

Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn

Een secundaire analyse van de symptomatologie van 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het algemeen maatschappelijk werk

B. TERLUIN

Terluin B. Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de eerste lijn. Een secundaire analyse van de symptomatologie van 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het algemeen maatschappelijk werk. Huisarts Wet 1998;41(5):219-28, 245.

Doel Beschrijving van de syndromen die met de vier symptoomdimensies van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) kunnen worden gevormd, van de relatie hiervan met stressfactoren, handelen van de huisarts en prognose, en van de reproduceerbaarheid hiervan.

Opzet Descriptief.

Plaats Praktijken van 37 huisartsen en 19 algemeen maatschappelijk werkenden.

Methode Secundaire analyse van een vragenlijst-onderzoek onder 396 huisartspatiënten en 67 cliënten van het AMW. De proefpersonen beantwoordden bij het begin van het onderzoek vragen over symptomen, levensgebeurtenissen, problemen en persoonlijkheid, en twee maanden later opnieuw over symptomen. Op basis van de scores op de 4DKL werd een Quick-clusteranalyse verricht. De resultaten van de clusteranalyse bij de huisartsbezoekers werden vergeleken met eenzelfde analyse bij deze personen twee maanden later en bij de AMW-clieënten.

Resultaten De analyses leverden vijf reproduceerbare clusters op die verschilden in de mate waarin zij samenhangen met stress, handelen van de huisarts en prognose. De meeste huisartsbezoekers behoorden tot een symptoomarme cluster. Verder waren er drie clusters met voornamelijk somatisatie, voornamelijk distress of een combinatie van beide. Ruim een derde van de patiënten in een van deze clusters was twee maanden later symptoomarm. Tenslotte werd een cluster gevonden met veel angst en/of depressie. Dit cluster had geen goede prognose op korte termijn; twee maanden later waren slechts enkele patiënten symptoomarm geworden.

Conclusie De 4DKL levert enkele syndromen op die het gebruik van de diagnose 'surmenage' in de huisartspraktijk ondersteunen en daarnaast nog twee andere diagnoses suggereren, namelijk 'spanningsklachten' en 'somatisatie'.

Inleiding

In de geneeskunde worden symptomen gebruikt om diagnoses te construeren en onder meer op basis hiervan komen artsen tot een classificatie van gezondheidsproblemen. De ziekteclassificatie is het instrument waarmee artsen hun professionele kennis en ervaring rangschikken.¹ De waarde van de diagnose is aldus gelegen in de cumulatie van klinische ervaring en wetenschappelijke kennis die erachter zit.

Ziekteclassificaties zijn niet statisch; telkens als de kennis toeneemt en de inzichten veranderen, moet ook de classificatie worden aangepast. De 'natuurlijke' gang van zaken daarbij is 'van onderop', uitgaande van waarnemingen bij patiënten en klinische ervaringen. Het probleem is echter dat verschillende classificeerders niet vanzelf tot precies dezelfde classificatie zullen komen. Dat leidt tot spraakverwarring, wat de ontwikkeling van kennis niet ten goede komt. In de psychiatrie is dat lange tijd het geval geweest.

De gebruikelijke oplossing voor dit probleem bestaat uit het maken van afspraken op basis van consensus. Zo is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ontstaan, die wegens groot succes inmiddels de vierde editie beleefd.² In de huisartsgeneeskunde is op die manier de International Classification of Primary Care (ICPC) ontstaan.³

Nu zien we de laatste tijd een uitbreiding van de invloedssfeer van de DSM, ook op het terrein van de huisartsgeneeskunde.⁴ In deze situatie wordt de DSM-classificatie dus 'van bovenaf' opgelegd, en het is de vraag of huisartsen hier blij mee moeten zijn. Kennelijk houdt men er weinig rekening mee dat er verschillen bestaan tussen de populatie van eerstelijnspatiënten en de geselecteerde populatie van psychiatrische patiënten waarvoor de DSM oorspronkelijk is ontwikkeld. Anders dan in een psychiatrische setting zien we in de eerste lijn veel mensen die last hebben van de stress van het leven, maar overigens geen echte psychiatrische stoornissen vertonen.

Een opvallende huisartsgeneeskundige

diagnose die 'van onderop' tot stand is gekomen, is surmenage (overbelasting, overspanning). Nu blijkt dat mensen met surmenage in bepaalde gevallen kunnen voldoen aan de DSM-criteria voor depressie. Op grond hiervan plaatsten *Terluin & Van der Meer* vraagtekens bij de validiteit van de DSM-diagnose depressie.⁵

Het onderzoek van syndromen van psychosociale problematiek kan een nuttige stap zijn in het toetsen en verbeteren van classificatiesystemen als de ICPC en de DSM.

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), die in een eerder artikel is beschreven, meet vier symptoomdimensies die te samen een groot deel van de in de huisartspraktijk voorkomende psychische symptomatologie dekken:

- De *distress*dimensie bestaat uit symptomen van stress en surmenage zoals lusteloosheid, gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, slaapproblemen, concentratiestoornissen, gevoelens van onmacht en demoralisatie.
- De *depressie*dimensie bestaat uit specifieke symptomen van depressie: ernstige anhedonie (verlies van plezier) en depressieve cognities (hopeloosheid en suïcidale gedachten).
- De *angst*dimensie bestaat uit verschijnselen die behoren tot de angststoornissen: angst- en paniekaanvallen, diffuse en irrationele angsten en vermijdingsgedrag.
- De *somatisatie*dimensie bestaat uit nerveus-functionele lichamelijke klachten, zoals hoofdpijn, duizeligheid, nek- en rugklachten, hartkloppingen, pijn in de borst, maag- en darmklachten.

De vier schalen van de 4DKL lijken betrouwbaar en hun validiteit wordt ondersteund door hun correlaties met stressfactoren en prognose. Hoewel de schalen substantieel onderling correleren, is aanmerkelijk dat ze elk een aparte symptoomdimensie meten.⁶

Het gegeven dat een groot deel van de psychische symptomatologie bij huisartspatiënten kan worden weergegeven met slechts vier dimensies, roept de vraag op

Dr. B. Terluin, huisarts, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's-Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

welke ‘diagnosen’ men op basis van deze vier symptoomdimensies zou kunnen tegenkomen. In dit artikel staat de vraag centraal hoe de 4DKL-dimensies bij eerstelijnspatiënten met elkaar combineren tot syndromen – 4DKL-profielen – en welke betekenis deze syndromen hebben in termen van de relatie met stressfactoren, het handelen van de huisarts en de prognose. Tevens wordt nagegaan in hoeverre deze syndromen reproduceerbaar zijn in een populatie van huisartspatiënten, en in een andere populatie van cliënten van het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

De volgende vragen komen daarbij aan de orde:

- Welke 4DKL-profielen kunnen worden onderscheiden in een populatie huisartsbezoekers?
- Welke verschillen bestaan er tussen patiënten met verschillende 4DKL-profielen met betrekking tot de duur van de klachten, de aanwezigheid van stress (betaald werk, levensgebeurtenissen, problemen en persoonlijkheid), het handelen van de huisarts (diagnose, herhaalcontacten, voorschrift van antidepressiva en verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg) en de prognose (het symptoomniveau na twee maanden)?
- Zijn de bij de huisartspatiënten gevonden 4DKL-profielen reproduceerbaar in dezelfde populatie, twee maanden later? Zo ja, welke verschuivingen tussen de verschillende syndromen doen zich voor in de loop van deze twee maanden?
- Zijn de bij de huisartspatiënten gevonden 4DKL-profielen reproduceerbaar bij cliënten van het AMW? Zo ja, zijn dan ook de bij de huisartspatiënten gevonden relaties van de 4DKL-profielen met stress en prognose reproduceerbaar bij deze populatie?

Methodes

Het onderzoek bestaat uit een secundaire analyse van gegevens waarover eerder is gepubliceerd.^{6,7}

Huisartspatiënten

Zevenendertig huisartsen gaven in een periode van drie maanden op tien willekeurig gekozen onderzoeksdagen een klachtenlijst (lijst A) mee aan opeenvolgende patiënten in de leeftijd van 15-64 jaar die de Nederlandse taal beheersten en niet manifest psychotisch of manisch waren. De huisartsen registreerden van elke patiënt de diagnose(n) en de mate waarin de klachten somatisch of psychosociaal waren bepaald.

Op basis van de diagnose van de huisarts werden de patiënten ingedeeld in vier groepen:

- patiënten met een psychiatrische diagnose;
- patiënten met de diagnose surmenage;
- patiënten met een psychosociaal bepaalde psychische of somatische klacht of probleem (‘psychosociaal’);
- patiënten zonder bekende psychische problemen (‘somatisch’).

Uit diegenen die de klachtenlijst retourneerden, werden de volgende groepen geselecteerd voor verder onderzoek:

- alle patiënten met een psychiatrische diagnose of met de diagnose surmenage;
 - een ten opzichte van de surmenagegroep naar geslacht en leeftijd gematchte steekproef van psychosociale patiënten;
 - een ten opzichte van de surmenagegroep naar geslacht en leeftijd gematchte steekproef van somatische patiënten.
- Deze gestratificeerde en gematchte steekproeftrekking is oorspronkelijke toegepast om surmenagepatiënten vlot te kunnen vergelijken met patiënten met andere diagnosen.⁷ Voor de analyse van de 4DKL-profielen is het echter een nadeel dat moet worden gecorrigeerd door middel van weging (zie onder *Analyse*).

De geselecteerde patiënten die hadden ingestemd met een vervolgonderzoek, kregen per post direct een tweede vragenlijst (lijst B) en acht weken later een derde vragenlijst (lijst C). Na verkregen toestemming van de patiënten kregen de huisartsen een vragenlijstje met enkele vragen

over een periode van acht weken na het invullen van lijst A. De tijdstippen waarop de vragenlijsten zijn ingevuld, worden aangeduid met T1, T2 respectievelijk T3.

AMW-cliënten

Negentien maatschappelijk werkenden verstrekten lijst A aan een willekeurige steekproef van hun cliënten die wegens een psychosociaal probleem werden aangemeld of al in behandeling waren. Er werd gestreefd naar vijf vrouwelijke en vijf manlijke cliënten per maatschappelijk werkende. De cliënten dienden 15-64 jaar oud te zijn en de Nederlandse taal te beheersen, en mochten niet manifest psychotisch of manisch zijn.

De cliënten kregen ongeveer één en acht weken later per post of uit handen van de maatschappelijk werkenden lijst B en vervolgens lijst C ter invulling. De tijdstippen waarop de vragenlijsten zijn ingevuld, worden aangeduid met T1, T2 en T3.

De vragenlijsten

- Lijst A bevatte een klachtenlijst met 96 items, waarvan er 50 werden gebruikt voor het berekenen van scores voor de achteraf geconstrueerde 4DKL-schalen (Cronbach’s alfa 0,84-0,94).⁶ Lijst A bevatte tevens een vraag naar de duur van de klachten (test-hertestcoëfficiënt 0,85).⁷
- Lijst B bevatte vragen naar demografische gegevens, de meegemaakte levensgebeurtenissen in de voorafgaande twaalf maanden (test-hertestcoëfficiënten 0,93-0,99), de ervaren problemen in de voorafgaande zes maanden (test-hertestcoëfficiënten 0,71-0,96), en ‘neuroticisme’⁸ (Cronbach’s alfa 0,82).⁷
- Lijst C bestond uit dezelfde klachtenlijst van lijst A, waaruit achteraf 4DKL-scores werden berekend.
- De vragenlijst voor de huisarts informeerde naar het aantal contacten, de voorgeschreven medicijnen en de verwijzingen gedurende een periode van acht weken na T1.

De analyse

Het onderzoek werd beperkt tot de patiënten en cliënten die alle drie de vragenlijsten hadden ingevuld. Een clusteranalyse

volgens de Quick-clustermethode van het programma SPSS 6.1.1⁹ werd uitgevoerd op de gemiddelde itemscores (range 0-2) per 4DKL-schaal van de huisartspatiënten op T1. Bij deze procedure worden de gewenste clusteraantallen en -profielen vooraf gedefinieerd. In dit geval werd begonnen met het opstellen van alle theoretisch denkbare combinaties van lage en/of hoge gemiddelde itemscores per 4DKL-schaal. Als lage score werd score 0 genomen. Als hoge score werd 1,5 gekozen om het omslagpunt tussen 'laag' en 'hoog' rond een derde van het schaalbereik te krijgen. Dit lijkt, gezien de scoreverdeling bij huisartspatiënten, een redelijk afkappunt tussen 'laag' en 'hoog' op de 4DKL-schalen. Aangezien er vier schalen zijn, komt het aantal mogelijke profielen op $2^4=16$.

Vervolgens werd in de clusteranalyse het 4DKL-profiel van iedere patiënt vergeleken met de vooraf gegeven mogelijkheden en werd iedere patiënt ingedeeld bij het cluster met het best gelijkende profiel.

Tenslotte werden de profielen van clusters die meer dan 5 procent van de steekproef omvatten (een arbitrair maar wel vooraf bepaald criterium) gebruikt in een definitieve clusteranalyse, waarbij de patiënten opnieuw werden ingedeeld, maar nu in een beperkter aantal clusters.

De 4DKL-profielen (syndromen) werden berekend als de gemiddelde itemscores per 4DKL-schaal per cluster. Voor een schatting van de omvang en samenstelling van de verschillende syndromen bij opeenvolgende huisartsbezoekers werd door middel van weging⁹ gecorrigeerd voor de gestratificeerde en gematchte steekproef-trekking bij de huisartspatiënten. Bij weging worden weegfactoren aan de patiënten toegekend die bepalen hoe vaak een patiënt meetelt bij een analyse. Door patiënten afhankelijk van hun geslacht, leeftijd en diagnose meer of minder extra te laten meetellen, werd de gestratificeerde steekproef zo goed mogelijk teruggerekend naar de steekproef van opeenvolgende huisartsbezoekers.

Het resultaat van de weging waren aantallen patiënten per cluster die (veel) groter waren dan de werkelijk onderzochte

aantallen patiënten, waardoor het niet verantwoord was verschillen tussen de clusters statistisch te toetsen. De kunstmatig opgeblazen aantallen patiënten zouden immers kleine verschillen ten onrechte al snel 'statistisch significant' kunnen maken. Een ander probleem was dat de clusters min of meer sterk verschilden qua samenstelling naar geslacht en leeftijd, waardoor de clusters op voorhand op diverse kenmerken onvergelykbaar waren.

Om de clusters toch onderling te kunnen vergelijken en de verschillen statistisch te kunnen toetsen, moest daarom een tweede weging worden toegepast. Hierbij werden de clusters gestandaardiseerd op leeftijd en geslacht en weer teruggebracht tot het aantal patiënten per cluster dat werkelijk in de steekproef was onderzocht. Om te voorkomen dat enkele patiënten door toeval onevenredig veel invloed op de resultaten zouden kunnen krijgen, werd de maximale gecombineerde weegfactor op 3 gesteld. Geen enkele patiënt in de steekproef kon dus uiteindelijk voor meer dan drie patiënten meetellen in de analyse.

De verschillen tussen de clusters werden tweezijdig statistisch getoetst met behulp van de oneway-test voor intervalvariabelen, de Kruskal-Wallis-test voor ordinale variabelen en de Chi-kwadraattoets voor nominale variabelen.⁹

Voor het onderzoek naar de reproduceerbaarheid van de 4DKL-profielen bij de huisartspatiënten twee maanden later werd een clusteranalyse verricht volgens dezelfde methode op basis van de 4DKL-scores op T3. Het resultaat van deze clusteranalyse werd vergeleken met de uitkomst op basis van de 4DKL-scores op T1. Het verschil tussen 4DKL-profielen op T3 en T1 werd uitgedrukt in de 'gekwadrateerde euclidische afstand' (de som van de gekwadrateerde verschillen tussen de waarden van de twee profielen). Dit is een maat voor de ongelijkheid van twee clusters, die vaak bij clusteranalyse wordt gebruikt. Deze grootte is afhankelijk van het aantal variabelen en hun waarden en derhalve relatief; hij geeft alleen aan of clusters meer of minder verschillend zijn. Ter verduidelijking een rekenvoorbeeld:

Cluster X heeft als gemiddelde itemscores voor de 4DKL-schalen 1,0-0,2-0,4-0,5 (het 4DKL-profiel van cluster X); cluster Y heeft als 4DKL-profiel 0,8-0,3-0,6-0,9.

Nu is de 'gekwadrateerde euclidische afstand' tussen de 4DKL-profielen van X en Y:
 $(1,0-0,8)^2 + (0,2-0,3)^2 + (0,4-0,6)^2 + (0,5-0,9)^2 = 0,04 + 0,01 + 0,04 + 0,16 = 0,25$.

Deze 'afstand' kan in dit onderzoek theoretisch variëren tussen 0 en 16.

Aan de hand van een kruistabel van de verdeling van de patiënten over de clusters ten tijde van het bezoek aan de huisarts en over de clusters twee maanden later, werd nagegaan hoeveel patiënten van het ene syndroom op T1 waren overgegaan naar een ander syndroom op T3.

Voor het onderzoek naar de reproduceerbaarheid van de 4DKL-profielen bij de AMW-cliënten werd dezelfde clusterprocedure gevolgd.

De verschillen tussen de 4DKL-profielen bij de AMW-cliënten en de 4DKL-profielen bij de huisartspatiënten werden beoordeeld aan de hand van de 'gekwadrateerde euclidische afstanden' tussen twee profielen. Verschillen tussen de AMW-clusters onderling werden getoetst op dezelfde wijze als bij de huisartspatiënten. Vergelijking met de clusters van huisartspatiënten ten aanzien van de relatie van de syndromen met stress en prognose geschiedde intuïtief.

Resultaten

Respons

De huisartsen gaven lijst A mee aan 3460 opeenvolgende patiënten. De lijst werd geretourneerd door 2107 patiënten. Uit deze populatie werden geselecteerd:

- alle patiënten met een psychiatrische diagnose (n=85) of met de diagnose surmenage (n=141);
- een steekproef (43 procent) van psychosociale patiënten (n=189);
- een steekproef (14 procent) van somatische patiënten (n=197).

Van deze 612 patiënten verklaarden 523 (85 procent) zich bereid mee te doen met een vervolgonderzoek; deze patiënten

kregen lijst B toegestuurd en acht weken later lijst C.

Lijst B werd ingevuld door 458 patiënten na gemiddeld 12 dagen en lijst C door 420 patiënten na gemiddeld 61 dagen. In totaal 396 patiënten vulden alle drie de vragenlijsten in. Over al deze patiënten werd aanvullende informatie van de huisarts verkregen.

De gematchte steekproefrekening had geleid tot een wat groter percentage mannen in de steekproef, maar niet tot een andere leeftijdsverdeling dan bij de opeenvolgende huisartspatiënten. Om de steekproefgegevens te kunnen vertalen naar de opeenvolgende huisartspatiënten werden de volgende weegfactoren berekend:

– voor de mannen en vrouwen met een psychosociale diagnose respectievelijk 1,68 en 2,64;

– voor de mannen en vrouwen met een somatische diagnose respectievelijk 6,15 en 8,04.

De maatschappelijk werkenden gaven de A-lijst mee aan 83 cliënten, van wie 77 zowel lijst A als lijst B invulden (interval tussen T1 en T2 gemiddeld 9 dagen). Lijst C werd ingevuld door 67 cliënten, gemiddeld 63 dagen na lijst A.

4DKL-profielen bij de huisartsbezoekers

Tabel 1 toont de verdeling van de 396 patiënten over de 16 theoretisch mogelijke

4DKL-profielen, zowel voor de steekproef als gewogen naar opeenvolgende huisartspatiënten. Vijf clusters (a, b, i, j en p) die elk meer dan 5 procent van de steekproef bevatten, omvatten samen 84 procent van de steekproef en 88 procent van de opeenvolgende huisartspatiënten. De clusters met een hoge score voor Depressie of Angst in combinatie met een lage score voor Distress (clusters c t/m h) werden praktisch niet gevuld. De clusters met verschillende combinaties van Angst, Depressie en Somatisatie (clusters k t/m o) werden door de patiënten uit de steekproef slechts matig gevuld. Gewogen naar opeenvolgende huisartspatiënten leken deze clusters, met name de clusters l, m en n,

Tabel 1 Resultaat van de clusteranalyse van de huisartsbezoekers met alle 16 theoretisch mogelijke profielen op basis van de 4DKL-scores op T1

Cluster	Vooraf gegeven profielen*	n ongewogen	n gewogen	Gemiddelde itemscores per 4DKL-schaal (ongewogen)			
				Distress	Depressie	Angst	Somatisatie
a	L-L-L-L	178	809	0,32	0,04	0,09	0,35
b	L-L-L-H	30	85	0,50	0,07	0,19	1,04
c	L-L-H-L	0	0	–	–	–	–
d	L-L-H-H	1	3	0,69	0,50	0,83	1,38
e	L-H-L-L	1	1	0,56	0,83	0,17	0,69
f	L-H-L-H	1	8	0,56	0,83	0,17	0,79
g	L-H-H-L	1	8	0,69	1,00	0,83	0,13
h	L-H-H-H	0	0	–	–	–	–
i	H-L-L-L	66	200	1,16	0,23	0,24	0,50
j	H-L-L-H	37	110	1,18	0,21	0,32	1,05
k	H-L-H-L	10	27	1,22	0,17	1,03	0,58
l	H-L-H-H	14	40	1,47	0,35	1,11	1,21
m	H-H-L-L	15	30	1,67	1,54	0,33	0,45
n	H-H-L-H	13	36	1,58	1,27	0,56	1,07
o	H-H-H-L	8	10	1,71	1,31	1,09	0,64
p	H-H-H-H	21	33	1,76	1,59	1,24	1,43

* L=score 0, H=score 1,5.

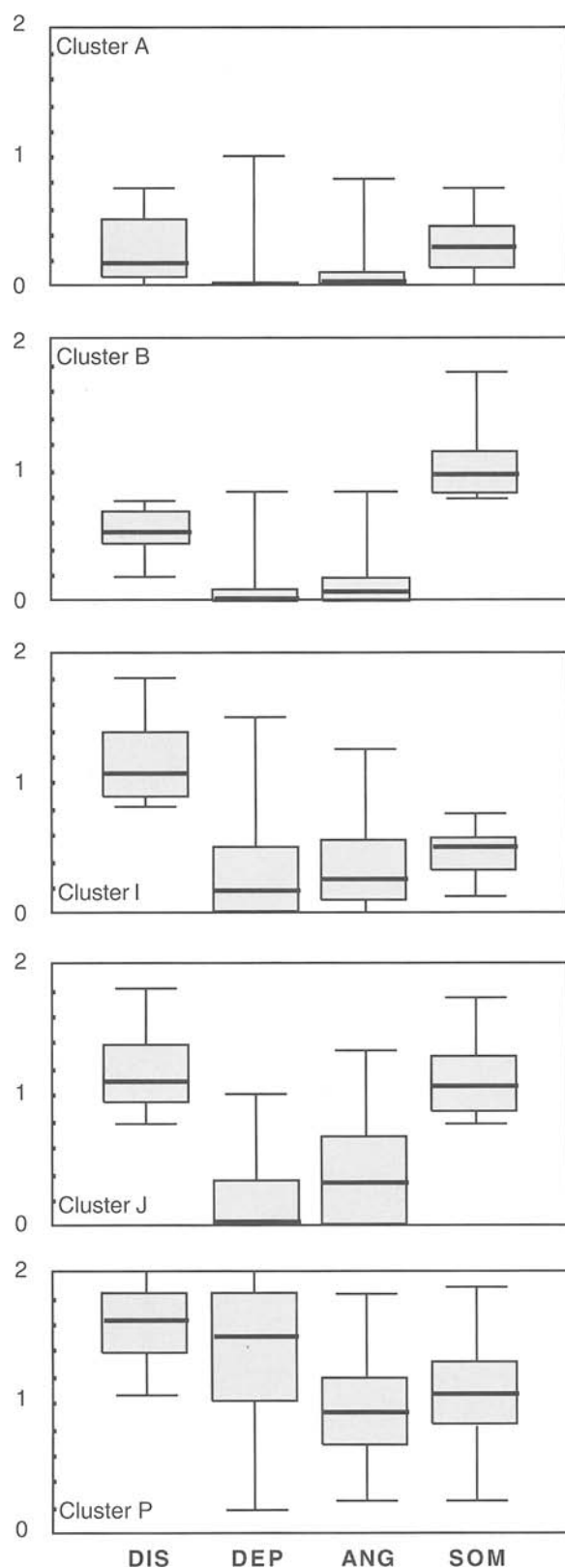
Tabel 2 Resultaat van de clusteranalyse van de huisartsbezoekers met de vijf meest voorkomende profielen in de steekproef op basis van de 4DKL-scores op T1

Cluster	Vooraf gegeven profielen*	n ongewogen	n gewogen	Vrouw/Man ratio	Leeftijd vrouwent	Leeftijd mannent
A	L-L-L-L	180	818	1,9	35 (9)	40 (9)
B	L-L-L-H	32	95	2,6	35 (9)	42 (5)
I	H-L-L-L	84	248	3,2	38 (10)	42 (10)
J	H-L-L-H	48	144	2,8	35 (8)	41 (9)
P	H-H-H-H	52	94	2,8	40 (11)	45 (11)

* L=score 0, H=score 1,5.

† Gemiddelde (standaarddeviatie).

Figuur 1 Verdeling van de 4DKL-scores per cluster (gewogen aantallen), weergegeven door 'snorrendozen'



De 'dozen' geven de middelste helft van de waarnemingen aan (de interkwartiele spreiding). De dikke streep in de 'doos' geeft de mediaan aan. De 'snorren' geven de totale spreiding aan. Op de Y-assen is de gemiddelde itemscore per 4DKL-schaal aangegeven. DIS = Distress, DEP = Depressie, ANG = Angst, SOM = Somatisatie.

getalsmatig belangrijker, maar dit kwam voor een belangrijk deel voor rekening van slechts 2 à 3 somatische patiënten per cluster, die dus ieder meetelden voor 6 à 8 opeenvolgende patiënten.

Een nieuwe clusteranalyse met de vooraf opgegeven profielen van de clusters a, b, i, j en p resulteerde in de indeling die in tabel 2 is weergegeven. De patiënten van cluster k bleken te zijn ondergebracht bij cluster I, terwijl de meeste patiënten uit de clusters l, m, n en o waren ingedeeld bij cluster P. Opvallend was dat de vrouwen sterker waren vertegenwoordigd in de clusters B, I, J en P, in vergelijking tot cluster A. Verder waren de mannen gemiddeld 5-6 jaar ouder dan de vrouwen. De patiënten in cluster P waren ouder dan de patiënten in de overige clusters.

Figuur 1 toont de variatie in 4DKL-scores per cluster:

- Cluster A bestond voor het grootste deel uit patiënten met lage scores voor alle 4DKL-dimensies; dit syndroom wordt verder 'symptoomarm syndroom' genoemd.
- Cluster B bestond uit patiënten met voornamelijk een verhoogde Somatisatiescore; dit syndroom wordt verder 'somatisatiesyndroom' genoemd.
- Cluster I bestond uit patiënten met voornamelijk een verhoogde Distressscore; dit syndroom wordt verder 'distressyndroom' genoemd.
- Cluster J werd gevormd door patiënten met zowel een verhoogde Distress- als Somatisatiescore; dit syndroom wordt verder 'distress-somatisatiesyndroom' genoemd.
- Cluster P bestond voornamelijk uit patiënten met een verhoogde score voor Depressie en/of Angst gepaard gaande met een verhoogde Distressscore en een wisselende Somatisatiescore; dit syndroom wordt verder 'angstig-depressief syndroom' genoemd.

Patiënten die qua 4DKL-profiel min of meer het midden hielden tussen twee syndromen, waren in de clusteranalyse aan het meest lijkende syndroom toegewezen. Daardoor waren in alle clusters patiënten te vinden die het 'ideale plaatje' enigszins

verstoorden. Zo waren er in cluster P patiënten te vinden met een lage Depressie-score die echter op basis van hun hoge scores voor Distress, Angst en Somatisatie in cluster P waren ingedeeld.

Verschillen tussen de clusters van huisartspatiënten

Om de verschillen tussen de clusters A, B, I, J en P met betrekking tot andere variabelen dan leeftijd en geslacht goed te kunnen interpreteren, werden de clusters, na correctie voor de gestratificeerde steekproef-trekking, door middel van weging gestandaardiseerd op 70 procent vrouwen en een gemiddelde leeftijd van 37 jaar. *Tabel 3* toont de verschillen tussen de clusters.

- Cluster A (symptoomarm syndroom) bestond uit relatief gezonde personen met overwegend kort bestaande klachten (voor zover er klachten waren) en weinig levensgebeurtenissen en problemen. In 19 procent van de gevallen diagnosticeerde de huisarts een psychisch probleem. De prognose was goed.

- De patiënten van cluster B (somatisatiesyndroom) hadden wat meer problemen ervaren dan de patiënten van cluster A. Bij 30 procent bestonden de klachten langer dan twee jaar. Bij 58 procent onderkende de huisarts de psychosociale achtergrond van de klachten, wat zich in de meeste gevallen vertaalde in een symptoom- of probleemdiagnose.

- De patiënten van cluster I (distressyndroom) hadden nog wat meer problemen ervaren dan de patiënten van cluster B; het betrof met name persoonlijke en materiële problemen en problemen met het verwerken van een traumatische ervaring. De huisarts onderkende in 42 procent van de gevallen een psychisch probleem en verwees 7 procent van de patiënten naar de geestelijke gezondheidszorg.

- De patiënten van cluster J (distress-somatisatiesyndroom) hadden minstens evenveel problemen ervaren als de patiënten van cluster I, maar zij hadden daarnaast duidelijk meer levensgebeurtenissen meegemaakt. De psychische problematiek werd door de huisarts in niet meer dan 40 procent van de gevallen onderkend en vertaald in een psychische diagnose. De

patiënten van cluster J hadden het hoogste aantal herhaalcontacten van alle clusters.

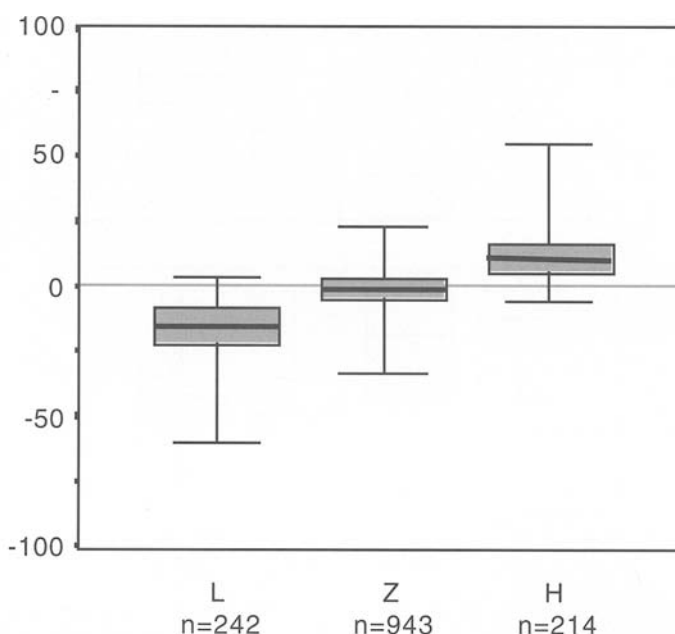
- De patiënten van cluster P (angstig-depressief syndroom) waren er in verschillende opzichten het slechtst aan toe, zowel qua symptomen en duur van de klachten als qua meegemaakte gebeurtenissen en problemen. Vooral persoonlijke en interpersoonlijke problemen scoorden hoog bij deze patiënten. Daarbij hadden ze ook de hoogste scores voor neuroticisme. Cluster P had tevens het laagste percentage patiënten met betaald werk. De huisarts onderkende bij driekwart van de patiënten een psychisch probleem en dit werd in de meeste gevallen gelabeld als surmenage of een psychiatrische diagnose (meestal depressie). Van deze patiënten kreeg 12 procent een antidepressivum, terwijl 4 procent werd verwezen naar de GGZ. De prognose van cluster P, qua niveau van de klachten na twee maanden, was het slechtst van alle clusters.

4DKL-profielen bij de huisartspatiënten op T3

Bij de clusteranalyse op basis van de 4DKL-schalen op T3 bleek de verdeling van de huisartspatiënten over de 16 theoretisch mogelijke 4DKL-profielen vergelijkbaar met de verdeling op T1, zij het dat de clusters met een somatisatie- of distressyndroom kleiner waren geworden, ten gunste van het symptoomarme cluster. Na een nieuwe clusteranalyse met de vijf eerder gevonden 4DKL-profielen werd de verdeling zoals getoond in *tabel 4*. Getuige de waarden voor de 'gekwadrateerde euclidische afstanden' waren de 4DKL-syndromen op T3 vrijwel identiek aan die op T1.

Tabel 5 laat zien dat er wel het een en ander was gebeurd in twee maanden tijd. De meeste symptoomarme patiënten (cluster A) werden twee maanden later ingedeeld in hetzelfde syndroom (A'). Van de patiën-

Figuur 2 Verandering van de 4DKL-somscore voor huisartspatiënten die, in vergelijking met de syndroomclassificatie op T1, twee maanden later (T3) werden ingedeeld in hetzelfde syndroom (Z), in een syndroom met meer symptomen (H) of een met minder symptomen (L). Gewogen aantallen



Zie bij figuur 1 voor een toelichting op de 'snorrendozen'.

Tabel 3 Kenmerken van de clusters van huisartspatiënten op T1

Clusters → Aantal patiënten§ →	A n=191	B n=32	I n=70	J n=48	P n=47	p
Duur van de klachten (%)						
– korter dan 6 maanden	74	40	44	27	27	‡
– langer dan 2 jaar	13	30	35	42	56	‡
Betaald werk (%)	73	72	58	73	39	‡
Levensgebeurtenissen (n)						
– werk/studie	1,3	1,2	1,0	1,9	1,2	†
– ziekte/dood	1,3	1,3	1,4	2,0	1,7	*
– gezin/familie	0,5	0,6	0,5	0,7	0,9	
– geweld	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	*
– materiële situatie	0,4	0,5	0,5	0,8	0,7	
Problemen (n)						
– werk/werkloosheid/studie	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	
– gezondheid zelf, naasten	0,3	0,7	0,8	0,8	0,7	‡
– interpersoonlijke problemen	0,5	0,8	1,0	0,8	1,5	‡
– verwerking traumatische ervaring	0,2	0,4	0,6	0,7	0,7	‡
– persoonlijke problemen	0,6	1,1	1,8	2,0	2,7	‡
– materiële situatie	0,2	0,4	0,6	1,1	1,0	‡
Neuroticisme (range 0-28)	4,5	9,5	11,3	14,9	18,4	‡
Diagnose huisarts (%)						
– psychiatrisch	2	5	5	5	18	‡
– surmenage	3	3	11	11	24	‡
– psychosociaal	14	50	26	24	33	‡
– Somatisch	81	42	58	60	24	‡
Contacten met huisarts in 8 weken (n)	1,4	1,6	1,0	1,7	1,4	*
Voorschrift antidepressivum (%)	1	0	2	2	12	†
Verwijzingen GGZ (%)	1	1	7	7	4	*
4DKL-totaalscore na 2 maanden						
– gemiddelde score (range 0-100)	11	25	28	37	55	‡
– standaarddeviatie	10	14	16	19	20	

* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001 (tweezijdig).

§ Aantal patiënten na correctie voor de gestratificeerde steekproefrekking en standaardisatie op leeftijd (37 jaar) en geslacht (V/M-ratio 2,3).

Tabel 4 Resultaat van de clusteranalyse van de huisartspatiënten met de vijf bekende profielen op basis van de 4DKL-scores op T3. Vergelijking van de 4DKL-profielen gevonden op T3 met die op T1

T3-clusters	Vooraf gegeven profiel†	n ongewogen	n gewogen	Afstand tot 4DKL-profielen op T1*				P
				A	B	I	J	
A'	L-L-L-L	227	890	0,01				
B'	L-L-L-H	18	55	0,50	0,02			
I'	H-L-L-L	63	211	0,79	0,65	0,01		
J'	H-L-L-H	41	139	1,85	0,69	0,50	0,03	
P'	H-H-H-H	47	105	4,89	3,45	2,16	1,96	0,00

* Gekwadrateerde euclidische afstanden.

† L=score 0, H=score 1,5.

Tabel 5 Verschuiving van huisartspatiënten tussen de verschillende syndromen tussen T1 en T3. Gewogen percentages per cluster op T1

Syndromen 2 maanden na het bezoek aan de huisarts (T3) ↓ ↓	Syndromen ten tijde van het bezoek aan de huisarts (T1)					
	Aantallen patiënten* →	A n=818	B n=95	I n=248	J n=144	P n=94
A' (symptoomarm)		85	35	45	28	7
B' (somatisatie)		2	31	0	3	4
I' (distress)		9	19	37	11	12
J' (distress-somatisatie)		2	11	13	46	16
P' (angstig-depressief)		2	4	5	12	61

* Aantallen patiënten gewogen naar opeenvolgende huisartsbezoekers.

ten met een angstig-depressief syndroom (cluster P) werd twee maanden later 61 procent ingedeeld in hetzelfde syndroom (P'). Daarentegen bleven in clusters B en I slechts 31 respectievelijk 37 procent van de patiënten in hetzelfde syndroom zitten. Een belangrijk deel van de patiënten van de clusters B, I en J belandde twee maanden later in het symptoomarme syndroom A'.

Overigens leidde niet elke verandering

in de symptomen tot een indeling in een ander syndroom. *Figuur 2* laat zien dat bij sommige patiënten die niet van syndroom veranderden, wel degelijk een verandering in 4DKL-totaalscore had plaatsgevonden. Anderzijds konden niet alle verschuivingen in syndroomindeling worden toegeschreven aan een belangrijke verandering van de symptomen: er waren ook patiënten die, hoewel hun 4DKL-totaalscore niet of nauwelijks was veranderd, op

T3 toch in een ander syndroom werden ingedeeld (*figuur 2*). Deze laatste patiënten waren waarschijnlijk op T1 nog net bij een bepaald syndroom ingedeeld, maar pasten na een minimale verandering van hun symptomen op T3 net even beter in een ander syndroom. Overigens kon bij een gelijkblijvende 4DKL-totaalscore het 4DKL-profiel uiteraard meer veranderen dan uit de totaalscore kan worden afgeleid.

Tabel 6 Resultaat van de clusteranalyse van de AMW-cliënten met de vijf bekende profielen op basis van de 4DKL-scores op T1. Vergelijking van de 4DKL-profielen bij de AMW-cliënten met die van de huisartspatiënten op T1

Clusters AMW-cliënten	Vooraf gegeven profielen†	n	Afstand tot 4DKL-profielen van huisartspatiënten*				P
			A	B	I	J	
A''	L-L-L-L	13	0,04				
B''	L-L-L-H	6	0,80	0,08			
I''	H-L-L-L	29	0,98	0,82	0,01		
J''	H-L-L-H	9	2,19	0,87	0,65	0,09	
P''	H-H-H-H	10	6,17	4,49	2,92	2,59	0,11

* Gekwadrateerde euclidische afstanden.

† L=score 0, H=score 1,5.

Tabel 7 Kenmerken van de clusters van AMW-cliënten

Clusters →	A''	B''	I''	J''	P''	p
Aantal vrouwen	6	5	20	6	9	
Aantal mannen	7	1	9	3	1	
Gemiddelde leeftijd (jaren)	33	30	37	39	34	
Duur van de klachten (%)						
– korter dan 6 maanden	17	60	55	0	20	†
– langer dan 2 jaar	58	40	21	78	50	*
Betaald werk (%)	69	83	83	67	30	*
Levensgebeurtenissen (n)						
– werk/studie	1,0	1,5	1,4	1,9	0,5	
– ziekte/dood	0,8	1,5	1,1	1,1	2,2	
– gezin/familie	0,5	1,0	0,8	0,9	1,4	
– geweld	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4	
– materiële situatie	0,7	0,5	0,7	0,7	1,1	
Problemen (n)						
– werk/werkloosheid/studie	0,2	0,5	0,4	0,3	0,4	
– gezondheid zelf, naasten	0,4	0,3	0,5	0,8	0,9	
– interpersoonlijke problemen	0,9	1,2	1,3	1,8	1,7	
– verwerking traumatische ervaring	0,5	0,8	0,7	0,8	0,8	
– persoonlijke problemen	1,8	1,5	2,2	2,7	3,4	*
– materiële situatie	0,7	0,5	0,8	0,7	1,4	
Neuroticisme (range 0-28)	6,1	11,5	12,0	17,0	20,6	‡
4DKL-totaalscore na 2 maanden						
– gemiddelde score (range 0-100)	14	33	32	48	69	‡
– standaard deviatie	11	6	8	8	11	

* p<0,05; † p<0,01; ‡ p<0,001 (tweezijdig).

4DKL-profielen bij AMW-cliënten

De clusteranalyse met de 16 theoretisch mogelijke profielen van 4DKL-scores leverde een verdeling van de AMW-cliënten op die vergelijkbaar was met die van de huisartspatiënten, met dit verschil dat de lichtste clusters (symptoomarm en somatisatie) relatief minder gevuld waren. De vijf bekende syndromen omvatten 75 procent van alle AMW-cliënten. Net als bij de huisartspatiënten werd bij de AMW-cliënten gevonden dat profielen met een verhoogde Depressie- en/of Angstscore in afwezigheid van een verhoogde Distressscore zeldzaam waren.

Herhaling van de clusteranalyse met de vijf bekende profielen leverde opnieuw een met de huisartspatiënten vergelijkbaar beeld op (tabel 6). Vergelijking van de 4DKL-profielen bij de AMW-cliënten en de huisartspatiënten leverde slechts kleine verschillen op, die er in het algemeen op neerkwamen dat de gemiddelde 4DKL-schaalscores bij de AMW-cliënten net even hoger waren dan bij dezelfde profielen bij de huisartspatiënten.

Verschillen tussen de clusters van AMW-cliënten

Tabel 7 toont de samenstelling en kenmerken van de clusters van AMW-cliënten. Overeenkomsten met de clusters van huisartspatiënten waren:

- De klachten bij de cliënten van clusters J'' (distress-somatisatiesyndroom) en P'' (angstig-depressief syndroom) bestonden langer dan bij de cliënten van clusters B'' (somatisatiesyndroom) en I'' (distresssyndroom).
- Het percentage cliënten met betaald werk in het angstig-depressieve cluster P'' was lager dan in de andere clusters.
- Het aantal levensgebeurtenissen en problemen nam toe met het niveau van de klachten; dit is, met uitzondering voor persoonlijke problemen, statistisch niet significant, maar de overeenkomst met de huisartspatiënten spreekt voor zich.
- De neuroticismescore nam toe en de prognose werd slechter met het niveau van de klachten.

Een verschil met de clusters van huisartspatiënten was gelegen in het symptoomar-

me cluster (A''): de cliënten van cluster A'' hadden meer problemen dan de huisartspatiënten van cluster A (vergelijk tabel 3). In feite was de hoeveelheid problemen ongeveer op het niveau van de huisartspatiënten van cluster I (distresssyndroom).

Beschouwing

Een beperking van dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van gegevens die aanvankelijk waren verzameld voor een ander doel. De belangrijkste handicap was dat een gestratificeerde steekproef was genomen. Hiervoor moest worden gecorrigeerd, waardoor mogelijk wat extra 'ruis' is geïntroduceerd. Voor de clusterprocedure op zichzelf had dit vermoedelijk nauwelijks consequenties. Anders lag dit voor de schatting van de omvang en samenstelling van de clusters bij opeenvolgende huisartspatiënten. Door de eerste weging werden sommige patiënten ineens meegeteld voor zes of acht patiënten. Er is twijfel gerezen of de gewogen aantallen patiënten van de clusters k t/m n uit tabel 1 wel reëel waren, ook omdat deze profielen bij de AMW-cliënten weinig voorkwamen.

Door de gevonden clusters van huisartspatiënten te standaardiseren op leeftijd en geslacht en de aantallen terug te wegen tot de werkelijk onderzochte aantallen, werd opnieuw enige 'ruis' ingebracht, maar de kans dat een enkele bijzondere patiënt de resultaten sterk zou kunnen beïnvloeden, werd hierdoor verkleind. Het probleem met 'ruis' is dat het een zwak 'signaal' kan maskeren, maar het kan geen vals 'signaal' geven. 'Ruis' kan dus het vinden van verbanden bemoeilijken maar niet leiden tot het vinden van verbanden die er niet zijn.

Het aantal syndromen dat gevormd kan worden door combinaties van de vier symptoomdimensies van de 4DKL, blijkt in de praktijk te worden beperkt door twee omstandigheden:

- Depressie en Angst komen praktisch niet zonder Distress voor;
- Depressie en Angst treden vaak in combinatie op.

Angst en Depressie kunnen elk afzonderlijk in combinatie met Distress en al of niet in combinatie met Somatisatie optreden (tabel 1, clusters k en l, respectievelijk m en n). Deze syndromen kwamen in de steekproef huisartsbezoekers echter minder vaak voor dan het gecombineerde angstig-depressieve syndroom (tabel 1, cluster p). Deze angstige en depressieve syndromen leken bij de opeenvolgende huisartspatiënten vaker voor te komen dan uit de steekproef bleek, maar dit kan berusten op een toevallige vertekening ten gevolge van de wegingsprocedure (zie de voorgaande alinea).

Uit dit onderzoek blijkt dat we bij eerstelijnspatiënten, zowel bij de huisarts als bij het AMW, op basis van de 4DKL-dimensies een aantal duidelijke syndromen kunnen onderscheiden. Wat kan dit alles nu betekenen voor het classificeren van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk?

- Er tekent zich een 'natuurlijk' onderscheid af tussen psychiatrische stoornissen (angstig-depressief syndroom) en stressgerelateerde problematiek met voornamelijk distress en somatisatie. Men zou kunnen tegenwerpen dat dit onderscheid zwaar leunt op het onderscheid tussen de symptoomdimensies distress en depressie zoals die in de 4DKL zijn geoperationaliseerd. Dit onderscheid is evenwel gebaseerd op factoranalyse en bovendien is hetzelfde onderscheid terug te vinden in de clusters van patiënten met de diagnose surmenage, waarbij niet met symptoomdimensies maar met 23 aparte symptomen werd gewerkt.¹⁰ Het onderscheid tussen stressgerelateerde distress en/of somatisatie enerzijds en de ernstiger angstig-depressieve stoornissen anderzijds heeft een duidelijke betekenis, namelijk voor de prognose en derhalve waarschijnlijk ook voor de aanpak.

- Binnen het angstig-depressieve syndroom kan men vermoedelijk met veel succes een psychiatrisch classificatiesysteem als de DSM-IV gebruiken om met name depressies en angststoornissen te diagnosticeren. Deze diagnoses zullen ook regelmatig in verschillende combina-

ties voorkomen. Uit de gegevens blijkt dat huisartsen bij patiënten met een angstig-depressief syndroom relatief goed onderkennen dat er psychisch iets aan de hand is. Huisartsen hebben echter meer moeite met het onderkennen van de ware aard van de problematiek. Veel patiënten krijgen een diagnose die doet vermoeden dat de problematiek simpel en voornamelijk stressgerelateerd is. Huisartsen moeten leren dóór de stress en ellende en de vele voor de patiënt zoveel makkelijker communiceerbare distressklachten heen te zien. Vooral voor patiënten met een ernstige depressie is het van belang dat hun problematiek juist wordt gediagnosticeerd, omdat de (medicamenteuze) behandeling betrekkelijk effectief is en ook door de huisarts in veel gevallen goed ter hand kan worden genomen. Voor patiënten met een angstig-depressief syndroom is de kans op snel herstel veel kleiner dan voor patiënten met een van de andere syndromen.

- Er zijn twee syndromen gevonden die gekenmerkt worden door distressklachten in afwezigheid van echte depressieve en angstige symptomen. Bij het ene syndroom bestaat ook een prominente somatisatie, terwijl somatisatie bij het andere syndroom hooguit een kleine rol speelt. Beide syndromen passen bij de in de huisartspraktijk bekende diagnose surmenage, mits de klachten zo ernstig zijn dat ze aanleiding geven tot sociaal disfunctioneren.¹¹ Toch wordt die diagnose slechts in 11 procent van de gevallen gesteld; in (bijna) 60 procent van de gevallen wordt zelfs geen enkele psychische diagnose gesteld.

Een verklaring zou kunnen zijn dat veel van deze niet-herkende distresspatiënten hun klachten voor zich houden. Als de surmenage wel wordt herkend, worden de klachten vaak gezien als een gevolg van psychische overbelasting maar het gaat op de keper beschouwd meer om het gevolg van een tekortschietende *coping*. Door op de stress in te gaan en de coping te ondersteunen, kan de huisarts bevorderen dat deze patiënten snel beter worden. Ook wanneer de huisarts het beeld niet herkent, is er nog een redelijke kans op herstel: na twee maanden is ongeveer eenderde van de patiënten symptoomarm geworden.

Enkele patiënten schieten echter door naar een angstig-depressief syndroom.

De diagnose surmenage (P78) staat in de ICPC,³ maar deze diagnose is kennelijk niet geheel onomstreden, gegeven het feit dat zij ontbreekt in het Transitieproject.

- Er moet een beeld bestaan dat lichter is dan surmenage maar wel gekenmerkt wordt door dezelfde symptomen. In die gevallen is de stress (nog) niet zo ernstig dat men het niet meer aan kan, en zijn de klachten (nog) niet zo ernstig dat er sprake is van sociaal disfunctioneren. Dit beeld heeft geen apart syndroom gekregen in de clusteranalyse, maar we zullen het moeten zoeken in de bovengenoemde distressyndromen en mogelijk ook voor een deel in het symptoomarme syndroom.

De ICPC kent geen met surmenage te vergelijken lichtere diagnose. Daarentegen kunnen verschillende distressklachten afzonderlijk worden gecodeerd (bijvoorbeeld P01: angstig/nerveus, P04: prikkelbaar/boos, P07: slaapprobleem). Huisartsen bedienen zich wel eens van de term ‘spanningsklachten’ om een combinatie van deze klachten aan te duiden. Het zou te overwegen zijn om ‘spanningsklachten’ tot een aparte diagnostische categorie te promoveren en als zodanig op te nemen in de ICPC. Deze diagnose geeft aan dat er – nog betrekkelijk lichte – klachten zijn ten gevolge van stress. Bij spanningsklachten zou de huisarts met de patiënt moeten nagaan of hulp voor deze problemen noodzakelijk is of dat de patiënt er wel alleen uit kan komen. Door spanningsklachten adequaat tegemoet te treden, zou men surmenage kunnen voorkomen.

- Somatisatie komt veel voor bij patiënten met psychosociale problematiek van alle gradaties. Somatisatie zien we bij een angstig-depressief syndroom en ook bij distressklachten. In die gevallen kunnen de lichamelijke klachten de patiënt verontrusten en de aandacht afleiden van het belangrijkste probleem: depressie, angst of stress. De huisarts behoeft in deze situatie met die lichamelijke klachten vermoedelijk niet veel meer te doen dan een lichamenlijk lijden uit te sluiten en de patiënt gerust te stellen, om dan verder de aandacht te richten op het belangrijkste probleem.

Een interessante bevinding is dat somatisatie ook als zelfstandig syndroom kan optreden. De klachten worden dan vermoedelijk uitgelokt door stress. Het zijn dus ook ‘spanningsklachten’, maar dan van lichamelijke in plaats van psychische aard. Uit onze gegevens blijkt dat het psychosociale van deze klachten beter door de huisarts wordt onderkend dan van de spanningsklachten in distressvorm, vermoedelijk doordat de patiënten deze klachten juist wel bij de dokter ter sprake brengen.

Het somatisatiesyndroom komt relatief veel voor onder huisartspatiënten, maar is bij tweederde van de patiënten na twee maanden niet meer te vinden: bij een derde zijn de klachten min of meer verdwenen en bij een ander derde deel is het syndroom overgegaan in een van de distressyndromen. Het min of meer zuivere somatisatiesyndroom lijkt dus relatief instabiel: óf de problematiek is vlot opgelost en de klachten verdwijnen, óf de problematiek persisteert en de klachten verergeren.

De ICPC voorziet niet in een categorie voor lichamelijke spanningsklachten. Wanneer huisartsen deze klachten met de ICPC willen coderen, moeten zij hun toevlucht nemen tot symptoomdiagnosen uit de somatische hoofdstukken, waardoor het niet mogelijk is de psychosociale achtergrond van de klachten vast te leggen. Er zou wat voor te zeggen zijn een diagnose ‘somatisatie’ in de ICPC te introduceren.

De bevindingen van dit onderzoek geven binnen de huisartsgeneeskunde een grens aan voor het toepassingsgebied van het psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV. Waar de DSM-IV terrein moet prijsgeven, kunnen drie echt huisartsgeneeskundige diagnosen – ‘somatisatie’, ‘spanningsklachten’ en ‘surmenage’ – de psychosociale morbiditeit benoemen. Nader onderzoek naar de validiteit en bruikbaarheid van deze diagnosen is geboden.

Dankbetuiging en literatuur op pag. 245.

Abstract

Stalenhoef PA, Busse van der S, Knottnerus JA, Crebolder HFJM. Falls in the elderly: the concernment of the general practitioner. Huisarts Wet 1998;41(5):241-5.

Data from a telephone follow-up about falls in the elderly of 70 years and over in an age and gender stratified sample (N=303) from the response-population of a mail-questionnaire (n=1660) and data from a questionnaire to their general practitioners (GPs), were compared to determine the degree of acquaintance with falls

in the study population to the GP, his management in case of a fall and his estimate of fall risk. Of the falls reported during the follow-up 80 per cent were not known to the GP and only half of the falls with serious consequences. His examination is directed to trace serious conditions but it yields little information about the cause of the fall. His management after a fall concerns prescribing of physical therapy, giving of advices, counseling of the family and giving of extra care. Little attention is paid to the use of medication. In 170 out of 303 elderly

subjects the GPs gave a judgement of the presence of increased fall risk. In case of increased risk, according to the GP, disorders of mobility play a dominant role.

Key words Falls; Elderly; General practitioner; Underreporting; Risk estimate.
Correspondence: P.A. Stalenhoef MD, Department of General Practice, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Naar een nieuwe indeling van psychosociale problemen in de huisartspraktijk?

Vervolg van pag. 228

Dankbetuiging

Met dank aan de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DE-TAM) te Utrecht voor het beschikbaar stellen van de gegevens.

Literatuur

- 1 Wulff HR, Andur Petersen S, Rosenberg R. Filosofie van de geneeskunde, een verkenning. Amsterdam: Meulenhoff, 1988.
- 2 APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 3 Lamberts H, Wood M, editors. International classification of primary care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 4 DSM-IV patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 5 Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnoses ernstige en milde depressie? Huisarts Wet 1995;38:307-9.
- 6 Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996;39:538-47.
- 7 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk. Utrecht: DETAM, 1994.
- 8 Ormel J. Moeite met leven of een moeilijk leven. Een vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale belasting op het welbevinden van driehonderd Nederlanders [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1980.
- 9 Norusis MJ. SPSS base system user's guide. Chicago: SPSS, 1990.
- 10 Terluin B. Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse. Huisarts Wet 1996;39:358-65.
- 11 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? Huisarts Wet 1992;35:311-5.

