

Inbreng van patiënten

R. VAN DER GRINTEN

Er is en wordt heel wat geschreven over de arts-patiënt communicatie, maar de bijdrage van patiënten daaraan is een nog grotendeels onontgonnen onderzoeksgebied. In dit artikel wordt besproken in hoeverre de inbreng van patiënten tijdens het spreekuurcontact is te objectiveren en meetbaar te maken. In veertien huisartspraktijken heeft een gecombineerd wachtkamer- en spreekkameronderzoek plaatsgevonden. Met behulp van vragenlijsten en een daartoe ontwikkeld observatie-instrument zijn 160 spreekuurcontacten geanalyseerd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen mogelijke en feitelijke inbreng: datgene wat patiënten zouden kunnen inbrengen en datgene wat zij werkelijk te berde brengen tijdens het spreekuurcontact. Daartussen bleek nogal wat verschil te zijn. Hoewel voor dit verschil onderzoekstechnische redenen zijn te noemen, blijft het een opvallende bevinding dat een aanzienlijk deel van de 'bagage' waarmee patiënten naar het spreekuur van de huisarts gaan, verborgen blijft.

Van der Grinten R. Inbreng van patiënten. *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 353-5.

Dr. R. van der Grinten, huisarts, Gezondheidscentrum Withuis, Straalseweg 193, 5914 AL Venlo.

Inleiding

Enkele voorvallen uit de praktijk:

- 'Dokter, mijn oor.' De dokter grijpt zijn otoscoop, kijkt in het oor, mompelt iets over... 'rood' en schrijft een recept, waarna de patiënt, voordat hij de spreekkamer verlaat, nog net de kans krijgt om te vragen of hij ermee mag zwemmen.
- Patiënt: 'Ik heb het aan mijn alveesklier.' Dokter: 'Ik zal wel uitmaken wat u mankeert.'
- Een patiënt heeft al enige tijd last van zijn rug als hij bij de huisarts komt. Deze onderzoekt hem grondig en vindt geen afwijkingen, hetgeen hij de patiënt meedeelt. Daarna geeft hij de patiënt een verwijzing voor de fysiotherapeut en een recept voor een pijnstillertje en adviseert hem een week niet te werken.

Mede door meer verbreide en betere medische informatie blijken patiënten meer inbreng te (willen) hebben in de zorg voor hun gezondheid. Daarnaast is men het er de laatste jaren in de huisartsgeneeskunde steeds meer over eens geworden dat een spreekuurcontact in het algemeen anders dient te verlopen dan hierboven is geschetst. De nadruk wordt gelegd op hulpverlening als een probleem-oplossend proces. Daarbij wordt er veel belang gehecht aan hulpverlening volgens het zogenaamde participatie-model.^{1,2} Dit biedt, in tegenstelling tot het klassieke medische model (de dokter vraagt, de patiënt geeft antwoord), ruimte voor inbreng van de patiënt. Doch wat moet men verstaan onder inbreng?

In de literatuur komt het begrip inbreng van de patiënt weliswaar voor, maar het wordt niet als zodanig beschreven. Op basis van het 'input-proces-outcome-model' van Pendleton kan onderscheid worden gemaakt tussen *mogelijke inbreng* en *feitelijke inbreng*.³ Mogelijke inbreng is datgene wat patiënten zouden kunnen inbrengen: redenen, wensen en eigen opvattingen waarmee zij naar de huisarts komen. Feitelijke inbreng komt tot uitdrukking in wat zich werkelijk verbaal afspeelt tijdens het spreekuurcontact. Aan deze feitelijke inbreng is een aantal aspecten te onderschei-

den: het uiten van expliciete hulpvragen en wensen, het stellen van vragen, het verschaffen van informatie, de eigen mening omtrent diagnose en behandeling, en het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces.

Aan de hand van gegevens uit eigen onderzoek⁴ zal in dit artikel antwoord worden gegeven op de volgende vragen:

- Wat is de aard en omvang van de mogelijke respectievelijk feitelijke inbreng van patiënten bij het spreekuurcontact?
- In hoeverre hangt deze inbreng samen met achtergrondgegevens?
- Is er een samenhang tussen mogelijke en feitelijke inbreng en de werkwijze van huisartsen?

Methoden

Gedurende enkele ochtenden kregen patiënten die wegens een nieuwe klacht op het spreekuur kwamen, vóór het consult een vragenlijst voorgelegd. De spreekuurcontacten van deze patiënten werden vervolgens op audioband opgenomen. De opnamen van in totaal 160 spreekuurcontacten bij negen huisartsen zijn beoordeeld met een daartoe ontwikkeld observatie-instrument. Daarbij ging het niet alleen om de inbreng van de patiënt, maar ook om de werkwijze van de huisarts.

Er is gebruik gemaakt van de volgende meetinstrumenten:

- Met de *patiëntvragenlijst* werd getracht een beeld te krijgen van de wijze waarop de patiënt het consult binnenkomt. De lijst bevat in totaal 32 vragen, die betrekking hebben op:
 - persoonsgebonden patiëntkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleidingsniveau en frequentie van spreekuurbezoek;
 - klachtgebonden patiëntkenmerken, zoals het met anderen over de klacht spreken, zelfmedicatie, ervaring met de klacht en duur van de klacht;
 - contactkarakteristieken als diagnosegroep en ernst van de klacht.

Drie vragenrubrieken hebben betrekking op de drie aspecten van de mogelijke inbreng: de redenen waarom de patiënt de huisarts juist op dit moment wil raadple-

gen, zijn wensen ten aanzien van wat het consult moet opleveren, en zijn eigen mening omtrent de diagnose.

• Voor de beoordeling van de audiobanden werd gebruik gemaakt van een *scoringlijst* met de volgende items:

- wat is de eerste of belangrijkste klacht?
- is er een expliciete hulpvraag tijdens de introductiefase?
- brengt de patiënt expliciete wensen naar voren?
- stelt de patiënt expliciete vragen?
- geeft de patiënt informatie over de premedische fase?
- hoe uitgebreid geeft de patiënt informatie over de beleving van de klacht?
- laat de patiënt eigen opvattingen horen?
- is er gezamenlijk overleg gepleegd over de probleemdefinitie?
- wie bepaalt het verloop van het spreekuurcontact?
- wie neemt de uiteindelijke beslissing?
- is er sprake van een globaal begin door de huisarts?
- vindt er hulpvraagverheldering plaats door de huisarts?
- in welke mate is de huisarts uitgebreid en begrijpelijk in zijn uitingen?
- in hoeverre tracht de huisarts de patiënt actief te stimuleren?

Voor alle aspecten zijn uitgebreide criteria opgesteld om een eenduidige interpretatie te bevorderen.

Resultaten

De *mogelijke inbreng* gaf inzicht in de redenen van de komst naar het spreekuur, zoals ongerustheid, twijfel en 'weet wat er aan de hand is en heeft nu hulp nodig'. Bij alle contacten vermeldden de patiënten één of meer redenen, zij het dat die redenen eenderde van de gevallen als onduidelijk werd aangegeven. Eveneens bij eenderde van de contacten werd als reden vermeld - relatief vaak door lager opgeleide patiënten - dat anderen het spreekuurbezoek nodig vonden. Uit verdere analyses bleek dat deze patiënten ook relatief vaak met anderen over hun klacht hadden gesproken.

Ook werden in alle gevallen door de patiënt één of méér wensen ten aanzien van het komende consult vermeld, bijvoor-

beeld: wil lichamenlijk onderzoek, wil medicijn, wil weten wat ik zelf kan doen, of wil verwezen worden. Bij de vraag wat de patiënt dacht dat hem mankeerde, had ruim driekwart een eigen mening over de diagnose opgeschreven.

De *feitelijke inbreng* van de patiënten op het spreekuur liet zich beschrijven aan de hand van aspecten als verstrekken van informatie, uiten van eigen opvattingen, formuleren van vragen en wensen. Deze verschillende aspecten konden niet tot één gemeenschappelijke dimensie worden teruggebracht.

Het verstrekken van informatie over de premedische fase en het laten horen van eigen opvattingen door de patiënt kwam het meest voor. Met betrekking tot het stellen van vragen viel in dit onderzoek hetzelfde te constateren als in de schaarse literatuur daaromtrent: door patiënten werden betrekkelijk weinig vragen gesteld. Het aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces bleek zich niet eenvoudig te laten afleiden uit de beoordeling van de verbale uitingen. Deze zijn bovendien moeilijk los te zien van de gedragingen van de huisartsen. Het bleek mogelijk onderscheid te maken in contacten met meer of minder aandeel van de patiënt in het denk- en beslisproces.

Voor het analyseren van de *samenhang* tussen enerzijds de feitelijke inbreng van patiënten en anderzijds achtergrondgegevens, mogelijke inbreng en een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts is gebruik gemaakt van een gestuurde discriminantanalyse.

Of er feitelijke inbreng was, bleek vooral samen te hangen met medische problematiek, zoals de aard en de duur van de klacht, en in veel geringere mate of niet met andere achtergrondgegevens, zoals leeftijd en geslacht van de patiënt of de frequentie van het spreekuurbezoek.

Het is opvallend dat een belangrijk deel van de feitelijke-inbreng-aspecten geen samenhang bleek te vertonen met de mogelijke inbreng. Waar dit wél het geval was, ging het het vooral om de vóór het consult geuite wens om informatie.

Het uiteenrafelen van het spreekuurcontact in een patiënt- en huisartsdeel is een

versimpeling van beider interactie. Dit was echter noodzakelijk voor een eerste verkenning van het complexe gebeuren in de spreekkamer. Ondanks een mogelijke contaminatie tussen de feitelijke inbreng van patiënten en de werkwijze van huisartsen bleek tussen deze beide slechts in een klein aantal contacten een samenhang van betekenis waar te nemen. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze samenhang dan wel belangrijke punten gold. Zo bleken er vaker expliciete wensen door patiënten geuit te worden bij een meer op de inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisarts. Bij een dergelijke werkwijze werd door patiënten ook vaker iets verteld over de beleving en de betekenis van de klacht en over de eigen ideeën met betrekking tot de gevolgen van de klacht of het te voeren beleid; dit gold vooral contacten die betrekking hadden op nerveus-functionele klachten.

Beschouwing

Dit onderzoek was van verkennende aard en slechts beperkt van omvang. Op dit gebied zal nog veel nader onderzoek verricht moeten worden, voordat algemeen geldende conclusies kunnen worden getrokken.

Er is nauwelijks onderzoek waarin de redenen van komst en de hulpvragen, zoals wij die hebben onderscheiden, zijn terug te vinden. Toch stellen ook *Lamberts & Hofmans-Okkes* terecht dat de contactredenen van de patiënt de basis is van iedere huisartsgeneeskundige strategie.⁵

Contactredenen worden doorgaans geclassificeerd in de ICPC.⁶ Deze classificatie is echter sterk diagnose- c.q. orgaangericht en geeft wel het probleemgebied aan, maar niet altijd de precieze reden waarvoor de patiënt komt, en zeker niet de 'achterliggende hulpvraag'. Rapportage met behulp van vragenlijsten in de wachtkamer maakt een classificatie mogelijk van door de patiënt zelf genoemde contactredenen en hulpvragen. Hierdoor kan onderzoek naar de gesprekken tussen huisarts en patiënt in de spreekkamer winnen aan relevantie.

Wat patiënten feitelijk inbrachten tijdens het spreekuurcontact, bleek slechts weinig samenhang te vertonen met wat zij van

tevorens op de vragenlijst hadden aangegeven als mogelijke inbreng. Als wordt bevestigd – en gegevens uit de literatuur wijzen hierop – dat er inderdaad een zo grote discrepantie bestaat tussen wat patiënten zouden kunnen inbrengen in de contacten met hun huisarts, en wat daar in feite van terecht komt, dan zullen daaruit consequenties moeten worden getrokken, zowel door de (potentiële) patiënten als door de huisartsen.

Voor patiënten kunnen de uitkomsten van dit onderzoek hun nut hebben bij het beantwoorden van de vraag hoe de eigen verantwoordelijkheid in het hulpverleningsproces gestalte kan krijgen. Het consult is niet simpelweg een vraag- en antwoordspel, maar een complex gebeuren waaraan patiënten meer bij te dragen hebben dan alleen hun klacht.

In GVO-programma's dienaangaande zou meer aandacht besteed moeten worden aan het volgende:

- Een klacht betekent niet altijd tegelijkertijd een hulpvraag. Indien patiënten een duidelijke hulpvraag proberen te formuleren, stelt dat de huisarts voor minder raadsels dan de uitspraak 'Dokter, mijn oor.'
- Patiënten dienen meer vragen te stellen, zodat ze beter te weten komen wat de huisarts te bieden heeft aan gezondheidszorg.
- Patiënten zouden meer uit zichzelf kunnen vertellen, zodat een groter deel van hun 'specifieke pakket' aan bod komt.

Een mogelijkheid hiertoe is een voorge-drukt formulier met mogelijke inbrengaspecten, door de patiënten in te vullen in de wachtkamer en te bespreken met de huisarts.⁷

De bevindingen in dit onderzoek betekenen een ondersteuning van moderne huisarts-geneeskundige opvattingen. Het gegeven dat patiënten dikwijls om meer dan één reden naar het spreekuur kwamen, illustreert nog eens hoe belangrijk het is voor een adequate hulpverlening om te achterhalen wat patiënten precies beweegt om naar de huisarts te gaan.

Dat bij ruim eenderde der contacten door de patiënt werd opgegeven dat hij door anderen gestuurd was, wijst op een grote invloed van de directe omgeving op het al of niet naar de dokter gaan; dit is een relevant gegeven dat een signalerende betekenis kan hebben ten aanzien van processen van somatische fixatie.

Dat mogelijke inbreng van patiënten slechts gedeeltelijk tot uiting komt tijdens het consult, vraagt naast ander patiëntgedrag ook om een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van huisartsen. Het bleek dat dit kon leiden tot meer feitelijke inbreng, vooral in contacten die betrekking hadden op nerveus-functionele klachten.

De bevinding dat bij een meer op inbreng van de patiënt gerichte werkwijze van de huisartsen de kans groter was dat patiënten expliciete wensen uiten, zou voor huisartsen een argument kunnen zijn zich daar-

voor meer open te stellen en er niet van uit te gaan dat patiënten deze wensen door-gaans wel uit zichzelf naar voren zullen brengen.

De huisartsen zouden zich er in hun opleiding en nascholing en bij onderlinge toetsing veel meer op moeten richten om te leren in hun hulpverleningsgedrag niet alleen beter rekening te houden met de feitelijke, maar vooral ook met de mogelijke inbreng van hun patiënten. Het lijkt erop dat thans in de spreekkamer op dit gebied veel verborgen blijft en veronachtzaamd wordt.

Literatuur

- ¹ Van der Grinten R. Inbreng van patiënten. Een onderzoek van spreekuurcontacten [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- ² Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ³ Lamberts H. Redenen om naar de dokter te gaan. Huisarts Wet 1982; 25: 301-9.
- ⁴ Lamberts H, Hofmans-Okkes I. Het gesprek met de patiënt: niet alleen voor dokters een puzzle. Huisarts Wet 1987; 30: 134-6.
- ⁵ Like R, Zyzanski S. Patient requests in family practice: a focal point for clinical negotiations. Fam Pract 1986; 3: 216-28.
- ⁶ Pendleton D. Doctor-patient communication: a review. In: Pendleton D, Hassler J. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.
- ⁷ Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981. ■