

Voorkennis: werkzaam middel of placebo?

Huisartsen worden geacht een brede kennis te hebben van de patiënt en zijn micromilieu: ziekten (in het verleden), gebreken, immuniteitsstatus, allergieën, gebruik van medicijnen en andere toxische stoffen, risicoprofiel, familiale invloeden en psychosociale achtergrondfactoren in gezins-, woon-, opleidings- en werksituatie. Bovendien heeft de huisarts zich in de loop der tijd een beeld gevormd van het klaag-, ziekte- en probleemgedrag van de patiënt en van diens waarden, attitudes en mogelijkheden om te veranderen.

Deze opsomming is zó lang, dat een alles omvattende en actuele voorkennis van alle patiënten bij voorbaat illusoir is. Het gaat bovendien niet zozeer om voorkennis als zodanig, als wel om kennis van de consequenties van een en ander voor de betrokken patiënt.

Onderzoeksgegevens lijken erop te wijzen dat men geen hooggespannen verwachtingen moet hebben van de mate van voorkennis bij huisartsen, hetzij in hun geheugen, hetzij in hun patiëntendossier. Met de informatie in strikt medische zin is het wellicht nog gunstig gesteld: zo vond Querido destijds in een onderzoek in vijf huisartspraktijken dat 95 procent van de ernstige aandoeningen bekend was bij de huisarts. Voor de minder ernstige aandoeningen en psychosociale problemen was dat echter slechts 50 procent.¹ In een Canadees onderzoek onder vijf platelandshuisartsen en 299 volwassen spreekuurbezoekers met minstens één chronische aandoening bleek de mate waarin de huisartsen op de hoogte waren van psychosociale problemen, nog geringer.² Klachten, ongemakken, ongerustheid en verstoringen in het dagelijks leven van patiënten waren overigens beter bekend.

Uit kleinschaliger Nederlands onderzoek bleek dat de onderzochte huisartsen in slechts een kwart van de gevallen op de hoogte waren van de persoonlijke problemen van hun patiënten.^{3 4} *Knottnerus en Sommers* vonden in een Amsterdamse huisartspraktijk dat de huisarts in bijna 30 procent van de gevallen niets wist van een periode van langdurig ziekteverzuim, ook al had hij in die tijd meestal wel contact gehad met de patiënt.⁵

In een Canadees onderzoek onder twintig huisartsen en 116 volwassen patiënten bleek dat de huisartsen van slechts een kwart van alle 'life-events' op de hoogte waren. Anderzijds kenden zij bij 60 procent

van deze patiënten ten minste één belangrijke gebeurtenis, en waren zij in de helft van deze gevallen ook op de hoogte van de consequenties van die gebeurtenis.⁶

De generaliseerbaarheid van deze onvolledige gegevens is twijfelachtig. Bovendien spelen bij de interpretatie allerlei waardeoordelen een rol. Als men bijvoorbeeld van mening is dat huisartsen slechts in beperkte mate hun voorkennis van patiënten paraat moeten hebben, dan is het beeld nog niet zo somber.

Er zijn enkele factoren onderzocht die invloed hebben op de mate van voorkennis bij huisartsen. Ook hier is het beeld echter weer verre van betrouwbaar en volledig.

Afgezien van de klachten tijdens een reeks consulten melden patiënten slechts een deel van hun problemen; daarbij worden somatisch getinte problemen vaker gemeld.⁴ Huisartsen zijn bovendien beter op de hoogte van dergelijke problemen. Dit geldt ook voor 'slecht nieuws', dat bij huisartsen beter bekend is dan goed of neutraal nieuws.⁶

Het ontbreken van een sterke sociale ondersteuning van de patiënt, gehuwde staat, voorkeur voor een actieve opstelling van de huisarts,⁶ duur van de relatie met de huisarts (!) en leeftijd van de patiënt^{6 7} lijken geen van alle van invloed op de mate van voorkennis bij de huisarts. Een hoge consultfrequentie heeft geen⁶ of slechts een selectieve invloed.⁷ Een negatieve invloed van een groot aantal problemen per patiënt is duidelijk aantoonbaar⁷ of juist afwezig.⁶ Naarmate het zelfvertrouwen van de patiënt groter is, weet de huisarts duidelijk minder van zijn patiënt;⁶ het zelfvertrouwen van de patiënt lijkt derhalve een sturende factor in de mate waarin patiënten hun huisartsen informeren of huisartsen naar achtergrondgegevens vragen.

Afgezien van de mate van voorkennis en de factoren die hierop van invloed zijn, gaat het er natuurlijk om wat huisartsen met die voorkennis doen. Bovendien is het van belang te achterhalen in hoeverre het (partieel) ontbreken van voorkennis een negatieve invloed heeft op het handelen van huisartsen. Ook hier zijn de onderzoeksgegevens summier en lucunair.

Stewart and Buch vonden in een onderzoeksperiode van slechts drie maanden een tamelijk geringe correlatie tussen de voorkennis van de huisarts en hun

activiteiten (voor zover geregistreerd op de patiëntenkaart).² In een explorerend onderzoek bij twee Nederlandse huisartsen bleek dat beiden voorkennis vooral gebruikten als argument om bepaalde handelingen niet te verrichten.⁸

In dit nummer rapporteren *Hobus e.a.* over een toetsend onderzoek, waaruit blijkt dat, vergeleken met basisartsen, alleen ervaren huisartsen gebruik maken van voorkennis en daardoor betere diagnostische hypothesen genereren.⁹ Deze interessante bevinding is een van de eerste harde argumenten voor het belang van gedocumenteerde voorkennis en het adequaat hanteren van die kennis. Vergelijkend onderzoek tussen ervaren en niet-ervaren huisartsen en specialisten zal moeten uitwijzen of het hier primair gaat om praktijkervaring in het algemeen of om een specifieke huisartsgeneeskundige vaardigheid. Gezien de aard van de verschillen in werkwijze tussen huisartsen en internisten is het goed mogelijk dat dit laatste het geval is.¹⁰

Voorts vraagt de invloed van niet of moeilijk documenteerbare (en dus niet overdraagbare) voorkennis om nader onderzoek. Heeft dergelijke voorkennis uit de persoonlijke en duurzame relatie tussen huisarts en patiënt ook aantoonbare invloed op het professioneel handelen? We weten niet of die patiëntgebonden voorkennis altijd positief uitwerkt. Negatieve effecten zijn goed denkbaar.

En ten slotte: beïnvloedt voorkennis niet alleen het genereren van juiste diagnostische hypothesen, maar ook een doeltreffender therapie, een hogere therapietrouw, een grotere tevredenheid en een sneller herstel van de patiënt?

Het belang van voorkennis voor het huisartsgeneeskundig handelen wordt in leerboeken en beschouwingen algemeen onderschreven. Voorkennis vormt een essentieel onderdeel van de informatie bij diagnostiek

en therapie, en kan daardoor, zo niet uniek of specifiek, dan toch zeker typisch worden geacht voor de huisartsgeneeskundige situatie. Ook het Basistakenpakket roept op vele plaatsen op tot het adequaat hanteren van voorkennis.¹¹ De wetenschappelijke onderbouwing van dit veelzijdige concept is echter nog mager en lacunair. En voor zover er wél onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, leveren deze lang niet altijd een rechtvaardiging voor beroepschauvinisme.

Hoe dan ook, de bemoedigende resultaten van *Hobus e.a.* vormen een stimulans voor een overzichtelijke registratie van patiëntgegevens en daarnaast voor een wending van het beroepsélan naar majeur.

Frans J. Meijman

¹ Querido A. The efficiency of medical care. Leiden: Stenfert Kroesse, 1963.

² Stewart MA, Buck CW. Physicians' knowledge of and response to patients' problems. *Med Care* 1977; 15: 578-85.

³ IJzermans CJJM, Schouwenburg HC. Huisartsen en hun probleem-patiënten: kwaliteit van de arts-patiënt communicatie. *Huisarts Wet* 1976; 19: 185-9.

⁴ IJzermans CJJM, Van Amstel R. Kent een huisarts zijn patiënten? *Huisarts Wet* 1979; 22 : 148-52.

⁵ Knottnerus JA, Sommers JCA. Werken en niet kunnen werken. 2. Werk voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1982; 25: 186-90.

⁶ Yaffe MJ, Stewart MA. Factors influencing doctors' awareness of the life problems of middle-aged patients. *Med Care* 1985; 23: 1276-82.

⁷ Stewart MA, Mc Winney IR, Buck CW. The doctor patient relationship and its effects upon outcome. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 77-82.

⁸ Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar basisinstrument voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1985; 28: 338-40.

⁹ Hobus PPM, Hofstra ML Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. *Huisarts Wet* 1988; 31:

¹⁰ Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1982.

¹¹ Anoniem. Basistakenpakket. LHV-Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.