

Door huisartsen ervaren communicatieproblemen bij SOLK

Juul Houwen, Peter Lucassen, Anna Verwiel, Hugo Stappers, Willem Assendelft, Tim Olde Hartman, et al.

Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de zorg voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Veel huisartsen vinden SOLK-consulten uitdagend en ervaren problemen in de communicatie met patiënten met SOLK. Om te kijken waar huisartsen tegenaan lopen maakten we gebruik van *stimulated recall*. We filmde consulten, lieten dit aan zowel huisartsen als patiënten zien en interviewden ze.

Net als patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) vinden huisartsen dat ze een belangrijke en centrale rol spelen bij het behandelen van deze patiënten.^{1,2} Veel huisartsen vinden de zorg voor patiënten met SOLK lastig en ervaren problemen tijdens de communicatie met de patiënt.^{3,4} Ze hebben vaak moeite met het geven van een goede uitleg, pikken de meeste psychosociale *cues* niet op en communiceren weinig persoonsgericht.⁵⁻⁸ De problemen die huisartsen ervaren in de communicatie zijn tot nu toe voornamelijk onderzocht met vragenlijsten en semigestructureerde interviews. Om een beter inzicht te krijgen in deze problemen maakten we gebruik van een directere onderzoeksmethode, de zogenaamde *stimulated recall*. Hierbij wordt – onder verwijzing naar concrete consultfragmenten – zo spoedig mogelijk na het consult aan de huisarts gevraagd wat er goed en wat er niet goed ging.⁹ Zo konden we op directe wijze onderzoeken welke problemen huisartsen ervaren in de communicatie bij patiënten met SOLK. Om de relevantie voor patiënten van deze problematische consultfragmenten te onderzoeken, analyseerden we ook het commentaar van de patiënten over de door de huisarts als problematisch ervaren consultfragmenten.

METHODE

In dit kwalitatieve onderzoek lieten we huisartsen en patiënten reflecteren op hun eigen consult, dat we op video hadden opgenomen. In eerder onderzoek beschrijven we welke communicatie-elementen volgens patiënten met

SOLK relevant en belangrijk zijn, naast de problemen die patiënten in de communicatie ervoeren.^{2,10} We verzamelden onze gegevens in verschillende huisartsenpraktijken in en rondom Nijmegen. Om voldoende variatie in de gegevens te krijgen, benaderden we huisartsen met verschillende achtergronden (*purposive sampling*). We verzamelden de gegevens in de periode april tot en met september 2015. Direct na elk consult beantwoordde de huisarts de vraag: ‘Denkt u dat er sprake is van SOLK?’ We selecteerden alleen consulten waarbij de huisarts deze vraag bevestigend had beantwoord. Vervolgens nodigden we de betreffende huisartsen en patiënten uit om tijdens een individueel interview onafhankelijk van elkaar samen met een onderzoeker te reflecteren op het opgenomen consult.

Analyse

We schreven de opgenomen interviews woordelijk uit en twee onderzoekers (JH en AV) selecteerden de interviewfragmenten waarin huisartsen aangaven problemen te ervaren. We analyseerden deze volgens de ‘constante vergelijkende methode’.¹¹ Onafhankelijk van elkaar codeerden we de tekst en brachten we de fragmenten onder in categorieën. Deze werden met elkaar besproken. Tijdens de analyse vergeleken we de ontwikkelde categorieën continu met de transcripten (constante vergelijking). Uiteindelijk vonden we geen nieuwe codes of categorieën meer (saturatie). Vervolgens selecteerden we videofragmenten van momenten waarin de huisartsen problemen ervoeren. We vergeleken het commentaar van de huisartsen over deze videofragmenten met dat van de patiënten. Twee onderzoekers (JH en PL) codeerden deze fragmenten onafhankelijk van elkaar en bespraken de resultaten tijdens een consensusbijeenkomst.

Dit is een bewerkte vertaling van Houwen J, Lucassen P, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, Olde Hartman TC, et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019;20:180.

WAT IS BEKEND?

- Veel huisartsen vinden SOLK-consulten uitdagend en ervaren problemen met de arts-patiëntcommunicatie.
- Huisartsen zijn zich bewust van het belang van goede communicatie.

WAT IS NIEUW?

- Door huisartsen op hun eigen consult te laten reflecteren kregen we meer inzicht in de arts-patiëntcommunicatie en de problemen die huisartsen hiermee ervaren. Huisartsen geven zelf aan dat er ruimte is voor verbetering wat betreft het exploreren van psychosociale aspecten, het structureren van het consult en persoonsgerichte communicatie.
- Bij de meeste consultfragmenten waarmee huisartsen problemen ervoeren, hadden patiënten geen problemen.
- Wanneer huisarts en patiënt beiden problemen onderzochten, betrof dat meestal een probleem met/in de dialoog [geen open vragen stellen, de patiënt te vaak interrumpen, alleen gericht zijn op eigen ideeën].

RESULTATEN

We benaderden 36 huisartsen in de regio Nijmegen, van wie er 20 toestemden om deel te nemen. Achttien huisartsen gaven bij 43 van de 393 consulten aan dat het om SOLK ging (zie [tabel] voor de kenmerken van deze huisartsen). Vier patiënten waren niet in de gelegenheid hun consulten te becommentariëren, zodat er 39 consulten overbleven.

Problemen die huisartsen in de communicatie ervaren

Bij 11 consulten gaven de deelnemende huisartsen aan geen problemen te ervaren in de communicatie met hun patiënt met SOLK. Bij de overige consulten gaven ze aan dat er ruimte was voor verbetering. We constateerden dat er 3 gebieden

Tabel

Kenmerken van de huisartsen (n = 18)

Kenmerk	n
Leeftijd in jaren [gemiddelde, spreiding]	46 [31, 69]
Geslacht	
Man	9
Vrouw	9
Aantal jaren werkervaring [gemiddelde, spreiding]	15 [2, 43]
Geografische locatie van praktijk	
Stad	8
Platteland	10
Praktijkhouder/waarnemer	
Praktijkhouder	16
Waarnemer	2

waren waarop de communicatie volgens de huisartsen kon worden verbeterd: 1) het exploreren van psychosociale aspecten, 2) het structureren van het consult en 3) persoonsgerichte communicatie.

Exploreren van psychosociale aspecten

Veel huisartsen gaven aan dat ze meer aandacht hadden moeten besteden aan het exploreren van cognities, ideeën en verwachtingen van patiënten. Ze deden dit vaak niet omdat ze dachten dat ze daardoor tijd zouden besparen of dat patiënten niet over psychosociale aspecten wilden praten.

Huisarts 16: “En eigenlijk denk ik dan van ja, als ik nu heel uitgebreid ga samenvatten of nog meer ga uitvragen, waar eindigen we dan in de tijd en in het verhaal? Hoe ver heb ik nou haar psychosociale aspecten helemaal uitgevraagd, nou eigenlijk bijna niet hè, daar zijn we helemaal niet aan toegekomen, terwijl het voor haar denk ik wel een belangrijke oorzaak van het probleem is. Niet dat daar heel veel aan te veranderen valt, maar daar zijn we eigenlijk helemaal niet aan toegekomen.”

Structureren van het consult

De huisartsen gaven aan dat sommige delen van het consult elkaar overlaptten, waardoor ze geen volledig beeld kregen van de klachten van patiënten. Enkele huisartsen gaven aan dat patiënten meer het gevoel hadden dat ze serieus werden genomen wanneer het consult goed gestructureerd was. De huisartsen dachten dat ze het consult beter hadden kunnen structureren door meer gebruik te maken van samenvattingen.

Huisarts 11: “Ik vind het op zich wel een goed consult, maar de fases van de consultvoering zijn niet helemaal mooi afgebakend, het loopt een beetje door elkaar heen. Dus ik had beter een samenvatting kunnen geven wanneer ik naar een volgende fase in het consult wil gaan. En in die samenvatting zou de hulpvraag terug moeten komen en kan ik aangeven wat we tot nu toe hebben besproken.”

Sommige huisartsen gaven aan dat ze meer aandacht hadden kunnen besteden aan het creëren van een gedeelde agenda. Met zo'n agenda hadden ze beter kunnen achterhalen wat voor patiënten belangrijk was om te bespreken.

Huisarts 7: “Wat ik me nu terugkijkend realiseer is dat we dit consult allebei met een eigen agenda in zijn gegaan, en dat we die dus echt even van tevoren samen op mekaar moeten afstemmen. Ik denk dat dat het manco is. En dat zou bij meer SOLK-patiënten kunnen spelen. Ik weet gewoon niet waar we heen gaan en er blijven dus

items komen, en ik merk dat ik daar geen keuze in maak en gewoon de een na de ander maar afwerk en dat dit dus een beetje half gaat.”

Persoonsgerichte communicatie

Sommige huisartsen gaven aan dat ze zich meer hadden moeten focussen op de reden van komst. Andere huisartsen vertelden dat ze patiënten meer ruimte hadden moeten geven. Ook zeiden huisartsen dat ze soms hun eigen verklaringen en behandelopties bespraken, terwijl ze patiënten te weinig betrokken bij de besluitvorming.

Huisarts 9: “Ik ga gelijk in de doktermodus en ben dokter-centered, ik had veel meer ruimte moeten geven aan haar eigen opvattingen over die dikke darm en die verstoppingen. Ik denk dat het beter was geweest. Ik word actiever en ga meer dingen voorstellen. Ik geef haar niet veel ruimte om zelf problemen op te lossen.”

Andere huisartsen gaven aan dat ze de kwaliteit van het contact met de patiënt zouden moeten verbeteren omdat de patiënt zich daardoor beter gehoord zou voelen.

Huisarts 2: “Ja, wat ik net zei, gewoon het contact met de patiënt, niet in de computer kijken. Nu kan ik me voorstellen dat hij zegt dat de dokter in dat laatste stuk ongeïnteresseerd was. [...] en in het hele laatste stuk, daar mis ik echt interactie.”

Problemen die zowel huisartsen als patiënten in de communicatie ervaren

Over de meeste videofragmenten die volgens de huisartsen problematisch waren, uitten de patiënten zich juist positief. De videofragmenten waarbij zowel huisartsen als patiënten problemen ervoeren kenmerkten zich doordat huisartsen alleen gericht waren op hun eigen ideeën, gesloten vragen stelden en patiënten vaak interrumpeerden.

BESCHOUWING

Bij ongeveer twee derde van de consulten ervoeren huisartsen problemen in de communicatie met hun SOLK-patiënt en zagen ze ruimte voor verbetering. Bij de meeste fragmenten in het consult waarbij huisartsen problemen ervoeren, gaven patiënten echter aan geen problemen te hebben. Wanneer huisartsen mogelijkheden tot verbetering zagen ging dat over het exploreren van psychosociale aspecten, het structureren van het consult en persoonsgerichte communicatie. De videofragmenten waarin zowel de huisarts als de patiënt problemen ervoeren, kenmerkten zich door het ontbreken van een dialoog.

Onze bevindingen sluiten aan op eerder onderzoek waaruit blijkt dat huisartsen moeite hebben met het structureren van SOLK-consulten.¹² Ook denken huisartsen soms dat SOLK-patiënten liever niet over psychosociale aspecten



Huisartsen kunnen de arts-patiëntcommunicatie verbeteren door zich meer op de dialoog te concentreren.

Illustratie: Hollandse Hoogte

willen praten.¹³ De meeste SOLK-patiënten geven tijdens het spreekuur echter psychosociale cues, die door huisartsen vaak niet worden herkend, en willen daar graag over praten.⁷ Wanneer de huisarts deze cues herkent, laat deze zien dat hij zorgvuldig luistert, wil begrijpen welke betekenis de klachten voor de patiënt hebben en geïnteresseerd is in de patiënt. Ten slotte is bekend dat huisartsen barrières ervaren in de interactie met SOLK-patiënten en benadrukt ook de NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten het belang van persoonsgerichte communicatie.¹⁴

Door huisartsen te laten reflecteren op hun eigen SOLK-consult (stimulated recall), konden we de *recall bias* en sociaal wenselijke antwoorden minimaliseren. Bovendien onderzochten we op deze manier het daadwerkelijke gedrag en de ervaringen van huisartsen. Een beperking van dit onderzoek was de we met de purposive sampling-strategie vooral huisartsen hebben kunnen selecteren die (enigszins) geïnteresseerd waren in SOLK en dat de meningen van niet in SOLK geïnteresseerde huisartsen niet naar voren komen. Een andere mogelijke beperking is de wijze waarop we SOLK-patiënten selecteerden. We zochten patiënten uit van wie de huisarts dacht dat ze SOLK hadden en selecteerden niet op basis van bijvoorbeeld vragenlijsten. Omdat ons onderzoek ging over wat huisartsen denken over SOLK-patiënten, hebben we ons gericht op die consulten waarvan de huisarts ook zelf dacht dat het om SOLK ging.

CONCLUSIE

Huisartsen geven aan dat er ruimte is voor verbetering op het gebied van het exploreren van psychosociale aspecten, het structureren van het consult en persoonsgerichte communicatie. Of huisartsen daadwerkelijk beter gaan communiceren wanneer ze zich hierop meer gaan focussen is nog maar de vraag, want opvallend genoeg gaven de meeste patiënten geen negatieve feedback over deze fragmenten. Toch is het ook belangrijk om communicatieproblemen te exploreren die alleen huisartsen ervaren, omdat die meer inzicht geven in de arts-patiëntcommunicatie in SOLK-consulten. Door op de eigen communicatie te reflecteren kunnen huisartsen handvatten ontwikkelen om deze te verbeteren. Huisartsen kunnen de communicatie wellicht verder verbeteren door zich meer te focussen op de dialoog. ■

LITERATUUR

1. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract* 2001;18:519-23.
2. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft PJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract* 2017;34:245-51.
3. Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A, et al. Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms? *J Gen Intern Med* 2007;22:565-71.
4. Hahn SR. Physical symptoms and physician experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001;134:897-904.
5. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ* 2004;328:1057
6. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, Salmon P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract* 2004;54:165-70.
7. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
8. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006;68:269-76.
9. Van Dulmen SBE. What makes them (not) talk about proper medication use with their patients? An analysis of the determinants of GP communication using reflective practice. *Int J Person-Centered Med* 2011;1:27-34.
10. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft WJ, Van Dulmen S, Olde Hartman TC. Improving GP communication in consultations on medically unexplained symptoms: a qualitative interview study with patients in primary care. *Br J Gen Pract* 2017;67:e716-e23.
11. Glaser B SA. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine, 1967.
12. Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60.
13. May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Social Health Illn* 2004;26:135-58.
14. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. *Huisarts Wet* 2013;26:222-30.

Voor meer informatie verwijzen we u naar het oorspronkelijke artikel.



Lees ook: 'Hoe en wanneer herkennen huisartsen SOLK?' van Juul Houwen, et al. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0794-3.

Houwen J, Lucassen PLBJ, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, Olde Hartman TC, Van Dulmen S. Door huisartsen ervaren communicatieproblemen bij SOLK. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0796-1.
Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: J. Houwen, huisarts en promovendus, juul.houwen@radboudumc.nl; P.L.B.J. Lucassen, huisarts en senior onderzoeker; A. Verwiel, arts; H.W. Stappers, gedragswetenschappelijk docent, psycholoog; prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Preventie in de zorg; dr. T.C. Olde Hartman, huisarts en senior onderzoeker; prof. dr. S. van Dulmen, hoogleraar Communicatie in de gezondheidszorg, tevens verbonden aan de Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway, Drammen, Noorwegen en aan het Nivel, Utrecht.
Belangenverstrengeling: niets aangegeven.