

# De problematiek van het spreken en zwijgen in de huisartspraktijk\*

DOOR DR. H. J. DOKTER, HUISARTS TE AMSTERDAM

Degene die zich met de problematiek van spreken en zwijgen bezighoudt valt reeds direct iets bijzonders op. Bij het zoeken naar literatuur vindt hij wel boeken en monografieën over „Het gesprek” maar niet over „Het gezwigg”. In Van Dale wordt het gesprek omschreven als een mondeling onderhoud of als een samenspreking. Er wordt een vrij uitvoerige uiteenzetting gegeven. Van Dale verstaat onder „het gezwigg”: het voortdurend zwijgen, met tussen haakjes erachter: als iets hinderlijks. Het gezwigg wordt dus in tegenstelling tot het gesprek negatief beleefd. Mogelijk is dit de oorzaak van het feit dat voorzover mij bekend monografieën over zwijgen of over het gezwigg niet bestaan. Dit is naar mijn mening een opvallende constatering.

Uit een recent artikel van Bruins en Vriezen-de Jager (1968) over een werkgroep „Training in therapeutische gespreksvoering” blijkt, dat door de artsen tijdens de eerste zittingen van de groep aan „het luisteren en accepteren, het aan de patiënt gelegenheid geven zich uit te spreken” weinig waarde wordt gehecht of dat zulks alleen wordt beschouwd als een manier om gegevens te verzamelen. Het actieve spreken ziet men als het bedrijven van een positieve therapie. Het passieve zwijgen wordt als hinderlijk ervaren.

Misschien had de titel van deze voordracht beter „Spreken en luisteren” kunnen heten, want luisteren wordt ook in Van Dale veel minder negatief beschreven dan zwijgen. De omschrijving van luisteren is als volgt: „Horen om iets te vernemen, ingesteld zijn om te horen”, tussen haakjes „met aandacht”. Luisteren vergt, althans van de luisteraar, aandacht. Het is dus zeker niet volstrekt passief getint zoals zwijgen. Sprekend over luisteren komt de dichtregel van Guido Gezelle „Mij spreekt de bloeme een tale” in de gedachten, een wijze van luisteren bekend bij dichters, maar ook bekend aan artsen?

Voordat het in de huisartspraktijk tot spreken of zwijgen komt vindt de ontmoeting plaats tussen patiënt en arts, een ontmoeting tussen twee mensen, ieder met een eigen persoonlijkheid en verwachtingspatroon. Deze arts-patiënt-ontmoeting is uniek in die zin dat zij slechts in deze ontmoeting wordt gerealiseerd.

Voordat deze ontmoeting tussen arts en patiënt

hetzij in de spreekkamer, hetzij aan het ziekbed tot stand komt is een premedische fase (Weijel) eraan voorafgegaan. De zieke heeft een symptoom bemerkt dat hem verontrust. Er is iets dat afwijkt van het normale, wat men daaronder ook mag verstaan. Querido zou hier van homoiostasis spreken, het evenwicht van de mens met zijn geest, zijn lichaam en zijn omgeving. Een stoornis in dit evenwicht wordt door de patiënt als iets negatiefs beleefd.

Wanneer het een stoornis in de lichamelijke sfeer betreft, zal de patiënt zich tot zijn huisarts wenden en zich op dat moment tot patiënt creëren, waarbij hij van de arts hulp verwacht voor zijn klacht. Zo ontstaat een ontmoeting tussen twee mensen, de hulpzoekende en de hulp-verlener. Is het contact tot stand gekomen, dan kan men gebruik maken van verschillende middelen tot communicatie. Een contact als zodanig zonder enige communicatie, valt nauwelijks menselijk te noemen.

In de eerste plaats zullen bij de ontmoeting de zintuigen van beide deelnemers worden ingeschakeld, zoals gezicht, gehoor, reuk en tastzin. Reeds direct wanneer hij de ziekenkamer binnenkomt, neemt de arts talloze dingen waar. Hij ziet de toestand waarin de patiënt verkeert, hij hoort bijvoorbeeld diens ademhaling of hij hoort hem kreunen van pijn. Hij ruikt transpiratie en wat dies meer zij. Ook wanneer de patiënt de spreekkamer binnenkomt is één oogopslag vaak voldoende om te zien dat er iets aan de hand is. Omgekeerd zal ook de patiënt de arts waarnemen. Het zal hem bijvoorbeeld opvallen dat de arts vermoeid is, dat hij er goed of slecht uitziet, dat hij al of niet met zijn assistente in gesprek is. Al deze waarnemingen spelen in de beginfase van de ontmoeting tussen arts en patiënt al een rol van betekenis zonder dat nog een woord is gesproken!

Na de vakantie van haar huisarts zegt mevrouw A – een vrouw van 68 jaar lijdend aan een actieve Koch pulmonum, zij wordt thuis door hem gecontroleerd – dat hij er zoveel beter uitziet dan vóór de vakantie. Het is haar opgevallen en zij spreekt het uit. Zij heeft waargenomen dat de huisarts voor de vakantie moe was en deze verandering speelt mee in de eerste ontmoeting na de vakantie.

Naast de zintuiglijke waarneming kan de communicatie ook via het gevoelscontact tot stand komen. De zintuiglijke waarneming van hulpzoekende en hulpverlener van elkander kan direct bij beiden bepaalde gevoelens teweegbrengen. Deze gevoelens zullen mede afhankelijk zijn van vroegere

\* Voordracht gehouden tijdens de negende artsendag, Spreken en zwijgen, te Apeldoorn, 21 september 1968.

ontmoetingen indien deze hebben plaatsgevonden. Indien huisarts en patiënt elkander kennen zal hun gevoel voor elkander anders zijn dan wanneer dit niet het geval is. Dan wordt een meer afwachterende houding aangenomen. De gevoelens die tengevolge van de zintuiglijke waarneming worden teweeggebracht of die op grond van vroegere contacten bestaan, kunnen positief, neutraal of negatief zijn.

Indien bijvoorbeeld mevrouw A vóór de vakantie merkt dat haar huisarts moe is, zal dat ongetwijfeld een rol spelen tijdens de ontmoeting. Zij zal vermoedelijk niet geneigd zijn hem te belasten met haar persoonlijke problemen. Ook zal een patiënt die merkt dat de arts gehaast en gespannen is, weinig neiging vertonen met hem diepergaande problemen te bespreken. Ook komt het voor dat de arts door een voorafgaand gesprek nog dermate aan emoties onderhevig is, dat hij dit onvoldoende kan camoufleren voor de volgende patiënt. Deze zal veelal de nadelige gevolgen daarvan ondervinden.

Er is dus nog steeds geen woord gesproken en toch hebben arts en patiënt elkander reeds waargenomen en elkanders gevoelens reeds oppervlakkig gepeild. Dan komt in de ontmoeting het communicatiemiddel bij uitstek, het woord eraan te pas. Er is dus voor de basis van het gesprek al een fluïdum aanwezig tussen de beide gesprekspartners waarvan het resultaat van de ontmoeting mede afhankelijk kan zijn.

Janse de Jonge (1964) heeft tijdens een voordracht door de vijfde Apeldoornse artsencursus erop gewezen, dat de wetenschappelijke benadering van de patiënt de kern vormt van de relatie tussen arts en patiënt, maar niet het geheel daarvan uitmaakt. Hij pleit ervoor, dat het psychologische invoelingsvermogen van de huisarts in bijzondere mate moet zijn ontwikkeld. De huisarts zal voordat hij het gesprek met de patiënt begint, reeds kennis moeten hebben van al die factoren die zojuist werden uiteengezet.

Ook Brouwer en Dijkhuis (1967) beschrijven in hun boek „Praten met patiënten” de invloed van emoties tijdens het gesprek. Deze kunnen al voor het begin van het gesprek aanwezig zijn; zij kunnen aanleiding worden tot het optreden van positieve en negatieve gevoelens ten opzichte van de patiënt. Zo hebben Dokter en Voorhoeve (1962) een patiënt beschreven die de huisarts irriteerde om zijn onbeschoft optreden, kennelijk gebrek aan vertrouwen in de medische stand en zijn regelmatig terugkomen voor klachten waarvan vaststond dat er geen organische oorzaak voor was. Het is van groot belang voor het succes van de ontmoeting tussen hulpzoekende en hulpverlener, dat de laatste de gevoelens die tijdens de ontmoeting bij hemzelf optreden registreert en herkent en dat hij tevens opmerkt welke gevoelens hij bij de hulpzoekende opwekt.

Zoals door mij aan het begin van deze voor-

dracht reeds werd opgemerkt is over het gesprek een aantal monografieën verschenen. Het lijkt mij niet noodzakelijk op deze plaats verder te spreken over gesprek en gesprekstechniek. Gelukkig kan men daarover nu meer lezen dan vroeger. Evenwel ben ik ervan overtuigd dat de arts voor de herkenning van zijn emotionele reacties op het gesproken hulp nodig kan hebben. Gebleken is dat de studiegroepen voor medische psychologie in dit opzicht een belangrijk hulpmiddel voor hem kunnen zijn.

Bruins en Vriezen-de Jager (1968) schrijven, dat „het niet nodig en zelfs niet wenselijk is om spits bedachte vragen te stellen die juist de kern raken van het emotionele probleem, maar dat men verder komt door goed te luisteren en de patiënt gelegenheid te geven zich in het gesprek te uiten: de patiënt komt dan zelf wel met het probleem”. Dat hebben de artsen kunnen leren in de studiegroep. Daarnaast hebben deze studiegroepen ons geleerd dat de dokter, afgezien van wat hij voorschrijft of uitspreekt, een therapeutische functie heeft. Balint spreekt van de dokter als geneesmiddel.

Deze auteur heeft in 1965 een overzicht gegeven van zijn werk in de Tavistock Kliniek met de huisartsen. Hij merkt betreffende het luisteren op, dat de dokter moet leren luisteren, wat wil zeggen dat hij vooral moet nalaten de patiënt te beïnvloeden bij het opsommen van zijn klachten. Balint zegt: „He who asks questions will get answers, but not much else.” In het verhaal van de patiënt zijn de negatieve of niet-vertelde feiten minstens even belangrijk als het wel vermelde. Balint drukt dit uit als volgt: „Negative findings must be explicitly stated and evaluated - instead of asking questions to cover them up.”

De dokter dient niet alleen begrip te hebben voor de emotionele problemen van de patiënt, maar evenzeer voor zijn eigen reacties daarop. Men moet daarnaast de patiënt de mogelijkheid bieden zijn eigen beeld van zijn klachten te ontwikkelen. Men moet niet de vooropgezette mening van de arts toetsen aan die van de patiënt. Ook ten behoeve van de ontwikkeling van de geestelijke volksgezondheid in Nederland zou het van belang kunnen zijn huisartsen en aanstaande huisartsen te trainen in de uitoefening van hun therapeutische functie.

De patiënt verwacht van zijn arts hulp. Hij verwacht dat de arts zijn klacht zal diagnostiseren nadat hij de anamnese heeft opgenomen en hem, de patiënt, heeft onderzocht. Dan verwacht hij dat de arts hem ook iets zal mededelen over de aard van de gevonden ziekte, het verloop en de prognose.

Indien de arts heeft te maken met een eenvoudige ongecompliceerde aandoening zal het hem niet moeilijk vallen de patiënt naar vermogen gerust te stellen. Anders wordt het echter wanneer de klacht of de aandoening van de patiënt niet direct voor herstel vatbaar is en deze een meer chronisch verloop zal hebben.

Als voorbeeld van een dergelijke patiënt geldt mevrouw

B. Zij is een vrouw van 71 jaar die sinds achttien jaar lijdt aan diabetes mellitus. Daarvoor krijgt zij insuline, welke zij zelf inspuit en waarmede tezamen met het dieet, de diabetes goed is ingesteld. Tien jaar geleden is zij toenemend benauwd geworden. Zij blijkt in beide longen bronchitische geruisen te hebben. Het hart is niet gedecompenseerd. Vermoedelijk is deze astmatische bronchitis ontstaan na moeilijkheden welke zij met haar gehuwde kinderen heeft gehad. Tengevolge van de bronchitis is enig emfyseem ontstaan. Zij is in de latere jaren vooral in de winter toenemend benauwd geworden. Het is noodzakelijk geweest haar hiervoor enkele malen thiazinamium (Multergan) per injectie toe te dienen. Bovendien heeft zij al jarenlang recidiverende neuspoliepen, waarvoor de k.n.o.-arts regelmatig wordt geconsulteerd. Zes jaar geleden heeft zij een infectie van de longen doorgemaakt, vermoedelijk van virale aard, waarvoor zij is opgenomen. De longfunctie is nadien verminderd. Zij komt regelmatig op het spreekuur om haar ring - zij heeft een vesicocèle - te laten schoonmaken.

Het recente probleem waarmede ik bij mevrouw B enkele maanden geleden kreeg te maken was haar klacht over suizingen in het hoofd, voornamelijk gelokaliseerd in het linker oor. Men ziet in de praktijk vrij vaak dergelijke verschijnselen en het is bekend, dat deze hardnekkig zijn. Deze patiënte heeft dus bovendien een diabetes, verder een astmatische bronchitis, neuspoliepen en tenslotte draagt zij een ring, zodat herhaaldelijk contact met de huisarts noodzakelijk is. Daarnaast klaagt zij regelmatig over de kinderen die onvoldoende aandacht aan haar besteden. Het is duidelijk dat de begeleiding van deze patiënte veel tact en geduld van de arts vergt. Hij moet oppassen niet geïrriteerd te raken door haar wat klagerige manier van spreken. Nu staat hij voor de taak deze vrouw duidelijk te maken wat zij heeft en haar te vertellen dat er in het algemeen gesproken voor deze oorsuizingen geen kruid is gewassen.

Ik heb om dit probleem wat heen gedraaid. In de eerste plaats heb ik haar nog eens verwezen naar de haar bekende k.n.o.-arts die haar wat het oorsuizen betreft niet kan helpen en daarna naar de neuroloog die geen duidelijke neurologische verklaring heeft voor dit hinderlijke verschijnsel. Hij schrijft verder: „In het algemeen zijn deze klachten nogal therapieresistent. Ik probeerde, vooral ook om patiënte wat tegemoet te komen, Ronicol 3 dd 50 mgr.” Patiënte heeft de Ronicol trouw ingenomen, maar toen zij ongeveer 200 tabletten had gehad vertelde zij mij, dat het niets had geholpen. Bij deze gelegenheid heb ik haar medegedeeld dat er niets aan dit oorsuizen is te doen en dat het veelal gepaard gaat met een vermindering van het gehoor aan dezelfde kant. Dit was bij patiënte ook het geval. Ik ben dus niet direct met het slechte nieuws voor de dag gekomen, maar ik heb dit voorbereid door patiënte te verwijzen naar twee specialisten. Dit was uiteraard om de twijfel die ikzelf koesterde weg te nemen en daarnaast om de mededeling dat er niets aan te doen was nog even uit te stellen.

Men kan direct al opmerken dat de persoonlijkheid van de arts mede in het geding is. Van een andere huisarts kan worden verwacht dat hij ter-

stond de patiënt inlicht over de prognose van de klacht. Ik ben echter van mening dat de patiënt recht erop heeft van zijn arts een toelichting te ontvangen en dat deze een en ander niet uitsluitend kan afdoen met te zeggen: „Daar is niets aan te doen”. Nu heeft de huisarts, door zijn herhaalde contacten met de patiënt, de mogelijkheid dit proces te begeleiden. Het is niet noodzakelijk reeds direct tot een uitspraak te komen die voor beide partijen aanvaardbaar is.

Van Lidth de Jeude spreekt in dit kader van loven en bieden en iets hiervan vindt men terug in de gesprekken van de huisarts met zijn patiënt. Ook Balint heeft dit fenomeen beschreven. Na enig loven en bieden komen arts en patiënt tot een overeenkomst betreffende diagnose en behandeling. Dat een definitieve onherroepbare uitspraak van een huisarts ook problemen kan geven, kan worden geïllustreerd aan de volgende casus.

Mevrouw C komt op het spreekuur wegens rugklachten die zijn ontstaan na vertillen. Zij is 60 jaar oud. Na onderzoek van de rug verzoekt patiënte mij naar haar varices te willen kijken. Zij vraagt dan of er iets aan de vrij uitgebreide varicosis is te doen. Ik zeg dan dat mij een operatie de meest voor de hand liggende oplossing lijkt, waarop patiënte zegt, dat een vroegere huisarts haar twintig jaar geleden heeft bezworen zich nooit voor varicosis te laten opereren.

Men vraagt zich af waarom deze collega destijds een zo dwingende uitspraak heeft gedaan. Welke overwegingen hebben daarbij een rol gespeeld? Men kan dit nu twintig jaar later niet meer achterhalen. Het lijkt mij dat een arts niet voorzichtig genoeg kan zijn met het poneren van onaanvechtbare stellingen. Wat misschien nu onmogelijk is kan door de snelle ontwikkelingen later wel mogelijk worden. De patriarchale houding van de arts die zijn macht misbruikt, is naar mijn mening niet goed te praten.

Jaren geleden heb ik eens op het spreekuur een jongen gehad, die als zuigeling zeer ongedurig was. Ik heb toen terloops tegen de moeder gezegd dat zij met deze jongen heel wat last zou krijgen. Later kwam zij mij vertellen dat ik destijds wel gelijk had gehad en dat Jan inderdaad een lastige jongen was geworden. De vraag is nu of ik niet beter mijn mond had kunnen houden. Vermoedelijk was Jan toch wel lastig geworden, maar door de autoriteit van de arts was de moeder in haar mening gesterkt. Dit gebeurt vaker. Dat wil niet zeggen dat de arts in het belang van zijn patiënt niet als autoriteit moet optreden. Natuurlijk zal hij zijn gezag gebruiken indien naar zijn inzicht het leven van de zieke afhankelijk is van het al of niet plaatsvinden van een bepaalde ingreep. Van deze problematiek kan het volgende voorbeeld worden gegeven.

Het gezin D bestaat uit vader, moeder en twee kinderen. Bovendien zijn er uit een ander huwelijk van de man twee kinderen die ik niet ken, daar zij in internaten verblijven. Het jongste kind is een meisje van acht jaar. Op driejarige

leeftijd is zij geopereerd wegens een hernia inguinalis sinistra. Bij het lichamelijke onderzoek heeft men destijds een sterke „vousseure cardiaque” gevonden, een vergroting van het hart naar links en rechts met een „thrill” in de tweede intercostaalruimte links. Bij auscultatie heeft men een ruw systolisch geruis gehoord met een luide gefixeerde tweede pulmonaaltoon. De conclusie van de cardiologe luidde: defect van het septum atrii met relatieve pulmonaalstenose.

Er is geadviseerd het kind verder te doen onderzoeken. Dit is gebeurd. Patiënte blijkt te lijden aan een persistente linker vena cava uitmondend in de sinus venosus via een defect van het septum atrii. De mogelijkheid van abnormale longvenen moet worden overwogen. Het is een zeer ingewikkelde casus die in aanmerking komt voor een operatie met het kunsthart. Patiëntje is inmiddels vier jaar geworden, zij zal een oproep krijgen voor de operatie. De ontslagbrief besluit met de volgende zinsnede: „De moeder hebben wij dit zo goed als dat ging uitgelegd, en voorlopig zal zij over een half jaar voor controle terugkomen.”

Hier liggen nu al vele voetangels en klemmen. De familie D woonde destijds nog in een ander stadsdeel en pas toen patiëntje zes jaar was, dus ongeveer twee jaar geleden, kreeg ik voor het eerst met dit gezin te maken. Tot de opname ter operatie van de hernia inguinalis heeft niemand de moeder geattendeerd op de aanwezigheid van een congenitaal vitium cordis. Pas bij de opname voor de breukoperatie is dit dus definitief gesteld.

Nu heeft mevrouw D wel herhaaldelijk verzocht haar dochttertje eens te willen onderzoeken en wel op grond van het feit dat haar eerste kind, thans een jongen van negen jaar, eveneens een vitium cordis heeft. Deze jongen is jarenlang in een andere polikliniek gecontroleerd wegens een geruis aan het hart en een verminderd uithoudingsvermogen. Hij heeft een lichte pulmonaalstenose, mogelijk gecombineerd met een klein defect van het septum atrii. Waarom men nooit eerder is ingegaan op het verzoek van de moeder om het jongste kind ook te laten onderzoeken, is mij niet duidelijk. Mogelijk heeft men destijds gemeend, dat de nervositeit van de moeder zodanig was dat nog een onderzoek haar nog meer zou verontrusten. Vermoedelijk is daardoor de onzekerheid bij de moeder eerder toegenomen dan verminderd.

Daarbij komt nog dat de twee kinderen uit het eerste huwelijk van de man geestelijk niet geheel volwaardig zijn, zodat uiteindelijk aan alle kinderen van deze man iets niet in orde blijkt te zijn. Waarom is niet onderzocht? Wel heeft dit de moeder van ons patiëntje in ernstige mate verontrust.

Twee jaar geleden heeft het gezin zich in mijn wijk gevestigd. De situatie is thans zo, dat het jongste kind op de wachtlijst staat voor een hartoperatie, terwijl de oudste jongen regelmatig onder controle is van de hartspecialist. Vlak voor de verhuizing is deze jongen opgenomen geweest voor zijn pulmonaalstenose, waarbij is gebleken dat dit een onschuldige zaak is, waarvan hij waarschijnlijk nooit last zal krijgen. Dus toen eerst hadden de ouders enige zekerheid betreffende prognose en verloop van deze afwijking.

Het is begrijpelijk dat de kennismaking met de

nieuwe huisarts niet vlot is verlopen. Voordat een huisarts inzicht heeft in dit ingewikkelde samenstel van factoren betreffende de ziekten van het gezin D, gaat er enige tijd overheen. Er blijkt trouwens nog een complicerende factor te bestaan, die tijdens de regelmatige contacten met het gezin naar voren is gekomen.

De familie van de man verzet zich namelijk tegen de operatie van het jongste kind. Zij is van mening, dat een dergelijke operatie gevaarlijk is en dat het kind niet er doorheen zal komen. Dit is aanleiding tot het optreden van spanningen tussen de ouders. De vrouw vindt dat de operatie wel moet gebeuren, terwijl de man twijfelt en de zijde van zijn familie kiest.

Al met al een zeer moeilijke situatie, waarin veel tact van de huisarts wordt gevraagd. Enerzijds moet hij de moeder steunen in haar wens het kind te laten opereren, anderzijds moet hij proberen de man te overtuigen van de noodzaak van de operatie; hij moet de grootte van het risico mededelen en hij moet trachten de angst voor de operatie bij de familie „bespreekbaar” te maken.

De operatie heeft tenslotte plaatsgevonden en het septumdefect is onder extracorporale circulatie gesloten. De toestand van de patiënte is goed. Langzamerhand is de rust in het gezin D teruggekeerd.

Men kan ook hier weer zien hoe belangrijk de begeleiding door de huisarts in een dergelijke crisissituatie in het gezin kan zijn. Dat hij daarbij kennis moet hebben van gesprekstechniek staat vast. Deze crisissituaties zijn veelal sterk emotioneel getint en het valt niet mee met spreken en luisteren zijn weg te vinden. De arts moet terwille van het te opereren kind spreken, anderzijds dient hij ook de angsten in het gezin te beluisteren. En het is dit luisteren van de huisarts dat voor de zieke mens zo belangrijk is, omdat dan iets van al wat er in hem leeft tot uiting kan komen.

Tot nu toe werden als voorbeelden besproken: ten eerste een patiënt met een verscheidenheid van aandoeningen, waarbij de laatste maanden hinderlijk en onherstelbaar oorsuizen is gekomen en waar de arts de prognose, zij het met enige aarzeling, aan de patiënte mededeelt; ten tweede twee patiënten bij wie een autoritaire uitlating van de arts jarenlang van kracht blijft en ten derde het hartpatiëntje dat moet worden geopereerd, waar de arts tot taak heeft het gezin te begeleiden, de diagnose van de specialist te vertalen en in overleg met de specialist de prognose van de operatie te schatten.

Een enkel probleem zou ik nog in het kort willen bespreken. De huisarts van nu krijgt in toenemende mate te maken met voorlichting aan de patiënten via radio, televisie en tijdschriften. Vaak worden uitlatingen gedaan die door de huisarts nader moeten worden uitgelegd of toegelicht. Vooral in het geval de uitlating via de genoemde media tegenover die van de artsen staat, kan dit spanningen veroorzaken in de arts-patiënt-relatie. Een ieder zal zich nog de serie artikelen over de pil in een

van de damesbladen herinneren, waarmede wij allen naderhand hebben te maken gehad. Door deze artikelen is zeer veel onrust teweeggebracht, die achteraf beter had kunnen worden voorkomen. Anderzijds mogen de artsen naar mijn mening hun medewerking aan radio, televisie en dergelijke niet onthouden.

Ook de relatie met de specialist is belangrijk. Het is van groot belang, vooral bij patiënten die lijden aan langer durende aandoeningen, zoals arthrosis deformans en neurologische aandoeningen, erop toe te zien dat huisarts en specialist geen uiteenlopende meningen hebben.

Wat zegt men tot de patiënt met arthrosis cervicalis? Spreekt men van slijtage of van kraakbeenveranderingen in de gewrichten? En wat zegt de specialist zoals de orthopedische chirurg, de reumatoloog of de revalidatie-arts, met wie dergelijke patiënten veelal te maken krijgen? Meestal zal een en ander niet sterk afwijken van datgene wat de huisarts heeft gezegd. Deze is immers degene

die de patiënt een bepaalde specialist aanraadt. Hij zal dan diegene kiezen in wie hijzelf vertrouwen heeft, niet alleen op grond van diens medische kennis, maar zeker ook op grond van diens optreden ten opzichte van de patiënt. De huisarts verwacht van de specialist een ongeveer gelijklopende uitspraak als de zijne. Daarom mede verwijst hij naar de specialist.

Tot besluit zou ik nogmaals erop willen wijzen hoe belangrijk het luisteren naar de patiënt kan zijn. Daarnaast meen ik, dat de instelling van de arts in zijn relatie tot de patiënt en ook tijdens het gesprek met de patiënt zal moeten veranderen. Hij zal minder van zijn macht en autoriteit dienen gebruik te maken en meer moeten evolueren naar de hulpverlener, die in crisissituaties als een door het gezin belangrijk gevoelde begeleider en raadsman kan optreden. Daarbij moet steeds voorop staan dat het oude „nil nocere” belangrijker is dan „de waarheid en niets dan de waarheid”. Ook in de praktijk van de huisarts is spreken zilver en luisteren goud.

## *Het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt*

DOOR DRS. E. TH. CASSEE\*

Het is een opmerkelijk feit dat in de sociologische en sociaal-psychologische literatuur betreffende de huisarts-patiënt-relatie nauwelijks wordt gerept over de factoren die de tevredenheid van de patiënt bevorderen. Veel aandacht wordt besteed aan de factoren die van invloed zouden kunnen zijn op de genezing, maar in hoeverre de patiënt een en ander prettig vindt wordt als afzonderlijk probleem nauwelijks gesteld. Mogelijk wordt de vraag naar de tevredenheid van de patiënt als minder relevant beschouwd. Een behandeling kan nu eenmaal niet altijd prettig zijn en het gaat tenslotte om het welzijn van de patiënt. Toch is de tevredenheid van de patiënt niet alleen interessant uit sociaal-wetenschappelijk oogpunt. Het is heel goed mogelijk dat de motivatie van de patiënt en daarmee het succes van de behandeling erdoor wordt beïnvloed.

In dit verslag zal daarom aan het probleem van de tevredenheid van de patiënt aandacht worden geschonken en wel vanuit één bepaalde gezichtshoek: het gedrag van de huisarts. Welke invloed heeft het optreden van de huisarts op de tevredenheid van de patiënt? Deze tevredenheid zal ongetwijfeld voor een belangrijk gedeelte worden bepaald door de resultaten die worden geboekt. Aan

*Samenvatting.* Op grond van beschrijvingen welke driehonderd patiënten aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst gaven van het optreden van hun huisarts konden vijf gedragsdimensies worden onderscheiden. Daarbij bleek dat huisartsen zich anders gedroegen ten opzichte van mensen uit lager sociaal-economisch milieu dan ten opzichte van mensen uit hoger sociaal-economisch milieu. Bij de laatsten bleek ook een samenhang te bestaan met de frequentie waarmede men de dokter raadpleegde. Een duidelijke samenhang tussen het optreden van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt kan worden geconstateerd. Deze tevredenheid neemt toe naarmate de huisarts minder kortaf en op een afstand is en hij de patiënten meer de indruk geeft dat zij met hem over hun problemen kunnen praten.

genoemde resultaten liggen, naast de aard van de aandoening, de kennis en vaardigheid van de huisarts ten grondslag. De manier waarop deze kennis en vaardigheid worden gehanteerd, het gedrag waarin zij tot uiting komen is echter mogelijk ook van belang voor de tevredenheid van de patiënt.

Nu is er aan het gedrag van (huis-)artsen zowel van de kant van medici, als van de kant van beoefenaars der gedragswetenschappen, ruime aan-

\* Wetenschappelijk medewerker van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O.(Leiden).