

Waarom nooit naar een huisarts?

Een exploratief onderzoek naar non-consultatiegedrag

H.J. BEUKEMA-SIEBENGA

Beukema-Siebenga H.J. Waarom nooit naar een huisarts? Een exploratief onderzoek naar non-consultatiegedrag. Huisarts Wet 1997; 40(8): 372-5, 395.

Samenvatting Voor dit onderzoek werden open interviews gehouden met 39 mensen van 40 jaar en ouder, afkomstig uit zeven huisartspraktijken, die in ten minste vijf jaar geen huisarts hadden geconsulteerd. Er konden vijf typen non-consultanten worden onderscheiden: de onbezorgde (zelden ernstige klachten), de ontkenner ('valt wel mee, hoort bij de leeftijd'), de zelfredzame (kan zichzelf helpen), de beruster ('is niets aan te doen, moet er maar mee leren leven') en de uitsteller (ziet erg op tegen het gaan naar de huisarts en stelt het daarom steeds uit). De non-consultant is geen gezondheidsfreak, maar is wel trots op het feit dat hij geen arts nodig is. Hoe langer het is geleden dat men een huisarts heeft geconsulteerd, des te moeilijker het wordt, zeggen de geïnterviewden. Daardoor kan non-consultatiegedrag uiteindelijk riskant worden, doordat de gang naar de huisarts mogelijk te lang wordt uitgesteld.

Dr. H.J. Beukema-Siebenga,
Andragogisch Instituut, Vakgroep PAO,
Rijksuniversiteit Groningen,
Grote Rozenstraat 38, 9712 TJ Groningen.

Inleiding

Iedereen ervaart weleens een gezondheidsstoornis ervaart. Pijn en lichamelijk ongemak behoren bij ons bestaan en zelfs bij onze gezondheid.¹ Dat wil niet zeggen dat voor al die ongemakken een huisarts wordt geconsulteerd. Voor de meeste gezondheidsstoornissen wordt juist geen arts geraadpleegd – het 'ijsbergfenomeen'.² Het lijkt erop dat onderzoekers het topje van die ijsberg interessanter vinden dan het onder water liggende deel, want er zijn veel meer publicaties over het wél dan over het niet hulp vragen voor gezondheidsstoornissen.

In het hier beschreven onderzoek³ gaat het om de vraag waarom mensen met hun klachten *niet* naar een arts gaan. De vragen die in dit artikel worden uitgewerkt luiden:

- Welke ervaring met ziekte en medische hulp hebben mensen die zelden of nooit een huisarts consulteren?
- Welke vormen van gezondheids- en ziektegedrag vertonen zij?
- Welke redenen hebben zij om zelden of nooit een huisarts te consulteren?

Methode

Het gaan naar een arts wordt in de literatuur opgevat als bewust gedrag. Het niet-gaan naar een huisarts op momenten dat men wél gezondheidsstoornissen ervaart, kan eveneens worden gezien als een bewust genomen beslissing. Wil men deze beslissing onderzoeken, dan moet zijn voldaan aan twee voorwaarden: de onderzochte moet een gezondheidsstoornis ervaren, en er moet een mogelijkheid zijn om hiermee naar een huisarts te gaan.

Aan de laatste voorwaarde wordt in Nederland in principe voldaan. Met het oog op de eerste voorwaarde is gekozen voor relatief oudere mensen (>40 jaar), omdat deze groep in de regel meer gezondheidsstoornissen ervaart. 'Zelden' is geoperationaliseerd als 'vijf jaar of langer geen arts geraadpleegd voor ziekte'. Mensen die jaren achtereen geen arts hebben geconsulteerd, vormen een andere categorie dan mensen die weinig, bijvoorbeeld slechts één maal per jaar, naar een arts

gaan. Deze laatste categorie kent de weg naar de arts. Dat is niet met zekerheid te zeggen van de groep die nooit komt.

Centraal in dit onderzoek staat het gedrag van mensen bij gezondheidsstoornissen. Om dit gedrag te onderzoeken is gebruik gemaakt van het gedragsmodel van Ajzen.^{4,5} Gedrag wordt in dit model gezien als een resultante van:

- de attitude (de positieve en negatieve opvattingen over ziekte, gezondheid en het gaan naar een arts);
- de sociale norm (de ideeën die iemand heeft over de normen die in de omgeving heersen ten aanzien van het gaan naar een huisarts);
- de gepercipieerde gedragscontrole (de eigen inschattingen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van bepaald gedrag).

Voor het interpreteren van het gedrag is gebruik gemaakt van attributietheorieën. Mensen zijn geneigd een verklaring te zoeken voor een gebeurtenis (bijvoorbeeld ziekte). Deze verklaringen (attributies) beïnvloeden mede het gedrag.

Literatuuronderzoek leverde slechts enkele publicaties op.⁶⁻¹¹ Daarin gaat het meer over kenmerken van 'zelden-consultanten' en over verschillen tussen mensen die wel en die geen arts consulteren dan over redenen waarom men niet naar een arts gaat. Daarom is gekozen voor een exploratieve, kwalitatieve aanpak.¹²⁻¹⁴ Bij zo'n benadering is de onderzoeker niet geheel en al onwetend; er zijn bepaalde ideeën en verwachtingen, op grond van literatuur en gesprekken met deskundigen.

De groep van zeven huisartsen en achterwachten, in wier praktijken het onderzoek heeft plaatsgevonden, heeft gefungeerd als ideeën-generator en klankbord. De praktijken van deze huisartsen zijn gelegen op het Groninger platteland. Een van de huisartsen werkt in een groepspraktijk, de andere zes zijn solist. Drie praktijken zijn apotheekhoudend.

De zeven huisartsen trokken ieder aselekt kaarten uit hun patiëntenbestand, net zo lang tot er drie mannelijke en drie vrouwelijke patiënten van 40 jaar of ouder die minimaal vijf jaar geen contact hadden

gehad, waren geselecteerd. Daarbij werden contacten in verband met anticonceptie en bevolkingsonderzoeken en 'verplichte' contacten (voor injecties in verband met een bezoek aan de tropen of voor een keuring voor een rijbewijs) buiten beschouwing gelaten.

Twee mensen zagen af van deelname vanwege drukke werkzaamheden, een derde bleek een beroepsmilitair die bij gezondheidsstoornissen niet de huisarts maar de arts van zijn legeronderdeel consulteerde. In totaal konden dus 39 personen worden geïnterviewd, 20 vrouwen en 19 mannen.

In deze gesprekken werden de respondenten aangezet tot reflectie; zij moesten exploreren waarom ze met hun klachten niet naar de huisarts gingen. Daarbij ging het erom dat de respondenten zo duidelijk mogelijk hun eigen gezichtspunt verwoordden ('the actor's point of view'¹⁴).

De gesprekken werden opgenomen op een cassetteband. Dat leverde informatie per respondent op. Vervolgens is een structuur gemaakt om de interviewgegevens te rubriceren. Geïnterviewd werd wat de ondervraagden vertelden over hun gezondheidsgedrag, hun ziektegedrag en hun non-consultatie. Deze rubrieken werden weer onderverdeeld in meer specifieke categorieën. Als uit een interview een bepaalde opvatting naar voren kwam, bijvoorbeeld over ziekte of over het vragen van hulp, werd nagegaan of andere respondenten deze opvatting ook hadden of eventueel tegenspraken. Vervolgens is in de interviews en de literatuur verder gezocht naar argumenten die overeenkomsten of tegenspraken zouden kunnen verklaren.

Resultaten

De helft van de deelnemers was jonger dan 55 jaar, de andere helft ouder. De man/vrouw-verdeling over beide leeftijdscategorieën was vrijwel gelijk. De meeste deelnemers waren getrouwd (34); slechts drie van hen woonden alleen. Alle inkomensklassen en alle opleidingsniveaus waren vertegenwoordigd, en de onderzoeksgroep telde zowel zelfstandigen als

niet-zelfstandigen. Van de vrouwen had echter niemand een zelfstandig beroep.

Ervaringen met ziekte en medische hulp

Op basis van de ervaringen met ziekte en met artsenhulp konden vier categorieën worden onderscheiden:

- Geen klachten, geen/heel weinig ervaringen met artsenhulp. 'Ik ben gezond, er mankeert me eigenlijk nooit wat.'
- Geen klachten, maar in het verleden (langer dan vijf jaar geleden) wél ervaringen met artsenhulp. 'De laatste jaren heb ik geen klachten maar ik heb ze wel gehad. Ik heb hartklachten gehad en daar ben ik mee naar onze toenmalige huisarts geweest. (...) Dat is nu zo'n 15 jaar geleden en ik heb nog nooit weer last van gehad.'
- Wél (regelmatig of zo nu en dan) klachten, geen/nauwelijks ervaringen met artsenhulp. Iemand die tot dit type gerekend kan worden, is de mevrouw die vertelt dat ze regelmatig last heeft van haar rug en van haar schouderbladen en ook van pijn in haar benen maar er nog nooit een arts voor heeft geconsulteerd. 'Ze zeggen dat dat allemaal ouderdomsklachten zijn. Mijn man heeft er ook last van.'
- Wél klachten, wél ervaringen: in het verleden regelmatig arts en geconsulteerd, zonder dat het goed heeft geholpen. Tot dit type behoort mevrouw F (65 jaar). Ze heeft verscheidene klachten: moe, nerveus, pijn in de benen, etc. Zij vertelt aan het begin van het interview dat ze weliswaar in jaren niet bij een arts is geweest, maar dat ze zich beslist niet kerngezond voelt. Ze is vroeger veelvuldig bij de huisarts geweest, maar het werd niet beter, klachten heeft ze nog steeds. Maar, 'nee, ik ga er niet meer mee naar de dokter, het helpt toch niet.'

Gezondheids- en ziektegedrag

De geïnterviewden vonden de eigen gezondheid een vanzelfsprekende zaak; men was er weinig bewust mee bezig en deed er ook niets bijzonders voor. Het feit dat men zo gezond was, werd toegeschreven aan toeval, aanleg, geluk en Gods invloed. Een gezonde leefwijze, een goed gezinsleven en het kunnen omgaan met stress wer-

den gezien als factoren die de gezondheid mede bepalen. De eigen leefwijze werd lang niet door iedereen als 'gezond' bestempeld (roken, regelmatig alcoholgebruik en/of te weinig lichaamsbeweging).

De reacties van de geïnterviewden op hun gezondheidsstoornissen zijn onder te brengen in drie categorieën:

- Ontkenning, verdringing of bagatellisering. Typerende citaten: 'Ik denk er niet aan, ik denk aan iets anders' en 'Dan pak ik de fiets en ga naar een vriendin voor een kopje koffie. Ik vind dat je er geen probleem van moet maken. Weet je wat het bij veel vrouwen is? De kinderen gaan uit huis en dan zit ma alleen en dan gaat ze praktiseren en dan krijgt ze medelijden met zichzelf. Dat wil ik beslist niet.'
- Wél herkenning van de gezondheidsstoornis, maar niets doen. Dat betekent ofwel dat men zich geen zorgen maakt en denkt dat de klachten vanzelf wel weer zullen verdwijnen, ofwel dat men de klachten heeft geaccepteerd als behorende bij het leven of de leeftijd. 'Niks, afwachten, na drie dagen is het weer over' en 'Dat krijg je nu eenmaal als je ouder wordt. Ik ga wat lezen, soms neem ik een borrel maar nooit medicijnen.' Deze mensen vertonen geen specifiek ziektegedrag; hun gedrag bij gezondheidsstoornissen wijkt nauwelijks af van hun gezondheidsgedrag. De klachten die ze weleens hebben, hebben voor hen niet de betekenis van 'ziekte'.
- Wél herkenning van gezondheidsstoornissen en ook iets doen. Dat 'doen' bestaat uit aanpassing van de leefwijze, zoals bedrust, zelfmedicatie en zelfbehandeling. Hulp zoeken in het alternatieve circuit komt weinig voor. 'Meestal neem ik dan een aspirientje en blijf binnen en ga soms naar bed. Soms gebruik ik ook wel een hoestdrankje, dat haal ik van de drogist.' En: 'Nou, dan denk ik, ik doe nu niet zo veel, ik zie morgen wel weer en dan is 't ook weer over. Jaren geleden ben ik er weleens mee naar de dokter geweest. Die zei dan trek een hemd aan of zo iets. Midalgan heb ik ook wel in huis. Dan zeg ik tegen mijn man, masseer me even. Dan is 't ook weer over.'

Waarom geen huisarts geconsulteerd?

De volgende verklaringen voor non-consultatie werden gegeven:

- Geen zorgen over de gezondheidsstoornissen: ze zijn bekend, men heeft er een verklaring voor en men vertrouwt op spon-taan herstel.
- Moeite met de ziekerol: men is geneigd bepaalde gezondheidsstoornissen niet te benoemen als ziekte of als klachten, maar eerder als 'lastig'.
- Zelfredzaamheid: men is van mening dat men zich evengoed zelf kan helpen.
- Teleurgesteld in de hulp: men heeft ervaren dat de hulp van de huisarts voor de betreffende klachten niet heeft geholpen; men zal ermee moeten leren leven. In het geval van psychosociale problemen zijn de betrokkenen van mening dat een huis-arts daarvoor geen hulp biedt, dus consul-teert men daarvoor ook geen arts.
- Opzien tegen een bezoek aan de huis-arts; hiervoor zijn vier redenen gevonden:
 - angst voor pijn (*kader*);
 - angst voor een ernstige kwaal; men kiest voor liever niet-weten (*kader*);
 - bang om voor triviale klachten beslag te leggen op de tijd van een huisarts: 'Ach, 't is eigenlijk niet zo erg en die man heeft het al druk genoeg';
 - trots op zichzelf vanwege het feit nooit een arts nodig te hebben en bang dit zelfbeeld geweld aan te doen (*kader*).

Beschouwing

Op basis van het gedrag bij ziekte van de deelnemers aan het onderzoek kunnen vijf typen non-consultanten worden onder-scheiden:

- De *onbezorgde*. Deze heeft zelden klachten en maakt zich, de enkele keer dat er wel klachten zijn, daarover geen zorgen.
- De *ontkenner*. Deze heeft moeite met de ziekerol en ontkent klachten.
- De *zelfredzame*. Deze weet zichzelf te helpen.
- De *beruster*. Deze heeft zijn klachten geaccepteerd als onbehandelbaar.
- De *uitsteller*. Deze ziet zo op tegen een consult, dat hij het daarom steeds uit-stelt.

Angst voor pijn

Op de vraag: 'Hebt u weleens klachten?' antwoordt mevrouw Menninga (57 jaar) als volgt:

Jawel. Als ik bijvoorbeeld in de tuin ben, dan draag ik nooit een lange broek; daar ben ik te dik voor. Ook als 't koud is, wil ik weleens in de tuin werken. Dan sta ik voorover en de wind waait onder m'n rokken. Nou, dan heb ik 's avonds zó'n last en dan moet ik steeds plassen. Zou dat blaasontsteking kunnen zijn? Ik heb 't weleens zó erg gehad dat ik een hele week op bed lag. Ik denk, dat ik dan blaasontsteking had. Maar ik ga niet naar de dokter.

Onderzoekster Waarom gaat u daarmee niet naar de dokter?

Geïnterviewde Oh, dat durf ik niet. Dan word ik bang, almaar banger, al die toestanden en weet ik veel... Ja, ik ben heel bang uitgevallen, ja.

Onderzoekster Hoe komt dat zo, dat u zo bang bent?

Geïnterviewde Ik ben bang voor pijn. Dat heb ik altijd al gehad, al van kind af aan. Ik ben niet bang voor de dokter zelf, die is geloof ik heel aardig, maar ik ben bang voor pijn.

Angst voor een ernstige kwaal

Mevrouw Van Borselen, 42 jaar: Ik kan me heel goed voorstellen dat je eens iets hebt, en dat je bang bent voor het ergste en dat je daarom niet gaat. Sommige mensen zijn misschien bang voor de huisarts. Sommigen zien zo tegen hem op als een soort halfgod. Nou, daar heb ik geen last van, maar ik kan me best voorstellen dat er zulke mensen zijn.

Onderzoekster En uzelf?

Geïnterviewde Nou, ik kan me wel

voorstellen, als ik iets ergs zou voelen, ik de eerste tijd zou denken, ach 't zal wel niet iets ernstigs wezen; en dat je dan misschien een beetje terughoudend bent. Maar ik zou wel gaan. Misschien dat je 't eerst wat tegenhoudt, maar uiteindelijk zou ik toch wel gaan, want ik vind mijn gezondheid toch wel belangrijk. Ja, ik zou beslist wel gaan, maar je denkt ergens wel, ach, zo'n vaart zal het wel niet lopen.

Trots

Mevrouw Van der Wal, 61 jaar: Toen onze vorige dokter wegging, heeft hij tegen zijn opvolger gezegd: 'Als de mensen van de Buitensingel no 22 bellen, dan moet je er direct heengaan, dan is het ernstig, die mensen die bellen haast nooit'.

Onderzoekster Wat vond u ervan, dat de dokter dat zei?

Geïnterviewde Nou, dat vind ik wel plezierig, dan denkt die man tenminste niet van ze bellen voor de flauwe kul.

Mevrouw De Groot, 72 jaar: Ik was werkster bij de tandarts en daar kwam ik de dokter ook vaak tegen; hij was een vriend van de tandarts. En dan was hij altijd heel vriendelijk tegen mij en zei: 'Dag mevrouw De Groot' en maakte meestal een praatje. Toen had ik eens een ontstoken oor en daar moest ik echt wel mee naar de dokter. Toen ik binnenkwam zei hij: 'Mevrouw, ik ken u helemaal niet'. 'Ach man', zei ik, 'u kent me wel, ik werk toch bij de tandarts.' 'Ja', zei de dokter, 'ik weet wel wie u bent, maar ik ken u niet als patiënt, ik heb u hier nog nooit gezien.'

Uit het gezondheidsgedrag van deze men-sen valt geen verklaring af te leiden voor hun non-consultatie. Niet iedereen oor-deelde de eigen leefwijze als gezond, er bevonden zich rokers onder de geïnter-viewden, er werd alcohol genuttigd en sommigen vonden dat ze te weinig li-chaamsbeweging hadden. Een non-con-sultant is dan ook niet te typeren als een gezondheidsfreak. Wel kenmerkend is de trots op het non-consultatiegedrag.

Wat betekenen de uitkomsten van dit on-derzoek voor de huisarts?

Hoe langer het geleden is dat iemand bij

de huisarts is geweest, des te moeilijker wordt het om een keer wél te gaan. Men-sen leren af om naar de huisarts te gaan. Gaat iemand na jaren toch, dan zou de arts extra aandacht aan de klachten moeten schenken: voorkomen moet worden dat de patiënt het gevoel krijgt de arts onnodig te hebben geconsulteerd.

De arts zou het non-consultatiegedrag ter sprake kunnen brengen om te zien, welk type non-consultant hij voor zich heeft. De 'onbezorgden' en de 'zelfredzamen' ver-dienen een compliment. Hierbij dient wel de nodige voorzichtigheid in acht te wor-den genomen: een al te positieve waarde-

ring voor hun non-consultatie zou deze mensen ervan kunnen weerhouden al hun klachten te noemen. Bij de 'berusters' zou men kunnen nagaan waarom de patiënt de klachten nu kennelijk niet meer accepteert. Bij de 'ontkenners' en de 'uitstellers' zou de arts moeten exploreren wat het obstakel is om te komen. Is het een vroegere ervaring in het medisch circuit, dan is dat misschien recht te zetten of uit te praten; uit dit onderzoek bleek namelijk dat men een misplaatste opmerking van een arts – niet per se de eigen huisarts – nooit vergeet. Is het iets gelegen in de persoon zelf, bijvoorbeeld angst, dan kan men gezamenlijk nagaan hoe deze angst vermindert zou kunnen worden.

Huisartsen worden steeds meer betrokken bij preventie-activiteiten. Er is altijd een bepaalde groep die geen gehoor geeft aan de oproep voor een dergelijke activiteit. Mogelijk zijn deze mensen dezelfde als de 'ontkenners' en de 'uitstellers' uit dit onderzoek. Angst speelt hierbij een rol.

Mensen die zelden een huisarts consulteren, zijn goedkoop voor de gemeenschap. Onder hen zijn mensen die geneigd zijn tot onderconsumptie. Zij vormen een risicogroep. Hun consultatiegedrag is in zekere zin te zien als 'afwijkend gedrag'. Door geen hulp te vragen, lijden zij in sommige gevallen onnodig, en bestaat het risico dat zij 'te laat' komen.

In de gezondheidszorg wordt beleid ontwikkeld om overconsumptie tegen te gaan. Het lijkt zinnig daarnaast ook beleid te voeren om onderconsumptie tegen te gaan. Het is de vraag of maatregelen zoals een oproep voor een gezondheidsonderzoek voor mensen die een aantal jaren geen arts hebben geconsulteerd, een oplossing zal bieden. Zij geven waarschijnlijk geen gehoor aan zo'n uitnodiging.⁷ In dit onderzoek bleken enkele mensen ook niet te reageren op een oproep voor een bevolkingsonderzoek en de tandarts wordt evenmin door iedereen trouw bezocht.

Meer voorlichting over verschijnselen waarvoor men wel of niet een arts dient te consulteren is natuurlijk altijd aanbevelenswaard, maar gebrek aan kennis is niet het grootste obstakel voor een doktersbe-

zoek. Onder huisartsen is bekend dat bij tijd en wijle mensen komen die klachten hebben waarvan ze zelf al maanden weten dat deze duiden op een ernstige ziekte. Angst is een belangrijke reden voor het uitstellen van een consult.⁹

Huisartsen krijgen jaarlijks feedback van de ziekenfondsen over hun medisch handelen in de vorm van overzichten, waaruit zij onder meer kunnen aflezen in hoeverre hun voorschrijf- en verwijsgedrag afwijkt van de groepsgemiddelden. Een dergelijke feedback zou ook aan patiënten kunnen worden gegeven. De ziektekostenverzekeringen zouden hun verzekerden jaarlijks een persoonlijk overzicht kunnen sturen van de mate waarin men dat jaar gebruik heeft gemaakt van gezondheidszorgvoorzieningen in vergelijking met het gemiddeld gebruik van een grotere groep verzekerden. Voor mensen die overmatig gebruik maken, zou dit misschien als een rem kunnen fungeren; voor mensen die zien dat ze in vergelijking met anderen heel weinig gebruik maken van de gezondheidszorg, zou dit drempelverlagend kunnen werken. Het zou iets van hun angst kunnen weg nemen, met name de angst om een arts lastig te vallen.

Literatuur

- 1 Mootz M. Hulpzoekend gedrag. In: Aakster CW, Kuiper H, redactie. Leerboek medische sociologie. Groningen: Wolters Noordhoff, 1984: p. 210-9.
- 2 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 3 Beukema-Siebenga H. To go or not to go. An explorative study on people who seldom consult a general practitioner. Groningen: Wolters Noordhoff, 1995.
- 4 Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
- 5 Ajzen I, Timko C. Correspondence between health attitudes and behavior. *Basic and Applied Social Psychology* 1968; 7: 259-76.
- 6 Kessel N, Shepherd M. The health and attitude of people who seldom consult a doctor. *Med Care* 1965; 3: 6-10.
- 7 Baker CD. Non-attenders in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1976; 26: 404-9.
- 8 Vissers T, Haverkort-Poels P. Niet naar de dokter. Skriptie in het kader van een wetenschappelijke stage. Nijmegen: Faculteit Geneeskunde, 1977.
- 9 Mackay HAF. The occasional patient. A ten year study of patients who consult a doctor infrequently [thesis]. Dundee: University Dundee, 1986.

Vervolg op pag. 395.

Abstract

Beukema-Siebenga HJ. Why never visit a general practitioner? An exploration of non-consulting behaviour. *Huisarts Wet* 1997; 40(8): 372-5, 395.

This study is an exploration of non-consulting behaviour. A total of thirty-nine subjects have been interviewed, twenty of whom female and nineteen male, aged 40 years and over. Seven general practitioners selected these people at random out of their medical records. They continued the sample selection until they discovered three men and three women who had not consulted them over the last five years or even longer. The reasons these people had for not consulting a GP were the following: they did not worry about their health and did not like playing the sick-role and/or they thought they knew how to help themselves and/or they expected to gain little from a GP consultation for their particular health problems. Reluctance to see a GP, resulting in a delay of consultation, seemed to be characteristic of the behaviour of nearly all the people interviewed. The results show five types of non-consulters: the *carefree* (seldom serious health complaints); the *denier* (who denies the complaints); the *selfhelper* ('I know the ailment, I know what to do'); the *resigner* ('nothing can be done', 'I have to learn to live with the complaints') and the *postponer* (the one who does not like the idea of seeing a GP and therefore always delays the visit). The non-consultant is not a health-freak but is proud of not needing a doctor. The longer it has been since a person consulted a doctor, the more difficult it is for them to go. In the long run, this behaviour might result in people taking risks with their health.

Key words Attitude to health; Family practice; Non-attenders; Non-consultation; Patient acceptance of health care.

Correspondence H.J. Beukema-Siebenga MA, PhD, Andragogisch Instituut, Vakgroep PAO, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Rozenstraat 38, 9712 TJ Groningen, The Netherlands.

- punct 1994; 5: 439-44.
- 64 Lehner T, Wilton JMA, Ivanyi I. Double blind cross over trial of levamisole in recurrent aphthous ulceration. *Lancet* 1976; 926-9.
- 65 Porter S, Flint S, Scully C. Recurrent aphthous stomatitis: the efficacy of replacement therapy in patients with underlying hematinic deficiencies. *Ann Dentistry* 1992; 51: 14-6.
- 66 Woo S-B, Sonis ST. Recurrent aphthous ulcers. A review of diagnosis and treatment. *J Am Dent Assoc* 1996; 127: 1202-13.
- 67 Greenspan D, Hilton JF, Westenhause JL, et al. Association between oral lesions and smoking in a clinical population. *Int Conference Aids* 1992; 8(2): B147.
- 68 Grinspan D, Bianco GF, Agüero S. Treatment of aphthae with thalidomide. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 1060-3.
- 69 Grosshans E, Illy G. Thalidomide therapy for inflammatory dermatoses. *Int J Dermatol* 1984; 23: 598-602.
- 70 Revuz J, Guillaume JC, Janier M, et al. Crossover study of thalidomide vs placebo in severe recurrent aphthous stomatitis. *Arch Dermatol* 1990; 126: 923-7.
- 71 Patterson DL, Georgiou PR, Allworth AM, Kemp RJ. Thalidomide as treatment of refractory aphthous ulceration related to human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 250-4.
- 72 Jacobson JM, Greenspan JS, Spritzler J, et al. Thalidomide for the treatment of oral aphthous ulcers in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*; 1997; 336: 1487-93.
- 73 Williams I, Weller IVD, Malin A, et al. Thalidomide hypersensitivity in aids. *Lancet* 1991; 237: 436-7.

Waarom nooit naar een huisarts?

Vervolg van pag. 375

- 10 Hood JE, Farmer RDT. A comparative study of frequent and infrequent attenders at a general practice. *Int J Nurs Stud* 1974; 11: 147-53.
- 11 Anderson JAD, Buck C, Danaher K, Fry J. Users and non-users of doctors-implications for self-care. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27: 155-9.
- 12 Swanborn PG. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: inleiding in ontwerpstrategieën. Meppel: Boom, 1981.
- 13 Yin RK. Case study research. Design and methods. Newbury Park, Ca: Sage, 1989.
- 14 Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Coutinho, 1987.