Chronisch klagende patiënten in de huisartspraktijk

J. GUSSEKLOO
K.M.A. VAN HAAREN
F.W. DEKKER

Een deel van de patiënten die frequent het spreekuur van de huisarts bezoeken, wordt door hem als moeilijk ervaren: de chronisch klagende patiënten. In vier huisartspraktijken werden alle patiënten met een hoge consultfrequentie geselecteerd. Deze patiënten werden door de huisartsen ingedeeld in vier groepen op basis van gepercipieerd klaaggedrag. Aan de patiënten die waren ingedeeld in de groepen met chronisch klaaggedrag (n=78) en aan een controlegroep van patiënten zonder chronisch klaaggedrag (n=74) werd een postenquête toegezonden. Chronisch klagende patiënten onderscheiden zich in deze studie niet door demografische kenmerken van niet-chronisch klagende patiënten. De patiënten met chronisch klaaggedrag hebben een significant hogere depressie-score (Zung) en een hogere 'somatisatiegeneigdheid' (VOEG) dan de controlegroep. Bijna alle chronisch klagende patiënten zeiden persoonlijke problemen uitsluitend met hun huisarts te bespreken.

Gussekloo J, Van Haaren KMA, Dekker FW. Chronisch klagende patiënten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1992; 35(13): 500-2.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.
J. Gussekloo, basisarts; K.M.A. van Haaren, basisarts; Drs. F.W. Dekker.
Correspondentie: Drs. F.W. Dekker.

Inleiding

De werklast van de huisarts wordt voor een deel bepaald door patiënten die geregeld het spreekuur bezoeken met wisselende lichamelijke klachten, waarvoor zelfs na soms zeer uitgebreid specialistisch onderzoek geen objectieve lichamelijke verklaring wordt gevonden. De veronderstelling is dat deze patiënten hun psychische en sociale problematiek tot uitdrukking brengen in een verscheidenheid aan vage lichamelijke klachten – een proces dat somatisatie wordt genoemd. Recent is hierover een uitvoerig literatuuroverzicht geschreven door *Portegijs et al.*[1 2]

De behandeling van deze patiënten kan bij de huisarts leiden tot een onvoldaan gevoel, onzekerheid of zelfs irritatie.[3-5] Hij wordt geconfronteerd met 'onzekerheid over de medische problematiek van de patiënt' en kan soms 'moeilijk omgaan met de persoonlijkheid van de patiënt'.[6-8]

Uit het onderzoek van *Van der Meer & Smith* bleek dat chronisch klagende patiënten bij de huisarts meer contactredenen presenteerden, vaker psychosociale of psychiatrische problemen hadden en vaker hoog scoorden op de General Health Questionnaire (GHQ-30) dan een *at random* gekozen controlegroep.[9] In de groep chronisch klagende patiënten bleken vaker depressies voor te komen. *Rooijmans* beschreef eerder een verband tussen het voorkomen van chronisch klaaggedrag en depressies, die mogelijk worden gemaskeerd door vage lichamelijke klachten.[10]

In vier buitenlandse studies werden – op groepsniveau – de volgende kenmerken van als 'moeilijk' ervaren patiënten gevonden: een gemiddeld hogere leeftijd,[6 11] een hoger percentage vrouwen,[8 11] een groter aantal consulten per jaar en meer verwijzingen naar de tweede lijn,[7 8 11] meer voorgeschreven medicatie,[7 11] en een lagere sociale klasse.[6] Verder zouden bij deze patiënten meer 'life events' zijn voorgekomen in de voorafgaande periode.[7]

Wij hebben in vier huisartspraktijken een onderzoek uitgevoerd naar patiënten die door de huisarts worden ervaren als chronische klager. De vraagstelling luidt:

Zijn er verschillen tussen een groep chronisch klagende patiënten en een controlegroep niet-chronisch klagende patiënten met betrekking tot:
- demografische factoren;
- medische consumptie;
- depressiviteit;
- neiging tot somatisatie;
- bespreken van persoonlijke problemen met de huisarts?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in vier huisartspraktijken in de regio Leiden met een totale patiëntenpopulatie van circa 10.000 mensen. De namen van alle patiënten die volgens het afsprakenboek de huisarts in de voorafgaande drie maanden driemaal of vaker hadden bezocht, werden aan de huisartsen voorgelegd met de vraag deze patiënten in te delen op basis van hun door de huisarts ervaren klaaggedrag. Op deze manier zijn vier groepen samengesteld:

I 'duidelijk chronische klager' (n=26);
II 'neigt naar chronisch klaaggedrag' (n=52);
III 'neigt naar niet-chronisch klaaggedrag' (n=89);
IV 'duidelijk niet-chronische klager' (n=154).

In totaal 29 patiënten (8 procent) konden om verschillende redenen niet worden ingedeeld.

De patiënten uit de groepen I en II kregen een vragenlijst toegestuurd, evenals een controlegroep (n=74) die aselect werd samengesteld uit groep IV. De vragenlijst had betrekking op:
- demografische kenmerken: geslacht, leeftijd, inkomen, verzekeringsvorm, gezinssamenstelling en werksituatie;
- medische consumptie in eerste en tweede lijn in het afgelopen jaar, en tevredenheid over de huisarts;
- vóórkomen van depressiviteit, gemeten met behulp van de Zung-vragenlijst (20 items);[12] aanvullend is gevraagd naar de mate van ervaren eenzaamheid;
- neiging tot somatiseren, gemeten met behulp van de Vragenlijst Over Ervaren Gezondheid (VOEG, 19 items), die een hoge samenhang heeft met de neiging om psychisch en sociaal onwelbevinden om te zetten in lichamelijke klachten;[13 14]

aanvullend is gevraagd een beoordeling te geven van de eigen gezondheid;
- degene(n) met wie de patiënt persoonlijke problemen (zoals relatieproblemen, financiële problemen en problemen op het werk) gewoonlijk bespreekt.

Bij de statistische bewerking van de gegevens van de beide groepen is gebruik gemaakt van chi-kwadraattoetsen en variantie-analyse (SPSS-X).

Resultaten

De respons van de drie groepen verschilde niet significant. Er waren geen verschillen in leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm (*tabel*). Ook de gezinssamenstelling en de arbeidssituatie van de groepen verschilden niet.

Patiënten uit groep I hadden in het voorafgaande jaar de huisarts naar eigen zeggen vaker bezocht dan groep II en de controlegroep. Verder bleken meer patiënten uit de groepen I en II dan uit de controlegroep het voorafgaande jaar een specialist te hebben geraadpleegd (77 en 73 procent versus 54 procent). Van de patiënten uit de groepen I en II zei respectievelijk 39 en 30 procent in het voorafgaande jaar twee of meer verschillende specialisten te hebben geraadpleegd, tegen 14 procent uit de controlegroep. De verschillen in specialistenbezoek tussen de drie groepen bleken niet significant.

Patiënten uit de groepen I en II hadden een significant hogere Zung-score dan de controlepatiënten. Ook gaven meer patiënten uit de groepen I en II aan zich 'vaak tot altijd eenzaam' te voelen dan de controlegroep.

De VOEG-scores van groepen I en II waren significant hoger dan die van de controlegroep. De Pearson correlatiecoëfficiënt tussen VOEG- en Zung-score was in de totale groep 0,78 (n=86; p<0,001).

De antwoorden op de vraag 'met wie praat u gewoonlijk over persoonlijke problemen zoals bijvoorbeeld relatieproblemen, financiële zorgen en problemen op het werk?' bleken duidelijk te verschillen (chi-kwadraat 28,2; DF=4; p<0,001). Geen van de patiënten uit groep I antwoordde deze problemen te bespreken met personen in de omgeving (partner, kinderen, familie en/of vrienden). Twaalf patiënten uit groep I zeiden dergelijke problemen alleen met hun huisarts te bespreken. Eén patiënt zou dergelijke problemen met niemand bespreken. De meeste patiënten (72 procent) uit de controlegroep zeiden daarentegen persoonlijke problemen hoofdzakelijk met personen in de omgeving te bespreken. Patiënten uit groep II noemden de huisarts (48 procent) of personen in de omgeving (35 procent).

Tabel *Uitkomsten voor de drie groepen.*

	I n=26	II n=52	Controle n=74	P
Leeftijd				
– gemiddelde	50	51	48	NS
– SD	14	20	19	
Percentage vrouwen	86	72	63	NS
Percentage ziekenfonds	79	61	53	
VOEG				
– score	9	6	3	<0,001
– SD	5	4	3	
Als matig/slecht ervaren gezondheid (%)	36	30	10	<0,05
ZUNG				
– score	44	40	33	<0,001
– SD	12	11	7	
Vaak/altijd eenzaam (%)	21	18	2	<0,05
Consultfrequentie huisarts				
– per jaar	13	8	7	<0,05
– SD	11	4	5	
Tevreden over huisarts (%)	75	70	92	<0,05

Beschouwing

Het begrip chronische klager is niet eenvoudig te definiëren: 'Each doctor has his own heartsink-patients because all doctors hearts do not sink for the same reasons'.[15] In de opzet van ons onderzoek komt dit subjectieve aspect duidelijk tot uitdrukking in de wijze waarop de patiëntengroepen zijn geselecteerd. Voor het onderzoeken van huisarts-afhankelijke factoren die een rol spelen bij het aanmerken van chronische klagers zou een onderzoek met een groter aantal huisartsen nodig zijn.

Voor wat betreft patiënt-afhankelijke factoren hebben wij geen verschil gevonden in leeftijd en geslacht tussen de groepen. Een dergelijk verschil is in ander onderzoek wél gevonden.[6 8 11] In deze studies werd de controlegroep echter *at random* geselecteerd uit de totale praktijkpopulatie, terwijl wij ons beperkt hebben tot patiënten met een hoge consultfrequentie. De elders gevonden verschillen in geslacht en leeftijd zijn naar onze mening dan ook vooral specifiek voor patiënten met een hoge consultfrequentie.

De groep patiënten met chronisch klaaggedrag blijkt een duidelijk hogere depressiviteits-score te hebben dan de controlegroep. Dit is in overeenstemming met de literatuur.[9 10] Het herkennen en behandelen van een mogelijke (gemaskeerde) depressie kan een praktisch aangrijpingspunt

zijn voor de behandeling van chronisch klagende patiënten.[9 10]

Naast depressiviteit lijkt somatisatie bij de groep chronische klagers een grotere rol te spelen dan bij de controlegroep. De antwoorden op de vragen naar medische consumptie en ervaren gezondheidstoestand lijken de aanwezigheid van een proces van somatisatie bij chronische klagers ook te ondersteunen.[1 2]

Een opvallend resultaat is dat bijna alle chronisch klagende patiënten uit groep I antwoordden hun persoonlijke problemen te bespreken met de huisarts, terwijl dergelijke problemen in de andere groepen veel meer werden besproken met familieleden, vrienden of andere naasten.

Dankbetuiging

Met dank aan de meewerkende huisartsen, aan mw. drs. M.L.M. Ceha en J. van der Leden, huisarts, voor de begeleiding van het project en aan Dr. A.A. Kaptein voor het kritisch commentaar.

Literatuur

1 Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 1. Een zoektocht in de internationale literatuur naar een definitie voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1992; 35: 18-25, 43.

2 Portegijs PJM, Kraan HF, Knottnerus JA, Stoffers HEJH. Wat heet somatisatie? 2. Een antwoord uit de internationale literatuur getoetst aan 19 jaar Huisarts en Wetenschap. Huisarts Wet 1992; 35: 65-9.

3 Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med 1978; 298: 883-7.

4 Dokter HJ, Verhage F. De geïrriteerde dokter. Huisarts Wet 1990; 33: 118-20.

5 Grol R, Mokkink H, Smits A, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. Fam Pract 1985; 2: 128-35.

6 Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. J Fam Pract 1980; 11: 933-8.

7 McDonald PS, O'Dowd TC. The heartsink patient: a preliminary study. Fam Pract 1991; 8: 112-6.

8 Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. J Fam Pract 1989; 28: 59-63.

9 Van der Meer K, Smith RJA. Patiënten met chronisch klaaggedrag in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1992; 35: 13-7.

10 Rooijmans HGM. Chronisch klaaggedrag en depressie. Tijdschr Soc Geneesk 1975; 53: 607-15.

11 John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. J Fam Pract 1987; 24: 607-10.

12 Dijkstra P. De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: Van Praag HM, Rooijmans HGM, red. Stemming en ontstemming. Amsterdam: Bohn, 1974: 98-120.

13 Dirken JM. Arbeid en stress: het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen: Wolters, 1967.

14 Visser APh. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. Gezondh Samenl 1983; 4: 177-87.

15 O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. Br Med J 1988; 297: 528-30. ■

Abstract

Gussekloo J, Van Haaren KMA, Dekker FW. Chronically complaining patients in general practice. Huisarts Wet 1992; 35(13): 500-2.

Some of the patients who frequently visit the general practitioner's surgery are perceived as difficult by the GP: the chronically complaining patients. In four general practices, all patients with a high consultation frequency were selected. All patients were classified by the GPs on the basis of perceived complaining behaviour. Those classified as chronically complaining (n=78) and a control group of non chronically complaining patients (n=74) were sent a postal questionnaire. The chronically complaining patients did not differ from the control group as regards to demographic characteristics. The patients with chronical complaining behaviour had a higher depression-score (Zung) and a higher 'tendency to somatize' than the control group. Nearly all chronically complaining patients stated that they discuss personal problems exclusively with their general practitioner.

Key words Family practice; Patient behaviour.

Correspondence F.W. Dekker MA, Department of General Practice, University of Leiden, PO Box 2088, 2301 CP Leiden, The Netherlands.