

Samenvatting. In deze bijdrage beschrijven de auteurs een observatie-onderzoek in hun eigen praktijk. In bijna 30 procent van de gevallen dat het ziekteverzuim langer duurde dan twee weken, was de huisarts tevoren niet op de hoogte geweest van de bestaande arbeidsongeschiktheid, ook al had hij meestal wel contact gehad met de betreffende patiënt. Ongeveer de helft van deze groep patiënten dreigde tussen de wal en het schip te raken: de wal van de invalidering en het schip van de niet-aangepaste werksituatie. Voorts waren veel mensen verwikkeld in problemen met betrekking tot hun uitkering. De auteurs signaleren in dit verband het gevaar van „fixatie op het uitkeringsprobleem”. Het artikel wordt besloten met een aantal conclusies voor de dagelijkse praktijk.

Summary. Work and inability to work. 2. Work for the general practitioner?

In this second contribution the authors describe an observation study in their own practice. In nearly 30 percent of cases in which the duration of sick-leave exceeded two weeks, the general practitioner had not been aware in advance of the existing unfitnes to work, although as a rule he had been in touch with the patient in question. Some 50 percent of this group of patients were about to be lost between ship and shore: the ship of the ill-adjusted work situation and the shore of being invalidated out. Many, moreover, were involved with sick-pay problems. In this context the authors mention the risk of „fixation of the compensation problem”. They finally formulate a number of conclusions with a view to day-to-day practice.

Becker, J. W. Ziekteverzuim en sociale ongelijkheid. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 74-76.

Groothoff, J. W. Epidemiologie van de arbeidsongeschiktheid. (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, supplement, 81-83.

Knottnerus, J. A. en J. C. A. Sommers. Werken en niet kunnen werken. 1. De rol van de huisarts. (1982) *Huisarts en Wetenschap* 25, 138-142.

Rechtshulp Vrije Universiteit. Een verslag over de periode 1976-1979. *Vrije Universiteit, Amsterdam*, 1980.

Vademecum gezondheidsstatistiek 1978. CBS. *Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage*, 1978.

Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam naar sterfte, ziekenhuisopname en arbeidsongeschiktheid. Eindrapport. *Instituut voor Sociale Geneeskunde, Amsterdam*, 1980.

Statistisch zakboek 1979. CBS. *Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage*, 1979.

Vage klachten: wat verstaan patiënten en huisartsen er onder?

MARTEN DE HAAN*

Hulpverleners houden in de eerste plaats in dat de hulpverlener en de cliënt het samen eens worden over twee vragen: *wat is het probleem?* en *hoe wordt aan een oplossing gewerkt?* Als een van deze vragen niet geheel opgehelderd wordt, zal de hulpverlening moeilijk verlopen. Aangezien bij de hulpverlening door de huisarts twee partijen zijn betrokken, kan zich op drie fronten vaagheid voordoen: bij de patiënt, bij de huisarts en in de onderlinge communicatie. Het verslag van een enquête.

Inleiding

• *De patiënt met vage klachten.* Bijna iedereen heeft weleens klachten over zijn gezondheid. De meeste klachten komen nooit bij de huisarts terecht (zie bijvoorbeeld *Folmer*): de huisarts ziet maar een topje van de ijsberg. De vraag is, wat mensen ertoe beweegt naar de dokter te gaan. Waarom gaat de een wel en de ander niet? Welke factoren beïnvloeden de beslissing?

Uit onderzoek van onder andere *Cassee* wordt duidelijk dat er veel meer meespeelt dan alleen het soort klacht of de intensiteit van de klacht. Zo is het erg interessant te zien wat de mensen zelf weten over ziekten: hier en daar blijken bizarre denkbeelden te bestaan over het ontstaan en de behandeling van ziekten en klachten, en deze denkbeelden vertonen een samenhang met de neiging de huisarts te bezoeken. Opvallend is dat vaagheid van klachten een reden kan zijn om naar het spreekuur te gaan, maar ook om het bezoek aan de dokter uit te stellen: het mocht eens iets ernstigs zijn!

• *Vage klachten bij de huisarts.* In de huisartsgeneeskundige literatuur worden allerlei oorzaken genoemd waardoor klachten juist voor de huisarts vaag kunnen zijn. Als belangrijkste factor kan de eerstelijns functie worden genoemd: de huisarts ziet als eerste de patiënt met zijn klachten. Enerzijds houdt dit in, dat allerlei ziekten in een heel vroeg stadium binnen zijn bereik

komen en dan vaak nog weinig duidelijke klachten veroorzaken, anderzijds dat hij veel *minor ailments* en *selflimiting diseases* ziet, met andere woorden aandoeningen waarbij hij met een simpel advies kan volstaan en de tijd in zijn voordeel kan laten werken (*Fry; McWhinney* 1979).

Een belangrijke bron van vaagheid zit verder in het ongestructureerde aanbod van klachten en problemen. Niet alleen in medisch opzicht zijn vele klachten vaag en ongeduid, dat wil zeggen niet ingepast in nosologische of pathofysiologische systemen, het is zelfs de vraag of klachten (zelfs lichamelijke klachten) wel altijd moeten leiden tot een medisch zoekproces. Mensen komen immers ook met niet-medische vragen en problemen bij de huisarts. Het zogenaamd methodisch werken (*Holten-Vriesema e.a.*) kan deze bron van vaagheid inperken; de huisarts gaat niet eerder aan de slag met een probleem dan nadat de patiënt hem heeft duidelijk gemaakt wat de reden van zijn komst is, wat hij van de dokter verwacht, waarom hij juist nu komt, enzovoort.

Veel klachten die bij de huisarts geuit worden, leiden niet tot een diagnose. Als reden werd vroeger wel aangevoerd, dat de diagnostische mogelijkheden van de huisarts beperkt zijn (*Brouwer* 1963). Inmiddels kan de huisarts bijna overal een beroep doen op laboratoria en diagnostische centra, maar toch blijft het diagnostisch arsenaal beperkt. Een aspect dat veel van de vaagheid in het werk van de huisarts kan verklaren, is het ontbreken van algemeen geaccepteerde oplossingsstrategieën voor veel

* Huisarts, verbonden aan het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

voorkomende problemen. Wanneer een aantal huisartsen eenzelfde probleem krijgt voorgelegd, zullen hun benadering en oplossing sterk kunnen verschillen (*Van Es e.a. 1977; Huygen*). Zelfs de beoordeling van wat normaal is en wat niet, geeft al de nodige moeite. Op grond van voorkennis over de patiënt zal de huisarts de een geruststellen en bij een ander, met precies dezelfde klacht, aandringen op nader onderzoek (*Van Geldorp; Van der Kooy*). Bij elke beslissing blijft altijd enige onzekerheid bestaan: is er niet te snel verwezen? Is een patiënt ten onrechte gerustgesteld? Onzekerheid is iets waar de huisarts mee moet leren leven (*Thomson, 1978*). Gelukkig worden er allerlei pogingen gedaan om meer vat te krijgen op het aanbod van vage klachten (*Morrell 1971^{a,b}, 1972; Hodgkin*). Zo wordt gezocht naar classificatiesystemen voor klachten en beginsymptomen, die meer op de huisartsensituatie zijn toegesneden dan de klinische ziekte lijsten. *Martini e.a.*, die enige indelingssystemen onderzochten op hun bruikbaarheid voor de huisarts, wijzen er op hoezeer geografische en culturele verschillen de bruikbaarheid van dergelijke lijsten kunnen beïnvloeden. Onder de aanduiding *problem solving and decision making* proberen vele auteurs de geneeskundige methode van gegevensverzameling en verwerking een theoretische onderbouwing te geven. Daarbij blijken duidelijke verschillen tussen de werkwijzen van specialisten en huisartsen (zie bijvoorbeeld *Smith and McWhinney*). Speciaal voor de huisarts wordt getracht het probleem-oplossingsproces in kaart te brengen door *McWhinney (1972, 1979)*, *Feighter et al.* en *Smith and McWhinney*. Ook een meer praktische aanpak ontbreekt niet. In een artikelenreeks uit Nijmegen doet een groep huisartsen verslag van hun pogingen om voor bepaalde klachten tot een doordachte aanpak te komen (zie als inleiding *Huygen*).

Naast deze „positivistische” activiteiten laat *Brouwer (1975)* een kritisch geluid horen. Volgens hem is de klacht van de patiënt niet langer een goed startpunt voor het handelen van de huisarts: „De klacht, zou men kunnen zeggen, is niet meer wat ze geweest is. Enerzijds geven verscheidene ernstige aandoeningen eerst in een laat stadium aanleiding tot klachten. Anderzijds krijgen artsen in toenemende mate klachten voorgelegd

zonder dat er een aantoonbaar pathologisch proces in het spel is. De conclusie ligt voor de hand: wij zullen in onze gezondheidszorg en met name ook in ons ziekenfondssysteem meer ruimte moeten bieden aan niet-klachtgerichte methodieken als bijvoorbeeld screening en identificatie van risicogroepen”.

• *Vaagheid in de communicatie*. Wanneer iemand besluit met zijn klachten naar de huisarts te stappen, komt er een ingewikkeld proces op gang van interacties tussen twee mensen, die elk een eigen rol vervullen (hulpvrager-hulpverlener), met eigen verwachtingen en mogelijkheden. De huisarts zal een bepaalde mening hebben over deze patiënt (vanuit een gezamenlijk verleden, de arts-patiënt relatie) en over de klacht waarmee de patiënt komt (bijvoorbeeld: is het een welkome klacht? *Van Lidth de Jeude*). Afhankelijk van factoren als taakopvatting, humeur, werkbelasting en medische kennis, zal de huisarts vervolgens zijn beleid uitstippelen. Steeds weer kan men zich afvragen in hoeverre huisarts en patiënt elkaar echt goed begrijpen. Wat weet de huisarts van de persoonlijke omstandigheden en problemen van de patiënt? Soms minder dan men denkt (*Stewart et al.; IJzermans en Van Amstel*). Spreken beiden dezelfde taal? Bedoelen ze hetzelfde wanneer ze bepaalde begrippen gebruiken? Vertellen ze wat hen bezig houdt? Het onderzoek van *Hageman-Smit (1976)*, dat weliswaar niet over de huisarts gaat maar over de ambulante geestelijke gezondheidszorg, geeft redenen om de nodige vraagtekens te zetten. Een later onderzoek (*Hageman-Smit 1979*) geeft de conclusie „dat de eenzijdige benadering van de vragen door de huisartsen en patiënten samen het opsporen van de betekenis van de vraag in verhouding tot emotionele en sociale factoren, verhinderen”. De communicatie tussen patiënt en huisarts mag dus zeker een potentiële bron van vaagheid genoemd worden.

Een enquête

De taal is het belangrijkste communicatiemiddel in het arts-patiënt contact. Wanneer een van beiden een klacht vaag vindt, kan dat samenhangen met de verwoording van de klacht. Maar wat verstaan huisarts en patiënt onder vage klachten? En bedoelen ze er hetzelfde mee?

In de literatuur is over deze vraag weinig duidelijkheid te verkrijgen. Wanneer al een omschrijving gegeven wordt, ge-

beurt dat vaak op theoretische basis en niet op grond van onderzoek naar de betekenis van de uitdrukking „vage klachten”. *Van Es (1981)* geeft de volgende omschrijving: „De klachten van de patiënt kunnen niet met één of ander ziektebeeld geassocieerd worden. Dit heeft tot gevolg, dat de huisarts in verwarring gebracht wordt”. In het onderzoek van *Jacobs e.a.*, getiteld *Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten*, wordt niet ingegaan op de achtergronden van deze „vage klachten”. Er wordt alleen een op het desbetreffende onderzoek toegesneden operationele definitie gegeven. Verder vindt men nog het een en ander over het duiden van klachten (bijvoorbeeld *Iemhoff*) en over de benadering van vage klachten door de huisarts (*Bremer*), maar over een onderwerp als moeheid (een vage klacht bij uitstek) vindt men, naast allerlei spierfysiologische en ergonomische verkenningen, maar heel weinig dat voor de huisarts relevant is (*De Haan en Bleijs*). Dit gegeven vormde de aanleiding voor een enquête onder enige huisartsen en een aantal van hun patiënten*, waarbij is onderzocht, wat men verstaat onder „vage klachten”, wat men zelf zou doen in geval van vage klachten en welke benadering door de huisarts men het meest wenselijk vindt.

De enquête werd gehouden onder elf huisartsen en 102 patiënten. Begonnen is met een aselechte steekproef van dertig huisartsen uit het *Adresboek Nederlandse geneeskundigen*. In verband met de tegenvallende respons werden vervolgens opnieuw dertig huisartsen aangeschreven, wier adres was verkregen via een aselechte steekproef uit het computerbestand van het NHI.

Van de in totaal zestig adressen bleken er vier onjuist. Negentien huisartsen reageerden, ondanks reminders, in het geheel niet. Vijfentwintig huisartsen weigerden(!) medewerking, vijf met en twintig zonder opgaaf van redenen. Twaalf huisartsen zegden medewerking toe.

De huisartsen die hun medewerking toezegden, werd vervolgens gevraagd op een exact voorgeschreven wijze een serie van twintig adressen uit hun patiëntenbestand te lichten. Deze patiënten ontvingen, net als de huisartsen, een enquêteformulier.

De enquête bestond uit tweeëntwintig uitspraken over vage klachten, waarbij men op een vijfpuntsschaal kon aangeven in hoeverre men het daarmee eens was. Voorts bevatte het formulier een lijst van zesentwintig klachten waarvan moest worden aangegeven, hoe vaak die

* Om praktische redenen wordt hier het woord „patiënten” gebruikt, terwijl eigenlijk bedoeld wordt: bij de huisarts ingeschrevenen.

Tabel 1. Opvattingen van patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11) over de aard van vage klachten. Percentages.

Vaag kan betekenen:	Patiënten	Huisartsen
Niet precies aanwijsbaar voor patiënt	75	55
Onduidelijke informatie van patiënt	74	64
Gering, licht, onbeduidend	52	–
Oorzaak bij patiënt onbekend	50	9
Oorzaak bij specialist onbekend	28	18
Oorzaak bij huisarts onbekend	24	27
Heftig	22	46
Huisarts vertelt niet, wat het is	20	9
Er zijn geen medicijnen tegen	16	9

klachten volgens de respondent vaag waren. Tenslotte werd gevraagd naar persoonsgegevens als geslacht, leeftijd, gezinssamenstelling en de frequentie van het doktersbezoek.

Twaalf van de zestig aangeschreven huisartsen leverden de gevraagde patiëntenadressen en elf vulden ook zelf de enquête in. Bij de patiënten liggen de cijfers iets gunstiger: van de 240 stuurden er 102 (42,5 procent) een ingevuld formulier terug. Gegeven deze slechte respons hebben uitspraken naar aanleiding van de antwoorden op de vragenlijsten uitsluitend betrekking op de ondervraagde huisartsen en patiënten; ze zijn niet generaliseerbaar.

Resultaten

Wat verstaat men onder vage klachten? was de kernvraag van de enquête. Alle andere uitspraken (bijvoorbeeld over consultatiegedrag bij vage klachten) moeten verklaard worden vanuit ieders antwoord op deze vraag.

In tabel 1 valt op, dat beide groepen vaagheid koppelen aan de geringe aanwijsbaarheid en bespreekbaarheid van dit soort klachten. Veel patiënten vinden klachten bovendien vaag, wanneer die gering en onbeduidend zijn, of wanneer ze zelf de oorzaak niet kennen. De huisartsen maken deze koppeling niet;

ze vinden juist nogal eens (26 procent) dat heftige klachten ook vaag kunnen zijn. Men kan zeggen, dat de patiënten vaagheid vooral zoeken in de eigen gewaarwording en beleving en minder in de medische duiding van de klachten; de huisartsen verbinden vaagheid vooral met het communiceren van de patiënt (niet kunnen aanwijzen en niet kunnen vertellen).

Van een vijftal klachten is nagegaan, of men ze vaag vindt en ermee naar de huisarts zou gaan (tabel 2). We zien dat de huisartsen de klachten in alle gevallen vaker vaag vinden dan hun patiënten; met name bij duizeligheid is het verschil groot. Dit lijkt begrijpelijk wanneer we bedenken dat deze klachten moeilijk uit te leggen of aan te wijzen zijn, terwijl ze voor de patiënt daarom nog niet vaag hoeven te zijn. De ondervraagde patiënten zouden in meerderheid wel met moeheid en duizeligheid naar de dokter gaan, maar niet met hoofdpijn. Gevraagd naar de wenselijkheid van doktersbezoek blijken de patiënten juist op moeheid erg laag te scoren. Met andere woorden: velen zouden zelf met moeheid naar de dokter gaan, maar vragen zich af of het wel echt nodig is.

Heeft men zelf weleens vage klachten? De helft van de patiënten zegt hierop ja; soms heeft men zelfs verschillende klachten tegelijk. Ongeveer 80 procent

vindt het maar lastig voor de huisarts als men met dergelijke klachten op het spreekuur komt; 70 procent vindt dit zelfs vervelend (!) voor de huisarts. Soortgelijke uitspraken vinden we ook bij de huisartsen, zij het dat zij vaker zeggen zelf ook wel eens vage klachten te hebben en minder vaak (36 procent) dat het vervelend voor hen zou zijn mensen met vage klachten op het spreekuur te hebben. In beide groepen geeft men sterk de voorkeur aan duidelijke klachten boven vage. Wat zouden huisartsen overigens bedoelen wanneer ze zeggen dat ze weleens vage klachten hebben? Kunnen zij in die gevallen ook moeilijk aangeven of onder woorden brengen wat hun scheelt? Of zouden ze vooral duiden op moeilijk aanwijsbare sensaties?

Er werden enige vragen gesteld over het belang en de betekenis van vage klachten (tabel 3). Een paar markante resultaten: slechts 18 procent van de patiënten en één van de elf huisartsen is het ermee eens, dat mensen met vage klachten meestal niets ernstigs hebben. In beide groepen zegt ongeveer 80 procent dat allerlei ernstige ziekten kunnen beginnen met vage klachten. Beide groepen, en vooral de huisartsen, vinden dat vage klachten medisch gezien serieus genomen moeten worden. Dat huisartsen er het zwaarst aan tillen, kan te maken hebben met het verschil in definiëring: de huisartsen rekenen ook bepaalde heftige sensaties tot de vage klachten, terwijl de patiënten de nadruk leggen op „licht, gering, onbeduidend”. Daarnaast moet worden opgemerkt, dat 31 procent van de patiënten en zelfs 46 procent van de huisartsen zegt, dat mensen met vage klachten toch ook wel eens aanstellers zijn. Tenslotte valt op, dat slechts één van de elf ondervraagde huisartsen en 40 procent van de patiënten hoopt op vooruitgang van de medische wetenschap om vage klachten de wereld uit te helpen. Geen wonder wanneer men bedenkt, dat de huisartsen vaagheid vooral definiëren als onduidelijke communicatie van de patiënt; daar

Tabel 2. Oordelen van patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11) over vijf klachten. Percentages.

Oordelen	Moeheid		Nervositeit		Duizeligheid		Buikpijn		Hoofdpijn	
	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen
Deze klacht vind ik vaag	54	73	40	55	34	80	29	36	28	55
Met deze klacht zou ik naar de huisarts gaan	60	–	49	–	76	–	43	–	26	–
Men kan met deze klacht maar beter naar de huisarts gaan	32	73	–	–	77	82	56	73	37	64

Tabel 3. Opvattingen van patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11) over het belang en de betekenis van vage klachten. Percentages.

Opvattingen	Eens		Neutraal		Oneens	
	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen	patiënten	huisartsen
Allerlei ernstige ziekten kunnen beginnen met vage klachten	80	82	16	9	4	9
Vage klachten zijn meestal psychisch (veroorzaakt door „zenuwen”)	46	36	20	–	35	64
Wanneer de medische wetenschap vooruitgaat, blijven er minder vage klachten over	39	9	24	–	36	91
Iemand met vage klachten weet meestal zelf het beste wat de oorzaak is	36	27	12	9	53	64
Mensen met vage klachten zijn bijna nooit aanstellers	35	27	33	27	31	46
Mensen met vage klachten hebben meestal niets ernstigs	18	9	15	9	67	82

zal de medische wetenschap weinig aan kunnen veranderen.

Veel patiënten (72 procent) lijken moeite te hebben met de beslissing naar de huisarts te gaan met hun vage klachten. Slechts 29 procent koopt eerst zelf een geneesmiddel; 86 procent wacht altijd af of vage klachten vanzelf overgaan. Daarbij zegt 54 procent van de patiënten expliciet, dat ze nooit met vage klachten het spreekuur zullen bezoeken. Opvallend is de reactie op deze uitspraak: „Voordat men naar de huisarts gaat, moet men weten wat men wil vragen”. Slechts vijf van de elf huisartsen zijn het hiermee eens, tegen ruim 80 procent van de patiënten (tabel 4). Het lijkt erop of de patiënten een drempel zien en de huisartsen niet. Ook hier laat het verschil zich enigszins verklaren door de opvattingen over vage klachten. Patiënten zullen kennelijk niet gemakkelijk naar de huisarts stappen met klachten die vaag zijn in de zin van „moeilijk te verwoorden”. Huisartsen accepteren het feit dat mensen met vage (dat is voor hen: moeilijk communiceerbare) klachten op het spreekuur komen: er kan immers medisch gezien iets belangrijks aan de hand zijn. Wel vinden beide groepen, dat je rustig een tijdje kunt afwachten voor je met vage klachten naar de huisarts gaat.

En dan de vraag: maakt het verschil welke huisarts je hebt? Beide groepen benadrukken het belang van de persoon van de huisarts voor de hulpverlening en ook voor de vraag of iemand zal besluiten naar het spreekuur te gaan. De huisartsen spreken nog het sterkst uit dat het wel degelijk verschil uitmaakt, welke dokter iemand heeft (tabel 5). Ook werd nog gevraagd, welk gedrag men van de huisarts verwacht. Huisartsen en patiënten zijn het er daarbij over eens, dat een huisarts moet proberen te achterhalen waarvoor iemand precies

komt. Alle elf huisartsen en 68 procent van de patiënten vinden dat de dokter moet vragen, wat iemand zelf van zijn klachten denkt. In beide groepen meent ongeveer 70 procent dat een huisarts iedereen die klachten heeft, lichamenlijk moet onderzoeken.

Hoe vaak zijn bepaalde klachten vaag? Beide groepen kregen een lijstje van zesentwintig willekeurig gekozen klachten voorgelegd. Op een vijfpuntsschaal moest worden aangegeven hoe vaak men dacht, dat die klachten vaag waren.

Over het geheel genomen bleken de huisartsen significant ($P \leq 0.05$) hoger te scoren dan de patiënten, dat wil zeggen dat zij de betreffende klachten vaker vaag achtten. Een andere uitkomst was, dat de huisartsen met name diarree veel minder vaak vaag vonden dan de patiënten, terwijl voor een droge huid juist het omgekeerde gold. Ook hier blijft weer, dat huisartsen tegen bepaalde klachten heel anders aankijken dan hun patiënten. Wel valt op dat bij beide groepen moeheid het vaakst vaag geacht wordt.

Tabel 4. Opvattingen van patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11) over wenselijk gedrag bij vage klachten. Percentages.

Opvattingen	Mee eens	
	patiënten	huisartsen
Voordat men naar de huisarts gaat, moet men weten wat men wil vragen	81	46
Men kan bij vage klachten maar beter niet zelf medicijnen kopen	73	82
Bij vage klachten behoort men zeker een week af te wachten, of ze vanzelf overgaan	69	73
Vage klachten kan men rustig een tijdje opsparen; daar hoeft men niet direct mee naar de huisarts	64	55

Tabel 5. Opvattingen van patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11) over de invloed van de persoon van de huisarts op de hulpverlening. Percentages.

Opvattingen	Mee eens	
	patiënten	huisartsen
Met de ene huisarts kan men gemakkelijker over zijn klachten praten dan met de andere	81	100
Of iemand met vage klachten naar de huisarts gaat, hangt er van af, welke ervaringen diegene met zijn huisarts heeft	71	91
Alle huisartsen kunnen even goed helpen wanneer iemand met vage klachten komt	36	27
Iedere huisarts doet zijn werk op dezelfde manier; het maakt dus niet uit welke dokter iemand heeft, wanneer men overweegt naar het spreekuur te gaan	19	18

Statistische analyse

Bij een onderzoek met een exploratief karakter is het verleidelijk te proberen onderliggende factoren op te sporen door middel van een statistische analyse van de gegevens. De duiding van de uitkomsten van zo'n analyse is echter moeilijk en enigszins arbitrair.

In verband met het geringe aantal responderende huisartsen zijn hun antwoorden niet statistisch geanalyseerd. Op de antwoorden van de patiënten zijn twee bewerkingen toegepast:

- Factoranalyse van de zesentwintig willekeurig gekozen klachten leverde twee factoren op: een factor leek te zijn de *waarneembaarheid* van klachten, de andere de *communiceerbaarheid*.

- Met betrekking tot de meningen over vage klachten werden twee clusters gevonden: 1. Vage klachten? Niet ernstig, geen oorzaak te vinden, psychisch, afwachten maar; 2. Benoembare klachten (vaag of niet): naar de huisarts!

Tenslotte werd gezocht naar mogelijke correlaties tussen bepaalde items. Om de kans op toevalsbevindingen klein te houden, hebben we ons beperkt tot enkele correlaties. Hierbij bleek dat de persoonsvariabelen – leeftijd, geslacht, opleiding, frequentie van doktersbezoek, duur van de arts-patiënt relatie, gezinssamenstelling en woonplaats – niet aantoonbaar samenhangen met het consultatiegedrag en het wenselijk gedrag bij de klachten hoofdpijn, moeheid, buikpijn, duizeligheid, nervositeit. Enkele vooronderstellingen (oudere mensen zijn eerder geneigd bij allerlei klachten de huisarts te bezoeken; mannen en vrouwen verschillen in opvatting over de vraag wanneer het wenselijk is naar de huisarts te gaan) vinden in deze enquête dus geen steun!

Beschouwing

Klachten geven aanleiding tot uiteenlopend gedrag, zowel bij de patiënt als bij de huisarts. Vanuit deze constatering noemen we die klachten vaag, die een weinig voorspelbaar of sterk uiteenlopend gedrag tot gevolg hebben. De vaagheid kan daarbij betrekking hebben op de patiënt, de arts en/of de arts-patiënt communicatie. Door middel van een enquête gingen we na wat de opvattingen van enkele huisartsen en een aantal patiënten zijn over vage klachten.

Wat levert deze enquête nu op?

Er blijkt een verschil te bestaan tussen wat de huisartsen en de patiënten ver-

Tabel 6. Zesentwintig klachten, gerangschikt naar vaagheid door patiënten (n = 102) en huisartsen (n = 11).

Rang-nummer	Rangschikking door patiënten	Rangschikking door huisartsen
1	steenpuist	steenpuist
2	bloed in ontlasting	jeugdpuistjes
3	diarree	bloed in ontlasting
4	verstopte neus	
5	wintertenen	haaruitval, droge huid
6	jeugdpuistjes	
7	maagzuur	wintertenen, brokkelige nagels
8	gewichtsverlies	verstopte neus
9	verstopping	pijn in de kuiten
10	haaruitval	maagzuur
11	kortademigheid	gewichtsverlies
12	maagpijn	
13	jeuk	
14	brokkelige nagels	verstopping, diarree, kortademigheid
15	opvliegingen	
16	pijn in de kuiten	maagpijn, jeuk
17	problemen op het werk	opvliegingen
18	rugpijn	
19	droge huid	slapeloosheid, problemen op het werk
20	schrale keel	rugpijn
21	geen eetlust	
22	slapeloosheid	geen zin in seks, geen eetlust
23	sterretjes voor de ogen	
24	licht in het hoofd	schrale keel, sterretjes voor de ogen
25	geen zin in seks	licht in het hoofd
26	moeheid	moeheid

staan onder vage klachten. Dit geeft steun aan de gewoonte van huisartsen om klachten van patiënten niet zonder meer (at face value) over te nemen, maar te informeren naar de betekenis van de gebruikte termen voor de patiënt. Bij het beoordelen van een serie omschreven klachten blijkt dat de huisartsen deze niet alleen vaker achten, maar dat zij ook vaker aandringen op spreekuurbezoek. Hoewel de huisarts-respondenten in hun definitie van vage klachten de nadruk leggen op de vaagheid in de communicatie van de patiënt en dus niet op de medische duiding van die klachten, wijzen zij tegelijk met nadruk op de gevaren: achter vage klachten kunnen ernstige ziekten schuilgaan. Uit verschillende antwoorden valt trouwens af te leiden, dat beide groepen respondenten moeite hebben met de betekenis van vage klachten: ondanks de risico's vindt een meerderheid, dat je aanvankelijk moet afwachten of de klachten vanzelf overgaan. Aan het dilemma van de huisarts, namelijk wel of niet uitgebreid onderzoek doen bij vage klachten, lijkt voor veel patiënten een dilemma voorafgegaan te zijn: wel of niet naar het spreekuur gaan.

Samenvatting. Enkele huisartsen (n = 11, response rate slechts 18 procent) en een aantal van hun patiënten (n = 102, response rate 42 procent) zijn door middel van een enquête ondervraagd over hun opvattingen over vage klachten, over het consultatiegedrag en over hun verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening. Verschillen in gedrag en verwachtingen tussen beide groepen blijken in belangrijke mate verklaard te kunnen worden door verschillen in de definiëring van vage klachten. Zo verbinden patiënten vage klachten vooral met eigen gewaarwordingen en belevingen, terwijl de huisartsen de nadruk leggen op de vaagheid in de communicatie over een bepaalde klacht.

Summary. Vague complaints: how do patients and general practitioners define them? A few general practitioners (n = 11, response rate only 18 percent) and a number of their patients (n = 102, response rate 42 percent) returned a completed questionnaire concerning their views on vague complaints, their consulting behaviour and their expectations with regard to provision of care.

Differences in behaviour and expectations between the two groups prove to be largely explained by differences in the definition of vague complaints. Patients associate vague complaints above all with their personal perceptions and experiences, whereas the general practitioners emphasize the vagueness in the communication about a given complaint.

- Bremer, G. J. Over het gebruik van de huisartsen-anamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 53-58.
- Brouwer, W. Huisartsen-diagnostiek. (1963), *Huisarts en Wetenschap* 6, 301-304.
- Brouwer, W. Klacht en aanklacht. (1975) *Metamedica* 54, 140-141.
- Brouwer, W. en F. Touw-Otten. Van klacht tot klagen; een analyse van de premedische periode (1974) *Huisarts en Wetenschap* 17, 3-15.
- Cassee, E. Th. Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. *Boom, Meppel*, 1973.
- Es, J. C. van. De patiënt met vage klachten. In: Kompas voor de huisarts. C 58, 1-13 *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1981.
- Es, J. C. van, J. G. M. Gerritsma, J. Koopman en J. A. Smal. Simulatie van patiënten in het onderwijs. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1977.
- Feightner, J. W., H. S. Barrows, V. R. Neufeld and G. R. Norman. Solving problems: how does the family physician do it? (1977) *Canad. Fam. Physician* 23, 67-70.
- Folmer, H. R. Huisarts en ijsberg; een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrict in Noord-Noorwegen. *Avanti, Zaltbommel*, 1968.
- Fry, J. Common diseases. *MTP-Press, Exeter*, 1979.
- Geldorp, G. van. Het begrip „normaal“ in de huisartsgeneeskunde. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 223-225.
- Haan, M. de, en F. C. Bleijs. Moeheid. *Bunge, Utrecht*, 1980.
- Hageman-Smit, J. – De cliënt en zijn hulpverlener. een paar apart. *Samsom, Alphen aan den Rijn*, 1976.
- Hageman-Smit, J. De patiënt en de huisarts samen onderzocht. *Huisartsen Instituut VU, Amsterdam*, 1979.
- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. *Churchill Livingstone, Edinburg*, 1973.
- Holten-Vriesema, J., C. Tompot, H. J. van Aalderen e.a. Methodisch werken. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21, 322-335.
- Huygen, F. J. A. Huisartsgeneeskundige conferenties. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 13-15.
- Iemhoff, W. Klacht en interpretatie in geneeskunde en gezondheidszorg. *Link*, (1982) *Huisarts en Wetenschap* 25

Nijmegen, 1979.

- Jacobs, H. M., M. M. Kuyvenhoven. M. M. van Nunen e.a. Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten. UHI-inform. *Utrechts Huisartsen Instituut*, 1980.
- Kooy, S. van der. Registratie van het probleem-oplossend proces. (1978) *Huisarts en Wetenschap* 21, 166-172.
- Lidth de Jeude, A. H. van. De huisarts in de maastroom van de emoties. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1971.
- Martini, C. J. M., A. D. Clayden en I. D. Turner. A comparison of three systems of classifying presenting problems in general practice. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 27, 236-240.
- McWhinney, I. R. Problem-solving and decision-making in primary medical practice. (1972) *Canad. Fam. Physician* 18, 109-114.
- McWhinney, I. R. Problem-solving and decision-making in family practice. (1979) *Canad. Fam. Physician* 25, 1473-1477.
- Morrell, D. C. Symptoms in general practice (1971^a) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 21, 32-43.
- Morrell, D. C. Expressions of morbidity in general practice. (1971^b) *Brit. med. J.* II, 454-458.
- Morrell, D. C. Symptom interpretation in general practice. (1972) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 22, 297-309.
- Morrell, D. What leads up to the consultation? (1978) *Gen. Practice Int.* 4, 160-162.
- Smith, D. H. and I. R. McWhinney. Comparison of the diagnostic methods of family physicians and internists. (1975) *J. med. Educ.* 50, 264-270.
- Stewart, M. A., I. R. McWhinney and C. W. Buck. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 29, 77-82.
- Thomson, G. H. Tolerating uncertainty in family medicine. (1978) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 28, 343-346.
- IJzermans, J. en R. van Amstel. Kent een huisarts zijn patiënten? (1979) *Huisarts en Wetenschap* 22, 148-152.

Nota bene

Bij de vroege diagnostiek van colon- en rectumcarcinoom spelen anamnese, lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek een ondergeschikte rol.

De Hemocult test verdient een vaste plaats binnen de door de huisarts te verrichten laboratoriumdiagnostiek.

(Stellingen bij: A. N. de Wolf. Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de Hemocult test. *Diss. Rotterdam*, 1982.)

Literatuur bij:
Wat betekent voor de huisarts
integrale zorg?
(pp. 181-185)

- Balint, M. De dokter, de patiënt, de ziekte. *Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen*, 1975.
- Bergsma, J. De huisarts in de storm. (1981) *Intermediair* 17, nr. 20, 1-7.
- Burg, M. van der en E. M. Hidding-Witte. Kan de huisarts psychotherapie doen? (1979) *Metamedica* 58, 92-95.
- Es, J. C. van. De kunst van het ziek-zijn. (1962) *Wending* 17, 417-429.
- Fortmann, H. Heel de mens, reflecties over menselijke mogelijkheden. *Ambo, Baarn*, 1972.
- Giel, R. Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 203-209.
- Hertog, P. den. De verwijzing voor psychosociale hulpverlening: een obstakel voor huisarts en patiënt. (1979) *Metamedica* 58, 97-101.
- Huygen, F. J. A. Huwelijksconflicten gezien vanuit het standpunt van de huisarts. (1962) *Huisarts en Wetenschap* 5, 258-265.
- Kenmerken van de huisarts. Door de Werkgroep onderwijsdoelstellingen. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Utrecht*, 1975.
- Kruihof, W., G. Godaert en P. Schreurs. Psychosomatiek. Visies, modellen, theorieën. (1978) *Metamedica* 57, 237-253.
- Kuiper, P. C. Controversen. *Van Loghum Slaterus, Arnhem*, 1965.
- Maslow, A. H. Psychologie van het menselijk zijn. *Lemniscaat, Rotterdam*, 1972.
- Melker, R. A. de. Ziekenhuispatiënt-huisarts-huisgezin. *Academisch Proefschrift Nijmegen*, 1973.
- Menges, L. J. Kijken naar gezondheid en ziekte. *Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel*, 1980.
- Pereira Gray, D. J. The key to personal care. (1979) *J. roy Coll. gen. Practit.* 28, 666-677.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. *De Tijdstroom, Lochem*, 1955.
- Spreeuwenberg, C. De toekomst van de huisartsgeneeskunde. (1978) *Med. Contact* 33, 1205-1208.
- Spreeuwenberg, C. Huisarts en stervenshulp. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1981.
- Spreeuwenberg, C. Wat betekent voor de huisarts integrale zorg? 1. Een beschouwing over het begrip „integrale zorg“. (1982) *Huisarts en Wetenschap* 25, 88-91.
- Structuurnota volksgezondheid. *Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage*, 1974.
- Taken van de huisarts, De. Door de Commissie Takenpakket LHV. (1977) *Med. Contact* 32, 765-790.
- Touw-Otten, F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. *Van Loghum Slaterus, Deventer*, 1981.