

Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen

S. KOOIKER

Kooiker S. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. Huisarts Wet 1996; 39(2): 50-5, 68.

Samenvatting Betekent het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg bij alledaagse klachten, dat men deze klachten ook vooral met medische zorg tegemoet wil treden en daarbij voorbijgaat aan de mogelijkheden van zelfzorg? Deze vraag werd onderzocht aan de hand van de patiëntenenquête en de bijbehorende gezondheidsdagboeken uit de Nationale Studie van het Nivel. Hoge verwachtingen van medische zorg bleken vooral voor te komen onder ouderen, ziekenfondsverzekerden en mensen met een laag opleidingsniveau en/of een minder goede subjectieve gezondheid. De analyse van het gedrag bij ziekte had betrekking op episoden van één tot drie dagen. De verwachtingen die men van medische zorg had, bleken significant samen te hangen met het gedrag gedurende de klachtepisodes, waarbij patiënten met hoge verwachtingen zich onderscheidden door vaker medicijnen op recept te gebruiken, rust te nemen en activiteiten te staken maar niet vaker de huisarts te bezoeken. Er trad echter geen substitutie op met zelfzorgactiviteiten of zelfmedicatie.

Drs. S. Kooiker, destijds werkzaam op het Nivel, thans verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau, Postbus 37, 2280 AA Rijswijk.

Inleiding

Huisartsen worden geregeld bezocht door patiënten die klachten presenteren waarop medisch handelen nauwelijks invloed heeft.¹ Voor deze 'gewone ziekten' geldt dat zij vanzelf overgaan, of zonder tussenkomst van de huisarts door de patiënt zelf behandeld kunnen worden. Er is echter een groep patiënten die de huisarts relatief vaak voor gewone ziekten bezoekt. Vermoedelijk bestaan er onder deze patiënten vrij hoge verwachtingen van hetgeen de huisarts bij deze alledaagse aandoeningen vermag te bereiken. Het is ook mogelijk dat zij de noodzaak om met alledaagse klachten de huisarts te consulteren te hoog inschatten.

In het onderzoek van *Van de Lisdonk* bleek dat de verwachtingen die patiënten hadden van medische zorg bij alledaagse aandoeningen, de belangrijkste discriminerende variabele waren, wanneer onderscheid werd gemaakt tussen hoge, lage en gemiddelde medische consumptie voor niet-ernstige aandoeningen.¹ Onder patiënten met hoge verwachtingen werd een relatief hoge medische consumptie in de voorafgaande drie jaren gevonden. Het onderzoek maakte ook duidelijk dat bij veel patiënten verwachtingen omtrent de mogelijkheden van medische zorg bij alledaagse aandoeningen bestaan, die met name door ervaren huisartsen niet worden gedeeld.²

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek dat hierop aansluit. Het beschrijft de relatie tussen de verwachtingen die patiënten hebben van medische zorg bij alledaagse aandoeningen en hun – gerapporteerde – gedrag tijdens kortduurende episoden met gezondheidsklachten. Daarbij ligt het accent niet op het raadplegen van de huisarts; veeleer is het de bedoeling om na te gaan welke invloed deze verwachtingen hebben op allerlei zelfzorgactiviteiten als het raadplegen van leken, het gebruik van huismiddeltjes en zelfzorgmedicijnen, en het aannemen van de ziekenrol.

Wanneer er een relatie bestaat tussen verwachtingen van medische zorg en gedrag bij klachten, dan ligt het voor de hand

om te veronderstellen dat het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg samengaat met een grote kans om tijdens korte klachtepisodes de huisarts te raadplegen en/of voorgeschreven medicijnen te gebruiken. Minder duidelijk is, hoe de verwachtingen van medisch ingrijpen samenhangen met bovengenoemde zelfzorgactiviteiten. Er zijn twee mogelijkheden:

- Enerzijds is plausibel dat patiënten die hoge verwachtingen hebben van medische zorg bij alledaagse klachten, gefixeerd zijn op professionele medische hulp en daar hun heil van verwachten, en weinig vertrouwen hebben in zelfzorg (huismiddeltjes, zelf gekochte medicijnen) of in spontaan herstel (afwachten).
- Anderzijds is ook plausibel dat het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg betekent dat men erg begaan is met de eigen gezondheid en daarom de ervaren gezondheidsklachten op actieve wijze tegemoet treedt. Soms zal men daarvoor de huisarts raadplegen, maar men kan ook andere wegen bewandelen: literatuur raadplegen, een huismiddeltje gebruiken, rust nemen, ontspanningsoefeningen doen en/of over de klacht praten met een familielid, vriend of collega.

Het is daarentegen onwaarschijnlijk dat hoge verwachtingen van medische zorg samengaan met een voorkeur voor zelfzorg of aanpassingen in leefstijl, zonder dat er een verhoogde kans bestaat om in aanraking te komen met die professionele medische zorg. Verder mag worden verwacht dat personen die geringe verwachtingen hebben van een bezoek aan de dokter of medicijngebruik, óf een afwachter houding aannemen ten opzichte van de eigen gezondheidsklachten óf zich voornamelijk beperken tot zelfzorgactiviteiten.

Deze redenering heeft geleid tot de volgende vraagstelling: betekent het hebben van hoge verwachtingen van medisch handelen bij alledaagse aandoeningen dat men gefixeerd is op het zoeken en krijgen van professionele hulp, waarbij aan de mogelijkheid van zelfzorg voorbij wordt gegaan, of betekent het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg dat pa-

tiënten op een actieve manier met hun gezondheidsklachten omgaan waarbij, naast het zoeken van professionele hulp, ook tal van zelfzorgactiviteiten ontplooid worden?

Methoden

Enquête

Het onderzoek is gebaseerd op een secundaire analyse van gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die in 1987/1988 is uitgevoerd door het Nivel.³ Aan dit onderzoek werd deelgenomen door 161 huisartsen in 103 praktijken verspreid over heel Nederland. Deze huisartsen registreerden gedurende drie maanden alle contacten die zij met patiënten hadden. Daarnaast werden patiënten benaderd met een enquête die vergelijkbaar is met de gezondheidsenquête van het CBS. Bij elke huisarts werd daartoe uit de kaartenbak een aselechte steekproef van ruim 100 personen getrokken (netto steekproef 17.047 personen). De vraaggesprekken leverden uiteindelijk voor 13.014 personen verwerkbare gegevens op (77 procent).

De enquête bevatte onder meer vragen over de ervaren gezondheid, zoals:

- het aantal gerapporteerde acute klachten over een periode van 14 dagen;
- de subjectieve gezondheid (heel goed / goed / niet goed, niet slecht / slecht / heel slecht);
- de score verkregen met de General Health Questionnaire (GHQ).

Daarnaast werd gevraagd naar medische consumptie en factoren die daar mogelijk invloed op hebben. Naast de aard en de ernst van de klacht is dat bijvoorbeeld de wijze waarop de patiënt voor ziektekosten is verzekerd. Ook attitudes als de genoemde verwachtingen van de medische zorg en de 'beheersoriëntatie ten opzichte van gezondheid' (*health locus of control*) behoren hiertoe.⁴ De beheersoriëntatie is een attitudeschaal die aangeeft in hoeverre men zichzelf, het toeval of de (huis)arts verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid. Hiervoor bevat dit instrument drie deelschalen. Andere determinanten

waarnaar in de enquête werd gevraagd, zijn achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

De verwachtingen van medische zorg bij alledaagse klachten werden gemeten met een lijst van 12 uitspraken, die geselecteerd zijn uit de lijst van 23 uitspraken die *Van de Lisdonk* heeft samengesteld. Steeds gaat het om uitspraken waarbij de respondent uit vijf mogelijkheden kan kiezen: (helemaal) mee eens, deels eens / deels oneens, en (helemaal) oneens. Uit eerder onderzoek met dezelfde gegevens is gebleken dat de lijst kan worden opgevat als een intern consistente schaal (Chronbach's alfa 0,91);⁵ daarbij kwam in een principale-componentenanalyse duidelijk één gemeenschappelijke factor naar voren.

Gezondheidsdagboek

Na afloop van het vraaggesprek werd aan de respondenten gevraagd, gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden. Dit dagboek bestond uit een schrift op A4-formaat met voor elke dag een gestructureerde vragenlijst van één pagina; het ontwerp hiervan steunde in belangrijke mate op de ervaringen van *Van de Lisdonk*.¹ In het dagboek dienden dagelijks maximaal twee gezondheidsklachten genoteerd te worden. Voor de beleving van de klacht waren zes vragen opgenomen die met 'ja' of 'nee' te beantwoorden waren. Deze vragen waren geformuleerd als uitspraken: 'deze klacht is nieuw / onbekend voor mij', 'deze klacht hindert of irriteert mij', 'deze klacht gaat vanzelf over' en 'ik maak zorgen over deze klacht'.

Om de naar aanleiding van de klacht ondernomen activiteiten in kaart te brengen, waren nog eens zestien ja/nee-vragen opgenomen. Als eerste werd gevraagd of de respondent op de desbetreffende dag helemaal niets aan de klacht had gedaan. Daarna kon men aangeven of men het vanwege de klacht rustig aan had gedaan, of de dagelijkse activiteiten waren gestaakt, of dat men ziek in bed was gebleven. Vervolgens waren er drie vragen over eventuele aanpassingen in leefstijl: vermindering van alcohol en tabaksgebruik,

letten op voeding en het doen van ontspanningsoefeningen of extra lichaamsbeweging. Dan waren er uitspraken over het praten met anderen over de klacht, en over het lezen over de klacht in boek of tijdschrift. Verder bevatte de vragenlijst items over het gebruik van huismiddeltjes, medicijnen die men in huis had of zelf had gekocht, en medicijnen die op doktersvoorschrift waren verstrekt. Tenslotte werd gevraagd of men op de dag van de klacht naar de huisarts was gegaan of een andere hulpverlener had geraadpleegd.

De enquêteur maakte een afspraak voor het ophalen van het dagboek, en nam in de tussentijd tweemaal telefonisch contact op met de respondent. Bij het ophalen van het dagboek werd gecontroleerd of het dagboek volledig was ingevuld.

Voor dit artikel is gebruik gemaakt van die dagboeken waarin de vraag naar het al dan niet optreden van gezondheidsklachten voor elke dag was beantwoord. Dat bleek het geval voor 11.038 respondenten, wat overeenkomt met bijna 92 procent van de respondenten die een dagboek hadden ontvangen en 85 procent van de respondenten die aan de enquête meededen. Een non-responsanalyse liet zien dat er relatief minder dagboeken waren ingevuld door ouderen, personen met een minder goede subjectieve gezondheid, en personen die tijdens het vraaggesprek weinig interesse voor de besproken onderwerpen toonden.

Analyse

Voor sommige respondenten waren de voorgestructureerde antwoorden in de dagboeken niet geheel duidelijk, waardoor het ziektegedrag voor de eventuele tweede klacht niet altijd te achterhalen was. Om deze reden zijn voor dit artikel alleen de antwoorden voor de eerste klacht gebruikt. Verder zijn de dagboeken van kinderen tot 15 jaar buiten beschouwing gelaten.

In navolging van eerder onderzoek werden opeenvolgende dagen met klachten samengevoegd tot episoden.⁶ Deze klachtepisoden worden aan het begin en aan het einde begrensd door ten minste één klachtvrije dag. Episoden waarvan de duur niet

kon worden nagegaan, doordat zij op de eerste dag van het dagboekonderzoek al bestonden of op de laatste dag niet waren beëindigd, zijn buiten beschouwing gelaten.

De gegevens uit de enquête en de dagboeken zijn eerst op bivariate wijze geanalyseerd. Vervolgens werd gebruik gemaakt van factoranalyse om onderliggende dimensies in het ziektegedrag op te sporen, en van multiple logistische regressie om na te gaan welke factoren van invloed waren op het gedrag tijdens de klachtepisoden. Hierbij zijn ook de uit de literatuur bekende determinanten van ziektegedrag als predictoren opgenomen.⁷⁻⁹ Voor deze analyse kon geen gebruik worden gemaakt van gewone regressie-analyse, omdat de episoden als onderzoekselement niet onderling onafhankelijk zijn; de respondenten konden in de drie weken waarin het dagboek werd bijgehouden, immers meer dan één klacht-episode doormaken. Voor de analyses van het gedrag tijdens de episoden is daarom multiniveau-analyse gebruikt. Hiermee kan de variatie in het gedrag uiteengelegd worden in variatie tussen de episoden en variatie tussen de respondenten. Het is daardoor mogelijk om de samenhang tussen het gemeten gedrag tijdens de ver-

schillende episoden toch op statistisch correcte wijze te relateren aan de kenmerken van de respondent.¹⁰

Resultaten

Enquête

In *tabel 1* is weergegeven in hoeverre de twaalf voorgelegde uitspraken werden onderschreven. Afgezien van een paar uitzonderingen, was steeds rond een kwart tot een derde van de respondenten van mening dat je voor de genoemde klachten toch maar het beste 'even' naar de huisarts kunt gaan. De verwachtingen van medische zorg bij alledaagse aandoeningen waren beduidend hoger onder ouderen, ziekenfonds-verzekerden en vooral onder personen met een gering opleidingsniveau. Tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten bestonden slechts geringe verschillen. Verder bleek een samenhang te bestaan met de beheersoriëntatie ten opzichte van gezondheid, waarbij respondenten met hoge verwachtingen vooral de arts verantwoordelijk achtten voor de eigen gezondheid. Ook bestond er, maar in mindere mate, een samenhang met de deelschaal die aangeeft dat men toevallige omstandigheden verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid. Daarnaast viel

op dat hoge verwachtingen van medische zorg met name voorkwamen onder personen met een minder goede subjectieve gezondheid. Er werd echter geen samenhang geconstateerd tussen deze verwachtingen en de GHQ-score en ook niet met het aantal tijdens het vraaggesprek gerapporteerde acute klachten.

Gezondheidsdagboeken

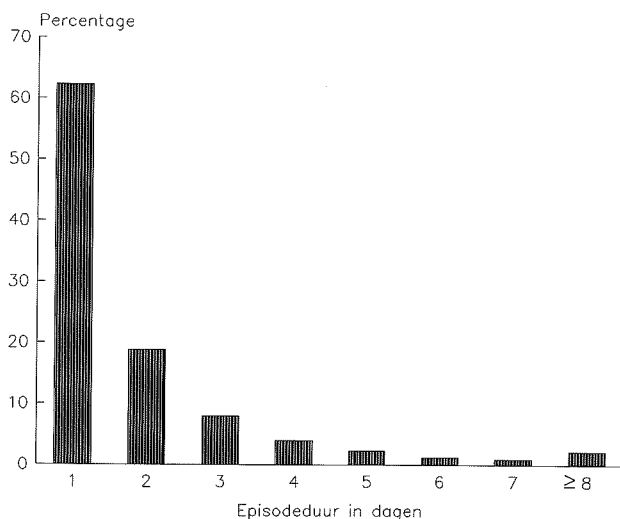
Van de 9035 respondenten van 15 jaar en ouder die het dagboek hadden bijgehouden, had 66 procent op een of meer dagen een klacht genoteerd. Uit de *figuur* blijkt dat slechts een klein deel van de episoden langer dan drie dagen duurde.

Voor de analyse van de relatie tussen de verwachtingen van de respondenten en het gerapporteerde ziektegedrag was van belang om alleen gebruik te maken van episoden met alledaagse klachten. De dagboeken boden daarvoor echter geen objectieve criteria: zowel de aard als de ernst van de klacht was immers subjectief beoordeeld door de respondent. De mate waarin de respondenten zelf zeiden dat de klacht vanzelf overging dan wel zorgwekkend was, bleek echter vooral bepaald te zijn door de duur van de episode. Door de verdere analyses te beperken tot episoden van maximaal drie dagen, is bereikt dat het

Tabel 1 Oordelen over het zoeken van hulp bij alledaagse aandoeningen. Afgeronde percentages

Voorgelegde uitspraak	(Helemaal) eens	Deels (on)eens	(Helemaal) oneens
Met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	44	32	23
Kalmerende middelen die de huisarts kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt	31	30	39
Een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat perse behandeld moet worden	40	31	30
Als je griep hebt gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept	30	26	44
Als je je hangerig en moe voelt helpen versterkende middelen van de huisarts het beste	20	28	52
Keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien	39	28	33
Als je last van je maag hebt kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	62	23	14
Als je hoofdpijn hebt laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren	27	32	41
Door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling	28	34	38
Als je misselijk bent en moet overgeven kun je het beste naar de huisarts gaan want je kunt niet weten wat er achter kan steken	23	27	50
Voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen	27	24	48
Door doktersbehandeling kom je sneller van hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet	24	33	43

Bron: Foets & Sixma.⁵



Figuur De duur van klacht-episoden van personen van 15 jaar en ouder, geregistreerd met behulp van een gezondheidsdagboek dat dagelijks gedurende drie weken werd bijgehouden (aantal episoden=9840).

Tabel 2 De aard van de klacht, beleving van de klacht en gerapporteerd ziektegedrag gedurende korte klachtepisoden (1-3 dagen) voor respondenten met verschillende verwachtingen van medische zorg. Percentage van de dagen van de episode*

	Verwachtingen van medische zorg		
	laag	gemiddeld	hoog
<i>Klacht</i>			
- luchtweg	12	13	13
- hoofdpijn/migraine	26	28	24
- bewegingsapparaat	17	21	28
- maag/darm	11	10	11
- vermoeidheid/psychisch	14	12	11
- rest	21	17	14
<i>Oordeel over de klacht†</i>			
- hinderlijk/irriterend	69	68	66
- zorgwekkend	12	14	18
- gaat vanzelf over	62	57	48
<i>Ziektegedrag†</i>			
• Niets	34	33	26
• Opnemen van ziekerol			
- rustig aan doen	31	31	36
- activiteiten staken	5	7	11
- ziek in bed	2	2	3
• Zelfzorgactiviteiten			
- praten met anderen over klacht	14	15	14
- lezen in boek of tijdschrift	1	1	1
- beweging/ontspanning	6	7	9
• Medische consumptie			
- medicijnen op doktersvoorschrift	5	10	22
- vandaag naar huisarts	2	2	2
• Zelfmedicatie			
- huismiddeltje gebruiken	11	12	13
- gebruik niet voorgeschreven medicijnen	13	14	15
Aantal episoden	2173	5447	993

* De getallen zijn percentages van het aantal klachtdagen waarop een bepaalde klacht voorkwam, c.q. een bepaalde interpretatie aan de klacht gegeven werd of een bepaalde actie voorkwam.

† Met uitzondering van de categorie 'niets doen' zijn per dag meer vormen van ziektegedrag mogelijk. De verschillende vormen van ziektegedrag zijn gegroepeerd onder de vier opgespoorde dimensies.

merendeel van de episoden betrekking heeft op alledaagse klachten.

De aldus geselecteerde respondenten beleefden gemiddeld twee nieuwe klacht-episoden in drie weken, waarvan het grootste gedeelte – uiteraard – slechts één dag duurde.

Gedragpatronen tijdens klachtepisoden

Elf van de zestien in het dagboek onderscheiden handelingen zijn interessant in het licht van de vraagstelling. Met behulp van een principale-componentenanalyse konden vier factoren of onderliggende dimensies in het ziektegedrag worden opgespoord.

- De eerste factor verenigt verschillende gradaties van rust-houden en het aanne- men van de ziekerol.
- De tweede factor staat voor zelfzorgac- tiviteiten die erop gericht zijn om meer duidelijkheid over de klacht te krijgen, onrust weg te nemen (praten, lezen) en zich te ontspannen, echter met uitslui- ting van (zelf)medicatie.
- De derde factor combineert twee klas- sieke aspecten van medische consump- tie: de huisarts raadplegen en (vervol- gens) medicijnen op recept gebruiken.
- De vierde factor staat voor zelfmedica- tie en combineert het gebruik van huis- middeltjes en medicijnen die men zon- der tussenkomst van de dokter heeft verkregen.

Van de elf vormen van ziektegedrag kon alleen het 'raadplegen van een andere hulpverlener' niet bij één van de factoren worden ondergebracht; deze is verder bui- ten beschouwing gelaten.

In tabel 2 is weergegeven hoe de klacht- episoden beoordeeld werden door de res- pondenten met respectievelijk geringe, gemiddelde en hoge verwachtingen, wel- ke verschillen er waren in de aard van de klacht en welke actie naar aanleiding van de klacht werd ondernomen. Hierbij zijn de gedragsvormen gerangschikt naar de vier onderscheiden factoren.

De respondenten met hoge verwachtin- gen blijken zich te onderscheiden zich van de overige respondenten: zij hadden meer klachten van het bewegingsapparaat en

dachten minder vaak dat de klacht vanzelf zou overgaan. Ook was minder vaak 'niets' aan de klacht gedaan. Er was een hoger gebruik van voorgeschreven medicijnen en een grotere kans om tijdens een korte klachtperiode de dagelijkse activiteiten te staken. Met uitzondering van het raadplegen van literatuur – een categorie die overigens weinig genoemd werd – waren er geen grote verschillen in zelfzorgactiviteiten en zelfmedicatie. Er was kennelijk geen substitutie tussen professionele zorg en zelfzorg, hoewel dat voor de groep met hoge verwachtingen wel plausibel werd geacht.

Tabel 2 laat geen harde uitspraken toe. Het is niet duidelijk of de verschillen in ziektegedrag nu moeten worden toegeschreven aan de verwachtingen van medi-

sche zorg of aan de gezondheidstoestand van de respondent. Doordat de respondenten met hoge verwachtingen van medische zorg ook (subjectief) ongezonder waren, spelen beide factoren door elkaar heen. Ook moet er opnieuw rekening mee worden gehouden, dat één individu gemiddeld twee korte klachtperiodes heeft doorgeemaakt. Daarom zijn elf multiniveauregressie-analyses uitgevoerd, waarbij het ziektegedrag is opgenomen als criteriumvariabele. De variabele 'verwachtingen van medische zorg' en de andere determinanten van gedrag bij klachten (subjectieve gezondheid, ziektekostenverzekering, opleidingsniveau, geslacht en leeftijd) zijn opgenomen als predictorvariabele.

Tabel 3 geeft een samenvatting van de resultaten, waarbij alleen de significante

samenhangen tussen de predictoren en de criteriumvariabele zijn vermeld. De predictorvariabelen zijn, met uitzondering van de variabele 'leeftijd', als nominale variabelen in de analyse opgenomen. Steeds is daarbij sprake van een referentiecategorie (bijvoorbeeld een hoge opleiding of lage verwachtingen van medische zorg) waarmee de andere categorieën worden vergeleken. Het gedrag tijdens de klachtperiode is hierbij het criterium voor de vergelijking. De verschillen tussen de categorieën laten zich beschrijven als verschillen in kansen, afgeleid van de in tabel 2 genoemde percentages.

Een voorbeeld kan de gebruikte methode verduidelijken. Tijdens een korte klachtperiode zal iemand met lage verwachtingen van medische zorg een kans van 31

Tabel 3 Resultaten van multi-level logistische regressie van ziektegedrag gedurende korte klachtperiodes. Criteriumvariabele: ten minste één maal gedurende de episode bepaalde handeling uitvoeren. Odds-ratio's met $p < 0,05$ ten opzichte van referentiecategorie

Ziektegedrag ↓ Referentie →	Verwachtingen medische zorg laag	Subjectieve gezondheid goed	Ziektekosten- verzekering ziekenfonds	Opleidings- niveau hoog	Geslacht vrouw	Leeftijd continue variabele
• Niets	.75 (h)	.76 (m)	–	–	–	–
	–	.42 (s)	–	–	–	–
• Opnemen van ziekerol						
– rustig aan doen	1.30 (h)	1.30 (m)	–	–	.81 (M)	*
	–	1.81 (s)	–	–	–	–
– activiteiten staken	1.41 (h)	1.58 (m)	.59 (pr)	1.49 (l)	–	–
	–	2.94 (s)	–	–	–	–
– ziek in bed	–	3.58 (s)	–	–	–	*
• Zelfzorgactiviteiten						
– praten met anderen	–	–	–	.81 (l)	–	*
– lezen boek/tijdschrift	–	–	–	–	–	–
– beweging/ontspanning	–	1.60 (m)	–	–	1.23 (M)	*
• Medische consumptie						
– medicijnen recept	1.72 (m)	.71 (zg)	–	–	–	*
	2.52 (h)	2.63 (m)	–	–	–	–
	–	7.50 (s)	–	–	–	–
– huisarts	–	–	–	1.72 (l)	–	–
• Zelfmedicatie						
– huismiddeltje gebruikt	–	.73 (m)	–	–	–	*
– medicijn niet recept	–	–	1.46 (pzzr)	–	–	–

Legenda

Verwachtingen van medische zorg: (m) midden, (h) hoog.

Subjectieve gezondheid: (zg) heel goed, (m) matig, (s) slecht.

Ziektekostenverzekering: (pr) particulier met eigen risico, (pzzr) particulier zonder eigen risico.

Opleiding: (l) laag (lo, lbo); hoog = havo en hoger.

Geslacht: (M) man.

* Significant

procent hebben om het tijdens deze dagen rustig aan te doen (en dus een kans van 69 procent om het niet rustig aan te doen). De verhouding tussen wel en niet rustig aan doen, wordt de *odds* genoemd; deze bedraagt hier 0,45. Iemand met hoge verwachtingen van medische zorg heeft een hogere kans om het rustig aan te doen en een lagere kans om het niet rustig aan te doen (respectievelijk 36 en 64 procent; *odds* 0,56). Om nu aan te geven hoeveel groter de kans om het rustig aan te doen is voor iemand met hoge verwachtingen van medische zorg ten opzichte van iemand met lage verwachtingen, wordt gebruik gemaakt van *odds-ratio's*.¹¹ Als de lage verwachtingen als referentiecategorie worden toegepast, bedraagt de *odds-ratio*: $0,56/0,45 = 1,24$; een *odds-ratio* van 1 geeft aan dat er geen samenhang bestaat.

Tabel 3 laat zien dat de subjectieve gezondheid de belangrijkste factor was voor de wijze waarop (kortdurende) gezondheidsklachten tegemoet werden getreden; de *odds-ratio's* tussen de subjectieve gezondheid en de gedragsalternatieven zijn relatief hoog. Wanneer men de eigen gezondheid als slecht beoordeelde, bestond een grote kans dat men iets aan de klacht deed, zoals de ziekerol op zich nemen en/of voorgeschreven medicijnen gebruiken. Wanneer men de eigen gezondheid als matig beoordeelde, was de kans dat men de ziekerol op zich nam, ook vrij groot maar minder vergaand. Enigszins merkwaardig lijkt dat een matige gezondheid betekende dat men minder snel naar een huismiddeltje greep. Wellicht is hier sprake van substitutie met voorgeschreven medicijnen: personen die hun eigen gezondheid als heel goed inschatten, gebruiken tijdens korte klachtepisodes immers niet snel voorgeschreven medicijnen.

Naast de gezondheidstoestand speelden in veel gevallen de verwachtingen van medische zorg een significante rol. Wanneer die verwachtingen hoog waren, gebruikte men eerder medicijnen op recept, of nam men de ziekerol op zich. De analyse wijst niet op een samenhang met zelfmedicatie of andere zelfzorgactiviteiten.

De bijdrage van de overige variabelen was geringer. Particulier verzekerden

(veelal hoger opgeleiden) waren minder geneigd om tijdens korte klachtepisodes hun dagelijkse activiteiten te staken, terwijl lager opgeleiden dat juist wel vaak deden. Daarnaast spraken lager opgeleiden minder met anderen over de klacht(en), maar bezochten zij eerder de huisarts.

Van de verschillende gedragsalternatieven bleek het al dan niet 'niets doen', het opnemen van de ziekerol en het gebruik van voorgeschreven medicijnen op overtuigende wijze samen te hangen met de predictorvariabelen. Dat was veel minder het geval voor zelfzorgactiviteiten, zelfmedicatie en het bezoek aan de huisarts tijdens de klachtepisode.

Beschouwing

In de inleiding van dit artikel werd gesteld dat de samenhang tussen hoge verwachtingen van medische zorg en een hoge medische consumptie op twee manieren geïnterpreteerd kan worden: als fixatie op professionele hulp of als aanwijzing dat klachten op een actieve wijze tegemoet worden getreden, waarbij ook zelfzorgactiviteiten worden ontplooid. De resultaten van dit onderzoek wijzen in de richting van de eerste interpretatie: het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg wijst vooral op een fixatie op het krijgen van professionele medische hulp. Het blijkt daarbij vooral te gaan om ouderen en patiënten met een laag scholingsniveau.

Gedragverandering onder deze groepen is over het algemeen veel moeilijker te bereiken dan onder jonge, hoog opgeleide patiënten. Twee buitenlandse experimenten waar vooral gezinnen met jonge kinderen bij betrokken waren, hebben echter goede resultaten geboekt met voorlichting over de omgang met alledaagse klachten. In een Deens experiment werd een reductie van ruim 30 procent in het aantal consulten bereikt en in een Brits onderzoek werd een daling van 15 procent in het huisartsbezoek voor zes alledaagse aandoeningen gehaald.^{12 13}

Ook in Nederland wordt gewerkt aan het bevorderen van zelfzorg voor alledaagse klachten en het terugdringen van

onnodige medische consumptie. Bekend is bijvoorbeeld de serie 'Wat doe ik'-boekjes, die wordt uitgegeven in het kader van de overheids campagne 'Keuzen in de zorg' en waarin recent een deeltje over medicijngebruik is verschenen.¹⁴ Daarnaast is een aantal huisartsen in de omgeving van Zaltbommel begonnen met een uitgebreide campagne waarin 'nuldelijns-standaarden' via huis-aan-huisbladen en de lokale tv onder de bevolking worden verspreid.¹⁵ Wanneer de positieve indruk van de deelnemende huisartsen ook door het onderzoek bevestigd zou worden, is wellicht een goede basis gelegd voor de bevordering van zelfzorg voor alledaagse aandoeningen. De wenselijkheid hiervan is in dit artikel opnieuw aangetoond.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 2 Van de Lisdonk E. Naar de dokter of niet? Een peilend onderzoek naar de opvattingen van patiënten, arts-assistenten en huisartsen over de mogelijkheden van zelfzorg dan wel de noodzaak medische hulp in te roepen. Med Contact 1985; 40: 349-351.
- 3 Bensing J, Foets M, Van der Velden J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 4 Halfens RJG. Locus of control. Beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- 5 Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Bentzen N, Christiansen T, Pedersen KM. Self-care within a model for demand of medical care. Soc Sci Med 1989; 29: 185-93.
- 7 Van Es JC. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.

Vervolg op pag. 68.

Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse ziekten

Vervolg van pag. 55

- 8 Furer JW, Persoon JMG. Ziektegedrag en sociaal-culturele context. Eindrapport van het regioproject Nijmegen, deel 2. Nijmegen: ISG/KUN, 1987.
- 9 Schepers RMJ, Nievaard AC. Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie. Leiden: Stenfert Kroese, 1990.
- 10 Goldstein H. Multilevel models in educational and social research. London: Charles Griffin, 1987.
- 11 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley, 1989.
- 12 Anderson JE, Morrel DC, Avery AJ, Watkins CJ. Evaluation of a patient education manual. *BMJ* 1980; 281: 924-6.
- 13 Hansen BWL. A randomized controlled trial on the effect of an information booklet for young families in Denmark. *Patient Education and Counseling* 1990; 16: 147-50.
- 14 De Haan M, red. Wat doe ik, neem ik medicijnen? Rotterdam: Ketting, 1995.
- 15 Van Dijk PA, Van den Bosch J, Van Wijgerden JA, De Rooy de Swart CMJ. Nulde-lijnsstandaarden. Het project 'Dokteren aan de Waal'. *Huisarts Wet* 1996; 39(2): 69-47. ■