

# Patiënten stellen meer praktische vragen aan de huisarts

Maartje Meijers, Tim olde Hartman, Sandra van Dulmen, Janneke Noordman

**Het is belangrijk periodiek te onderzoeken hoe het vraaggedrag van patiënten in de spreekkamer van de huisarts door de tijd verandert. Dat vormt namelijk een van de indicatoren van de patiëntparticipatie, die in Nederland de laatste jaren steeds meer gestimuleerd wordt. Het blijkt dat patiënten in 2016 minder vragen stelden dan in 2007, terwijl de gemiddelde consultduur toenam. Het type vragen veranderde significant: het aantal medische vragen nam af, terwijl het aantal vragen van meer praktische aard (bijvoorbeeld over financiën en logistiek) groeide, vooral onder laaggeleide patiënten.**

Patiëntparticipatie is een belangrijke pijler onder de moderne patiëntenzorg, waarbij actieve deelname van patiënten de gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van zorg verbetert.<sup>1-3</sup> Bovendien zijn huisartsen informatiever, meegaander en ondersteunender wanneer patiënten vragen stellen, verzoeken doen, hun mening geven, en hun angsten en zorgen uiten.<sup>2,4,5</sup> Tijdens consulten blijkt patiëntparticipatie onder andere uit actief vraaggedrag. Daarom kan het onderzoeken van vraaggedrag van patiënten tijdens spreekuurconsulten inzicht geven in de arts-patiëntcommunicatie en de mate van consultspecifieke patiëntparticipatie.<sup>6</sup>

In Nederland stimuleren we patiënten in toenemende mate om meer regie te voeren over hun gezondheid, hun wensen en voorkeuren kenbaar te maken en actief betrokken te zijn bij de zorg die ze nodig hebben.<sup>7,8</sup> Per 1 januari 2020 is de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gewijzigd. Daarbij is de informatieplicht van hulpverleners uitgebreid en gelden aspecten als 'de patiënt als gesprekspartner' en 'samen beslissen' als nieuwe uitgangspunten. De hulpverlener moet zich op de hoogte stellen van de situatie en persoonlijke behoeften van de patiënt, en de patiënt uitnodigen om vragen te stellen (artikel 7:448 lid 3 BW). De verwachting is dat het vraaggedrag van patiënten in de dagelijkse huisartsenpraktijk zal toenemen door de

grotere nadruk op patiëntparticipatie en de individuele verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid.<sup>8</sup> Wij wilden inzicht krijgen in de veranderingen in patiëntparticipatie tijdens consulten en onderzochten of en hoe het vraaggedrag van patiënten over de tijd verandert (2007-2016).

## METHODE

### Onderzoekopzet en deelnemers

Voor dit observationele onderzoek hebben we op video opgenomen consulten tussen huisartsen en patiënten uit 2015-2016 (n = 437) vergeleken met huisarts-patiëntconsulten uit een bestaande dataset uit 2007-2008 (n = 533) van een vergelijkbaar onderzoek.<sup>9,10</sup> In dit eerdere onderzoek naar huisarts-patiëntcommunicatie gaven 40 huisartsen, die lid waren van de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, en 533 patiënten toestemming voor deelname.<sup>10</sup> Voor de dataset uit 2015-2016 benaderden we huisartsen via ons eigen netwerk en op basis van deelname aan eerdere onderzoeken van het Nivel en het Radboudumc. Uiteindelijk gaven 28 huisartsen en 437 patiënten toestemming voor deelname. We hebben de opnamen gemaakt gedurende 1 à 2 willekeurige praktijkdagen per huisarts. We includeerden alleen patiënten die de Nederlandse taal voldoende beheersten en ouder waren dan 18 jaar. Voorafgaand aan een consult benaderde een aanwezige onderzoeker de patiënten om schriftelijke toestemming voor deelname te verkrijgen. Daarnaast vulde zowel huisarts als patiënt vragenlijsten over demografische en medische gegevens in.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Meijers et al. Shifts in patients' question-asking behaviour between 2007 and 2016: An observational study of video-recorded general practice consultations. *Patient Educ Couns* 2020;103:1168-75.

### Observatie en analyse

Voor de analyse codeerden we zowel het aantal als het type vragen van patiënten. Drie onderzoekers voerden de observaties uit (ieder een gelijk deel en 10% van elkaars deel met het oog op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Ze waren getraind om te coderen volgens een observatie-instrument dat was gebaseerd op het gevalideerde Roter Interaction Analysis System (RIAS).<sup>11</sup> Voor dit onderzoek hanteerden we de volgende categorieën: medische conditie/therapeutisch regime, psychosociale aspecten, sociale context, leefstijl, vraag om de mening van de arts en ten slotte praktische vragen. Per categorie registreerden we ook het aantal vragen. Daarnaast vulde zowel huisarts als patiënt na het consult vragenlijsten

in over de persoonlijke en medische achtergrondkenmerken. De tijd tussen het eerste en laatste gesproken woord tijdens het consult beschouwden we als consultduur. De duur van het lichamelijk onderzoek rekenden we mee, maar dat onderzoek bleef altijd buiten beeld van de videocamera en hebben we dus niet meegenomen in de observaties. Om verbanden vast te kunnen stellen tussen het vraaggedrag van patiënten over de tijd en demografische kenmerken (waaronder leeftijd en geslacht van artsen en patiënten, opleidingsniveau van patiënten, type klachten (ICPC) en consultduur) voerden we een logistische multilevel-analyse uit. De gegevens analyseerden we met behulp van STATA-software (versie 14).

**Tabel 1**

Achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie

Patiëntkenmerken	2007-2008 (n = 533)			2015-2016 (n = 437)		
	Gem	sd	Spreiding	Gem	sd	Spreiding
Leeftijd in jaren	52,4	17,0	18-87	54,5	17,6	18-90
Geslacht	n	%		n	%	
Man	211	40		186	43	
Opleiding	n	%		n	%	
[Nog] geen	29	5		9	2	
Primair	77	14		195	45	
Secundair	312	59		80	18	
Hoger/universiteit	115	22		153	35	
Huisartskenmerken						
	2007-2008 (n = 40)			2015-2016 (n = 28)		
	Gem	sd	Spreiding	Gem	sd	Spreiding
Leeftijd in jaren	51,5	5,6	40-62	47,4	10,9	31-69
Geslacht	n	%		n	%	
Man	26	65		12	43	

Gem = gemiddelde; sd = standaarddeviatie

\* Significant verschil:  $p < 0,05$

**Tabel 2**

Consultkenmerken

Consultkenmerken	2007-2008 (n = 533)			2015-2016 (n = 437)		
	Gem	sd	Spreiding	Gem	sd	Spreiding
Duur* in minuten	10,7	4,9		13,4	5,9	
Type vragen	Gem	sd		Gem	sd	
Medisch*	3,2	3,7	0-25	1,5	1,9	0-12
Psychosociaal	0,1	0,3	0-2	0,0	0,1	0-1
Sociale context	0,1	0,4	0-3	0,0	0,2	0-3
Leefstijl	0,0	0,2	0-3	0,0	0,2	0-3
Vraag mening	0,3	0,8	0-8	0,3	0,7	0-5
Praktisch*	0,1	0,6	0-5	0,9	1,2	0-6
Totaal*	3,8	4,0	0-30	2,8	2,8	0-18

Gem = gemiddelde; sd = standaarddeviatie

\* Significant verschil:  $p < 0,05$

**Tabel 3**

Type vragen geïllustreerd door citaten

Type vraag	Citaten
Medische conditie/therapeutisch regime	P [3]: 'Nu heb ik zo'n 5 tot 6 keer per maand naproxen gebruikt, is dat kwalijk?' P [10]: 'En wat is dan eigenlijk het verschil met een orthopeed?'
Psychosociale aspecten	H: 'En is dat voor u nou nog allemaal een beetje te hanteren?' P [11]: 'En als ik nou nee zeg, wat zegt u daar dan op?'
Sociale context	H: 'Nou, dan kunnen we misschien hulp inschakelen.' P [11]: 'Nou, dat wil mijn vrouw dus niet. Dus nee, het gaat prima. Laat maar zo. Kunt u anders volgende week niet even langskomen en met haar praten?'
Leefstijl	P [13]: 'En wat kan ik daaraan doen dan? Heeft dat ook iets te maken met het eten van vloeibare vetten enzo? Wat is daar dan het advies voor?'
Vraag om de mening van de arts	P [2]: 'Wat denkt u, zou het misschien van de medicijnen kunnen komen die ik slik tegen een lage bloeddruk?'
Praktisch [vooral over financiën en logistiek]	P [1]: 'Kan ik zoutoplossing gewoon bij de apotheek halen?' P [4]: 'En waar moet ik zo'n [hart]kastje dan ophalen?'

P = patiënt, H = huisarts

## RESULTATEN

### Achtergrondkenmerken

De 28 huisartsen van de periode 2015-2016 waren gemiddeld 47 jaar; 12 waren man en 16 vrouw [tabel 1]. De 437 patiënten waren gemiddeld 54 jaar, en er waren 249 vrouwen en 188 mannen, van wie ruim een 3e hoger opgeleid was. De 40 huisartsen uit het onderzoek uit 2007-2008 waren gemiddeld 51 jaar (26 mannen en 14 vrouwen). De 533 patiënten waren gemiddeld 52 jaar, 320 vrouwen en 213 mannen, van wie ruim een 5e hoger opgeleid was. De huisartsen waren qua praktijkvorm en werkdagen representatief voor de Nederlandse huisartsen. De consultduur was significant langer in 2015-2016 (13,4 minuten), dan in 2007-2008 (10,7 minuten) ( $p < 0,05$ ).

### Vraaggedrag van patiënten

Patiënten stelden in 2015-2016 significant minder vragen (gemiddeld 2,8) dan in 2007-2008 (gemiddeld 3,8;  $p < 0,05$ ) [tabel 2]. Het aantal medische, psychosociale en sociale contextvragen was in 2015-2016 significant lager ( $p < 0,05$ ), terwijl het aantal praktische vragen (vooral over financiën en logistiek) significant was toegenomen ( $p < 0,05$ ). Laagopgeleide patiënten stelden significant meer vragen van praktische aard ( $p < 0,05$ ) dan hoger opgeleide patiënten (zie de originele publicatie). Laagopgeleide patiënten stelden in hun totaliteit ook minder vragen (niet-significant). Daarnaast stelden oudere patiënten significant minder vragen over de sociale context dan jongere patiënten. De categorie medische vragen bleef wel de grootste en de categorieën leefstijl en vraag om de mening van de arts bleven gelijk.

### BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten in de periode 2015-2016 minder vragen stelden dan tussen 2007-2008, terwijl de gemiddelde consultduur toenam. Ook het type gestelde vragen veranderde significant: het aantal medische vragen nam af en het aantal vragen van meer praktische aard (bijvoorbeeld

over financiën en logistiek) steeg, vooral onder laagopgeleide patiënten. Deze bevindingen stemmen niet overeen met onze verwachtingen, die gebaseerd waren op de huidige beleidsinspanningen ter bevordering van patiëntparticipatie. Hoewel we geen uitspraak willen doen over oorzaak-gevolgrelaties, zijn er enkele factoren waar we rekening mee moeten houden. Uiteraard wil of kan niet iedere patiënt actief participeren.<sup>12</sup> Bovendien kan de afname in het aantal medische vragen ook te maken hebben met het feit dat huisartsen uit zichzelf al voldoende medische informatie verstrekken. Uit eerder onderzoek blijkt dit ook: patiënten met hypertensie waren tijdens consulten in 2002 minder actief (ze stelden niet zoveel medische vragen en praatten minder over hun zorgen) dan in 1986, terwijl huisartsen meer medische informatie verstrekten.<sup>13</sup> Volgens de auteurs van dit onderzoek zou dat een weerspiegeling zijn van de focus op evidence-based medicine

#### WAT IS BEKEND?

- Een actieve participatie van patiënten draagt bij aan betere gezondheidsuitkomsten voor de patiënt en een hogere kwaliteit van zorg.
- In Nederland worden patiënten in toenemende mate gestimuleerd om meer regie te voeren over hun gezondheid, hun wensen en voorkeuren kenbaar te maken, en actief betrokken te zijn bij de zorg die ze nodig hebben.

#### WAT IS NIEUW?

- De afgelopen jaren zijn patiënten minder vragen gaan stellen aan hun huisarts, waarbij het aantal medische vragen afnam en het aantal praktische vragen toenam.
- Vooral het vraaggedrag van laagopgeleide patiënten blijkt afgenomen; hun vragen zijn vaker praktisch gericht dan die van hoogopgeleiden.



Patiënten hebben behoefte aan een huisarts die ruimte biedt voor vragen van niet-medische en praktische aard, voornamelijk over financiën en logistiek.

Foto: ANP

en geprotocolleerde zorg, waarbij huisartsen zich steeds taakgerichter en zakelijker opstellen. De aangetoonde afname van het aantal medische vragen van patiënten stemt overeen met de resultaten uit ons eigen onderzoek, waarbij de taakgerichte en zakelijkere houding van artsen zich mogelijk heeft doorontwikkeld. Daarnaast is ook bekend dat sociaal-demografische kenmerken en geletterdheid belangrijke voorspellers zijn voor de bereidheid en mogelijkheid om te participeren in een medisch consult. Patiënten met meer beperkte gezondheidsvaardigheden zijn meestal minder assertief en in staat om te reageren op patiëntgerichte communicatiestrategieën door huisartsen dan patiënten met meer gezondheidsvaardigheden.<sup>14</sup> Ten slotte hebben oudere patiënten de neiging om minder vragen te stellen dan jongere patiënten.<sup>15</sup>

Toch verklaart dit allemaal niet waarom patiënten minder actief vragen stellen en tijdens hun bezoek vaker niet-medische zaken aan de orde stellen. De resultaten roepen verschillende vragen op: zou dit een gevolg kunnen zijn van de een toegenomen gebruik en belang van protocollen? Of van de zogenaamde participatiemaatschappij, waarin patiënten, vooral de laagopgeleiden, op hun huisarts leunen omdat ze geen sociaal netwerk hebben waarop ze terug kunnen vallen? En wat is überhaupt de beoogde reikwijdte van de huisartsenrol? Voor vervolgonderzoek zou het niet alleen interessant zijn om het vraaggedrag van patiënten blijvend te monitoren, maar bovenal om dieper in te gaan op de gewenste rol van de huisarts die deze kan spelen binnen de beperkte tijd die tijdens een consult beschikbaar is.

Een sterk punt van dit onderzoek is het gebruik van een ruime collectie video-opnamen van consulten uit de dagelijkse huisartsenpraktijk. Een beperking is dat de patiëntparticipatie zich in meer aspecten uit dat alleen het vraaggedrag van patiënten en dat een actieve patiënt niet per definitie ook veel vragen stelt. Omdat dit onderzoek zich alleen tot het vraaggedrag beperkt en niet naar andere vormen of uitingen van patiëntparticipatie heeft gekeken (zoals opmerkingen, suggesties, eigen initiatief), vormen onze bevindingen geen onomstootbaar bewijs voor een afname in patiëntparticipatie. Daarnaast hebben we de locaties van de huisartsenpraktijken niet meegenomen in de analyse en was niet bekend of er mogelijk verschillen waren in de gevolgde communicatietraining. Alle Nederlandse huisartsenpraktijken hebben echter te maken met dezelfde kwaliteitsnormen en richtlijnen, en het communicatieonderwijs binnen de huisartsenopleidingen is op een vergelijkbare wijze ingericht.

#### **Praktische implicatie**

In de huisartsenopleiding en in de beroepspraktijk van de huisarts is er door de focus op medisch-technische informatie vooral aandacht voor evidence-based medicine en geprotocolleerde zorg.<sup>16</sup> Idealiter combineert de huisarts beschikbare evidentie met medische expertise en de voorkeuren van de patiënt. Ons onderzoek lijkt er echter op te wijzen dat patiënten behoefte hebben aan een andere, uitgebreidere rol van de huisarts: een huisarts die ruimte biedt voor vragen van niet-medische en praktische aard, voornamelijk over finan-

ciën en logistiek. Huisartsen zouden patiëntparticipatie nog meer kunnen faciliteren door de patiënt als partner te blijven betrekken en door ondersteunende communicatie in te zetten, vooral bij laagopgeleide patiënten. Toch blijft het de vraag of dit allemaal tot de taak van een huisarts behoort – een vraag die niet alleen op beleids- en politiek niveau, maar ook in de spreekkamer besproken zou kunnen worden.

## CONCLUSIE

Patiënten zijn in de periode 2007-2016 minder vragen gaan stellen, terwijl het aandeel praktische vragen opvallend genoeg toenam. Het lijkt erop dat de rol van de huisarts is uitgebreid, want patiënten stellen hun huisarts vaker niet-medische vragen. Voor vervolgonderzoek zou het daarom niet alleen interessant zijn om het vraagedrag van patiënten te blijven monitoren, maar ook om te kijken naar de beoogde reikwijdte van de huisartsenrol. ■

## LITERATUUR

1. Street RL. Active patients as powerful communicators. In: Robinson WP, Giles H (editors). *The New Handbook of Language and Social Psychology*. Chichester (UK): Wiley, 2001:541-60.
2. Cegala DJ, Street RL, Clinch CR. The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview. *Health Commun* 2001;21:177-85.
3. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:295-301.
4. Gordon HS, Street RL, Sharf BF, Soucek J. Racial differences in doctors' information-giving and patients' participation. *Cancer* 2006;107:1313-20.
5. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. *J Gen Intern Med* 2003;18:609-16.
6. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22:782-6.
7. Victoor A. (How) do patients choose a healthcare provider. Zutphen: CPI Wöhrmann Print Service, 2015.
8. Wammes J, Jeurissen P, Westert G, Tanke M. *The Dutch Health System 2014*. Nijmegen: Radboudumc, 2014. <https://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>. Geraadpleegd op 12 januari 2019.
9. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft PJ, Van Dulmen S. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract* 2017;34:245-51.
10. Noordman J, Verhaak P, Van Beljouw I, Van Dulmen S. Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Fam Pract* 2010;27:644-51.
11. Roter DL, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-51.
12. Arnold CL, Coran JJ, Hagen MG. Revisiting patient communication training: an updated needs assessment and the AGENDA model. *Patient Educ Couns* 2012;88:399-405.
13. Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002. *BMC Fam Pract* 2006;7:62.
14. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med* 2013;28:1469-76.
15. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseeneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005;56:139-46.
16. Maggio LA. Educating physicians in evidence based medicine: current practices and curricular strategies. *Perspect Med Educ* 2016;5:358-61.

Meijers MC, olde Hartman TC, Van Dulmen S, Noordman J. Patiënten stellen meer praktische vragen aan de huisarts. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0827-y. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg [Nivel], Communicatie in de Gezondheidszorg, Utrecht: M.C. Meijers, onderzoeker, m.meijers@nivel.nl; prof. dr. S. van Dulmen, programmaleider; dr. J. Noordman, senior onderzoeker. Radboudumc, afdeling Eerstelijns-geneeskunde, Nijmegen; dr. T.C. olde Hartman, huisarts, programmaleider Huisartsgeneeskunde en senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.