

De paradox van de patiëntgerichte benadering

I.M. HOFMANS-OKKES
H. LAMBERTS
E.A. HOFMANS

In deze beschouwing worden twee 'patiëntgerichte' benaderingen tegenover elkaar gesteld. In de ene wordt ervan uitgegaan dat patiënten vaak niet competent zijn hun hulpvraag naar voren te brengen, zodat deze hulpvraag in beginsel door de huisarts moet worden geherformuleerd op grond van vragen naar emoties en ervaringen die samenhangen met de klacht of het probleem; deze opvatting heeft geresulteerd in de totstandkoming van een aantal meetinstrumenten waarvan de inhoudsvaliditeit niet empirisch is vastgesteld. Daartegenover wordt hier een ander benadering gesteld: patiënten zijn in beginsel – tot het tegendeel is bewezen – voldoende competent, en in ieder geval autonoom om zelf uit te maken wat hun hulpvraag is, en waarover ze met hun huisarts willen spreken. Hierbij wordt benadrukt dat beantwoording van de vraag wie binnen deze discussie 'gelijk' heeft, om empirisch en patiëntgebonden onderzoek vraagt.

Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992; 35(7): 281-6.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Dr. I.M. Hofmans-Okkes, taalkundige; Prof. dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Drs. E.A. Hofmans, wetenschappelijk redacteur.

Correspondentie: Dr. I.M. Hofmans-Okkes.

Inleiding

Het consult is sinds de zestiger jaren tot 'probleemgebied' verklaard: de communicatie tussen (huis)arts en patiënt wordt veelal beschreven als moeizaam en asymmetrisch, vooral doordat artsen te veel 'disease centred' en te weinig 'patient centred' zouden werken.^{1 2} Simultaan met de groeiende kritiek ontstonden opvattingen over hoe het beter zou kunnen. Sleutelwoorden werden Rogeriaanse begrippen als anti-autoritair optreden, empathie, warmte, ruimte voor de patiënt, aandacht voor psychosociale achtergronden, en praten – veel praten – binnen een nadrukkelijk anti-autoritaire, gelijkwaardige relatie. Deze opvattingen zijn vooral uit Noord-Amerika afkomstig, maar hebben ook hier gaandeweg veel invloed gekregen.

Inmiddels is men het er algemeen over eens dat huisartsen hun patiënten niet uitsluitend – of zelfs maar primair – tegemoet moeten treden als *patiënten* met een al of niet ernstige 'ziekte', maar vooral als *mens* met hun specifieke vragen, opvattingen, problemen en omstandigheden, waarvan ziekte mogelijk een onderdeel vormt. In dit kader is de 'patient centred method' uit de school van McWhinney sterk op de voorgrond getreden,^{3 4} terwijl in Nederland veel impulsen zijn uitgegaan van het Methodisch Werken.^{5 6} Belangrijk hierin zijn een anti-autoritaire benadering bij het verhelderen van de vraag van de patiënt, en veel aandacht voor de psychosociale componenten van de hulpvraag. Dit geheel is ingebed in een sterk gestructureerd model voor gespreksvoering.

Dit gespreksvoeringsmodel heeft inmiddels algemeen ingang gevonden in de opleiding,⁷ en men mag op grond hiervan constateren dat het belang van patiëntgericht werken ('patient centredness') in Nederland onomstreden is.

Maar wat betekent patiëntgericht werken nu eigenlijk in de praktijk?

Zonder op de bekende wijze naar Van Dale te verwijzen (die dat woord overigens wel niet zal geven), mogen we onder 'patiëntgerichtheid' in ieder geval iets verstaan als een aanpak waarbij de patiënt als persoon centraal staat. Het gaat er niet alleen om

wat de patiënt 'heeft' (of niet 'heeft'), maar ook om wat hij wil of vraagt – daarover lijkt iedereen het eens. Onder deze communis opinio gaat echter een diepgaand verschil van inzicht schuil. Dit spitst zich toe op de vraag in hoeverre de contactredenen die de patiënt zelf naar voren brengt, in beginsel ook 'echt' de contactredenen is, of veeleer een metafoor voor wat er 'eigenlijk' aan de hand is. Centraal staat daarbij de vraag hoe *competent* en *autonoom* mensen (patiënten) zijn om zelf hun contactredenen te verwoorden, en om te bepalen wat ze in dat kader willen bespreken.

In wezen gaat het hierbij om een verschil in 'mensbeeld', en dus om een buitenwetenschappelijke discussie. Doordat binnen deze discussie met één en dezelfde term naar zeer verschillende concepten wordt verwezen, is een opmerkelijke spraakverwarring ontstaan en de emoties over dit onderwerp lopen nogal eens hoog op.^{8 9} Hoewel de term inmiddels wat incourant is geworden, zou men in de verleiding komen hier te spreken van een paradigmastrijd, met alle blijken van incommensurabiliteit van dien.

In deze bijdrage proberen wij *sine ira et studio* de twee opvattingen tegenover elkaar te stellen.*

Echte hulpvraag

De eerste opvatting wordt gekenmerkt door het gebruik van termen als 'echte hulpvraag', 'werkelijke hulpvraag', 'hulpvraag achter de hulpvraag' en 'werkelijke reden van komst'. In deze visie gaat men ervan uit dat een patiënt niet altijd goed kan of wil zeggen wat hem precies dwarszit; de huisarts moet daarom niet alleen goed luisteren, maar ook actief op zoek gaan naar diepere – met name emotionele, psychische of sociale – oorzaken of factoren.

Zeër uitgesproken komt dit standpunt naar voren in het volgende citaat uit 1979: 'Dat het door de patiënt aangeboden probleem niet het echte probleem is waar het

* 'Sine ira et studio' is het beroemde motto van de Romeinse geschiedschrijver Tacitus in zijn hoofdwerk 'Annales'. De letterlijke vertaling luidt: 'zonder wrok en voorkeur'. Niet zeker is, in hoeverre hij deze woorden met een zekere ironie heeft gebezigd.

om gaat, is zeker in de huisartspraktijk een veel voorkomend fenomeen. In vrijwel alle gevallen is het aangeboden probleem een onderdeel van een groter probleem (...). In de huisartspraktijk is het aangeboden probleem echter vaak niet meer dan een onbelangrijk onderdeel van het werkelijke probleem. In dat geval is het aangeboden probleem vooral het visitekaartje om binnen te kunnen komen. De vraag of de patiënt zich bewust is van deze fenomenen, is weinig relevant. Een feit is dat deze gevallen voorkomen. Nog complexer wordt de zaak wanneer men zich realiseert dat het aangeboden probleem soms alleen maar de functie heeft om het werkelijke probleem te verbergen.¹⁰

In deze opvatting betekent 'verhelderen van de hulpvraag' dus dat de huisarts achterliggende, aan de klacht of vraag gerelateerde problemen opspoorst en bespreekbaar maakt, ook al is de patiënt het daarmee (nog) niet eens. Deze nadere exploratie en verheldering is nadrukkelijk een taak van de huisarts. De communicatie is in beginsel gericht op een 'herdefiniëring' van de oorspronkelijke vraag zoals de patiënt die naar voren heeft gebracht. Volgens deze visie moet in beginsel altijd een 'psychosociale hulpvraagverheldering' plaatsvinden. De ratio hiervan is dat psychische en/of sociale problematiek *in de meerderheid van de gevallen* van belang zouden zijn voor een correcte vaststelling van de contactredenen. De meeste patiënten zouden niet zien hoezeer 'psyche en soma' samenhangen, en het wordt van belang geacht dat ze daarin meer inzicht krijgen.

Bij deze opvatting horen begrippen als 'preventie van somatische fixatie' en 'integrale zorg', die in dit tijdschrift al vaak aan de orde zijn geweest en hier niet verder worden toegelicht.

Meetinstrumenten

Het psychosociale paradigma komt wellicht het meest pregnant tot uiting in de vier bekendste instrumenten voor het meten van het consultgedrag van de huisarts:

- de Maastrichtse MAAS-R;¹¹
- de Utrechtse UCEM;¹²
- het instrument van de gezamenlijke beroepsopleidingen (SV-IOH);¹³

- de Nijmeegse PREVARA-SETH, waarvan recent een nieuwe versie is verschenen.^{14 15}

Bij deze instrumenten zijn de volgende kanttekeningen te plaatsen.

Alle vier de instrumenten zijn in hoofdzaak gebaseerd op *opvattingen* over goede consultvoering. Voor zover er onderzoek is gedaan, was dit vooral gericht op toetsing van meeteigenschappen en bruikbaarheid ('construct validity'); de resultaten daarvan zijn overigens vaak weinig bemoedigend (*kader op deze pagina*). Er is weinig Nederlands onderzoek waarin oordelen c.q. reacties van patiënten of klinische observaties ter validering zijn gebruikt ('criterion validity'). En voorzover in dit verband buitenlands onderzoek wordt geciteerd, is niet zonder meer duidelijk welke adstructieve waarde daaraan moet worden toegekend (*kader op pag. 283*).

Verder zijn de richtlijnen vaak 'obligaat'. Van de MAAS-R bijvoorbeeld zijn 61 van

de 68(!) items verplicht; van de 40 items van de 'nieuwe PREVARA' zijn dat er 30. De UCEM steekt op dit punt gunstig af: bij alle items kan de beoordelaar aangeven of een en ander *in relatie tot de inhoud van het consult* adequaat is uitgevoerd.

Bij sommige obligate richtlijnen lijkt de 'patiëntgerichte' invalshoek gemakkelijk in zijn tegendeel te kunnen verkeren, doordat hun inhoud niet noodzakelijkerwijs in overeenstemming is met wat de patiënt wil. Zo moet altijd vraagverheldering worden betracht, waarbij besproken moet worden hoe de patiënt het probleem of de klacht beleeft, en hoe de omgeving van de patiënt op zijn klacht/probleem heeft gereageerd.^{13 15} Meer in het algemeen moet de huisarts zich bezighouden met de leefsituatie van de patiënt: 'de huisarts geeft blijk van een belangstellende houding ten aanzien van de situatie van de patiënt en ten aanzien van gebeurtenissen en omstandigheden die niet direct met de gepresenteer-

Testresultaten

In onderzoek met de UCEM werden, aan de hand van zowel echte consulten als consulten met simulatiepatiënten, de capaciteiten van huisartsen-in-opleiding gemeten na drie en na negen maanden opleiding. Dat gebeurde met behulp van 24 observatie-items.

De resultaten zijn eigenlijk nogal rampzalig: in de eerste plaats bleek er tussen de eerste en de tweede meting ternauwernood enige verbetering te zijn opgetreden (bij de meting in de praktijk was er zelfs een achteruitgang!), en in de tweede plaats waren de scores dramatisch laag, vooral in de echte consulten: na negen maanden opleiding kregen de volgende percentages arts-assistenten de beoordeling 'adequaat' voor hun handelen op vier hoofdterreinen:¹²

- systematisch werken en niet-somatisch handelen 2%
- gesprekstechniek 10%
- hanteren van de arts-patiënt relatie 9%
- geven van informatie 48%

Testresultaten met het Landelijk Instrument geven een vergelijkbaar beeld. Zowel bij beginners als bij gevorderden (na res-

pectievelijk 4 en 16 maanden opleiding) lagen de scores bijzonder laag: totaal gemiddeld ruim onder de 45 procent van wat behaald kon worden, en ook hier viel nauwelijks progressie vast te stellen.¹³

Ook in onderzoek met PREVARA moest worden vastgesteld dat 'zowel voor als na de opleiding een aanzienlijk deel van de huisartsen in opleiding het "voldoende" niveau niet halen.'²³

Moeten we hier nu uit concluderen dat al deze huisartsen in opleiding zo slecht in consultvoering zijn? Een voor de hand liggende andere verklaring is dat de instrumenten te veel verplicht achten - en dus niet goed meten. De instrumenten ter evaluatie van consultvoering neigen in feite naar wat *Meijman* als volgt heeft getypeerd: '... te vaak worden protocollen aangeboden die behelzen hoe huisartsen het in het oog van externe deskundigen zouden moeten doen. Ook als een protocol geschreven is door een huisarts, blijft het bezwaar dat zo'n richtlijn geen geldigheid voor de huisartspraktijk behoeft te hebben, zolang hij daar niet op haalbaarheid en effectiviteit is getoetst.'²⁴

de klacht of hulpvraag van doen hebben'.¹⁵ De MAAS-R verklaart zelfs het item 'Explores the quality of the relationships within the family/primary group' tot een obligaat onderdeel van het consult.¹¹

Sommige richtlijnen voor vraagverheldering in deze meetinstrumenten wekken de indruk alsof bij voorbaat niet valt te verwachten dat patiënten hun vraag om hulp zelf kunnen of willen definiëren. Vooralsnog ontbreekt echter empirische steun voor de opvatting dat altijd 'vraagverheldering' moet plaatsvinden, ook als iemand voor de dertigste keer zijn hypertensie komt laten controleren, een routine-uitstrijk komt laten maken, een acute sinusitis heeft en vraagt om een antibioticum, voor zalf komt voor zijn eczeem, of hinkend binnenkomt met een enkeldistorsie. Natuurlijk is het in de praktijk vaak allemaal veel ingewikkelder, en natuurlijk moet – met name bij het bepalen van het beleid – vaak worden doorgevraagd, maar dat is geen reden er bij de formulering van *algemene* richtlijnen van uit te gaan dat het *altijd* ingewikkeld is.

Al evenmin is er voldoende bewijs voor de opvatting dat huisartsen in principe *altijd* moeten vragen naar emotionele problemen en naar 'de situatie thuis', ook al wordt soms het tegendeel beweerd. Zo wordt de

validiteit van de richtlijnen in de nieuwe versie van PREVARA als volgt toegelicht: 'De richtlijnen zijn zorgvuldig opgesteld op basis van literatuurstudie, onderzoek, en consensusbesprekingen met een grote groep ervaren huisartsen en gedragswetenschappers die goed bekend waren met het werk van de huisarts. De aspecten waarop wordt beoordeeld, vindt men verder terug in publikaties op het gebied van de huisartsgeneeskunde (zoals het *Basistakenpakket van de huisarts*, het *Structuurplan* voor de meerjarige beroepsopleiding, *Kenmerken van de huisarts II*, *What sort of doctor* etc.).'¹⁵

Maar in werkelijkheid is de formulering in bijvoorbeeld het Basistakenpakket bevestigend terughoudender: 'de huisarts zal bij de hulpverlening niet verder gaan dan die activiteiten, die de patiënt van hem vraagt. Mocht de huisarts tot het inzicht komen, dat het in het belang van de patiënt is om zijn hulpverlening uit te breiden, dan moet hij eerst met de patiënt overleggen om de hulpvraag in die zin te veranderen.' (p. III-20) En: 'Het is de taak van de huisarts om samen met de patiënt de relevantie van somatische, psychische en sociale gegevens voor het probleem in te schatten. Toelichting: (...) het woord 'relevant' is hier gekozen omdat het gevaar bestaat

dat allerlei problemen op sociaal, psychisch of metafysisch terrein, zonder dat de relevantie hiervan is aangetoond, met het probleem van de patiënt in verband worden gebracht.' (p. III-27)¹⁶

Een vergelijkbare visie werd in dit tijdschrift bepleit door *Meijman*,¹⁷ het feit dat zijn genuanceerde en terughoudend geformuleerde stellingname zoveel reacties in de rubriek Ingezonden oproep, illustreert hoezeer de opvattingen hier kennelijk uiteenslopen.

Op het spreekuur

Waar toe 'aandacht voor de leefwereld, resp. het psychisch of sociaal functioneren van de patiënt' *zonder dat deze daartoe aanleiding geeft* kan leiden, blijkt uit de lotgevallen van Mevrouw W.

Als eerste patiënt op dinsdagmorgen meldt zich mevrouw W op het spreekuur van dokter H. Ze vraagt hem een uitstrijk te maken: ze is al vijf maanden later dan was afgesproken. Drie weken tevoren is de vader van mevrouw W overleden. De huisarts – ook huisarts van haar ouders – is intensief betrokken geweest bij ziekte en sterfbed, en heeft mevrouw W de afgelopen tijd dus vrij vaak gesproken. Hij maakt de uitstrijk, en als mevrouw W haar jas aandoet, zegt hij: 'gaat het allemaal?' Mevrouw W zegt dat ze natuurlijk verdrietig is, maar dat het gezien de omstandigheden goed gaat. 'Ga nog even zitten', zegt de dokter, 'het valt niet mee, hè, om een ouder te verliezen, ook als ze al oud zijn... zoiets grijpt je toch ontzettend aan. Hoe gaat het nu met uw moeder?'

Goed of niet goed?

De ontwikkelaars van de hierboven besproken instrumenten zullen een positief oordeel hebben – dat is de consequentie van de geciteerde richtlijnen. Bij de beantwoording van de vraag 'goed of niet goed' is echter één vraag preliminair: wie bepaalt dat, en aan de hand waarvan? Wat de patiënt ervan vindt, lijkt eminent van belang.

Daarom nu het verhaal van Mevrouw W.

Mevrouw W heeft zich in de afgelopen week gerealiseerd dat ze nodig een uitstrijkje moet laten maken. Het kostte haar wat moeite een bezoek aan de huisarts in haar agenda in te passen; de laatste vier maanden is ze intensief

Verwijzingen naar onderzoek

Voor al bij verwijzingen naar buitenlands onderzoek is de bewijskracht vaak gering. Zo stelt *Grol* in zijn inleiding dat 'onderzoek heeft aangetoond dat tevredenheid van patiënten een hoge samenhang vertoont met de communicatieve vaardigheden van de arts'. Deze mededeling heeft – zo geformuleerd – een hoge mate van geloofwaardigheid. Maar de twee verwijzingen die hij erbij geeft, doen twijfel rijzen.

De eerste bron is een *handleiding* voor consultvoering: 'a new model of the consultation which attempts to be comprehensive'. In één van de laatste hoofdstukken zeggen de auteurs dat ze nu staan voor de taak om te toetsen in hoeverre hun model in de praktijk ook door patiënten gewaardeerd wordt – en daar hebben ze een hard hoofd in: 'the size of this study would be considerable and many methodological problems would need to be overcome'.²⁵

De andere bron is een *meta-analyse* van 41 artikelen over dit onderwerp: (praktisch allemaal) Noordamerikaans onderzoek, verschenen tussen 1967 en 1986.²⁶ Zonder iets te willen afdoen aan de kwaliteit en de uitkomsten van deze analyse, kan men zich afvragen of de conclusies – gezien de grote verschillen in bijvoorbeeld continuïteit in de praktijk en de aard van het huisartsgeneeskundig handelen – ook gelden voor de Nederlandse situatie anno 1991. In de internationale literatuur worden juist vaak de specifieke problemen in de Amerikaanse gezondheidszorg breed uitgemeten en wordt likkebaardend gekeken naar de omstandigheden in landen als Engeland, Denemarken en Nederland.

betrokken geweest bij het sterfbed van haar vader, waardoor ze allerlei professionele taken voor zich uit heeft moeten schuiven.

Ze maakt een afspraak om acht uur, in de hoop op tijd (rond negen uur) op haar werk te kunnen zijn; om half tien heeft ze een belangrijke bespreking. Ze staat op goede voet met haar huisarts; zo vindt ze dat hij het sterfbed van haar vader goed begeleid heeft.

Ze is blij dat de dokter haar inderdaad klokke acht binnenroept; als ze, nadat de uitstrijk gemaakt is, haar jas aantrekt, is ze al met haar gedachten bij de werkdag die voor haar ligt. Dan vraagt de huisarts haar hoe het gaat. Ze beantwoordt die vraag enigszins afstandelijk en geeft daarmee – naar haar eigen gevoel – te kennen, dat dit geen geschikt moment is. Niet alleen heeft ze geen tijd, maar ook zou ze gemakkelijk in tranen kunnen raken, met desastreuze gevolgen voor haar uiterlijk. Maar ze wil ook niet botweg zeggen dat een gesprek haar nu niet uitkomt; dat zou haar het gevoel geven 'ondankbaar' te zijn. En dus gaat ze inderdaad nog even zitten.

Het netto resultaat is dat ze na het bezoek aan de huisarts eerst weer naar huis moet om zich op te knappen, en uiteindelijk pas om kwart voor tien op haar werk is.

Dit voorbeeld illustreert precies waarom het hier gaat. De eerste vraag van de huisarts – 'gaat het allemaal?' – is gezien de situatie alleszins adequaat, en misschien vinden ook de ontwerpers van de instrumenten wel dat hij het daarbij had moeten laten. Maar deze huisarts gaat verder, en er is binnen de instrumenten geen enkele mogelijkheid ingebouwd te scoren dat een huisarts *te veel naar de leefwereld informeert*. Wie vindt dat mevrouw W beter wat assertiever had kunnen zijn, en gewoon had moeten zeggen wat ze al of niet wilde, heeft natuurlijk gelijk. Dat was bovendien in dit geval – waarin het 'doorvragen' van de huisarts zo duidelijk niet inhoudelijk gerefereerd was aan haar reden voor komst – nog relatief gemakkelijk geweest. Maar je moet als patiënt toch van goede assertieve huize zijn om dat te doen; en dat geldt eens te meer voor gevallen waarin een inhoudelijke 'link' met mogelijk achterliggende problematiek minder evident afwezig is. In elk geval maakt het voorbeeld duidelijk hoe onaangenaam, ongewenst en contra-productief een dergelijke obligate richtlijn in de praktijk voor een individuele patiënt kan uitpakken.

Autonoom en competent

De tweede benadering is gebaseerd op andere uitgangspunten. In de International Classification of Primary Care (ICPC) wordt het begrip contactreden als volgt gedefinieerd: 'the statement of the reason(s) why a person enters the health care system with a demand for care. The term(s) written down by the provider represent(s) the clarification of the reason(s) so that the statement is recognizable by the patient as an acceptable description of his/her demand for care'.¹⁸

In deze benadering gaat men ervan uit dat de patiënt *in beginsel* zelf bepaalt wat zijn contactreden is: wat hij naar voren brengt als contactreden, wordt door de dokter primair op *face value* genomen. 'De hulpvraag achterhalen en verhelderen' betekent in deze opvatting: zo precies mogelijk begrijpen wat de patiënt zegt c.q. bedoelt. Daarbij kunnen uiteraard allerlei communicatieve problemen optreden die 'verheldering' noodzakelijk maken, maar het *doel* van het gesprek is te achterhalen wat de patiënt wil/bedoelt/vraagt en niet om daaraan een andere – achterliggende – inhoud toe te kennen.

Op grond van het gesprek met de patiënt, anamnese en onderzoek kiest de huisarts vervolgens zijn diagnostische interpretatie. Of de patiënt het daarmee eens is, doet bij een aantal min of meer 'objectieve' (pathologische en pathofysiologische) diagnoses niet ter zake; bij symptoomdiagnosen en probleemgedrag is instemming van de patiënt daarentegen onontbeerlijk: net zomin als het zinvol – of zelf maar gepast – zou zijn, als de huisarts zonder instemming van de patiënt zou besluiten dat deze bijvoorbeeld 'hoofdpijn' heeft, kan hij zonder diens instemming besluiten dat de patiënt een 'relatieprobleem' heeft.

De invulling van het concept 'probleemgedrag' illustreert deze visie bij uitstek.¹⁹ Deze term wordt gereserveerd voor gevallen waarin patiënten hun huisarts raadplegen omdat ze leefproblemen hebben. Daarbij kan het gaan om 'objectief' ernstige problemen als langdurige werkloosheid, overlijden van een naaste of het hebben van een gehandicapt kind, maar ook om problemen die 'objectief' minder ernstig lij-

ken: een mislukte vakantie of een minder prestigieuze lease-auto van de zaak dan verwacht.

Natuurlijk wordt ook binnen deze benadering erkend dat patiënten fysieke problemen kunnen presenteren die (misschien!) voortkomen uit of samenhangen met psychische of sociale problematiek; die mogelijkheid wordt dan ook nadrukkelijk opengehouden. Maar dat doet niets af aan het uitgangspunt dat de contactreden is wat de patiënt als zodanig presenteert. En of er over samenhangende psychische problematiek wordt gesproken, is uiteindelijk een zaak van de patiënt; de huisarts beperkt zich tot het scheppen van ruimte, en dringt de patiënt in geen geval een gesprek op over zijn mogelijke problemen. Lang niet alle patiënten willen hun eventuele psychische en sociale problemen met hun huisarts bespreken, en het is hun goed recht zulke privé-zaken niet te betrekken bij het probleem dat hen bij de dokter heeft gebracht, óók als de huisarts in zijn hart van mening is dat ze wél relevant zijn. De enige echte uitzonderingen op deze regel zijn – vanzelfsprekend – consulten met patiënten met nosologische psychiatrische diagnoses als depressieve stoornis of schizofrenie.

Deze opvatting is één van de pijlers van het Transitieproject,^{19 20} waarin groot belang wordt toegekend aan *patiëntgebonden* onderzoek naar het perspectief van de patiënt. Of patiënten inderdaad vaak in eerste instantie iets anders naar voren brengen dan hun 'echte hulpvraag', vereist onderzoek waarin de opvattingen van arts en patiënt over de reden van komst met elkaar worden vergeleken, in samenhang met de feitelijke gang van zaken tijdens het consult. En of een door de 'aanbodzijde' ontwikkelde richtlijn voor consultvoering werkt, zal moeten worden onderzocht aan de 'vraagzijde': bij patiënten.

Onderzoek

In het onderzoek van *Hofmans-Okkes* ging het om de vraag in hoeverre huisartsen de contactredenen van hun patiënten goed achterhalen, waarbij met 'goed' in deze context alleen 'conform de visie van de patiënt' wordt bedoeld.¹ Met dit onderzoek

werd empirische steun gezocht voor het belang dat in het Transitieproject wordt gehecht aan de contactreden van de patiënt als een essentiële determinant van het verloop van episoden en als verklaring voor de variatie in het handelen van huisartsen.

In ruim 85 procent van de gevallen bleken arts en patiënt het geheel of vrijwel geheel eens over de contactreden. Deze uitkomst werd vervolgens gereproduceerd in een omvangrijk internationaal onderzoek in negen landen. In de gevallen waarin patiënt en huisarts het niet eens waren over de contactreden, kwam dat praktisch nooit doordat de arts een contactreden had 'gemist'; veel vaker had de huisarts een contactreden gesignaleerd, waar de patiënt het niet mee eens was.

Naast een validering van het concept *contactreden* leverde dit onderzoek ook een aantal gegevens op over de uitwerking in de praktijk van het 'psychosociale paradigma'. Eén op de vijf patiënten gaf tijdens het interview na afloop van het consult zelf aan dat de contactreden te maken had met psychische of sociale problematiek; zij hadden dat in die gevallen ook zélf tijdens het consult zo geformuleerd. Anderzijds wees één op de tien patiënten een door de huisarts als 'psychisch of sociaal' geïnterpreteerde contactreden als onjuist van de hand.

Dat patiënten welomschreven ideeën over de contactreden hebben, blijkt ook uit

het gegeven dat zij minder vaak over hun problemen wilden 'praten' dan de huisartsen registreerden: contactredenen met de codes -45 ('wil adviserend gesprek') en -58 ('wil counsellend gesprek') werden relatief vaak afgewezen door de patiënt. Ook reageerden patiënten nogal eens negatief op -64-codes (initiatief van de dokter om een probleem aan de orde te stellen). Patiënten willen kennelijk niet altijd in de eerste plaats 'een gesprek voeren' en ze vinden het niet altijd prettig als de huisarts iets aan de orde stelt waarvoor ze niet gekomen zijn. Er zijn dus duidelijke argumenten voor een zekere terughoudendheid op deze punten van de kant van de huisarts – iets waarvoor overigens ook in ander onderzoek aanwijzingen zijn gevonden (*kader* op deze pagina).

Tenslotte bleek in een nadere analyse van een klein aantal consulten dat enkele belangrijke criteria uit de hierboven besproken meetinstrumenten geen eenduidige samenhang vertoonden met de oordelen van de patiënten over het consult of met de mate van overeenstemming over de contactreden. Nadrukkelijk verhelderen van de contactreden en actief op zoek gaan naar psychosociale achtergronden bijvoorbeeld leidden niet zonder meer tot een gunstig oordeel en een hoge overeenstemming; en omgekeerd kwam het voor dat het ontbreken van een nadere verheldering van de contactreden en het negeren van eventuele

psychosociale achtergronden een patiënt niet verhinderden toch volstrekt tevreden naar huis te gaan.

Dit onderzoek – waarin nu eens nadrukkelijk rekening werd gehouden met het perspectief van de patiënt – biedt kortom geen steun voor *obligate* richtlijnen voor het actief op zoek gaan naar psychosociale achtergronden. Niet meer dan dat, maar ook niet minder. Op grond van deze uitkomst wordt dan ook in de Slotbeschouwing van dit onderzoek gesteld dat er 'aanleiding is de opvattingen en uitgangspunten waarop de opleiding tot huisarts op het punt van consultvoering berust, opnieuw te bezien'. Deze opmerking richt zich met name op de hierboven besproken richtlijnen uit de diverse instrumenten – die immers een reflectie vormen van de 'state of the art' van het onderwijs in consultvoering. Wat daarmee wordt bepleit, zijn dus vooral *relativeringen*.

Natuurlijk komt het voor dat een patiënt klachten heeft die samenhangen met een diepgeworteld psychisch of sociaal probleem, zonder dat de patiënt dit verband duidelijk is; te denken valt bijvoorbeeld aan incest of andere psychische trauma's uit het verleden. En natuurlijk is het soms van groot belang samen met de patiënt op zoek te gaan naar dit soort mogelijkheden. Maar dat is geen argument om iedereen altijd aan een dergelijke benadering te onderwerpen. Het lijkt integendeel redelijk de 'bewijslast' om te draaien en ervan uit te gaan dat de patiënt competent is om te bepalen wat zijn vraag is, totdat het tegendeel is bewezen. Harde bewijzen dat patiënten *in de regel* onvoldoende competent zijn, ontbreken.

Tenslotte

De positie die wij in deze beschouwing hebben betrokken, is geen pleidooi voor een recht-voor-zijn-raap strikt medische handelwijze, zoals ook moge blijken uit *In het huis van de huisarts* en *Op het spreekuur*.^{19 1} Wél willen wij pleiten voor een veel flexibeler standpunt omtrent wat obligeert is tijdens een consult; daarin moet nadrukkelijk de mogelijkheid worden opgehouden dat een strikt medische handelwijze soms de beste is. En verder zou het weleens

Oordelen van patiënten

Steinert & Rosenberg onderzochten in hoeverre artsen en patiënten het eens zijn over de omvang van door de huisarts te bieden hulp. De grootste verschillen bleken te bestaan op het terrein van persoonlijke en werkproblemen. De helft van de patiënten wilde geen hulp voor persoonlijke problemen; sterker nog: ze wilden vaak zelfs niet dat hun huisarts ervan wist. 'In all categories, the involvement that physicians reported was significantly higher than that requested by patients.' De meningen van individuele patiënten liepen nogal uiteen, waaruit geconcludeerd wordt: 'this finding suggests that physicians need to ask more

carefully what individual patients want'. En: 'In conclusion, behavioral science training is very much appropriate for all physicians. The emphasis, however, should be on individually tailored programs for physicians and patients alike'.²⁷

Ook *Hyatt* en *Schwenk et al.* concludeerden dat patiënten lang niet altijd gesteld zijn op hulp van huisartsen bij emotionele problemen, huwelijksproblemen, seksuele problemen en opvoedingsperikelen.^{28 29} En recent heeft ook *Wigersma* ten aanzien van de bespreking van seksuele problemen gelijksoortige aanwijzingen gesignaleerd.³⁰

zinnig kunnen zijn om in meetinstrumenten ook expliciet rekening te houden met de mogelijkheid dat de huisarts *te veel* doorvraagt.

De enorme heterogeniteit van de populatie in een huisartspraktijk maakt het op voorhand onwaarschijnlijk dat iedereen gelijk zou moeten worden behandeld. In het onderwijs betekent 'gelijke behandeling' bepaald niet dat je iedereen na de basisschool naar de HAVO moet sturen – en net zomin heeft het in de huisartspraktijk zin bij iedere patiënt in ieder consult 'belangstelling voor zijn leefwereld' te tonen of 'een psychosociale anamnese' af te nemen.

Het NHG is van plan een 'horizontale standaard consultvoering' te gaan ontwikkelen.^{21 22} Als het ooit zover komt, is het te hopen dat daarbij niet – zoals om diverse redenen voor de hand zou liggen – de hierboven gewraakte obligate richtlijnen uit de bestaande meetinstrumenten in essentie worden overgenomen: deze zijn immers in feite strijdig met een echte 'patiënt-gerichte benadering' waarin rekening wordt gehouden met het oordeel van de patiënt. Wij denken in dit kader eerder aan 'geconditioneerde richtlijnen', waarbij per geval een juiste 'mix' moet worden gevonden.

Dat zal niet eenvoudig zijn. Maar dat is consultvoering ook niet.

Literatuur

- ¹ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ² Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens medische consulten. [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
- ³ McWhinney I. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, eds. Communicating with medical patients. Newbury Park CA: Sage, 1989.
- ⁴ Brown J, Stewart M, McCracken E, et al. The patient-centered clinical method. 2. Definition and application. J Fam Pract 1986; 2: 75-80.
- ⁵ Van Aalderen H, Hollenbeek Brouwer H. Methodisch werken. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1982.
- ⁶ Holtzen-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen H, et al. Methodisch Werken. Huisarts Wet 1978; 21: 322-35.
- ⁷ Van Zalinge EAB, Schadé E. Consultvoering in de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1991; 34: 356-8.
- ⁸ Stam J, Courant J, Hart G. Consultvoering 1 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1992; 35(7):
- ⁹ Wiersma Tj. Consultvoering 2 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1992; 35(7):
- ¹⁰ Bremer GJ. Dokters in hun dagelijkse doen. Huisarts Wet 1978; 21: 477-82.
- ¹¹ Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht history-taking and advice checklist [Dissertatie RUL]. Amsterdam: Lundbeck, 1990.
- ¹² Pieters HM. De Utrechtse Consult Evaluatie Methode. [Dissertatie RUU]. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹³ Foolen CHGM, Tan LHC. Eindrapportage Project consultvoering. Ontwikkeling en een eerste versie van een landelijk instrument voor het toetsen van consultvoeringsvaardigheden van huisartsen (-in-opleiding). Utrecht: Samenwerkingsverband Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, 1991.
- ¹⁴ Grol R, Mokkink H, Tielens V. PREVARASETH; scoringslijst voor evaluatie en (onderlinge) toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen. Deel 1: algemene aspecten van consultvoering. Nijmegen: NUHI, 1988.
- ¹⁵ Grol R, red. Intercollegiale toetsing van consultvaardigheden in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1991.
- ¹⁶ Anoniem. Basistakenpakket. Deel III LHV Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ¹⁷ Meijman FJ. De klachtgerichte benadering bedreigd? Huisarts Wet 1990; 33: 478-81.
- ¹⁸ Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford, etc: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁹ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ²⁰ Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter & episode & process oriented standard output. Amsterdam: Department of General Practice, University of Amsterdam, 1991.
- ²¹ Van der Voort H. Standaarden: naar te koele zakelijkheid? Huisarts Wet 1989; 32: 547-8
- ²² Tielens VCL. Vraagstellingen voor onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde. Waar het Nederlands Huisartsen Genootschap behoefte aan heeft. Med Contact 1992; 47: 267-9.
- ²³ Helsper A, Grol R. Consultvaardigheden van huisartsen in opleiding: effecten van de opleiding tot huisarts. In: Bulte J, Van der Ende J, Grol R, et al. De beroepsopleiding tot huisarts. Evaluatie van de preventieve taak van de huisarts gerichte onderwijsprogramma's. Groningen, Nijmegen, 1988.
- ²⁴ Meijman F. Publikatie van protocollen: ja, mits... Huisarts Wet 1990; 33: 414.
- ²⁵ Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- ²⁶ Hall JA, Roter D, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-75.
- ²⁷ Steinert Y, Rosenberg E. Psychosocial problems: what do patients want? What do physicians want to provide? Fam Med 1987; 19: 346-50.
- ²⁸ Hyatt JD. Perceptions of the family physician by patients and family physicians. J Fam Pract 1980; 10: 295-300.
- ²⁹ Schwenk TL, Clark CH, Jones GB, et al. Defining a behavioral science curriculum for family physicians: what do patients think? J Fam Pract 1982; 15: 339-45.
- ³⁰ Wigersma L. Kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts bij genitale en seksuele klachten. Huisarts Wet 1992; 35: 53-6. ■

Abstract

Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. The paradox of the patient centred approach. Huisarts Wet 1992; 35(7): 281-6.

Two 'patient centred approaches' are contrasted. One approach is based on the assumption that patients often (or even most of the time) are unable to present their request for help adequately. The general practitioner therefore must search for the nature of the 'real' help requested by the patient by asking about emotions and experiences related to the complaint or problem. This point of view is the basis for a number of techniques taught during vocational training. However, the validity of this approach has not been tested empirically. According to the other approach patients are in principle sufficiently able and, certainly, autonomous to decide for themselves what their request for help is, and what they wish to discuss with their general practitioner. The general practitioner must, in a particular case, have good reasons to assume the contrary. The question as to which approach is 'the right one' cannot be answered using techniques based on theoretical considerations only, but requires empirical, patient oriented research.

Key words Patient centred approach; Physician-patient relations; Reason for encounter.

Correspondence I.M. Hofmans-Okkes, MA, PhD, Department of General Practice, University of Amsterdam, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.