

van activiteiten in de gemeenschap. Die was zijn proeftuin, daar spitte en wiede hij, als een rechtgeaarde boerenzoon. In tal van organisaties werkte hij mee, gaf hij leiding, wees hij een koers aan. Al deze werkzaamheden zijn onder één noemer te brengen, namelijk het bevorderen van het wel-zijn van de mensen. Daartoe werkte hij in tal van medische, sociale, maatschappelijke, kerkelijke en charitatieve organisaties.

Ook ten aanzien van de huisarts-geneeskunde reikte Hornstra over grenzen heen. Vanuit de sociale geneeskunde bood hij een geestelijk onderdak aan vele huisartsen. Tallozen hebben in hem een promotor in

de ware zin van het woord gevonden. Binnen de faculteit der geneeskunde beïnvloedde hij de preclinici en de specialisten zodanig, dat reeds in 1961 het plan ontstond een leerstoel „Micro-sociale geneeskunde” te stichten, in feite bedoeld als een leerstoel huisartsgeneeskunde. Dit plan ontstond in nauw overleg met het N.H.G. De minister van onderwijs was nog niet rijp voor dit plan, maar vijf jaar later kon het pleit toch worden gewonnen. Het inmiddels gestichte N.H.I. werd door Hornstra metterdaad terzijde gestaan; hij bood het een tijdelijk onderdak en stond blijvend enkele stafleden ter beschikking. Dit gebeurde allemaal zonder enige ophef; het werk werd in alle

stilte en bescheidenheid verricht. Niet ten onrechte werd Hornstra, als enige niet-huisarts, tot lid van verdienste van het N.H.G. benoemd.

Niet alleen op macro-niveau was Hornstra een grensoverschrijder ten behoeve van het menselijk wel-zijn. Binnen de faculteit, waarvan hij ook jarenlang voorzitter is geweest, vervulde hij niet zelden een verzoenende functie als conflicten te hoog op-laaiden.

Van ons is heengegaan een bescheiden, in stilte werkend man, niet gericht op uiterlijk effect, met een duidelijk gevoel van eigenwaarde, een waardig man, een vaderlijke vriend, Robijn Hornstra.

J. C. van Es

Van klacht tot klagen; een analyse van de pre-medische periode

DOOR PROF. DR. W. BROUWER, ARTS EN F. TOUW-OTTEN, SOCIOLOGE*

Client's views have an inherent validity despite their non-correspondence with professional views (John P. Kirscht).

Meer en meer beginnen wij te beseffen, dat last hebben van iets niet zonder meer impliceert, dat men daarvoor medische hulp inroept. Door morbiditeitsstudies (*Pinsent*) en bevolkingsonderzoekingen (*Commission on chronic illness*) weet men, dat slechts een deel van alle voorkomende klachten en aandoeningen de artsen bereikt. Het onderzoek van *Roghamann* en *Haggerty* te New York geeft een indruk omtrent de grootte van dit deel. Deze auteurs verzochten leden van 512 aselekt gekozen gezin-

* Beide auteurs zijn medewerkers van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht; hoofd: Prof. Dr. J. C. van Es.

Bij deze willen wij de huisartsen G. A. Huisman en J. A. J. van Poppel dankzeggen voor hun medewerking bij het verzamelen van onderzoekgegevens. Verder zijn wij dank verschuldigd aan degenen, die een voorafgaande versie van dit artikel becommentarieerden. Hun opmerkingen waren voor ons zeer nuttig.

nen gedurende een periode van 28 dagen een gezondheidskalender bij te houden. Dagelijks werd genoteerd hoe men zich voelde, wat er die dag verkeerd ging, enzovoort. De resultaten waren verrassend. Per persoon werden gemiddeld vier à vijf van de 28 dagen aangeduid als dagen met klachten; daarvan was 15 à 17 procent door de betrokkenen als te verwaarlozen beschouwd en van de overige klachten bleek ruim 90 procent afgedaan met huismiddelen.

New York is echter Nederland niet. Daarom is de Londense studie van *Wadsworth en anderen* voor ons wellicht van meer belang. Deze auteurs vonden in een steekproef van 2 153 volwassenen, dat gedurende een willekeurige periode van twee weken slechts 5 procent geheel zonder klachten was geweest. Afhankelijk van de aard van de klachten consulteerde 3,7 à 5 procent een arts.

Ook in dit onderzoek een arsenaal klachten, waaraan geen dokter te pas kwam; „niet naar de dokter gaan”, wil niet zeggen dat men gezond is. De grenzen tussen ziekte en gezondheid en tussen „last hebben” en klachtenvrij zijn, vindt men blijkbaar

niet op de drempels van de dokterspraktijk en de ziekenhuizen. Er moet nog al wat gebeuren, voordat men met klachten naar de dokter gaat.

Theodore onderscheidt in dit verband enkele stadia: er is iets, men voelt iets, men zou er iets aan willen doen, men roept hulp in. Er is dus een tijdsinterval gedurende welke symptoomherkenning uitmondt in klagen. *Weijel* noemt dit de pre-medische periode. Gevoelens, overwegingen en ervaringen bepalen blijkbaar voor een belangrijk deel of medische hulp wordt ingeroepen en zo ja, op welke wijze en met welke verwachtingen dit geschiedt.

Parsons, Kosa, en Cartwright bestudeerden in dit verband de invloed van de arts zelf en de relatie tussen arts en patiënt. *Zbrowski, Zola, Giel* en *le Nobel* wezen op het bestaan van culturele verschillen met betrekking tot het reageren op klachten. *Rosenblatt* en *Suchman* onderzochten onder andere verschillen in ziektegedrag per sociale bevolkingslaag.

Genoemde onderzoekingen vormen slechts een keuze uit een veelheid van bestaande studies. De resultaten zijn belangrijk in medisch-sociologisch

opzicht. Zij zijn eveneens van belang voor de huisarts, omdat zij kunnen dienen als achtergrondgegevens bij het gesprek tussen arts en patiënt. Zij bieden een leidraad inzake de waarschijnlijke invloed van bepaalde factoren. Met het signaleren van fac-

Samenvatting. Van klacht tot klagen, een analyse van de pre-medische periode. Drie huisartsen registreerden elk van honderd patiënten gegevens over de pre-medische periode dat wil zeggen de periode vanaf het begin van de klacht(en)- of symptoomperceptie tot het gaan naar de (huis)arts. Aan de hand van deze gegevens werd bestudeerd welke klachten zij in eerste instantie aan de huisarts voorlegden, in welke mate bijkomende motieven een rol speelden bij het inroepen van de hulp van de huisarts, in hoeverre er een samenhang was tussen de aard van de beginklacht(en), de duur van de pre-medische periode en de bijkomende motieven. Voorts in welke mate er sprake was van herhaalklachten; van zelfbehandeling en van overleg met anderen vóór het consulteren van de huisarts.

Als onderzoekresultaten kwamen onder andere naar voren, dat 88 procent van de patiënten van 15 jaar en ouder met betrekking tot hun gaan naar de huisarts naast de klacht(en) en/of verschijnselen één of meer bijkomende motieven noemde, met als belangrijkste het als ongewoon ervaren van het klachtenbeloop en angst, ongerustheid, respectievelijk onzekerheid. Verder bleek dat meer dan de helft van hen twee weken had gewacht alvorens naar de huisarts te gaan.

Wat betreft de wijze waarop de klacht(en) of verschijnselen gedurende de pre-medische periode werden ervaren, worden enkele kenmerkende patronen beschreven zoals de ervaring van acute nood, van geleidelijke verergering, van wegblijven van spontaan herstel en van klachten- respectievelijk probleemcumulatie.

Inzicht in de pre-medische periode van patiënten kan in belangrijke mate bijdragen tot een optimale medische zorgverlening. Echter ook in het kader van de gezondheidszorgproblematiek is het bestuderen van de pre-medische periode van patiënten van groot belang. Het aldus verkregen inzicht kan namelijk een leidraad zijn om te bevorderen, dat mensen met klachten daarop reageren met adequaat ziektegedrag en klaaggedrag.

toren is echter nog niet duidelijk geworden hoe wij ons de invloed van die factoren op het al of niet inroepen van medische hulp moeten denken en dat is juist hetgeen waarin de huisarts vooral is geïnteresseerd.

Hij wil weten waarom de patiënt uiteindelijk toch komt, wat de „break in the accomodation to the symptoms” is (Zola). Immers, voor een adequate hulpverlening moet een huisarts niet alleen beschikken over een ziekte-diagnose, maar ook over voldoende inzicht in het probleem zoals de patiënt dit voelt. Vanuit die interesse kunnen de vooral op structurele fenomenen gerichte onderzoeken wellicht worden aangevuld met meer individu-gericht onderzoek.

Het door ons verrichte onderzoek heeft echter uitsluitend betrekking op personen, die na een korte of lange pre-medische periode uiteindelijk bij de huisarts kwamen. Het bevat dus geen oordeel over personen, die ondanks overeenkomstige klachten en aandoeningen geen hulp of andere dan huisartshulp zochten. Dit is ongetwijfeld een beperking. Het onderzoek verschaft daardoor geen inzicht omtrent factoren, waardoor mensen ondanks klachten er niet toe kwamen hun huisarts te consulteren. Dit zou echter een onderzoek van geheel andere opzet hebben vereist.

Het praktische voordeel van het hier beschreven onderzoek is daarentegen, dat het in het kader van de praktijkuitoefening kon worden verricht en wel op het moment dat de patiënt zelf tot het besluit is gekomen zijn problemen aan de huisarts voor te leggen.

VRAAGSTELLINGEN

Op grond van de reeds genoemde overwegingen waren wij geïnteresseerd in de volgende vragen:

1. Welke klachten leggen patiënten in eerste instantie aan hun huisarts voor?

Met „in eerste instantie” is bedoeld aan te geven, dat het ons ging om de beginklachten. Het zijn namelijk als regel één of meer klachten, die een

patiënt kiest als begin van het consult; wat daarna komt, wordt veelal mede bepaald door het optreden van de arts.

2. In welke mate spelen bijkomende motieven — al of niet in combinatie — een rol bij het inroepen van de hulp van de huisarts?

De aanduiding „bijkomende motieven” vraagt enige toelichting. Soms vloeit het inroepen van medische hulp rechtstreeks voort uit de gewaarwording of waarneming van een gezondheidsstoornis. Men zou van een kortsluitingsreactie kunnen spreken (ernstig ongeval, acute benauwdheid en dergelijke). In vele gevallen ontwikkelen zich echter geleidelijk één of meer motieven, die gevoegd bij de waarneming uiteindelijk leiden tot het inroepen van medische hulp. Op de aard van de motieven komen wij nog terug. Wij willen echter nu reeds opmerken, dat met de aanduiding „bijkomende motieven” niet is bedoeld te suggereren, dat de klacht-ervaring altijd het hoofdmotief zou zijn. Wij zijn ons bovendien bewust, dat in de klachtpresentatie zelf reeds bijkomende motieven kunnen zijn verdisconteerd. Met „bijkomende motieven” bedoelen wij de voor de (en) en de onder 2 bedoelde bijkomende motieven?

3. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de aard van de klacht(en) en de onder sub 2 bedoelde bijkomende motieven?

4. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de aard van de beginklacht(en) en de duur van de pre-medische periode?

5. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de bijkomende motieven en de duur van de pre-medische periode?

6. In hoeverre zijn de beginklachten herhaalklachten, dat wil zeggen klachten, die de patiënt al eens eerder bij zichzelf heeft waargenomen en in hoeverre is dit van invloed op de duur van de pre-medische periode?

7. In hoeverre plegen de patiënten overleg met gezinsleden, kennissen enzovoort, alvorens naar de huisarts te gaan?

8. In hoeverre wordt zelfbehandeling toegepast, alvorens naar de huisarts te gaan?

HET VERZAMELEN VAN DE GEGEVENS

De gegevens werden in de eerste helft van 1972 door drie huisartsen verzameld. Huisarts A is sinds 1957 als huisarts gevestigd in een reeds lang bestaande wijk in Utrecht. Sinds 1972 werkt hij in associatief verband. In hetzelfde jaar werd hij part-time medewerker van het Utrechts Instituut voor Huisartsgeneeskunde. B is sinds 1970 als huisarts werkzaam in een nieuwe wijk in Utrecht, aanvankelijk in dienstverband bij het Nederlands Huisartsen Instituut, sinds 1971 als zelfstandig gevestigd huisarts. C is sedert 1952 huisarts en als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan het Utrechts Instituut voor Huisartsgeneeskunde en één dag per week werkzaam in de praktijk van B. Gedurende die dag worden alle consulten en visites door C verzorgd.

Hoewel wij bij dit onderzoek niet uitdrukkelijk hebben gestreefd naar generaliserende uitspraken op basis van een aselechte steekproef, leek ons een spreiding van de verzameling der gegevens over de drie artsen gewenst, teneinde de kans op selectie, samenhangend met de praktijksamenstelling, praktijkvoering en de persoon van de arts zo klein mogelijk te houden.

Het verzamelen van de gegevens kwam hierop neer, dat bij „nieuwe” patiënten het anamnestiche gesprek werd uitgebreid met een aantal vragen. Gevraagd werd wanneer de klachten waren begonnen, hoe het beloop verder was geweest, welke betekenis daaraan was toegekend, welke motieven uiteindelijk tot inroepen van huisartshulp hadden geleid, of men dergelijke klachten al eerder had gehad en zo ja, of men daarvoor toen

medische hulp had ingeroepen, of men zelf-medicatie had toegepast en tenslotte of men te voren overleg met anderen had gepleegd.

Voor het grootste deel ging het om vragen, die geheel pasten in een anamnestiche gesprek. Daarbij bleek ons, dat het vragen naar reeds toegepaste zelfbehandeling en naar gepleegd overleg met gezinsleden of anderen vóór het contact met de huisarts niet altijd relevant was. Met name bij acute problemen was dit het geval. De vraag naar gepleegd vooroverleg werd dan ook in 18 procent van de gevallen niet gesteld. Per patiënt werden de gegevens op een formulier geregistreerd. Met „nieuwe” patiënten worden patiënten bedoeld, die met de huisarts contact zochten zonder dat dit tijdens een vorig contact met de huisarts was overeengekomen. Daarmee werden dus geprogrammeerde vervolggconsulten en -visites buiten het onderzoek gehouden.

Het aantal te registreren „nieuwe” patiënten werd in onderling overleg gelijkmatig over enige weken verdeeld. Tevens werd gestreefd naar een evenwichtige spreiding over de dagen van de week.

STATISTISCHE BEWERKING

De gegevens in het onderzoek zijn hoofdzakelijk op ordinaal en nominaal meetniveau bepaald. Bij een ordinaal meetniveau zijn de gegevens volgens grootte gerangschikt, bijvoorbeeld indeling naar opleiding: hoog - midden - laag. Bij nominaal meetniveau is dit niet het geval. Hier is alleen sprake van een verschil bijvoorbeeld in indeling van politieke partijen: 1. K.V.P. - 2. P.v.d.A. - 3. V.V.D. enzovoort.

Voor het exploreren van een eventuele samenhang tussen variabelen maakten wij gebruik van een associatie-maat, namelijk gamma. Dit is een veel toegepaste maat, wanneer de gegevens op ordinaal meetniveau zijn bepaald. In ons onderzoek zijn de gegevens hoofdzakelijk op nominaal meetniveau bepaald, maar ze zijn dichotoom en in die gevallen kan

eveneens gebruik worden gemaakt van gamma als associatie-maat. Ten aanzien van de interpretatie van de sterkte van de gamma hebben wij de volgende richtwijzer opgenomen:

geen verband = $0 \leq \text{gamma} \leq .20$

enig verband = $.21 \leq \text{gamma} \leq .34$

matig verband = $.35 \leq \text{gamma} \leq .49$

sterk verband = $\text{gamma} \geq .50$

Voor een gedetailleerde bespreking van deze associatie-maat raadplegen men H. W. v. d. Ende, Beschrijvende statistiek, 1971, bladzijde 226-232. Nadere informatie omtrent de registratie van de onderzoeksgegevens is bij de auteurs verkrijgbaar.

INDELING VAN KLACHTEN RESPECTIEVELIJK PROBLEMEN

Bij het categoriseren van de klachten en symptomen hebben wij getracht zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij de belevingsvormen, zoals deze door de patiënten onder woorden werden gebracht.

Wij kwamen aldus tot het onderscheiden van:

1. Pijn.
2. „Last hebben van” zonder dat er sprake is van pijn, bijvoorbeeld jeuk, hoesten, enzovoort.
3. Verschijnselen, die geen pijn of andere hinder veroorzaken, maar die aanleiding geven tot twijfel, bijvoorbeeld omdat zij worden beschouwd als een signaal, waarvoor nader onderzoek nodig wordt geacht. Tot deze groep behoren bijvoorbeeld: amenorrhoe, een „bobbeltje” in de borst en dergelijke.
4. Problemen, die niet met ziekte hebben te maken, bijvoorbeeld problemen, samenhangend met anticonceptie.

INDELING VAN DE BIJKOMENDE MOTIEVEN

Allerlei omstandigheden en gebeurtenissen kunnen bij aanwezigheid van klachten, symptomen of andere problemen aanleiding geven tot consul-

teren van de huisarts. Het lag dan ook voor de hand deze veelheid in te delen in een aantal categorieën. Daartoe registreerden wij gedurende enige weken, voorafgaande aan het onderzoek, uitvoerig alle bijkomende motieven, die ons door de patiënten desgevraagd kenbaar werden gemaakt. Op grond hiervan en geleid door reeds opgedane ervaring kwamen wij ertoe de bijkomende motieven in de volgende categorieën te onderscheiden:

1. Angst, ongerustheid, onzekerheid.

Iemand, die zich angstig, ongerust of onzeker voelt ten aanzien van zijn lichamelijk welzijn, is doorgaans gauw geneigd hulp te vragen. Dergelijke gevoelens vormen dan ook in vele gevallen een motief tot inroepen van medische hulp. Dit betekent echter niet, dat die gevoelens zonder meer aan de huisarts worden meegedeeld. Zij worden integendeel dikwijls verzwegen of in verholde vorm geopenbaard, bijvoorbeeld via uitlatingen als: „je hoort tegenwoordig van die rare dingen” of „je weet het per slot van rekening maar nooit”. Er bestaat in onze samenleving blijkbaar een zekere schroom om gevoelens van angst, ongerustheid en onzekerheid spontaan en onverbloemd kenbaar te maken. Wij lopen niet met onze angst te koop. Ook de patiënten in ons onderzoek maakten hun angstgevoelens, ongerustheid en onzekerheid veelal op indirecte wijze kenbaar. Bij een aantal patiënten zal stellig angst en dergelijke als bijkomend motief aanwezig zijn geweest zonder dat deze door ons als zodanig zijn herkend. Dit geldt naar alle waarschijnlijkheid eveneens voor de andere categorieën.

2. Een ongewoon beloop van de klacht(en).

„Last hebben van” iets wordt niet zonder meer geassocieerd met ziek zijn. Iedereen heeft wel eens hoofdpijn of slaapt slecht, iedere vrouw heeft wel eens buikpijn vóór of tijdens de menstruatie. Vele klachten staan bekend als frequent voorkomend, onschuldig en redelijk voorspelbaar wat hun beloop betreft. Medische hulp wordt pas nodig geacht,

wanneer de klacht heviger is of langer duurt dan „gewoon”.

Het ongewone is dan „meer last hebben dan anders”, het „langer duren” of gewoon het gevoel, dat het „anders is dan anders”, daardoor minder voorspelbaar en meer verontwaardigend. Vooral de eigen ervaring is hier belangrijk, want klachten herhalen zich nogal eens.

3. Een reeds bestaand gestoord gezondheidsgevoel.

Het is een ervaringsfeit, dat mensen zich soms tijden lang niet goed gevoelen en desondanks geen arts raadplegen. Vaak is er dan wel een vage behoefte aan hulp, maar men komt er niet toe deze in te roepen. Twijfel is er echter wel. Men zou kunnen zeggen dat zij zich bevinden op de grens van „patiënt zijn” zonder die grens te overschrijden, totdat een min of meer toevallig gebeuren de aanleiding vormt zich bij de huisarts als patiënt te presenteren. Die toevallige gebeurtenis is dan op zich dikwijls weinig ingrijpend, maar als „trigger”-mechanisme net voldoende om tot grenspassage te komen.

4. Belastende milieu-omstandigheden.

Belastende mens-milieurelaties in welke vorm ook kunnen leiden tot klachten respectievelijk aandoeningen, die medische hulp wenselijk maken. Dit is langzamerhand een algemeen aanvaarde zienswijze geworden. Van belang is echter ook de bevinding, dat het in stress-situatie verkeren, het onder druk staan, op zich reeds een behoefte aan medische hulp kan oproepen. Er is dan maar weinig nodig om deze behoefte om te zetten in een afspraak met de dokter. Het gaat hier dus om belastende mens-milieurelaties voorzover deze van invloed bleken te zijn op het consulteren van de huisarts.

5. Bijkomende behoefte aan huisartshulp.

Dikwijls komt tijdens een consult of visite een aantal uiteenlopende „problemen” aan de orde. Klachten worden blijkbaar nogal eens opgespaard. Het gevolg is dan dat de arts, ingeleid door opmerkingen als „nu ik toch hier ben, dokter . . .”, het ver-

zoek krijgt ook nog even naar iets anders te kijken, ook nog even een advies te geven of nog even een herhalingsrecept te schrijven, enzovoort. Het betreft hier dus een aantal uiteenlopende gezondheidsproblemen, die samen leiden tot het inroepen van medische hulp.

6. Problematiek, voortvloeiend uit de aanwezige klachten en/of symptomen.

Het kan gebeuren, dat de consequenties van een klacht veel hinderlijker zijn dan de klacht zelf. Een kriebelhoest is geen rampzalig gebeuren, maar het is hinderlijk als men les moet geven. Een loodgieter met een tennisleboog gilt niet van de pijn, maar hij kan zijn werk niet meer doen en daarom gaat hij naar de dokter.

7. Beïnvloeding door anderen.

Klachten, symptomen en andere problemen, die te maken hebben met ziekte en gezondheid, vormen vaak onderwerp van gesprek. Dat is begrijpelijk. Gedeelde smart is halve smart. Praten over eigen klachten geeft opluchting, levert aandacht, soms zelfs medeleven op. Het maakt bovendien bijvoorbeeld een bepaald gedrag of een slecht humeur acceptabel. Een consequentie is echter dat men na het kenbaar maken van de klachten niet meer alleen beschikt over eigen welbevinden. Mededelen impliceert inspraak: de ander gaat onherroepelijk mee-oordelen en adviseren. Meestal komt dat neer op het advies de dokter maar eens op te zoeken. In een toestand van twijfel verkerend, kan een dergelijke raadgeving zwaar wegen.

Opmerkingen in de zin van: „je moet het zelf maar weten . . .”, zijn minder vrijblijvend dat het lijkt. Het ligt voor de hand dat beïnvloeding, zoals hier geschetst, het meest komt van de kant van de gezinsleden. Adviezen of opmerkingen kunnen natuurlijk ook ongevraagd komen. Zij maken dan vaak diepe indruk door het onverwachte ervan. Dit geldt nog des te meer als het gaat in de vorm van: „wat zie je er slecht uit, ik zou maar eens . . .”.

In sommige gevallen werden de bij-

komende motieven door de patiënten op duidelijke wijze kenbaar gemaakt. Soms moesten zij echter worden afgeleid uit hetgeen werd medegedeeld. Teneinde verschillen in interpretatiewijze te vermijden, werd daarom overeengekomen, de uitlatingen van de patiënten letterlijk op het formulier te vermelden. De interpretatie van de bijkomende adviezen geschiedde daarna door ons. Bij twijfel werd overleg gepleegd met de betreffende huisarts.

Voorafgaand aan het beschrijven van de onderzoeksresultaten, willen wij opmerken, dat de wijze waarop de gegevens werden verkregen, impliceert dat de resultaten niet zonder meer kunnen worden beschouwd als geldend voor andere patiënten dan die waarop het onderzoek betrekking had. Men kan zich overigens afvragen of de resultaten van een onderzoek als dit, verricht in één stad, ooit aanspraak zouden kunnen maken op geldigheid buiten die stad.

Een enkel woord nog over de bijkomende motieven. Het voorleggen van een probleem aan een huisarts is een gedragsvorm, geïndiceerd door talrijke duidelijke en minder duidelijke factoren. Slechts een deel ervan wordt tijdens het consult op herkenbare wijze tot uitdrukking gebracht. De onderzoeksresultaten zeggen dus iets over de motieven die op herkenbare wijze naar voren kwamen. Ook dat is natuurlijk een beperking. Het is echter een beperking, inherent aan de medische situatie. Wij kunnen slechts reageren op wat ons duidelijk is geworden.

RESULTATEN

Alvorens de resultaten te analyseren, hebben wij gecontroleerd in hoeverre de uitkomsten van de drie huisartsen onderling overeenkomsten en verschillen vertoonden. Er bleek een grote onderlinge overeenkomst te bestaan voor wat betreft de samenstelling van de drie groepen patiënten naar leeftijd en geslacht, consultvisite ratio, verhouding ziekenfondspatiënten-particuliere patiënten en duur van

de pre-medische periode. Wat betreft de verdeling van de klachten en verschijnselen in vier categorieën waren er geringe verschillen. Echter ten aanzien van de mate, waarin de beginklachten herhaalklachten waren, in de zin zoals werd omschreven in de vraagstelling, bleek er een aanzienlijk verschil te bestaan tussen huisarts A enerzijds en de huisartsen B en C anderzijds. Dit blijkt uit *tabel 1*.

Tabel 1. Verdeling herhaalklachten-nieuwe klachten per huisarts A, B en C in procenten.

	A	B	C
Herhaalklachten	27	51	46
„Nieuwe” klachten	73	49	54
	100	100	100
	$\frac{100}{27}$	$\frac{100}{51}$	$\frac{100}{46}$
	$\frac{100}{73}$	$\frac{100}{49}$	$\frac{100}{54}$

Wij hebben voor dit verschil geen verklaring kunnen vinden. In verband hiermede zijn echter bij de bewerking van deze uitkomsten de patiënten van huisarts A vergeleken met die van de huisartsen B en C samen.

De drie huisartsen registreerden ieder bij honderd „nieuwe” patiënten de gegevens op de beschreven wijze. Nadere exploratie van de verzamelde gegevens bevestigde ons vermoeden, dat de patiënten in de leeftijdscategorie 0-15 jaar in diverse opzichten een bijzondere groep vormden, met name wat betreft de invloed van de bijkomende motieven. De reden ligt voor de hand: het gaat om patiënten, bij wie het besluit tot inroepen van huisartshulp niet wordt genomen door de patiënt zelf, maar door anderen, in casu de ouders. Het bleek daarom noodzakelijk bij de bewerking de driehonderd patiënten te onderscheiden in twee leeftijdsgroepen, namelijk de groep 0-15 jaar en de groep 15 jaar en ouder. De in dit artikel beschreven uitkomsten hebben vrijwel uitsluitend betrekking op de groep 15 jaar en ouder. Van de 0-15 jaar groep zullen wij alleen enkele gegevens vergelijken met de overeen-

komstige gegevens van de groep 15 jaar en ouder.

Het aantal patiënten in de 0-15 jaar groep bedroeg 56, de groep 15 jaar en ouder omvatte 244 patiënten. Van deze 244 patiënten zijn slechts zeventien thuis bezocht. De resultaten van dit onderzoek hebben dus hoofdzakelijk betrekking op spreekuurpatiënten.

Wij zullen thans de eerder geformuleerde vraagstellingen achtereenvolgens bespreken.

1. Welke beginklachten presenteren patiënten in eerste instantie aan hun huisarts?

De beantwoording van deze vraag vinden wij, wat betreft de 244 patiënten van 15 jaar en ouder in *tabel 2*.

Tabel 2. Aard van de beginklachten (N = 244).

	Aantal patiënten	Percentage
1. Pijn	100	41
2. Hinder (exclusief pijn)	107	44
3. „Ziekte”verschijnsel, niet gepaard gaande met pijn of hinder	17	7
4. Probleem, niet samenhangend met „ziekte”	20	8
Totaal	244	100

Het aantal pijnklachten bleek bijna even groot te zijn als alle andere hinderlijke belevingen samen. Verder vormde pijn samen met de andere vormen van „last hebben” het overgrote deel (85%) van de beginklachten. Een overzicht van de lokalisaties van de pijnklachten geeft *tabel 3*.

Tabel 3. Lokalisatie van de pijnklachten (N = 100).

	Aantal patiënten
Pijn in de ledematen	17
Rugpijn	15
Buikpijn	14
Pijn in schouder en/of nek	13
Pijn op de borst	11
Hoofdpijn	10
Keelpijn	9

Bij 45 van de 100 patiënten met pijn bleek deze gelokaliseerd in het bewegingsapparaat (ledematen, rug, schouder en nek). In de tweede groep (hinderlijke gevoelens exclusief pijn) kwamen huidaandoeningen, verkoudheid, benauwdheid, hoesten en jeuk het meest frequent voor. In groep drie bleek amenorrhoea al of niet tijdens pilgebruik het meest voorkomende probleem. De vierde groep

bestond voor het grootste deel uit problemen op het gebied van de anti-conceptie. De groepen drie en vier bevatten dan ook bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen, namelijk 24 vrouwen tegenover 13 mannen.

2. In welke mate spelen bijkomende motieven — al of niet in combinatie — een rol bij het inroepen van hulp van de huisarts (tabel 4).

Bij 29 patiënten (groep 8) waren geen bijkomende motieven te onderkennen. Bij 215 van de 244 patiënten bleken dus bijkomende motieven wel een rol te spelen bij het inroepen van de hulp van de huisarts met als belangrijkste motief het als „ongewoon” ervaren van het klachtenbehoefte. Bovendien werd dit door 90 patiënten als het enige motief naar voren gebracht. Het bleek dus het meest frequente en meest doorslaggevend motief te zijn. De behoefte aan medische hulp doet zich blijkbaar vooral gevoelen, als de klachten als „anders dan anders” worden ervaren of wanneer de verwachte spontane verbetering niet komt. Bij 38 patiënten bleek het gaan naar de dokter mede samen te hangen met het feit, dat er om geheel andere redenen al enige behoefte aan huisartshulp bestond. De invloed van gevoelens van angst, ongerustheid en onzekerheid op het gaan naar de dokter werd door 37 patiënten op duidelijke wijze geopenbaard; 27 patiënten deelden mee, dat ze zich al geruime tijd niet goed gevoelden.

3. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de aard van de (begin)klachten en de bijkomende motieven (tabel 5).

Op grond van de kleine aantallen in de categorieën „ziekteverschijnsel en gezondheidsprobleem” hebben wij alleen de invloed bekeken van de pijn- en hindergroep op bijkomende motieven. Er bleek statisch geen verschil tussen de „pijngroep” en de „hindergroep” met betrekking tot de bijkomende motieven*.

De groep met de klacht pijn bleek te klein om enige indruk te kunnen krijgen over de verdeling van de bijkomende motieven over de verschillende pijnlokalisaties. Duidelijk was alleen de grote invloed van angst en dergelijke als bijkomend motief bij pijn op de borst, uiteraard een voor de hand liggende combinatie.

* Op grond van het meetniveau van beide variabelen is deze samenhang nagegaan met behulp van percentageverschillen.

Tabel 4. Bijkomende motieven tot inroepen van huisartshulp (N = 244).

	aantal patiënten	
1. Angst, ongerustheid, onzekerheid als enig bijkomend motief	22	} 37
Angst, ongerustheid, onzekerheid in combinatie met andere bijkomende motieven	15	
2. „Ongewoon” klachtenbehoefte als enig bijkomend motief	90	} 123
„Ongewoon” klachtenbehoefte in combinatie met andere bijkomende motieven	33	
3. „Al geruime tijd niet goed voelen” als enig bijkomend motief	7	} 27
„Al geruime tijd niet goed voelen” in combinatie met andere bijkomende motieven	20	
4. Belastende milieu-omstandigheden als enig bijkomend motief	5	} 18
Belastende milieu-omstandigheden in combinatie met andere bijkomende motieven	13	
5. Bijkomende behoefte aan huisartshulp als enig bijkomend motief	18	} 38
Bijkomende behoefte aan huisartshulp in combinatie met andere bijkomende motieven	20	
6. Hinderlijke gevolgen van de klachten symptomen als enig bijkomend motief	8	} 16
Hinderlijke gevolgen van de klachten symptomen in combinatie met andere bijkomende motieven	8	
7. Beïnvloeding door anderen als enig bijkomend motief	5	} 17
Beïnvloeding door anderen in combinatie met andere bijkomende motieven	12	
8. Geen bijkomende motieven te onderkennen	29	29

Tabel 5. Bijkomende motieven in relatie tot de aard van de beginklachten (N = 244).

	Aard van de beginklachten				Totaal
	Pijn	Hinder exclusief pijn	„Ziekte”-verschijnsel	Gezondheidsprobleem	
1. Angst en dergelijke	19	12	6	0	37
2. „Ongewoon” behoefte	60	58	5	0	123
3. Al lang niet goed	11	12	1	3	27
4. Milieu-omstandigheden	8	10	0	0	18
5. Bijkomende behoefte aan huisartshulp	8	18	6	6	38
6. Hinderlijke gevolgen	4	10	2	0	16
7. Invloed van anderen	5	8	2	2	17
8. Geen bijkomend motief	14	4	2	9	29
Totaal	129	132	24	20	305*

* Als gevolg van de vrij veel voorkomende combinaties van motieven zijn de totalen in verticale richting vanzelfsprekend groter dan het werkelijke aantal patiënten in de verschillende groepen.

4. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de aard van de beginklachten en de duur van de pre-medische periode?

Onze veronderstelling, dat de groep „pijn” in vergelijking met de groep „hinder exclusief pijn” een duidelijk korterdurende pre-medische periode te zien zou geven, vonden wij

hier niet bevestigd. *Tabel 6* illustreert overigens duidelijk, dat men bepaald niet terstond de huisarts opzocht, zodra men iets voelde of opmerkte. De helft van de patiënten „met last” (categorie I en II) bleek minstens twee weken te hebben gewacht. Dit gold in gelijke mate voor de patiënten met pijn en voor de patiënten met andere

hinderlijke sensaties. Opmerkelijk is dat elf van de negentien patiënten, die wegens een niet met „ziekte” samenhangend probleem kwamen, langer dan twee maanden hadden gewacht.

5. In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de bijkomende motieven en de duur van de pre-medische periode (*tabel 7*).

Bij een kortere duur van de pre-medische periode lijkt van de bijkomende motieven vooral angst en dergelijke een duidelijke rol te hebben gespeeld. Het „ongewone” beloop als bijkomend motief begon vooral na de eerste drie dagen een rol te spelen. Dit komt duidelijker naar voren, als wij de patiënten met „angst als enig bijkomend motief” en „ongewoon beloop als enig bijkomend motief” beschouwen in relatie tot de duur van de pre-medische periode (*zie tabel 8*).

6. In hoeverre zijn de beginklachten herhaalklachten — klachten, die de patiënt al eens eerder bij zichzelf had waargenomen — en in hoeverre is dit van invloed op de duur van de pre-medische periode (*tabel 9*).

De verhouding herhaalklacht - „nieuwe” klacht en de verschillende uitkomsten van huisarts A in vergelijking met de huisartsen B en C werden reeds vermeld (*tabel 1*). Het feit dat 102 patiënten (41%) met herhaalklachten kwamen, was voor ons aanleiding de correlaties van dit gegeven met enkele andere gegevens

Tabel 6. Duur pre-medische periode in relatie tot de aard van de beginklacht(en) (N = 242).

Duur pre-medische periode	Pijn	Aard van de beginklachten				Totaal
		Hinder exclusief pijn	„Ziekte”-verschijnsel zonder pijn of hinder	Gezondheidsprobleem		
1. 1 dag of korter	11	5	3	0	19	
2. 2 dagen of 3 dagen	12	11	2	0	25	
3. 4 t/m 7 dagen	20	22	1	2	45	
4. 1 - 2 weken	8	13	0	1	22	
5. 2 weken - 1 maand	27	25	3	2	57	
6. 1 - 2 maanden	6	5	2	3	16	
7. Langer dan 2 maanden	16	26	5	11	58	
Totaal	100	107	16	19	242	

(Gamma = + .14 berekend over de categorieën pijn en hinder (exclusief pijn) in relatie tot de duur van de pre-medische periode).

Tabel 8. „Angst als enig bijkomend motief” en „ongewoon beloop als enig motief” in relatie tot de duur van de pre-medische periode (N = 112).

Duur pre-medische periode	Alleen „angst”		Alleen „ongewoon beloop”	Totaal
1 dag	6	0	6	
2 - 3 dagen	6	6	12	
4 - 7 dagen	3	21	24	
1 - 2 weken	1	7	8	
2 weken - 1 maand	2	33	35	
1 - 2 maanden	1	5	6	
> 2 maanden	3	18	21	
Totaal	22	90	112	

Gamma = +.54

Tabel 7. Bijkomende motieven in relatie tot de duur van de pre-medische periode (N = 242).

Bijkomende motieven	Duur pre-medische periode							Totaal
	1 dag	2-3 dagen	4 t/m 7 dagen	1-2 weken	2 weken tot 1 maand	1-2 maanden	> 2 maanden	
1. Angst en dergelijke	7	8	3	4	5	2	7	36
2. „Ongewoon” beloop	0	8	28	10	43	5	28	122
3. Al lang niet goed	4	2	5	8	3	3	2	27
4. Milieu-omstandigheden	0	0	3	1	2	2	8	16
5. Bijkomende behoefte aan huisartshulp	0	3	5	5	4	8	12	37
6. Hinderlijke gevolgen	1	2	3	0	2	2	5	15
7. Invloed van anderen	1	1	6	1	2	2	4	17
8. Geen bijkomend motief	8	8	2	1	2	0	8	29*

* De rijtotaal komen niet precies overeen met de overeenkomstige rijtotaal van tabel 4, omdat enkele patiënten ons niet duidelijk genoeg konden inlichten omtrent de duur van de pre-medische periode.

nader te bezien. Vooral interesseerde ons of in een bepaalde categorie klachten en/of verschijnselen misschien meer herhaalklachten voorkwamen dan in de overige categorieën.

De gamma-waarden over bovenvermelde tabellen, die alleen berekend zijn over de categorieën pijn en hinder (exclusief pijn) in verband met de kleine aantallen van de laatste twee

categorieën, geven een samenhang te zien tussen de aard van de klacht en de herhaling van die klacht. In de categorie „hinder exclusief pijn” bleken relatief meer herhaalklachten voor te komen dan in de categorie „pijn”.

Een volgende vraag, die wij ons stelden, was of er misschien een samenhang aanwijsbaar was tussen het feit, dat een klacht reeds eerder

was voorgekomen en de duur van de pre-medische periode (tabel 10).

De tabellen en de berekende gamma's tonen geen aanwijsbaar verband tussen de duur van de pre-medische periode en het feit of het ging om herhaalklachten of „nieuwe” klachten. Waarschijnlijk hangt het geheel af van de aard van de vroegere ervaringen of deze leiden tot eerder inroepen van medische hulp of juist uitstel daarvan tot gevolg hebben. Van de 102 patiënten met herhaalklachten had 88 procent reeds eerder vanwege deze klachten medische hulp ingeroepen. De duur van de pre-medische periode bleek bij deze patiënten langer te zijn dan bij de patiënten, die voor hun klachten nog niet eerder medische hulp hadden gezocht (tabel 11).

Tabel 9. De verhouding herhaalklacht/„nieuwe” klacht in relatie tot de aard van de klacht.

Huisarts A (N = 79)					
Aard van de klachten / verschijnselen	Pijn	Hinder exclusief pijn	„Ziekteverschijnsel” exclusief pijn of hinder	Probleem niet samenhangend met ziekte	Totaal
Herhaalklacht	5	12	0	4	21
„Nieuwe” klacht	21	20	7	10	58
Totaal	26	32	7	14	79
Gamma = —.43					

Huisartsen B en C (N = 162)					
Aard van de klachten / verschijnselen	Pijn	Hinder exclusief pijn	„Ziekteverschijnsel” exclusief pijn of hinder	Probleem niet samenhangend met ziekte	Totaal
Herhaalklacht	30	48	2	1	81
„Nieuwe” klacht	44	27	8	2	81
Totaal	74	75	10	3	162
Gamma = —.46					

Tabel 10. Duur van de pre-medische periode in relatie tot de verhouding herhaalklacht - „nieuwe” klacht.

Duur pre-medische periode	Huisarts A (N = 79)			Huisartsen B en C (N = 161)		
	Herhaalklacht	„Nieuwe” klacht	Totaal	Herhaalklacht	„Nieuwe” klacht	Totaal
1 dag korter	1	3	4	3	12	15
2 - 3 dagen	3	3	6	10	9	19
4 - 7 dagen	3	14	17	21	7	28
1 - 2 weken	5	4	9	6	7	13
2 weken - 1 maand	3	15	18	21	17	38
1 - 2 maanden	0	5	5	4	7	11
langer dan 2 maanden ..	6	14	40	16	21	37
Totaal	21	58	79	81	80	161
Gamma = +.09						
Gamma = +.04						

7. In hoeverre is door de patiënten overleg gepleegd met anderen alvorens naar de huisarts te gaan?

De vraag of er met anderen overleg had plaatsgevonden, werd aan 200 patiënten gesteld; 129 patiënten (64,5%) antwoordden op deze vraag bevestigend; 71 patiënten (35,5%) antwoordden ontkennend. Tabel 12 laat zien met wie men overleg pleegde.

Op grond van het reeds vermelde feit, dat bij 18 procent van de patiënten deze vraag niet was gesteld, meenden wij te moeten afzien van correlatieberekeningen met andere gegevens.

8. In hoeverre wordt zelfbehandeling toegepast alvorens naar de huisarts te gaan?

Op deze vraag werd bevestigend geantwoord door 82 patiënten (37%) van de 239 patiënten met klachten en/of verschijnselen; 157 patiënten antwoordden ontkennend of de vraag werd hun niet gesteld. Van de 82 „zelfbehandelaars” bleek 77 procent medicijnen te hebben gebruikt, 23 procent had op andere wijze aan zelfbehandeling gedaan, bijvoorbeeld bedrust houden, stomen, rode lamp en dergelijke. De gebruikte medicijnen waren in het algemeen zelf gekocht in een apotheek of drogisterij,

Tabel 11. De duur van de pre-medische periode in relatie tot het wel of niet ingeroepen hebben van medische hulp (N = 102).

Duur pre-medische periode	Tevoren wel medische hulp ingeroepen	Tevoren niet medische hulp ingeroepen	Totaal
1 dag of korter	2	2	4
2 - 3 dagen	12	1	13
4 - 7 dagen	19	5	24
1 - 2 weken	11	0	11
2 weken - 1 maand	21	3	24
1 maand - 2 maanden	4	0	4
2 maanden of langer	21	1	22
Totaal	90	12	102

Gamma = $-.38$ (ps + pd = $.17$)*

* ps = kans op een consistent paar = gelijke ordening voor beide variabelen.
pd = kans op een inconsistent paar = tegengestelde ordening.

Tabel 12. Personen met wie men overleg pleegde alvorens de huisarts te consulteren (N = 129).

Gezinsleden	106	82%
Buren	1	1%
Vrienden	10	8%
Familie (exclusief gezinsleden) ..	3	2%
Deskundigen	9	7%
Totaal	129	100%

soms waren het medicijnen, die eerder door de huisarts waren voorgeschreven, maar niet geheel waren gebruikt.

Wij vonden voor wat betreft zelfmedicatie geen verschil tussen de patiënten „met pijn” en de patiënten „met hinder, maar zonder pijn”.

DE LEEFTIJDGROEP 0-15 JAAR

Deze groep bestond voor een groot deel uit kleine kinderen, bij wie het besluit de huisarts te consulteren door de moeder was genomen. Deze groep bleek qua aard van de klacht te verschillen van de leeftijdsgroep 15 jaar en ouder, zoals blijkt uit tabel 13.

Pijn speelde in de leeftijdsgroep 0-15 jaar een minder grote rol. Bovendien was de pijnlokalisatie verschillend. Keelpijn, oorpijn en hoofdpijn kwamen het meeste voor, terwijl in de groep van 15 jaar en ouder pijn in de ledematen, schouders, nek en rug het meest frequent voorkwam. In de categorie „hinder hebben van” (ex-

clusief pijn) waren de klachten meer in overeenstemming met die van de groep 15 jaar en ouder, namelijk vooral hoesten, verkoudheid en jeuk.

In tabel 14 zien wij een duidelijk verschil tussen de twee groepen wat betreft de duur van de pre-medische periode.

De leeftijdsgroep van 0-15 jaar gaf dus een kortere pre-medische periode te zien. In de leeftijdsgroep 15 jaar en ouder wachtte meer dan de helft van de patiënten langer dan twee weken. In de groep 0-15 jaar was dit slechts 20 procent.

Samenvattend kwamen wij bij de 244 patiënten van 15 jaar en ouder tot de volgende bevindingen.

Tabel 13. Relatie tussen leeftijd en soorten klachten (N = 300), uitgedrukt in procenten.

Klachten	0 - 14 jaar	15 jaar en ouder
Pijn	29	41
„Hinder hebben van”	59	44
„Ziekte” verschijnsel niet gepaard gaande met pijn of hinder	13	7
Probleem, niet samenhangend met ziekte	—	8
Totaal	101	100
	(N=56)	(N=244)

1. Van de 244 patiënten kwamen 207 (85%) bij de huisarts, omdat zij van iets last hadden; 17 patiënten (7%) kwamen met een verschijnsel dat geen pijn of andere vorm van hinder veroorzaakte maar wel werd beschouwd als een mogelijk signaal van iets, waarvoor medische hulp gewenst is; het door deze laatste groep patiënten meest gepresenteerde signaal was amenorrhoe; 20 patiënten (18%) kwamen met een probleem niet samenhangend met ziekte; van deze problemen had het merendeel te maken met anticonceptie.

2. Van de voornoemde 207 patiënten (85%) met „last van iets” brachten 100 (48%) als beginklacht pijn naar voren.

3. Bij 45 van de 100 patiënten (45%) met pijn was de pijn gebonden aan het bewegingsapparaat, dat wil zeggen, ledematen, schouder, nek en rug.

4. Van de 244 patiënten noemden 215 (88%) met betrekking tot hun gaan naar de huisarts één of meer bijkomende motieven; van de 244 patiënten met „last” en/of met een symptoom (categorie I, II en III) waren dat 204 patiënten (91%).

5. Als meest frequent en meest doorslaggevend motief voor het hulp inroepen van de huisarts kwam naar voren het als „ongewoon” ervaren van het klachtenbeloop; dit in de zin

Tabel 14. Relatie tussen leeftijd en de duur van de pre-medische periode (N = 300), uitgedrukt in procenten.

Duur pre-medische periode	0 - 14 jaar	15 jaar en ouder
1 dag	33	8
2 - 3 dagen	20	10
4 - 7 dagen	15	19
Meer dan 1 week		
minder dan 2 weken	13	9
2 weken - 4 weken	11	24
1 maand - 2 maanden	2	7
Meer dan 2 maanden	7	24
Totaal	101	101
	(N=56)	(N=244)
Gamma = + .52		

van erger, langer durend of „anders dan anders”.

6. Belangrijke bijkomende motieven bleken voorts te zijn: angst respectievelijk ongerustheid, een reeds bestaand maar nog niet in daden omgezette behoefte aan huisartshulp en het feit dat men zich geruime tijd al niet goed gevoelde.

7. Wat betreft de invloed van de bijkomende motieven bleek er geen duidelijk verschil tussen de „pijn-groep” en de „hinder-groep”; misschien was de pijn als reden om de huisarts te consulteren iets meer doorslaggevend dan andere gevoelens van onwelbevinden.

8. Bij de pijn bleek als bijkomend motief, behalve het als ongewoon ervaren van het klachtenbeloop, vooral angst, respectievelijk ongerustheid van belang.

9. Bij patiënten met pijn op de borst was angst het belangrijkste bijkomende motief.

10. De helft van de patiënten wachtte twee weken of langer alvorens naar de huisarts te gaan; dit gold zowel ten aanzien van pijn als ten aanzien van andere hinderlijke gevoelens.

11. Bij de patiënten met een korte pre-medische periode was angst en dergelijke een veel voorkomend bijkomend motief; echter reeds vanaf een pre-medische periode van vier tot en met zeven dagen begon het als ongewoon ervaren van het klachtenbeloop als bijkomend motief meer en meer een belangrijke rol te spelen.

12. Herhaalklachten kwamen voor bij 102 patiënten (41%), van wie 90 wegens deze klachten al eens medische hulp hadden ingeroepen. Bij deze 90 patiënten was de duur van de pre-medische periode langer dan bij de patiënten met herhaalklachten, die voor deze klachten nog niet eerder medische hulp hadden gezocht.

13. Bij 200 patiënten werd de vraag gesteld of ze overleg met anderen hadden gepleegd alvorens naar de huisarts te gaan; 129 patiënten (64,5%) antwoordden daarop bevestigend, van wie 106 met gezinsleden overlegden.

14. Op de vraag naar zelfbehan-

deling antwoordden 82 patiënten (37%) bevestigend; bij 63 bestond deze zelfbehandeling uit zelfmedicatie.

DE KLACHTBELEVING TIJDENS DE PRE-MEDISCHE PERIODE

Onze interesse ging het meest uit naar de wijze waarop patiënten, al of niet beïnvloed door eerder genoemde factoren, tot het besluit komen de hulp van de huisarts in te roepen. Vanuit deze belangstelling trachtten wij met elke patiënt in ons onderzoek de diverse belevenissen en belevingen in de pre-medische fase te reconstrueren. Deze werkwijze is uiteraard verre van volmaakt. Wij moeten dan ook aannemen, dat onze reconstructies op sommige punten onvolledig en vertekend zullen zijn. Het is nu eenmaal onvermijdelijk, dat in een betrekkelijk kortdurend gesprek bepaalde aspecten niet aan bod komen en andere extra aandacht krijgen. Toch menen wij in deze gesprekken een viertal kenmerkende patronen te kunnen construeren wat betreft de wijze waarop de klachten en/of verschijnselen gedurende de pre-medische periode worden ervaren. Wij willen deze in het kort schetsen.

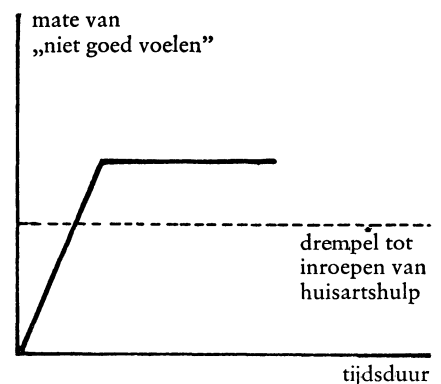
Denken wij ons grafisch de tijdsduur van de pre-medische periode afgezet op een horizontale as, de intensiteit respectievelijk de dreiging van het „zich niet goed voelen” op een verticale as en de drempel tot inroepen van medische hulp aangeduid met een gestippelde lijn. Een dergelijke voorstelling van zaken biedt ons de mogelijkheid de bedoelde vier patronen op vergelijkbare wijze te schetsen.

Het eerste type (figuur 1) is het patroon van de acute nood. Een patiënt wordt verrast door een acute bedreiging van zijn lichamelijk of psychisch welzijn. De dreiging van het moment overheerst en geeft aanleiding tot emotionele reacties: schrik, angst en onzekerheid. Hij heeft onvoldoende tijd voor een verstandelijke, relativerende benadering van het acuut ontstane probleem en is daardoor gauw geneigd hulp in te

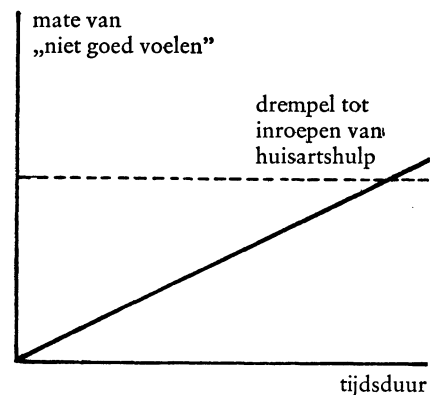
roepen. Bovendien breidt het emotionerende van de situatie zich uit tot de gezinsleden, waardoor de beslissing hulp te vragen veelal door deze wordt overgenomen, althans sterk beïnvloed. De pre-medische periode is kort, soms slechts enkele minuten en zelden langer dan één dag. Behalve angst en dergelijke spelen andere bijkomende factoren doorgaans een geringe rol. Wij vinden dit beeld uiteraard bij ongevalspatiënten en bij acute ziekte toestanden; wij herkennen dit patroon echter ook bij de vrouw, die de vorige dag de pil heeft vergeten en bij de gravida, die verneemt dat het buurmeisje rode hond heeft.

Het tweede type is het patroon van de geleidelijke verergering (figuur 2). Het langzaam ontstaan van een stoornis draagt ertoe bij, dat de patiënt in het begin geneigd is weinig aandacht aan het ziekteverschijnsel te schenken. Hij houdt het voorlopig

Figuur 1. Het patroon van de acute nood



Figuur 2. Het patroon van de geleidelijke verergering



voor zich totdat geleidelijk een bepaalde intensiteit is bereikt. Dan is er nog alle tijd voor overleg. De onmiddellijke behoefte aan hulp is duidelijk geringer dan bij de acute nood. De patiënt is gauw geneigd het bezoek aan de dokter nog maar even uit te stellen, ook al omdat de pressie daartoe van zijn naaste omgeving als regel geringer is. De pre-medische periode is doorgaans een kwestie van dagen of enkele weken.

Verstandelijke overwegingen spelen mee in de besluitvorming. Bijkomende factoren spelen eveneens een belangrijke rol. Wij vinden dit patroon in het algemeen bij geleidelijk verergerende klachten, zoals bij myalgieën, huidaandoeningen, doofheid en dergelijke. De klachten zijn doorgaans vrij goed bekend en voorspelbaar. Zij worden als regel meer lastig dan gevaarlijk geacht.

Het derde type is wat gecompliceerder. Het kenmerkende is hier het wegblijven van spontaan herstel. Hierbij zijn twee vormen te onderscheiden. De eerste vorm horen wij door patiënten vaak aangeduid met de woorden: „Het gaat me nou toch te lang duren” of uitspraken van gelijke strekking (figuur 3a). Een gestoord welzijn leidt tot behoefte aan medische hulp. De gevoelde behoefte is echter niet zo groot, dat terstond de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. De patiënt kijkt het eerst nog eens even aan in de hoop, dat het „vanzelf over zal gaan”. Dikwijls zijn er factoren, die hem ervan weerhouden naar de dokter te stappen, bijvoorbeeld de vrees voor onaangename onderzoeken, voor onaangename voorschriften of voor hoge kosten. De periode van afwachten is echter niet onbeperkt. Op de duur ontstaat twijfel. Er rijzen vragen als: „Duurt het niet abnormaal lang?”, „Zit er toch niet iets anders achter?”. Het onbehagen neemt toe en uiteindelijk wordt de hulp van de huisarts ingeroepen.

Bij een dergelijk patroon kan de pre-medische periode lang zijn; soms enige maanden. De klachten zijn vaak fluctuerend zonder dat er sprake is van een duidelijke ver-

ergering. De dreiging is meer een gevolg van de hardnekkigheid van de klachten dan van de klachten zelf. Het zijn onder andere patiënten met hoofdpijn, maagklachten, moeheid, vage rugklachten, die in dit patroon passen.

Het ligt voor de hand, dat de invloed van secundaire factoren groter wordt naarmate de pre-medische periode langer duurt en zo kan het gebeuren, dat een min of meer toevallige ervaring uiteindelijk de aanleiding vormt tot het consulteren van de huisarts. Vaak is dit een bijkomende klacht of een acute verergering (figuur 3b).

Wij zagen in ons onderzoek een aantal kenmerkende voorbeelden van dit patroon. Enkele daarvan willen wij vermelden: Een 50-jarige man hoest al enige weken; het wordt niet erger en niet beter, totdat hij op een dag tevens koorts en pijn op de borst krijgt; daarop laat hij de huisarts roepen.

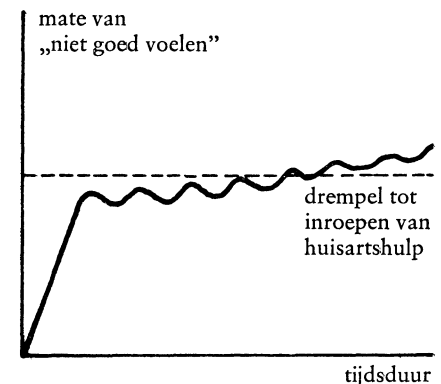
Een 26-jarige moeder van twee kinderen is al geruime tijd moe en heeft rugklachten. De toestand blijft een paar maanden constant. Dan blijven echter ook de rugklachten 's avonds en 's nachts voortduren, waardoor zij moeilijk in slaap kan komen. Haar moeheid wordt daarvoor zo intens, dat ze naar de huisarts gaat.

Soms is de acute verergering niet zo zeer een verandering in het klachtenpatroon, maar veel meer een situatieve wijziging. Een 45-jarige man heeft al een jaar potentiële stoornissen, waarvoor hij geen medische hulp zocht. De mededeling van zijn vrouw dat zij wil scheiden, verandert de situatie echter voor hem in een noodtoestand, waarin hulp dringend wordt gewenst.

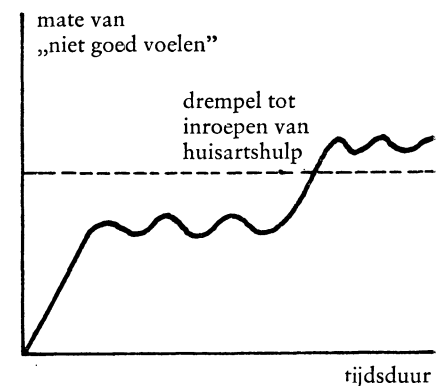
Uit deze voorbeelden wordt reeds duidelijk, dat wij meestal te maken hebben met mengvormen. Van belang is dat zowel de acute verandering als het reeds langer bestaande gestoorde gezondheidsgevoel wordt herkend. Ook hier is het de acute component, die tot een emotionele labiele gestemdheid kan leiden. Beide verdienen aandacht.

Het kenmerk van het vierde type is de cumulatie (figuur 4). Patiënten stellen tijdens een consult of visite dikwijls verscheidene problemen aan de orde. Iedere huisarts herkent in dit opzicht uitlatingen als: „Nu ik toch eenmaal hier ben, dokter...”. Het zijn vaak problemen, die naar de

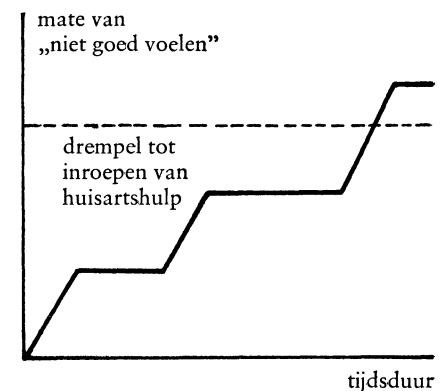
Figuur 3a. Het patroon van het wegblijven van spontaan herstel



Figuur 3b. Het patroon van acute verergering in plaats van spontaan herstel



Figuur 4. Het patroon van de cumulatie



mening van de patiënt, nauwelijks iets met elkaar te maken lijken te hebben en schijnbaar niet zo urgent zijn. Pilconsulten zijn nogal eens consulten, waarbij ook andere problemen en probleempjes ter sprake worden gebracht.

De geschetste belevingspatronen zijn natuurlijk constructies en geen beschrijvingen van de werkelijkheid. Bovendien zijn allerlei combinaties mogelijk. Toch lijkt ons een dergelijke typologie van nut, omdat het enige oriëntatie kan bieden in de veelheid van motieven en verwachtingen, die als regel òf niet òf in zeer verholde vorm worden uitgesproken. Bij de acute nood is de emotionaliteit rond het probleem uiteraard groot, onbeheerst, agressief gedrag is in die gevallen niet zeldzaam; andere bijkomende factoren spelen een ondergeschikte rol.

Bij de geleidelijke verergering is het vaak vooral een kwestie van „last hebben van”, hoewel het verergeren van het probleem ook onrust kan wekken.

Bij de uitblijvende verbetering is het goed te bedenken, dat de patiënt dikwijls al een lange periode van „niet goed voelen” en twijfel achter de rug heeft. Wat uiteindelijk de aanleiding tot hulp inroepen vormt, kan dan onbelangrijk lijken. Door alles wat eraan is voorafgegaan, wordt het echter zeer emotioneel beleefd en gepresenteerd. De huisarts die dit onderkent, kan veel misverstanden en frustraties voorkómen.

De cumulatie van problemen tijdens een consult is misschien meer een probleem van de dokter dan van de patiënt. Het geconfronteerd worden met een nieuw probleem, terwijl men als arts het consult al bijna als geëindigd beschouwt, wekt nogal eens wrevel op. Toch is een dergelijk gedrag van de patiënt begrijpelijk, als men bedenkt, dat elk consult in zekere zin het overschrijden van een drempel is.

SLOTBESCHOUWING

Bijkomende motieven spelen een belangrijke rol bij het gaan naar de

(huis)arts. Zij beïnvloeden bovendien het klaaggedrag. Hiermee wordt bedoeld de wijze waarop een patiënt zijn klachten presenteert, daarbij de ene klacht benadrukkend en de andere klacht bagatelliserend, maar ook de wijze waarop hij de klachtverwoording opneemt in een stukje levensbeschrijving. De klachtverwoording is een onderdeel van het meer omvattende klaaggedrag. De klachtverwoording is voorts onderhevig aan selectie op grond van motieven, overwegingen en verwachtingen.

Naast de klachtverwoording als signaal van een mogelijke aandoening verdient zowel in de medische opleiding als in de medische zorgverlening het klaaggedrag de aandacht. Daarbij kan de constructie van bepaalde patronen van klachtbeleving wellicht van dienst zijn. Het herkennen van het beleven van „acute nood” kan emotioneel, eventueel agressief gedrag van de patiënt voor de arts begrijpelijk maken. Daardoor kan worden vermeden, dat dit gedrag het helpen van de patiënt storend beïnvloedt. Dit geldt des te meer wanneer aan het acute nood beleven een periode van „al lang niet goed voelen” is voorafgegaan. In die situatie kan een klacht worden gepresenteerd en een klachtenbeloop worden geschilderd op een wijze, die in geen enkele verhouding staat tot de ernst van die klacht.

In de inleiding is reeds gewezen op het frequent voorkomen van klachten zonder dat daarvoor medische hulp wordt ingeroepen. Morbiditeitsstudies op basis van consulten en visites bieden dan ook onvoldoende betrouwbare gegevens omtrent het vóórkomen van klachten en aandoeningen. Een analoge restrictie geldt ten aanzien van onderzoeken, waarin op basis van consulten en visites samenhangen worden aangetoond tussen psychosociale en culturele variabelen enerzijds en klachten respectievelijk aandoeningen anderzijds. De mogelijkheid bestaat, dat die variabelen niet van invloed zijn op het ontstaan van klachten en/of aandoeningen, maar op het klaaggedrag

in die zin dat men eerder geneigd is daarvoor medische hulp in te roepen.

Meer dan de helft van de patiënten wachtte langer dan twee weken alvorens hulp van de huisarts in te roepen; 85 procent kwam, omdat men „last had van iets”; daarvan kwam de helft wegens pijn; ruim 90 procent vermeldde één of meer bijkomende motieven als reden van hun komst naar de huisarts. Deze bevindingen doen vermoeden, dat de stap van klacht naar klagen niet zo maar wordt gezet. Men keek het meestal eerst nog eens aan en pas wanneer door het uitblijven van spontaan herstel of onder invloed van andere gebeurtenissen het onbehagen en de onzekerheid toenamen, zocht men de hulp van de huisarts. Dit onderstreept nog eens het belang van een goede gezondheidsvoorlichting en -opvoeding om te komen tot adequaat klaaggedrag. Voorlichten en opvoeden vormen essentiële voorwaarden om een werkelijke participatie van de bevolking in de gezondheidszorg te bereiken.

De beslissing al of niet naar de huisarts te gaan heeft blijkbaar voor veel mensen iets van een „alles of niets” keuze: òf men gaat naar de huisarts met als risico tijdrovend en onaangenaam onderzoek, verwijzing naar een specialist, onaangename voorschriften en dergelijke, òf men gaat niet met als risico het nodeloos lang gehinderd worden door een gestoord gezondheidsgevoel en kans op verergering. Wanneer wij zien dat verschillende patiënten alvorens naar de huisarts te gaan eerst zelfmedicatie toepassen of overleg plegen met iemand, dan leidt dit tot de veronderstelling, dat er behoefte bestaat aan iets tussen „niets doen” en „naar de huisarts gaan”. Dit „iets” zou bijvoorbeeld kunnen zijn de mogelijkheid om overleg te plegen met iemand, die beschikt over een redelijke deskundigheid zoals de wijkverpleegkundige of misschien de praktijkassistente. Het zou ook de huisarts zelf kunnen zijn als hij de mogelijkheid tot telefonisch overleg voor zijn patiënten zou vergroten. Verscheidene huisartsen doen dit reeds.

Het analyseren van de pre-medische periode begint zodra een arts zich afvraagt, waarom deze patiënt op dit moment met deze klachten komt. In die zin is het exploreren van de pre-medische periode in feite een onderdeel van het anamnestic onderzoek. Echter ook uit een oogpunt van gezondheidszorg is de pre-medische periode de aandacht ten volle waard. Als op elke patiënt die met een bepaalde klacht bij de arts komt er vele anderen zijn, die ondanks dezelfde klachten de arts niet bezoeken, dan is het erg belangrijk te weten, welke verschillen er tussen de „wel-komers” en de „niet-komers” zijn qua persoon, milieu-situatie, enzovoort.

Summary. From complaint to complaining; an analysis of the pre-medical period. Data on the pre-medical period, i.e. the period from the beginning of symptom perception to seeking medical advice, were recorded by three general practitioners on a hundred patients each. These data were analysed to establish which complaints the patients primarily expressed to the family doctor, the extent to which additional motives

prompted them to seek medical advice, and the degree of correlation between the type of initial complaint(s), the duration of the pre-medical period and the additional motives. The analysis also considered the involvement of repetitive complaints, self-treatment and consultation of others before the family doctor was consulted.

Among other things it was found that 88 per cent of patients aged 15 and over mentioned one or several additional motives for seeking medical advice, besides the complaints and/or symptoms; the most important was a symptom course experienced as unusual, and fear or uncertainty and anxiety. It was also found that more than 50 per cent had waited two weeks before seeing the family doctor.

With regard to the manner in which the complaints or symptoms were experienced during the pre-medical period, some characteristic patterns are described: the experience of acute distress, gradual aggravation, failure of spontaneous recovery, and accumulation of complaints or symptoms.

Insight into the pre-medical period can greatly contribute to optimal medical care. But a study of the pre-medical period is also of importance in the general context of health care problems in that it can provide a guideline for efforts to ensure that patients respond to complaints by adequate illness behaviour and complaint behaviour.

- Cartwright, A. Patients and their doctors. Routledge and Kegan Paul, London, 1967.
- Commission on chronic illness. Chronic illness in a large city, Cambridge, Harvard University Press, 1957.
- Giel, R. en C. P. J. le Nobel (1972) T. soc. Geneesk. 50, 365.
- Kosa, J. en anderen. (1967) Paediatrics 5, 000.
- Parsons, T. The Social System, Routledge and Kegan Paul, London 1964 .
- Pinsent, R. J. F. H. Morbidity statistics from general practice, studies of medical population, no. 14, London, 1962.
- Rogghmann, K. J. & J. Haggerty. (1972) Medical Care 10, no. 2.
- Rosenblatt, D. en E. A. Suchman. Blue collar world. Shostak and Gromberg, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1965.
- Theodore, Th. C. The demand for health services, Center for Health Administration Studies, Research Series no. 25, 1968.
- Wadsworth, W. J. H. en anderen. Health and Sickness: the choice of treatment. Tavistock Publication, 1971.
- Weyel, J. Medische Psychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1961.
- Zbrowski, M. Cultural components in responses to pain. The Free Press, Glencoe, 1958.
- Zola, I. K. (1965) Amer. social Rev. 5, 418.

Samenwerken in een team - een routebeschrijving door een ruig landschap

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD

Het woord samenwerking wordt veel gebruikt. Kennelijk betekent samenwerking voor velen iets begeerlijks. Of bij deze begeerte de nadruk op „samen” of op „werken” valt is daarentegen vaak niet duidelijk. Vaak is evenmin duidelijk wat men nu precies van samenwerking verwacht, wat men er zelf voor wil doen en vooral wat men er zelf voor wil laten.

Het is aanvaard dat samenwerken moeilijk is. Minder aanvaard is dat samenwerking niet vanzelf tot stand komt wanneer mensen samen in een gebouw werken of tegen elkaar verklaren tot samenwerking bereid zijn.

Hollander, Van Ravenzwaay en

Whitlau hebben in dit tijdschrift bijgedragen tot inzicht in de problemen, die zich bij groepspraktijken en groepsprocessen kunnen voordoen. Blom en Van Es hebben getuigenis afgelegd van het samenwerkingsdrama „Overvecht”. In dit artikel wordt een geschematiseerd verslag gedaan over de bochtige weg welke in Ommoord is gevolgd om tot samenwerking en teamvorming te komen. Het gaat hier dus om één bepaalde werksituatie: die in Ommoord. Dat houdt enerzijds natuurlijk beperkingen in wanneer men meer algemeen over samenwerkingsproblemen wil worden geïnformeerd, anderzijds is er de afgelopen vijf jaar

in Ommoord een ontwikkeling te zien, die toch meer algemene kanten heeft.

STEREOTYPE ROL-OPVATTINGEN, GEEN SAMENWERKING

Aan de wens om tot samenwerking te komen gaat een situatie vooraf, welke in *figuur I* als schema en ook een beetje als karikatuur is weergegeven. De vier werksoorten die de ruggegraat van de eerstelijnsgezondheidszorg vormen — de huisarts, de wijkverpleegkundige, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker — zijn door gekleurde schijven weer-