Het geneeskundig proces

FM.indd 1 6/27/14 12:52:38 AM

FM.indd 2 6/27/14 12:52:38 AM

Het geneeskundig proces

Klinisch redeneren van klacht naar therapie

redactie

dr. H.G.L.M. Grundmeijer

prof.dr. G.E.H.M. Rutten

prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux

VIJFDE, HERZIENE DRUK

REED BUSINESS EDUCATION, AMSTERDAM

FM.indd 3 6/27/14 12:52:38 AM

Eerste druk, Elsevier/Bunge, Maarssen 1999
Eerste druk, tweede tot en met vierde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2001-2003
Tweede druk, eerste tot en met derde oplage, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2004-2007
Derde druk, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2009
Vierde druk, Reed Business, Amsterdam 2012
Vijfde druk, Reed Business Education, Amsterdam 2014

© Reed Business, Amsterdam 2014

Omslagontwerp: Annelies Bast, Amsterdam
Basisontwerp binnenwerk: Martin Majoor, Arnhem
Illustraties: Luuk Poorthuis, Diemen

Reed Business Education is onderdeel van Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 3800 8
NUR 870

Redactie en auteurs

Redactie

dr. H.G.L.M. Grundmeijer
afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam (tot 2012)

prof.dr. G.E.H.M. Rutten
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Auteurs

dr. M.A. van Agtmael
afdeling Interne Geneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam

drs. M.P.A. Andriessen
afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

drs. E.P.M. van Banning
afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

drs. J.F. Bastiaans
afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam

prof.dr. P.L.P. Brand
Amalia kindercentrum, Isala Klinieken, Zwolle

dr. H.C.H. Coumou
Praktijk voor Medische Beslissingsondersteuning en Second Opinion, Amsterdam

dr. J.M. van Es
afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

dr. G.J. Geersing
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

dr. R.M. Hopstaken
Saltro Diagnostisch Centrum, Utrecht

drs. M.J. Hugenholtz
afdeling Implementatie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht

dr. G.E. Linthorst
afdeling Inwendige Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

dr. P.L.B.J. Lucassen
afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

drs. W.J. van der Made
afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

prof.dr. R.J. van Marum
afdeling Geriatrie, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

dr. S.S.L. Mol
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

dr. T.C. olde Hartman
afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

dr. R.K. Riezebos
afdeling Cardiologie, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

drs. A.M. Silvius
afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

prof.dr. J.W. Snoek
Masteropleiding Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

dr. C.F. Stolper
vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht University

drs. A.Y. de Voogd
afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

drs. J.M.I. Vos
afdeling Interne Geneeskunde, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

prof.dr. H. de Vries
afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam

prof.dr. H.C.P.M. van Weert
afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

dr. A.W. Wind
afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

drs. N.M. van Wissen
afdeling Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam

dr. J.O.M. Zaat
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Amsterdam

Voorwoord

Bij de vijfde druk

Studenten in het basiscurriculum krijgen gedurende zes jaar een veelheid van informatie aangeboden over klachten en aandoeningen. Deze kennis is uit zeer verschillende bronnen afkomstig, bijvoorbeeld uit de pathologie, de psychologie of de epidemiologie. De student moet alle verworven kennis uiteindelijk geïntegreerd kunnen toepassen. Daarvoor moet hij klinisch kunnen redeneren in wat we het geneeskundig proces noemen. Dit boek beschrijft de verschillende stappen in dat proces, dat begint bij de eerste presentatie van de klacht en eindigt bij de oplossing dan wel afsluiting van het probleem. De stappen die de arts in dat proces dient te zetten, sluiten aan bij de eindtermen van het Raamplan 2009.

Het boek is bedoeld voor studenten in het basiscurriculum. Het is geschreven door huisartsen en specialisten van alle medische faculteiten.

Het intensieve gebruik van *Het geneeskundig proces* de afgelopen tien jaar in het onderwijs aan medische faculteiten en hogescholen in Nederland en België leverde commentaar op dat geleid heeft tot aanpassingen in bijna alle hoofdstukken. Het auteurskorps is verjongd en bij de meeste hoofdstukken zijn nu ook specialisten betrokken.

In StudieCloud, toegankelijk met behulp van de code voor in het boek, is een digitale versie van elk hoofdstuk te vinden, een korte samenvatting en een aantal deeplinks naar referenties en adstruerend beeld- en tekstmateriaal.

Wij hopen dat deze herziene druk nog meer aan de behoefte in het onderwijs tegemoetkomt dan al bij de eerdere drukken het geval was.

dr. H.G.L.M. Grundmeijer, prof.dr. G.E.H.M. Rutten, prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux

NB Daar waar voor de dokter of de patiënt 'hij' in de tekst gebruikt wordt, leze men 'hij of zij'.

Inhoud

Kijk op www.studiecloud.nl voor de doorklikbare genummerde referenties, de tekst online, vragen/antwoorden en samenvattingen.

1 *Symptomen, klachten ... en dan?* 15

1.1 Inleiding 16
1.2 Van lichamelijke sensatie naar klacht 16
1.3 Klacht en klagen 16
1.4 Wat is normaal, wat is afwijkend? 18
1.5 Illness en disease 21
1.6 Zich ziek voelen 22
1.7 Ziektegedrag 23
1.8 Ziekenrol 31

2 *Van klacht naar probleem* 35

2.1 Professionele hulp zoeken 36
2.2 Naar wie gaat de patiënt en waarvoor? 38
2.3 Organisatie van de zorg: huisarts en specialist 42
2.4 Verwachtingen van de patiënt 45
2.5 Het perspectief van de arts 49
2.6 Begrijpt de arts de patiënt? 52
2.7 Willen patiënt en arts hetzelfde? 56

3 *Het genereren van een of meer waarschijnlijkheidsdiagnoses* 59

3.1 Hoe komt een arts tot een goede diagnose? 60
3.2 Het genereren van werkhypothesen 60

4 *Van waarschijnlijkheidsdiagnose(s) naar de diagnose: theorie van het testen* 73

4.1 De diagnostische strategieën 74
4.2 Toetsen en tests 81

5 *Van waarschijnlijkheidsdiagnose(s) naar de diagnose: de praktijk* 103

5.1 Inleiding 104
5.2 Informatie verzamelen vanuit patiëntperspectief 107
5.3 Informatie verzamelen vanuit biomedisch perspectief 109

5.4 Het lichamelijk onderzoek 119
5.5 Het aanvullend onderzoek 126

6 De diagnose 141
6.1 Wat is een diagnose? 142
6.2 Nut en betekenis van een diagnose 142
6.3 Soorten diagnoses 146
6.4 Kanttekeningen bij het stellen van een diagnose 150
6.5 Interdoktervariatie 152
6.6 De diagnose in het gesprek met de patiënt 156

7 Behandeling 163
7.1 Een behandeling instellen in zes stappen 164
7.2 Diagnose en hulpvraag specificeren (stap 1) 165
7.3 Doel van de behandeling bepalen (stap 2) 166
7.4 Behandelmogelijkheden afwegen (stap 3) 167
7.5 Geschiktste behandeling voor deze patiënt beredeneren (stap 4) 173
7.6 Definitieve behandeling vaststellen (stap 5) 175
7.7 Follow-up regelen (stap 6) 180
7.8 Vormen van behandeling 185
Bijlage: evidence-based medicine 201

8 Begeleiden en monitoren 209
8.1 Wat is begeleiden? 210
8.2 Praktische organisatie van begeleiding 211
8.3 Begeleiden van de psychiatrische patiënt 215
8.4 Begeleiden in de palliatieve en de terminale fase 216
8.5 Monitoring van chronische ziekten en risicofactoren 224

9 Preventie 229
9.1 Inleiding 230
9.2 Vormen van preventie 230
9.3 Preventie en de dagelijkse praktijk 234
9.4 Vroegdiagnostiek 235
9.5 Preventie van recidieve hart-vaatziekte bij mensen met een bestaande hart-vaatziekte 243
9.6 Opsporen en beïnvloeden van risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen 246

10 Samenwerken en verwijzen 251
10.1 Waarom samenwerken? 252
10.2 Vormen van samenwerking 253
10.3 Samenwerken vanuit een verschillend perspectief 259

10.4 Samenwerken en communicatie 266
10.5 Verwijzen 273
10.6 Tot slot 284

11 Verslaglegging en registratie 287
11.1 Inleiding 288
11.2 De functies van goede verslaglegging en registratie 290
11.3 De eisen die gesteld worden aan goede verslaglegging 293
11.4 De structuur van de verslaglegging 297
11.5 Juridische eisen aan verslaglegging 303
11.6 Registratie en classificatie 304
11.7 Benchmarking 306

12 Omgaan met fouten 311
12.1 Inleiding 312
12.2 Soorten fouten 312
12.3 Bronnen van fouten 316
12.4 Hoe te handelen na een fout? 319
12.5 Voorkomen van fouten 322
12.6 Fouten gezien vanuit het perspectief van de patiënt 326
12.7 De patiënt wil een klacht indienen tegen zijn arts – welke weg bewandelen? 327

13 Patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie 333
13.1 Inleiding 334
13.2 Begripsbepaling 334
13.3 Het belang van multimorbiditeit en polyfarmacie 335
13.4 Multimorbiditeit 336
13.5 Polyfarmacie 338
13.6 De patiënt 343
13.7 Organisatie van de zorg 344
13.8 Tot slot 349

14 Kennis opzoeken en bijhouden 351
14.1 Inleiding 352
14.2 De parate kennis op peil houden 353
14.3 Actuele kennis opzoeken 356
14.4 Informatie gevonden, wat dan? 361

Literatuur 363
Register 365

1 Symptomen, klachten ... en dan?

De premedische fase

P.L.B.J. Lucassen en T.C. olde Hartman

Iedereen ervaart lichamelijke ongemakken die niet meteen te verklaren zijn. Ieder mens reageert daar anders op. Veel mensen wachten af, andere gaan naar de drogist om een huismiddeltje te halen en ongeveer tien procent gaat naar de huisarts. Waarom gaan die mensen dan naar de dokter? Dat hangt af van allerlei persoonlijke kenmerken, sociale omstandigheden, opvattingen wat de geneeskunde kan bereiken en natuurlijk de ernst van klachten. Zorg dat je als arts weet wat de klacht voor de patiënt betekent.

1.1 INLEIDING

Iedereen voelt weleens iets aan zijn lijf wat lijkt te wijzen op een probleem met de gezondheid. Dit is eerder regel dan uitzondering, maar de meeste mensen stappen eroverheen of proberen er zelf iets aan te doen. Slechts een klein deel besluit naar een arts te gaan. De periode die begint met het voelen van iets wat kan duiden op een gezondheidsprobleem en die eindigt met het besluit naar een arts te gaan, noemen we de premedische fase.

Dit hoofdstuk gaat over die premedische fase. Aan de orde komen het ontstaan van een symptoom, het denken erover en de opgeroepen emoties, klagen over het gevoelde, en het besluit al dan niet naar een arts te gaan.

1.2 VAN LICHAMELIJKE SENSATIE NAAR KLACHT

Volgens Van Dale is een symptoom 'elk ziekteverschijnsel dat enige betekenis heeft voor de herkenning van een ziekte' of een 'verschijnsel waaraan men een (meestal ongunstige) zaak, die nog enigszins verborgen is, herkent'. Mensen voelen veel aan hun lijf. Als je oplet en je aandacht naar binnen richt, voel je het kloppen van het hart, het borrelen in de darmen, de stijfheid van de spieren, een vermoeidheid, een lichte jeuk in de kuit of de aandrang te moeten plassen. Al deze sensaties zijn vertrouwd en passeren meestal ongemerkt. Daarbij moeten we ons realiseren dat het vermogen van mensen om deze sensaties op te merken sterk kan verschillen. Soms doen zich echter sensaties voor die minder alledaags zijn; iets onderscheidt ze van alledaagse, niet opgemerkte. Ook deze sensaties kan men zonder actie laten passeren. Meestal schrijft men deze sensaties toe aan iets onschuldigs: slecht geslapen, fanatiek gesport of een kou gevat. Je wordt pas oplettender als die lijfelijke sensaties heviger zijn dan gewoonlijk, langer duren of heel anders aanvoelen. De tot dan toe gebruikte zelfbedachte verklaring lijkt niet meer te kloppen. De gedachte komt op dat er misschien iets met je gezondheid aan de hand is. Op dat moment – dus als je gaat denken aan een medisch probleem als oorzaak van die sensatie – spreken we van een symptoom. Cassell definieert het zo: 'Thus, symptoms are perceived occurrences whose explanations come from the domain of illness.'[1] Vanaf dat moment ben je je bewust van het symptoom. Het symptoom kan dan de gedachte oproepen aan bedreigingen en beperkingen en gelijktijdig kan angst ontstaan, of verdriet, ongerustheid of ontevredenheid. Als het symptoom ernstig is, lang duurt of veel angst oproept, ontstaat de neiging dit te uiten als klacht. Ook in de neiging een klacht te uiten bestaan grote verschillen.

1.3 KLACHT EN KLAGEN

Klagen gebeurt meestal het eerst tegen de mensen die het dichtst bij je staan. Het uiten van een klacht heeft als doel dat de ander de klacht hoort en erop reageert. Het heeft dus een communicatieve functie. Elke klacht heeft een inhouds- en een betrekkingsaspect.

- *Inhoudsaspect*: dit heeft betrekking op wat de klager letterlijk zegt. Het gaat om de mededeling over wat er aan de hand is. Bijvoorbeeld: iemand die 'ik heb buikpijn' zegt, geeft daarmee te kennen sensaties van pijn in de buikstreek te hebben. Soms is de letterlijke betekenis niet meteen duidelijk. Zo kan iemand die zegt 'ik ben benauwd' bedoelen dat hij het warm heeft, maar ook dat hij onvoldoende lucht krijgt of dat hij een druk op de borst voelt die kan wijzen in de richting van een hartprobleem.
- *Betrekkingsaspect*: dit heeft te maken met de bedoeling die de klager heeft met het meedelen van de klacht. Welke boodschap heeft iemand die klaagt over buikpijn, wat hoopt of verwacht hij van de anderen? Klagen over buikpijn kan betekenen: 'geef me een pijnstiller' of 'troost me' of 'laat me niet alleen'. Het betrekkingsaspect is vaak verborgen. Het moet worden afgeleid uit non-verbale uitingen, uit de houding van degene die klaagt, uit de gelaatsuitdrukking en uit bewegingen van de handen; soms geeft de context een aanwijzing en soms moet er gewoon naar gevraagd worden.

Dit betekent dat een klacht dus altijd veel meer is dan de mededeling over wat er aan de hand is.

Soms uiten mensen een klacht op een manier die kan suggereren dat het probleem niet lichamelijk maar mentaal is. Vaak is degene die op deze wijze klaagt zich daar niet van bewust. Enkele voorbeelden:

- 'Ik heb een brok in de keel.'
- 'Mijn hart slaat op hol.'
- 'Ik heb knikkende knieën.'
- 'Mijn hoofd bonst van de hoofdpijn.'
- 'Ik voel me gebroken.'
- 'Het was alsof mijn hart stilstond.'
- 'Het ligt me zwaar op de maag.'
- 'Het drukt op mijn schouders.'

De omgeving van de patiënt die de klacht aanhoort, reageert daarop. Soms verminderen die reacties de dreiging die er van het symptoom uitgaat, soms versterken ze juist de ongerustheid. Uiteindelijk kan dit ertoe leiden dat de patiënt het besluit neemt met de klacht naar een arts te gaan.

Het is goed dat de arts zich realiseert dat er al veel gebeurd is bij de patiënt voordat die in de spreekkamer zit. De patiënt heeft allerlei opvattingen over de als abnormaal ervaren sensatie en ook allerlei emoties; anderen hebben al gereageerd op de klacht en dat speelt mee in de beleving. Ten slotte heeft de patiënt een bedoeling, die hij vaak niet letterlijk verwoordt. In het klassieke biomedische model vraagt de arts vooral naar de als abnormaal ervaren lichamelijke sensaties, de klachten in engere zin; in het modernere *biopsychosociale model* vraagt de arts routinematig door over emotionele en

cognitieve aspecten van de klachten en over de sociale gevolgen ervan; dit alles wordt ook wel de context van de klacht genoemd. Daarnaast besteedt de arts aandacht aan de wijdere context rondom de klacht: wat iemand meemaakt in relaties of op het werk.

> We all think we know what a lion is. A lion is a desert-coloured animal with a mane and claws and an expression like Garibaldi's. But it is also, in Africa, all the neighbouring antelopes and zebras, and therefore, indirectly, all the neighbouring grass ... If there were no antelopes and zebras, there would be no lion. When the supply of game runs low, the king of the beasts grows thin and mangy; it ceases altogether, and he dies.[2]

Uit onderzoek blijkt dat in de westerse wereld mensen gemiddeld enkele lichamelijke klachten per week ervaren. Sommigen hebben dagelijks meerdere klachten. Anderen hebben bijna nooit klachten. Deze verschillen hebben te maken met een slechtere gezondheid, met een grotere alertheid op lichamelijke sensaties, of met een grotere gevoeligheid waardoor lichamelijke sensaties algauw als onaangenaam worden ervaren. Ook de reacties van de omgeving – onder wie de arts – spelen mee in verschillen in het ervaren van klachten. Het consulteren van een arts gebeurt maar bij een minderheid van de klachten. Dit wordt het *ijsbergfenomeen* genoemd.

Welke klachten ervaren mensen, en hoe vaak?[3-6]

- Gemiddeld ervaren mensen een tot twee lichamelijke klachten per week.
- In een periode van ongeveer twee maanden ervaart bijna iedereen lichamelijke klachten.
- Spierpijn wordt in één maand door 45% van de ondervraagden gemeld, hoofdpijn door 34%, verkoudheid door 24% en buikpijn door 18%.
- Een episode van spierpijn duurt gemiddeld acht dagen, hoofdpijn drie dagen, verkoudheid vijf dagen en buikpijn drie dagen.
- In een periode van een jaar bleek 15% van de mensen geen, 70% zelden tot geregeld en 15% dagelijks klachten van de spieren of gewrichten te ervaren.
- Driekwart van de mensen klaagt weleens over vermoeidheid.

1.4 WAT IS NORMAAL, WAT IS AFWIJKEND?

Wat iemand als 'onaangenaam' of als 'ongewoon', dus als klacht, ervaart wisselt van persoon tot persoon, van tijd tot tijd en van cultuur tot cultuur.

Waar mensen over klagen verandert in de tijd. Zo werd vroeger nauwelijks geklaagd over somberheid, terwijl het nu een geaccepteerde klacht is om mee naar een arts te gaan. Dit komt doordat psychiaters de diagnose 'depressie' eenduidig hebben omschreven en doordat de associatie van de diagnose depressie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis en elektroshocks geleidelijk is vervangen door een beeld

van depressie als veelvoorkomende aandoening die met medicijnen goed behandelbaar is. De farmaceutische industrie en de media hebben bij het veranderen van die beeldvorming een grote rol gespeeld. Een ander voorbeeld is ADHD. Drukke kinderen die weinig neiging hadden rustig in de schoolbanken te blijven zitten, werden vroeger niet gezien als afwijkend terwijl ze nu de diagnose ADHD opgeplakt krijgen, een label dat toegang verschaft tot hulpmiddelen en medicijnen. Waar het vroeger niet bij mensen opkwam om te klagen over hun drukke kind, wordt dit nu soms op scholen zelfs gestimuleerd omdat er medicijnen voor zijn en er een financiële compensatie tegenover staat.[7]

Er is ook een verschil tussen culturen in wat als klacht gepresenteerd kan worden of in de betekenis van de klacht. In onze multiculturele samenleving is het van belang om hier oog voor te hebben. Zo klagen mensen uit Marokko vaak over pijn in de hele rechter- of linkerlichaamshelft, een klacht die bij autochtone Nederlanders niet voorkomt. In Afrika ontlast men zich gewoonlijk meerdere malen per dag en ziet dit als een natuurlijk reinigingsmechanisme; een dag niet ontlasten betekent dan ook onvoldoende reiniging, wat geassocieerd wordt met schade aan het lichaam.

1.4.1 Medicalisering

Onze (westerse) biomedische cultuur heeft een grote invloed op het ervaren van klachten en het klagen daarover door patiënten. Die cultuur bevordert het door een medische bril kijken naar allerlei lichamelijke en emotionele gewaarwordingen. Alledaagse sensaties of gedragingen worden dan voorzien van een medisch label en vervolgens behandeld; ze worden gezien als ziekte. Dat heeft grote nadelen. Die komen mooi tot uiting in de volgende uitspraken.[8]

- 'The medical establishment has become a major threat to health,' *Ivan Illich*.
- 'The roads to unfreedom are many. Signposts of one of them bear the inscription health for all,' *Petr Skrabanek*.
- 'A well person is a patient who has not been completely worked up.' *J. Freymann*.

Een voorbeeld van medicalisering is dat een bevalling gezien wordt als medisch probleem en dus niet meer thuis kan plaatsvinden. Een recenter voorbeeld is obesitas. De laatste decennia zijn de farmaceutische industrie en de media een grotere rol gaan spelen in dit proces. Men spreekt tegenwoordig van *disease mongering*.[9] Dit is een term voor het proces waarbij de grenzen tussen ziek en niet-ziek worden opgerekt om zo nieuwe afzetmarkten te creëren. Dit proces kan verschillende vormen aannemen: risicofactoren zien als ziekte (hypertensie), milde fysieke problemen als ernstige ziekten zien of de afkappunten voor risicofactoren steeds scherper definiëren. Vaste elementen in het proces van disease mongering zijn: overdrijven van de prevalentie van de 'aandoening', benadrukken dat artsen het

probleem onderdiagnosticeren, en suggereren dat elke vorm van die ziekte behandeld zou moeten worden.

1.4.2 Vormen van medicalisering

Screening

Hoewel voor een beperkt aantal ziekten geldt dat screening nuttig is en het leven op een goede manier verlengt, is dat lang niet altijd zo. Er worden steeds grotere aantallen personen onderworpen aan systematische screening voor aandoeningen waarvoor op zijn best kleine positieve effecten worden bereikt. Daarbij vergeet men vaak dat screening ook negatieve effecten heeft. Mensen krijgen meer klachten door screening. Een bekend voorbeeld is de screening op borstkanker bij vrouwen vanaf een leeftijd van 50 jaar. Zoals elk onderzoek heeft de screeningsmammografie fout-positieve uitslagen: de afwijking wordt bij nader onderzoek niet bevestigd, er is geen sprake van borstkanker. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrouwen met zo'n fout-positief resultaat drie jaar na de screening nog steeds psychosociale klachten daarvan hebben. Dit is des te pregnanter als je weet dat er discussie is over de effectiviteit van borstkankerscreening. Een ander – oud – voorbeeld van negatieve effecten van screening is dat als je tegen mensen zegt dat ze hypertensie hebben, terwijl dat in werkelijkheid niet zo is, ze vaker klachten van hoofdpijn rapporteren.

Risicofactoren

De richtlijnen voor de primaire preventie van hart-vaatziekten hebben steeds scherpere afkapwaarden voor de risicofactoren gedefinieerd. Die afkappunten zijn zo scherp dat in een gezond land als Noorwegen driekwart van de volwassen bevolking en 90% van de 50-plussers tot de risicogroep behoren. Normaal (geen risicofactor) komt dan minder vaak voor dan afwijkend.[10] Je moet je daarvan afvragen of de schade van deze handelwijze niet groter is dan het nut. Temeer daar het effect van primaire preventie van hart-vaatziekte erg mager is.

Pathologiseren van een biologische variant

Voorbeelden van het pathologiseren van een biologische variant zijn kaalheid, zwangerschap en geboorte. Recente voorbeelden zijn erectiele disfunctie en *female sexual dysfunction*. Vaak komen deze 'ziektebeelden' naar voren als de farmaceutische industrie een middel heeft gevonden dat misschien helpt bij de klacht. Men spreekt in dit kader ook wel van *non-diseases*. In samenspraak met lezers stelde het *British Medical Journal* hier zelfs een lijst van op. In het kader staat de top 20 van non-diseases.[11] In een redactioneel commentaar wordt opgemerkt dat het voor artsen belangrijk is dat zij zich realiseren dat het begrip 'ziekte' heel betrekkelijk is. Eerder is ook al opgemerkt dat er grenzen zijn of moeten zijn aan het 'medicaliseren' van menselijk ongenoegen.

Top 20 van non-diseases

veroudering	geboorte kind
werk	allergie 21e eeuw
verveling	jetlag
wallen onder de ogen	ongelukkig voelen
negeren	cellulitis
kaalheid	kater
sproeten	zorgen over grootte penis
grote oren	zwangerschap
grijze of witte haren	boosheid rijgedrag
lelijkheid	eenzaamheid

Psychiatrische diagnostiek

Klachten (somberheid, angst) die heel goed te begrijpen zijn in de context van iemands leven, worden in de psychiatrische classificatiesystemen diagnoses. Daarbij houdt men weinig rekening met de context. De definities van psychiatrische aandoeningen zijn zo ruim gesteld dat bijna 50% van de Amerikanen minstens eenmaal in zijn leven zo'n psychiatrische aandoening heeft. Dit verschijnsel is een van de redenen voor het nog steeds torenhoge gebruik van antidepressiva.

Geneeskunde wil mensen helpen en dat lukt ook vaak, maar het induceert ook nieuwe problemen en klachten.

1.5 ILLNESS EN DISEASE

Om de taak van de arts goed te kunnen begrijpen, is het zinvol onderscheid te maken tussen illness en disease. *Illness* hoort thuis in de wereld van het ervaren, *disease* hoort thuis in de wereld van de medische theorie. Illness is de betekenis van klachten voor het leven van de patiënt; disease de betekenis van klachten voor de arts in termen van pathologie.[12] Illness heeft betrekking op de persoonlijke ervaring van een als afwijkend bestempelde sensatie, lichamelijk of psychisch, en omvat behalve de sensatie ook de gevoelens van de patiënt, zijn angsten en bedenkingen, veronderstelde dreigingen en gevolgen voor dagelijks leven en relaties.[6] Disease is de medische verklaring van artsen voor de klachten van de patiënt in de zin van objectiveerbare en meetbare biomedische afwijkingen van het normale fysiologische functioneren. Cassell zegt: 'Illness means what the patient feels when he goes to the doctor, disease what he has the way home from the doctor's office. Disease, then, is something an organ has; illness something a man has.'[1]

Het lastige is dat lang niet alle klachten (illness) te verklaren zijn vanuit het ziektemodel (disease). Vanuit het ziektemodel zijn klachten zelfs vaker niet dan wel te verklaren. Je zou ook kunnen zeggen dat de voorspellende waarde van klachten voor ziekte in het algemeen laag is. Een voorbeeld: de voorspellende waarde van de klacht moeheid voor ziekte. Uit onderzoek in de eerste lijn blijkt dat in veruit de meeste

gevallen bij moeheid geen ziekte wordt gevonden; de kans op bloedarmoede bij een patiënt die de klacht moeheid presenteert is bijvoorbeeld slechts 3%.[13] Het is dus normaal dat voor veel klachten geen verklaring gevonden wordt in de zin van ziekte.

Artsen passen het hen aangeleerde medische model toe op de klachten van patiënten. Het model past vooral goed bij mensen met een gebroken been, darmobstructie of huidinfectie. Het medische model heeft grote successen opgeleverd. Denk aan de behandeling van staar, de behandeling van heupfracturen, van borstkanker of van pneumonie, om maar een paar voorbeelden te noemen. Het past vooral op zaken die gerepareerd kunnen worden. De medische manier van kijken (*medical gaze*) past minder goed op klachten als hoofdpijn, moeheid of duizeligheid.

Disease versus illness

'I have long been a potter, a bachelor, and a leper. Leprosy is not exactly what I have, but what in the Bible is called leprosy was probably this thing, which has a twisty Greek name it pains me to write. The form of the disease is as follows: spots, plaques, and avalanches of excess skin, manufactured by the dermis through some trifling but persistent error in its metabolic instructions, expand and slowly migrate across the body like lichen on a tombstone. I am silvery, scaly. Puddles of flakes from wherever I rest my flesh. Each morning I vacuum my bed. My torture is skin deep: there is no pain, not even itching; we lepers live a long time, and are ironically healthy in other respects. Lusty, though we are lonesome in love. Keen-sighted, though we hate to look upon ourselves. The name of the disease ...'
Veel artsen denken hier aan psoriasis, maar de patiënt vervolgt '... the name of the disease, spiritually speaking is humiliation.'[14]

1.6 ZICH ZIEK VOELEN

Als je klachten hebt betekent dat niet per se dat je je ziek voelt. Pijn bij een gebroken arm is een duidelijke klacht, maar ziek voel je je dan meestal niet. Soms geldt dat iemand zich ziek voelt met een heel onduidelijke klacht: je kunt je 'beroerd' voelen of 'niet lekker', 'hangerig'. Ook als je een ziekte hebt (disease) hoeft dat niet te betekenen dat je je ziek voelt. De ziekte kan al wel aanwezig zijn maar nog niet tot klachten hebben geleid of kan wel een klacht veroorzaken maar (nog) niet het gevoel ziek te zijn. Iemand met een contractuur van Dupuytren bijvoorbeeld heeft medisch gezien een ziekte, maar voelt zich niet ziek, en deze persoon heeft niet altijd klachten. Hetzelfde geldt voor veel mensen met diabetes mellitus type 2.

Zich ziek voelen is het tegendeel van zich gezond voelen. Er bestaan geen algemeen aanvaarde definities voor wat we precies onder 'gezond' en 'ziek' verstaan. Volgens de oude definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is gezondheid

een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Als je uitgaat van deze definitie dan zou je bij de eerste de beste klacht al ongezond zijn. Dat zou betekenen dat gezondheid extreem zeldzaam is. De werkelijkheid is echter anders. Uit CBS-enquêtes over 2011 blijkt bijvoorbeeld dat 80% van de mensen hun gezondheid als zeer goed of goed bestempelt. Er zijn dan ook initiatieven om gezondheid anders te definiëren. In een van die initiatieven onderscheidt men de domeinen lichamelijk, geestelijk en sociaal, net zoals in de oude definitie, maar vult men die domeinen beter in: in het fysieke domein betekent 'gezondheid' het vermogen de fysiologische homeostase te handhaven (*allostase*), in het mentale domein het vermogen een moeilijke situatie te begrijpen, adequaat te handelen en betekenis te kunnen geven aan wat er gebeurt (*salutogenese*)[15] en in het sociale domein het vermogen het leven in een zekere onafhankelijkheid te kunnen leiden en te kunnen participeren in sociale activiteiten inclusief werk.[16] Deze elementen zorgen ervoor dat je ook een gehandicapte gezond kunt noemen.

1.7 ZIEKTEGEDRAG

Je zou denken dat het simpel is: iemand gaat naar een arts als hij zich ziek voelt of een klacht heeft, maar in werkelijkheid is het veel ingewikkelder. Ziektegedrag beschrijft wat zich afspeelt vanaf het ervaren van een symptoom tot aan het bezoeken van een hulpverlener. De term *illness behavior* werd in 1962 door Mechanic gedefinieerd als: 'The ways in which given symptoms may be differentially perceived, evaluated and acted (or not acted) upon by different kinds of people.'[17] Ziektegedrag is aangeleerd gedrag en onderdeel van de *socialisatie*. Socialisatie betekent dat kinderen zich leren te gedragen volgens de regels; zij leren de rollen die van hen verwacht worden, wat het is om een jongen of meisje te zijn, welk gedrag past bij de sociale omgeving waarin men leeft en ook wat je moet doen als je een klacht over je gezondheid hebt. Dit aangeleerde gedrag geeft het klagen, het ziektegevoel en het ziektegedrag individuele vorm en kleur. Vaak zijn die inkleuringen impliciet: iemand vormt ze niet bewust en steeds opnieuw, maar draagt ze als het ware als passende scripts met zich mee. Artsen en patiënten hebben vaak verschillende scripts. Het helpt een arts om klachten beter te begrijpen als hij de opvattingen en ideeën van een patiënt kent.

Ziektegedrag is een onderdeel van het omgaan (*coping*) met (lichamelijke) klachten, waarbij een aanpassing aan de leefomgeving en aan de eigen mogelijkheden en beperkingen centraal staat. Coping wordt beïnvloed door kennis en begrip over het ontstaan van ziekte. Regelmatig leidt de interpretatie van de patiënt tot angst of onzekerheid. Af en toe levert ziektegedrag patiënten voordeel op (*ziektewinst*), en dit kan zo belangrijk zijn dat het ziektegedrag onbewust in stand wordt gehouden. Soms is die ziektewinst voor zowel de patiënt als de hulpverlener duidelijk, maar vaak blijft die voor beide partijen verborgen.

Een 32-jarige vrouw heeft het zwaar op haar werk en komt elke avond met hoofdpijn thuis. Haar man is zeer bezorgd en probeert haar zo veel mogelijk te ontlasten. Hij neemt geleidelijk aan meer en meer (huishoudelijke) taken van haar over en vraagt vaak hoe het met haar hoofdpijn is. Deze vorm van aandacht is misschien niet de vorm die deze vrouw op prijs stelt, maar het doet haar goed dat haar man zo bezorgd om haar is en dat hij veel voor haar overheeft. Ze zou zelf thuis wel wat meer willen doen, maar haar man staat dat eigenlijk niet toe.

1.7.1 Waarnemen

In de veelheid van niet bewust opgemerkte signalen van het lichaam zijn er soms signalen die afwijken van het normale functioneren van het lijf. De meeste lichamelijke klachten vinden hun oorsprong in de fysiologie.[18] Veranderingen hierin kunnen veroorzaakt worden door ziekte, maar ook door emotie of stress. Hartkloppingen zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kunnen opgemerkte en als afwijkend gevoelde sensaties een uiting zijn van normale fluctuaties in normale fysiologische processen. Het als symptoom benoemen van een van de zeer vele lichamelijke sensaties betekent selectie in een *competition of cues*.[18] Twee verschijnselen kunnen het waarnemen van symptomen versterken: *selectieve aandacht* en *negatieve affectiviteit*. Selectieve aandacht voor een verschijnsel kan voortkomen uit eerdere ziekte. Zo kan iemand die ooit een hartinfarct heeft gehad meer aandacht hebben voor verschijnselen in de borstkas. Soms zijn gebeurtenissen bij familieleden de oorzaak van het selectief waarnemen, soms verontrustende berichten in de media. Negatieve affectiviteit is een persoonlijkheidseigenschap die gekenmerkt wordt door een grote neiging om negatieve emoties zoals angst, depressiviteit en boosheid te ervaren. Mensen met deze eigenschap ervaren meer klachten en roepen hiervoor vaker de hulp van een arts in.

1.7.2 Interpretatie van de klacht

Het belang van de betekenis die mensen aan klachten en ziekte toekennen is groot. Immers, mensen handelen het grootste deel van de symptomen zelf af. De betekenis bepaalt in hoge mate of iemand uiteindelijk hulp gaat zoeken en wat hij met die hulp gaat doen. Gedachten en interpretaties van symptomen of ziekte noemt men *ziektecognities*; voorheen sprak men van *health beliefs*. Cognities beïnvloeden de emotionele reacties. Zo kan het symptoom 'pijn op de borst' de cognitie oproepen 'ik heb het aan mijn hart' en dat kan weer leiden tot een gevoel van paniek. Cognities kunnen betrekking hebben op de aard van de aandoening, de oorzaak, de gevolgen, de duur en de controleerbaarheid. Een samenhangend model van cognities die een rol kunnen spelen bij patiënten, is het *common sense illness model*.[19]

Common sense illness model

Klachten roepen emotie en een cognitieve reactie op. In die reactie probeert iemand een verklaring te geven voor de symptomen en de risico's. Deze verklaring heeft invloed op de acties die iemand onderneemt en kan een aantal elementen bevatten: Wat is er aan de hand? Wat is de oorzaak? Hoe zal het zich ontwikkelen in de tijd? Wat zijn de gevolgen? Hoe kan ik er iets aan doen? De verklaring die het individu bedenkt, geeft houvast en hoeft niet in overeenstemming te zijn met het medisch denken.[19] De verklaring kan soms vanuit medisch inzicht zelfs irrationeel zijn ('ik heb een kou op m'n spieren'). Wat mensen als verklaringen aannemen is niet statisch. Zo wint de medische manier van denken over depressie – als ziekte die te maken heeft met chemische stoffen in de hersenen – geleidelijk terrein bij patiënten. Leventhal zegt over het verklaringsmodel dat *the consequence of an illness relies as much on what is going on in the patient's head as on what is going on in their body.*[8]

Cognities van patiënten strijdig met medische kennis
'Ik heb hoofdpijn; misschien is mijn bloeddruk te hoog.'
'Ik ben niet ongesteld; mijn lichaam wordt niet gereinigd.'
'Diabetes is een ziekte die met een korte kuur met medicijnen te genezen is.'

Attributies, self-efficacy, locus of control

Er is nog een drietal losse begrippen die ook relevant zijn voor de betekenis van klachten en ziekte; gedeeltelijk overlappen ze ook met de factoren in het common sense illness model: attributies, self-efficacy en locus of control.

Attributies zijn letterlijk toewijzingen of koppelingen. Mensen geven graag verklaringen voor wat er gebeurt en wijzen oorzaken aan, niet zozeer wetenschappelijk maar persoonlijk. Mensen zijn redelijk consistent in waar ze oorzaken zoeken. Het gaat dus over ideeën over wat de oorzaak is voor het ontstaan en persisteren van klachten. Een voorbeeld hiervan is een patiënt met pijn in de rug met de attributie dat de rugpijn wordt veroorzaakt door een beschadiging. Zo'n patiënt zal het moeilijk vinden om het advies van arts of fysiotherapeut om meer te bewegen te volgen. Mogelijk kiest deze patiënt toch voor bedrust vanwege de angst om het nog verder kapot te maken. Dit noemen we disfunctionele gedachten, omdat uit onderzoek bekend is dat de prognose van patiënten die voor bedrust kiezen, veel slechter is dan die van patiënten die het beweegadvies opvolgen.

Self-efficacy (Nederlands: stevigheid) zegt iets over de mate waarin een individu in staat is invloed uit te oefenen op de eigen klachten. Een 'hoge' self-efficacy ten aanzien van bijvoorbeeld afvallen duidt erop dat de persoon in kwestie het idee heeft dat het hem wel zal lukken om af te vallen. Denken dat men zelf zal slagen in de opdracht en zodoende vat hebben op de klacht of het gezondheids-

probleem blijkt samen te hangen met het ook echt gaan uitvoeren van de geadviseerde levenswijze en met een positief gevoel van welzijn. Een 'lage' self-efficacy leidt ertoe dat men de klachten of het probleem passief ondergaat omdat men er toch niks aan kan doen. Iemands ideeën over wie of wat verantwoordelijk is voor de klachten en iemands verwachtingen over de prognose, de ernst en de behandelbaarheid ervan bepalen in sterke mate hoe iemand met de klachten omgaat. Wanneer twee mensen kanker krijgen, kan de een zeggen 'kanker, dat is een doodvonnis, daar is niks aan te doen', terwijl de ander zegt 'ik zal ertegen vechten tot ik erbij neerval'.

Locus of control is in zekere zin verwant aan self-efficacy. Het begrip geeft aan in hoeverre iemand een externe 'verantwoordelijke' aanwijst voor hoe het gaat ('u bent de dokter' of 'het is nu eenmaal mijn lot') of zichzelf verantwoordelijk voelt voor wat er gebeurt.

Uit het bovenstaande blijkt dat mensen met klachten nadenken over wat er aan de hand zou kunnen zijn, wat de oorzaak is en wat ze eraan kunnen doen om vervelende consequenties te voorkomen. Bij deze beoordeling speelt altijd impliciet mee wat 'normaal' is. Wat normaal is, is in hoge mate een maatschappelijk fenomeen, en dus relatief. Een arts kan pas een goede arts zijn als hij vertrekkend vanuit zijn medisch kader rekening houdt met de opvattingen van patiënten.

1.7.3 Hulp zoeken

We kunnen het handelen naar aanleiding van klachten onderverdelen in vier categorieën: niets doen, leken raadplegen, zelfzorg en professionele hulp. Het heeft geen zin *hulpzoekgedrag* te kwalificeren als normaal of abnormaal. Er is vrijwel altijd een reden die het gedrag begrijpelijk maakt. Bovendien zijn er zeer veel verschillen tussen mensen van dezelfde cultuur en nog veel grotere verschillen tussen mensen van verschillende culturen.

Niets doen

Veel vaker dan in het algemeen wordt gedacht, wachten mensen met klachten gewoon af. 'Het is vanzelf gekomen, het zal ook wel vanzelf overgaan,' is de redenering. Omdat het lichaam beschikt over adequate aanpassingsmechanismen (*adaptatie*), bijvoorbeeld een effectief afweersysteem, verdwijnen veel klachten inderdaad zonder interventie van buitenaf. Er wordt wel gesproken van een *self-limiting* beloop. Artsen vergeten het self-limiting beloop nog weleens als ze een behandeling overwegen. Wetenschappelijk onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat het merendeel van de kinderen met acute otitis media binnen drie dagen geneest zonder gebruik van een antibioticum.

Leken raadplegen

Op zoek naar verklaringen en een behandeling van de klachten beginnen velen raad te vragen in eigen kring. Freidson beschreef het fenomeen in 1960 met de term *lay referral system*.[20] Onderzoek laat zien dat inderdaad het merendeel van de mensen die bij een arts komen, lekenadviezen heeft ingewonnen, met name bij familieleden en vrienden. Het verdwijnen van driegeneratiegezinnen en grote gezinnen heeft een bron van ervaring op het gebied van ziektegedrag drooggelegd. Minder dan vroeger is de familie bij wie om raad kan worden gevraagd dicht in de buurt. Aan de andere kant speelt internet nu een grote rol. Naast veel websites met voor leken vaak verontrustende informatie komen er in toenemende mate websites met nuttige informatie, bijvoorbeeld www.thuisarts.nl. Het raadplegen van externe bronnen maakt de kennis van artsen en paramedici minder exclusief. Hulpverleners dienen zich dat te realiseren en daar verstandig mee om te gaan.

Zelfzorg

Adviezen van leken hebben vaak betrekking op zelfzorg. Tot de zelfzorg rekenen we al die activiteiten die iemand kan ondernemen om klachten te verlichten of gezondheid te bevorderen zonder hulp van professionals, zoals een warme sjaal bij spierpijn in de nek, een hete douche bij een verkoudheid, een dag in bed blijven, een medicament bij de drogist halen of informatie opvragen bij een zelfhulporganisatie. Niet-medicamenteuze zelfbehandeling heeft vele vormen, van bewegen tot slapen, van sauna tot het gebruik van thermaalbaden. Veel van deze zelfzorgactiviteiten zijn nauwelijks of niet wetenschappelijk onderzocht. Er valt dan ook weinig te zeggen over de effectiviteit ervan. Het ontbreken van wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van behandelingen brengt deze niet zonder meer in diskrediet.

Ook veel zogenaamde zelfzorgmedicatie is niet onderzocht. Bij de drogisterij, apotheek en reformwinkels staan hele schappen vol met middelen waarvan de effectiviteit niet is aangetoond. Farmaceutische bedrijven proberen patiënten tegenwoordig direct te benaderen. Adverteren voor geneesmiddelen op recept is wettelijk niet toegestaan in Nederland. Op diverse manieren wordt echter reclame gemaakt voor zogeheten gezondheidspleinen op internet. Een voorbeeld daarvan is www.maagzuur.nl. Zo zijn er waarschijnlijk honderden beschikbaar. Deze websites zijn gemaakt door of in opdracht van geneesmiddelenfabrikanten die hun medicijnen al dan niet op een verhullende manier aanprijzen. Hoe groot de 'medicamenteuze' zelfzorgmarkt is, wordt duidelijk uit tabel 1.1.

Als de zelfzorgactiviteit effectief is en niet schadelijk en zeker als op theoretische gronden een pathofysiologische verklaring aannemelijk lijkt, is er van professionele zijde weinig of geen bezwaar tegen aan te voeren. Sterker nog: veel artsen rekenen het tot hun taak de zelfredzaamheid en de zelfzorg van patiënten te bevorderen.

Tabel 1.1 De markt voor zelfzorggeneesmiddelen, gezondheidsproducten en medische hulpmiddelen in 2012 (in miljoenen euro's op consumentenprijsniveau) en groei ten opzichte van 2011, uitgesplitst naar de meest verkochte productgroepen

producten voor de luchtwegen	138,4	–0,1%
vitamines/mineralen	133,7	–0,5%
producten tegen pijn	131,3	0,1%
producten voor huid en haar	70,8	0,9%
spijsverteringspreparaten	56,3	2,2%
urogenitale zorg en voortplanting	32,8	4,8%
overigen	128,6	–2,2%
Totaal zelfzorgmarkt	**691,9**	**0%**

Bron: Nederlandse Vereniging van de Farmaceutische Industrie van Zelfzorggeneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Complementaire geneeswijzen

Volgens cijfers van het CBS heeft bijna 6% van de bevolking minstens één contact per jaar met een complementair geneeskundige. Onder mensen met een chronische ziekte ligt dit waarschijnlijk hoger. Maar het getal ligt beslist veel lager dan het percentage mensen dat in een jaar minstens eenmaal de huisarts bezoekt. Vaak gaat het om klachten of ziekten waartegen de reguliere geneeskunde geen remedie heeft.[21] Soms lijkt het erop dat men binnen de complementaire geneeskunde – of in elk geval bij een aantal richtingen daarbinnen – zich beter richt op de op het individu toegesneden begeleiding en meer rekening houdt met de ziekteopvattingen van de patiënt.

Professionele reguliere medische hulp

Van alle ervaren klachten komt ongeveer 10% bij de huisarts. Ruim 70% van de bevolking heeft in een jaar minimaal eenmaal contact met de huisarts (www.cbs.nl).[22] De aanleiding tot een bezoek aan de arts is, naast ernst en duur van de klacht, vaak een of meer van de elementen uit het common sense illness model: gevolgen zoals de invloed van de klacht op fysieke activiteiten, op het uitvoeren van het werk en/of op de persoonlijke en sociale relaties; een gebrek aan controle zoals niet meer weten wat eraan te doen; of bezorgdheid hoe dit zich zal ontwikkelen. Soms speelt de noodzaak een klacht te moeten legitimeren.[23] De elementen van het common sense illness model spelen dus een belangrijke rol en hebben ook aangetoonde effecten op het copinggedrag van mensen.[24] Naast deze illness-factoren spelen ook de kenmerken van patiënten, eigenschappen van artsen,[25] de structuur van de gezondheidszorg en de cultuur een rol.

- *Kenmerken van patiënten*. Oudere mensen en vrouwen zijn vaker geneigd medische hulp in te roepen. Als mensen pijn zien als iets onvermijdelijks, zijn ze minder geneigd medische hulp te zoeken. Gevoelens van angst of depressie leiden vaker tot bezoek aan een arts. Mensen die veel naar een arts in de eerste lijn

gaan, hebben vaker veel stress. Mensen met een hoge mate van negatieve affectiviteit zoeken vaker hulp, evenals slachtoffers van seksueel misbruik en huiselijk geweld. Ten slotte gaat het ontbreken van sociale steun vaak gepaard met een grotere consumptie van medische zorg. Alleen wonen en werkloos of gescheiden zijn, zijn geassocieerd met een hoge bezoekfrequentie in de huisartsenpraktijk. Een mogelijke gemeenschappelijke onderliggende verklaring voor de hier genoemde factoren is een ongezonde of tekortschietende binding met belangrijke personen in het leven van de patiënt. Dit wordt bestudeerd in de *attachment theory*.[26] We kunnen verschillende soorten *bindingsstijlen* onderscheiden. Deze worden vaak ingedeeld in veilige en onveilige bindingsstijlen. Onderzoek toont duidelijke relaties tussen bindingsstijl en ziektegedrag, maar ook tussen bindingsstijl en therapietrouw.[27]

- *Eigenschappen van artsen*. Eerdere ervaringen met artsen bepalen in sterke mate of mensen geneigd zijn nog eens terug te gaan naar die arts. Tevens is in onderzoek aangetoond dat het geven van goede uitleg, geruststelling en het goed uitleggen van een mechanisme als selectieve perceptie bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten het hulpzoekgedrag gunstig kunnen beïnvloeden.[25]
- *Structuur van de gezondheidszorg*. Voldoende voorzieningen en artsen binnen een goed bereikbare afstand zullen het inroepen van hulp door patiënten vergemakkelijken. In Nederland lijkt deze laatste categorie van factoren van ondergeschikt belang. Ook het aanbod in de zorg speelt een rol, en het aanbod neemt in de huidige marktwerking duidelijk toe. Een groter aanbod schept een grotere vraag. Sommigen vragen frequent hulp bij professionals, anderen komen juist zelden. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat juist de *worried well*, gealarmeerd door verontrustende berichten in de media, te vaak naar een arts gaan. Blijkbaar wordt de noodzaak om een arts te bezoeken nogal verschillend ingeschat. Dat is te begrijpen omdat juist de beleving van de ernst van klachten en de betekenisverlening erg verschillen. Ook financiële factoren zoals eigen risico en inkomen spelen een rol.
- *Cultuur*. Omdat waarden een belangrijke rol spelen in de geneeskunde is het begrijpelijk dat er grote verschillen zijn in waarom en wanneer men naar een arts gaat. Dit speelt zeker een grote rol bij hulp zoeken voor mentale problemen. Zo stellen Amerikanen oorspronkelijk afkomstig uit Azië of Afrika een bezoek aan de arts voor mentale problemen langer uit dan blanke Amerikanen. Dit heeft deels te maken met de sociale steun en deels met het ervaren *stigma*.[28] Maar ook voor lichamelijke problemen zijn er aanzienlijke verschillen in de redenen waarvoor je hulp zoekt bij een arts. Zo zien mensen in Duitsland lage bloeddruk als een teken van ongezondheid, een oorzaak van vele klachten, terwijl Amerikanen dit juist zien als een teken van gezondheid.[29]

> Illness behavior is one of the factors that demarcate major prognostic and therapeutic differences among patients who otherwise seem to be deceptively similar since they share the same diagnosis.[25]

Het is voor de arts zeer relevant om tijdens consulten inzicht te krijgen in de hierboven beschreven aspecten van het ziektegedrag van de patiënt (illness): wat de patiënt voelt en denkt over de klacht, hoe hij de consequenties ziet, wat hij gedaan heeft, hoe de omgeving reageert; kortom: waarom hij precies komt (*reason for encounter*, tabel 1.2). Dit is bijzonder belangrijk bij patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Maar ook bij algemeen voorkomende ziektebeelden is het voor het slagen van de behandeling noodzakelijk te weten hoe en wat de patiënt denkt. Een voorbeeld is de inschatting van de therapietrouw. Daarom is het hanteren van het biopsychosociale model tijdens consulten zo belangrijk, waarbij de arts leert systematisch aandacht te besteden aan alle aspecten van de klacht: somatiek, cognities, emoties, gedragsmatige en sociale aspecten (acroniem: SCEGS).

Een 48-jarige man is bij de huisarts bekend als iemand met veelvuldige schouderklachten. Het duurde vaak lang voordat hij hulp kwam vragen. Nu bezoekt hij het spreekuur omdat hij last heeft van pijn laag in zijn rug. Bij de verkenning van deze klachten maakt de arts gebruik van het handvat van het SCEGS-model.

- *Somatisch.* De pijn is subacuut begonnen, zit laag in de rug, is zeurend van karakter en straalt niet uit. Opstaan doet veel pijn. Soms lijkt het even wat minder te worden, maar hij blijft veel pijn houden. Naast de rugpijn is hij de laatste tijd ook erg moe. Hij heeft een goede inspanningstolerantie.
- *Cognitie.* Een van zijn collega-procesoperators heeft laatst een herniaoperatie gehad. Zelf is hij ook bang voor een hernia. Hij is ervan overtuigd dat er iets beschadigd is in zijn wervelkolom. Het staande en zware werk zou hier de oorzaak van kunnen zijn.
- *Emotie.* Hij is bang dat ook hij geopereerd moet worden en dat hij net als zijn collega lang uit de running zal zijn.
- *Gedragsmatige aspecten.* Hij is acuut gestopt met werken en sporten toen hij wat begon te voelen. Hij houdt zo veel mogelijk rust. Steeds als hij opstaat, heeft hij veel pijn. Sinds tien dagen is er sprake van ziekteverzuim.
- *Sociaal.* De echtgenote van de patiënt heeft hem naar de arts gestuurd. Er moest wat gebeuren, zo kan het niet langer. Ook zijn pas geopereerde collega ondersteunt dit.

Tabel 1.2 Factoren die van invloed zijn op de beslissing professionele hulp in te roepen

Factor (per categorie)	Invloed
Persoonskenmerken	
leeftijd	hoe ouder patiënten zijn, des te vaker roepen zij (in absolute zin althans) professionele hulp in
geslacht	vrouwen consulteren artsen vaker dan mannen
burgerlijke staat	weduwen en weduwnaars consulteren artsen vaker dan gehuwden
familiestructuur	in gebroken gezinnen consulteren gezinsleden vaker een arts dan in niet-gebroken gezinnen
beroep	in de lagere sociale klassen consulteert men vaker artsen dan in de hogere sociale klassen
Sociaal netwerk	
sociale steun	alleenstaanden en eenzamen consulteren vaker artsen dan mensen met een ruim sociaal netwerk
reactie omgeving	bezorgde naasten doen mensen vaker professionele hulp inroepen
Klachtgerelateerde aspecten	
angst in relatie tot klacht	angst voor ziekte is een duidelijke drijfveer tot hulp vragen; zelden blokkeert angst mensen dusdanig dat zij wel hulp willen maar feitelijk geen hulp inroepen
ervaren ernst van klacht	hoe ernstiger iemand zijn klachten inschat, des te eerder hij een arts zal consulteren
bestaande en voorafgaande ziekten	mensen met chronische aandoeningen vragen vaker om professionele hulp
Opvattingen/gevoelens (cognities)	
attitude	wie zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn gezondheid consulteert minder vaak een arts dan wie die verantwoordelijkheid minder neemt
perceptie van de bereikbaarheid	wie meent dat hulp moeilijk te verkrijgen is, zal minder gemakkelijk hulp vragen
geloof in nut	mensen met hoge verwachtingen van de gezondheidszorg consulteren vaker een arts
tevredenheid	ontevredenheid over artsen en de gezondheidszorg verhindert het inroepen van professionele hulp
self-efficacy	het idee zelf iets aan het probleem te kunnen doen doet mensen minder vaak professionele hulp inroepen

1.8 ZIEKENROL

Naast *illness* en *disease* onderscheidt men nog een derde begrip: *sickness,* de ziekenrol. Na de bewustwording van de klachten en hulp zoeken, kom je voor de vraag te staan: 'Ben ik ziek?' Een bevestigend antwoord maakt je patiënt. De rol waarin je dan te-

rechtkomt is door Parsons in 1951 als eerste beschreven. Je zou verwachten dat illness, disease en sickness een eenduidige relatie hebben: je bezoekt een arts met klachten (illness), de arts stelt een diagnose (disease), en als de situatie ernstig genoeg is ga je de Ziektewet in of blijf je thuis van school (sickness).[30] Het lijkt zo eenvoudig maar het ligt toch een stuk lastiger, de concepten overlappen elkaar maar gedeeltelijk:

> I wish I really knew what you meant about being sick. Sometimes I felt so bad I could curl up and die, but had to go on because of the kids had to be taken care of and besides, we didn't have the money to spend for the doctor. How could I be sick? How do you know when you're sick anyway? Some people can go to bed most anytime with anything, but most of us can't be sick, even when we need to be.[23]

De ziekenrol houdt volgens Parsons in dat je voldoet aan een drietal normen.

- De patiënt wordt tijdelijk ontheven van zijn sociale verplichtingen. Hij hoeft bijvoorbeeld niet te werken.
- De patiënt wordt niet verantwoordelijk gehouden voor de ziekte. Hij is een slachtoffer dat hulp verdient.
- De patiënt is verplicht mee te werken om weer beter te worden. Hij moet meewerken met de arts.

Er zijn dus lusten en lasten aan deze rol, maar ook hier zijn de zaken niet ondubbelzinnig zoals blijkt uit de volgende scène, die veel artsen zullen herkennen.

> A rather elderly woman arrived at the Medical Clinic of the Massachusetts General Hospital three days after an appointment. A somewhat exasperated nurse turned to her and said. 'Mrs Smith, your appointment was three days ago. Why weren't you here then?' To this Mrs Smith responded, 'How could I? Then I was sick.'[23]

Lang niet iedereen met klachten heeft een ziekte (ijsbergfenomeen) en niet iedereen met ziekte vervult de ziekenrol.[31] Er zijn er zelfs die noch klachten, noch ziekte hebben en toch de ziekenrol vervullen. Er bestaat binnen de ziekenrol een enorme variatie aan ernst van de ziekte en de ernst van de eruit voortvloeiende handicaps en er is geen eenvoudige relatie tussen de ernst van de ziekte en de ernst van de beperkingen. Soms gedraagt iemand met een griep zich 'zieker' dan iemand met een ernstig carcinoom. Illness, disease en sickness zijn dus zeer verschillende concepten, elk gedefinieerd vanuit een ander perspectief.

De auteurs van dit hoofdstuk hebben bij het schrijven dankbaar gebruikgemaakt van grote delen van de tekst uit de vorige drukken. Wij zijn E.H. van de Lisdonk en E. van Rijswijk zeer erkentelijk dat we hun werk als uitgangspunt konden gebruiken.

AANBEVOLEN LITERATUUR

Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. Oxford: Oxford University Press, 1991.

Kaptein AA, Prins J, Collette EH, Hulsman RL, red. Medische psychologie, 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.

Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1997.

Misselbrook D. Thinking about patients. Newbury: LibraPharm, 2001.

De in dit hoofdstuk behandelde eindtermen uit het Raamplan 2009

De juist afgestudeerde arts heeft de bekwaamheid:

- het door de patiënt gepresenteerde probleem te verhelderen;
- rekening te houden met mogelijke etnische achtergronden en met culturele en maatschappelijke onderwerpen die in de samenleving een rol spelen welke van invloed kunnen zijn op het leveren van zorg aan individuen in de samenleving (ook opgenomen in de rol 'beroepsbeoefenaar');
- inzicht te tonen in factoren die de gezondheid kunnen beïnvloeden waaronder gedragsmatige, genetische, psychosociale, economische en biologische factoren;
- inzicht te tonen in etiologie en pathogenese als stappen van gezond naar ziek.

Kijk op www.studiecloud.nl voor de doorklikbare genummerde referenties, de tekst online, vragen/antwoorden en samenvattingen.