

# Huisartsen over problemen in het contact met patiënten

Een herhalingsonderzoek

HENK BROUWER\*

In het onderzoek naar de interactie tussen huisarts en patiënt wordt over het algemeen geen aandacht geschonken aan het perspectief van de dokter: welke problemen ondervindt hij in het contact met patiënten en waaraan schrijft hij deze problemen toe? Deze vragen vormden het uitgangspunt van een herhalingsonderzoek waarbij dezelfde opzet als een eerder Engels onderzoek werd gevolgd.

## Inleiding

Voor gedragswetenschappers vormt de arts-patiënt interactie een nagenoeg onuitputtelijke bron van wetenschappelijke inspiratie. De legitimiteit van al deze aandacht lijkt niet aan twijfel onderhevig, zeker niet waar het de huisartspraktijk betreft. De gemiddelde huisarts ziet dagelijks een aanzienlijk aantal patiënten, die een grote verscheidenheid aan vaak intieme klachten, problemen en vragen presenteren. Voorwaar een werksituatie die het nodige vergt van de contactuele vaardigheid van de arts. Veel interactie-studies beogen dan ook richting te geven aan de training in interactionele vaardigheden van de huisarts in opleiding.

In dit verband is het opmerkelijk dat er zo weinig studies zijn verricht waarbij de huisarts in de gelegenheid wordt gesteld zijn verslag te geven van wat plaatsvindt in het contact met patiënten. Hoe verklaart de huisarts zélf dat sommige arts-patiënt contacten moeizamer verlopen dan andere?

Er zijn slechts enkele studies waarin getracht wordt in deze lacune te voorzien. Zo heeft men aan huisartsen gevraagd aan te geven met welke typen patiënten en in welke typen consulten naar hún ervaring de communicatie met de patiënt minder goed verloopt.<sup>1 2</sup> Aan beide studies kleefde echter het bezwaar dat door het achteraf vragen naar typeringen de afstand tot de directe ervaring

in het consult groot is. Men deed een beroep op het geheugen van de arts en introduceerde daarmee de kans op verstoringen, bijvoorbeeld door vooroordelen.

Dit bezwaar ondervangend, ontwierpen Pendleton en Jaspars een onderzoek waarbij aan Engelse huisartsopleiders en arts-assistenten gevraagd werd gedurende een aantal dagen per consult aan te geven, of er sprake was van moeilijkheden in de communicatie met de patiënt, en van welke aard deze moeilijkheden waren. Deze opzet maakte het mogelijk de ervaring van de arts tijdens het consult zo dicht mogelijk te benaderen. Zowel opleiders als assistenten gaven te kennen dat in gemiddeld 20 procent van de consulten sprake was van een moeilijk arts-patiënt contact.<sup>3</sup>

In de onderzochte groep waren de opleiders echter zwaar ondervertegenwoordigd (vijftien assistenten en acht opleiders). Voorts werd niet nagegaan in hoeverre de consulten van opleiders en assistenten met elkaar vergelijkbaar waren: zagen de assistenten wellicht andere patiënten en andere problemen dan de opleiders?

Deze onvolkomenheden maakten een replicatie noodzakelijk met behulp van een nieuwe, meer evenwichtig samengestelde groep artsen. Gezien het belang van de onderzoeksopzet, waarin de uitleg van de arts zelf vooropstaat, werd het onderzoek door de auteur herhaald in de Nederlandse praktijksituatie.

## Opzet

Het onderzoek vond plaats onder de arts-assistenten (N = 33) die in het na-

jaar van 1980 de beroepsopleiding tot huisarts volgden aan de Universiteit van Amsterdam, en hun opleiders (N = 33). Hen werd gevraagd op vier gespecificeerde dagen ten aanzien van tien naar volgnummer gespecificeerde consulten aan te geven, of er naar hun oordeel sprake was geweest van problemen in het contact met de patiënt, en zo ja, of ze deze problemen nader konden verklaren. Elke arts ontving daartoe veertig formulieren, waarop hij tevens het door de patiënt gepresenteerde probleem, de gestelde diagnose en enige nadere patiëntgegevens kon noteren; de formulieren moesten steeds direct na het desbetreffende consult worden ingevuld.

De assistenten waren ten tijde van het onderzoek twee en een halve maand in opleiding, de opleiders hadden een gemiddelde praktijkervaring van 15,7 jaar (5,5 tot 33 jaar).

## Resultaten

**Respons.** Van de artsen om wier medewerking gevraagd was, retourneerde 42 procent (vijftien opleiders, dertien assistenten) alle veertig antwoordformulieren. De antwoorden van deze achtentwintig artsen werden verwerkt in de analyse.

Van de overige artsen repondeerden er dertien in het geheel niet. Vanwege de anonimiteit was het zenden van een rappel onmogelijk.

Van vijftientwintig artsen was de respons onvolledig, dat wil zeggen ze retourneerden minder dan de gevraagde veertig antwoordformulieren. Als redenen voor een onvolledige respons werden opgegeven: „te weinig patiëntcontacten” (8), „storend voor de praktijkvoering” (3), „te tijdrovend” (5) en „vergeten” (2). De onvolledige respons werd buiten de analyse gehouden.

**Vergelijking consulten opleiders en assistenten.** In hoeverre zag de arts-assistent andere patiënten en andere problemen dan de opleider? Deze vraag is van belang, omdat eventuele verschillen tussen opleider en assistent in de beleving van het arts-patiënt contact hierdoor beïnvloed zullen worden.

In tabel 1 zijn de consultkenmerken van beide groepen samengevat. Opleiders zien meer vrouwelijke patiënten dan de assistenten. Wat betreft de problemen waarmee beide groepen artsen geconfronteerd worden, blijken opleiders meer problemen van niet-somatische aard te zien dan de assistenten. De ove-

\* De auteur is als psycholoog verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Hij dankt de huisartsopleiders en de arts-assistenten die zoveel tijd en moeite in dit onderzoek hebben gestoken.

rige kenmerken laten geen noemenswaardige verschillen zien.

Het is onduidelijk in hoeverre dit beeld geldig is per opleiderspraktijk. Vanwege de anonimiteit is namelijk het aantal opleider-assistent koppels binnen de onderzochte groep niet traceerbaar. Het is zelfs mogelijk dat er niet één koppel vertegenwoordigd is. De bevindingen van Lamberts en Ouwehand, die betrekking hebben op één opleider-assistent koppel, zijn maar gedeeltelijk in overeenstemming met de onze. Ook zij vonden dat de assistent minder vrouwelijke patiënten en minder psychische en sociale problematiek ziet dan de opleider. Anderzijds constateerden ze dat de assistent minder problemen per consult ziet en minder zekere diagnoses stelt;<sup>4</sup> voor deze laatste trends vonden wij in dit onderzoek geen indicaties.

**Problematische contacten.** Bij 255 van de 1120 consulten deden zich volgens de arts een of meer problemen voor in het contact met de patiënt. Opleiders rapporteerden deze problemen iets vaker dan de assistenten (respectievelijk 26 en 21 procent). De sekse – van arts of patiënt – speelde hierbij geen enkele rol.

**Aard van de problemen.** In totaal werden 293 problemen gerapporteerd; tijdens een deel van de consulten hebben zich dus twee of meer problemen voorgedaan. Dit was het geval bij acht opleidersconsulten en zeven assistentconsulten.

Om uit de verklaringen die de artsen gaven verwerkbare informatie te destilleren, was het nodig ze te categoriseren. De categorieën zijn gedeeltelijk ontleend aan de studie van Pendleton en Jaspars, gedeeltelijk werden ze nieuw geconstrueerd op basis van een eerste inspectie van het materiaal. Uiteindelijk bleken tweeëndertig categorieën voldoende.

De categorisering werd verricht door drie beoordelaars. Hun onderlinge overeenstemming bij het gebruik van de categorieën bleek bevredigend (Kendall's coëfficiënt of concordance:  $W = .77, p < .001^5$ ).

Tabel 2 laat zien dat assistenten een derde van de door hen gerapporteerde problemen in het contact met de patiënt, toeschrijven aan onenigheid met de patiënt over de wederzijdse rolverdeling en aan taalverschillen. De eerste categorie doet zich voor in situaties waarin de patiënt iets (bijvoorbeeld een verwijzing) probeert af te dwingen van de arts, en waarin de arts de patiënt

Tabel 1.

*Kenmerken van de consulten van de opleiders en de assistenten. Percentages, tenzij anders aangegeven.*

Kenmerken	Opleidersconsulten (n=600)	Assistentconsulten (N=520)
Vrouwelijke patiënten	62,2	55,5
Gemiddelde leeftijd patiënten	37,2	35,8
Aanwezigheid derden	21,3	23,5
Aantal patiënt-problemen per consult:		
= 1	83,7	80,8
> 1	16,3	19,2
Aard patiënt-probleem:		
– somatisch	70,3	71,8
– niet somatisch	6,1	3,2
– gemengd	12,5	12,5
– overig (controles, etc.)	9,3	9,7
Zekere diagnoses	81,1	81,2

ervaart als concurrent, als iemand die „het beter weet” (bijvoorbeeld met betrekking tot de diagnose of de behandeling).

Opleiders schrijven de door hen gerapporteerde problemen in gelijke mate toe aan taalverschillen, doch in aanzienlijk mindere mate aan onenigheid met de patiënt over de wederzijdse rolverdeling. Daarentegen schrijven ze de ondervonden problemen vaker toe aan het niet of moeilijk kunnen komen tot een diagnose.

In gelijke mate schrijven opleiders en assistenten hun problematische contacten toe aan angst bij de patiënt en aan wat ze zien als het taboe-karakter van bepaalde onderwerpen voor sommige patiënten. Assistenten schrijven hun moeilijke contacten vaker dan opleiders toe aan het „niet mogen” van de patiënt. De zeven categorieën die in tabel 2 voorkomen, bestrijken zo'n 50 procent van de door opleiders en assistenten gerapporteerde problemen. De overige vijftientig categorieën hebben elk een dusdanig lage frequentie dat vergelijkingen per categorie weinig zinvol zijn. Een manier om ze toch in het totaalbeeld te betrekken, is het hergroeperen van alle categorieën tot een drietal clusters. Hiertoe kunnen we als indelingscriterium gebruiken de lokatie van de oorzaak van het problematische arts-patiënt contact, zoals door de arts aangeduid in zijn verklaring. De arts kan het probleem toeschrijven aan:

- zichzelf; voorbeelden van categorieën: „arts voelt zich onzeker”, „arts voelt zich lichamelijk niet in orde”;
- de patiënt; voorbeelden van categorieën: „patiënt is angstig”, „patiënt spreekt alleen Turks”, „patiënt is doof”;
- de specifieke consultsituatie; voorbeelden van categorieën: „tijddruk”, „geen diagnose”, „onenigheid over we-

derzijdse rolverdeling”, „taboe onderwerp”, „nieuwe patiënt”.

Tabel 3 toont het resultaat van deze hergroepering. Overduidelijk blijkt dat opleiders en assistenten in gelijke mate bijna twee derde van de door hen gerapporteerde problemen toeschrijven aan consultvariabelen. In mindere mate schrijven zij deze problemen toe aan de patiënt, en vrijwel helemaal niet aan zichzelf.

## Beschouwing

Een lage respons in een onderzoek stelt automatisch de representativiteit van de onderzochte groep(en) ter discussie. Gebleken is dat een respons van 40 à 60 procent gebruikelijk is bij onderzoek waaraan voor de betrokkenen geen direct belang verbonden is.<sup>1</sup> Ook voor dit onderzoek gold dat een direct belang voor de artsen moeilijk aantoonbaar was. Hierbij werd van de betrokken artsen een aanzienlijke investering van tijd en energie gevergd. Voor de onderzoeker leidt dit al gauw tot een paradoxale situatie. Het aantonen van het belang van een onderzoek impliceert veelal het verschaffen van veel informatie omtrent doel en achtergrond, hetgeen een onbevooroordeelde respons (als reflectie van de werkelijkheid) in het gedrang kan brengen.

De onvolledige respons in dit onderzoek bestond uit gemiddeld negenentwintig geretourneerde antwoordformulieren. Nagegaan is wat hiervan het percentage aan problematische consulten was. Voor opleiders bleek dit 26 procent en voor assistenten 23 procent (bij de volledige respons was dit respectievelijk 26 procent en 21 procent). Uit deze cijfers kan men, zij het voorzichtig, enige steun afleiden voor de stelling dat de lage respons in dit onderzoek de geldig-

Tabel 2. Door opleiders en assistenten gerapporteerde problemen met een totale frequentie  $\geq 10$  (percentages) en de rangorde van deze problemen.

Problemen	Totaal (n=293)	Opleiders (N=170)		Assistenten (N=123)	
	absoluut	%	rangorde	%	rangorde
Arts ervaart onenigheid met patiënt over wederzijdse rolverdeling	43	11	2	20	1
Taalverschil tussen huisarts en patiënt	37	13	1	12	2
Arts kan patiënt-probleem niet of slechts zeer moeizaam diagnostiseren	19	9	3	3	5
Arts ziet patiënt als angstig	16	5	4	6	3
Arts kan patiënt niet of slechts zeer moeizaam overtuigen (van bepaalde diagnose of behandeling)	15	5	4	5	4
Gesprek komt op onderwerp waarover patiënt niet of slechts zeer moeizaam kan praten	14	5	4	5	4
Arts „mag” patiënt niet	10	2	5	5	4
Overige	139	50		44	

Tabel 3. De door opleiders en assistenten gerapporteerde problemen geclusterd naar „oorzaak”. Percentages.

Cluster	Opleiders (N=170)	Assistenten (N=123)
Arts	4	5
Patiënt	32	33
Consult	64	62

heid van de conclusies niet ondermijnt. Opleiders en assistenten werden in dit onderzoek in de gelegenheid gesteld de problemen die ze ervoeren in het contact met de patiënt, te verwoorden. Opleiders kenmerkten gemiddeld een kwart van de contacten als problematisch, assistenten een vijfde. Deze frequenties komen dicht in de buurt van de cijfers van Pendleton en Jaspars.

Op het eerste gezicht is deze bevinding wellicht verwonderlijk. Heeft een jarenlange ervaring in de huisartspraktijk dan geen effect op de kwaliteit van het arts-patiënt contact? Klaarblijkelijk is er geen ervaringseffect met betrekking tot de frequentie van door de arts als problematisch gekenmerkte contacten. Ervaring kan echter tot uiting komen in de hoogte van de kritische drempel van wat de arts als problematisch beleeft.

Het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat opleiders zichzelf hogere eisen stellen, naarmate ze meer vaardig worden en daarmee de kritische drempel verhogen van wat ze als problematisch beleven.

Zoals bleek uit de verklaringen van de gerapporteerde problemen, lokaliseerden opleiders én assistenten de oorzaken van de problemen voor het overgrote deel in de specifieke consultsituatie en bij de patiënt, en nagenoeg niet bij zichzelf. Hiermee is overigens niets ten nadele van huisartsen (in opleiding) geschreven. Het is een algemeen menselijke eigenschap het eigen gedrag te zien als zijnde beïnvloed door de omstandigheden. Dit geldt des te meer indien datgene wat verklaard wordt, niet bewust wordt nagestreefd (in dit geval dus een problematisch arts-patiëntcontact).<sup>3 6</sup>

Bekijken we de verklaringen die beide groepen gaven afzonderlijk, dan zien we verschillen in de frequentie waarmee deze verklaringen werden genoemd. Assistenten schrijven hun moeilijke contacten bijna twee maal zo vaak als opleiders toe aan onenigheid met de patiënt over de wederzijdse rolverdeling. Dit probleem is kennelijk inherent aan de huisarts-patiënt relatie, doch

speelt in de eerste plaats de assistenten parten. Zij zullen zich, zeker na slechts twee en een halve maand opleidingspraktijk, nog onzeker voelen ten aanzien van hun rol en daarmee extra gevoelig zijn voor eventuele geprononceerde opvattingen van de patiënt („de huisarts moet me verwijzen als ik dat wil”, „ik weet zelf ook wel wat er met me aan de hand is”). Mogelijk is ook dat het assistent-zijn van de arts de patiënt verleidt tot het aangaan van rolconflicten. Overigens bleek de assistent-status door de assistenten zelf slechts bij hoge uitzondering (vier maal) te worden aangevoerd ter verklaring van een moeilijk verlopen contact.

Opleiders bleken het niet of moeilijk kunnen stellen van een diagnose aanzienlijk vaker als verklaring op te geven dan assistenten. Mogelijk is dit een reflectie van het feit dat opleiders ook vaker niet-somatische problemen onder ogen krijgen. Tegen deze uitleg pleit echter het gegeven dat opleiders en assistenten in gelijke mate zekere diagnoses konden geven. Deze bevinding suggereert een andere uitleg en wel dat assistenten het niet of moeilijk kunnen komen tot een diagnose beschouwen als inherent aan hun assistent-status en daarmee in veel mindere mate als een relationeel probleem.

De taalbarrière bleek vrij frequent en in gelijke mate door opleiders en assistenten te worden gezien als een obstakel voor een goed contact met patiënten. Zoals te verwachten deed deze situatie zich voor in consulten met patiënten uit de mediterrane landen (Marokko, Turkije).

Assistenten schreven een moeilijk verloopend contact vaker dan opleiders toe aan negatieve gevoelens ten opzichte van de patiënt. Dit is in overeenstemming met de uitkomsten van een eerder onderzoek, waarin geconstateerd werd dat, naarmate de ervaring van de arts toeneemt, hij minder „geplaagd” wordt door dergelijke gevoelens.<sup>7</sup>

Tenslotte kan worden opgemerkt dat de hier beschreven opzet ook kan worden gebruikt voor het geven van feedback voor opleidingsdoeleinden. Dat zou het voordeel bieden dat het daarna mogelijk is in de opleiding meer systematisch en minder anekdotisch te werk te gaan.

*Samenvatting. Welke problemen ondervindt de huisarts in het contact met patiënten en waar schrijft hij deze problemen aan toe? Deze vragen stonden centraal in dit onderzoek, dat een herhaling vormde van een eerder Engels onder-*

zoek. Aan een groep huisartsopleiders en een groep arts-assistenten in opleiding tot huisarts werd gevraagd onmiddellijk na afloop van in totaal veertig consulten op te tekenen, of er problemen in het contact met de patiënt waren geweest, en zo ja, waaraan die problemen hadden gelegen. Opleiders bleken in gemiddeld 25 procent van de gevallen problemen te ondervinden, bij assistenten was dit 20 procent. De verklaringen die beide groepen gaven, liepen enigszins uiteen, en men schreef de oorzaak van de problematische contacten slechts uiterst zelden aan zichzelf toe.

*Summary. General practitioners on problems in encounters with patients.*

*Which problems do general practitioners experience in encounters with patients, and to what do they ascribe these problems? These questions were considered in this study, which is a reduplication of a previous English study. A group of general practice trainers and a group of trainee-assistants were asked to record immediately after completion of a total of forty encounters whether problems had arisen and, if so, why.*

*Trainers proved to experience problems in an average of 25 per cent of cases, and trainees in 20 per cent. The two groups gave slightly different explanations, and rarely ascribed the causes of problematic encounters to themselves.*

<sup>1</sup> Bennett A, Knox JDE, Morrison AT. Difficulties in consultations reported by doctors in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1978; 28: 646-51.

<sup>2</sup> Klinkert JJ. Huisarts en professie (II). Communicatieproblemen. *Huisarts en Wetenschap* 1978; 21: 43-6.

<sup>3</sup> Pendleton DA, Jaspars J. Assessment and theory of communication difficulties in general practice consultations: the doctor's perspective [unpublished\*]. Oxford: Department of Experimental Psychology, University of Oxford, 1979.

<sup>4</sup> Lamberts H, Ouweland G. Een arts-assistent in een huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 4-11.

<sup>5</sup> Siegel S. Non-parametric statistics for the behavioural sciences. Tokyo: Kogakusha, 1956.

<sup>6</sup> Jones EE, Nisbett RE. The actor and the observer: divergent perceptions of the causes of behavior. In: Jones EE, Knouse DW, eds. *Attribution: perceiving the causes of behavior*. New York: General Learning Press, 1971.

<sup>7</sup> Crutcher JE, Bass, MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980; 11: 933-8.

\* Belangstellenden kunnen dit rapport bij de auteur ter inzage vragen (telefoon 020-164722, toestel 153).

## Diagnostische faciliteiten voor de huisarts: wie wordt er beter van?

PROF. DR. R. A. DE MELKER\*

Voordracht gehouden op het zevenentwintigste Wetenschappelijk Congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap, op 12 november 1982 in De Koningshof te Veldhoven.

### Inleiding

Binnen de geneeskunde wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van diagnostische faciliteiten. In 1974 was het aantal diagnostische verrichtingen 4,5 maal zo groot als in 1960, het aantal therapeutische verrichtingen 2,5 maal.<sup>1</sup> Ook in de periode na 1974 nam het aantal verrichtingen toe.<sup>2</sup> Deze toename hangt zowel samen met het aantal verwezen patiënten als met de stijging van het aantal verrichtingen per patiënt.

Ook huisartsen maken in toenemende mate gebruik van diagnostische faciliteiten. Uit het rapport *Huisarts en diagnostisch centrum* blijkt dat de röntgenproductie voor alle huisartsen in de regio Utrecht in de periode 1978-1981 met 30 procent is gestegen. Het Diagnostisch Centrum heeft een grote aantrekkingskracht op huisartsen. Het gebruik van electrocardiografie was bijvoorbeeld drie jaar na de oprichting 2,5 maal zo groot als in het eerste jaar. Opvallend is de conclusie van de rapporteurs die het project evalueerden, dat huisartsen in hun gebruik van diagnostische hulpmiddelen meer gelijkenis zijn gaan vertonen met specialisten.<sup>3</sup> Wordt de huisarts in de toekomst een „mini-internist“?

Uit het rapport blijkt voorts dat de sterke toename van het gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisarts niet tot een vermindering van het aantal verwijzingen en opnamen heeft geleid. We kunnen ons dan ook afvragen welk rendement het toenemend gebruik van diagnostisch onderzoek door de huisarts oplevert. Diagnostisch onderzoek is immers alleen zinvol, indien daardoor de

kwaliteit van de hulpverlening van de huisarts verbeterd zou kunnen worden. De vraagstelling van dit artikel luidt: in hoeverre kan de huisarts door het gebruik van diagnostische faciliteiten de kwaliteit van de hulpverlening binnen de eerstelijns gezondheidszorg verbeteren?

Daartoe zullen we de volgende vragen trachten te beantwoorden:

- wat is de diagnostische waarde van röntgen- en laboratoriumonderzoek op initiatief van de huisarts?
- in hoeverre kan op grond van een kosten-batenanalyse het rendement van diagnostisch onderzoek bepaald worden?
- op welke wijze kan de huisarts diagnostisch onderzoek binnen het probleem-oplossend proces gebruiken?
- wat zijn de voor- en nadelen van diagnostisch onderzoek op initiatief van de huisarts?
- hoe kan de huisarts in de dagelijkse praktijk diagnostisch onderzoek verantwoord gebruiken?

### De waarde van diagnostisch onderzoek

De waarde van diagnostisch onderzoek is afhankelijk van de mate van nauwkeurigheid bij het voorspellen van de aanwezigheid van een bepaalde ziekte of risicofactor.<sup>4</sup> De diagnostische waarde van elk diagnostisch gegeven wordt bepaald door een complexe wisselwerking van drie variabelen:

- de prevalentie van de betreffende ziekte in de te onderzoeken populatie (dus het aantal personen met de ziekte);
- de incidentie van de werkelijk positieve resultaten bij patiënten met de ziekte (sensitiviteit);
- de incidentie van de werkelijk nega-

\* Hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit te Utrecht.