijl de huisarts achteraf wel denkt dat psychosociale aspecten een rol spelen. Hierbij moet aangetekend worden dat psychosociale aspecten meer omvatten dan alleen ‘stress of zorgen’. Het is dus mogelijk dat andere psychosociale aspecten (zoals angst of depressie) wel aan de orde zijn gekomen.

Figuur 2. Het bespreken van stress en ‘psychosociale aspecten’ volgens de huisarts.



N= 1417. Significant ($p < .05$), chi kwadraat toets.

⁵ Lees bij “zijn” steeds “zijn of haar”

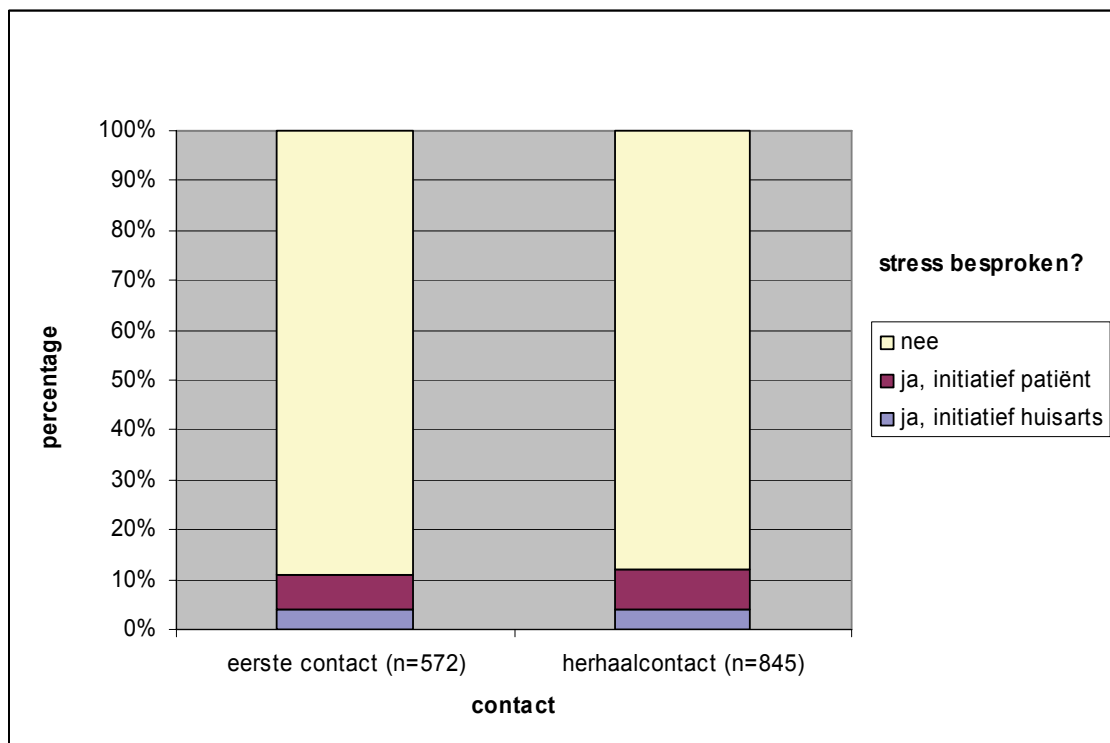
⁶ Analyses hebben betrekking op de gehele groep patiënten (N=1417) en niet alleen op dat deel dat denkt dat de oorzaak stress of zorgen is.

Bij patiënten die zelf stress of zorgen als de mogelijke oorzaak van hun klachten zien (n=281) geeft de huisarts in 31,0% aan dat in zijn ogen psychosociale aspecten een rol spelen. Bij het merendeel van de patiënten die zelf vermoeden dat stress of zorgen de klacht veroorzaken denkt de huisarts dus niet aan psychosociale aspecten in relatie tot de klacht.

Eerste of herhaalcontact klacht¹

Indien stress of zorgen besproken worden⁷ gebeurt dit iets vaker bij een herhaalcontact (12,2%) met de patiënt dan bij het eerste contact voor die klacht (11,1%). Dit verschil is echter minimaal (zie figuur 3). Zowel bij het eerste contact als bij het herhaalcontact wordt stress meestal op initiatief van de patiënt besproken; achtereenvolgens in 64,8% en 68,3% in vergelijking met de huisarts (die in 35,2% resp. 31,7% het initiatief neemt).

Figuur 3. Het bespreken van stress bij een eerste of herhaalcontact.



N= 1417. Significant ($p < .05$), chi kwadraat toets.

Patiënten die zelf vermoeden dat de mogelijke oorzaak van de klacht stress of zorgen is (n=281) komen met hun klacht vaker (70,7%) voor een herhaalcontact in vergelijking met het eerste contact (29,3%). Dit verschil is statistisch significant ($p < .05$). Patiënten vermoeden dus vaker dat de oorzaak stress of zorgen is als de klacht al langer bestaat, al (langer) bekend is bij de huisarts of indien lichamelijke oorzaken al zijn uitgesloten in een eerder consult. Bij patiënten die zelf denken dat de oorzaak stress of zorgen is én voor een herhaalconsult komen wordt stress in 30,0% besproken.

⁷ Analyses hebben betrekking op de gehele groep patiënten (N=1417) en niet alleen op dat deel dat denkt dat de oorzaak stress of zorgen is.

Conclusie

Stress of zorgen worden lang niet altijd besproken tijdens een consult met de huisarts. Slechts bij één op de drie patiënten (32,4%) die zelf de oorzaak van hun klacht voorafgaand aan het consult toeschrijven aan stress of zorgen komt het onderwerp tijdens het consult aan bod. Ook wanneer de huisarts vermoedt of weet dat psychosociale aspecten een rol spelen bij de klacht, worden stress en zorgen in 67,6% niet besproken. Dit komt in hoge mate overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat huisartsen en patiënten nauwelijks psychologische aspecten exploreren, zelfs als een van beide vermoedt dat het van belang is [5]. Stress wordt nauwelijks vaker besproken bij een herhaalcontact dan in het eerste contact voor een klacht, hoewel patiënten die zelf denken dat stress of zorgen een rol spelen in de meeste gevallen voor een herhaalconsult komen.

Er zijn verschillende verklaringen te geven voor het relatief weinig aan de orde stellen van psychosociale aspecten zoals stress of zorgen. Het is denkbaar, zeker bij eerste consulten, dat de huisarts eerst een lichamelijk probleem wil uitsluiten voordat er over psychosociale aspecten wordt gesproken of een psychosociale diagnose wordt gesteld [6]. Het is bekend dat patiënten die voor een eerste consult komen en waarbij psychosociale aspecten worden gemist, mogelijk terugkomen voor een herhaalconsult, waar de psychosociale aspecten vervolgens wel worden besproken [4]. In dit onderzoek blijken stress of zorgen echter lang niet altijd besproken te worden tijdens herhaalconsulten, ook niet als de patiënt zelf denkt dat dit de oorzaak is. Wellicht zijn de psychosociale aspecten bij deze patiënten in een eerder (herhaal)consult aan bod gekomen. Daarnaast kan de factor tijd een rol spelen bij het al dan niet aan de orde stellen van psychosociale aspecten [7]. Huisartsen hebben immers slechts 10 minuten consulttijd te besteden per (klacht van de) patiënt.

Echter, het gegeven dat huisartsen bij twee van de drie patiënten (69,0%) die zelf stress of zorgen als mogelijke oorzaak zien aangeven dat psychosociale aspecten géén rol spelen, wijst erop dat de ervaren stress of zorgen van de patiënt lang niet altijd worden opgepikt. Daarbij komt dat, als stress of zorgen wél worden besproken, dit meestal gebeurt op initiatief van de patiënt (67,8%). Hieruit komt een beeld naar voren dat stress of zorgen voornamelijk worden besproken als de patiënt hier zelf signalen over af geeft. Mogelijk blijft het onderwerp nog vaker onbesproken bij patiënten die een dergelijk zelfinzicht ontberen. Bovendien blijkt dat het merendeel (83,1%) van de patiënten die voorafgaand aan het consult aangeven dat de mogelijke oorzaak van hun klacht stress of zorgen is, dit twee weken na het consult nog steeds denken, hoewel bij de meesten van hen (60,3%) het onderwerp niet besproken is. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat psychologische problemen door veel huisartsen niet worden gedetecteerd [6]. Dit is vooral het geval wanneer patiënten voornamelijk fysieke symptomen vertonen en zelf niet het initiatief nemen tot het benoemen van psychologische problemen [6]. Het lijkt daarom aan te raden om bij de (na)scholing van huisartsen meer aandacht te besteden aan het herkennen van (stress of zorgen) signalen van de patiënt en het adequaat reageren hierop [2,4,7]. Mogelijk kan een betere afstemming tussen patiënt en huisarts ten aanzien van het bespreken van psychosociale aspecten (waaronder stress of zorgen) leiden tot een effectievere consultvoering en een vermindering van het aantal herhaalconsulten.

Verantwoording

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd in het kader van de Tweede Nationale Studie (NS2) naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (www.nivel.nl/ns2). De gegevensverzameling van de NS2 vond plaats tussen mei 2000 en april 2002; de meeste gegevens hebben betrekking op het kalenderjaar 2001. In totaal namen 104 praktijken deel aan de NS2. De huisartsen die deel uitmaken van de NS2 vormen een landelijke afspiegeling van de populatie Nederlandse huisartsen wat betreft leeftijd, geslacht, aantal werkzame dagdelen in de praktijk, vestigingsduur en apotheekhoudende praktijken. De in de deelnemende praktijken ingeschreven patiënten vormen een representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht [8-10].

Referenties

1. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *British Journal of General Practice* 2000; 50: 313-318.
 2. Pasch Van der M, Verhaak PFM. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient Education and Counseling* 1998; 33: 97-112.
 3. Ormel J, Brink W. van den , Koeter M, Giel R et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine* 1990; 20: 909-924.
 4. Goldberg D. A classification of psychological distress for use in primary care settings. *Social Science Medicine* 1992; 35: 189-193.
 5. Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 594-599.
 6. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *British Journal of General Practice* 1999; 50: 313-318.
 7. Wright AF. Unrecognized psychiatric illness in general practice. *British Journal of General Practice* 1996.
 8. Brink-Muinen A. van den, Dulmen AM van, Schellevis FG, Bensing JM. Tweede Nationale Studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: Huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: *NIVEL*, 2004.
 9. Linden MW van der, Westert GP, Bakker D de, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: *NIVEL & RIVM*, 2004.
 10. Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht, Bilthoven: *NIVEL & RIVM*, 2004.
-