

De invloed van patiëntkenmerken op de beoordeling van moeheid door de huisarts

Angelique E. de Rijk, Karlein Schreurs en Jozien Bensing*

Summary

The influence of patient characteristics on General Practitioners' judgements on fatigue

Fatigue can get a great variety of diagnoses: from somatic diseases to psychosocial problems. We focussed on the relationship between socio-demographic patient characteristics and General Practitioners' judgements on the somatic-psychosocial character of their patients' fatigue. This label is validated by relating it to consultation characteristics. The study was based on 3.239 consultations from the Dutch National Study of Morbidity and Intervention in General Practice by NIVEL. The following patient characteristics coincided with a more somatic label: male, older and/or being retired. Additionally, the fatigue of patients that were working and/or had been divorced was more psychosocially labeled. All patient characteristics together explained only 3.7% of the variance in the judgement. Bivariate analyses of the relationship between the judgement and consultation characteristics showed that more somatic labels coincided with more instrumental GP behaviour. More psychosocially labeled fatigue was approached by more affective GP behaviour; these consultations lasted longer. It was concluded that the somatic-psychosocial label that GPs apply seems valuable to distinct medical consultations for fatigue, but socio-demographic patient characteristics explain little of this label.

Inleiding

Moeheid is niet alleen een vaak voorkomend probleem op bevolkingsniveau (Bensing & Schreurs, 1995), ook de huisarts wordt er veelvuldig mee geconfronteerd: moeheid staat op de derde plaats van symptomen in de huisartspraktijk (Lamberts, 1991). Echter, voor huisartsen is het een vage klacht omdat hij niet duidelijk verwijst naar een oorzaak (De Haan, 1982). Onderzoek naar moeheid toont grote variëteit in onderliggende problemen aan: psychische of lichamelijke ziekten, aspecten van de levensstijl van de patiënt, zoals overwerk, onvoldoende slaap of juist te weinig activiteit; externe factoren, zoals bijwerking van geneesmiddelen; of een combinatie hiervan (McWhinney, 1989; Valdini, Steinhardt, Valicenti & Jaffe, 1987). Verder komt moeheid voor als comorbiditeit bij de meeste somati-

* De auteurs zijn verbonden aan de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht. Correspondentieadres: Drs. Angelique de Rijk, Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

sche en psychiatrische aandoeningen (David, Pelosi, McDonald et al., 1990). Bij het diagnostiseren van moeheid wordt de klacht dus ergens op een somatisch-psychosociaal continuüm geplaatst. Welke factoren bepalen nu deze beoordeling door de huisarts? De Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Foets & Van der Velden, 1990) bevatte zowel een schaal 'soma-tisch-psychosociaal' die door de huisarts naar aanleiding van de klacht van de patiënt werd ingevuld, als een groot aantal andere variabelen. Met dit gegevensbestand kan dus door middel van secundaire analyse antwoord worden gegeven op de vraag welke factoren een rol spelen bij de oordeelsvorming van huisartsen aan-gaande het somatisch-psychosociale karakter van de moeheid van hun patiënten.

Wij veronderstellen dat er sprake is van een labelingsproces van moeheid op grond van een aantal gemakkelijk te herkennen patiëntkenmerken. Hoewel medisch onderwijs de hypothetisch-deductieve methode voorschrijft, veronderstellen veel auteurs dat huisartsen een snellere methode gebruiken, zoals 'early problem disclosure' (McWhinney (1972) in Brooke & Sheldon, 1983; McWhinney, 1989), gebruik van heuristieken (Zaat, 1991) en patroonherkenning (Ridderikhof (1982) in Brooke & Sheldon, 1986). Al na de eerste minuten staat de diagnose vrijwel vast, aangezien de huisarts vooral let op bewijzen voor zijn hypothese, die hij heeft gevormd op grond van leeftijd en geslacht van de patiënt (Bradley, 1993). David et al. (1990) concludeerden dat mannen vaker een somatische diagnose voor hun moeheid kregen dan vrouwen. In een onderzoek van Knotnerus, Starmans en Vis-sers (1987), was leeftijd positief gerelateerd aan een somatische diagnose. Ka-terndahl (1983, in Valdini, Steinhardt & Jaffe, 1987) vond dat burgerlijke staat ver-band hield met de mate waarin verondersteld werd dat moeheid een psychische oorzaak had. Morrison (1980) ten slotte, concludeerde dat alleenstaande vrouwen vaker een fysieke diagnose kregen voor hun moeheid dan vrouwen in gezinsver-band. Wij kunnen dus veronderstellen dat de mate waarin moeheid van patiënten door de huisarts als somatisch of als psychisch wordt beoordeeld, beïnvloed zal worden door een aantal makkelijk te herkennen kenmerken van de patiënt, zoals socio-demografische karakteristieken. Deze labels zijn overigens vaak wel geba-seerd op kennis van processen die een rol spelen bij de veroorzaking van moeheid. Vrouwen zouden vaker last hebben van psychosociale vermoeidheid doordat zij zelf symptomen sneller als zodanig interpreteren. Ook zouden zij zich vaker in een ziekmakend isolement bevinden, waarin de enige manier om hun onvrede te uiten vage klachten zoals moeheid zijn, hetgeen bekend werd onder de noemer 'huis-vrouwensyndroom' (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1994). Werkenden kunnen vaker een psychosociaal label krijgen voor hun moeheid omdat werkstress kan leiden tot burnout (Schaufeli, 1990) of surmenage (Terluin, Gill & Winnubst, 1992), een syn-droom waarbij moeheid op de voorgrond treedt.

De sterkte waarmee de beoordeling van het somatisch-psychosociale karakter verband houdt met diverse consultkenmerken geeft een indruk van de betekenis van dit label. Ten aanzien van deze consultkenmerken kan onderscheid gemaakt worden tussen instrumentele gedragingen van de huisarts die medisch-technisch van aard zijn en affectieve huisartsengedragingen die zich meer op de erkenning van de patiënt richten (Bensing, 1991). Meestal is het besluitvormingsproces nauw verbonden met het verdere verloop van het consult (Brooke & Sheldon, 1983; Gale & Marsden, 1983). Wij verwachten daarom dat een meer somatisch label samen-hangt met meer instrumenteel gedrag en een meer psychosociaal label met meer affectief gedrag. Onze onderzoeksvragen zijn dientengevolge:

- 1 Welke socio-demografische factoren van de patiënt hangen samen met de beoor-deling van het somatisch-psychosociale karakter van moeheid door de huisarts en in welke mate?
- 2 Hangt deze beoordeling samen met consultkenmerken?

Methoden van onderzoek

Er is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Bensing, Foets & Van der Velden, 1991): een grootschalige studie onder 161 Nederlandse huisartsen en hun patiënten. Voor een verantwoording van steekproeftrekking, procedures en meetinstrumenten wordt verwezen naar Foets en Van der Velden (1990). In het kader van deze studie vond onder andere registratie van huisartsconsulten plaats gedurende drie maanden tussen 01-04-1987 en 31-03-1988. Dit resulteerde in 387.250 consulten, waarin 418.750 problemen werden gepresenteerd (Van der Velden, De Bakker, Claessens & Schellevis, 1992).

Steekproef

Uit bovengenoemd gegevensbestand zijn alle consulten geselecteerd, waarin door patiënten van 18 jaar en ouder (onder andere) de klacht moeheid werd gepresenteerd. Dit waren 4636 consulten. De klacht is door de huisarts genoteerd en later gehercodeerd door veldwerkers. Naast de moeheidsklacht konden maximaal twee andere, bijbehorende klachten genoteerd worden. Voor onze studie zijn – aangezien de vraagstelling de (initiële) beoordeling van moeheid betrof – slechts eerste consulten in een moeheids-episode gebruikt, hetgeen resulteerde in 3239 consulten (69.9%). Deze steekproef kan als representatief worden beschouwd voor de Nederlandse bevolking (vergelijk Foets & Van der Velden, 1990).

Meetinstrumenten

De volgende sociaal-demografische patiëntkenmerken werden gebruikt: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, burgerlijke staat, opleiding, werksituatie en sociaal economische status; deze gegevens zijn door de patiënten zelf verstrekt.

Het somatisch-psychosociaal label was gemeten met een vijf-puntsschaal (variërend van 'totaal somatisch' tot 'totaal psychosociaal') die door de huisarts was ingevuld naar aanleiding van de klacht.

De consultkenmerken zijn eveneens door de huisarts genoteerd; in deze studie werden de volgende gebruikt: interne diagnostiek (dat is diagnostiek die plaatsvindt binnen de huisartspraktijk), externe diagnostiek, behandeling, consultlengte, reden voor diagnostiek, geneesmiddelvoorschrift.

Analysetechnieken

Behalve leeftijd werden alle variabelen gehercodeerd als dummy-variabele. Hierdoor konden alle afzonderlijke categorieën patiëntkenmerken bivariaat geanalyseerd worden met behulp van ANOVA en kon multivariate analyse voor alle patiëntkenmerken tezamen worden toegepast met behulp van multiple regressie analyse. Bij deze analyses was het somatisch-psychosociaal label de afhankelijke variabele.

Ook voor de consultkenmerken vond hercodering plaats op bovengenoemde wijze. Bivariate logistische regressie analyses werden gebruikt om het verband tussen het oordeel van de arts enerzijds en de respectievelijke consultkenmerken anderzijds te bepalen.

Resultaten

In Tabel 1 worden de variabelen beschreven.

Patiëntkenmerken. Tweederde van de steekproef bestond uit vrouwen (66.0%). De gemiddelde leeftijd was 44.1 jaar (SD 19.8). De meeste patiënten waren zie-

Beoordeling van moeheid

Tabel 1 Beschrijving van de variabelen (N=3239)

Variabelen	gemiddelde (SD)	Percentage
I Oordeel op somatisch-psycho-sociale dimensie	2.48 (1.47)	
II Patiëntkenmerken	44.11 (19.81)	
Leeftijd		66.0%
Geslacht (vrouwelijk)		66.0%
Verzekeringsvorm ¹ :		
Ziekenfonds		65.6%
Particulier		26.0%
Burgerlijke staat ¹ :		
Ongehuwd		21.5%
Gehuwd		51.4%
Gescheiden		4.5%
Weduw(e)(naar)		8.7%
Opleiding ¹ :		
Lagere school		22.4%
V.O./MBO		47.7%
H.O.		8.8%
Werksituatie ¹ :		
Student		4.6%
Huis(vrouw)(man)		16.0%
Werkloos		2.2%
W.A.O.		3.0%
Gepensioneerd		21.1%
Werkend		38.8%
S.E.S. ¹ :		
Hoofdarbeid		38.0%
Handarbeid		30.4%
III Consultkenmerken		
Interne diagnostiek ¹ :		77.7%
Lich. onderzoek		70.0%
Bloed onderzoek		16.7%
Urine onderzoek		6.8%
Externe diagnostiek		27.9%
Behandeling ¹ :		
Praten		32.5%
Gez. voorlichting		58.2%
Aankijken		10.5%
(Bed)rust		4.8%
Medisch-technisch		5.1%
Duur ¹ :		
Kort		8.0%
Gemiddeld		50.9%
Lang		39.1%
Medicijnvoorschrift		39.6%
Reden voor diagnostiek ¹ :		
Pathologie		71.6%
Controle		4.6%
Screening		3.3%
Geruststelling		3.6%

¹ Weergegeven zijn de percentages patiënten die het vermelde kenmerk hebben; binnen één soort kenmerk tellen deze percentages niet op tot 100% vanwege missende waarden en ongebruikte categorieën die niet als gedichotomiseerde variabele zijn opgenomen.

Tabel 2
van de gro
de populat

Patiëntken
Geslacht (v
Verzekering
Ziekenf
Particul
Burgerlijke
Ongehu
Gehuw
Geschei
Weduw
Opleiding:
LO
VO/MBC
HO
Werksituatie
Student
Huis(vro
Werkloo
WAO
Gepensic
Werkenc

** p < 0.01
Gezien de gr

kenfondsv
21.5% ong
was de hoo
terwijl 22.4
had voltoo
kenden he
(21.1%), hi
slotte werk
werkers (re
Somatisc
gemiddelde
Consultk
tiek (77.7%
in 16.7% v
plaatsvond.
diagnostisc
artsen (71.6
past ter con
heid van d
werd in bij

Tabel 2 'One-way ANOVA' voor de somatisch-psychosociale dimensie waarbij het gemiddelde van de groep met het patiëntkenmerk getoetst is tegen het gemiddelde van het overige deel van de populatie (totale populatie: N=3239)

Patiëntkenmerk	Gemiddelde op schaal voor groep met kenmerk	Gemiddelde op schaal voor groep zonder kenmerk	F
Geslacht (vr.)	2.55	2.34	14.91***
Verzekervorm:			
Ziekenfonds	2.48	2.46	.03
Particulier	2.47	2.48	.03
Burgerlijke staat:			
Ongehuwd	2.68	2.42	.63
Gehuwd	2.46	2.44	.02
Gescheiden	2.83	2.46	8.60***
Weduw(e)(naar)	2.06	2.52	2.65
Opleiding:			
LO	2.26	2.54	1.35
VO/MBO	2.58	2.36	4.30
HO	2.60	2.46	.83
Werk situatie:			
Student	2.53	2.47	3.23
Huis(vrouw)(man)	2.58	2.46	.00
Werkloos	2.76	2.47	1.05
WAO	2.55	2.47	2.33
Gepensioneerd	2.05	2.59	14.84***
Werkend	2.63	2.38	8.56**

** p < 0.01 *** p < 0.001

Gezien de grootte van de steekproef zijn resultaten met .01 < p < .05 buiten beschouwing gelaten.

kenfondsverzekerd (65.6%). Ruim de helft van de patiënten was gehuwd (51.4%), 21.5% ongehuwd, 4.5% gescheiden en 8.7% weduw(e)(naar). Voor bijna de helft was de hoogst voltooide opleiding de middelbare school en eventueel MBO (49.7%), terwijl 22.4% alleen lagere school had en 8.8% HBO of een universitaire opleiding had voltooid. Met betrekking tot de werksituatie was de groep buitenshuis werkenden het grootst (38.8%), gevolgd door achtereenvolgens: gepensioneerden (21.1%), huis(vrouw)(mann)en (16.0%), studenten (4.6%), WAO-ers (3.0%) en ten slotte werklozen (2.2%). De groep hoofdwerkers was iets groter dan de groep handwerkers (respectievelijk 38.0% en 30.4%).

Somatisch-psychosociale label. Het somatisch-psychosociale label had een gemiddelde van 2.5 (SD 1.5).

Consultkenmerken. De moeheidsconsulten werden gekenmerkt door diagnostiek (77.7%), die meestal bestond uit lichamelijk onderzoek. Bloedonderzoek werd in 16.7% van de gevallen gedaan, terwijl bij 6.8% van de patiënten urineonderzoek plaatsvond. Bovendien werd naar aanleiding van 27.9% van de consulten extern diagnostisch onderzoek verricht. Als reden voor diagnostiek gaven de meeste huisartsen (71.6%) 'vermoeden van pathologie' aan, daarnaast werd diagnostiek toegepast ter controle (4.6%), geruststelling (3.6%) en screening (.3%). In een meerderheid van de consulten vond gezondheidsvoorlichting plaats (58.3%), daarnaast werd in bijna eenderde (32.5%) aangegeven dat er behandeld werd door middel van

Percentage

66.0%

65.6%

26.0%

21.5%

51.4%

4.5%

8.7%

22.4%

47.7%

8.8%

4.6%

16.0%

2.2%

3.0%

21.1%

38.8%

38.0%

30.4%

77.7%

70.0%

16.7%

6.8%

27.9%

32.5%

58.2%

10.5%

4.8%

5.1%

8.0%

50.9%

39.1%

39.6%

71.6%

4.6%

.3%

3.6%

e kenmerk hebben, binnen één vanwege missende waarden en iabele zijn opgenomen.

een gesprek. De adviezen 'even aankijken' en '(bed)rust houden', werden in respectievelijk 10.5% en 4.8% van de consulten gegeven. Medisch-technische behandeling vond plaats in 5.1% van de consulten. Naast deze behandelingen werd aan 39.6% van de patiënten één of meer geneesmiddel(en) voorgeschreven. De meeste consulten duurden tussen de vijf en 10 minuten (50.9%); 8.0% duurde korter en 39.1% langer.

In Tabel 2 zijn de resultaten van ANOVA's weergegeven. Hierbij zijn de patiëntkenmerken de onafhankelijke variabelen en de score op de somatisch-psycho-sociale dimensie de afhankelijke variabele. Voor de continue variabele leeftijd is de correlatie berekend. De patiëntkenmerken 'vrouw', 'gescheiden' en 'werkend' hingen positief samen met het somatisch-psycho-sociale label; gepensioneerden hadden daarentegen een lagere score op de schaal somatisch-psycho-sociaal. Leeftijd was negatief gecorreleerd met de beoordeling van het somatisch-psycho-sociale karakter ($r = -.14$; $p < .001$).

In een multiple regressie werden alle patiëntkenmerken tegelijkertijd ingevoerd, hetgeen resulteerde in 3.7% ($p < .001$) verklaarde variantie van het somatisch-psycho-sociale label.

In Tabel 3 zijn de resultaten vermeld van bivariate logistische regressievergelijkingen waarbij het label als voorspeller van de verscheidene consultkenmerken optrad. Er werd een positief verband gevonden tussen het somatisch-psycho-sociale label en de volgende consultkenmerken: behandeling door praten, behandeling door gezondheidsvoorlichting, consultlengte langer dan 10 minuten, en diagnos-

Tabel 3 Resultaten van bivariate logistische regressievergelijkingen met de somatisch-psycho-sociale dimensie als voorspeller ($N=3239$)

Consultkenmerk	B	R
Interne diagnostiek	-.353***	-.205***
Lichamelijk onderzoek	-.307***	-.183***
Bloedonderzoek	.078	.037
Urineonderzoek	-.112	-.044
Externe diagnostiek	.033	.000
Behandeling:		
Praten	.543***	.301***
Gez. voorlichting	.104***	.061***
Aankijken	.016	.000
(Bed)rust	-.113	-.038
Instrumenteel	-.193***	-.083***
Consultlengte:		
Kort	-.253***	-.118***
Gemiddeld	.107***	0.63***
Lang	.217***	.132***
Medicijnvoorschrift	-.454***	-.191***
Reden voor diagnostiek:		
Pathologie	-.326***	-.193***
Controle	-.069	.000
Screening	.136	.000
Geruststelling	.494***	.228***

** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Gezien de grootte van de steekproef zijn resultaten met $.01 < p < .05$ buiten beschouwing gelaten.

t houden', werden in respectievelijk medisch-technische behandelingsprocedures behandelingen werd aan (voorgeschreven. De meeste (9%); 8.0% duurde korter en

even. Hierbij zijn de patiënten op de somatisch-psychosociale variabele leeftijd is de 'gescheiden' en 'werkend' huisartslabel; gepensioneerden had een somatisch-psychosociaal. Leeftijd had een somatisch-psychosociale

kenmerken tegelijkertijd ingevoerd, de variatie van het somatisch-psychosociale

de logistische regressievergelijkingen op de somatisch-psychosociale variabele leeftijd is de 'gescheiden' en 'werkend' huisartslabel; gepensioneerden had een somatisch-psychosociaal. Leeftijd had een somatisch-psychosociale

kenmerken met de somatisch-psychosociale

R

-.205***

-.183***

.037

-.044

.000

.301***

.061***

.000

-.038

-.083***

-.118***

0.63***

.132***

-.191***

-.193***

.000

.000

.228***

<p<.05 buiten beschouwing gelaten.

tiek ter geruststelling. Er werd een negatief verband gevonden met de volgende consultkenmerken: interne diagnostiek, lichamenlijk onderzoek, medisch-technische behandeling, consultlengte korter dan 10 minuten, en diagnostiek vanwege vermoedde pathologie.

Discussie

Ondanks onze verwachtingen blijken de socio-demografische kenmerken van patiënten die klagen over moeheid weinig variantie te verklaren in de beoordeling van die klacht door de huisarts op een somatisch-psychosociale schaal. Dit kan niet verklaard worden door een geringe spreiding in deze beoordeling. Bovendien blijkt deze beoordeling een waardevol concept, op grond waarvan consulten kunnen worden onderscheiden aangaande diagnostiek, behandeling, voorschrijfgedrag en consultlengte. Het label lijkt verband te houden met instrumentele en affectieve huisartsgedragingen. Andere dan sociodemografische factoren zullen dus een grotere rol spelen bij de beoordeling van individuele patiënten.

Er konden echter wel significant afwijkende beoordelingen van bepaalde groepen huisartspatiënten worden aangetoond. Vrouwen kregen een meer psychosociaal label voor hun moeheid. Deze bevinding lijkt in overeenstemming met 'hear say' in de medische wandelgangen ten aanzien van vage klachten bij vrouwen (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1994). Onze bevindingen ten aanzien van huisvrouwen ondersteunden deze verklaring echter niet: evenals werklozen en WAO-ers hadden huisvrouwen geen significant afwijkend label. Werkenden en gescheiden patiënten kregen wel een meer psychosociaal label, voor hen kan moeheid als een symptoom van stress beschouwd zijn. Gepensioneerden kregen daarentegen gemiddeld een meer somatisch label voor hun moeheid, hetgeen correspondeert met de resultaten voor ouderen. In overeenstemming met epidemiologische literatuur, kregen ouderen namelijk gemiddeld een meer somatisch label voor hun moeheid. Dit zou verklaard kunnen worden door lichamenlijk verval, hetgeen kan leiden tot fysieke vermoeidheid, maar ook door de conservatievere opvattingen over ziekte onder ouderen. Diverse auteurs wijzen op de invloed van de verwachtingen en ideeën van patiënten op de beoordeling door de arts (Kirk, Douglass, Nelson et al., 1990; Sheldon, Brooke & Rector, 1985).

Het is geruststellend te kunnen constateren dat huisartsen niet geleid lijken te worden door vooroordelen ten aanzien van sekse, leeftijd, burgerlijke staat en klasse in de beoordeling van een vage klacht als moeheid. Waarschijnlijk is er ook bij deze klacht sprake van een uitgebreid beoordelingsproces, waarin de huisarts niet alleen oog maar ook oor voor de patiënt heeft.

Literatuur

- Bensing, J.M. (1991). *Doctor-patient communication and the quality of care: An observation study into affective and instrumental behavior in general practice* (proefschrift). Utrecht: NIVEL.
- Bensing, J.M., Foets, M. & Velden, J. van der (1991). De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap*, 34, 51-61.
- Bensing, J.M. & Schreurs, K.M.G. (1995). Sekseverschillen bij moeheid. *Huisarts en Wetenschap*, 38, 412-421.
- Bradley, G.W. (1993). *Disease, Diagnosis & Decisions*. Chichester: Wiley.
- Brooke, J.B. & Sheldon, M.G. (1983). *Clinical decision = patient with problem + doctor with problem*. In M.G. Sheldon, J. Brooke & A. Rector (Eds.), *Decision-making in General Practice*. Southampton: Camelot Press.
- David, A., Pelosi, A., McDonald, E., Ste-

- phens, D., Ledger, D., Rathbone, R. & Mann, A. (1990). Tired, weak or in need of rest: Fatigue among general practice attenders. *British Medical Journal*, 301, 1199-1202.
- Foets, M. & Velden, J. van der (1990). *Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures*. Utrecht: Nivel.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1994). Symptomen zonder ziekte: over sekseverschillen in medisch onverklaarde klachten in de huisartspraktijk. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 1.
- Gale, J. & Marsden, P. (1983). Diagnosis: process not product. In M.G. Sheldon, J. Brooke & A. Rector (Eds.), *Decision-making in General Practice*. Southampton: Camelot Press.
- Haan, M. de (1982). Vage klachten: wat verstaan patiënten en huisartsen er onder? *Huisarts en Wetenschap*, 25, 190-195.
- Kirk, J., Douglass, R., Nelson, E., Johnathan, J., Lopez, A., Ohler, J., Blanchard, C., Chapman, R., McHugo, G. & Stone, K. (1990). Chief complaint of fatigue: A prospective study. *The Journal of Family Practice*, 30, 33-41.
- Knotnerus, J.A., Starmans, R. & Vissers, A. (1987). Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van onverklaarde moeheid. *Huisarts en Wetenschap*, 30, 9-12.
- Lamberts, H. (1991). *In het huis van de huisarts: verslag van een transitieproject* (proefschrift). Amsterdam: VU.
- McWhinney, J. (1989). *Textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press.
- Morrison, J.D. (1980). Fatigue as a presenting complaint in family practice. *The Journal of Family Practice*, 10, 795-801.
- Schaufeli, W.B. (1990). *Opgebrand: over de achtergronden van werkstress: Het burnout-syndroom*. Rotterdam: Donker.
- Sheldon, M., Brooke, J. & Rector, A. (1985). *Decision-making in general practice*. London: Macmillan.
- Terluin, B., Gill K. & Winnubst, J.A.M. (1992). Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts en Wetenschap*, 35, 311-315.
- Valdini, A., Steinhardt, S., Valicenti, J. & Jaffe, A. (1987). A one-year follow-up of fatigued patients. *The Journal of Family Practice*, 26, 33-38.
- Velden, J. van der, Bakker D.H. de, Claessens, A.A.M.C. & Schellevis, F.G. (1992). *Dutch national survey of general practice: morbidity in general practice*. Utrecht: NIVEL.
- Zaat, J.O.M. (1991). *De macht der gewoonte: over de huisarts en zijn laboratoriumonderzoek* (proefschrift). Amsterdam: Thesis.

A
V

De

Su

Ev
Th
les
tec
the
bei
stu
sty
per
hou
phy
er v
in l
sist
hec
sty.
sty.

Inl

Dez
ado
aan
Om
ged
daa
de g
ook
(Do
van

* D
G
A
In
G
A