

Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren?

Het thema van dit nummer is consultatiegedrag. Dat achtervoegsel *gedrag* suggereert dat vanuit gedragswetenschappelijk oogpunt een verrassend nieuw licht zou kunnen worden geworpen op de motieven achter de gang van de patiënt naar de huisarts.

Op het eerste gezicht is dat echter niet het geval; Jan Blokker kan tevreden zijn: de belangrijkste verklaring voor het huisartsbezoek is het gegeven dat iemand zich ziek voelt. Weliswaar bezoeken mensen hun huisarts vaker naarmate ze ouder zijn, wanneer ze vrouw zijn, wanneer ze in het ziekenfonds zitten (en als ze particulier verzekerd zijn: wanneer ze huisartsenhulp vergoed krijgen), wanneer ze slechter opgeleid zijn of wanneer ze alleen gelaten zijn (geen partner meer hebben),¹ maar al deze condities staan niet los van iemands gezondheidstoestand c.q. ziektegevoel. *Van der Zee* concludeerde indertijd dat 'een van gezondheidstoestand en lichamelijke klachten onafhankelijke bijdrage van een of meer van de overige variabelen kennelijk hetzij te verwaarlozen, hetzij incidenteel, hetzij niet interpreteerbaar (is)'. In dat verband citeerde hij ook Philipsen: 'Als een onderzoeker wil weten waarom meneer A van zijn werk wegblijft en meneer B doorwerkt, dan kan men gevoeglijk aannemen dat meneer A griep heeft en meneer B niet'.²

Waarom dan verder gewroet in de redenen die mensen hebben om wel of niet naar hun huisarts te gaan?

Er zijn enkele merkwaardige verschijnselen die vragen oproepen bij de hierboven geschetste simpele verklaring. Zo is er het gegeven dat er veel meer mensen zijn die zich ziek voelen en de huisarts *niet* consulteren, dan mensen die daaraan de consequentie van doktersbezoek verbinden. Van ruim 13.000 geïnterviewden had 78 procent de twee weken voor het interview gezondheidsklachten, maar slechts 37 procent had de laatste twee maanden een huisarts geraadpleegd.³ En in het onderzoek van *Van de Lisdonk* bleek dat slechts 10 procent van alle klachten die in een daartoe bijgehouden dagboek werden genoteerd, uiteindelijk tot doktersbezoek leidde.⁴ Mensen die naar hun huisarts gaan, voelen zich ziek, maar niet iedereen die zich ziek voelt, gaat kennelijk even snel naar de huisarts.

Een ander gegeven vormt hiervan min of meer het spiegelbeeld: veel mensen die bij de huisarts komen, voelen zich ziek zonder dat bij hen een diagnose van patholoog-anatomische of pathofysiologische aard kan worden aangetoond. In de resultaten van het Transitieproject eindigt meer dan 20 procent van alle vervolcontacten wegens klachten uit de ICPC-hoofdstukken 'Algemeen', 'Spijsvertering', 'Bloedsomloop', 'Ledematen', 'Psyche', 'Huid', 'Zwangerschap' en 'Sociaal' (samen 65 procent van alle contactredenen) in een symptoomdiagnose.⁵ Men voelt zich ziek, maar heeft geen 'ziekte' in de klassieke zin van het woord. Extreme gevallen in dit verband zijn patiënten die de 'diagnose' 'geen ziekte' krijgen, en patiënten die het spreekuur bezoeken op initiatief van de huisarts (veelal controles).

Er lijkt een zekere discrepantie te bestaan tussen het ervaren

Verhaak PFM. Consultatiegedrag: valt er nog wat te verklaren? [Commentaar]. *Huisarts Wet 1992*; 35(1): 2-4, 43.

van ziektegevoel, het hebben van een ziekte en het inroepen van de hulp van een professioneel hulpverlener, zoals de huisarts. Eenzelfde discrepantie komt men tegen wanneer men *needs* en *demands* tegen elkaar afzet. De Engelse term *need for help* staat voor een min of meer geobjectiveerde vaststelling door deskundigen van de noodzaak van professionele hulp. Bij *demand* gaat het om de feitelijke hulpvraag van de patiënt. Binnen de geestelijke gezondheidszorg pleegt men *needs* vast te stellen aan de hand van 'gestandaardiseerde interviews'. Een grove indicatie hiervoor wordt geleverd door screeningsvragenlijsten zoals de door *Van der Meer et al.* gehanteerde General Health Questionnaire, waarmee tot op zekere hoogte de waarschijnlijkheid geschat kan worden dat iemand volgens een gestandaardiseerd interview als 'geval' wordt gekenmerkt.

De relatie tussen een aldus vastgestelde kans dat iemand een ernstig psychisch probleem heeft, en de hulpvragen die zo iemand naar voren brengt, was in mijn eigen onderzoek zeer zwak. Veel mensen die een grote kans op ernstige psychische problematiek hadden, zochten in zo'n periode in het geheel geen contact met een hulpverlener, of hadden alleen contacten wegens lichamelijke problemen. Andersom hadden de meeste patiënten die hun huisarts vanwege psychosociale problemen consulterden, volgens de screeningslijst geen of een zeer geringe kans op ernstige psychische problemen.^{6,7} Overigens zegt de score op een dergelijke screeningslijst wel iets over het gebruik dat men van huisartsenhulp maakt; mensen met een hogere score bezoeken hun huisarts gemiddeld meer. Maar opnieuw: er is geen eenduidige relatie tussen het ziek-zijn, het vragen om hulp en het ziektegevoel.

Het is deze stand van zaken die nader onderzoek naar consultatiegedrag legitimeert. Waar de gang naar de huisarts niet zonder meer wordt bepaald door de lichamelijke toestand, kan aan alternatieve hypothesen van sociaal-wetenschappelijke aard de vrije loop worden gelaten.

De artikelen in dit themanummer houden zich alle op een of andere wijze met deze problematiek bezig. *Mackay* vraagt zich af welke patiënten hun huisarts weinig raadplegen en wat de consequenties daarvan zijn. Zijn bevindingen sporen met eerdere bevindingen: jongeren en mannen bezoeken hun huisarts minder, mensen die weinig neurotisch zijn eveneens.⁸

Van der Meer et al. houden zich bezig met de patiënt die juist chronisch de diensten van de huisarts zoekt. Ook zij komen tot een bekend profiel: een hogere kans op psychische problematiek (in termen van *need* en van *demand*) en het niet puur

lichamelijk begrijpbaar zijn van de klacht hangt samen met chronisch huisartsbezoek.⁹

Van der Ree et al. houden zich bezig met de andere kant van de medaille: variatie in medische consumptie die wordt uitgelokt door variatie in het handelen van de huisarts: veel huisbezoeken vinden immers plaats op initiatief van de huisarts. Andere dan medisch-technische eigenschappen van de huisarts zouden zo van invloed kunnen zijn op de het gedrag van zijn patiënten. Dit geldt te meer, omdat er systematische verschillen tussen huisartsen blijken te bestaan: bij de een wordt men vaker en op een duidelijker omschreven tijdstip terugbesteld dan bij de ander.¹⁰

Welke consequenties hebben dergelijke gegevens voor de praktijkvoering van huisartsen? De wetenschap dat jongere patiënten die zich gezond voelen, soms niet komen, terwijl ze misschien wel een ernstige ziekte onder de leden hebben, leidt tot dezelfde dilemma's als het nadenken over preventie: rücksichtloos screenen van iedereen die nooit naar de dokter gaat, leidt tot eenzelfde ongewenste medicalisering als een *total body check-up*.

De omgekeerde constatering, dat veel chronische klagers ook zo vaak – zonder aantoonbare ziekte – hun huisarts bezoeken omdat ze niet zo stevig in hun schoenen staan, heeft meer consequenties voor het handelen van de huisarts. Wanneer een patiënt frequent op het spreekuur verschijnt, kan men als arts iets doen. En daarmee komen we terug op de verschillen tussen huisartsen in dat opzicht. Want eigenlijk is de variatie tussen artsen interessanter dan de variatie tussen patiënten. In de eerste plaats blijken artskenmerken (samenwerking, gevolgde nascholing, beroepshouding, voorschrijven en verwijsgewoonten, praktijkvoering) veel betere voorspelers van hetgeen in het consult gebeurt, dan patiëntkenmerken.¹¹ De vrije ruimte die gelaten wordt tussen hulpbehoefte, hulpzoeken en gedefinieerde hulpvraag wordt met andere woorden in veel sterkere mate ingevuld door de huisarts dan door de patiënt. Daardoor zijn er ook mogelijkheden tot beïnvloeding van het proces.

Artsen verschillen niet van elkaar doordat ze andere syndromen onder ogen krijgen en dus andere diagnoses stellen, maar doordat ze andere taakopvattingen hebben, meer nascholing volgen of anderszins tot een bepaalde werkstijl zijn gekomen. En daar komt bij dat sommige werkstijlen beter zijn toegespitst op de veelheid aan motieven waarmee patiënten hun arts bezoeken (of hem juist vermijden) dan andere. Zo is in onderzoek naar herkenning en interpretatie van psychische klachten vastgesteld dat artsen die goed kunnen luisteren en hun patiënten veel inbreng gunnen, meer psychosociale aspecten oppikken. Ze komen meer over hun patiënt te weten.¹² Vervolgens bleek dat een panel huisartsen van mening was dat de artsen die veel ruimte aan de patiënt boden, niet alleen in psychosociaal opzicht, maar ook in medisch-technisch opzicht een betere prestatie leverden: aardige artsen zijn ook vaardige artsen.¹³

Tielens en Morkink verbreedden dergelijke typering door er ook verwijs- en prescriptiegewoonten bij te betrekken: de all-round arts die aan alle aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen aandacht besteedde en matig voorschreef en verwees, de 'doener' die vooral uitblonk in het medisch-technisch handelen, de arts die veel verwees en voorschreef, en de arts die in alle opzichten een minimale houding aannam.^{14 15} We hebben hier te maken met een vorm van variatie tussen artsen waaraan wel degelijk een kwaliteitsoordeel gekoppeld kan worden: de all-round arts die veel praat, veel diagnostisch onderzoek doet, en een verwijzing of recept niet schuwt – maar in dat opzicht wel een middenpositie inneemt – lijkt het beste geëquipeerd om op een adequate wijze te reageren op het complexe probleem aanbod.

Dit sluit aan bij *De Maeseneers* waarschuwing voor defensief handelen (vooral veel technisch onderzoek uit te voeren, psychosociale klachten benaderen met benzodiazepines, respiratoire aandoeningen met antibiotica, cardiovasculaire klachten met een verwijzing).

Een 'all-round' werkwijze stelt de huisarts in staat om het brede scala aan patiënten en hulpvragen adequaat tegemoet te treden. Door sensibel te zijn voor niet strikt medische aspecten treedt men de chronische klager het meest adequaat tegemoet; door grondige aandacht voor het medisch-inhoudelijke – mits gebaseerd op de epidemiologie van de huisartspraktijk – kan een incidenteel consult optimaal worden gebruikt voor eventuele opsporing van ernstige ziekte. De mogelijkheid om zelf consulten te initiëren, is in beide gevallen een machtig wapen voor de huisarts.

P.F.M. Verhaak

Dr. P.F.M. Verhaak, psycholoog, is verbonden aan het Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

¹ Verhaak PFM, Bosman J, Van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen. Preventie. Utrecht: Nivel, 1991.

² Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: NHI, 1982.

³ Foets M, Sixma H. Gezondheid en gezondheidsgedrag in praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.

⁴ Van de Lisdonk EH. Perceived and presented morbidity in general practice. *Scan J Prim Care* 1989; 7: 73-8.

⁵ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.

⁶ Verhaak PFM, Wennink HJ, Tjhuis MAR. The importance of the GHQ in general practice. *Fam Pract* 1990; 7: 319-24.

⁷ Bensing JM, Beerendonk P. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. *Weten en meten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 45:695-618.

⁸ Mackay HAF. The occasional patient. A ten year study of patients who consult a doctor infrequently. *Huisarts Wet* 1992; 35(1); 4-8.

⁹ Van der Meer K, Smith RJA. Patiënten met chronisch klaaggedrag in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 35(1): 13-7.

Vervolg op pag. 43.