

De kern van het vak [2]

# Arts-patiëntrelatie

Joost Zaat

**Huisartsen koesteren de bijzondere relatie die ze met hun patiënten hebben. Doordat hun relatie meestal langdurig is en ze alle problemen zien, zou die relatie anders zijn dan de instrumentelere relatie bij specialisten. In de denksessies in de afgelopen maanden over de nieuwe Woudschoten-definitie was de arts-patiëntrelatie een van de twaalf thema's. Huisartsen houden net als zestig jaar geleden van hun patiënten.**

De technische mogelijkheden zijn sinds Woudschoten 1959 sterk toegenomen, maar huisartsen doen het nog steeds vooral met hun ogen en oren en helpen 'met zichzelf', net als de dokters die in de jaren vijftig onder de indruk waren van Michael Balints *Doctor as drug*.<sup>1</sup> Maar hoe individueel blijft die relatie in de toekomst? In het discussiestuk van het project Toekomst Huisartsenzorg staan drie verschillende opties: in de traditionele setting gaat het om de individuele relatie, bij de 'huidige situatie' zou het gaan om een vertrouwensrelatie met de huisartsvoorziening, en in de toekomstgerichte grootschalige structuren heeft de patiënt vooral een

vertrouwensrelatie met een sociaal-medische voorziening ([Figuur 1]).

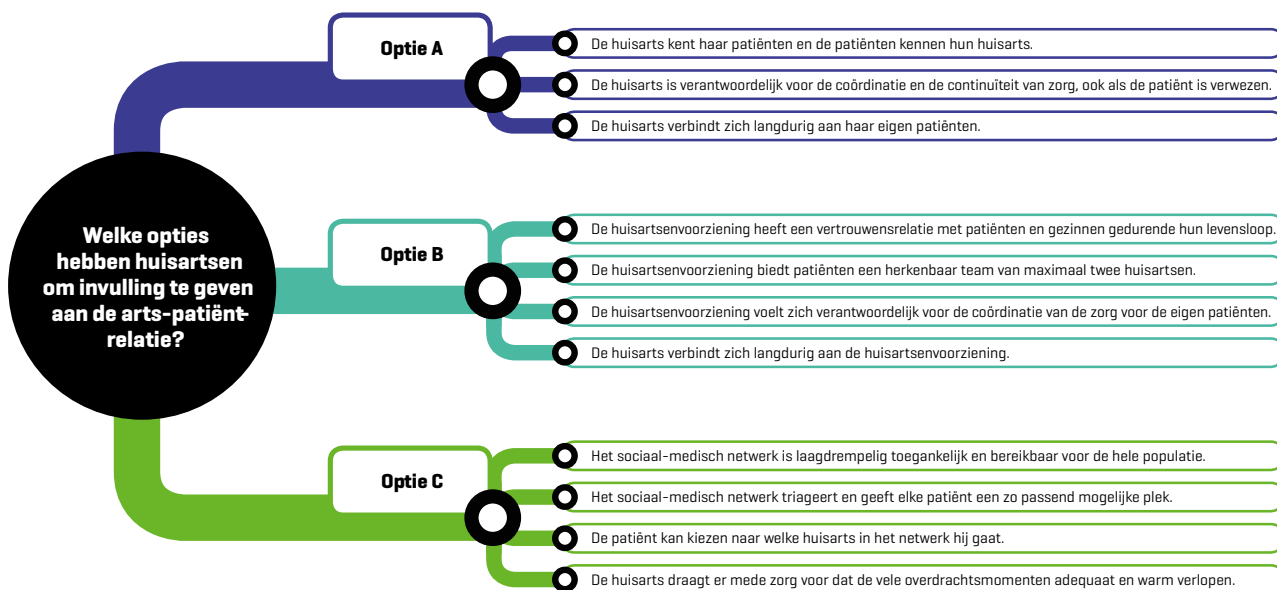
In een hal van het Word Fashion Center aan de Amsterdamse A10 staan 23 opblaasbare iglootjes met daarin een tafel, 20 stoelen en een tv-scherm. Meer dan 300 in Amsterdam opgeleide aios die 1 oktober de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets (LHK) hebben gedaan, storten zich op de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Net als de denksessies elders in het land bespreken ze de drie scenario's en twaalf thema's. Het gaat immers om hun toekomst. Aanvankelijk gaat het wat moeizaam, zo net na de LHK, maar gaandeweg worden ze enthousiaster. Nadenken over kernwaarden is stamelen en zoeken naar woorden. De groepjes die de arts-patiëntrelatie bespreken, geven hoog op over het belang van een goede vertrouwensrelatie. "Die is hartstikke belangrijk en die krijg je alleen maar in een kleiner team. Dat kan helemaal niet in optie C."

## IS ER EEN PROBLEEM MET DE ARTS-PATIËNTRELATIE?

In deel 1 van deze korte serie las u al dat patiënten ook nu nog

**Figuur 1**

Arts-patiëntrelatie



Bron: Toekomst huisartsenzorg, Gespreksleidraad denksessie, pagina 17

veelal dezelfde dokter zien. Ze hebben ook veel vaker contact met de huisarts dan een jaar of 30 geleden: toen lag die frequentie rond de 3, nu op 4,4 per jaar. Er zijn ook veel minder visites dan vroeger. In de jaren vijftig deden huisartsen wel 20 visites per dag, in 2012 waren dat er nog 12 per week,<sup>2</sup> en dat aantal daalt nog steeds.

De aard van de contacten is veranderd. De consulten duren zeker langer dan in de jaren zestig. [Figuur 2] laat zien dat het aantal lange consulten en visites (> 20 minuten) de afgelopen jaren behoorlijk is gestegen. Wel is er enige vertekening omdat het NIVEL de contacten met de poh-ggz bij de huisarts optelt. Die contacten duren altijd al 20 minuten. Gemiddeld zijn de contacten met de huisarts in vergelijking met bijvoorbeeld Finland nog steeds kort (11 minuten versus 24). In 2001 is was de gemiddelde consulttijd net een minuutje korter, maar ook toen al duurde 40% van de consulten langer dan 10 minuten. In vergelijking met andere landen zitten Nederlandse dokters een beetje in de middenmoot qua aantal patiëntencontacten per dag, namelijk 28 consulten, acht telefoontjes en één e-mailconsult ([Figuur 3]).<sup>3</sup> Huisartsen hebben gemiddeld 32 direct patiëntgebonden uren per week om die arts-patiëntrelatie te onderhouden.

Zestig jaar geleden was er geen mondige patiëntenbeweging, nu timmert de Patiëntenfederatie met de campagne drie goede vragen aan de weg: 67% van de patiënten wil volgens de NCPF altijd samen met de dokter beslissen.<sup>5</sup> Er zijn patiënten die mondiger zijn dan vroeger, maar er zijn ook nog steeds grote groepen die minder mondig zijn en shared decision-making

niet omarmen ([Figuur 4]). Er is opvallend weinig verschil tussen Europese landen in welke aspecten in de arts-patiëntrelatie patiënten belangrijk vinden: een persoonlijke relatie met de dokter en continuïteit van zorg. Het gebruik van additionele hulpmiddelen als e-health vinden patiënten over het algemeen minder belangrijk.<sup>3</sup> Huisartsen doen wel vaker aan shared decision-making dan tien jaar geleden, maar meestal is hun gedrag op dit gebied slechts net aan zichtbaar in video-opnamen van echte consulten.<sup>4</sup>

## WAT IS HET BELANG?

Tim olde Hartman is huisarts in Oosterhout en werkt als *principal investigator* in het Radboudumc. Hij doet vooral onderzoek naar psychische klachten en het belang van de arts-patiëntrelatie. “Ik las laatst een prachtig artikel van een Duitse huisarts over *searching for the problem space*.<sup>6</sup> Doordat de patiënt mij goed kent en ik hem goed ken, is er in het begin van een consult veel ruimte om het probleem te definiëren. Als een patiënt met de klacht moeheid komt, dan is je differentiaaldiagnose 35 pagina's lang, maar als hij vraagt of het ook kan komen doordat hij zijn schildklierpillen anders inneemt dan is het aantal mogelijkheden opeens veel kleiner. Daar was je zelf misschien nooit op gekomen maar omdat die probleemruimte heel groot is, stuurt de patiënt je naar de juiste diagnose of interventie.”

Er is volgens reviews voldoende bewijs dat de persoon van de dokter, maar vooral de manier waarop die communiceert, de uitkomsten van zorg beïnvloedt. “Physicians who adopt a

**Figuur 2**

Aantal contacten met huisarts en praktijkondersteuner ggz

Aantal contacten met de huisarts en praktijkondersteuner ggz							
per 1000 ingeschreven patiënten							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Segment 1:</b>							
Consult kort*	2.298,1	2.185,9	2.153,7	2.121,5	2.152,4	2.152,6	2.075,2
Consult lang	485,3	489,3	504,4	569,4	655,4	677,9	709,1
Visite kort*	133,0	133,1	124,8	113,0	113,0	107,1	96,2
Visite lang	74,9	80,7	77,6	81,1	99,9	87,5	80,1
Telefonisch	1.070,0	1.072,8	1.096,9	1.069,4	1.147,0	1.207,6	1.220,2
<b>Consult</b>							
Vaccinatie	1,8	1,8	1,5	1,6	1,8	1,4	4,0
E-mailconsult	6,9	8,1	11,3	16,6	20,9	28,1	33,5
<b>Segment 3:</b>							
M&I-verrichting	216,2	226,0	216,1	213,0	181,6	186,3	179,9
<b>Totaal</b>	<b>4.286,2</b>	<b>4.197,7</b>	<b>4.186,3</b>	<b>4.185,8</b>	<b>4.372,7</b>	<b>4.449,3</b>	<b>4.399,2</b>

\* Een kort consult/visite duurt maximaal 20 minuten, een lang consult/visite duurt langer dan 20 minuten conform de tarievenlijst huisartsenzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.  
© Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Bronnen: Boersma-van Dam ME, Weesie YM, Hek K, Davids RN, Winckers MLJJ, Korteweg L, de Leeuw-Stravers E, Urbanus TLF, Schermer TRJ, Nielen MMJ. Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (internet). 2018 [Laatst gewijzigd op 19-07-2018; geraadpleegd op 22-10-2018]. URL: [www.nivel.nl/node/](http://www.nivel.nl/node/)

warm, friendly, and reassuring manner are more effective than those who keep consultations formal and do not offer reassurance,” is de conclusie van een oude systematische review over de invloed van context factoren op gezondheidsuitkomsten.<sup>7</sup> Ook een recente meta-analyse laat zien dat empathie in huisartsenconsulten een klein maar aantoonbaar effect heeft op pijn, angst en tevredenheid.<sup>8</sup>

### HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

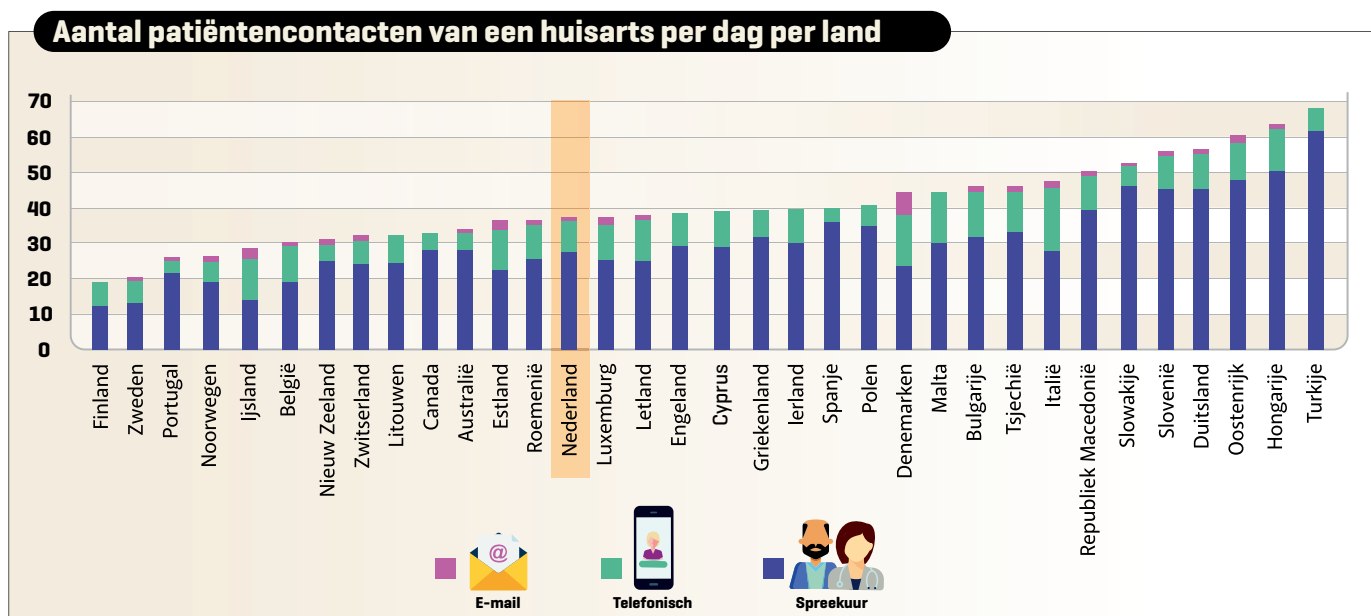
“Het gaat bij de arts-patiëntrelatie niet om nieuwsgierigheid. Het gaat om persoonlijk contact maken met een dokter die je kent”, zegt Olde Hartman. Patiënten willen een vertrouwde dokter die niet alleen hun medische geschiedenis maar ook de psychosociale situatie kent: “Wij zijn van de care en veel minder van de cure”, zegt Olde Hartman met nadruk. “Hoe-wel ik denk dat veel huisartsen het vak zijn ingegaan voor de cure en vanuit het cure-perspectief de praktijk doen, maar je moet het vanuit het care-perspectief doen.” Het opbouwen van die vertrouwelijkheid valt volgens hem te leren. “Ik vraag mijn aios steeds ‘Hoe goed ken jij deze patiënt? Weet je wat hij doet?’ Als een patiënt aanstipt dat er relatieproblemen zijn en de aios er niet op ingaat, bespreek ik dat. Dat is onwijs belangrijk. Of het met deze klacht te maken heeft weet ik niet, maar daar gaat het niet altijd om. Het gaat erom of je interesse hebt in de mens die voor je zit. Als je dat elke keer doet, merk je dat dat zin heeft en hoe leuk en waardevol dat is, omdat het je de weg wijst.” Shared decision-making kan lang niet altijd; een leidende dokter kan dringend gewenst zijn, zoals Olde Hartman vertelt. “Mensen kunnen minder goed nadenken als ze onder stress staan, je moet ze dan bij de hand nemen.”

Derk Runhaar is sinds 2,5 jaar praktijkhouder in een kleinschalig gezondheidscentrum met 4 maten, een apotheek en een fysiotherapiepraktijk in Oostzaan, net onder de rook van Amsterdam. Hij kiest nadrukkelijk voor optie A: de vertrouwensband tussen individuele arts en patiënt. Zijn vader was solist in Harderwijk. Als 16-jarige jongen nam hij in de diensten de telefoon op. “Mijn vader zei: als je twijfelt, piep je me op en gaan we het er over hebben. Hij zal misschien heel vaak opgepiept zijn met dingen waarvan hij dacht dat het niet heel nodig was. Ik zou er niet naar terug willen en ben blij met onze professionele triagisten, maar het laat zien dat als je kleinschalig werkt, je op de hoogte bent van probleempatiënten uit je naaste omgeving, ook van zijn collega’s. In zo’n kleinschalige setting als bij ons vroeger thuis kun je beter inschatten wat de risico’s zijn en kun je dus, wat nu totaal onverantwoord zou zijn, een jongen van 16 zonder enige medische kennis aan de telefoon laten. Veel mensen zien me misschien als heel erg behoudend en conservatief in de zin dat ik op zoek ben naar hoe je nu met alle nieuwe dingen toch die basis van vertrouwensrelatie tussen twee mensen, huisarts en patiënt, nog kunt garanderen. Ik vind dat dat een persoonlijke relatie moet zijn en niet een bedrijf dat die relatie overneemt. Het gaat om de persoon van de huisarts.”

Gitte Sniijders, de solist in Landgraaf (zie deel 1 van deze artikelenserie), vindt die persoonlijke relatie ook belangrijk. Ze werkt in het dorp waar ze opgroeide. Die nabijheid en deels gezamenlijke geschiedenis ziet ze niet als probleem. “Ik heb niet in Landgraaf op school gezeten, maar ik ken natuurlijk veel mensen. Het is niet zo dat het heel dichtbij komt. Het is, denk

**Figuur 3**

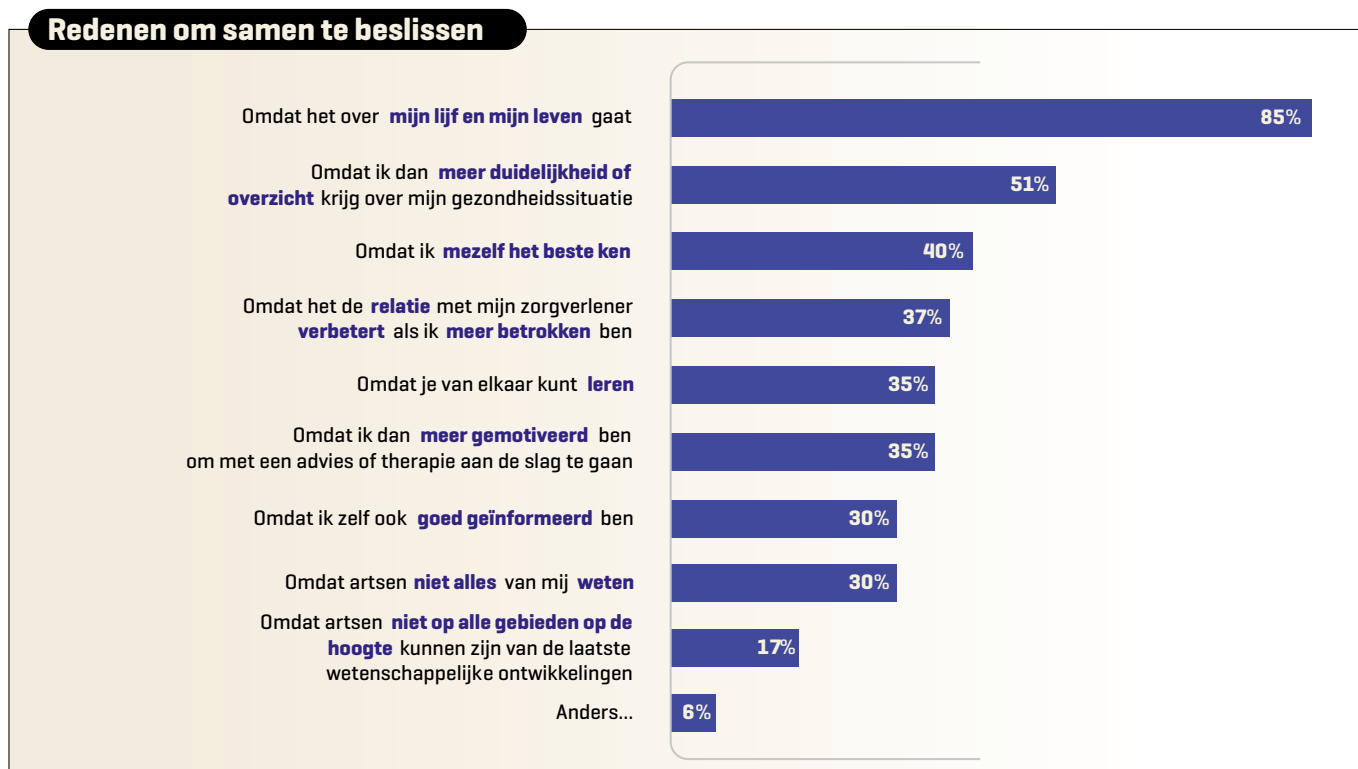
Aantal patiëntcontacten van een huisarts per dag per land



Bron: Schäfer W et al

**Figuur 4**

Redenen om samen te beslissen



ik, van belang dat je als arts gezien wordt en dat ze je adviezen aannemen. Als dat doordat je te dicht bijstaat niet meer gaat, zou ik dat aangeven. Dan is te grens te nauw en wordt het lastig. Maar huisarts zijn gaat verder dan alleen in de praktijk aanwezig zijn. Mensen willen ook weten wie ik ben. Ze willen weten wie de dokter is en wat voor leven die heeft. Ik krijg veel vragen over mijn privésituatie. Ze zijn betrokken en begaan met mijn leven, met mijn kinderen. [...] Je bent ook *hun* dokter." Maar niet iedereen is van het dorpspe. Sabine Vas Nunes, werkt als waarnemer in de regio Haaglanden: "Ik werk het liefst voor een aantal maanden op dezelfde plek en reis dan weer verder naar de volgende keuken." Ze is bestuurlijk actief in de regio en volgt een tweejarige masteropleiding population health management op de Campus van het LUMC in Den Haag. Die bredere blik op de hele populatie probeert ze met een aanstelling van een dag in de week ook in de huisartsenopleiding in Leiden vorm te geven. "De zorgvraag verminderen, dat is population health management. Dat mensen op andere gebieden aandacht krijgen zodat hun zorgvraag minder wordt. Ik ben gek op mijn huisartsenvak en geniet van elk moment als ik een medisch probleem oplos, maar ik zou het fijn vinden als patiënten me opzoeken als ze ergens tegenaanlopen ook als het gaat om andere pijlers van positieve gezondheid. Ik wil gebruikmaken van een netwerk in de breedste zin van het woord zodat ik mijn patiënten gezonder kan maken zonder dat dat per definitie in de zorg moet gebeuren. Dat moet dan echt in een groter team, alleen dan kan de zorg naar de juiste plek."

Vas Nunes worstelt met het begrip shared decision-making: "Ook als je van het paternalistische soort bent zit er altijd iets van SDM in. Ik snap de discussie niet goed. Je hebt er toch voor gestudeerd en de patiënt komt bij jou voor advies, waarbij je er samen uitkomt. Bij complexe problemen moet je op zoek naar de hulpvraag: waarom zit de patiënt nu bij mij, zijn er andere dingen en hoe is het met positieve gezondheid? Ik denk dat de discussie over shared decision-making iets van nu is omdat we onze patiënten minder goed kennen." Vas Nunes vindt continuïteit belangrijk maar ziet het verlies aan persoonlijke continuïteit als onvermijdelijk. Dat moet volgens haar opgelost worden door bijvoorbeeld betere ICT en 'een groter netwerk met een belangrijker rol voor een continue wijkwerker.'

De arts-patiëntrelatie bij patiënten met een lage SES of bij migranten is een probleem apart. Maria van den Muijsenbergh was lang huisarts in Nijmegen en is nu bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg. Van den Muijsenbergh: "Er is weinig onderzoek gedaan wat handelen van de huisarts specifiek voor deze groep betekent. We weten wel wat hun behoeften en verwachtingen zijn en we weten waar het misloopt. Ze hechten nog meer dan andere groepen aan een vaste dokter bij wie ze terecht kunnen. Zeker als ze over onderliggende problemen willen praten, zoals SOLK. Ze willen best praten over psychosociale problemen, maar niet met de eerste de beste jonge dokter. Er moet echt een vertrouwensband zijn. We weten dat voor effectieve

zorg communicatie belangrijk is. Juist bij mensen die anders communiceren dan de huisarts zelf is die vertrouwensrelatie belangrijk. Die vertrouwensrelatie is sterk gerelateerd aan de persoonlijke continuïteit van zorg en dat bij deze groepen ook belangrijk is dat de zorg persoonsgericht is.”

### WAT ZIJN MOGELIJKE OPLOSSINGEN?

Derk Runhaar denkt dat je kleinschaligheid kunt behouden in een grootschaliger organisatie. “Alles wat je achter de schermen kunt organiseren, moet je doen zolang het niet ten koste gaat van een persoonlijke band. Ik zou niet solliciteren in een situatie waarin je inwisselbaar bent. Als je onderdeel wordt van ‘n team met alle specialistische zorg raak je kwijt waar je goed in bent.” Runhaar is bang voor een situatie zoals in de ggz: “[...] als je het door managers laat uitdenken dan gaat dat gebeuren. Efficiency, en streven naar de goedkoopste kracht. Op papier lijkt het mooi, maar het werkt niet, leidt tot bureaucratie en alleen maar volgens protocol werken.”

Volgens Van den Muijsenbergh zijn er twee uitdagingen voor de toekomst. Ten eerste moeten huisartsen weer meer leren echt persoonsgericht te communiceren. Ze moeten niet alleen breed inventariseren en checken of ze het begrepen hebben, maar ook durven afwijken van standaarden als dat gepast is. En ten tweede moeten ze meer tijd per consult krijgen om in die relatie te kunnen investeren.

De mogelijkheid voor langere consulten zal mogelijk beperkt zijn. De omvang van de huidige normpraktijk, waarop de financiering berust, is 2095, terwijl de gemiddelde praktijkgrootte 2320 is (peildatum 2016). Het NIVEL schat, gebaseerd op de groeiende zorgvraag bij de huisarts, dat een huisarts in 2030 zelfs bijna 500 contacten meer moet doen per fte bij de huidige praktijkgrootte: de omvang van drie werkweken.<sup>9</sup>

### CONCLUSIE

Persoonsgerichte zorg heeft niet alleen vertrouwen nodig, maar ook een ‘brede probleemruimte’. Dat vergt tijd. De consulten en visites bij huisartsen duren gemiddeld langer dan vroeger, maar de arts-patiëntrelatie moeten we nog steeds in een beperkt aantal minuten opbouwen.

De aios op de Amsterdamse bijeenkomst leken het meest te zien in optie B. Weliswaar heeft de ‘huisartsenvoorziening’ in

die optie de vertrouwensrelatie met de patiënt, maar daarbinnen heeft die patiënt toch maar twee dokters, die zich ook langdurig aan een praktijk verbinden. Koele instrumentele relaties lijken niemands streven. Net als in vrijwel alle Europese landen zweren patiënten bij ‘hun’ huisarts en huisartsen bij ‘hun’ patiënten. Ik denk dat ook deze kernwaarde na zestig jaar waarschijnlijk nog wel even blijft bestaan.

### LITERATUUR

1. Van Osselen E, et al. De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patientrelatie. *Huisarts Wet* 2016;59:176-9.
2. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2016;59:91-101.
3. Mazzi MA, Rimondini M, Van der Zee E, Boerma W, Zimmermann C, Bensing J. Which patient and doctor behaviours make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries. *Patient Educ Couns* 2018;101:1795-803.
4. Meijers MC, Noordman J, Spreeuwenberg P, Olde Hartman TC, Van Dulmen S. Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Fam Practice* 2018;Aug 30:1-8.
5. Harnas S, Van der Kraan J, Knops A, De Groot J. Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past: Rapport meldactie, augustus 2017. Utrecht: NCPF 2017.
6. Donner-Banzhoff N. Solving the diagnostic challenge: A patient centered approach. *Ann Fam Med* 2018;16:353-8.
7. Di Blasi Z, Elaine Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
8. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med* 2018;111:240-52.
9. Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. De eerste lijn maakt het verschil: Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn [project]. Utrecht: NIVEL, 2018.

Zaat J. De kern van het vak [2]. Arts-patiëntrelatie. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI:10.1007/s12445-018-0362-2.  
Huisartsenmaatschap Landauer, Purmerend: J. Zaat, huisarts, joostzaat@gmail.com.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.