

Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Hofmans-Okkes IM. Lelystad: Meditekst; 192 pagina's, prijs NLG 45,-. ISBN 90-5070-12-2. Direct te bestellen bij de uitgever: Postbus 49, 8200 AA Lelystad.

In dit met *cum laude* bekroonde proefschrift rapporteert de auteur de resultaten van een grondige spreekuuranalyse bij tien huisartsen die deelnamen aan het Transitieproject. In totaal werden 200 consulten op video opgenomen en volgens gedetailleerde transcriptieregels uitgekt. De huisartsen registreerden de contactredenen, de diagnose en het huisartsgeneeskundig handelen aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC); de patiënten werden na het consult uitgebreid geïnterviewd omtrent de reden van hun komst en hun tevredenheid over het consult.

We stippen enkele van de voornaamste conclusies aan:

- De huisartsen bleken over het algemeen de contactredenen van hun patiënten juist en volledig te achterhalen. Deze conclusie relativeert de nadruk die door sommige interpretaties van het Methodisch Werken en de 'patient-centred method' wordt gelegd op het 'achterhalen van de werkelijke, dieperliggende contactredenen van de patiënt'. Patiënten delen hun contactredenen over het algemeen zonder problemen mee, ook wanneer deze zich in de psychosociale sfeer bevinden.
- De huisartsen over wie de patiënten gemiddeld het minst tevreden waren, bleken vaker op zoek te gaan naar psychosociale problemen, en stemden minder vaak met hun patiënten overeen over de contactredenen. Langere consulten, of consulten waarin vaker 'Rogeriaans' verhelderd werd (via 'hummen', parafraseren, e.d.), gingen niet gepaard met een grote overeenstemming over de contactredenen, en leidden niet tot een grotere tevredenheid van de patiënten.

De waarde van Hofmans-Okkes' onderzoek ligt op verschillende terreinen. Om te beginnen werd voor het eerst een grondige consultanalyse gekoppeld aan het oordeel van patiënten. Uit de vergelijking van beide blijkt dat een correct kwaliteitsoordeel over huisartsgeneeskundig handelen slechts mogelijk is wanneer ook de consument in de beoordeling wordt betrokken. Verder stelt de auteur op grond van haar resultaten een aantal wijd verbreide opvattingen over het huisartsgeneeskundig handelen ter discussie: langere consulten leiden niet noodzakelijk tot meer tevredenheid, en de – wat te rigide – neiging om psychosociale problemen te 'ontdekken' bij patiënten die komen met somatisch hulpvragen, al evenmin. Over het algemeen

bleken huisartsen op een professionele manier in te spelen op wat de patiënt van hen verlangt, en daarbij soepel om te gaan met de tijd.

Een eerste vereiste bij wetenschappelijk onderzoek is, dat zorgvuldig wordt geregistreerd. Dat is hier ongetwijfeld het geval. Het stelt de auteur in staat het RFE-concept te valideren. Een tweede punt vormen analyse en interpretatie: ongetwijfeld zijn de conclusies confronterend voor wie bezig is met onderzoek en opleiding met betrekking tot consultvoering. Het betrekken van het perspectief van de patiënt werkt zonder meer verfrissend in een kader waar al te veel 'regels' zijn opgesteld op grond van theoretische concepten en 'gezaghebbende', doch nauwelijks getoetste opvattingen. De lezer ontkomt er niet aan vanuit de hier aangeboden interpretatiekaders te reflecteren op het eigen huisartsgeneeskundig handelen. De vraag naar de 'representativiteit' van de betrokken huisartsen en consulten is hierbij minder interessant dan de uitnodiging die van dit werk uitgaat om een en ander eens opnieuw te bekijken. De suggestie om hierbij de patiënt te betrekken, lijkt bijzonder waardevol.

De professionele aanpak van de uitgever heeft ervoor gezorgd dat het een heel mooi boek werd, vlot leesbaar, dankzij de logische opbouw, de aangename bladspiegel met literatuurreferenties in de marge, en de heldere, overzichtelijke tabellen in de tekst.

Anselm Derese
Jan de Maeseneer

Patiënt, huisarts en internist [Dissertatie]. Van Weert HCPM, Grundmeijer HGLM. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992; 260 bladzijden + 25 pagina's bijlagen.

Het verwijzingsproces van huisarts naar internist zou eenvoudig en helder kunnen zijn: de huisarts behandelt de veel voorkomende, eenvoudige ziekten en wanneer het te ingewikkeld wordt, komt de specialist eraan te pas. De indeling in 'echelons' en het financieringssysteem gaan in feite uit van een dergelijke simplificatie. Dat het zo eenvoudig niet is, blijkt uit de grote verschillen in de aantallen verwijzingen per huisarts en de problemen met de financiering. Maar hoe ligt het dan wel?

In dit proefschrift wordt getracht meer inzicht te verkrijgen in de redenen waarom huisartsen hun patiënten naar de polikliniek interne geneeskunde verwijzen, en hoe het de patiënt in die periode vergaat. Bovendien wordt nagegaan of de huisarts achteraf vindt dat de verwijzing heeft voldaan aan het beoogde doel en wordt de kwaliteit van het handelen van huisarts en internist beoordeeld.

Het onderzoek is uitgevoerd in het Zuidoosten van Amsterdam: de Bijlmermeer en Diemen, in het bijzonder gekenmerkt door een hoge migratie, een grote Surinaamse bevolkingsgroep en veel vluchtelingen uit Iran en Zuid-Amerika. Bij de huisartsen waren gezondheidscentra oververteenwoordigd en ook de internisten waren van een bijzonder kaliber: assistenten in het tweede deel van hun opleiding aan het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam.

De aandoeningen waarvoor verwezen werd, werden episodegebonden geregistreerd via de ICPC. De redenen voor verwijzing werden verdeeld in somatisch, psychisch (bijvoorbeeld preventie van somatische fixatie) en relationeel (bijvoorbeeld defensief handelen of een vastgelopen hulpverleningsrelatie). Voor het beoordelen van de functionele toestand van de patiënten werd de Nederlandse versie van de COOP-kaarten van Nelson ingevuld door patiënt, huisarts en internist. Verder werd onder andere gevraagd naar de overeenstemming tussen huisarts en patiënt over de noodzaak van specialistische interventie.

Tijdens het verwijzingsproces werden op gezette tijden gegevens verzameld: bij het verwijzingsconsult bij de huisarts, bij het eerste consult bij de internist, bij het afsluitend consult bij de internist en bij het eerste consult bij de huisarts na de verwijzing. Steeds werd daarbij ook de functionele toestand door zowel de betrokken arts als de patiënt ingevuld. Drie maanden na het laatste consult van de internist werd een gestructureerd interview (de 'katamnese') afgenomen bij de patiënten om te achterhalen hoe zij achteraf dachten over het nut van de verwijzing.

Op grond van de verwijsdiagnose werden 354 verwezen patiënten ingedeeld in zes verwijs categorieën: veel voorkomende, chronische ziekten, afwijkende onderzoeksbevinding, complexe aandoeningen, bezorgde patiënt, bezorgde dokter en vage klachten.

Een groot aantal patiënten ondervond op het moment van verwijzen belemmeringen in het functioneren. Ruim eenderde had een slechts matige tot slechte inspanningstolerantie, 80 procent gaf een belangrijke psychische beperking aan. Er waren verschillen tussen het oordeel van de huisartsen en dat van de patiënten. Met name zag 'de bezorgde patiënt' zichzelf frequent als ernstiger beperkt in zijn lichamelijk functioneren dan de huisarts.

Opvallend was dat de functionele toestand van de patiënten zowel volgens de internisten als volgens de patiënten al verbeterde tussen het moment van verwijzen en het eerste poliklinische consult. De meting van de functionele toestand was onvolledig, zodat de resultaten met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Bij de laatste specialistische registratie

was het percentage patiënten met beperkingen beduidend afgenomen. Nog steeds werden door de patiënten vaker beperkingen opgegeven dan door de behandelend artsen. Patiënten gingen vooral op het gebied van de dagelijkse activiteiten vooruit.

Achteraf vond ruim 20 procent van de patiënten de verwijzing niet nuttig omdat vermindering van de klachten uitbleef of geen oorzaak voor de klachten werd gevonden. Opvallend is dat patiënten uit de groepen 'bezorgde patiënt' en 'vage klachten' – de groepen waarin de patiënt vooral druk uitoefende om verwezen te worden – de verwijzing het meest frequent als niet nuttig ervoeren. Deze patiënten waren er achteraf nog vaak van overtuigd een nog niet ontdekte ziekte onder de leden te hebben.

De verwijzende huisartsen waren over het algemeen tevreden over het werk van de internist. Er was echter veel kritiek op de onderlinge communicatie. Ondanks het feit dat de vraagstelling van de huisarts als helder werd beoordeeld, bleken de behandelend internisten slecht op de hoogte te zijn van de motieven van de verwijzende huisarts. Zij beoordeelden de verwijzingen vaker als een puur somatische aangelegenheid. Mede daarom lijkt verwijzing naar een internist niet het geëigende instrument voor 'preventie van somatische fixatie' en 'het doorbreken van een vastgelopen hulpverleningsrelatie'.

Een panel van negen huisartsen en negen internisten heeft 159 verwijzingen beoordeeld op de kwaliteit van het werk van de huisartsen en internisten. Hierbij werd gebruik gemaakt van *record review*: een formulier met gegevens van de huisarts, de verwijsbrief van de huisarts, de interne status en de ontslagbrief van de internist.

Er was een opvallend grote uitval van 47 verwijzingen, doordat de status of een van de brieven zoek was! Bij deze beoordeling verschilden de beoordelaars in veel gevallen van mening. Onderzoekresultaten en delen van de voorgeschiedenis werden frequent gemist in de verwijsbrief. De huisartsen achtten 37 procent en de internisten achtten 14 procent van de patiënten ten onrechte verwezen. De huisartsen vonden vaak dat de huisarts het probleem zelf had kunnen oplossen of dat nog onvoldoende diagnostiek was bedreven; de internisten vonden dat de internist bij angstige patiënten met vage klachten ook niet veel extra kon bijdragen. De kritiek op de diagnostiek van de internist richtte zich vooral op (overbodig) bloedonderzoek, maar ook was men nogal eens van mening dat er bij de 'bezorgde patiënt' nog te weinig diagnostiek was verricht. Globaal een kwart van de patiënten bleef bij de internist onder behandeling. De huisartsbeoordelaars hadden daar in een derde van de gevallen bezwaar tegen.

Achteraf vonden huisartsen in 46 procent van de gevallen de verwijzing niet nuttig. Internisten waren in 23 procent van de gevallen die mening toegedaan. De huisartsen gebruikten andere argumenten dan de internisten. Veel van die verschillen komen voort uit de overlap in taakopvatting tussen de disciplines.

Dit is het eerste grootschalige onderzoek waarin verwezen patiënten inhoudelijk van huisarts naar tweede lijn en weer terug werden gevolgd. Dat bleek bepaald niet eenvoudig. Door de onderzoekers is buitengewoon veel en ingewikkeld werk verzet. Zij verdienen daarvoor alle hulde. Generalisatie naar een grotere groep huisartsen en internisten is echter niet goed mogelijk. Niet alleen vertoonden de patiënten, huisartsen en internisten zeer specifieke kenmerken vertoonden, maar ook verwezen de 29 deelnemende huisartsen minder patiënten naar het AMC dan de 15 niet-deelnemers. Onder die niet-deelnemers bevonden zich nu net de 4 huisartsen die verantwoordelijk waren voor een kwart van alle nieuwe verwijzingen van de hele groep. 'Er worden slechts weinig patiënten ten onrechte verwezen, vooral gezien de vrij complexe problematiek van de regio' is dan ook een conclusie die niet door het onderzoek wordt gedragen. Conclusies die getrokken werden op grond van gedeфинeerde kenmerken van patiënten, zoals 'voor preventie van somatische fixatie en het doorbreken van een vastgelopen hulpverleningsrelatie' lijkt verwijzen naar een internist niet het geëigende instrument', hebben een wat grotere reikwijdte.

Dit boek is met name voer voor (toekomstige) onderzoekers op dit terrein. Een belangrijk resultaat van het onderzoek is dat het werk van de specialist goed met de ICPC gecodeerd kan worden. Gezien het belang van het onderwerp kunnen praktiserende huisartsen en internisten er echter ook veel van hun gading in vinden. Want welke huisarts vraagt zich niet op gezette tijden af: 'Verwijzen, zou ik dat wel goed doen?'

W.A. Meyboom

Psychologie voor de arts Van der Molen GM, Schmidt AJM, red. Houten, Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992; 334 bladzijden, prijs NLG 73,50. ISBN 90-313-1165-0.

De redacteurs van dit boek, beiden al jaren betrokken bij het onderwijs aan medische studenten van de Rijksuniversiteit Limburg, signaleren een gebrek aan Nederlandstalige, specifiek op de (aanstaande) arts gerichte psychologische handboeken. Dit boek zou hierin dus moeten

voorzien. Doelstelling is het geven van een kernachtig overzicht van een aantal basisbegrippen, mechanismen en theorieën uit de psychologie voor de arts in zijn praktijk.

Na een inleidende plaatsbepaling volgen eerst twee hoofdstukken over de persoonlijkheid en over de ontwikkeling van het kind. De hoofdstukken 4, 5 en 6 geven een overzicht over de huidige stand van zaken betreffende respectievelijk de neuropsychologie, de psychofysiologie en de psycho-immunologie. De hoofdstukken 7 t/m 12 maken de overgang naar de klinische toepassing. Achtereenvolgens komen hier aan bod: stress, het hyperventilatiesyndroom, slaapproblemen, hartinfarct, seksuologie en pijn. Een afsluitend hoofdstuk is gewijd aan de arts-patiënt relatie.

Na lezing had ik het gevoel een exemplaar van 'Het medisch jaar' te hebben bestudeerd, in dit geval dan een speciaal nummer over de medische psychologie. Ik mis een duidelijke eenheid. Dit zal ongetwijfeld te maken hebben met het aantal auteurs, die ieder op hun manier een deelaspect behandeld hebben. Van de 15 auteurs is er slechts één arts, de kinderpsychiater Verhulst. Dit leidt tot het gevaar van onbekendheid met de alledaagse medische praktijk. Zo kunnen storende foutjes insluipen als 'uterisresectie'. Het afsluitende hoofdstuk over de arts-patiënt relatie had mijns inziens weggelaten kunnen worden. Het is te beknopt, haalt het methodisch werken nog weer eens van stal en voldoet niet aan de uitgangsgedachte van onvoldoende beschikbare handboeken in Nederland.

Ondanks deze kritische opmerkingen valt er uit dit boek een schat aan informatie te halen. In die zin wordt de doelstelling nog ruimschoots gehaald.

Koen Kunst

Somatization: physical symptoms & psychological illness Bass C, ed. Oxford: Blackwell, 1990; 339 bladzijden, prijs NLG 135,00. ISBN 0.632.02839.4.

Het spreekuur van de huisarts wordt veelvuldig bezocht door patiënten met somatische klachten waarvoor de dokter op somatisch gebied geen verklaring kan vinden. De dokter probeert de patiënt gerust te stellen, maar vaak blijft de patiënt klachten houden en blijft hij zoeken naar zekerheid, hulp en aandacht.

Ook specialistische poliklinieken worden veelvuldig bezocht door patiënten met onverklaarde en onbegrepen lichamelijke klachten. In derde instantie komen de patiënten dan nogal eens terecht bij de consultatieve psychiater, die vervolgens de wat ondankbare taak heeft de klachten 'psychisch' te verklaren, althans voor de

patiënt aannemelijk te maken, althans de patiënt gerust te stellen.

Deze onbegrepen lichamelijke klachten zijn een frequent verschijnsel als men bedenkt, dat slechts ongeveer eenderde van de klachten op het spreekuur van de huisarts tot een eenduidige somatische diagnose leidt. Anderzijds is het aantal mensen dat voortdurend blijft klagen, zonder dat er iets 'gevonden wordt', nogal klein. Omdat het bij die minderheid om langdurige ziektegeschiedenissen gaat met veel consulten, aanvullend onderzoek, opnamen en vaak zelfs (achteraf onnodige) operaties, gaat het toch om een omvangrijk en frustrerend probleem voor vele artsen.

Vorig jaar ontspon zich in dit tijdschrift een nogal provocerend ingezette discussie naar aanleiding van het in Nijmegen ontwikkelde begrip voor deze onverklaarde klachten: de somatische fixatie. Dat begrip werd door de eindredacteur bestempeld als een geloofsartikel, dat niet te operationaliseren (en te falcificeren) valt en dus wetenschappelijk van geen waarde zou zijn.

Uiteraard werd er vanuit Nijmegen fel geoponeerd. Men gebruikte daarbij één op zijn minst wat merkwaardig argument: terwijl in 'Huisarts en somatische fixatie' (1983) uitdrukkelijk afstand wordt genomen van de categorie chronische klagers, en men het algemene verschijnsel van de vertaling van levensproblemen van psychische en sociale aard naar medische kwesties als proces in de hulpverlening centraal stelt (zowel de arts als de patiënt doen mee in dit proces), beriep men zich in de polemiek met evenveel nadruk op de Amerikaanse DSM-III-categorie 'somatization disorder', die een stoornisdefinitie impliceert. Op zijn minst een tactische uitlijder. Een interessante en belangrijke discussie is daarmee in het slop geraakt.

Een verschijnsel krijgt, al naar gelang de achtergrond van de onderzoeker en auteur, een ander label. In dit geval noemt de één het fenomeen 'somatische fixatie', de volgende 'abnormal illness behavior' en een derde 'somatoforme stoornissen'. Het is niet allemaal precies hetzelfde, maar de omschrijvingen overlappen elkaar grotendeels. De huisarts, de medisch psycholoog/socioloog en de psychiater zien het verschijnsel echter ieder door de eigen bril en benoemen het in het eigen jargon (als probleem, proces, gedrag of stoornis).

Op zichzelf is dat niet zo'n ramp, maar het is jammer als ze elkaar daarbij volstrekt negeren. De Leidse hoogleraar psychiatrie Rooijmans schrijft al jaren over onbegrepen lichamelijke klachten ('zijn het zenuwen?') en de Nijmeegse hoogleraar Huygen evenzo, maar in de in 1983 onder hun auspiciën verschenen boekjes verwijzen ze in het geheel niet naar elkaar.

Bij de DSM-III-categorie 'somatization disorder' gaat het om een psychiatrische stoornis, waarbij patiënten positief scoren op minstens 13 onderdelen uit een lijst van 37 symptomen/klachten, zichzelf als voortdurend ziek beschouwen, dokters bezoeken en medicijnen gebruiken, en dat al vanaf vóór hun dertigste levensjaar doen. Daarmee is eigenlijk het chronisch persisterend klaaggedrag aardig ondergebracht in een stoornisdefinitie c.q. geoperationaliseerd.

Het aardige van de Nijmeegse benadering is nu juist dat de nadruk ligt op de vicieuze cirkel, het proces, waarin arts en patiënt als representanten van gezondheidszorg en samenleving (hoe gedraagt men zich, wanneer men het niet meer redt) verzeild raken. Maar het is natuurlijk erg moeilijk naar zo'n proces patiëntgebonden effectonderzoek te doen.

Het mooie van dit boek is dat deze controverse, dit chronisch sluimerend misverstand en onbegrip, omstandig aan de orde komt. Er wordt wel uitgegaan van de 'turf-definitie', maar die wordt vervolgens omstandig ter discussie gesteld. Aan de ene kant is de definitie te eng, omdat er slechts een kleine groep (1 à 2 promille) chronisch klagende patiënten mee gedekt wordt, terwijl de veel grotere groep patiënten met persisterend klaaggedrag, maar een minder divers en uitgebreid patroon, eveneens een belangrijk probleem oplevert. Verder blijken de somatisanten ook hoog te scoren op depressie- en angstschalen, en is het de vraag of het niet 'eigenlijk' om een somatische presentatie van de 'stoornissen' angst en depressie gaat. In dit verband valt te denken aan de 'gemaskeerde depressie' die een tijdlang in de mode is geweest.

Het kwantificeren van problemen door het laten scoren op vragenlijsten met als resultaat een puntentotaal – zoals de laatste jaren ook nogal eens via farmaceutische firma's bij huisartsen wordt geïntroduceerd voor spastisch colon, hyperventilatie, migraine, depressie en angst – levert vooral pseudo-exactheid op. De waarde en betrouwbaarheid van betreffende vragenlijsten zijn niet of nauwelijks onderzocht. Veel strakke, nieuwe jasjes ogen wel moderner en lijken misschien wel beter te passen, maar de vraag is of ze beter en lekkerder zitten. Het Syndroom van Briquet, waarvan de definitie van de somatistestoornis is afgeleid, dateert al van 1849, en hypochondrie, hysterie en neurasthenie zijn ook negentiende-eeuwse begrippen die de lading nog steeds heel aardig dekken c.q. het probleem goed omschrijven.

Het uiteindelijke probleem blijft of al het gebakkelei over codering en definitie de aanpak, de hulp aan betrokken patiënten, op een beter spoor brengt. Ondanks alle medisch onderzoek met stethoscoop en scan en alle interventie met paradoxale strategie en antidepressieve medica-

tie blijven veel patiënten hardnekkig en chronisch klagen en tonen zij de dokter zijn onvermogen.

Behalve de algemenere kwesties komen in het boek ook specifieke onderwerpen als het chronisch vermoeidheidssyndroom (neurasthenie, postinfectieus of ME?), functionele buikklachten (spastische colon), functionele cardiorespiratoire klachten (hyprventilatie en angst voor hartinfarct), conversieverschijnselen (neurotische neurologische uitval), functionele gynaecologische klachten en psychodermatosen uitgebreid aan de orde. Slechts drie Nederlandse auteurs worden geciteerd: Ladee (over hypochondrie), Querido (integrale geneeskunde) en Musaph (huidneurosen). De somatische fixatie is internationaal kennelijk niet doorgedrongen.

Het boek is geschreven door psychiaters, medisch psychologen en één gynaecoloog. Zelfs het hoofdstuk over Somatization in primary care settings is door twee psychiaters geschreven. Het is daarmee vooral een produkt uit de klinische, consultatief-psychiatrische hoek. Dat is met name te merken in een hoofdstuk over 'assessment and management', waarin achter elkaar gestructureerde interviews worden geïntroduceerd, zonder dat hun nut en hanteerbaarheid aannemelijk worden gemaakt. Pas op de voorlaatste bladzijde komen de auteurs tot de uitspraak, dat 'somatization is best conceived as a process rather than as a discrete disease entity'. En daarbij citeren ze dus niet het geloofsartikel uit het Oosten van ons land. Het gaat om 'patients who inhabit a no man's land between medicine and psychiatry', een moeilijk plaatsbare en hanteerbare groep patiënten. De psychiater ziet, wanneer hij al ingeschakeld wordt, het topje van de ijsberg: patiënten waar de specialist geen raad meer mee weet. De huisarts tobt voortdurend met de grote klomp onder water. Meer dan de helft van zijn consulten wordt besteed aan onbegrepen en onverklaarde klachten over lichamelijk ongemak, pijn en dysfunctie, waarbij de dokter denkt dat het om psychische en sociale problemen gaat, terwijl de patiënt daar beslist niets van wil weten.

Ondanks de kritiek mag dit boek uit de aard der zaak in geen enkele bibliotheek van huisartseninstituut of ziekenhuis ontbreken en zou het verplichte literatuur in elke specialistenopleiding, inclusief die tot huisarts, moeten zijn.

Douwe de Vries