

Komt tijd, komt raad?

Peter van der Ende en Rob Groot

1. Inleiding

Dit artikel beschrijft een onderzoek naar het uitstelgedrag van 84 personen met 'psychische klachten', die daarvoor hun huisarts hebben geraadpleegd.

Er zijn vele prevalentie-onderzoeken (Dohrenwendt et al.) die het vóórkomen van klachten van allerlei aard inventariseren. Daarnaast is het probleem-oplossend gedrag onderzocht, dat kan volgen op het hebben van met name psychosociale klachten (Bavo, 1978). In dergelijke onderzoeken blijven enkele vragen onbeantwoord, met name: waaróm kiest men de bepaalde oplossingsmogelijkheden, en: waaróm heeft men daar een bepaalde tijd voor nodig.

Op basis van enkele onderzoeken heeft het hier beschreven onderzoeksverslag de laatste vraag als hoofdonderwerp: welke factoren bepalen de uitsteltijd van het vragen van hulp bij 'psychische problemen'. Van daaruit wordt het proces van hulpvragen van deze onderzoeksgroep gekarakteriseerd.

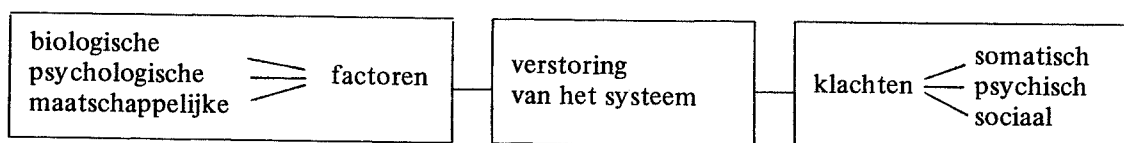
Samengevat: de vraag of de huisarts centraal staat in de gezondheidszorg, is niet eenduidig te beantwoorden. Het is echter wel duidelijk, dat hij een belangrijke plaats in de psychosociale hulpverlening inneemt.

2. Het proces van de klachtendrager

2.1. Onderzoekschema

In zijn visie op het menselijk dysfunctioneren zegt Talcott Parsons (1951): 'Ziekte is een verstoring in het normale functioneren van het totale menselijke individu, dat zowel de toestand van het organisme als een biologisch systeem als zijn persoonlijke en sociale aanpassing inhoudt'. Deze gedachte herkennen we ook bij Querido (1955) in zijn kritiek op de eenzijdige benadering van de zieke mens door veel handelaars.

Wanneer Parsons als uitgangspunt genomen wordt, kan gesteld worden dat er bij een verstoring drie factoren in het spel zijn, namelijk: biologische, psychologische en maatschappelijke. Een verstoring op één niveau houdt in een verstoring van heel het menselijk individu. Hoe deze stoornis naar buiten komt, is voor ieder individu verschillend. Vaak zullen er klachten zijn op alle drie niveaus. Alleen het accent zal voor verschillende mensen anders liggen. Geschematiseerd is dit als volgt weer te geven:



Figuur 1.

Is er in een bepaalde periode sprake van problemen/klachten, dan zal de betreffende persoon zich gaan bezighouden hier verandering in te brengen; hij/zij wil zichzelf in de oorspronkelijke (= gezonde) toestand terugbrengen.

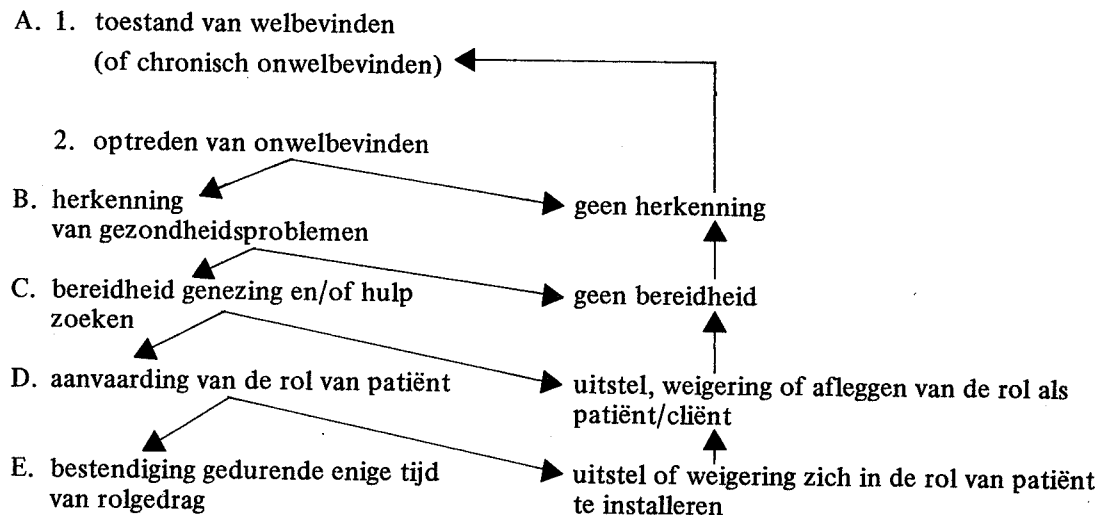
Als de betekenis van uitstellen letterlijk wordt genomen, zou moeten worden nagegaan, wanneer iemand het idee heeft gekregen om met een klacht naar een deskundige te gaan. Immers, vanaf dat moment kan een hulpvraag werkelijk opgeschort worden. Het moment dat iemand de eerste impuls krijgt om naar een hulpverlener te gaan is eveneens moeilijk te achterhalen. De vraag naar dit tijdstip zou in een onderzoek onbetrouwbare informatie geven. Men zal immers veelal steeds weer opnieuw de gedachte hebben, in min of meer duidelijke vorm, om naar iemand toe te stappen. Ook het aanvangstijdstip van een klacht kan onduidelijk zijn. In dit onderzoek is ervan uitgegaan, dat een verandering in de toestand van welbevinden in het algemeen zodanig ingrijpend is dat men zich dit zal herinneren. De opvatting van uitstellen is analoog aan de definitie van Jessen (1974): 'Uitstellen heeft betrekking op die periode die ligt tussen het begin van onwelbevinden en het raadplegen van een deskundige. Deze periode kan in principe variëren van enkele minuten tot enkele jaren.' Waarbij moet worden aangetekend dat het begin van onwelbevinden, vooral als het om verschijnselen van psychische aard gaat, niet zo duidelijk ligt.

Phillipsen (1968) beschrijft in een besliskundig model het verloop van een ziektegeval, dat hij omschrijft als 'een functionele eenheid van zich wijzigende condities van het menselijke organisme en de daarop betrokken handelingen en gevoelens'.

De zieke kiest steeds tussen een aantal gedragsalternatieven; hij neemt beslissingen. In het model neemt de terugkoppeling een belangrijke plaats in: de zieke kan telkens op grond van nieuwe of hergewaardeerde informatie de keuze van een gedragsalternatief herzien. Onder ziekte wordt in dit artikel verstaan: een toestand van onwelbevinden. In een schema kan het model als volgt worden uitgedrukt: (zie fig. 2).

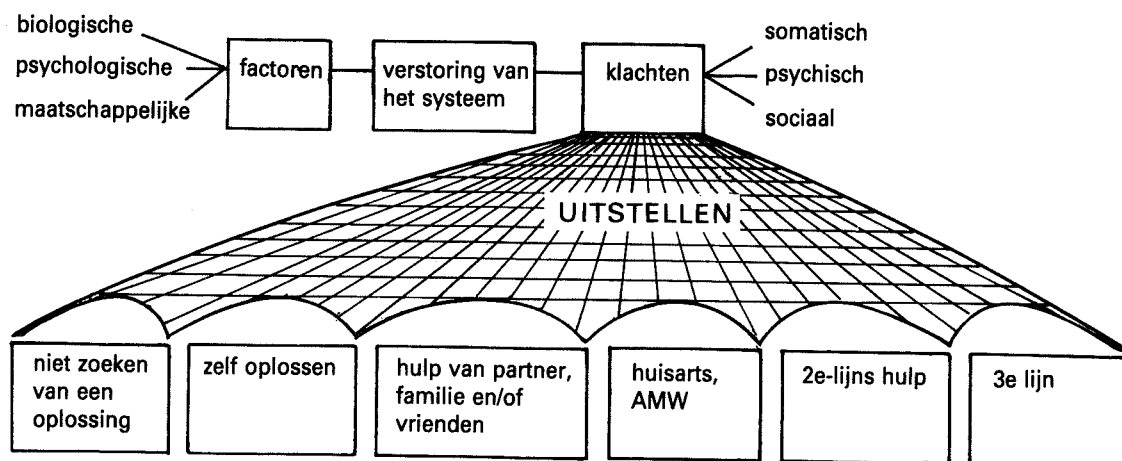
Vanaf het moment, dat er een verstoring van het welbevinden optreedt, dus fase A2, begint het uitstellen om naar de huisarts te gaan. De uitstelperiode eindigt in dit onderzoek, wanneer de bereidheid hulp te zoeken heeft geresulteerd in een bezoek aan de huisarts, dus fase C. Alle tussenliggende koppelingen zijn onderdeel van deze periode. In dit model wordt aldus benadrukt dat uitstellen een proces is van beslissingen en handelingen.

Behalve bij de huisarts kan men ook op andere manieren proberen zijn problemen op te lossen. In het St. Bavo-rapport (1978) wordt beschreven dat als een probleem onoplosbaar blijkt te zijn, dit na verloop van tijd kan uitmonden in een stoor-



Figuur 2.

nis van biologische, psychische of sociale aard. Deze stoornis kan volgens dit rapport aanleiding geven tot oplosgedrag met of zonder hulp van anderen. In het rapport staan verschillende mogelijkheden genoemd, die hier aangevuld zijn weergegeven. Wanneer deze vormen van oplosgedrag worden samengevat, dan ontstaat samen met het vorige schema het volgende plaatje, dat als uitgangspunt voor dit onderzoek is aangenomen.



Figuur 3. Denkmodel voor het onderzoek.

Onder het zelf oplossen wordt verstaan:

- gebruik maken van vroegere ervaringen met soortgelijke verschijnselen;
- literatuur (lectuur) naslaan, die betrekking heeft op de verschijnselen;
- medicijnen innemen, die nog aanwezig zijn (Jessen, 1974).

In het algemeen is zelf oplossen op te vatten als actief bezig zijn met de klachten en/of problemen, zonder dat andere mensen in deze actie betrokken zijn. Het niet

zoeken van een oplossing is passief. De klachtendrager onderneemt in feite niets. Dit neemt niet weg dat de betreffende klachten daarbij kunnen verdwijnen.

Bovengenoemde oplosmogelijkheden dienen niet te worden opgevat als een volgorde-rangschikking; men kan meerdere gedragingen tegelijkertijd of na elkaar volgen bij het proberen om de problemen en/of klachten op te lossen. Het zijn dus actie-mogelijkheden, terwijl over het resultaat van deze acties hierbij niets aangegeven wordt.

2.2. Onderzoeksvragen

Het onderzoeksdoel: analyse van de uitstelperiode met betrekking tot het huisartsbezoek, is in drie delen gesplitst:

- a. Welke factoren bepalen de lengte van de uitsteltijd?
- b. Hoe is het uitstelproces te karakteriseren?
- c. Welke kenmerken heeft 'de lange uitsteller'?

Ad a. In het onderzoek vormt de uitsteltijd de afhankelijke variabele. De factoren die deze tijd bepalen, de onafhankelijke variabelen, worden in de volgende paragraaf (3.1) beschreven.

Ad b. Om nader in te gaan op wat zich afspeelt in de tijd voorafgaand aan het huisartsbezoek is het onderzoek ook gericht op bijkomende factoren bij het hebben van psychische klachten, zoals de hinder die men van de klachten ondervindt en de emoties die men heeft.

Ad c. Als de vragen *a* en *b* zijn beantwoord, kan er een beschrijving gegeven worden van de mensen die lang wachten met het huisarts-consult.

3. Het onderzoek

Nadat de belangrijkste onderzoeksvragen opgesteld waren, zijn er vier proef-interviews gehouden. De huisarts, in wiens praktijk dit onderzoek plaatsgevonden heeft, zocht vier mensen uit zijn patiëntenbestand, die recentelijk hun problematiek bij hem ter sprake hadden gebracht.

In de interviews kwam o.a. naar voren, dat men eerst klachten kreeg en dat men een tijd later de eraan ten grondslag liggende problemen ter sprake bracht. De tijd die lag tussen het ontstaan en het ter sprake brengen, was voor deze vier mensen respectievelijk 6 maanden, 6 maanden à 1 jaar, 2 jaar. Voor het onderzoek een indicatie van de uitstelperiode en daarmee bruikbaar voor de opzet van de vragenlijst.

3.1. De vragenlijst

Met de resultaten van de proef-interviews en na uitdiepen van de onderzoeksvragen is de vragenlijst opgesteld. De belangrijkste groepen vragen zijn:

- a. demografische kenmerken;
- b. klachtenlijst;
- c. presentatie van de klacht;
- d. attitudevragen;
- e. waargenomen houding van de omgeving;
- f. vragen over het proces van de klachten.

Ad a. In de literatuur (Brouwer en Touw-Otten, 1974; Cassee, 1969) over uitstelgedrag bij klachten van uiteenlopende aard vinden we dat leeftijd, sekse, opleiding/beroep verschillen in uitsteltijd opleveren. Zo gaan kinderen sneller naar de huisarts, jongere mannen sneller dan vrouwen in het algemeen; hoe hoger de opleiding is, des te korter is de uitsteltijd. Deze resultaten gaven aanleiding om demografische kenmerken in de vragenlijst op te nemen.

Ad b. Om duidelijk te maken dat het alleen om 'psychische' klachten ging, is er een lijst opgesteld met 30 klachten. Hierbij zijn wel een aantal klachten die 'soma-tisch' lijken (zoals zich moe voelen, slechte eetlust, onprettig gevoel in buik en maag, hoofdpijn), maar op te vatten zijn als symptoom van psychisch onwelbevinden. Op een 5-punts schaal konden de respondenten aangeven, in welke mate ze de klacht hadden.

Ad c. Uit deze lijst moest men kiezen, welke klacht men in het afgelopen jaar bij de huisarts ter sprake had gebracht. Daarna werd gevraagd naar de datum van het consult. Tenslotte werd de vraag gesteld, hoe lang de klacht aanwezig was vóór het consult. In verband met het onduidelijke begin van de klacht (zie 2.1), zijn voor deze periode ruime categorieën genomen, bijv. korter dan een week, van één week tot één maand.

Ad d. Welke houding hebben de mensen met klachten ten aanzien van een aantal zaken die relevant lijken voor het uitstellen? Op basis van De Haan en Van Paassen (1977) zijn de volgende attitude-objecten te selecteren:

- het hebben van psychische klachten;
- het uiten van psychische klachten;
- de omgeving als hulpverlener;
- de huisarts als hulpverlener.

Soong e.a. (1974) concludeerden uit de resultaten van hun onderzoek, dat een belangrijke barrière bij het vragen van hulp gevormd wordt door gebrek aan kennis over wat geestelijke problemen zijn, in combinatie met een ongunstige houding. Dit gaat volgens hen vooral op voor de lagere sociaal-economische klassen. Volgens de onderzoekers speelt bij deze groep vooral de angst om geïdentificeerd te worden als 'mentally ill'. Hieruit blijkt de rol van de houding ten aanzien van persoonlijke problemen met betrekking tot het vragen van hulp.

In verschillende onderzoeken (De Haan en Van Paassen, 1977) gericht op het zoeken van relevante dimensies binnen de attitudes ten aanzien van hulpzoekend gedrag komt de factor openheid naar voren. Dit houdt in, dat of mensen wel of geen hulp zoeken bij psychische problemen voor een groot deel afhangt van de houding ten aanzien van het uiten van problemen. Om hulp en steun te kunnen krijgen van een ander is het immers een eerste vereiste dat men bereid is zijn problemen 'op tafel te leggen'.

Op grond van voorgaande onderzoeken is een lijst opgesteld met een twintigtal attitudevragen.

Ad e. In de sociaal-wetenschappelijke literatuur is een algemeen geaccepteerde opvatting dat het menselijk gedrag mede bepaald wordt door de relatie met de omgeving waarin men leeft. In dit onderzoek neemt de houding van de omgeving dan ook een belangrijke plaats in.

Cassee (1973) illustreert de mogelijke invloed van de omgeving. Hij vindt dat bij meer dan de helft van de mensen die met anderen over hun klachten hadden gesproken, druk was uitgeoefend om de dokter te raadplegen.

Hoe functioneel het praten over klachten kan zijn, geeft het St. Bavo-onderzoek (1978) weer. De vraag werd gesteld, of de overleg-contacten voor de hulpvragers waarde hadden gehad. Als we de betreffende mogelijkheden die de St. Bavo-onderzoekers voorgesteld hebben, samenvatten in enkele belangrijke categorieën, zien we dat ruim 80% het contact met de partner waardevol vond. Ongeveer 45% gaf dit oordeel over het contact met ouders (vooral moeder), broer(s) en/of zuster(s). Vrienden en burens scoorden respectievelijk in 30% en 45% van de contacten een positief resultaat.

Daar het praktisch niet haalbaar is om de werkelijke houding van de omgeving te onderzoeken, richt dit onderzoek zich op de verwachte houding van de omgeving. Voor 8 attitude-vragen wordt de reactie van de omgeving gevraagd. Daar de respondenten deze zelf moeten invullen, kunnen ze alleen hun verwachting weergeven.

Ad f. Bij procesvariabelen zijn de volgende factoren ondergebracht:

- klachtverloop;
- klachtbegeleidende emoties;
- fysieke en sociale hinder;
- waargenomen ernst van de klacht.

Zoals te lezen is in hun onderzoeksverslag, menen Brouwer en Touw-Otten (1974) een viertal kenmerkende patronen gevonden te hebben voor de wijze waarop klachten in de premedische fase worden ervaren. De patronen zijn de basis voor de in dit onderzoek geformuleerde klachtverlopen.

Het eerste patroon bestaat uit een klacht die plotseling ontstaat en snel verergert, waardoor snel de drempel voor het vragen van hulp aan de huisarts wordt overschreden.

In het tweede patroon ontstaat de klacht langzaam en verergert geleidelijk.

Bij het derde type zijn de klachten fluctuerend, waarbij het inroepen van hulp meer wordt veroorzaakt door de hardnekkigheid van de klachten dan de klachten zelf.

Het vierde proces laat een cumulatie van verschillende klachten zien. Afzonderlijk zijn deze klachten van geringe betekenis om hulp te vragen, bij elkaar genomen echter wel.

In deze typen beschrijvingen komen ook begeleidende emoties aan de orde; gevoelens die gepaard gaan met het bepaalde klachtverloop.

Cassee (1973) geeft een verdere aanvulling om de klachtprocessen te kunnen beschrijven. *Fysieke en sociale hinder* kunnen volgens zijn onderzoek een rol spelen bij de beslissing om naar de dokter te gaan. Hij inventariseerde tevens de redenen om het doktersbezoek uit te stellen. Een van de belangrijkste resultaten was de dimensie *de perceptie van de ernst van de symptomen*. Deze overwegend cognitieve factor houdt in, dat het niet direct naar de huisarts gaan mede beïnvloed wordt door een relatieve onderschatting van de ernst van de problemen.

3.2. De steekproef

De steekproef bestaat uit 140 patiënten van 18 jaar en ouder, afkomstig uit een Leidse huisartspraktijk. Zij hebben het afgelopen jaar contact gehad met hun huisarts over hun psychische problematiek. Welke stappen genomen zijn om de steekproef te trekken wordt hieronder beschreven.

A. Huisarts

Het onderzoek is verricht in een solo-praktijk met een bestand van 4000 patiënten. De patiënten zijn verspreid over geheel Leiden en een aantal verblijft in een andere woonplaats.

Er is een nauw samenwerkingsverband met een psychologe. Zij doet één dag in de week therapie met een aantal van zijn patiënten. Waarschijnlijk krijgt ze, naar ze ons vertelde, doorsnee-problemen: adolescentie-, relatieproblematiek, depressies, enz.

Voor sommige van zijn patiënten neemt de huisarts zelf de tijd om wat dieper op problemen in te gaan. Hij heeft speciaal twee avonden in de week gereserveerd om wat langer met bepaalde patiënten te kunnen praten.

Uit de beschrijving is duidelijk, dat we niet met een 'doorsnee'-huisarts te maken hebben: hij is actief op het gebied van psychosociale gezondheidszorg.

B. Huisarts-contact in het afgelopen jaar

Om niet een al te groot beroep te doen op het herinneringsvermogen van de geënquêteerden is een groep genomen, die *het afgelopen jaar* de huisarts heeft bezocht. Vooral de vragen naar de uitsteltijd en de attitudes zouden een onzuiver resultaat hebben gegeven, als er mensen bij de onderzoeksgroep waren, die langer geleden de huisarts hadden bezocht.

Bovendien is een groep mensen geselecteerd, die *voor het eerst* in het afgelopen jaar de klachten ter sprake hadden gebracht. Zodoende viel de groep die langere tijd in behandeling was, af. Ook deze groep zou het beeld onzuiver maken.

C. Psychische problematiek

Zoals beschreven in de inleiding, is het onderzoek gericht op psychische klachten. Vooraf zijn de klachten die op de vragenlijst staan, met de betreffende huisarts besproken. Met deze kennis heeft hij mensen uitgezocht, van wie dit soort klachten tijdens een huisartsbezoek ter sprake zijn geweest. Het kan zijn dat het de belangrijkste klacht is geweest, waarvoor de patiënt de huisarts heeft bezocht. Maar ook is het mogelijk dat het een bijkomende klacht betrof, die tijdens het consult naar voren kwam.

D. Leeftijd-ondergrens

Bij de voorgaande selectie bleek de minimum-leeftijd, behoudens een enkele uitzondering, 18 jaar te zijn. Daarom is deze leeftijd als ondergrens gekozen. Daarbij kwam de overweging, dat jongere mensen wellicht teveel moeite hebben met het invullen van de vragenlijst.

De huisarts heeft op enkele avonden zijn patiëntenbestand doorgelopen om de mensen eruit te halen die aan de criteria voldeden. Met behulp van de aantekeningen op de kaarten en zijn goede geheugen concludeerde de huisarts, welke mensen in aanmerking kwamen voor het toesturen van de vragenlijst. In deze groep zaten 54 mannen en 86 vrouwen. Van de 140 mensen die een vragenlijst hebben ontvangen, hebben 84 (60%) deze volledig ingevuld teruggestuurd.

4. Resultaten

4.1. De uitsteltijd

Eén van de kernvragen in de vragenlijst was: 'Hoelang was de belangrijkste klacht aanwezig, voordat deze (op de eerder genoemde datum) bij de huisarts ter sprake kwam?' De antwoorden van de 84 respondenten zijn ondergebracht in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling naar uitstel.

	<i>aantal</i>	<i>%</i>
I. korter dan een week	10	11.9
II. van één week tot één maand	18	21.4
III. van één maand tot drie maanden	20	23.8
IV. van drie maanden tot een half jaar	8	9.5
V. van een half jaar tot één jaar	9	10.7
VI. van één jaar tot twee jaar	11	13.1
VII. langer dan twee jaar	8	9.5
	84	100%

Het blijkt, dat de helft korter dan drie maanden erover doet om de klacht(en) bij de huisarts ter sprake te brengen en de andere helft er langer over doet. In verdere beschrijvingen zullen deze groepen kort- en lang-uitstellers genoemd worden.

Cassee (1973) was in zijn onderzoek gericht op alle klachten die bij de huisarts ter sprake kwamen, dus overwegend somatische klachten. Deze klachten zijn als volgt naar uitsteltijd verdeeld:

Tabel 2.

	%
minder dan 3 dagen	20
van 3 t/m 14 dagen	20
meer dan 2, maar minder dan 6 weken	21
meer dan 6 weken, maar minder dan 6 maanden	15
meer dan 6 maanden	24

Bij vergelijking van de twee frequentieverdelingen wordt duidelijk dat de patiënten met psychische klachten langer wachten met een bezoek aan de huisarts dan patiënten met somatische klachten.

4.2. De klachten

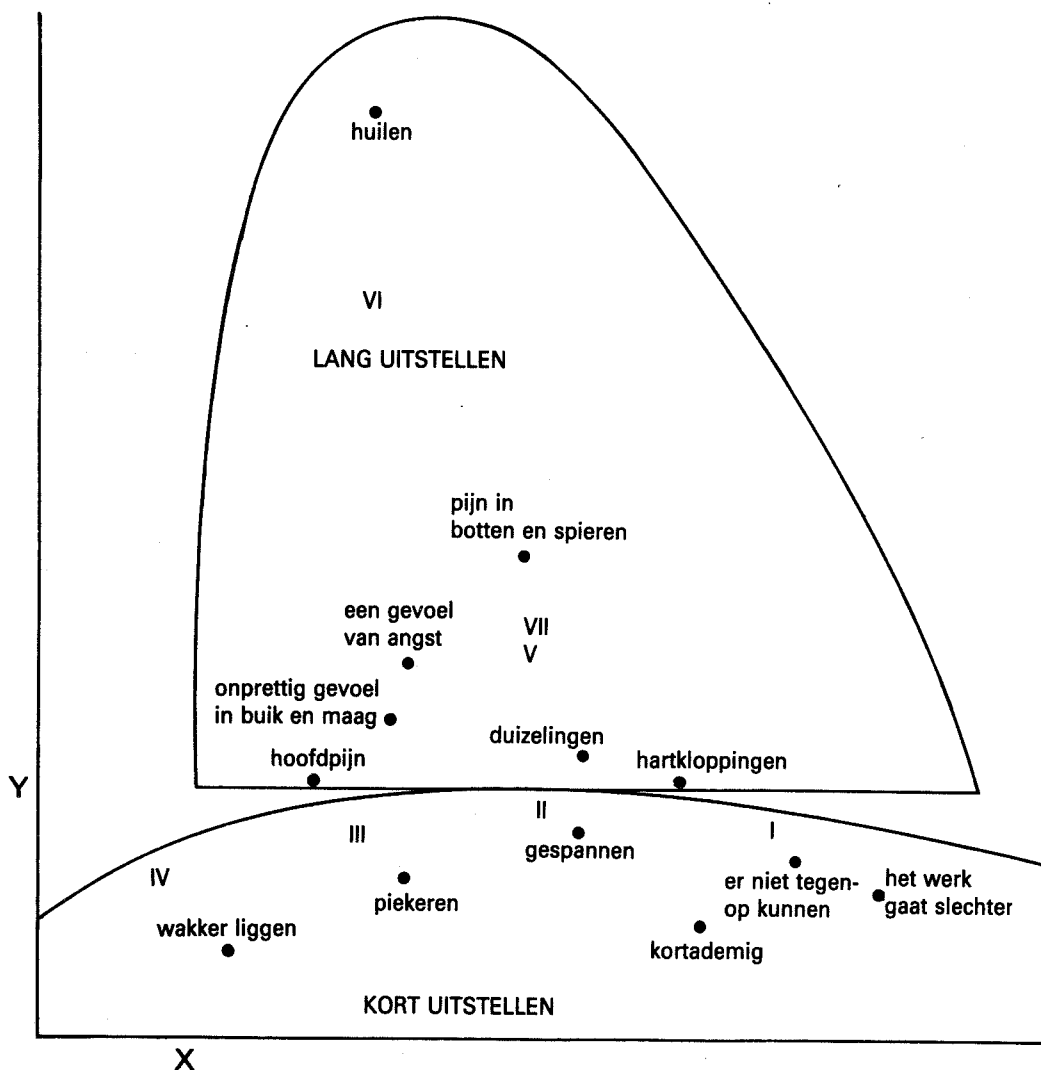
Over alle ingevulde klachten is met een SPSS-programma een factoranalyse uitgevoerd. Het resultaat is dat er één duidelijke factor in deze klachtenlijst aanwezig is met een eigenwaarde van 10.8. De volgende items blijken hoog ($>.7$) te laden op deze factor: 23, 25, 10, 21, 8, 18, 14, 11, 9, 13, 29 (zie bijlage). Dit zijn klachten zoals: het gevoel hebben dat je er niet meer tegenop kunt, lusteloos zijn, zich somber voelen.

In deze factor ziet men items bij elkaar staan, die in de psychiatrische literatuur met symptomen van neuroticisme of depressiviteit worden aangeduid. In het dagelijks leven spreekt men wel van overspannenheid. De items: 'het gevoel hebben dat je er niet meer tegenop kunt' en 'lusteloos zijn' hebben de hoogste samenhang met deze factor. Daar deze groep respondenten niet geëtiketteerd kan worden met psychiatrische termen, is deze factor uiteindelijk de *toestand van onwelbevinden* genoemd. Het is een vrij homogene lijst met klachten, aangezien alle 30 items in meer of mindere mate positief laden op deze factor.

Met de gevonden factor is geprobeerd de belangrijkste klacht die ter sprake was gebracht bij de huisarts, te karakteriseren. Echter, de meeste ter sprake gebrachte klachten laden niet hoog op deze factor. Het zijn namelijk klachten zoals: pijn in botten en spieren, onprettig gevoel in buik en maag, hoofdpijn (de nummers 5, 27, 30, 4, 15, 1, 10 en 12 van de bijlage).

Het valt bij deze lijst op, dat als belangrijkste bij de huisarts gepresenteerde klacht overwegend somatische klachten zijn aangegeven. Mogelijk is dit verschijnsel, overeenkomstig de ideeën van Balint, uit te leggen als somatiseren. Balint (1965) stelt hieromtrent: als de patiënt wordt geconfronteerd met een probleem dat te

moeilijk voor hem is, kan hij geheel of gedeeltelijk instorten en na verloop van tijd naar zijn dokter gaan met de een of andere 'ziekte', dus een lichamelijke klacht.



Figuur 4. Homals-analyse over de belangrijkste klachten en uitstellen. De analyse is gebaseerd op de meest voorkomende klachten.

Toelichting bij figuur 4: Er is hier sprake van twee variabelen, waarbij de uitsteltijd 7 categorieën (I t/m VII) heeft en de belangrijkste klacht 30 (in deze analyse zijn slechts 13 klachten gebruikt).

Deze Homals-figuur maakt gebruik van het intuïtieve begrip afstand. Als twee antwoorden op twee verschillende vragen in de figuur dicht bij elkaar liggen, betekent het dat veel respondenten hetzelfde antwoord op de twee vragen hebben gegeven. Bijv. veel respondenten met een uitsteltijd van langer dan twee jaar hebben als belangrijkste klacht aangegeven: een gevoel van angst zonder dat je weet waarom. Deze klacht ligt in de figuur dan ook dicht bij 'VII'.

Liggen twee antwoorden op twee verschillende vragen ver uit elkaar, dan is de conclusie, dat weinig of geen van de respondenten zowel het ene als het andere antwoord heeft gegeven. Bijv. weinig of geen van de mensen die een uitsteltijd van korter dan een week (I) hadden, hebben als belangrijkste klacht 'huilen' ter sprake gebracht.

De afstanden in de figuur worden bepaald door de verhouding van de variabelen. Bijv. doordat 'huilen' ver buiten het centrum van de figuur ligt, zijn de afstanden van de andere antwoorden relatief klein geworden. De afstanden moeten bekeken worden in een tweedimensionale ruimte, bepaald door de X- en de Y-as.

Er is een aantal klachten, dat een korte uitsteltijd met zich meebrengt. Daaronder vallen: kortademigheid of benauwd gevoel, het werk gaat slechter, hartkloppingen en 15, 5, 23, 10, 1, 26 (zie bijlage).

De klachten die na een lange uitsteltijd bij de huisarts ter sprake gebracht werden, waren o.a. huilen, pijn in botten en spieren (ook 27 en 9, zie bijlage).

Deze laatste groep klachten zijn van dien aard, dat men er wel een tijdje mee door kan lopen. Men zal niet direct gehinderd worden in het werk en in sociale contacten, als men dit soort klachten heeft. De klachten met een kortere uitsteltijd hebben een verontrustender karakter.

4.3. Attitudes

Er is een factoranalyse gedaan over alle attitude-items. Deze analyse leverde één factor op met eigenwaarde van 7.2. Daarmee hebben de volgende items in afnemende mate samenhang (> 6).

13. Als ik hulp zoek voor dit soort klachten, zal men denken dat ik mij aanstel.
11. In mijn omgeving kun je niet over dit soort klachten praten, dat moet je zelf maar uitzoeken.

En verder de nummers 8, 2, 4, 19 (zie bijlage).

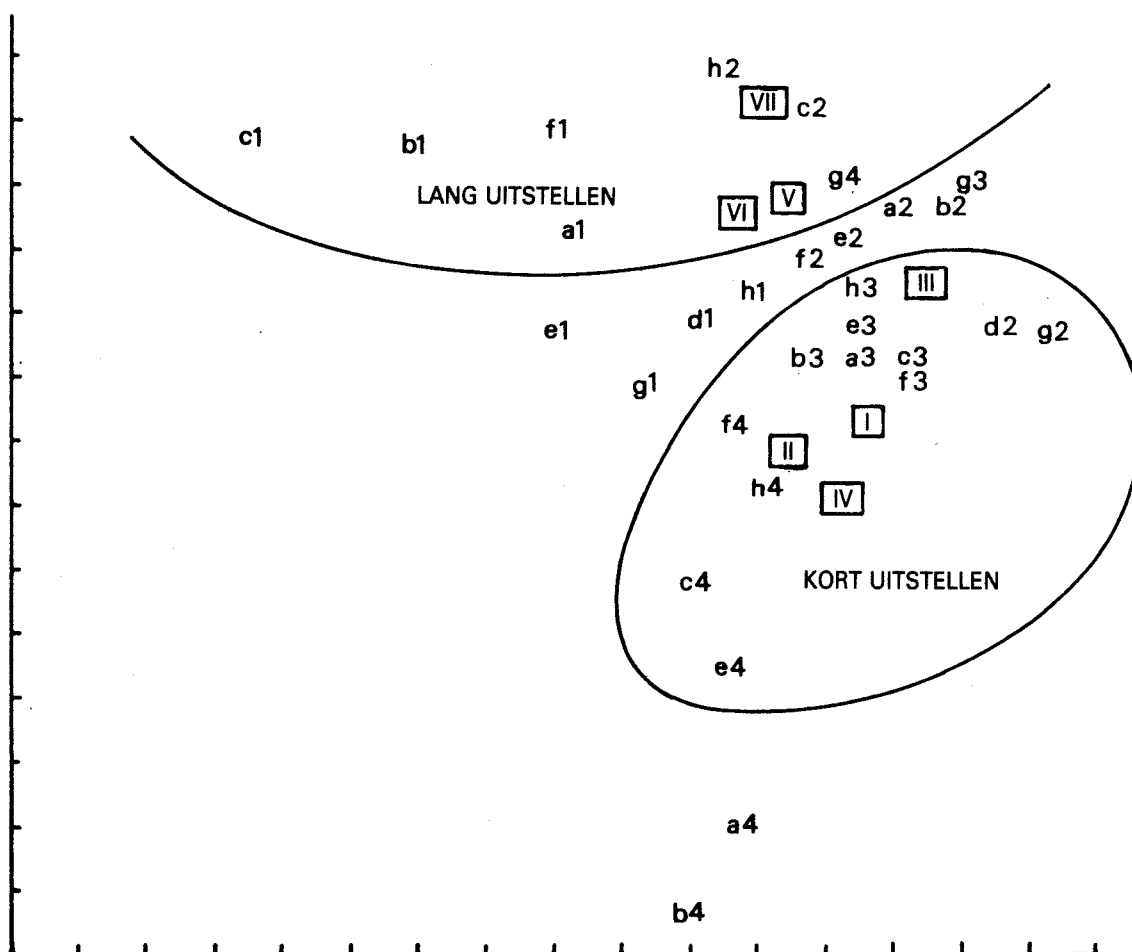
Deze factor bestaat uit items die ontkennend gesteld zijn. Is men het niet eens met deze uitspraken, dan betekent dat dat men positief is over het uiten van klachten en emotie tegenover de omgeving. De factor is 'acceptatie van psychische klachten' genoemd.

4.4. De waargenomen houding van de omgeving

Met het Homals-programma is een analyse gedaan naar de samenhang tussen de waargenomen houding van de omgeving en de uitsteltijd. De resultaten worden in figuur 5 weergegeven.

Uitleg bij figuur 5. De uitsteltijd is in deze figuur met Romeinse cijfers aangegeven van I (korter dan één week) t/m VII (langer dan 2 jaar). De letters a t/m h zijn de vragen naar de waargenomen houding van de omgeving (zie bijlage). Bij elke letter

staat een cijfer geschreven en dat geeft aan, welke antwoordcategorie is ingevuld: 1 = volledig mee eens, 2 = mee eens, 3 = mee oneens, 4 = helemaal mee oneens.



Figuur 5. Homals-analyse over de houding van de omgeving en uitsteltijd.

Mensen met een *korte* uitsteltijd vonden dat hun omgeving het *oneens* was met de volgende uitspraken:

- Mensen met ernstige problemen moeten worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (f).
- Hulpvragen voor persoonlijke problemen is ten zeerste af te keuren (h).
- Om geen klachten te krijgen is het belangrijk om je emoties zo goed mogelijk te bedwingen (c).

Mensen met een *lange* uitsteltijd hebben aangegeven, dat de omgeving het *eens* was met deze uitspraken c, f en h; (helemaal) niet mee eens werd ingevuld voor de uitspraak:

- Het is beter om persoonlijke problemen uit te spreken dan ze maar voor je te houden (g).

De conclusie is: *De lange uitstellers hebben een negatieve houding van de omgeving*

waargenomen. Het lijkt alsof zij angst hebben gestigmatiseerd te worden door hun problemen. De omgeving werkt dan niet stimulerend om de klachten ter sprake te brengen.

4.5. *Het klachtproces*

De vragen met betrekking tot de vier klachtpatronen zijn zodanig ingevuld, dat d.m.v. een Homals-analyse twee duidelijk te onderscheiden klachtverlopen zijn gevormd, waaraan verschillende emoties zijn gekoppeld. Deze twee processen zijn als volgt te omschrijven:

Proces A. De klachten zijn over het algemeen vrij sterk in intensiteit. De hoofdklacht is plotseling ontstaan en verergert snel. Het totaalbeeld van de klachten ontwikkelt daarmee vrij snel naar het moment dat hulp ingeroepen wordt bij de huisarts. De uitsteltijd is overwegend kort. Men heeft het gevoel dat de klachten ernstig zijn en ondervindt hinder van de klachten in de omgang met anderen. Het plotselinge ontstaan van de klacht maakt angstig. De hulpvraag is vrij snel en niet overwogen. De klachten die het dichtst bij dit proces liggen, zijn: zich moe voelen, kortademigheid, benauwd gevoel, hartkloppingen.

Proces B. Het algemene beeld van de klachten is dat zij geleidelijk intenser worden, zeker de hoofdklacht, totdat op een moment deze klacht plotseling verergert of belangrijker wordt. Daarbij zijn de klachten langzamerhand hinderlijk geworden met name in fysiek opzicht: bepaalde handelingen, bijvoorbeeld sport, zijn niet meer mogelijk. Er is voldoende tijd om de hulpvraag te overwegen en om in de omgeving hulp te zoeken. Na verloop van langere tijd wordt hulp noodzakelijk. De uitsteltijd is dus vrij groot. De belangrijkste klachten die aangegeven zijn voor dit proces, zijn: wakker liggen, gespannen en nerveus zijn, hoofdpijn, een gevoel van angst zonder dat je weet waarom.

4.6. *De lange uitsteller*

Uit het onderzoek zijn als belangrijke uitstelfactoren naar voren gekomen:

- acceptatie van psychische problemen;
- de mate van onwelbevinden;
- de waargenomen houding van de omgeving.

Hiermee is de lange uitsteller te karakteriseren als iemand die een geringe acceptatie van psychische problemen heeft en een sterk negatieve houding van de omgeving in deze waarneemt. De lange uitsteller heeft een algehele toestand van onwelbevinden met 'vage klachten'. De motivatie om de huisarts te raadplegen is gering. De geringe acceptatie van psychische problemen van zowel de lange uitsteller zelf als zijn omgeving weerhouden hem van hulpvragen. De term 'vage klachten' is afgeleid van de klachten die blijken een sterke samenhang te hebben met lang uitstellen. Dat zijn

vooral: je rusteloos voelen (11), je moe voelen (4) en daarbij de klachtnummers 21, 23, 15, 13, 9 (zie bijlage). Klachten die de lange uitsteller in mindere mate blijkt te hebben, zijn: gespannen, nerveus, prikkelbaar (5), het gevoel hebben dat het allemaal geen zin meer heeft (18) en de klachtnummers 10, 8, 22, 14, 27, 7 (zie bijlage).

Ook bij de analyse van de lange uitsteller zien we een verschil tussen het klachtenpatroon als geheel en de belangrijkste klacht die bij de huisarts ter sprake is gebracht (zie 4.2).

5. Conclusies

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt ongeveer de helft van de mensen met psychische klachten meer dan drie maanden te wachten om de huisarts te consulteren. Dit is aanzienlijk langer dan de uitsteltijd voor puur lichamelijke klachten. En als men uiteindelijk naar de huisarts gaat, komt men met klachten van voornamelijk biologische aard. Dat wil zeggen dat de klachten ter sprake worden gebracht in een vorm die sociaal meer geaccepteerd is.

Kijkt men echter naar het totaal van de aanwezige klachten (vanuit de klachtenlijst), dan ziet men dat achter de gepresenteerde klacht een gemengd patroon van psychische, sociale en biologische klachten aanwezig is.

De patiënten zijn uiteindelijk wel bij hun huisarts terechtgekomen.

Uit de beschrijving van het proces dat voorafgaat aan hulpvragen, wordt duidelijk dat men na verloop van tijd hinder ondervindt van de klachten. De fysieke hinder geeft op een gegeven moment aanleiding om de huisarts te consulteren. Verdere interpretatie hangt af van de waardering die men aan de gevonden uitsteltijd geeft. Er zijn twee waarderingen mogelijk:

I. De gevonden uitsteltijd voor het ter sprake brengen van psychische klachten is niet lang. Als argumenten kan men daarbij aanvoeren, dat:

- a. men eerst probeert om gebruik te maken van eigen oplossingen;
- b. men hulp vraagt in de directe omgeving;
- c. men niet voor elk ongemak huisartsenhulp inroept.

II. De gevonden uitsteltijd is lang omdat:

- a. na verloop van tijd de klacht verergerd kan zijn;
- b. het moeilijker wordt om de factoren die aanleiding geven tot de klacht, te achterhalen en in therapie te beïnvloeden;
- c. men na verloop van tijd gewend kan raken aan de secundaire ziekte winst, bijv. door ontzien te worden.

Om een juist beeld te krijgen van de uitsteltijd zou men meer moeten weten over de activiteiten in de premedische fase. De vraag waarom men deze tijd gewacht heeft, blijft namelijk in dit onderzoek onbeantwoord. Het is nu dan ook niet mogelijk om een objectieve waardering aan de gevonden uitsteltijd toe te kennen.

In het eerste geval zou het betekenen, dat de hulpverlening voor psychische

klachten in deze huisartspraktijk goed functioneert. In het tweede geval zou men moeten streven naar verandering van de hulpverlening voor psychische klachten.

Een nieuw onderzoek kan meer licht werpen op dit onderwerp. Daarbij kunnen de volgende aanbevelingen in acht genomen worden:

- De vraag waarom mensen wachten met het consulteren van de huisarts dient verder onderzocht te worden.
- Een mogelijke factor voor de uitsteltijd kan ook nog zijn: de verwachting die men heeft t.a.v. de hulpverlening voor de klacht.

Samenvatting

Dit artikel geeft de resultaten weer van een onderzoek naar het uitstellen van de hulpvraag voor psychische klachten bij de huisarts. Onder psychische klachten wordt hier verstaan de klachten die ontstaan als een uiting van een ontregeling van het menselijk organisme als psycho-somatisch-sociaal systeem. Uit onderzoek blijkt dat het vóórkomen van psychische klachten aanzienlijk is en tevens dat de huisarts een belangrijk gedeelte van deze klachten te verwerken krijgt.

De onderzoeksvraag is driedelig:

- Welke factoren bepalen de uitsteltijd?
- Hoe is het uitstelproces te karakteriseren (waarbij dit proces wordt opgevat als een compositie van de uitsteltijd, het klachtenverloop, begeleidende emoties en kenmerkende klachten)?
- Welke kenmerken heeft de 'lange uitsteller'?

Middels vragenlijsten zijn de data verzameld. In deze vragenlijsten neemt de klachtenlijst een belangrijke plaats in. In laatstgenoemde lijst zijn klachten vermeld, die indicatief zijn voor een verstoord psycho-somatisch-sociaal evenwicht. Er is een model uitgewerkt, dat de samenhang tussen ontstaan en uitingen van psychische klachten verduidelijkt. De variabelen zijn afgeleid uit voor dit onderwerp relevant onderzoek. Terwille van de betrouwbaarheid en verwerkbaarheid van de data is de vragenlijst zodanig opgezet, dat aan de respondenten gevraagd werd die klachten in te vullen die zij in het afgelopen jaar voor de eerste keer bij de huisarts ter sprake hebben gebracht. De respons was 60%. De resultaten hebben betrekking op de drie onderzoeksvragen. Homals-analyses en factor-analyses zijn de belangrijke in dit onderzoek gebruikte verwerkingsmethoden.

De uitstelvariabelen zijn in de karakterisering van de 'lange uitsteller' samen te vatten. Dan is zichtbaar dat iemand die lang uitstelt een geringe acceptatie heeft ten aanzien van psychische problemen en een sterk negatieve houding van de omgeving in deze waarneemt. De klachten zijn a-specifiek. De motivatie om de huisarts te raadplegen is gering. Tevens zijn twee verschillende soorten klachtprocessen onderscheiden en beschreven.

Bijlage A. De klachtenlijst

<i>Factorlading</i>		<i>Factorlading</i>	
1. wakker liggen	.49	18. het gevoel hebben dat het allemaal geen zin meer heeft	(.73)
2. agressief zijn	.46	19. moeilijkheden in de sexuele sfeer hebben	.32
3. het werk gaat slechter	.20	20. gauw afgeleid zijn van iets waar- mee je bezig bent	.48
4. moe voelen	.56	21. huilen	(.79)
5. gespannen en nerveus (prikkelbaar)	.62	22. zenuwachtig worden van bepaal- de plaatsen (bijv. een kleine ruim- te, een hoog gebouw, de straat, een groot plein)	.62
6. ruzie hebben met anderen	.33	23. het gevoel hebben dat je er niet meer tegenop kunt	(.87)
7. slechte eetlust	.63	24. pijn in botten en spieren	.18
8. somber voelen	(.79)	25. lusteloos zijn	(.82)
9. onprettig gevoel in buik of maag	(.72)	26. hoofdpijn	.44
10. piekeren	(.80)	27. een gevoel van angst, zonder dat je weet waarom	.62
11. je rusteloos voelen	(.73)	28. zweten	.42
12. kortademigheid of benauwd ge- voel, zonder dat je je inspannt	.35	29. het gevoel hebben dat je geen of weinig contact hebt met de mensen	(.70)
13. je eenzaam voelen	(.72)	30. hartkloppingen	.48
14. het idee hebben dat je jezelf niet meer bent	(.73)		
15. duizelingen	.53		
16. niet meer kunnen schelen wat er met je gebeurt	.58		
17. vergeetachtig zijn	.39		

De antwoordmogelijkheden zijn:

1 niet het geval	2 in geringe mate het geval	3 in tamelijk sterke mate het geval	4 in sterke mate het geval	5 in zeer sterke mate het geval
------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--

Bijlage B. Attitudevragen

	Factorloading
1. Het krijgen van persoonlijke moeilijkheden is iets wat iedereen kan overkomen.	.04
2. Als ik dit soort klachten heb, praat ik er niet over; dat geeft alleen maar moeilijkheden.	(.65)
3. Het heeft geen zin om over je problemen te praten, je moet ze toch zelf oplossen.	.58
4. Als ik een paar keer met iemand over mijn problemen heb gepraat, krijg ik het gevoel dat ik lastig word.	(.62)
5. Het hebben van persoonlijke moeilijkheden is het ergste wat iemand kan overkomen.	.49
6. Als ik dit soort klachten heb, word ik in mijn omgeving altijd goed opgevangen.	-.18
7. Als je je ongelukkig voelt en je praat erover met iemand die je begrijpt, dan voel je je daarna een stuk beter.	.07
8. Als ik hulp zou zoeken, wil ik het waarschijnlijk verbergen voor anderen.	(.67)
9. Persoonlijke moeilijkheden maken je rijper.	.30
10. Iemand die dit soort klachten heeft, zou ik daarom niet afwijzen.	.30
11. In mijn omgeving kun je niet over dit soort klachten praten, dat moet je zelf maar uitzoeken.	(.78)
12. Het hebben van problemen is iets waarover je beter niet kunt praten.	.57
13. Als ik hulp zoek voor dit soort klachten, zal men denken dat ik mij aanstel.	(.81)
14. Het is heel goed mogelijk vrienden te blijven met mensen met dit soort klachten.	-.11
15. Als ik problemen heb, kan ik daarmee altijd bij mijn familie of kennissen terecht.	-.22
16. Het is beter persoonlijke problemen uit te spreken dan ze voor je te houden.	.09
17. Ik vraag liever geen hulp voor dit soort klachten, omdat ik bang ben voor een onaangenaam bericht of behandeling.	.59
18. Alleen zwakkelingen kunnen hun problemen niet oplossen en zullen daartoe hulp nodig hebben van anderen.	.48
19. Ik praat nooit met vrienden over mijn problemen, omdat ze er dan achter mijn rug om over zullen praten met anderen.	(.60)
20. Mensen die dit soort klachten in ernstige mate hebben, moeten worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.	.32
21. Ik ben bang, dat mijn vrienden anders tegen mij zullen doen, als zij weten dat ik dit soort problemen heb.	.57
22. Ik schaam me voor het hebben van dit soort klachten.	.44

De antwoordmogelijkheden zijn:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| ☐ | volledig mee eens |
| ☐ | mee eens |
| ☐ | niet mee eens |
| ☐ | helemaal niet mee eens |

- a. Een persoon met een sterk karakter kan moeilijkheden zelf oplossen.
- b. Iemand die dit soort klachten heeft, kan er beter maar niet over praten, maar moet zich met plezierige dingen bezighouden.
- c. Om geen klachten te krijgen is het belangrijk om je emoties zo goed mogelijk te bedwingen.
- d. Het krijgen van persoonlijke moeilijkheden is iets wat iedereen kan overkomen.
- e. Mensen uit mijn omgeving praten met elkaar over de moeilijkheden die ze hebben.
- f. Mensen met ernstige problemen moeten worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.
- g. Het is beter om persoonlijke problemen uit te spreken dan ze maar voor je te houden.
- h. Hulp vragen voor persoonlijke problemen is ten eerste af te keuren.

De antwoordmogelijkheden zijn:

Mensen uit mijn omgeving zijn het daar:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| ☐ | volledig mee eens |
| ☐ | mee eens |
| ☐ | niet mee eens |
| ☐ | helemaal niet mee eens |