

Context is (bijna) alles

Peter Lucassen, Inge Stortenbeker, Maria van den Muijsenbergh

Context is belangrijk in de huisartsgeneeskunde. Daarom staat context centraal tijdens de komende NHG-Wetenschapsdag op vrijdag 21 juni in Nijmegen. Benieuwd wat u kunt verwachten? Lees hieronder enkele gedachten over het belang van context.

“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.”¹

Laten we ons eens, met bovenstaand citaat in het achterhoofd, een leeuw voorstellen in een ouderwetse dierentuin, lusteloos heen en weer ijsberend in een kooi met een homp vlees ergens op de grond. Hoe kaal is het dan als je als huisarts bij een patiënt alleen maar een anamnese afneemt, lichamelijk onderzoek doet en een behandeling instelt. Dat zal niet zo vaak voorkomen. Zoals de kooi geen recht doet aan het verschijnsel ‘leeuw’, zo doet een kaal consult geen recht aan de patiënt. Context geeft kleur en brengt een persoon tot leven. Context moet, anders behandel je karikaturen. Maar wat is context? Je komt zelden een omschrijving van het begrip tegen in artikelen die er over gaan. Iedereen lijkt automatisch te snappen wat er bedoeld wordt. In deze beschouwing leggen wij uit wat wij onder context verstaan en waarom context belangrijk is. Nu kan je hiervoor modellen uit de wetenschappelijke literatuur halen, maar wij kiezen er voor om specifieke vormen van context te bespreken die binnen het consult een rol spelen, namelijk de context rond de klacht, de context van de therapeutische relatie, en de psychosociale en de sociaaleconomische context.² Tot slot geven



“We all think we know what a lion is.”

Foto: Shutterstock

we aan hoe en waarom wetenschappelijk onderzoek context moet verdisconteren.

DE CONTEXT ROND DE KLACHT

De context rond de klacht komt tot uiting in het acroniem ‘SCEGS’. Iedere huisarts leert tijdens de opleiding dat het belangrijk is somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale aspecten van de klacht aan bod te laten komen. Dit is een onderdeel van goed communiceren.³ In de Britse opleidingen gebruikt men het acroniem ‘ICE’ (*ideas, cognitions, expectations*). Dit breidt de SCEGS uit met verwachtingen. Verwachtingen zijn een specifiek soort cognities die te maken hebben met de geschatte waarschijnlijkheid dat iets gebeurt.⁴ Het gaat daarbij om verwachtingen over het beloop van de ziekte, het effect van de behandeling of de kans op bijwerkingen, of om de verwachting een medicijn te krijgen bij een kind met koorts. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat ziektecognities en verwachtingen belangrijke voorspellers zijn van het beloop van ziekte en het effect van een behandeling.^{4,5} Het blootleggen van cognities en verwachtingen, en het beïnvloeden van verwachtingen in de gewenste richting zijn dan ook van groot belang voor het genezingsproces. Deze elementen komen samen in het begrip *reason for encounter* (RFE): de door de patiënt geuite klacht in de context van cognities, emoties en verwachtingen.⁶ Het goed in beeld brengen van de RFE is een voorwaarde voor persoonsgerichte in plaats van ziektegerichte zorg.

DE CONTEXT VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE

Diagnostiek en behandeling van een patiënt vinden plaats in de context van de gezondheidszorg. De zorg vindt plaats in

DE KERN

- Het begrip *context* wordt vaak gebruikt, maar het is lang niet altijd duidelijk wat er onder verstaan wordt.
- Een aantal vormen van context is relevant voor de huisarts: de context van de klacht, die van de behandelrelatie, en de psychosociale en de sociaaleconomische context.
- Hoe beter de context in beeld is, des te persoonsgerichter de zorg.
- Om wetenschappelijk onderzoek beter te laten aansluiten op de huisartsgeneeskundige praktijk moet de context expliciet meegenomen worden in dat onderzoek.

de relatie tussen huisarts en patiënt. Het is bekend dat een warme, vriendelijke manier van omgaan met de patiënt en een positieve benadering gunstige effecten hebben op de uitkomst bij de patiënt.⁷ Het gaat hier om de huisarts-patiëntrelatie, een vrij breed concept. Een bijzonder – en belangrijk – aspect van deze relatie is de *therapeutische alliantie*. Dit begrip is afkomstig uit de psychotherapie en bevat de volgende drie duidelijk omschreven componenten: een band (als partners die samenwerken) tussen patiënt en hulpverlener, overeenstemming over het doel van de behandeling en over wie wat doet. De drie elementen zijn goed meetbaar en er bestaat een duidelijk en consistent verband tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en de uitkomsten bij patiënten, onafhankelijk van de gegeven behandeling.⁸ Het is belangrijk dat de huisarts zich realiseert hoe groot de invloed is van elk van de elementen en dat het om meer gaat dan een goede relatie. De huisarts moet het immers vaak niet hebben van behandelen, maar juist van afzien van behandelen. Vooral hier helpt de therapeutische alliantie.

DE CONTEXT VAN DE PATIËNT

Veel (huis)artsen associëren het begrip *context* met psychosociale problemen of met de leefomgeving. Het gaat dan om zaken in de geschiedenis van de patiënt: ernstige trauma's door mishandeling of misbruik in het verleden of levensgebeurtenissen in het heden, zoals het overlijden van een sleutelfiguur of ontslag, of de kwaliteit van sociale relaties of het gebrek daaraan (eenzaamheid, buitengesloten worden). Hoewel huisartsen veel aandacht hebben voor deze problemen, is de impact van bijvoorbeeld slechte sociale relaties groter dan we vaak denken. Zo bleek uit een meta-analyse dat de kwaliteit van sociale relaties een effect op mortaliteit heeft dat vergelijkbaar is met het effect van roken of excessief alcoholgebruik.⁹ Patiënten komen geregeld bij de huisarts om een psychosociaal probleem te bespreken. Dergelijke problemen vormen echter vaker de achtergrond van klachten en het is niet altijd even gemakkelijk het verband met de klachten tijdens het consult boven tafel te krijgen of bespreekbaar te maken. Bij ernstige SOLK, bijvoorbeeld, is het vaak de huisarts die een verband ziet tussen de klachten en

de psychosociale problemen, maar dat moeilijk bespreekbaar kan maken.

DE SOCIAALECONOMISCHE CONTEXT

Bij de sociaaleconomische context gaat het om opleiding, inkomen, wonen, geletterdheid of migratie. De meeste huisartsen weten van het merendeel van hun patiënten wel of ze in een welvarende of in een armoedige situatie verkeren. Ze weten vaak minder goed hoeveel invloed een lage sociaaleconomische status kan hebben op het mentaal functioneren en op het voorkomen van ziekte en sterfte. Schaarste (aan geld) heeft een negatieve invloed op het denken. Onderzoek hiernaar liet zien dat armoede het IQ met ongeveer tien punten verlaagt. Dit moeten huisartsen zich realiseren als ze iets ingewikkelds moeten uitleggen, te meer omdat ziek-zijn ook een negatieve invloed op het mentaal functioneren heeft.¹⁰ Sociaaleconomische status heeft ook invloed op multimorbiditeit en levensverwachting. Bij mensen met de laagste sociaaleconomische status treedt multimorbiditeit – gedefinieerd als twee of meer chronische ziekten – vijftien jaar eerder op dan bij mensen met de hoogste status, en mensen onder de laag-inkomensgrens van het CBS overlijden vier tot vijf jaar eerder dan mensen met meer inkomen.^{11,12} Het is van groot belang dat de huisarts zich dit realiseert; een arme man van veertig met pijn op de borst heeft immers een duidelijk hogere kans op een myocardinfarct dan een rijke man van veertig met dezelfde klacht. Naast inkomen is opleiding van grote invloed op de gezondheid van een patiënt en op diens vermogen om zelf goed voor zijn gezondheid te zorgen. Zo is de kans op medicatiefouten bij mensen die laaggeletterd zijn (18% van onze bevolking) veel groter.¹³ De huisarts zal meer moeite moeten doen om op maat met hen te communiceren en zorgvuldig na te gaan of zij begrijpen wat hij bedoelt.

NHG-Wetenschapsdag, vrijdag 21 juni 2019
09:00-18:00 uur, Radboudumc, Nijmegen

HUISARTS, PATIËNT EN CONTEXT

De meerwaarde van de interactie tussen patiënt en huisarts

In plenaire lezingen, presentaties en workshops komen de volgende aspecten aan de orde:

- Hoe houden huisartsen rekening met de context van de patiënt? Wat levert dat op voor beide partijen en hoe onderzoek je dat?
- Welke methoden zijn geschikt om de interactie tussen huisarts en patiënt, en de aandacht voor context te onderzoeken?
- In hoeverre draagt de context bij aan uitkomstmaten?
- Hoe integreren we niet-medische gegevens in onze routinezorggegevens en wat levert dat op?

www.nhgwetenschapsdag.nl

CONTEXT IN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Hoe beter de context in beeld is, des te persoonsgerichter de zorg. En persoonsgerichte zorg heeft positieve effecten op de patiënttevredenheid, de zelfredzaamheid, het verminderen van de symptoomlast en gezondheidsuitkomsten.¹⁴ Als de context in de dagelijkse praktijk essentieel is, dan moet ze dat ook zijn in wetenschappelijk onderzoek. Willen wij echt evidence-based persoonsgerichte geneeskunde, dan moet het onderzoek zich niet beperken tot het simpelweg herhalen van tweedelijnsonderzoeken in de eerste lijn. Hieronder enkele voorbeelden die recht doen aan het belang van de context en die volgens ons, waar mogelijk, standaard moeten worden opgenomen in onderzoeksprotocollen:

- Bij onderzoek naar de voorspellende waarde van symptomen voor ziekte moeten onderzoekers rekening houden met de reason for encounter. Dat stelt hoge eisen aan de manier waarop ze gegevens verzamelen. Er is in Nederland slechts één morbiditeitsregistratie die standaard de RFE codeert (FameNet).
- Bij effectonderzoek moeten onderzoekers de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie meten omdat het effect van een behandeling erg afhankelijk is van de interactie van arts en patiënt. Hierbij kunnen ze bijvoorbeeld gebruikmaken van meetinstrumenten die de therapeutische alliantie meten. De in het Nederlands vertaalde versies zijn geschikt voor de huisartsenpraktijk, zoals de Working Alliance Inventory (WAI).
- Onderzoekers die zich richten op het voorkomen en de oorzaken van ziekte moeten structureel de kwaliteit van sociale relaties meten.
- Problemen tijdens consulten, bijvoorbeeld bij SOLK, ontstaan vaak op specifieke momenten gedurende het gesprek. Conversatieanalyse geeft gedetailleerd inzicht in de interactionele handelingen die hieraan bijdragen.
- Hoewel wetenschappelijk onderzoek vaak de sociaaleconomische status meet, moet deze variabele niet als confounder behandeld worden. Analyse van sociaaleconomische status als effect-modifier geeft realistisch inzicht in verschillen tussen mensen van verschillende sociaaleconomische klassen. Kwalitatief onderzoek moet ook vaker standaard mensen includeren die een lagere sociaaleconomische status of een migratieachtergrond hebben.

TOT SLOT

Persoonsgerichte zorg en het wetenschappelijk onderzoek daarnaar is alleen mogelijk als artsen en onderzoekers rekening houden met de context. Het is belangrijk goed te expliciteren wat we onder context verstaan, zodat dit beter ingebouwd wordt in wetenschappelijk onderzoek en huisartsen er bewuster aandacht aan geven in hun dagelijkse praktijk. ■

DANKBETUIGING

Met dank aan de andere leden van de voorbereidingscommissie van de NHG-Wetenschapsdag 2019: Lisette van den Bemt,

Marianne Dees, Esther Deupmann, Freek Kinkelaar, Kees de Kock en Marieke Perry.

LITERATUUR

1. Heath I. Divided we fail. *Clin Med* 2011;11:576-86.
2. Golden SD, Earp JAL. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education and behavior health promotion interventions. *Health Educ Behav* 2012;39:364-72.
3. Grundmeijer HGL, Rutten GEHM, Damoiseaux RAMJ. Het geneeskundig proces. Bohn, Stafleu van Loghum: Houten, 2016.
4. Petrie KJ, Rief W. Psychobiological mechanisms of placebo and nocebo effects: pathways to improve treatments and reduce side effects. *Annu Rev Psychol* 2019;70:1-27.
5. Hagger MS, Koch S, Chatzisarantis LD, Orbell S. The common-sense model of self-regulation: meta-analysis and test of a process model. *Psychol Bull* 2017;143:1117-54.
6. Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Boven K, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Why the reason for encounter should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract* 2011;61:e839-41.
7. Lucassen P, Olesen F. Context as a drug: some consequences of placebo research for primary care. *Scan J Prim Health Care* 2016;34:428-33.
8. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath OA. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 2018;55:316-40.
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *Plos Med* 2010;7:e1000316.
10. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Poverty impedes cognitive function. *Science* 2013;341:976-80.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical association: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
12. Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoede en sociale uitsluiting 2018. Den Haag: CBS, 2018.
13. Algemene Rekenkamer. Aanpak van laaggeletterdheid. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2016.
14. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund S, Högländer J, et al. Same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Pat Educ Couns* 2019;102:3-11.

Lucassen P, Stortenbeker I, Van den Muijsenbergh M. Context is [bijna] alles. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0091-1. Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen: dr. P. Lucassen, huisarts, senior onderzoeker, Peter.Lucassen@radboudumc.nl; I. Stortenbeker, junior onderzoeker; prof.dr. M. van den Muijsenbergh, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.