

Patiënt en huisarts – Rochester (V.S.) en Ommoord met elkaar vergeleken

W. H. BOOM*, DR. H. LAMBERTS**, DR. J. FROOM*** EN R. BLONDELL*

Beschouwt men de patiënt als consument, dan blijkt telkens weer een opvallende tevredenheid te bestaan over hetgeen hem wordt aangeboden op de (medische) markt. Teneinde meer inzicht te verkrijgen in dit fenomeen, werd in een tweetal gezondheidscentra in Rochester (V.S.) en Ommoord met behulp van vragenlijsten onderzoek verricht naar de verwachtingen waarmee patiënten hun huisarts bezoeken en naar de feitelijke ervaringen. In Ommoord is ook de verwachting van de huisarts vastgelegd over hetgeen de patiënt tijdens het consult heeft ervaren.

De grote tevredenheid van de consument over de hulpverlening werd bevestigd, hoewel in ongeveer de helft van het aantal gevallen niet werd voldaan aan omschreven verwachtingen van de patiënt.

Tussen beide hulpverleningssituaties blijken grote transculturele verschillen te bestaan.

De patiënt is ook consument. De betekenis van dit feit neemt in de gezondheidszorg in belang toe. Een consument is een gebruiker van hetgeen wordt aangeboden op de (medische) markt. Een aspect van consumptie is de mate waarin tevredenheid bestaat over hetgeen wordt gebruikt. Daarom is er de laatste jaren veel onderzoek verricht over de relatie patiënt/consument en hulpverlener/producent. Linn splitst de „satisfactie” in drie delen:

- tevredenheid over organisatie, structuur en financiële aspecten van de zorg;
- tevredenheid over de huisarts;
- tevredenheid over de overige hulpverleners in de eerstelijns en hun hulpverlening.

Tevredenheid is moeilijk op aanvaardbare wijze te meten. Het bestaat uit diverse componenten, waaruit men onderscheid moet maken tussen die welke worden bepaald door de situatie waarin wordt gemeten (bijvoorbeeld de soort praktijk, het gebouw) en die welke stammen uit een algemene houding ten opzichte van de gezondheidszorg. Uit tal van publikaties blijkt steeds weer een grote mate van tevredenheid (circa 90 procent) te bestaan over de huisarts. Dit geldt zowel in Nederland (Casseo, Crebolder), als elders (Linn; Marsh en Kaim-Candle; Zeev). Het geldt voor solo-werkers, hoe dan ook

gehonoreerd, (Tessler en Mechanic) en voor gezondheidscentra (Crebolder; ITO-BA; Bellin en Geiger). Het is goed om deze overweldigende tevredenheid met scepsis tegemoet te treden, ook al valt bijvoorbeeld de tevredenheid over andere voorzieningen zoals het optreden van de politie, de behulpzaamheid van burens, recreatiefaciliteiten of winkelmogelijkheden, belangrijk lager uit (Bellin en Geiger).

De uitkomsten van satisfactieonderzoek zijn vondsten, geen feiten. De uitkomst wordt mede bepaald door de situatie waarin welke vragen op welke wijze door wie aan wie gesteld worden. Aan het gebruik van interviews of vragenlijsten om de tevredenheid te meten zijn allerlei beperkingen verbonden, zoals Cannell en ook Weiss in detail uiteenzetten. Meermalen blijkt er een flinke discrepantie te bestaan tussen de antwoorden van mensen en hetgeen als een „hard” feit bekend is (bijvoorbeeld de hoogte van het banksaldo, het bestaan van een chronische ziekte, de doodsoorzaak van een vader of moeder). In de relatie tussen interviewer en de geïnterviewde speelt de theorie van het vergeten, naast de sociale wenselijkheid van bepaalde antwoorden, een belangrijke rol.

Tevredenheid en verwachtingen

Belangrijk voor tevredenheid, zijn de verwachtingen welke men tevoren heeft. Men

kan verwachtingen definiëren als op de toekomst gerichte veronderstellingen en behoeften, die tot ontevredenheid kunnen leiden, wanneer zij ongegrond blijken, respectievelijk onvervuld blijven. Onze bedoeling is te kijken naar de verwachtingen waarmee patiënten naar hun huisarts in een gezondheidscentrum komen en te zien in hoeverre aan hun verwachtingen wordt voldaan. Onze aanpak richt zich op:

- het verkrijgen van inzicht in de verhouding tussen verwachting en tevredenheid;
- het beoordelen van de perceptie door de patiënt over hetgeen hij verwacht naast hetgeen werkelijk is gebeurd.

Linn heeft deze methode gebruikt om de rol van een nieuwe hulpverlener in de Verenigde Staten te bestuderen („nurse-practitioner”). Otto en Moos hebben op soortgelijke wijze gekeken naar de verwachtingen waarmee patiënten naar een psychiatrische polikliniek komen en naar de relatie tussen al dan niet „realistische” verwachtingen en het verloop van de therapie.

Ons onderzoek heeft een extra dimensie gekregen omdat het zowel in de Verenigde Staten (Rochester) als in Nederland (Ommoord) is uitgevoerd. Het is niet onze bedoeling aan te tonen dat er culturele verschillen tussen de Nederlandse eerstelijns en de Amerikaanse „primary care” bestaan. De transculturele verschillen zijn reeds uitstekend door Marsh en anderen beschreven in een vergelijkend onderzoek over de eerstelijns in Iowa (Verenigde Staten) en de North East Region (Engeland). Bovendien hebben Kohn en White het bestaan van grote culturele verschillen in de structuur en het functioneren (het proces) van de gezondheidszorg aangetoond. Ons onderzoek biedt een mogelijkheid te beoordelen of culturele verschillen zich ook uiten in verwachtingen en tevredenheid.

Onze hypothese is drieërlei, namelijk dat de eerstelijns gezondheidszorg tegemoet komt aan de verwachtingen die mensen hierover hebben, dat deze verwachtingen grote transculturele verschillen vertonen en dat tevredenheid over de hulpverlening afhangt van de mate waarin aan de verwachtingen wordt tegemoet gekomen. Noch de groepspraktijk in Ommoord, noch die in Rochester, kan als representatief voor de Nederlandse, respectievelijk Amerikaanse huisartsgeneeskunde gelden. Zij vormen slechts een deel van twee verschillende systemen van gezondheidszorg.

Het onderzoek

In de Verenigde Staten is het onderzoek verricht in het J. B. Holler-Family Medicine Center in Rochester (New York). Zes huisartsen, eenendertig assistent-huisartsen (een dag per week werkzaam) en elf ver-

* Medisch student, Rochester Medical School, U.S.A.

** Huisarts, afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse G.G. en G.D.

*** Huisarts, Department of Family Practice, Rochester Medical School, U.S.A.

Tabel I. Verdeling van leeftijd, etnische achtergrond, geslacht, socio-economische status en verzekeringsvorm tussen patiëntengroepen in Ommoord (N=272) en Rochester (N=320). In procenten.

LEEFTIJD	Ommoord	Rochester
0-10	3	1
11-20	11	15
21-30	18	39
31-40	21	13
41-50	15	7
51-60	11	7
61-70	13	6
71 +	9	4
Geen antwoord	< 1	0
ETNISCHE ACHTERGROND		
Blank	96	84
Zwart	2	14
Geen antwoord	2	< 1
GESLACHT		
Man	32	30
Vrouw	68	70
Geen antwoord	0	< 1
SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS		
1 - hoog	2	5
2	10	20
3 - midden	40	17
4	37	27
5 - laag	3	21
Geen antwoord	7	12
VERZEKERINGSVORM		
Particulier resp. Blue Cross/Blue Shield	41	61
Ziektenfonds/Medicare/Medicaid	58	23
Geen verzekering	0	11
Andere vorm	-	4
Geen antwoord	2	1

pleegkundigen werken er in groepsverband samen en zij verlenen hulp aan ongeveer 11.500 personen. Het gezondheidscentrum ligt vlak bij de ghettobuurt en vormt een onderdeel van de universiteit van Rochester (School of Medicine and Dentistry). Rochester is een middelgrote Amerikaanse industriestad met 500.000 inwoners.

In Nederland is het onderzoek verricht in het gezondheidscentrum Ommoord, waar acht huisartsen, vier fysiotherapeuten, twee verloskundigen, acht wijkverpleegkundigen, twee maatschappelijk werkers, een laborante en een praktijkverpleegkundige, hulp verlenen aan ongeveer 17.500 mensen. Ommoord is een moderne satellietstad van Rotterdam met ongeveer 28.000 inwoners. De gebruikte vragenlijst is in onderling overleg ontwikkeld en in Rochester op de proef gesteld. Zij bestaat uit drie onderdelen. Het eerste deel bevat een aantal achtergrondgegevens die door twee medische studenten uit Rochester (waarvan één Nederlands sprekende) in de wachtkamer zijn nagevraagd en opgeschreven (leeftijd, geslacht, beroep enzovoort).

Het tweede gedeelte, de lijst met verwachtingen, is door de patiënten zelf ingevuld. Er wordt gevraagd naar de verwachtingen, waarmee men is gekomen, bijvoorbeeld: „Hoe lang denkt u te zullen moeten wachten? Wie verwacht u te zien? Wat voor een onderzoek verwacht u? (lichamelijk onderzoek, electrocardiogram, laboratoriumonderzoek, enzovoort). Wat voor soort behandeling (recept, injectie, gesprek, enzovoort), en wat voor soort resultaat (genezing, verklaring, verbetering enzovoort) denkt u te zullen krijgen? Hoe denkt u dat de „follow up” zal zijn?”.

In het derde deel, de lijst met ervaringen, na het consult door dezelfde patiënt ingevuld, worden de vragen opnieuw gesteld, maar nu wordt gevraagd naar hetgeen feitelijk is gebeurd.

Er zijn ook vragen die niet in beide lijsten voorkomen. In de lijst met verwachtingen is gevraagd naar de frequentie waarmee het centrum is bezocht, en naar de ernst van het probleem of de kwaal. In de lijst met ervaringen wordt geïnformeerd naar de tevredenheid over de geboden hulp en er wordt gevraagd of werd verkregen wat men had verwacht. Tot zover zijn de vragenlijsten in Rochester en in Ommoord identiek.

In Ommoord is, zowel vóór als na het consult geïnformeerd naar de aard van het probleem (lichamelijk probleem, een leef- of psychisch probleem of een combinatie van beide). Deze vraag sluit aan op de belangstelling in Ommoord voor probleemgedrag (*Lamberts*). Deze vraag is in Rochester niet gesteld. Het eerste transculturele verschil. Bovendien was het in Ommoord mogelijk ook de huisarts de lijst met ervaringen te laten invullen, om zo de perceptie van hulpverlener en patiënt te kunnen vergelijken. De huisarts probeerde de lijst zo in te vullen, als naar zijn mening de patiënt dit zou doen, en niet in zijn ogen zou behoren te doen. *Stewart* en *Buck* onderstrepen de discrepantie in de opvattingen van arts en patiënt over eenzelfde gebeurtenis of hetzelfde feit. De lijsten met verwachtingen en ervaringen geven ons een beperkte indruk van de inhoud van het contact tussen hulpverlener en consument. De vragenlijsten zijn zo beperkt mogelijk gehouden, opdat zij snel in de wachtkamer konden worden ingevuld. Een voorbeeld van één van de vragen is:

„Wat voor resultaat verwacht u van het contact?” Na deze inleidende vraag volgt een lijstje van antwoordmogelijkheden waarbij alles wat de patiënt van toepassing acht, kan worden aangekruist:

- geen, de vraag is niet van toepassing.
- een genezing, of oplossing van mijn probleem.
- geen genezing, maar een verbetering van mijn toestand.
- keuring of „check-up”.

- een verklaring voor mijn ziekteverschijnselen of toestand of het verkrijgen van meer inzicht in mijn probleem.
 - mijn probleem beter aankunnen of een geruststelling.
 - wat anders, graag nader omschrijven: . . .
- In de lijst met ervaringen, na het consult ingevuld, wordt de aansluitende vraag gesteld: „Wat is er uit het consult voortgekomen?” De antwoordmogelijkheden zijn identiek aan die in de lijst met verwachtingen.

Resultaten

In Rochester namen 320, in Ommoord 272 patiënten deel aan het onderzoek. De leeftijdsgrens voor deelname is zestien jaar. Het onderzoek vond plaats gedurende de zomermaanden van 1976. In beide centra werden op een zoveel mogelijk willekeurige wijze mensen in de wachtkamer aangesproken en verzocht aan het onderzoek mee te doen. Ongeveer 10 procent van de mensen was daartoe niet in staat of weigerde. Wij verbazen ons steeds opnieuw over de volgzzaamheid van mensen in het gezondheidszorgsysteem. Deze volgzzaamheid geldt niet alleen alle mogelijke vormen van vaak onaangenaam onderzoek en behandeling doch kennelijk ook het „accoutrement” van de wetenschappelijke arbeid. Was het in Ommoord het ontbreken van de bril, die het invullen van de lijsten nogal eens bemoeilijkte, in Rochester speelde het analfabetisme een duidelijke rol. Dit is zeker een transcultureel verschil, dat de inhoud van de eerstelijns gezondheidszorg kan beïnvloeden.

De twee patiëntengroepen zijn redelijk representatief voor beide praktijken, maar vertonen belangrijke verschillen ten opzichte van elkaar (*Tabel I*). In Rochester is sprake van meer jongeren (21-30 jaar) en ongehuwden. In Ommoord ontbreken de verscheidenheid in etnische groeperingen en de niet-verzekerden. In Rochester is zeker 10 procent van de patiënten niet verzekerd, hetgeen in Ommoord niet voorkomt.

Het vergelijken van de verzekeringsvorm is echter moeilijk. In de Verenigde Staten kent men geen ziekenfondssysteem. Bepaalde groepen zijn van staatswege voor alle medische onkosten verzekerd (Medicare). Het betreft dan mensen met een zeer laag inkomen, werklozen, wezen, enzovoort. Mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, worden door de staat aanvullend verzekerd, afhankelijk van het inkomen. Dit is het zogenaamde Medicaid systeem. De rest van de bevolking sluit verzekeringen af die meestal slechts „catastrofale” medische situaties dekken (ongelukken, invaliditeit, operaties, chronische ziekten en-

Tabel II. Verdeling van bezoekfrequentie, eerste bezoek voor de actuele klacht en ernst van de klacht, alsmede van verwachtingen en ervaringen over wachttijd, onderzoek en hulp, behandeling en resultaat, bij patiëntengroepen uit Ommoord (N=272) en Rochester (N=320). In Ommoord ook de mening van de huisarts. In procenten.

BEZOEKFREQUENTIE	Ommoord			Rochester	
Nooit tevoren		2		15	
1- 2 x		7		19	
3- 5 x		21		16	
6-10 x		15		9	
Meer dan 10 x		54		41	
Geen antwoord		1		0	
EERSTE BEZOEK VOOR DE ACTUELE KLACHT					
Ja		41		45	
Nee		58		55	
Geen antwoord		1		1	
ERNST VAN DE KLACHT					
Geen klacht of n.v.t.		29		24	
Onbelangrijk		31		35	
Vrij ernstig		22		29	
Ernstig		4		11	
Geen antwoord		15		1	
WACHTTIJD					
	Verwacht	Ervaring	Huisarts	Verwacht	Ervaring
Minder dan 15 minuten	54	48	62	47	53
15 minuten tot 30 minuten	38	40	32	43	24
30 minuten tot 60 minuten	3	10	2	8	11
Meer dan 60 minuten	0	0	1	2	2
Geen antwoord	4	2	3	1	10
ONDERZOEK EN HULP					
Geen (niet van toepassing)	14	22	16	5	7
Lichamelijk onderzoek	29	38	59	34	36
Elektrocardiogram	2	1	1	2	2
Laboratoriumonderzoek	5	8	9	26	32
Anticonceptie	13	11	8	5	5
Prenataal onderzoek	1	1	0	8	6
Check-up	3	2	1	24	26
Wat anders	7	9	11	25	25
Weet het niet	15	—	—	19	—
Geen antwoord	25	18	10	3	11
BEHANDELING					
Geen (niet van toepassing)	7	11	9	12	14
Recept	51	62	61	36	39
Gratis medicijnenmonster	—	—	—	1	1
Injectie	2	3	3	6	4
Fysiotherapie	3	2	2	—	—
Uitleg, gesprek, begeleiding	13	14	28	34	46
Advies, leefregel	7	6	14	19	22
Wat anders	2	4	8	7	6
Weet het niet	12	—	—	23	—
Geen antwoord	14	10	6	2	10
RESULTAAT					
Geen (niet van toepassing)	11	21	34	6	5
Genezing, oplossing van mijn probleem	39	13	6	24	20
Verbetering van mijn toestand	12	12	7	21	16
Verklaring, meer inzicht in mijn probleem, toestand, ziekte	13	20	34	44	40
Geruststelling, beter aankunnen van mijn probleem	14	17	20	24	30
Wat anders	2	3	3	1	2
Geen antwoord	15	20	8	2	9

zovoort). Gewone consulten worden dan uit eigen zak betaald. De meest populaire verzekeringsvorm is het zogenaamde Blue Cross/Blue Shield. Dit systeem komt in feite overeen met het Nederlandse particulier verzekerd zijn, met de huisarts als „eigen risico”. Er zijn hierop allerlei variaties. De werkgever of vakbond betaalt soms de premie of een aanvullende verzekering voor specialistische consulten, tandartshulp enzovoort.

Terwijl in Ommoord de middenklasse het sterkst is vertegenwoordigd, ziet men in Rochester zowel mensen uit de lagere sociaal-economische groeperingen als uit de best gesitueerde laag. Men treft, zowel in Ommoord als in Rochester, vrouwen tweemaal zo vaak aan in de wachtkamer, als mannen. Wanneer werd gevraagd hoe vaak men eerder in het centrum was geweest (Tabel II), bleek dat in Rochester 15 procent van de mensen er nog nooit was geweest, terwijl in Ommoord dit percentage op twee uitkwam.

Dit verschil berust vooral op de wijze waarop de gezondheidszorg in Nederland en in de Verenigde Staten is georganiseerd.

De betalingsstructuur dwingt de Amerikaan niet om naar een huisarts te gaan alvorens specialistische hulp te kunnen verkrijgen. De huisarts concurreert bij wijze van spreken met de specialist die om de hoek zit. De Amerikaanse gezondheidszorg-consument kan kiezen en van arts wisselen, zo vaak en zo lang hij wil. Bovendien is de mobiliteit van de bevolking er veel groter dan in Nederland en daarmee ook het verloop in de eerstelijns. Er is berekend dat de gemiddelde Amerikaan 6,5 verhuizingen in zijn leven doormaakt.

Ook het aantal mensen dat vaker dan tienmaal de praktijk bezocht (Tabel II) verschilde (41 procent in Rochester, tegenover 54 procent in Ommoord). De harde kern van „grootgebruikers” in de eerstelijns lijkt ook aan transculturele verschillen onderhevig te zijn. Zowel in Rochester als in Ommoord liggen de percentages van mensen die niet voor de eerste keer kwamen voor de actuele klacht, dicht bij elkaar (55 in Rochester en 58 in Ommoord).

De wachttijden, een bron van ontevredenheid, verschillen nogal. Lange wachttijden (dertig minuten tot meer dan een uur) werden minder vaak verwacht dan verkregen. In beide gevallen verwacht ongeveer 90 procent van de patiënten binnen een half uur te worden geholpen, hetgeen in Ommoord voor 88 procent en in Rochester voor 77 procent van de patiënten ook het geval was. Langer wachten in Rochester is het gevolg van het feit dat daar een consult meer tijd in beslag neemt dan in Ommoord. Opmerkelijk is dat in Ommoord de huisarts de wachttijd zoals door de patiënt opgegeven, onderschat.

Dit komt waarschijnlijk omdat de patiënt de hoeveelheid tijd die hij te vroeg is, meetelt.

Naar de ernst van de klacht of kwaal geïnformeerd, beschouwde in Rochester 11 procent van de patiënten zich als ernstig ziek, in Ommoord vond slechts 4 procent van de patiënten dit. De voornamelijk somatische kleur van de vraag verklaart het feit dat in Ommoord 43 procent van de patiënten de vraag niet of negatief (geen klacht) beantwoordde, in Rochester deed slechts 25 procent van de patiënten dit. Het belang van probleem-gedrag en psycho-sociale problematiek wordt in Ommoord door huisarts en patiënt onderkend, zoals later zal blijken. Het ontbreken van deze notie in de Verenigde Staten is door *Marsh* signaleerd in zijn Amerikaans-Engelse vergelijkingen, waarbij naar onze mening de Nederlandse situatie sterk overeenkomt met de Engelse.

Wanneer wij nu naar die vragen kijken die zowel vóór als na het consult zijn gesteld (*Tabel II*), dan valt het op dat in Rochester en Ommoord, een lichamelijk onderzoek ongeveer even vaak wordt verwacht en ongeveer even vaak wordt verkregen (circa 35 procent van de gevallen). De huisartsen in Ommoord menen veel vaker lichamelijk onderzoek te hebben verricht dan de patiënt opgeeft. Het gebruik van electrocardiografie en van laboratoriumonderzoek is in Rochester duidelijk frequenter. Het wordt er door de patiënten vaker verwacht en ook vaker ver-

regen: 32 procent van de patiënten krijgt in Rochester een of ander laboratoriumonderzoek, hetgeen in Ommoord slechts bij 8 procent van de patiënten het geval is. De „check-up” is in Rochester vele malen belangrijker dan in Ommoord (26 procent versus 2 procent). De categorie „wat anders” is in Rochester vooral hoger door het zelf maken van röntgenfoto's. Deze gegevens zijn volledig in overeenstemming met de observaties van *Marsh*, namelijk dat de Amerikaanse huisarts vaker laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, electrocardiogrammen en andere medisch-technische handelingen verricht.

Bij de categorie „behandelingen” is het meest frappante verschil dat de huisarts in Ommoord vaker een recept uitschrijft dan zijn Amerikaanse collega, terwijl in beide gevallen de patiënt vaker een recept krijgt dan hij had verwacht. Deze verschillen zijn waarschijnlijk vooral terug te brengen op verschillen in geneesmiddel-verstrekking in beide landen. De vraag of de daadwerkelijke consumptie in beide situaties verschillend kan niet worden beantwoord. Uit Saskatoon (Canada) weten wij dat daar in rond 60 procent van de gevallen het consult met een recept wordt afgerond (*Wolfe* en *Badgley*). In Rochester is de patiënt veel vaker – ook vaker dan verwacht – van mening dat hij een uitleg, gesprek of begeleiding dan wel een advies of leefregel heeft gekregen. In Ommoord is geen sprake van deze discrepantie.

Wel is er een forse discrepantie tussen wat de huisarts vindt dat er gebeurd is en wat de patiënt als ervaring opschrijft. Dit is – zoals straks zal blijken – des te merkwaardiger omdat een hoog percentage in Ommoord aangeeft voor een leefprobleem respectievelijk een gemengd probleem te zijn gekomen. Het is mogelijk dat de verschillen tussen Ommoord en Rochester deels berusten op semantische verschillen en vertalingsproblemen.

Wanneer men naar de rubriek „resultaten” (*Tabel II*) kijkt, dan valt op dat in Ommoord 39 procent van de mensen van het consult een genezing verwacht; slechts 13 procent van de patiënten meent dit inderdaad na het contact te hebben verkregen. De huisartsen zijn daar nog pessimistischer over. In Rochester treedt wat dit betreft nauwelijks een verschuiving op: 24 procent van de patiënten verwacht genezing, 20 procent van de patiënten meent dit ook te hebben gekregen. Aan de andere kant verwachten tweemaal zoveel mensen in Rochester (44 procent) een verklaring voor de ziekteverschijnselen of problematiek te krijgen – waarbij 40 procent van de mensen meent dit ook te hebben gekregen – dan in Ommoord, waar dit slechts in beide gevallen om minder dan 20 procent van de gevallen gaat.

Met betrekking tot de „follow-up” (*Tabel III*) blijkt dat in beide situaties meer mensen moeten terugkomen dan tevoren verwacht, waarbij in Ommoord het aantal „follow-up” contacten kleiner is dan in Rochester (49 procent in Rochester ten opzichte van 31 procent in Ommoord). Daarentegen is het aantal verwijzingen naar de specialist (inclusief de röntgenoloog) in Ommoord groter dan in Rochester (8 procent ten opzichte van 4 procent). In beide gevallen lag de verwachting van een verwijzing dicht bij hetgeen werd verkregen. Men moet dit verschil misschien in het licht zien van het hierboven al genoemde grotere gebruik van röntgenfaciliteiten en laboratoriumonderzoeken in Rochester, waardoor misschien meer diagnoses in huis worden gesteld en daardoor het aantal verwijzingen wat minder is. Een dergelijk resultaat wordt ook door *Marsh* gemeld. Het gebruik van de telefoon voor „follow-up” is in beide landen beperkt en wordt ook weinig verwacht. Hospitalisaties zijn, zoals is te verwachten, nauwelijks aanwezig. De „geen follow-up”-categorie blijkt in Ommoord 39 procent te zijn, in Rochester slechts 24 procent.

Discordanties

Wanneer er per vragenlijst wordt gekeken naar die onderdelen (*Tabel IV*) die zowel vóór als na het consult worden aangekruist dan blijkt dat over het algemeen het

Tabel III. Verdeling van follow-up, alsmede van het oordeel over hetgeen werd verkregen, wat werd verwacht en de mate van tevredenheid, bij patiëntengroepen uit Ommoord (N=272) en Rochester (N=320). In Ommoord ook de mening van de huisarts. In procenten.

	Ommoord			Rochester	
	verwachting	ervaring	huisarts	verwachting	ervaring
FOLLOW-UP					
Geen	31	39	46	24	24
Misschien	22	5	3	28	7
Telefoon	3	5	4	1	5
Terug bij huisarts	18	30	31	40	49
Terug bij anderen in centrum	3	7	5	—	—
Specialist	11	8	7	4	5
Hospitalisatie	0	0	0	1	0
Wat anders	1	3	1	1	0
Geen antwoord	12	2	3	2	9
HEEFT U GEKREGEN					
WAT U HAD VERWACHT?	patiënt		huisarts		
Meer	13		8		15
Precies	67		68		66
Gedeeltelijk	4		18		8
Helemaal niet	2		2		0
Iets heel anders	3		1		1
Geen antwoord	12		3		9
BENT U TEVREDEN?					
Erg tevreden	45		6		60
Tevreden	47		78		28
Gemengde gevoelens	3		12		3
Niet tevreden	0		1		0
Erg ontevreden	0		0		0
Geen antwoord	5		3		10

aantal overeenstemmingen (dat wil zeggen een item is zowel vóór als na het consult in dezelfde zin ingevuld) per item groter is dan elk van de twee discordante groepen. Het gaat daarbij om die mensen die iets hadden verwacht en het niet hebben gekregen en die mensen die iets hebben gekregen dat zij niet hadden verwacht. Er wordt door ons alleen rekening gehouden met items die in positieve zin zijn aangekruist en niet de afwezigheid van een verwachting of ervaring. Degenen die zowel vóór als na het contact een bepaald item niet hebben ingevuld, vormen in zekere zin wel een concordante groep, maar zij worden in deze beschouwing niet verder behandeld omdat zij namelijk per item verreweg de grootste groep vormen en het beeld zodoende vertekenen. Wanneer men nu de twee discordante groepen optelt dan blijken zij het aantal overeenstemmingen vaak te evenaren en in sommige gevallen zelfs te overtreffen (Tabel IV). Om een voorbeeld te noemen: In Rochester verwachtte en kreeg 22 procent van de patiënten een recept, 16 procent verwachtte het niet, maar kreeg het wel, terwijl 10 procent het niet kreeg, maar wel verwachtte. De discordante groepen samen vormen 26 procent van de patiënten, terwijl de concordante groep 22 procent bevat. In Ommoord is een voorbeeld het wel of niet krijgen en verwachten van een genezing. In Ommoord meende tien procent van de patiënten een genezing te hebben gekregen die ook werd verwacht; vijftienvintig procent van de patiënten meende geen genezing te hebben gekregen, maar had dat wel verwacht en drie procent van de patiënten heeft een genezing gekregen, die niet werd verwacht. Belangrijke uitzonderingen op het hierboven omschreven patroon in Ommoord zijn het lichamenlijk onderzoek, het recept en de anticonceptie; in Rochester de „check-up” en het lichamenlijk onderzoek. Voor deze items overtrof de concordante groep de som van de twee discordante groepen.

Het is van belang om op te merken dat de trends betreffende concordantie en discordantie tussen Rochester en Ommoord weinig verschillen. Ondanks de verschillende verwachtingspatronen blijkt dat er in beide praktijken meer mensen zijn die niet krijgen wat zij verwachten en wel krijgen wat zij niet verwachten, dan mensen die precies krijgen wat zij verwachten. De betekenis van dit alles lijkt in de eerste plaats dat degenen die een bepaalde vraag aankruisen (dat wil zeggen dat zij een omschreven verwachting en/of een bepaalde ervaring aangeven), bijna even vaak ongelijk hebben als gelijk.

Tabel IV. Verschillen in respectievelijk, hetgeen werd verwacht en gekregen, verwacht en niet gekregen en niet verwacht, wel gekregen, tussen patiëntengroepen uit Ommoord (N=272) en Rochester (N=272) en Rochester (N=320). In procenten.

	Ommoord			Rochester		
	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen	verwacht, gekregen	verwacht, niet gekregen	niet verwacht, wel gekregen
ONDERZOEK EN HULP						
Lichamenlijk onderzoek	22	5	14	25	6	11
Elektrocardiogram	0	2	< 1	1	1	1
Laboratorium-onderzoek	3	2	4	17	6	15
Anticonceptie	9	2	2	3	2	1
Check-up	0	2	2	19	3	8
Prenataal onderzoek	1	1	< 1	6	2	1
Wat anders	3	4	4	16	8	8
BEHANDELING						
Recept	45	6	11	22	10	16
Gratis monster	0	1	1	0	1	1
Injectie	2	1	1	2	4	2
Fysiotherapie	1	2	1	0	< 1	0
Uitleg, gesprek, begeleiding	7	6	7	25	6	21
Advies, leefregel	2	6	5	14	5	8
Wat anders	0	2	3	2	4	4
RESULTAAT						
Genezing, oplossing van het probleem	10	25	3	13	9	6
Verbetering van de toestand	5	3	4	9	10	7
Verklaring, meer inzicht	5	7	12	28	13	12
Geruststelling, beter aankunnen van het probleem	8	5	9	16	6	13
Wat anders	< 1	2	2	< 1	1	1

Relativering

Het is nodig om het beeld dat hierboven is geschilderd te relativieren. *Snijder* en anderen bestudeerden het contact tussen patiënt en huisarts en concludeerden dat er in ruim de helft van de gevallen „misunderstanding” bestaat hetzij doordat de patiënt „vergeet” een klacht in te brengen, hetzij doordat de instructie van de arts blijkt niet te zijn doorgekomen. Slechts 46 procent van de mensen bracht in wat men zich voornam en onthield wat werd besproken. Enige invloed op de satisfactie bleek dit alles niet te hebben. De betekenis van tevredenheid is dan ook beperkt. *Linn* ziet er een „outcome”-maat in, wij doen dat niet. Mensen stellen bijvoorbeeld het afleggen van huisbezoeken op hoge prijs, ook al ontbreekt een medische noodzaak daartoe. Dit is daarom geen reden om zonder meer de weg te kiezen die leidt tot de meeste satisfactie. Het contact tussen huisarts en patiënt is ingewikkeld, ondoorzichtig en vaak tegenstrijdig van aard. Onze uitkomsten benadrukken vooral deze aspecten. Wanneer men nu kijkt naar de antwoorden op de globale vraag of men heeft gekregen wat men verwachtte (Tabel III), dan blijkt

voor beide situaties toch 67 procent van de mensen te menen dat men heeft gekregen wat werd verwacht en slechts 3 procent van de mensen meent iets anders te hebben gekregen. Ook blijkt 90 procent van de mensen tevreden, zo niet erg tevreden te zijn met hetgeen is geleverd en dat geldt zowel voor Ommoord als voor Rochester. Deze zeer geringe variantie maakt het op voorhand al zinloos om tevredenheid te relateren aan de vraag of men kreeg wat men verwachtte en aan de achtergrondgegevens. Er blijkt dus een overweldigende mate van tevredenheid op te treden. Nu is het langzamerhand wel bekend dat het binnen het gezondheidszorgsysteem buitengewoon moeilijk is om ontevredenheid te traceren. Dit is ook niet zo verwonderlijk. Stel dat men op de stoep van een groot warenhuis iemand aanspreekt, die met een pakje onder de arm naar buiten komt. Het is onwaarschijnlijk dat de koper zijn pas verworven aanschaf in negatieve termen zal beschrijven. Evenmin ligt het voor de hand, dat de discrepantie tussen de voorgenomen en de feitelijke koop, tot sterke negatieve opmerkingen zal leiden. Met een mooi woord kan men dat ook dissonantie-reductie noemen.

Het feit dat – binnen de beperkingen van onze methode – slechts een beperkte groep inderdaad precies lijkt te krijgen wat werd verwacht, kan worden beschouwd als een aanwijzing voor het niet tegemoetkomen aan verwachtingen. De werkelijke ontevredenheid ligt, daar vanuitgaand, waarschijnlijk hoger dan is aangegeven. Het is frappant dat deze resultaten zowel in Ommoord als in Rochester gelden. Het is daarom interessant om te beoordelen of de achtergrondgegevens ons kunnen helpen bij het krijgen van meer inzicht. Daartoe is het aantal concordante en discordante items per vragenlijst opgeteld en met de verschillende achtergrondgegevens gecorreleerd. Het blijkt dat geen enkele correlatie een significante relatie ($p \leq 0.01$) aangeeft. Dit is in overeenstemming met hetgeen Linn concludeert in zijn overzicht. Hij meldt dat de meeste demografische gegevens geen relatie onderhouden met (on)tevredenheid.

Doordat in Ommoord ook de huisarts een „ervaringenlijst” heeft ingevuld is het mogelijk om zijn perceptie te vergelijken met hetgeen de patiënt zelf vindt. Warner en ook Snijder meldden dat er nogal wat verschillen in mening bestaan tussen hulpverleners en patiënten over hetgeen gebeurt tijdens een consult, ook met betrekking tot de verwachtingen van de hulpverlener. Hun observaties komen overeen met hetgeen in Ommoord wordt gevonden.

Probleem-gedrag

Interessant is de opvatting over de aard van het probleem. Vijftien procent van de patiënten in Ommoord is vóór en na het consult van mening dat er vooral van leef- of psychische problematiek sprake is, terwijl de huisarts – achteraf – dat maar in acht procent van de gevallen zo ziet (Tabel V). Lichamelijke en psychische sociale problematiek is volgens de patiënten in 13-14 procent van de gevallen aanwezig en volgens de huisartsen in 26 procent van de gevallen.

Wanneer men de verschuivingen in het oordeel bekijkt, dan blijkt 10 procent van de patiënten na het consult het probleem meer somatisch te zien, terwijl 6 procent nu meent

Tabel V. Opvatting over de aard van het probleem vóór en na het consult door de patiëntengroep uit Ommoord (N=272) en de huisarts. In procenten.

	vóór consult	na consult	huis- arts
Lichamelijk	52	56	60
Lichamelijk en psychisch/sociaal	14	13	26
Psychisch/sociaal	15	15	8
Geen antwoord	19	15	6

dat de problematiek meer van psychische aard is en niet lichamelijk. De huisarts verschilt in 11 procent van de gevallen van mening met de patiënt, omdat hij het probleem meer psychisch van aard vindt, terwijl in 19 procent van de gevallen de huisarts meent dat het probleem voornamelijk somatisch is, in tegenstelling tot de mening van de patiënt. Deze uitkomsten laten zien dat er tijdens het consult verschuivingen in opvattingen plaatsvinden. Drie dingen zijn opmerkelijk. In de eerste plaats blijkt bijna 30 procent van de patiënten in Ommoord het probleem waarvoor zij hulp komen vragen geheel of gedeeltelijk onder de titel „probleem-gedrag” te rangschikken. Dit sluit aan op de uitkomsten van de morbiditeitsanalyse (Lamberts) en op de inhoud van het ITOBA-rapport. Trouwens de in Ommoord steeds terugkerende 18-20 procent van de populatie die op jaarbasis tot probleem-gedrag komt, vinden wij ook terug in bijvoorbeeld Saskatoon (Wolfe en Badgley).

In de tweede plaats is er geen aanleiding te denken dat de huisarts het hoge percentage probleem-gedrag als een „zichzelf waarmakende voorspelling” in zijn dagelijks werk pompt. Integendeel, het lijkt erop dat hij soms toch nog meer somatisch is ingesteld dan de patiënt. Stewart bevestigt de neiging van artsen om – ook al constitueert hij mede het probleem gedrag (sterke „interdokter”-variatie) – het bestaan van leefproblematiek te onderschatten.

Tenslotte is opmerkelijk dat de discrepantie tussen patiënt en huisarts omvangrijk is (circa 30 procent) terwijl de huisarts nu juist de diagnose „probleem-gedrag” laat berusten op zijn mening dat expliciet over het bestaan van leefproblematiek is gesproken en het voor beiden (patiënt en huisarts) duidelijk is dat over een leefprobleem en niet over een ziekte wordt gepraat.

Discussie

Het spreekt voor zichzelf dat de resultaten van ons vergelijkend onderzoek met voorzichtigheid dienen te worden gehanteerd. Het zijn vooral grove indicaties die in de eerste plaats belangrijk zijn om de verschillende opvattingen over de gewenste inhoud van de eerstelijns gezondheidszorg in verschillende culturele systemen te bespreken. Het is duidelijk dat in Rochester de nadruk sterk valt op de technische competentie en de professionele benadering van de hulpverlener met het verrichten van veel lichamelijk onderzoek en veel tests.

In Ommoord lijkt de inhoud van de hulpverlening daarvan afwijkend, hoewel de reden hiervoor niet direct duidelijk is. Het is immers niet aan te nemen dat het leven in de Verenigde Staten zoveel gemakkelijker is dan in Rotterdam. Het is geen slechte nieuwe hypothese ervan uit te gaan dat in

beide situaties de hoeveelheid leefproblematiek en menselijk verdriet een vergelijkbare omvang zal hebben. Er is kennelijk wel een groot verschil in de manier waarop dit alles wordt gekanaliseerd.

Hoe staat het nu met de drie hypothesen die in de aanvang van dit artikel zijn geformuleerd? Het uitgangspunt dat de verwachtingen van mensen over de eerstelijns gezondheidszorg in de Verenigde Staten en Nederland sterk uiteenlopen is bevestigd. De hypothese dat de verwachtingen waarmee mensen het hulpverleningssysteem binnen komen daar ook worden beantwoord, blijkt slechts in beperkte mate juist te zijn. Frequent blijkt er van een in positieve termen geformuleerde verwachting weinig terecht te komen.

De derde hypothese, namelijk dat de mate van tevredenheid van de consument afhangt van de mate waarin aan zijn verwachtingen wordt tegemoetgekomen, wordt door onze uitkomsten niet ondersteund. Interessant is dat, ook al zijn de verschillen tussen Ommoord en Rochester wat de verwachtingen betreft groot, de verschillen tussen verwachting en hetgeen als ervaring is genoteerd, in beide situaties globaal dezelfde lijn volgen. Deze lijn wijst erop, dat ook de eerstelijns te maken heeft met het „consumerism”. Het doet er kennelijk weinig toe wat men nu precies voor consumptiepakket aanbiedt, het pakket wordt – hoe heterogeen het ook mag zijn samengesteld – geconsumeerd. De tevredenheid erover sluit slecht aan op de oorspronkelijke verwachtingen en op de discrepantie in de opvattingen tussen huisarts en patiënt (ITOBA). Het is daarom begrijpelijk dat de huisartsen in Ommoord bij het invullen van de lijsten de tevredenheid van de consument lager hebben geschat dan de consumenten in werkelijkheid aangeven. Het is duidelijk hoe gemakkelijk enerzijds een omschreven lokale opvatting zich tot een „self-fulfilling prophecy” kan verheffen, terwijl anderzijds de speelruimte om ingrijpende inhoudelijke veranderingen in het consumptiepatroon in de eerstelijns aan te brengen, weleens groot zou kunnen zijn.

Naschrift uit Ommoord

Aan wat voor veranderingen in het consumptiepatroon in de eerstelijns kan men denken? Het gaat ons vooral om verschuivingen in de richting van zelfzorg en mantelzorg en weg van professionele en gespecialiseerde zorg. Wanneer duidelijk wordt dat sommige opvattingen over hulpverlening in de eerstelijns bij nader onderzoek niet kloppen, dan moet de ruimte die daarmee vrijkomt deze verschuivingen ten dienste komen. Eén van de aspecten van vermedicalisering is dat wordt geanticiperd op hulpvragen die niet worden gesteld, die des-

ondanks worden „vervuld” en vervolgens zichzelf bevestigen.

Hulp vragen en zorgen is wezenlijk iets anders dan zelf doen. Zelfzorg is eigenlijk iets dat niet bestaat, een contradictie. Of je doet zelf iets – en dan is het geen zorg of hulp – of je wordt geholpen met iets wat je niet zelf kunt of wilt en dan is het zorg of hulp. Wanneer dit laatste gebeurt in de context van het gezin of de buurt, dan is het onderscheid tussen doen en helpen toch vooral een kunstmatig onderscheid, temeer wanneer de balans van hulp-vragen en hulp-geven in evenwicht is.

In Ommoord wordt veel aandacht besteed aan dit probleem. De vraag of „zelfzorg” en „mantelzorg” moeten worden gestimuleerd, is geleidelijk aan vervangen door het standpunt dat zij niet moeten worden onderdrukt. Wij behoeven niet zozeer te stimuleren en wij kunnen dat ook waarschijnlijk niet eens. Het feit dat er van een hulpverleningssysteem geen zuigende werking uitgaat en zelfs een bewust afremmende werking, is belangrijk.

Bij de discussie over het afremmen komen de veronderstelde noden en behoeften van de consument aan de orde, alsof deze bestaan in de termen van goed omschreven hulpvragen. In feite gaat het dan niet zelden om de noden en behoeften van de hulpverleners. De hulpverlener wil graag verantwoordelijkheden naar zich toe halen, tot een professionele groep en tot een gespecialiseerde elite behoren en de spanning tussen vraag en aanbod opvoeren.

Het hier beschreven onderzoek heeft duidelijke beperkingen. De verwachtingen van de hulpverleners zijn impliciet in de vragen neergelegd, de uitkomsten missen directe bewijskracht om een aantal van deze verwachtingen te verwerpen. Maar het omgekeerde van wat de uitkomsten ons laten zien is nog minder overtuigend. Het primaat van de verwachtingen van hulpverleners wordt door onderzoek, zoals door ons verricht, op de tocht gezet. Voordat echter de wensen en de verwachtingen van hulpvragers en hulpverleners in kaart zijn gebracht en op elkaar zijn afgestemd, zal er nog veel moeten gebeuren. De eerstelijns gezondheidszorg is echter de plaats bij uitstek om zowel het onderzoek als de veranderingsstrategie op te richten.

Samenvatting. *In een tweetal gezondheidscentra in de Verenigde Staten (Rochester) en Nederland (Ommoord) is met behulp van vragenlijsten onderzoek verricht naar de verwachtingen waarmee patiënten hun huisarts bezoeken en naar de feitelijke ervaringen. In Ommoord is ook de verwachting van de huisarts vastgelegd over hetgeen de patiënt tijdens het consult heeft ervaren. In Rochester*

vulden 320 mensen in de wachtkamer de vragenlijsten in, in Ommoord 272.

Het blijkt dat er grote transculturele verschillen tussen beide hulpverleningssituaties bestaan. In beide gezondheidscentra blijken aan de omschreven verwachtingen waarmee patiënten om hulp vragen in 30-50 procent van de gevallen niet te worden beantwoord. De tevredenheid van de consument over de hulpverlening blijkt zeer groot (90 procent). Er is geen relatie gevonden tussen de mate waarin wordt verkregen wat men verwachtte en de tevredenheid. Tenslotte blijkt in Ommoord dat de opvattingen van huisarts en patiënt over wat zich feitelijk tijdens het consult heeft afgespeeld in een aantal gevallen in belangrijke mate uiteenlopen.

Summary. *Patient and family doctor. Rochester (USA) and Ommoord compared. Questionnaires were used in a study of the expectations with which patients visited their general practitioners/family physicians and their actual experiences in two health centres: one in the USA (Rochester) and one in The Netherlands (Ommoord). In Ommoord, the general practitioner's expectations about what the patient has experienced during the consultation was likewise registered. The questionnaires were completed by 320 patients in Rochester and 272 in Ommoord.*

Marked transcultural differences between the two health care situations are revealed. In both health centres, the defined expectations with which patients seek medical advice prove to remain unfulfilled in 30 to 50 per cent of cases. The client's satisfaction with the help received was very high (90 per cent). No correlation was established between the degree of fulfillment of expectations, and satisfaction. In Ommoord, the views of the general practitioner and those of the patient on what actually happened during the consultation were substantially discrepant in a number of cases.

Bellin, S. S. en H. J. Geiger (1972) *Med. Care* 10, 224-239.

Cannell, C. F. (1977) *Vital and Health Statistics Series 2*, no 69. United States Department of Health, Education and Welfare, Rockville, U.S.A.

Cassee, E. Th. Naar de dokter, enkele achtergronden van ziekte en gezondheidsgedrag. Boom, Meppel, 1973.

Crebolder, H. F. J. M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Dissertatie, Nijmegen, 1977.

Kohn, R. en K. White. Health care, an international study. Oxford univ. press, London, 1976.

Lamberts, H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 445-473 (1975) *Ibidem* 18, 7-39 en 61-73.

Linn, S. L. (1975) *Milbank mem. Fd. Quart.* (Fall) 531-548.

Marsh, G. N., R. B. Wallace en J. Whewell (1976) *Brit. med. J.* 1, 1321-1325.

Marsh, G. N. en P. Kaim – Candle. Team care in general practice. Croom – Helm, London, 1976.

Otto, J. en R. Moos (1974) *Commun. Ment. Hlth. J.* 10, 9-15.

ITOBA-rapport. Onderzoek bij de bevolking van Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra. Amsterdam, 1975.

Snyder, D., J. L. Lynch en L. Gross (1976) *J. Fam. Practice* 3, 271-276.

Stewart, M. A., J. R. Mc Whinney en C. W. Buck (1975) *J. Fam. Practice* 2, 411-414.

Stewart, M. A. en C. W. Buck (1977) *Med. Care* 15, 578-585.

Tessler, R. en D. Mechanic (1975) *J. Hlth. hum. Behav.* 16, 95-113; (1975) *Ibidem* *Milbank mem. Fd. Quart.* (Spring) 149-171.

Warner, M. M. (1975) *J. roy. Coll. Gen. Practit.* 27, 431-435.

Weiss, C. H. Interviewing in evaluation research. In: *Handbook of Evaluation Research*, (Editors F. L. Struening en M. Gutenberg). Sage Publication, Beverly Hills/London, 1975.

Wolfe, S. en R. F. Badgley (1972) *Milbank mem. Fd. Quart.* Vol. L no. 2, part 2.

Zeev, Ben-Sira (1976) *J. Hlth. hum. Behav.* 17, 3-11.

Naschrift

Het zou te ver voeren het overzicht, De invloed van voeding op de resorptie, het metabolisme en de excretie van geneesmiddelen (1), aan te vullen met de onderzoekresultaten, die sinds het samenstellen hiervan (april 1977) zijn gepubliceerd. Enkele gegevens mogen evenwel niet onvermeld blijven, aangezien deze betrekking hebben op geneesmiddelen, die reeds in *tabel 1* zijn opgenomen.

Amoxicilline: inname op de lege maag met een flink glas water verdient de voorkeur (2).

Tetracycline: inname zonder melk op de lege maag verdient de voorkeur (3, 4); dit geldt wellicht ook voor andere tetracyclinederivaten, maar in elk geval niet voor doxycycline (3).

(1) Smet, P. A. G. M. de, en anderen (1978) huisarts en wetenschap, 21, 176-179.

(2) Welling, P. G. en anderen (1977) *J. Pharm. Sci.* 66, 549-552.

(3) Welling, P. G. en anderen (1977) *Antimicrob. Agents Chemother.* 11, 462-469.

(4) Wood, J. H. en Shannonhouse, W. R. (1977) *Drug Intell. Clin. Pharm.* 11, 495.

Utrecht, 15 juni 1978

Drs. J. J. de Gier