

# Oudere patiënt en psychosociale problematiek

B. VAN DER ZEE\*

Hoe komt het dat oudere patiënten weinig of niet worden verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg? Verwacht de huisarts in deze leeftijdsgroepen relatief weinig psychosociale problemen, of spelen andere factoren een rol? In dit onderzoek blijkt dat niet de leeftijd de cruciale variabele is, maar de wijze waarop de patiënt zijn klacht verwoordt. Doordat ouderen hun klachten over het algemeen minder in psychosociale termen uiten, zal de huisarts dergelijke problemen bij hen ook gemakkelijker over het hoofd zien.

## Inleiding

Bijna een kwart van de Nederlandse bevolking behoort tot de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder, terwijl meer dan een derde van de werklust van de huisarts door deze groep wordt bepaald.

De indruk bestaat dat oudere mensen relatief weinig aandacht vragen voor psychosociale problematiek (hier gedefinieerd als een voor de betreffende persoon onoplosbare situatie, samenhangend met ongunstige omgevingsinvloeden en het op dat moment te kort schieten van zijn persoonlijke verwerkingsmogelijkheden); anderzijds hebben zij zeker niet minder psychosociale problemen dan jongeren.<sup>1,2</sup> Welke mechanismen hieraan ten grondslag liggen, is niet geheel duidelijk. Volgens *Offerhaus* ontwijken ouderen meer problemen dan jongeren<sup>1</sup>; een andere verklaring is, dat psychosociale problemen bij ouderen vaker verhuld worden door lichamelijke klachten.<sup>3</sup>

Deze laatste verklaring wordt gesteund door verwijscijfers uit het *Konsultatieproject Eindhoven*: bij het stijgen van de leeftijd, en met name boven de 60 jaar, vindt een toename plaats van het aantal verwijzingen naar medische specialisten en paramedici; het aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk en de psychosociale hulpverlening is in alle leeftijdsgroepen laag, maar mensen van 60 jaar en ouder blijken in

het geheel niet te worden verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg. Daar staat tegenover dat de leeftijdsgroep van 60 jaar en ouder (11,5 procent van de onderzoekspopulatie) bijna de helft van de recepten voor psychofarmaca voor haar rekening nam.<sup>4</sup> Nu is het voorschrijven van psychofarmaca niet identiek aan het onderkennen van psychosociale problemen, maar het kan daarvoor toch wel als indicatie beschouwd worden.

Hoe komt het dat ouderen weinig of niet worden verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg?

De motivatie van de huisarts is methodologisch gezien moeilijk te onderzoeken. Daarom heb ik mij gericht op een afgeleide vraagstelling, betreffende de samenhang tussen leeftijd van de patiënt en het oordeel van de huisarts over de aanwezigheid van psychosociale problematiek. Daarbij ben ik uitgegaan van de hypothese dat de huisarts bij oudere patiënten de minste psychosociale problematiek zal verwachten.

## Methoden

De data hebben betrekking op circa 400 contacten (consulten en visites) bij zeven Utrechtse huisartsen tijdens in totaal 23 dagen. De meeste gegevens werden verzameld door middel van niet-participerende observatie, waarbij notities werden gemaakt over onder meer de klacht(en) van de patiënt (in diens eigen woorden), de duur van het consult en het al dan niet *counselen* door de

huisarts. Dat laatste was als volgt gedefinieerd: „De patiënt wordt zelf aan het woord gelaten over zijn klacht en hij wordt geholpen deze te verduidelijken en af te bakenen, waarbij het gevoel van de patiënt met betrekking tot de klacht centraal staat.” Daarnaast beantwoordde de huisarts na elk contact een paar vragen, die onder meer betrekking hadden op de leeftijd van de patiënt (15-40 jaar; 41-54 jaar; 55 jaar en ouder), diens sociale klasse, de eventueel voorgeschreven medicijnen, en de beoordeling van de klacht door de huisarts als somatisch dan wel psychosociaal; dat laatste gebeurde op een vijfpuntsschaal.

Het merendeel van onze onderzoeksgegevens is objectief en is dus betrouwbaar te scoren. Dat geldt echter niet voor drie variabelen:

- het al dan niet *counselen* door de huisarts;
- de codering van de klacht van de patiënt zoals deze hem zelf formuleert, als puur lichamelijk, als deels psychosociaal/deels lichamelijk, of als puur psychosociaal;
- de beoordeling van de klacht(en) van de patiënt door de huisarts op de dimensie organisch-psychosociaal.

In de *bijlage* wordt nader ingegaan op de betrouwbaarheid van deze data.

## Resultaten

De leeftijdsverdeling van de onderzoeksgroep is weergegeven in *tabel 1*. Van de 419 patiënten krijgt 56 procent in het geheel geen medicijnen voorgeschreven, terwijl 38 procent medicijnen krijgt voor somatische klachten; in dit opzicht zijn er vrijwel geen verschillen tussen de drie leeftijdsgroepen. Bij de psychofarmaca ligt dat anders: van de middelste leeftijdsgroep krijgt 8,3 procent psychofarmaca (al of niet in combinatie met andere medicijnen), en in de andere twee leeftijdsgroepen is dat slechts 4,8 procent. Volledigheidshalve moet daarbij worden aangetekend, dat psychofarmaca in totaal slechts 22 keer werden voorgeschreven.

Overigens mag uit de onderzoeksresultaten

**Tabel 1 – Table 1.** De leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie – Age distribution of study population.

Age in years	Number
15-40	190
41-54	61
55+	168
Total	419

\* Psycholoog, verbonden aan het Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijksleer van de Rijksuniversiteit te Utrecht.

taten wél worden afgeleid, dat het voorschrijven van psychofarmaca inderdaad een indicatie is voor de mate waarin de huisarts psychosociale problematiek vermoedt (*contingency* coëfficiënt .43,  $p < .0001$ ,  $N=461$ ).

Het meest wordt *gocounseld* in de leeftijdsgroep 41-54 jaar, het minst bij de patiënten van 55 jaar en ouder (*tabel 2*). In *tabel 3* zien we verder dat in de middelste leeftijdsgroep significant meer tijd wordt besteed aan de contacten.

Met behulp van multiple regressie-analyse kan de invloed van een onafhankelijke variabele worden nagegaan, terwijl de invloed van de overige onafhankelij-

**Tabel 2 – Table 2.** *Counseling door de huisarts – Counselling by the general practitioner.*

Age in years	Number	Percentage
15-40	38	20
41-54	21	34
55+	21	13

$\chi^2 = 14.11250$ ,  $df 2$ ,  $p < .001$ .

**Tabel 3 – Table 3.** *Gemiddelde duur contact – Mean duration of encounter.*

Age in years	$\bar{x}$	SD
15-40	8' 42"	6.1
41-54	10' 30"	7.7
55+	7' 54"	5.1

**Tabel 4 – Table 4.** *Correlatie tussen de optimaal geschaalde variabele wel of niet counselen door de huisarts en de canonische as door de onafhankelijke variabelen .632 ( $F = 26.47$ ,  $p < .05$ ) – Correlation between the optimally scaled variable counselling/no counselling by the general practitioner and the canonical axis through the independent variables .632 ( $F = 26.47$ ,  $p < .05$ ).*

Independent variables	F-ratio	Correlation
GP	8.72*	.203
Social class	NS	–
Sex	NS	–
Age	NS	–
Complaint(s) in the patient's own words	106.17*	.586

\* $p < .01$ . NS = not significant.

ke variabelen constant blijft. Passen we deze analyse toe, dan zien we dat het al dan niet *counselen* door de huisarts in belangrijke mate afhankelijk is van de wijze waarop de patiënt zelf zijn klachten formuleert (*tabel 4*). Dat bij ouderen minder wordt *gocounseld* dan bij jongeren, hangt dus niet samen met hun leeftijd, maar met de wijze waarop zij hun klacht(en) formuleren. Daarnaast zijn er verschillen tussen de huisartsen. In totaal werden elf patiënten verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg: de jongeren en de ouderen scoorden daarbij even hoog (2,2 procent), terwijl het percentage in de middelste leeftijdsgroep meer dan tweemaal zo hoog was

**Tabel 5 – Table 5.** *Correlatie tussen de optimaal geschaalde variabele duur contact<sup>a</sup> en de canonische as door de onafhankelijke variabelen .525 ( $F = 14.93$ ,  $p < .01$ ) – Correlation between the optimally scaled variable duration of encounter<sup>a</sup> and the canonical axis through the independent variables .525 ( $F = 14.93$ ,  $p < .01$ ).*

Independent variables	F-ratio	Correlation
GP	42.73*	.423
Social class	NS	–
Sex	NS	–
Age	NS	–
Complaint(s) in the patient's own words	17.42*	.286

<sup>a</sup> 0-2 min, 3.6 min,  $\geq 7$  min.

\*  $p < .01$ . NS = not significant.

**Tabel 6 – Table 6.** *Correlatie tussen de optimaal geschaalde variabele „score door de huisarts op de vijfpuntsschaal” en de canonische as door de onafhankelijke variabelen .602 ( $F = 22.38$ ,  $p < .01$ ) – Correlation between the optimally scaled variable „5-point scale score by the general practitioner” and the canonical axis through the independent variables .602 ( $F = 22.38$ ,  $p < .01$ ).*

Independent variables	F-ratio	Correlation
GP	6.58*	–.178
Social class	NS	–
Sex	NS	–
Age	NS	–
Complaint(s) in the patient's own words	17.98*	.556

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . NS = not significant.

(4,9 procent). Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met de percentages in *tabel 2*, en met de bevinding van Hosman, dat mensen van 45 tot 54 jaar het meest frequent psychosociale klachten presenteren.<sup>2</sup>

Uit *tabel 5* blijkt, dat de duur van een contact het sterkst wordt beïnvloed door de huisarts zelf. Daarnaast is ook de uiting van de klacht(en) door de patiënt in eigen woorden van belang: als er psychosociale problematiek wordt geformuleerd, wordt hieraan meer tijd besteed dan aan in puur lichamelijke termen geformuleerde problemen.

We zien tenslotte in *tabel 6* dat de score door de huisarts op de vijfpuntsschaal het sterkst samenhangt met de formulering van de klacht(en) door de patiënt zelf. Bij de beoordeling van een klacht op de dimensie somatisch-psychosociaal gaat de arts dus in belangrijke mate af op wat de patiënt zegt.

De wijze waarop de patiënt zijn klacht(en) formuleert, blijkt een cruciale variabele bij het al of niet *counselen* door de huisarts, de duur van het contact en zijn beoordeling van de klacht(en) op de dimensie somatisch-psychosociaal. Oudere patiënten blijken hun klacht(en) vaker puur somatisch, of deels somatisch, deels psychosociaal te uiten dan de andere twee leeftijdsgroepen ( $\chi^2 = 9.98$ ,  $d .4$ ,  $N = 354$ ,  $p < .05$ ). Slechts één oudere patiënt (een vrouw van 62 jaar) kwam met puur psychosociale problematiek bij de huisarts, terwijl dat binnen de twee andere leeftijdsgroepen significant vaker het geval was. Dit verschil kan niet verklaard worden uit het verschil in aantallen mannen en vrouwen of uit verschillen in sociale klasse binnen de drie leeftijdsgroepen: er was geen verband tussen enerzijds de formulering van de klacht(en) door de patiënt en anderzijds diens sekse of sociale klasse. Dit laatste komt overeen met de bevindingen van Hosman.<sup>2</sup>

## Beschouwing

De hypothese dat de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol speelt bij de oordeelsvorming door de huisarts over de aanwezigheid van psychosociale problematiek, is door dit onderzoek niet bevestigd. Ook in het onderzoek van *Lamberts en Hartman* bleek leeftijd in dit opzicht geen rol te spelen.<sup>5</sup> De wijze waarop de patiënt zijn klachten formuleert, blijkt wél een belangrijk oriëntatiepunt.

In principe is dit een goede zaak. Uitspraken van een patiënt over wat er met hem aan de hand is, dienen serieus te

worden genomen, en als een patiënt niet over zijn psychosociale problemen wil praten, dient men dit te respecteren. Anderzijds bestaat hierdoor de kans dat de huisarts juist bij ouderen psychosociale problematiek over het hoofd zal zien.

De vraag is nu hoe de signalering van psychosociale problematiek bij ouderen kan worden bevorderd? Ik geef een paar suggesties:

- In de eerste plaats lijkt het mij nodig om te weten hoe een oudere een visite of een consult ervaart. Vindt hij de huisarts niet de aangewezen persoon om

over psychosociale problematiek te praten? Heeft hij het idee dat de huisarts te weinig tijd heeft om over psychosociale problemen met hem te praten? Gaat de visite of het consult hem te snel?

- In de tweede plaats is het nodig om verder te analyseren hoe de oudere psychosociale problematiek beleeft. Beleeft hij psychosociale problemen inderdaad als zodanig of eerder als somatische problemen? Worden eventuele psychosociale problemen ervaren als relatief onbelangrijk? Praat de oudere überhaupt wel met anderen over psychosociale problemen?

## Synopsis

**Van der Zee B. Older patients and psychosocial problems. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 126-8.**

**Introduction.** The impression is that older persons relatively seldom ask attention for psychosocial problems (defined here as a situation not solvable by the person in question due to unfavourable environmental influences and momentary insufficiency of his ability to cope); on the other hand, their psychosocial problems are certainly not less than those of younger persons. Research has also shown that older patients are seldom if ever referred to mental health care agencies.

This study proceeded from the hypothesis that the general practitioner expects few psychosocial problems in older patients.

**Methods.** The data pertain to some 400 office encounters and house calls in seven Utrecht general practices over a period of 23 days. Most data were collected by non-participant observation, making notes of the patient's complaint(s) (in his own words), the duration of the encounter and counselling (if any) by the general practitioner (defined here as: „The patient is asked to discuss his complaint and helped to define and elucidate it, with emphasis on the patient's feelings in relation to the complaint“). After each encounter, moreover, the general practitioner answered a few questions about the patient's age (15-40, 41-54, 55 years and over) and the general practitioner's rating of the complaint as somatic or psychosocial; the latter was scored on a 5-point scale.

**Results.** The age distribution of the study population is shown in *table 1*.

The different age groups were virtually identical in terms of medication prescribed for somatic complaints. Most psychotropic drugs were prescribed in the middle age group, the total number of such prescriptions during the period studied being only 22.

Counselling was done most in age group 41-54 and least in age group 55 years and over (*table 2*). Whether counselling was done by the general practitioner proved to depend

largely on the way in which the patient himself formulated his complaint(s) (*table 4*). The fact that older patients received less counselling than younger patients, therefore, is not explained by their age but by their way of formulating their complaint(s).

Only eleven patients in the entire group were referred to mental health care agencies. Younger and older patients scored equally high: 2.2 percent were referred to mental health care agencies. This referral rate was more than twice as high in the middle age group: 4.9 percent.

*Table 3* shows that encounters took significantly more time in the middle age group. *Table 5* shows that the duration of a house call or office encounter was influenced most by the general practitioner himself. Another factor of importance in this respect was the patient's way of formulating his complaint(s): more time was devoted to complaints formulated in psychosocial than to those formulated in purely somatic terms.

*Table 6* shows that the practitioner's rating on the 5-point scale depended most on the patient's formulation of the complaint(s); in rating a complaint as either somatic or psychosocial, the general practitioner relied to a significant extent on what the patient said.

**Discussion.** The findings do not confirm the hypothesis that the patient's age plays an important role in the general practitioner's assessment of the presence of psychosocial problems. In a study by *Lamberts and Hartman*, too, age proved to play no role in this respect.<sup>5</sup> On the other hand, the patient's way of formulating his complaint(s) proved to be an important point of orientation. The general practitioner should take this into account in order not to overlook psychosocial problems precisely in older patients.

**Keywords:** Aged; Counseling; Family practice; Psychosocial problems.

**Address of author:** Instituut voor Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer, Trans 4, 3512 JK Utrecht; The Netherlands.

- In de derde plaats zouden mensen die – al of niet beroepshalve – contact hebben met ouderen, moeten leren psychosociale problemen bij deze leeftijdsgroepen te onderkennen en er beter op in te spelen dan nu het geval is; zo ontbreekt het wijkverpleegkundigen vaak aan voldoende zelfvertrouwen om met psychosociale problemen van ouderen om te gaan.<sup>6</sup> Betere voorlichting aan en eventuele training van hulpverleners en familieleden lijkt dan ook zinvol.

## Bijlage. De betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens

- *Counsel de huisarts wel of niet.* Vier observatoren keken naar een videoband met 23 huisarts-patiënt gesprekken. Het percentage overeenstemming tussen de vier observatoren met betrekking tot deze variabele was 97,1 procent.

- *Codering van de klacht van de patiënt als respectievelijk puur lichamelijk, deels lichamelijk, deels psychosociaal, en puur psychosociaal.* Deze variabele werd gecodeerd aan de hand van de op het scoringsformulier genoteerde klacht zoals de patiënt hem zelf had geformuleerd in het gesprek met de huisarts. Het percentage overeenstemming leek ons groot genoeg om de klacht zoals de patiënt hem zelf formuleert te coderen in één van de drie categorieën.

- *Beoordeling van de klacht(en) van de patiënt door de huisarts op de dimensie organisch-psychosociaal.* De beoordeling werd geoperationaliseerd met dezelfde vijfpuntschaal, als is gebruikt bij het onderzoek van het Konsultatieproject Eindhoven.<sup>4</sup> De betrouwbaarheid van deze schaal hebben we afgeleid van de scores voor patiënten die gedurende de observatieperiode de huisarts tweemaal voor dezelfde klacht raadpleegden. (Spearman rank correlation coefficient = .73 (corrected for ties), N = 16).

<sup>1</sup> Offerhaus R. Van probleem tot psychiatrie. Noordwijkerhout: Stichting Centrum St. Bavo, 1978.

<sup>2</sup> Hosman CMH. Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1983.

<sup>3</sup> Bremer GJ, Van Westreenen E. De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap 1964; 7: 2-17.

<sup>4</sup> Bensing J, Kluver R, Schut H, Verhaak P. Konsultatieproject Eindhoven. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>5</sup> Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42.

<sup>6</sup> Knapen MHJM, Scheffer WCM, Hutjes JM. Wijkverpleegkundige en huisarts in de thuisgezondheidszorg. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.