

Wordt de patiënt er beter van?

JACK COURANT

Naast alle aandacht voor de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in het algemeen en de consultvaardigheid van de huisarts in het bijzonder wordt het tijd voor meer belangstelling voor het uiteindelijke effect van dit alles op degene om wie het gaat: de patiënt. Daarbij dringt zich onder meer de vraag op naar het effect van zogenaamd patiënt- of persoonsgericht handelen van de huisarts. Twaalf huisartsen werden ondervraagd over opvallende effecten van hun gedrag tegenover patiënten. Daarbij bleek dat zowel 'patiëntgericht' als 'directief' gedrag en vooral sterk persoonlijk gekleurd gedrag van de huisarts duidelijke objectieve en subjectieve effecten op patiënten had gehad. Opvallend daarbij was de rol van een niet eerder in de huisartsenliteratuur beschreven fenomeen: de 'ik-boodschap'.

Courant J. Wordt de patiënt er beter van? Huisarts Wet 1993; 36(1): 11-4.

Jack Courant, huisarts in ruste, Buziastraat 20, 1068 KN Amsterdam.

Inleiding

In de literatuur over het huisartsgeneeskundig handelen in het algemeen en de consultvoering in het bijzonder wordt er meestal (stilzwijgend) van uitgegaan dat een goede arts-patiënt communicatie zonder meer goed is voor de patiënt; of de patiënt ook werkelijk beter wordt van een goede arts-patiënt communicatie, staat eigenlijk nauwelijks ter discussie.

Het gaat hier dus niet om de *satisfactie* van de patiënt (en de arts!); satisfactie is iets wezenlijk anders dan een meet- en toetsbaar effect op de gezondheidstoestand van de patiënt. *Hofmans-Okkes et al.* beschrijven een casus waarin een patiënte, zeer tegen haar zin en op een voor haar uiterst ongelegen moment, door haar huisarts min of meer wordt gedwongen te praten over het recente overlijden van haar vader. Dat heeft voor haar op dat ogenblik hinderlijke consequenties en zij is daardoor begrijpelijkerwijs gefrustreerd; haar satisfactie is gering.¹ Deze beschrijving brengt mij echter talrijke gevallen in herinnering waarin een patiënt gefrustreerd was geraakt doordat de huisarts nooit meer was teruggekomen op een doorgemaakte ernstige traumatische ervaring. Het is voor mij dan ook de vraag of de patiënte uit het gegeven voorbeeld uiteindelijk niet toch beter af was dan zij zelf kennelijk dacht.

Een dergelijke vraag is slechts te beantwoorden door effectiviteitsonderzoek. Voorbeelden van dergelijk onderzoek zijn er echter niet veel. *Henbest et al.* vonden dat hoge scores van patiëntgerichtheid correleerden met een geringere bezorgdheid van patiënten (maar niet met de overige onderzochte variabelen).² In de – prospectieve – Headache Study bleken hoofdpijnklachten na één jaar duidelijk verbeterd bij de patiënten die aangaven dat zij hun klachten volledig met hun huisarts hadden kunnen bespreken.³ *Greenfield et al.* vonden bij diabetici en hypertensiepatiënten overeenkomstige resultaten.⁴

Om enig inzicht te krijgen in het effect van verschillende soorten gedrag van huisartsen – 'persoonsgericht' versus 'medisch-technisch'⁵ – heb ik een beperkt onder-

zoek uitgevoerd op basis van de volgende vraagstelling:

- Herinneren huisartsen zich aan hun eigen gedrag toegeschreven, spectaculaire veranderingen bij patiënten?
- Van welke aard waren deze veranderingen en door welk gedrag werden ze veroorzaakt?

Methoden

Het onderzoek vond plaats onder twaalf huisartsen: acht met een naar mijn indruk vooral 'persoonsgerichte' werkwijze, de andere vier meer medisch-technisch georiënteerd. Onder hen waren twee vrouwelijke artsen. Negen artsen waren werkzaam in Amsterdam, zowel perifeer als centraal; de overige in de provincie Noord-Holland. De leeftijd van de deelnemers varieerde van 34 tot 67 jaar, de praktijkervaring van 1 tot 36 jaar. Uit mijn eigen praktijk werden drie casus toegevoegd.

Aan deze huisartsen werd telefonisch gevraagd casus te verzamelen, waarin hun benadering van het probleem naar hun mening had geleid tot een duidelijke omslag in de manier waarop de patiënt met dergelijke problemen omging. Tevens werd gevraagd waaraan de arts die verandering toeschreef. Het ging daarbij nadrukkelijk niet om puur somatische hulpverlening.

Enige tijd na de telefonische introductie werden de huisartsen door mij geïnterviewd. Deze gesprekken vonden plaats in 1990, 1991 en 1992. In de loop van ongeveer een uur noteerde ik de casus die mijn vraag in de herinnering van de betreffende huisarts had opgeroepen, en wat hem/haar nog verder te binnen schoot.

Resultaten

De meeste huisartsen konden zich niet meer dan twee of drie duidelijke gevallen herinneren; een enkele kwam tot zes. Niet onverwacht was dat de ene arts zich heel andere zaken herinnerde dan de andere: zo noemde de ene arts vooral verslavingsgevallen, een andere depressies of suïcidepogingen. In de meeste gevallen ging het

om een positieve omslag; in drie gevallen hadden de gedragingen van de arts volgens hemzelf echter geleid tot een verslechtering in het gedrag of de gezondheidstoestand van de betrokken patiënt of was de arts-patiënt relatie verslechterd. In totaal werden 44 geschikte casus geproduceerd, waarvan er acht kort zijn beschreven (*kader*).

De geconstateerde veranderingen waren grotendeels van subjectieve aard; verreweg het meest werd genoemd 'verbetering van de arts-patiënt relatie', in frequentie gevolgd door 'vermindering van angst en ongerustheid'. Objectieve verbeteringen betroffen onder meer manifeste daling van het aantal consulten en huisbezoeken en van hulpvragen in avond- en weekenddienst (*tabel 1*).

De artsen zelf bleken de waargenomen veranderingen zelf toe te schrijven aan drie soorten gedrag: overwegend op de patiënt gericht, het eigen spoor volgend, en duidelijk persoonlijk betrokken (*tabel 2*). Het uiten van persoonlijke betrokkenheid bleek opvallend vaak een gunstig effect te hebben op de relatie met de patiënt. Voor een aantal artsen was het verrassend te constateren, dat het toelaten van eigen emoties bij ernstig leed van de patiënt de relatie zeer positief had beïnvloed.

Beschouwing

Natuurlijk geven de verzamelde casus geen aanwijzing over de mate waarin het beschreven gedrag in het algemeen effectief is. In feite zou elk geval weleens het eerste kunnen zijn geweest (na een lange reeks mislukkingen) waarin eindelijk het beoogde effect werd bereikt.⁶ Afgezien daarvan zullen de deelnemers zich gemakkelijker positieve dan negatieve effecten hebben herinnerd.

Door het kleine aantal huisartsen is het onmogelijk een betrouwbare differentiatie naar werkwijze te maken. Overigens konden geen duidelijke verschillen in gedrag en effect tussen de diverse huisartsen worden vastgesteld, ook niet tussen de 'patiëntgerichte' en 'medisch-technische' deelnemers. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat ik een onjuiste schatting

Tabel 1 Geconstateerde veranderingen bij patiënten. Aantallen

<i>Objectief</i>	
Opvallende vermindering van	
– consulten en huisbezoeken*	8
– irregulier hulpvraaggedrag	8
– verwijzingen*	3
– alternatieve hulp	1
– ziekenhuisopnamen	1
– medicijngebruik	3
Opvallende verbetering van compliantie	1
Verdwijnen van verslavingsgedrag	8
<i>Subjectief</i>	
Opvallende vermindering van lichamelijke klachten	7
Blijvende verbetering van stemming	2
Verdwijnen van suïcidale neiging	1
Opvallende vermindering van angst, ongerustheid, fobische klachten	13
Opvallende verbetering van huisarts-patiënt relatie†	28
Opvallende verbetering van relaties van patiënt	3

* In één geval was er sprake van toename van consultfrequentie en aantal verwijzingen.

† In één geval werd de relatie door de patiënt verbroken.

Tabel 2 Het gedrag van de huisarts waaraan deze de veranderingen voornamelijk toeschreef*

<i>A. Overwegend op patiënt gericht gedrag</i>	
Accepteren, erkennen van klachten	4
Patiënt gevoel geven serieus te worden genomen	8
Herkennen, accepteren en bespreken van angst, ongerustheid	10
Adequaat informatie verstrekken	3
Voeren van gesprekken over problemen/achtergronden	8
<i>B. Overwegend eigen spoor volgend</i>	
Directief gedrag	1
<i>C. Blijk gevend van persoonlijke betrokkenheid</i>	
Door (herhaaldelijk) initiatief nemen tot contact	7
Bij erkennen van eigen fouten	6
Door ik-boodschappen†	17
Door op andere wijze uiten van gevoelens van betrokkenheid	8

* In diverse gevallen werden door de huisarts meerdere van de onderstaande factoren genoemd.

† Drie huisartsen gebruikten eenmaal een ik-boodschap, vijf tweemaal en één viermaal.

heb gemaakt van de werkwijze van de deelnemers, maar het lijkt waarschijnlijker dat de scheidslijn tussen beide werkwijzen in de praktijk niet zo scherp is. Bovendien is mijn vraagstelling natuurlijk van invloed geweest op de aard van de geproduceerde casus.

Dat de ondervraagde artsen slechts een

zeer beperkt aantal casus wisten te reproduceren, geeft grond aan de veronderstelling dat spectaculaire veranderingen bij patiënten niet frequent voorkomen. Daarbij dient te worden aangetekend dat er geen beroep is gedaan op de kaartsystemen om de ondervraagde huisartsen niet te veel te belasten.

Casuïstiek

- Vrouw 56 jaar, nieuwe patiënt. Altijd darmklachten, zeer ongerust. Vorige huisarts liet steeds onderzoeken (röntgen, specialist), nooit iets gevonden. Nieuwe huisarts doet lichamelijk onderzoek: vindt geen afwijkingen, bespreekt uitvoerig, legt signaalfunctie van klacht uit. Patiënte voelt zich begrepen, serieus genomen, de klacht wordt niet 'afgenomen'. Komt nadien nog maar een enkele keer hiervoor, is dan snel gerustgesteld.
- Vrouw 35 jaar, recidiverend T.S. Nu bij huisarts, vastbesloten suïcide te plegen; vraagt medicijnen ervoor. Huisarts heeft gesprek, zegt onder meer: 'Ik zou u missen'. Daarna volgen meer gesprekken. Depressie klaart op. Patiënte zegt later herhaaldelijk dat 'die ene zin' de doorslag heeft gegeven. Sinds 10 jaar geen depressie meer, geen T.S.
- Vrouw 29 jaar, net bevallen van eerste baby; belt dagelijks voor iedere kleinigheid. Huisarts begint gesprek, zoekt onder meer naar achtergronden van ongerustheid. Dit geeft grote opluchting bij patiënte. Daarna scherpe daling van frequente consulten.
- Vrouw 68 jaar, zwak sociaal gezin, eist steeds bij binnenkomst in volle wachtkamer luidruchtig onmiddellijk toelating bij arts: grote rel, huisarts 'halve dag van streek'. Bezoekt na weer zo'n scène de volgende dag patiënte onaangekondigd. Patiënte is verrast: 'Wat leuk'. Huisarts toont begrip voor emotionele labiliteit van patiënte, doet voorstel ter voorkoming van verdere incidenten. Nadien geen problemen meer.
- Vrouw 25 jaar, misbruik hypnotica. Altijd problematisch gedrag, afwerend tegen pogingen van huisarts tot gesprek. Nam andere huisarts; tijdens afscheidsgesprek

gesprek zegt huisarts: 'Wat jammer dat je nu weggaat, ik had je graag 'clean' aan je nieuwe huisarts overgedragen.' Veel later blijkt ze meteen nadien gestopt met hypnotica; was onder de indruk geraakt van de bezorgdheid van huisarts.

- Man 76 jaar, 15 jaar geleden A.P. na ernstige complicaties van diverticulitis coli; had toen zeer frustrerende ervaringen met allerlei medici, heeft zich daarna volledig onttrokken aan medische controle, ondanks klachten. Nieuwe huisarts wordt benaderd door echtgenote, die het niet meer aankan. Huisarts bezoekt patiënt enige malen op eigen initiatief, zegt: 'Ik maak me zorgen over u.' Sindsdien steeds betere relatie, ook met andere artsen.

- Vrouw 32 jaar, alleenstaand, 2 kinderen. Doet altijd nors, negatief, roept zeer frequent irregulier hulp in. Na opnieuw irriterend nachtelijk telefoontje belt de huisarts haar de volgende ochtend op eigen initiatief terug, uit in eerste instantie begrip voor de moeilijke positie en ongerustheid van de vrouw. 'Maar als u altijd zo boos doet, word ik zenuwachtig en kan ik u niet zo goed helpen.' Sindsdien volledige omslag in gedrag en goede relatie met huisarts.

- Echtpaar 75 jaar, lijkt zich altijd tekort gedaan te voelen, eist privileges bij maken van afspraken, bejegt praktijksistenten onheus. De huisarts uit irritatie daarover, zegt onder meer: 'Op deze manier wil ik niet dat u met mij en mijn assistente omgaat'; legt daarbij nog eens uit, dat de regels er zijn opdat hij goed kan functioneren. Patiënten bieden geschrokken excuses aan. Sindsdien prettige relatie zonder problemen bij af-

Niet in alle gevallen was er sprake van duidelijk 'persoonsgericht gedrag'. Zo lijkt het optreden van de dokter die resoluut het pakje shag van de patiënt weggooit met de woorden: 'Zo, dat was dan uw laatste pakje', eerder autoritair. Het succes van zulk gedrag hangt waarschijnlijk samen met de door de patiënt ervaren sterke betrokkenheid van de arts.^{7,8}

De rubriek 'Blijk gevend van persoonlijke betrokkenheid' verdient nadere beschouwing. Uitspraken als 'ik zou u missen', 'ik maak me zorgen over u', 'ik word zenuwachtig van uw gedrag' en zelfs 'ik wil niets meer met u te maken hebben', zijn niet te verklaren als pogingen om zich 'patiëntgericht' op te stellen; zij lijken eerder voort te komen uit de behoefte van de arts een

eigen emotie te uiten. Die emotie hangt overigens wel samen met de relatie met de patiënt. Al deze uitingen hadden een opmerkelijk sterk effect, dat in alle gevallen op één na zeer positief was. Wat in deze gevallen blijkbaar goed werkt, is dat de patiënt zijn arts niet als een afstandelijke hulpverlener ervaart, maar als iemand die hem kennelijk de moeite waard vindt om zijn gevoelens te tonen.

Deze vorm van interventie wordt in de gezinstherapeutische literatuur ook wel 'ik-boodschap' genoemd: iemand reageert in de ik-vorm rechtstreeks en gevoelsmatig op een ander omdat iets in diens gedrag of situatie hem raakt.^{9,10} Terwijl huisartsen in het algemeen aarzelen patiënten te confronteren met hun eigen negatieve gevoelens, bleken in de beschreven gevallen vrijwel alle patiënten dergelijk gedrag juist te waarderen en verbeterde daardoor de relatie. De beschreven casus wettigen de veronderstelling dat het fenomeen ik-boodschap ook voorkomt in de huisartspraktijk, met belangrijke positieve consequenties.

Dankbetuiging

Met dank voor hun medewerking aan de huisartsen J.A.H. van Beusekom, E.S. Courant, R.J.P. Duyvendak, R.M. Elsas, F.H. Hoekstra, Dr. J.W.M. Jacobs, W.J. Jager, J.J.G. Kramer, D.E. Mulder, K. Schoen, J.L.J. Stam en J.G. van der Veen.

Literatuur

- 1 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Hofmans EA. De paradox van de patiëntgerichte benadering. *Huisarts Wet* 1992; 35: 281-6.
- 2 Henbest R, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation 2: does it really make a difference? *Fam Pract* 1990; 7: 28-33.
- 3 McWhinney R. Psychosocial problems. The benefit of a patient-centered approach. Symposium 'Doctors at work'. Utrecht: Nivel 1990.
- 4 Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-8.
- 5 Van Staveren G. Taakopvatting en werkwijze van huisartsen [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1984.

- 6 Knottnerus JA, De Vet HCW. Effectiviteitsonderzoek in de huispraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 50-3.
- 7 Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patient's

- satisfaction: a controlled study. *Br Med J* 1990; 968-70.
- 8 Inglefinger FJ. Arrogance. *N Engl J Med* 1980; 303: 1507-11.
- 9 Kempler W. Walter Kempler over expe-

- riëntiële gezinstherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
- 10 Bouwkamp S, Bouwkamp R, De Vries S. In een huis waar niet gesproken wordt. Batenburg: De Overdracht, 1987. ■

Cumulatief register op diskette

In opdracht van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG) heeft Meerschap Automatisering een elektronisch indexprogramma ontwikkeld, dat het voor iedere bezitter van een (IBM-compatible) PC mogelijk maakt binnen korte tijd de indexen van de verschillende jaargangen van het NTvG te doorzoeken op trefwoorden, rubrieken, auteurs en combinaties daarvan. Bovendien is het met dit elektronisch indexprogramma mogelijk om de geselecteerde gegevens en zoekresultaten uit te printen met nageoog iedere laser- of matrixprinter.

Naast de indexen van de jaargangen 1986-1991 van het NTvG zijn – via samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap – de indexen van de jaargangen 1972-1991 van *Huisarts en Wetenschap* (H&W) beschikbaar gekomen voor gebruik in het elektronisch indexprogramma. Voorts zullen ieder jaar tegen een geringe vergoeding de indexen

van zowel NTvG als H&W op diskette beschikbaar worden gesteld.

De eisen waaraan uw PC moet voldoen zijn:

- IBM PC/XT/AT of een daarmee volledig compatibele PC;
- 640 Kb intern geheugen (448 Kb vrij);
- MS-DOS 3.3 of hoger;
- harde schijf met minimaal 1.2 Mb beschikbaar (oplopend tot 8 Mb bij gebruik van alle indexen);
- een 3.5" of 5.25" diskettestation;
- monochrome, kleuren- of LCD-monitor.

Het elektronisch indexprogramma is op dit moment leverbaar met de volgende indexen:

- A elektronisch indexprogramma inclusief de index van de jaargangen 1986-1991 van het NTvG voor NLG 59,50.
- B elektronisch indexprogramma inclusief de index van de jaargangen 1972-1991 van H&W voor NLG 54,50.

C elektronisch indexprogramma inclusief de index van de jaargangen 1986-1991 van het NTvG en de index van de jaargangen 1972-1991 van H&W voor NLG 69,-.

U kunt het door u gewenste pakket bestellen door overmaking van het daarbij genoemde bedrag op bankrekeningnummer 38.35.19.829 (Rabo Bank, Amsterdam; giro van de bank 187.744) ten name van Meerschap Automatisering te Amsterdam (telefoon 020-6715336), onder vermelding van 'E-I-P' en de letter van het pakket (met toevoeging van een 3 voor 3.5" diskettes (720 Kb) of een 5 voor 5.25" diskettes (360 Kb); vermeld bij overschrijving via de bank tevens uw adres!

Na ontvangst van uw overschrijving wordt het elektronisch indexprogramma met gebruiksaanwijzing naar u toegezonden.