

Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten*

PROF. DR. G. J. BREMER**

In 1969 publiceerden *Bremer en Brouwer* hun „Ontwerp en toepassing van een huisartsen-anamneselijst”. Inmiddels zijn ruim 40.000 exemplaren van deze lijst (kortweg HAL genoemd) verkocht door het N.H.I. De volgende bijdrage is gewijd aan het gebruik van de HAL bij vage, onduidelijke klachten.

Inleiding

Er is over het gebruik van vragenlijsten in de geneeskunde veel geschreven. In de dissertatie van *Pais* kan de belangstellende lezer veel literatuur over dit onderwerp vinden. Voor de huisarts zijn voorts van belang de zelfbeoordelingsschaal voor depressie van *Zung* (*Dijkstra; Zung*) en de vragenlijst voor relatietherapie van *Lange en Van der Hart*.

De ervaringen van *Brodman a.o.* (1949^a) in de Verenigde Staten hebben ons destijds op het idee van de HAL gebracht. In een handleiding voor hun Cornell Medical Index Health Questionnaire beschrijven zij elf verschillende toepassingen van hun lijst (*Brodman a.o.* 1949^b). Zelf schreven wij, dat de lijst is bedoeld „voor gebruik in de huisartspraktijk in de curatieve sfeer. (...) Een dergelijke lijst zou de huisarts bijvoorbeeld kunnen voorleggen aan patiënten met vage, onduidelijke klachten, die (...) in aanmerking komen voor een uitvoeriger onderzoek.”

Mijn ervaringen met de HAL betreffen vooral deze laatste indicatie. Een enkele keer heb ik de lijst gebruikt bij patiënten die „eens helemaal goed nagekeken” wensten te worden, maar meestal gaat het in zo'n geval toch ook om mensen die wat te klagen hebben. Deze groep blijft hier overigens verder buiten beschouwing.

* De volgende personen hebben mij bij het onderzoek, het uitwerken van de gegevens en het schrijven geadviseerd: Prof. H. de Jonge en Drs. J. Tijssen, Afdeling Medische Statistiek, Medische Faculteit, Leiden. Prof. Dr. W. Brouwer, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg en L. Kuenen, internist, hoofd Polikliniek Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden.
** Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen.

Zoals iedere patiënt heeft ook de patiënt met vage, onduidelijke klachten recht op de gewone geneeskundige behandeling. Ik versta daaronder: anamnese (gesprek), lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek en eventueel verwijzing naar een specialist. Het is duidelijk, dat de HAL niet gebruikt kan worden bij jonge kinderen en bij zeer oude mensen. Ook mensen met een geringe intelligentie en/of weinig administratieve bedrevenheid blijken niet in staat de lijst correct in te vullen.

Een tweede selectie die de huisarts moet toepassen is van meer persoonlijke aard. De ene arts zal eerder spreken van vage, onduidelijke klachten dan de andere. Ik denk dat het ook iets met de ervaring van de arts te maken heeft. Onervaren artsen blijken bijvoorbeeld het hyperesthetisch-emotionele syndroom niet te herkennen en spreken dan van vage, onduidelijke klachten. Om een ander voorbeeld te geven: wanneer de arts van oordeel is, dat vage, onduidelijke klachten bij een vrouw van 50 jaar veroorzaakt worden door „de overgang”, acht hij het gebruik van de HAL op dat moment misschien niet geïndiceerd, terwijl een andere arts er best geheel anders over kan denken.

Zelf gebruik ik de lijst op de volgende manier. Nadat ik de bedoeling heb uitgelegd, wijs ik de patiënt erop, dat hij de lijst alleen – dus zonder de hulp van anderen – moet invullen, dat het invullen ongeveer een half uur tijd kost en dat de mogelijkheid bestaat om bij „Aanvullingen” en „Uw eigen mening” persoonlijke opmerkingen te noteren. Het uitreiken van een lijst met vragen aan mensen die met bepaalde klachten komen, is uiteraard al van invloed op deze klachten. Klagen is immers een

„communicatieve expressie van negatieve prikkeling” (*Weijel*) en met het uitreiken van een papier doet een dokter iets bijzonders. Van belang is daarom dat deze handelwijze duidelijk wordt uitgelegd; de dokter moet iets zeggen in de trant van: „Ik begrijp de betekenis van uw klachten niet. Hier is een lijst. Als u die invult, kunnen we daarna over uw antwoorden praten. Misschien begrijp ik het dan beter.” Ik wil het belang van deze uitleg benadrukken. Zoals *Weijel* zegt: „De werkelijke vraag in de medische situatie is niet: wat heeft de patiënt, maar: waarom klaagt de patiënt?” en verder: „Wil men bij de arts gehoor krijgen, dan moet men met een lichamelijke klacht komen.” Door nu een vragenlijst uit te reiken kan de arts de indruk wekken vooral belang te hechten aan de inhoud van de klacht, terwijl het in werkelijkheid vaak om geheel andere problemen gaat. Ook de manier waarop de patiënt klaagt – depressief, angstig, onecht – is uiteraard van belang (*Rooymans*), maar dat is niet met een vragenlijst te onderzoeken. De arts moet dus niet de indruk wekken, dat hij de lijst gebruikt om de patiënt „af te houden”.

Nadat ik zelf de persoonsgegevens heb ingevuld, geef ik de lijst mee in een grote enveloppe met het verzoek hem vóór de volgende afspraak terug te brengen, zodat ik de antwoorden tijdig kan bekijken. Bij het volgende consult neem ik de lijst samen met de patiënt door en wordt elk „afwijkend” antwoord besproken. Daarna komt lijst B aan de beurt (Vroegere ziekten, Ziekten van familieleden). Soms is het nuttig de gegevens van deze lijst op de patiëntenkaart over te brengen.

Nadat alle vragen afzonderlijk zijn behandeld, kan het gesprek gaan over de „clustering” van afwijkend beantwoorde vragen. Zoals bekend zijn de vragen in een bepaalde volgorde geplaatst, min of meer per orgaansysteem (*tabel 1*).

Vervolgens kan men het gesprek voortzetten over de lijst als geheel, over de totaalscore enzovoort. Soms blijkt dan, dat de patiënt frequent het tweede antwoord („zo nu en dan”) bij vragen met vier antwoordmogelijkheden heeft omcirkeld. Wat dit precies betekent, is mij niet duidelijk.

Opvallend is, dat veel patiënten persoonlijke opmerkingen noteren bij „Aanvullingen” en „Uw eigen mening”. Iedere huisarts ontvangt zo nu en dan brieven van patiënten die zich blijkbaar liever schriftelijk dan mondeling wensen te uiten; *Pais* haalt vier publicaties aan, waarin eveneens op dit feit

Tabel 1. De vragen van de huisartsen-anamneselijst geclusterd.*

Cluster	Vragen
1. Centrale zenuwstelsel	1- 5
2. Keel, neus en oor	6- 8
3. Longen	9-11
4. Hart	11-15
5. Spijsverteringsorganen	20-25
6. Blaas	26-28
7. Bewegingsapparaat	29-31
8. Verslavingen	34-36
9. Psychosociale problematiek	39-52
10. Gynaecologische afwijkingen (alleen voor vrouwen)	53-57
11. Urogenitaalstelsel (alleen voor mannen)	{ 26-28 53-55

* Een negatieve beantwoording van een aantal vragen in een bepaald cluster zou kunnen wijzen op een ziekteproces in het desbetreffende orgaanstelsel (geldt uiteraard niet voor de clusters 8 en 9).

wordt gewezen: sommige patiënten vertrouwen meer aan het papier toe dan aan de arts. De HAL blijkt in dit opzicht bij een vrij grote groep patiënten in een behoefte te voorzien.

Sommige lijsten zijn niet goed ingevuld: in plaats van de antwoorden te omcirkelen streept de patiënt antwoorden aan of door. De ingevulde lijst kan dan niet beoordeeld worden. Een enkele maal komt dit voor bij mensen bij wie men dat niet zou verwachten. Ik denk dat deze „slotheidzaamheid” in sommige gevallen wijst op afweer bij de patiënt. Ook Pais wijst erop, dat dit een belemmerende factor kan zijn. Op de polikliniek inwendige geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis te Leiden was 35 procent van de patiënten tegen het invoeren van de vragenlijst. Ook maakten enkele artsen bezwaren. Hierbij moet ik wel opmerken, dat de door Pais gebruikte lijst ruim 550 vragen bevatte en dat de gemiddelde tijd voor het invullen ongeveer een uur bedroeg.

Overigens is het verstandig als de arts ook zelf de lijst eens invult. Wat opvalt, is dat vrijwel niemand zonder „afwijkende” antwoorden scoort. Het is dit gebied – tussen ziek en gezond – waarover nog zo weinig bekend is. Blijkbaar hebben gezonde mensen vaak lichamelijke klachten. Ik heb de lijst een aantal malen laten invullen door mensen die zeiden zich gezond te voelen. Desondanks scoorden zij drie, vier, vijf of nog meer afwijkende antwoorden.

De patiënt

Vage, onduidelijke klachten wijzen niet duidelijk op het bestaan van een bepaalde ziekte. De vaagheid bestaat overigens meer voor de arts dan voor de patiënt die zich duidelijk en onmiskenbaar „niet in orde”, „beroerd”, „miserabel” of „gammel” voelt en klaagt over: moeheid, hoofdpijn, slaapstoornissen, zenuwachtigheid, buikpijn, soms ook over duizeligheid, hartkloppingen, prikkelbaarheid.

Zoals gezegd, hebben ook deze patiënten recht op de gewone geneeskundige behandeling: anamnese (gesprek), lichamelijk onderzoek, enzovoort. Van belang is uiteraard of de huisarts de patiënt kent en weet, of deze vaak klaagt of een bepaalde ziekte heeft. Kortom, mijn opmerkingen moeten wel gezien worden in het kader van de huisartspraktijk. De arts moet er niet op uit zijn de patiënt hoe dan ook een diagnose op te plakken; het gaat erom, dat bij deze mensen juist een integrale benadering noodzakelijk is.

De patiënt kan een ziekte hebben in een fase of vorm waarin iedere ziekte onduidelijk is en moeilijk te diagnostiseren: aan het begin, aan het eind of bij een lichte vorm. Bij deze patiënten moet de dokter denken aan:

- een beginnende ziekte: een infectie, een neoplasma of een intoxicatie;
 - een nog niet genezen ziekte; berucht zijn in dit opzicht ziekte van Pfeiffer, influenza, hepatitis;
 - een lichte vorm van een chronische ziekte, bijvoorbeeld (astmatische) bronchitis, emfyseem, colitis ulcerosa.
- Het beeld dat kan optreden, is gekenmerkt door vage, onduidelijke klachten met vooral kenmerken van het hyperesthetisch-emotionele syndroom (*Kraus*). Deze patiënten klagen vaak over prikkelbaarheid en een onvermogen om vooral geestelijke arbeid te verrichten. Laat men de patiënt een temperatuurlijst aanleggen, dan blijkt de temperatuur weleens subfebril te zijn. Er wordt bij deze patiënten een enkele maal een ziekte gediagnostiseerd waarvan betwijfeld kan worden of ze wel bestaat: „irritable bowelsyndroom”, „atypische migraine”, mooie termen waarmee dokter een patiënt de werkelijke problematiek kunnen afweren (*Balint*). Aan een ziekte moet men vooral denken als de patiënt zijn klachten als „onbekend”, als „nieuw” beleeft.

Psychosociale overbelasting kan aanleiding geven tot vage, onduidelijke licha-

melijke klachten, waarvan de inhoud sterk cultureel bepaald is (*Freedman and Kaplan*). Sommige gebeurtenissen zijn op dit punt ook bij uitstek belastend en vragen van de desbetreffende nogal wat aanpassingsvermogen.

Holmes and Rahe hebben een Social Readjustment Rating Scale opgesteld waarop deze stress veroorzakende gebeurtenissen in volgorde van ernst zijn gerangschikt. Iedere gebeurtenis krijgt op deze schaal een aantal punten waarmee de ernst van de belasting wordt uitgedrukt. In de oorspronkelijke lijst komen drieënveertig gebeurtenissen voor; in tabel 2 heb ik de eerste vijftien genoteerd. De volgorde geldt voor volwassenen. In latere publikaties is aange- toond dat jonge mensen soms meer problemen hebben met andere moeilijkheden (*Ruch and Holmes*).

Surmenage in de werksfeer blijkt – vooral bij mannen – vaak aanleiding te geven tot een syndroom met lichamelijke klachten dat in vroeger tijden neurasthenie genoemd werd. Psychosociale overbelasting – sommige spreken van emotionele overbelasting – komt vaak pas goed aan het licht wanneer men de patiënt samen met zijn gezin of partner heeft gesproken. Om bij patiënten met vage, onduidelijke klachten een juist beeld van de situatie te krijgen is het maken van een huisbezoek, waarbij de dokter de gezinsleden in het gesprek kan betrekken, dan ook soms noodzakelijk.

Tabel 2. De eerste vijftien gebeurtenissen op de Social Readjustment Rating Scale van Holmes and Rahe.*

1. Dood van de huwelijkspartner	100
2. Verlating	73
3. Echtscheiding	65
4. Gevangenisstraf	63
5. Dood van een naast familielid	63
6. Verwonding/ziekte	63
7. Huwelijk	50
8. Ontslag	45
9. Verzoening van het huwelijk	45
10. Pensionering	45
11. Veranderde gezondheids- toestand van een gezinslid	44
12. Zwangerschap	40
13. Seksuele moeilijkheden	39
14. Komst van een nieuw gezinslid	39
15. Verandering in het zakendoen	39

* De getallen achter de vermelde gebeurtenissen geven aan, in welke mate de betreffende gebeurtenis „stressverwekkend” is. De kans op ziek worden doet zich vooral voor als gebeurtenissen samenvallen.

Bij patiënten met vage, onduidelijke klachten moet de dokter steeds rekening houden met het bestaan van een depressie. De laatste tijd is hier veel over geschreven (*Van Praag en Rooymans; Kraft*), maar al heel lang is bekend dat depressieve mensen soms de arts alleen wegens lichamelijke klachten consulteren en daarbij niet spreken over hun depressieve gemoedstoestand. Hoofdpijn, hartkloppingen, anorexie, obstipatie, zijn klachten waar depressieve mensen mee bij hun dokter komen. Soms zijn er hele reeksen klachten en is de patiënt duidelijk hypochondrisch (*Bleuler*).

In mei 1978 werd in Wassenaar een wetenschappelijke bijeenkomst gehouden met als thema „Chronisch klaaggedrag”. Hiervan werd de volgende definitie gegeven: „Er is sprake van chronisch klaaggedrag wanneer er een langdurig en vrij constant patroon van lichamelijke en psychische klachten bestaat, waarbij voor die klachten ondanks herhaalde pogingen nooit een afdoende verklaring en therapie (op somatisch en/of psychisch gebied) gevonden is.” (*Van de Lande*). Het is hier niet de plaats dieper op het probleem van chronisch klaaggedrag in te gaan. Patiënten met dit gedrag wekken vaak de irritatie op van artsen; zij gebruiken dikwijls psychofarmaca. Het zou vooral om vrouwen gaan.

De taak van de huisarts ten aanzien van deze patiënten is, naar mijn mening, nog nauwelijks doordacht. Wanneer men bij sommige patiënten gaat spreken van „chronisch klaaggedrag”, zal iedere arts zelf moeten uitmaken. Het lijkt niet onverstandig deze „diagnose” soms te stellen en het gedrag onder de verslavingen te boeken (*Van de Lande*). Naar mijn mening kan de huisarts hier veel leren van gezins- en gedragstherapeuten, niet zozeer om deze patiënten te kunnen cureren, als wel om hen beter te begrijpen en dus ook beter te kunnen verdragen (*Nevejan*).

Rooymans merkt op dat de vraag waarom iemand blijft klagen weleens relevanter kan zijn dan de vraag waardoor de klachten zijn ontstaan. Men spreekt van „circulaire causaliteit” en kijkt daarbij niet alleen naar de oorzaak van het klagen, maar ook naar de bedoeling. Er wordt dus niet alleen gevraagd „Waarom klaagt deze patiënt?”, maar ook: „Wat gebeurt er als deze patiënt klaagt?”.

Uit het voorgaande moge blijken dat klagen verschillende betekenissen kan hebben. Klagen kan opgevat worden als

een signaal van: ziekte, overbelasting, stress. Behandeling van deze ziekte, vermindering van de overbelasting, enzovoort, zal het klagen dan waarschijnlijk doen verminderen. Het gaat om de relatie belasting – belastbaarheid en deze ligt bij ieder mens weer anders. In bepaalde situaties gaat iedereen klagen. Klagen kan echter ook gezien worden als een bepaald gedrag dat een bedoeling heeft. Zo kan klagen een onderdeel zijn van een gedragsketen die de neiging heeft zichzelf in stand te houden; ook kan klagen gezien worden als een aanpassingsstrategie waarbij ander gedrag niet mogelijk is (*Van Dijk; Smits en Van Mierlo; Lange en Van der Hart*).

Het onderzoek

De HAL is een diagnostisch instrument dat niet los gezien kan worden van de andere diagnostische mogelijkheden van de huisarts. In de volgende beschouwing zal ik in het kort iets zeggen over deze andere mogelijkheden. Dit zijn:

- de anamnese;
- het lichamenlijk onderzoek;
- het laboratoriumonderzoek;
- de specialistische verwijzing.

De HAL is een hulpmiddel bij het anamnestic onderzoek waarbij het vooral gaat om de „inhoud van de klachten”. Hoewel deze inhoud niet geheel los gezien kan worden van de „wijze waarop de patiënt klaagt”, moet ik erop wijzen dat het van groot diagnostisch belang is wanneer de arts zich realiseert hóé de patiënt klaagt. Voor de praktijk lijkt het zinvol de volgende onderscheidingen te maken. De patiënt kan:

- adequaat klagen;
- depressief klagen;
- angstig klagen;
- agressief klagen;
- onecht klagen.

De wijze waarop de patiënt klaagt, kan uiteraard niet met de HAL zichtbaar gemaakt worden. Hoewel de genoemde onderscheidingen vooral op subjectieve gronden gemaakt worden, kunnen zij voor de diagnostiek van veel betekenis zijn (*Thiel; Kraft*).

Bij het lichamenlijk onderzoek behoort naar mijn mening het opnemen van de temperatuur; eenmaal per dag, om 17.00 uur rectaal opnemen en opschrijven is in eerste instantie voldoende.

Kort geleden heb ik de internist L. Kuenen, hoofd van de polikliniek interne geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis in Leiden, gevraagd welk laboratoriumonderzoek hij aangewezen

acht bij patiënten met vage, onduidelijke klachten. Kuenen adviseerde het volgende:

- op infecties: Hb., erythrocyten; leukocyten; eventueel differentiatie; BSE;
- op anemie: Hb.;
- op lichte diabetes: glucose urine (niet nuchter!);
- op nierfunctiestoornis: creatinine;
- op leverfunctiestoornis: bilirubine, alkalische fosfatase, één transaminase;
- op schildklierafwijking: cholesterol; boven de 45 jaar: een E.C.G.

Kuenen schreef daarbij: „Als dit pakket normaal is en als men het toch niet vertrouwt eenmaal revisie door een andere arts. En waarom geen andere huisarts?” Zelf liet ik eerder te veel dan te weinig onderzoeken. (Rijnlands Artsen Laboratorium) Een E.C.G. heb ik echter niet bij iedereen boven de 45 jaar laten maken.

Tenslotte kan het soms nodig zijn de patiënt te verwijzen naar een medisch specialist.

Patiënten met vage, onduidelijke klachten vragen van de huisarts een duidelijk beleid. Het laboratoriumonderzoek moet tot het noodzakelijke beperkt blijven en het laboratorium moet ook ingeschakeld worden op geleide van de gegevens verkregen door de anamnese en het lichamenlijk onderzoek. „Routineonderzoek” is naar mijn mening uit den boze. Het verwijzen naar medische specialisten dient met zorg te geschieden: met een duidelijke vraagstelling en een verzoek om de patiënt terug te verwijzen zodra dat mogelijk is. Deze patiënten zijn niet gebaat bij polypragmasie. Een „uitvoerig specialistisch onderzoek” levert soms afwijkingen op die niets met de klachten te maken hebben. Deze patiënten zijn gepredisponeerd voor iatrogene kwalen.

Een analyse van vijftig lijsten

De analyse betreft vijftig lijsten van patiënten die in de periode 1972-1978 met vage, onduidelijke klachten bij mij kwamen en die nog steeds als patiënt in de praktijk zijn ingeschreven. De bedoeling was op de volgende vragen een antwoord te krijgen:

- heb ik, achteraf gezien, de gegevens van de lijst goed geïnterpreteerd of toch iets over het hoofd gezien?
- waardoor wordt de groep patiënten met vage, onduidelijke klachten gekenmerkt?
- hoe vaak levert de lijst gegevens op die relevant zijn, dat wil zeggen gege-

vens die het beleid duidelijk hebben beïnvloed?

De gegevens waren goed te coderen en mechanisch te bewerken. Het spreekt vanzelf dat er ten aanzien van de uitkomsten van deze analyse rekening mee moet worden gehouden dat het materiaal slechts de praktijk van één huisarts betreft (*Diederiks e.a.*).

Heb ik, achteraf gezien, de gegevens van de lijst goed geïnterpreteerd of toch iets over het hoofd gezien?

Om op deze vraag een antwoord te krijgen heb ik de lijsten in september 1978 stuk voor stuk opnieuw bekeken, de kaarten van de patiënten bestudeerd en – vooral voor de periode na het consult – de specialistenbrieven van deze patiënten nogmaals doorgenomen. Veel nieuwe gezichtspunten heeft dit niet opgeleverd. Gebleken is echter wel dat ik in enkele gevallen de betekenis van de antwoorden op de vragen 34 en 35* heb onderschat. Veel roken en drinken wijst nogal eens op het bestaan van problemen, op welk gebied dan ook. Van de vijftig patiënten waren er vier die veel dronken, tien die veel rookten en vier die veel dronken én veel rookten. Alcohol was waarschijnlijk de oorzaak van de klachten bij twee patiënten.

Opvallend was hoe weinig het lichamenlijk onderzoek, het laboratoriumonderzoek en het verwijzen naar een specialist (ook nog veel later) heeft opgeleverd aan gegevens die de klachten zouden kunnen verklaren.

Lichamenlijk onderzoek. Eenmaal vond ik een duidelijke temperatuursverhoging die waarschijnlijk veroorzaakt werd door een chronische purulente bronchitis, eenmaal een souffle die aanleiding vormde om de patiënt te verwijzen. Verdere afwijkingen die de klachten zouden kunnen verklaren, werden niet gevonden.

Laboratoriumonderzoek. Bij zeventien patiënten werden in totaal 114 bepalingen verricht door het huisartsenlaboratorium; tevens werd bij de meeste patiënten de urine onderzocht in de eigen praktijk. Zes bepalingen van het huisartsenlaboratorium leverden afwijkende waarden op die echter geen diagnostische of therapeutische consequenties hadden. (Gemaakte kosten bij dit laboratorium: f 952,-).

Verwijzingen. Van de vijftig patiënten werden er elf kort na het invullen van de lijst naar een specialist verwezen; bij

Tabel 3. Geslacht en leeftijd van de vijftig patiënten met vage, onduidelijke klachten.

Leeftijd	Mannen	Vrouwen
10-19	-	7
20-29	4	8
30-39	7	8
40-49	11	3
50-59	1	1
Totaal aantal	23	27
Gemiddelde leeftijd	39	29

veertien volgde later een verwijzing wegens dezelfde klachten: achttien maal werden geen afwijkingen gevonden, driemaal werd een psychiatrische diagnose gesteld die geen of nauwelijks therapeutische consequenties had. (Gemaakte kosten door dit verwijzen voor het ziekenfonds (eerste verwijskaarten): f 3562,-.) Twee patiënten werden later gedurende enige tijd in een psychiatrische inrichting opgenomen. Van de vier specialistische diagnoses kon gezegd worden: al bekend of niet van betekenis om de klachten te verklaren.

Hoe divergent „vage, onduidelijke klachten” kunnen zijn, moge blijken uit de verwijzingen: algemeen internist 9×; cardioloog 3×; neuroloog 5×; psychiater 3×; orthooped 2×; KNO-arts 2× en oogarts 1×. Bij geen van de patiënten ontwikkelde zich later een ernstige ziekte (juni 1979).

Waardoor wordt de groep patiënten met vage, onduidelijke klachten gekenmerkt?

Bij het doornemen van de lijsten viel mij op dat zes vrouwen niet meer onder hun eigen naam in het kaartstelsel waren terug te vinden: zij waren intussen getrouwd. Het bleek dat deze vrouwen allen betrekkelijk kort voor hun huwelijk bij mij waren geweest met de genoemde klachten: gemiddeld zestien maanden voor hun trouwdag. Bij geen van de mannen was dit het geval.

In de stresslijst van *Holmes and Rahe* staat „het huwelijk” op de zevende plaats (*tabel 2*). Een andere differentiatie naar geslacht geven deze auteurs niet, maar het lijkt mogelijk dat de tijd voor het trouwen voor de vrouw aanmerkelijk meer stressverwekkend is dan voor de man. Haar status verandert meer dan die van hem; zij heeft in het algemeen meer zorgen om de nieuwe

woning en de uitzet; van haar wordt meer aanpassing gevraagd dan van haar aanstaande echtgenoot. Hij blijft meestal werken waar hij al werkte, zijn situatie wordt eerder gemakkelijker dan moeilijker. Een andere verklaring – bij het leeftijdsverschil tussen de mannen en vrouwen komen wij daar nog op terug – zou kunnen zijn: vrouwen bezoeken de huisarts voor het voorschrijven van contraceptiva en zijn daardoor eerder in de gelegenheid ook vage klachten te uiten.

Veel patiënten hebben bij „Aanvullingen” en „Eigen mening” iets opgeschreven, in totaal zeventwintig patiënten; gemiddeld gebruikten zij zesenvijftig woorden. Reeds in onze eerste publicatie schreven wij (*Bremer en Brouwer*): „Sommige patiënten maakten uitvoerig gebruik van de gelegenheid tot het bij-schrijven van hun eigen ideeën”. Bij „Aanvullingen” beperkte men zich meestal tot het geven van commentaar bij de reeds beantwoorde vragen, bij „Eigen mening” gaven sommige patiënten informatie over zaken waarover zij tevoren – tijdens de gesprekken met de huisarts – niet of nauwelijks hadden gesproken. Vijfmaal noteerde een patiënt dat hij het veel te druk had, dat hij overbelast was en dat hij zijn werk niet goed aankon. Daarbij werd tevens vermeld dat dat ook de reden was waarom hij naar de dokter was gegaan.

In *tabel 3* zijn de leeftijdsverdelingen van de mannen en de vrouwen weergegeven. Het volgende valt daarin op: – onder de patiënten van 44 jaar en ouder bevinden zich acht mannen (van wie zeven in de leeftijd van 45-48 jaar) en slechts één vrouw (van 56 jaar); – er zijn elf vrouwen, maar geen enkele man in de leeftijdsgroep jonger dan 26 jaar.

Wat het eerste punt betreft, is het opvallend dat juist vrouwen in de leeftijds-klasse waarin de menopauze optreedt, ontbreken. Vermoedelijk kan men de vage klachten van deze vrouwen aan een „oorzaak” toeschrijven.

De gemiddelde leeftijd van de mannen (39 jaar) is lager dan de gemiddelde leeftijd van de manlijke bevolking van Nieuwkoop (43 jaar). Bij de vrouwen is dit verschil nog veel groter: respectievelijk 29 en 41 jaar. Het grote verschil in leeftijd tussen de mannen en vrouwen is mogelijk mede een gevolg van het feit, dat veel vrouwen de huisarts ook bezoeken voor het voorschrijven van contraceptiva en daardoor eerder in de gelegenheid zijn om vage klachten te uiten dan mannen; van de elf vrouwen jonger

* Vraag 34. Drinkt u weleens twee of meer borrels of glazen bier per dag? Vraag 35. Rookt u meer dan tien sigaretten per dag?

dan 26 jaar gebruikten er zes tijdens het onderzoek de pil.

Vervolgens is nagegaan of de mannen en vrouwen de vragen op ongeveer dezelfde wijze hadden beantwoord. Hierbij bleek dat verschillen van betekenis slechts bij vier vragen voorkwamen en wel bij: vraag 1 (Hebt U weleens last van zware hoofdpijn?), vraag 18 (Bent U in het algemeen kouwelijk?), vraag 34 (Drinkt U weleens twee of meer borrels of glazen bier per dag?) en vraag 50 (Ergert U zich dikwijls aan mensen?). Bij deze vragen waren de verschillen tussen mannen en vrouwen statistisch significant (tweezijdige overschrijdingskansen $\leq 0,01$). Bij alle andere vragen leverden de toegepaste toetsen tweezijdige overschrijdingskansen op die groter zijn dan 0,05 (bij 45 van de 48 vragen: groter dan 0,20). Voor deze groep patiënten geldt dat vrouwen in het algemeen meer zware hoofdpijn hebben en kouwelijker zijn dan de mannen; bij de mannen is daarentegen het drankgebruik groter, terwijl zij zich ook meer blijken te ergeren dan de vrouwen.

Voorts is een verdeling van de patiënten gemaakt in drie groepen: „chronische klagers”, „twijfelgevallen” en „geen chronische klagers”. Deze verdeling is als volgt tot stand gekomen. Op de lijst met de vijftig namen is – onafhankelijk van elkaar – door twee personen die de praktijkpopulatie goed kenden, aangegeven wie volgens hen een chronische klager was. Alle patiënten die twee stemmen kregen, werden „chronische klagers” genoemd (7), de patiënten die één stem kregen „twijfelgevallen” (6), de overigen waren „geen chronische klagers” (37). Deze laatste patiënten bezochten de huisarts dus niet frequent. Een „chronische klager” is iemand die chronisch klaaggedrag vertoont zoals wij dat omschreven hebben: een langdurig en vrij constant patroon van lichamelijke en psychische klachten, waarbij voor die klachten ondanks herhaalde pogingen nooit een afdoende verklaring en therapie (op somatisch en/of psychisch gebied) gevonden is. Ten aanzien van het aantal klachten valt een duidelijk patroon te onderkennen: de chronische klager beantwoordt meer vragen „negatief” dan de rest en de twijfelgevallen klagen meer dan de niet-chronische klagers. De chronische klagers scoorden bovendien significant hoger in cluster 9 (Psychosociale problematiek) in tabel 2; met andere woorden: zij hebben vooral „psychische klachten”.

In tabel 4 zijn de vijftig patiënten in vijf groepen verdeeld naar de „oorzaak”

Tabel 4. „Oorzaken” van de klachten en „chronisch klaaggedrag” bij vijftig patiënten met vage, onduidelijke klachten.

„Oorzaken”	Aantal	Klaaggedrag
Lichamelijke afwijkingen (twee alcoholici)	6	2
Psychosociale problematiek (relatie, huwelijk)	12	
Surmenage	6	
Psychiatrische problematiek	5	5
Onbekend	21	
Totaal	50	7

van de klachten. Het is een globale indeling in die zin dat de meest in het oog springende „oorzaak” is aangegeven, terwijl in de meeste gevallen sprake is van „multicausaliteit”. Ondanks vele pogingen werd bij eenentwintig patiënten geen oorzaak gevonden. Onder deze eenentwintig patiënten bevonden zich geen chronische klagers.

Tenslotte zijn in tabel 5 de vragen bijeengebracht die het meest frequent „negatief” werden beantwoord.

Een enkele opmerking wil ik nog maken over het aantal vragen dat de individuele patiënt „negatief” kan beantwoorden. Het is bijna niet te geloven hoe hoog sommige mensen op de lijst kunnen scoren. Er zijn mensen die zo hoog

Tabel 5. De vragen die het meest frequent negatief werden beantwoord.

Vraag	Aantal malen
42.* Voelt U zich vaak moe?	39
43.* Vindt U zelf dat U nerveus bent?	33
41.* Voelt U zich dikwijls gejaagd?	32
52.* Bent U gauw geneigd zich wat terug te trekken?	23
33.* Hebt U vaak dorst?	21
2. Hebt U weleens een drukkend gevoel?	21
1. Hebt U weleens last van zware hoofdpijn in uw hoofd?	12
31. Hebt U weleens pijn in de rug?	10
3. Voelt U zich weleens duizelig?	8
8. Bent U weleens verkouden?	7

* Vragen met twee keuzemogelijkheden (ja/neen). De overige vragen hebben vier keuzemogelijkheden (vrijwel nooit, zo nu en dan, dikwijls, vrijwel voortdurend); de antwoorden „dikwijls” en „vrijwel voortdurend” zijn als negatief beschouwd.

scoren dat men wel moet aannemen dat zij zich buitengewoon beroerd voelen. Desondanks kon bij sommigen van hen op geneeskundig gebied niets gevonden worden. Dit „ziektebeeld” is allerminst zeldzaam. Hoe kan dit verklaard worden? Naar mijn mening is er hier geen sprake van „ziek-zijn” of „het hebben van een ziekte”. Het klagen heeft hier een andere betekenis.

Op de vraag of deze patiënten nog andere gemeenschappelijke kenmerken hebben dan dat er vage, onduidelijke klachten bestaan, moet het antwoord luiden: ik heb ze niet kunnen vinden.

Hoe vaak levert de lijst gegevens op die relevant zijn, dat wil zeggen gegevens die het beleid duidelijk hebben beïnvloed?

Op deze vraag kan moeilijk een exact antwoord gegeven worden. Het gebruik van de lijst impliceert immers een gestructureerd gesprek met de patiënt en dat geeft vaak aanleiding om ook andere zaken te gaan onderzoeken. In zeven gevallen leverde de lijst belangrijke gegevens op die mij tevoren niet bekend waren, in zeven andere gevallen kwamen gegevens aan het licht die bij dat gesprek van belang voor de „diagnose” bleken te zijn. Bij deze vijftig patiënten leverde de lijst meer relevante gegevens op dan het laboratoriumonderzoek en het verwijzen naar de specialist. De lezer zou kunnen opmerken: de anamnese was tevoren niet goed opgenomen. Misschien is dat wel waar, de lijst is tenslotte te beschouwen als een hulpmiddel om anamnestiche gegevens te vermeerderen.

Samenvatting. Sinds de publikatie van de huisartsen-anamneselijst in 1969 zijn door het N.H.I. meer dan 40.000 exemplaren verkocht. De lijst is een goedkoop en onschadelijk hulpmiddel bij het verkrijgen van een groot aantal anamnestiche gegevens en is vooral bruikbaar bij vage, onduidelijke klachten. Na een uitvoerige uiteenzetting over het gebruik van de lijst worden de gegevens van vijftig patiënten met vage, onduidelijke klachten geanalyseerd. Bij deze patiënten:

- leverde de lijst meer relevante gegevens op dan het laboratoriumonderzoek en de specialistische verwijzing;
- was het mogelijk een globale indeling te maken naar de oorzaken van de klachten;
- werd in eenentwintig gevallen geen oorzaak gevonden;
- was het klachtenpatroon bij mannen en bij vrouwen verschillend.

Summary. The anamnestic checklist for general practitioners confronted with vague, ill-defined complaints. Since the publication of the anamnestic checklist for general practitioners in 1969, the NHI (Netherlands Institute for General Practitioners) has sold over 40,000 copies. The list is a cheap and harmless aid in obtaining a large number of anamnestic data, and is particularly useful in questioning patients with vague, ill-defined complaints. A detailed account of the use of the list is followed by an analysis of the data on fifty patients with vague, ill-defined complaints. In these cases:

- the checklist yielded more relevant data than laboratory tests and referrals to specialists;
- it was possible to make a general classification by causes;
- no cause was elicited in twenty-one patients;
- the pattern of symptoms in males differed from that in females.

- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. *Pitman, London, 1957.*
- Bleuler, M. Die Depressionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. *Schwabe, Basel, 1943.*
- Bremer, G. J. en W. Brouwer. Ontwerp en toepassing van een huisartsen anamnese-lijst. (1969) *huisarts en wetenschap* 12, 321.
- Brodman, K., A. J. Erdmann jr., J. Lorge a.o. (1949^a) *J. Amer. med. Ass.* 140, 530.
- Brodman, K., A. J. Erdmann jr., J. Lorge a.o. Manual Cornell Medical Index Health Questionnaire. *Cornell University Medical College, New York, 1949^b.*
- Diederiks, J. P. M., H. Philipsen, E. V. W. Vercrujssse e.a. Rapport: Huisarts en sociaal wetenschappelijk onderzoek. *N.H.I., Utrecht, 1973.*
- Dijck, R. van. Directieve therapie bij chronisch klaaggedrag. In: Symposium over chronisch klaaggedrag. *Ursula Kliniek, Wassenaar, 1978.*
- Dijkstra, P. De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: H. M. van Praag en H. G. M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming. Bohn, Amsterdam, 1974.*
- Freedman, A. M. and H. I. Kaplan. Comprehensive textbook of psychiatry. *Williams & Wilkins, Baltimore, 1967.*
- Holmes, T. H. and R. H. Rahe. The social readjustment rating scale. (1967) *J. psychosom. Res.* 11, 213.
- Kraft, Th. B. Overspanning. *Bohn, Haarlem, 1972.*
- Kraus, G. Het hyperaesthetisch-emotionele syndroom. (1955) *Ned. T. Geneesk.* 99, 246.
- Lande, J. L. van de. Psychodynamische psychotherapie. In: Symposium over chronisch klaaggedrag. *Ursula Kliniek, Wassenaar, 1978.*

- Lange, A. en O. van der Hart. Gedragsverandering in gezinnen. *Tjeenk Willink, Groningen, 1975.*
- Nevejan, M. Gezins- en echtparentherapie I/II. (1967) *Ned. T. Geneesk.* 120, 2268/2314.
- Nevejan, M. (red.). Gezins- en echtparentehandeling in Nederland. *Van Loghum Slaterus, Deventer, 1973.*
- Pais, M. Een vragenlijst voor de (poli-)kliniek inwendige geneeskunde. *Diss. Leiden, 1977.*
- Praag, H. M. van en H. G. M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming. Bohn, Amsterdam, 1974.*
- Rooymans, H. G. M. Zijn het zenuwen? Over de psychiatrische diagnostiek van lichamelijke klachten. *Universitaire Pers, Leiden, 1977.*
- Ruch, L. O. and T. H. Holmes. Scaling of life change: comparison of direct and indirect methods. (1971) *J. psychosom. Res.* 15, 221.
- Smits, A. en G. van Mierlo. Lichamelijke klachten in een systeem van communicatie. In: M. Crolla-Baggen, P. van de Ven en T. Staps (red.). *Interventie en interactie. Aspecten van gezinstherapie. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1975.*
- Thiel, J. H. Onechtheid. *Boom, Meppel, 1970.*
- Weijel, J. A. Medische psychologie. *Bijleveld, Utrecht, 1961.*
- Zung, W. W. K. From art to science. The diagnosis and treatment of depression. (1973) *Arch. gen. Psychiat.* 29, 328.

Bijlage

De vragen van de huisartsen-anamnese-lijst

1. Hebt u weleens last van zware hoofdpijn?
2. Hebt u weleens een drukkend gevoel in uw hoofd?
3. Voelt u zich weleens duizelig?
4. Ziet u weleens wazig?
5. Vindt u dat uw gezichtsvermogen achteruit gaat?
6. Hebt u weleens keelpijn?
7. Hebt u weleens last met slikken?
8. Bent u weleens verkouden?
9. Hoest u weleens?
10. Geeft u bij het hoesten sputum of slijm op?
11. Als u zich een beetje inspant, wordt u dan kortademig?
12. Wordt u weleens kortademig, terwijl u stil zit of op bed ligt?
13. Hebt u weleens hartkloppingen?
14. Hebt u weleens pijn op de borst?
15. Zijn uw enkels weleens gezwollen?
16. Krijgt u pijn in de kuiten als u een eindje loopt?
17. Stijgt het bloed u weleens naar het hoofd?
18. Bent u in het algemeen kouwelijk?
19. Vindt u dat uw eetlust de laatste tijd slechter is geworden?
20. Hebt u vaak het gevoel dat het eten niet wil zakken?

21. Zijn uw maag of ingewanden weleens van streek?
 22. Hebt u weleens een vol gevoel in de buik?
 23. Hebt u weleens moeilijkheden met de ontlasting?
 24. Hebt u weleens iets bijzonders aan de ontlasting gezien (b.v. een zwarte of juist heel lichte kleur)?
 25. Hebt u weleens slijm of bloed bij de ontlasting ontdekt?
 26. Moet u 's nachts meer dan één keer het bed uit om te plassen?
 27. Gebeurt het weleens dat u de urine niet kunt ophouden?
 28. Hebt u weleens brandende pijn tijdens of direct na het plassen?
 29. Hebt u weleens last van stijve spieren en gewrichten?
 30. Hebt u weleens pijn in één of meer gewrichten?
 31. Hebt u weleens pijn in de rug?
 32. Hebt u weleens last van jeuk?
 33. Hebt u vaak dorst?
 34. Drinkt u weleens twee of meer borrels of glazen bier per dag?
 35. Rookt u meer dan tien sigaretten per dag?
 36. Neemt u weleens medicijnen in?
 37. Hebt u vaak een hongerig gevoel?
 38. Bent u de laatste tijd afgevallen?
 39. Laat naar uw gevoel uw gezondheid op het moment duidelijk te wensen over?
 40. Hebt u vaak last van slapeloosheid?
 41. Voelt u zich dikwijls gejaagd?
 42. Voelt u zich vaak moe?
 43. Vindt u zelf dat u nerveus bent?
 44. Piekert u dikwijls over uw gezondheid?
 45. Vindt u het als regel moeilijk een besluit te nemen?
 46. Voelt u zich weleens angstig?
 47. Voelt u zich vaak somber of neerslachtig gestemd?
 48. Voelt u zich vaak eenzaam?
 49. Hebt u weleens het gevoel dat iedereen op u let?
 50. Ergert u zich dikwijls aan mensen?
 51. Kost het u dikwijls moeite om uw zelfbeheersing niet te verliezen?
 52. Bent u gauw geneigd zich wat terug te trekken?
- De volgende zes vragen alleen in te vullen door vrouwen*
53. Bent u onregelmatig ongesteld?
 54. Hebt u gewoonlijk veel pijn als u ongesteld bent?
 55. Verliest u weleens bloed als u niet ongesteld bent?
- De volgende drie vragen alleen in te vullen door mannen*
56. Is de ongesteldheid vaak abnormaal hevig?
 57. Hebt u weleens last van afscheiding?
 58. Komt er weleens wat vocht of bloed uit één van de tepels?
- De volgende drie vragen alleen in te vullen door mannen*
53. Hebt u weleens moeilijkheden bij het begin van het plassen?
 54. Kost het u weleens moeite om helemaal uit te plassen?
 55. Hebt u weleens een zwelling bij uw geslachtsdelen opgemerkt?