

Persoonsgerichte continuïteit

Een verkennende studie

A.H. BLANKENSTEIN
G. VAN STAVEREN
W. VAN HENBERGEN
H.E. VAN DER HORST

Blankenstein AH, Van Staveren G, Van Hensbergen W, Van der Horst HE. Persoonsgerichte continuïteit. Een verkennende studie. *Huisarts Wet* 1996; 39(5): 202-6.

Samenvatting In het 'patiëntbeeld' is de voor-geschiedenis van de arts met een patiënt samen-gevat. Het bestaat uit de *voorkennis* over deze patiënt en het *gevoel* dat deze in de loop der tijd bij de huisarts heeft opgeroepen. In een explo-lerend-verklarende studie doorliepen zeven huisartsen zes maal de empirische cyclus uit het model van ervaringsleren van Kolb. Bij elke cyclus werden de gevormde ideeën getoetst aan de praktijk door opdrachten te formuleren en uit te voeren bij 5-10 contacten. Twee gevoels-aspecten bleken relevant: gevoelens over de *relatie* met de patiënt en over de *persoon* van de patiënt. De gevoelscomponent kort vóór, bij het begin en kort na het consult, en 1-2 weken later bleek veranderingen te ondergaan. Wan-neer deelnemers meldten dat een patiënt een gevoel van spanning opriep, ondervonden zij op dat moment relatief weinig persoonsgerich-te gevoelens over die patiënt. In het patiënt-beeld is voorkennis over ziekten onderscheiden van voorkennis over de wijze waarop de patiënt met ziekten en problemen omgaat. Het laatste aspect is gebonden aan persoonsgerichte conti-nuïteit en is moeilijk overdraagbaar. Het 'pa-tiëntbeeld' heeft vrijwel altijd invloed op het beleid van de huisarts. Een continue relatie leidt vaker tot minder actie dan tot meer.

Vakgroep Huisarts- Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.
A.H. Blankenstein, huisarts;
Dr. G. van Staveren, socioloog;
Dr. W. van Hensbergen, huisarts;
H.E. van der Horst, huisarts.
Correspondentie: A.H. Blankenstein.

Inleiding

Gemengde gevoelens bekruipen de huis-arts als hij mevrouw B op het spreekuur-lijstje ziet staan. Met enige trots denkt hij terug aan het vorige consult, waarin hij haar suikerziekte ontdekte. Bij iemand die zo frequent komt als mevrouw B en per consult ook nog eens minstens vijf klach-ten presenteert (zucht!), mis je toch ge-makkelijk een diagnose. De huisarts kan niet eens precies aangeven wat hem op het spoor 'niet pluis' zette. Ja toch, misschien: zoals altijd bracht mevrouw B haar klach-ten met omstandige nadruk op de last die ze ervan heeft. Ze had erge rugpijn en hevige kriebels in de armen en ze sliep weer vreselijk slecht. Ach, en dan moest ze er wel vijf keer uit om te plassen. Dat laatste klonk bijna verontschuldigend, een toon die hij niet van haar kende. Was hij daarom gaan doorvragen? Ze bleek alleen al 's avonds twee tot drie liter te drinken. De direct bepaalde bloedglucose was 17,7 mmol/l.

Wel vervelend voor haar, dat juist zij diabetes heeft. Mevrouw B is een 55-jari-ge gescheiden vrouw, die de zorg heeft voor haar zwakbegaafde zoon. Altijd geld te kort, veel ruzie met haar broer, die haar helpt met de financiën, maar haar daarbij wel steeds het gevoel geeft dat ze dom is. Het zal een hele toer worden haar met haar diabetes te leren omgaan. Snoepen is een van haar weinige genoegens. Met de ad-viezen voor haar rugpijn heeft ze destijds niet veel gedaan. Hele kleine stapjes, één advies tegelijk, dat werkt bij haar nog het beste. En veel steun en medeleven. Hij moet haar maar regelmatig zien de komen-de tijd.

In bovenstaande casus gebruikt de huisarts op verschillende momenten het *beeld* dat hij van de patiënt heeft. 'Een toon die hij niet van haar kende' zet hem op het spoor 'niet pluis'. Mevrouw B heeft het moei-lijk: 'altijd geld te kort, ... ruzie met haar broer, ... steeds het gevoel dat ze dom is'. Medelijden bepaalt de beleidsoverwegin-gen van de huisarts: 'hele kleine stapjes, ... veel steun en medeleven'. Dit beeld, het 'patiëntbeeld', bevat voorkennis van de

huisarts (bijvoorbeeld: komt frequent, redt zich nauwelijks, praat klagerig, weinig compliant). Deze voorkennis hangt samen met het gevoel dat de patiënt bij de huisarts oproept: irritatie ('zucht'), medelijden ('vervelend voor haar'), zwaar ('het zal een hele toer worden'). In dit patiëntbeeld wordt het abstracte begrip persoonsge-richte continuïteit concreet: de huisarts heeft het patiëntbeeld in voorafgaande contacten opgebouwd (verleden) en ge-bruikt het (heden) voor beleid (toekomst).

Persoonsgerichte continuïteit omvat twee van de drie centrale opties van de huisartsgeneeskunde (persoonlijke, inte-grale, continue zorg), zoals genoemd in de LHV-functieomschrijving van de huisarts. Continuïteit is hierin als volgt omschre-ven: 'De zorgverlening is continu in die mate, dat zij niet geschiedt per geïsoleerde hulpvraag, maar in beginsel vroegere ge-beurtenissen en de verdere levensloop van de patiënt in aanmerking neemt'.¹ Uit het aansluiten bij de levensloop van de patiënt blijkt dat continuïteit hier persoonsgericht wordt opgevat. De huisarts richt zijn hulp-verlening op een specifieke patiënt met diens persoonlijke voorgeschiedenis en toekomst.

In een recent rapport van de Koninklij-ke Akademie van Wetenschappen wordt gesteld dat er twee grondbeginselen zijn voor de huisartsgeneeskunde: algemene toegankelijkheid en continuïteit.² Binnen het begrip continuïteit wordt onderscheid gemaakt naar 'feitelijk' en 'persoonlijk'. Een voorbeeld van een onderzoek naar het feitelijke aspect is de studie van *IJzermans & Oskam*.³ Onze studie gaat over het per-sonlijke aspect. Persoonsgerichte conti-nuïteit zoals hier bedoeld, is op te vatten als een kenmerk van de hulpverlening en dan als volgt te omschrijven: hulpverle-ning gericht op de persoon van de patiënt en gegeven door de dokter als persoon, waarin vroegere gebeurtenissen uit de le-vensloop van de patiënt, gemeenschappe-lijke ervaringen van patiënt en dokter, en eigen gevoelens en indrukken van de dok-ter verdisconteerd zijn.

Continuïteit is al eerder in onderzoek aan de orde gekomen. Vaak wordt in die onderzoeken de term 'voorkennis' ge-

bruikt: de kennis die de huisarts heeft over de patiënt, voordat het consult begint. *Meijman* heeft een samenvatting gegeven van onderzoeken naar de elementen waaruit die voorkennis bestaat, en de wijze waarop voorkennis het handelen van de huisarts beïnvloedt.⁴ Eerder gingen *Grol et al.* in op wat men onder continuïteit moet verstaan. Zij onderscheidden drie niveaus waarop in de huisartsgeneeskunde naar continuïteit kan worden gekeken:

- klachten en ziekten;
- hulpverleningsproces;
- praktijkpopulatie.⁵

Het persoonsgerichte element wordt op het tweede niveau zichtbaar maar blijft beperkt tot de uitwerking die is gegeven in PREVARA-SETH.⁶ Dit instrument, ontwikkeld om het huisartsgeneeskundig handelen te toetsen, bevat een uitwerking van het persoonsgericht handelen van de huisarts, maar niet in het licht van continuïteit in de zorg. Soortgelijke uitwerkingen van het persoonsgerichte element zijn te vinden in andere instrumenten die ontwikkeld zijn om de wijze van consultvoering door de huisarts te toetsen,⁷⁻⁹ maar een expliciete uitwerking van het continuïteitselement in de consultvoering komt men ook daarin niet tegen.

Uit de literatuur – zie vooral de samenvatting door *Meijman*⁴ – blijkt het volgende:

- huisartsen werken met een beeld dat zij zich in de loop van een reeks consulten van de patiënt hebben gevormd;
- welke informatie in dat beeld wordt verwerkt en hoe dat beeld wordt gebruikt, varieert per huisarts;
- een algemeen geaccepteerde standaard of richtlijn waarmee het gebruik van persoonsgerichte continuïteit kan wordt vastgelegd of getoetst, ontbreekt.

Het gaat hier kortom om een hulpverleningskenmerk van de huisarts, dat kennelijk belangrijk wordt geacht en ook veelvuldig wordt gebruikt, terwijl de wijze waarop dat in de praktijk gebeurt, wordt overgelaten aan de overwegingen van de individuele huisarts. Bovendien is bekend dat er ook foutief gebruik van wordt gemaakt: verstarring van het patiëntbeeld leidt tot vooroordelen ten opzichte van de

patiënt, met als gevolg een verstoorde communicatie en verkeerde diagnostiek.

Met ons onderzoek beogen wij regels te formuleren over de wijze waarop het patiëntbeeld kan worden gevormd en gebruikt. Daarvoor is het nodig na te gaan, uit welke bestanddelen huisartsen hun patiëntbeeld hebben opgebouwd, en vervolgens hoe zij de verschillende bestanddelen gebruiken voor hun handelen.

Methoden

Het ontwikkelen van een instrument dat aansluit op de praktijk, kan het best gebeuren in directe wisselwerking met die praktijk. Een methode die daarvoor goed bruikbaar lijkt, is het model van ervaringsleren, zoals beschreven door *Kolb*.¹² In dit model worden vier fasen onderscheiden:

- 1 Concrete ervaring: men stelt zich open voor concrete persoonlijke ervaringen in een bepaalde situatie.
- 2 Observatie en reflectie: men staat stil bij en observeert eigen ervaringen, en verzamelt gegevens over de feitelijke situatie, gevoelens en de betekenis van de ervaring.
- 3 Conceptualisering: men brengt eigen gedachten en conclusies in verband met reeds ontwikkelde kennis.
- 4 Experimenteren: men past nieuwe regels en gedragvormen toe en komt zo tot nieuwe concrete ervaringen. Daarmee is de cirkel rond: fase 4 fungeert als fase 1 in een nieuwe cyclus.

Inherent aan het werken met deze korte empirische cycli is dat de resultaten van elke cyclus het uitgangspunt vormen voor de inhoud en methode van een volgende cyclus.

Voor het onderzoek werd een projectgroep gevormd, bestaande uit zeven praktiserende huisartsen met de volgende kenmerken:

<i>Geslacht</i>	
man	3
vrouw	4
<i>Werktijdfactor</i>	
<0,3	1
0,3 – 0,7	4
>0,7	2

Aantal jaren in huidige praktijk

<5	2
5 – 10	3
>10	2

Zij kregen methodische ondersteuning van een socioloog, en twee wetenschappelijke stagiaires geneeskunde werkten mee aan de analyse. Bij de samenstelling van de projectgroep is overwogen dat bij de hantering van persoonsgerichte continuïteit van belang is of een huisarts part-time of full-time werkt, man of vrouw is, en hoe lang hij al in dezelfde praktijk werkt. Alleen mensen van wie we belangstelling voor het onderwerp verwachtten, werden benaderd.

Bij het project werd uitgegaan van reeds eerder ontwikkelde richtlijnen voor het hanteren van persoonsgerichte continuïteit. Deze komen in het kort neer op het volgende:

- Zoek naar een patroon in de klachten en ziekten en de wijze waarop de patiënt daar in het verleden mee is omgegaan. Betrek daarbij alle episodien die je met een patiënt hebt meegemaakt.
- Signaleer discrepanties tussen het beeld dat een patiënt nu oproept, en het beeld dat je verwacht op grond van eerdere contacten.
- Wees je bewust van de normen en idealen, waarop je hulpverlening berust. Zet ze om in realistische hulpverleningsdoelen, die zijn afgestemd op het beeld dat je van de patiënt hebt gevormd.
- Probeer discrepanties tussen de hulpverleningsdoelen van jezelf en van de patiënt te verkleinen.^{10 11}

Deze richtlijnen werden voorgelegd aan de deelnemende huisartsen, die zodoende begonnen met fase 3 (conceptualisering) van de cyclus van Kolb. De deelnemers formuleerden vervolgens opdrachten die zij daarna zelf in de praktijk moesten uitvoeren bij 5-10 patiënten (fase 4: experimenteren); voor elke opdracht werden zelf ontwikkelde registratieformulieren gebruikt. Tenslotte werden de resultaten geanalyseerd en becommentarieerd (fase 2: observatie en reflectie).

Elke cyclus leidde tot een nieuwe versie

van het concept patiëntbeeld, tot een nieuwe opdracht en een nieuw experiment. De groep kwam zeven keer bijeen. Zodoende werd de cyclus van Kolb zes keer doorlopen.

In dit verslag beschrijven we de gehanteerde methoden en de resultaten per cyclus. De resultaten zijn grotendeels op consultniveau geanalyseerd; het gaat ons niet om verschillen tussen huisartsen maar om wat er met huisartsen gebeurt in een contact met een bekende patiënt.

Resultaten

1 In de eerste cyclus kwamen de bestaande richtlijnen voor persoonsgerichte continuïteit aan de orde. Hierin ontbreekt omgaan met het gevoel als component van het patiëntbeeld. Zoals al in de casus naar voren kwam, beïnvloedt echter juist deze component het handelen van de huisarts. De projectgroep besloot daarom de aandacht allereerst hierop te richten en met name na te gaan in hoeverre de gevoelscomponent van het patiëntbeeld over een langere periode stabiel blijft. Pas als in het patiëntbeeld niet alleen het weten maar ook het voelen duidelijk is uitgekristalliseerd, is het de moeite waard de invloed van het patiëntbeeld op het beleid te onderzoeken.

Uit de opdracht van cyclus 1 blijkt dat bij alle zeven huisartsen in vrijwel alle (65 van de 66) consulten met bekende patiënten gevoelens naar boven kwamen, die waren ontwikkeld in voorafgaande contacten. Daarbinnen zijn drie soorten gevoelens te onderscheiden:

- Bij de *relatiegerichte gevoelens* ging het om gevoelens van sympathie of antipathie ten opzichte van de patiënt, uitgedrukt in termen als aardig, lief, aantrekkelijk, vervelend, zeurderig, etc. Ook gevoelens van spanning bij de huisarts of hij de aangeboden problematiek wel aankon, speelden een rol; soms werd deze spanning als iets positiefs ervaren – de huisarts voelde zich uitgedaagd –, maar vaker benoemde men deze spanning in negatieve zin: machteloosheid, angst dat men de gestelde doelen niet zou kunnen bereiken.

- Bij de *persoonsgerichte gevoelens* ging het om gevoelens als optimisme of pessimisme waarmee men de ontwikkeling in de gezondheid of gezondheidsbevorderende factoren van de patiënt bekeek. Hiertoe behoorden gevoelens van bezorgdheid of verrassing, soms ook blijheid over een positieve ontwikkeling.
- Een derde categorie bestond uit *niet specifiek door deze patiënt opgeroepen gevoelens*, bijvoorbeeld tijdsdruk, moeheid, honger, opzien tegen de werkdag. Deze categorie staat los van persoonsgerichte continuïteit en wordt verder buiten beschouwing gelaten, hoewel ze uiteraard wel invloed heeft op de relatiegerichte en persoonsgerichte gevoelens en op het handelen van de huisarts.

2 Op basis van het concept persoonsgerichte continuïteit in de hulpverlening is te verwachten dat een contact tussen huisarts en patiënt iets aan het patiëntbeeld verandert. In twee opdrachten hebben we onderzocht in hoeverre dit geldt voor de gevoelscomponent.

Tijdens de eerste opdracht noteerden de deelnemers bij 5-10 patiënten hun gevoel vlak vóór het consult en op het moment waarop de patiënt net een minuut binnen was. Daartoe liep de huisarts met een smoes even weg uit de spreekkamer, zodat hij zijn gevoel direct kon noteren. De resultaten geven de indruk, dat er veel gebeurt bij de huisarts door het even zien van de patiënt:

- Spanningsgevoelens voorafgaand aan een consult traden op bij alle huisartsen; dat gebeurde in totaal bij de helft van de casus. Bij enkele huisartsen stonden negatieve gevoelens op de voorgrond: machteloosheid, opzien tegen het consult. Vaak was het even zien van de patiënt al voldoende om deze gevoelens om te buigen tot een positievere uitdaging.
- Andere relatiegerichte gevoelens, samen te vatten als sympathie en/of antipathie, werden bij ruim een derde van de casus genoemd. Sympathie werd meer genoemd dan antipathie. Sympathie werd door het even zien van de patiënt vaak sterker of concreter.

- Vóór het consult noemden de huisartsen bij een derde van de casus persoonsgerichte gevoelens. Veel gevoelens waren vóór het consult nog niet te duiden als positief (positief is bijvoorbeeld vertrouwen in een herstel van de patiënt) of negatief (bijvoorbeeld bezorgdheid), maar na het even zien van de patiënt was dat wél het geval.

3 Bij de tweede opdracht legden de huisartsen opnieuw bij 5-10 patiënten het gevoel vast dat de patiënt opriep op drie tijdstippen: vlak vóór het consult, direct ná het consult en één tot twee weken later, los van enig consult. Dit geeft een indruk van het effect van de ontmoeting met de patiënt op langere termijn:

- Als we gevoelens van sympathie/antipathie direct voor het consult vergelijken met de gevoelens direct na het consult, zien we dat zich bij een derde van de casus een verandering voordeed. Nieuw ontstaan, verdwijnen en inhoudelijk veranderen kwamen ongeveer even vaak voor. Na één à twee weken waren vooral nieuwe nuances ontstaan.
- Direct na het consult werden veel nieuwe persoonsgerichte gevoelens genoemd. Deze bleken na één of twee weken grotendeels nog te bestaan.
- Gevoelens van sympathie/antipathie en persoonsgerichte gevoelens kwamen het meest naar boven op een moment waarop de patiënt de dokter *niet* met een hulpvraag confronteerde. Spanning/ontspanningsgevoel werden juist rond het consult genoemd en veel minder één tot twee weken later. Kennelijk houdt een dokter op het moment waarop hij bezig is met 'de klus' zich minder bezig met 'de patiënt'.

4 Om alle twijfels over de indeling van de gevoelens weg te halen, werd een nieuwe ronde ingelast. Alle deelnemers kregen de opdracht bij vijf patiëntencontacten hun gevoelens te noteren volgens het bij de tweede cyclus gebruikte schema (dus niet de gevoelens na een week). Iedereen zond volgens een tevoren opgesteld plan zijn vijf schema's naar een andere deelnemer. Die deelnemer moest dan nog eens de

gevoelens die hij in de toegezonden schema's zou ontdekken, benoemen en categoriseren. Met name werd de vraag gesteld om nieuwe categorieën te vinden. De daarop volgende discussie werd gewijd aan deze benoeming en categorisering van gevoelens. Het resultaat was, dat de eenmaal gekozen categorieën gehandhaafd konden blijven voor het vervolg van het project.

5 In de eerste vier cycli werden de gevoelens als bestanddeel van het patiëntbeeld geëxploreerd. Dit beeld bevat echter ook een cognitieve component. Om na te gaan wat de invloed is van persoonsgerichte continuïteit op het beleid van de dokter, is deze component verder uitgediept. Hierbij werd het volgende onderscheid gemaakt:

- voorkennis over de ziekten die de patiënt heeft doorgemaakt (en nog doormaakt);
- voorkennis over hoe de patiënt met zijn ziekten, problemen en gezondheid omgaat.

De eerste categorie is niet strikt aan continuïteit gebonden: ze wordt (als het goed is) geregistreerd op de patiëntenkaart. De invloed op het beleid is gemakkelijk vast te stellen. Een simpel voorbeeld: je geeft geen amoxicilline aan een patiënt van wie je weet dat deze vijf jaar geleden een allergische reactie op dit middel heeft gehad. De tweede categorie is wél strikt aan persoonsgerichte continuïteit gebonden. Overdracht vindt niet vaak plaats. Indien dat wel gebeurt, zal de nieuwe huisarts moeten toetsen of de overgedragen kennis ook van toepassing is in zijn relatie met de patiënt.

6 Op basis van het voorafgaande verdelen wij het patiëntbeeld dat de huisarts over een patiënt heeft opgebouwd in:

- relatiegericht gevoel;
- persoonsgericht gevoel;
- voorkennis over ziekten;
- voorkennis over omgang met ziekten en problemen.

De term beleid is in dit project breed opgevat. Gekeken is naar beleidsinhoud (therapiekeus, uitleg), beleidsprocedure (vervolgafspraken, uitstellen, faseren) en therapiedoelen.

De deelnemers noteerden ieder in ongeveer vijf contacten (met andere patiënten dan in de voorgaande cycli), welke elementen van het patiëntbeeld zij hadden gebruikt bij het bepalen van hun beleid. Daaruit bleek het volgende:

- In vrijwel alle contacten werden elementen van persoonsgerichte continuïteit gebruikt; soms speelden diverse elementen in één consult een rol. De meeste voorbeelden waren strikt continuïteitsgebonden, een enkele maal betrof het voorkennis die eventueel ook binnen één consult te verkrijgen zou zijn geweest.
- Voorkennis over ziekten, voorkennis over het omgaan met ziekte en gevoelens hadden alledrie even vaak invloed op het beleid.
- Voorkennis over ziekte beïnvloedde vooral de therapiekeuze en de uitleg die aan de patiënt gegeven werd. Voorkennis over omgang met ziekte had eveneens invloed op therapiekeuze en uitleg, maar bovendien op het soort vervolgspraak. Van de gevoelens hadden de persoonsgerichte bij alle huisartsen het vaakst invloed op het beleid.
- Soms lieten de huisartsen bewust iets achterwege wat normaal wel tot hun routine behoorde (bijvoorbeeld bij een dikke diabetespatiënt geen advies om af te vallen, omdat de huisarts wist dat de patiënt op dat moment wel iets anders aan zijn hoofd had). Dit 'weglaten' van beleidselementen was steeds gebaseerd op voorkennis, met name voorkennis over omgang en over de patiënt als persoon. Een veel gemaakte opmerking was 'ik zie bij deze patiënt een vastgeroest patroon, zonder opening tot verandering'. Het beleid bleef in deze gevallen beperkt tot strikt medisch-somatische elementen.
- Soms ook stelde de huisarts bewust een deel van het voorgenomen beleid uit tot een volgend consult; meestal werden elementen van het patiëntbeeld als redenen genoemd.
- De deelnemende artsen hanteerden bij 32 casus een breed complex van therapiedoelen, gericht op verandering van de volgende aspecten:

- ziekte of klacht	23x
- 'omgang met ziekte of klacht'	18x
- patiënt persoonlijk	13x
- leefsituatie	13x

Beschouwing

Ons project heeft duidelijk gemaakt dat de huisarts werkt met een patiëntbeeld, dat bestaat uit vier onderdelen:

- gevoel, dat gericht is op de huisarts zelf in relatie met de patiënt;
- gevoel over de patiënt als persoon;
- voorkennis over ziekten; deze voorkennis is niet strikt gebonden aan persoonsgerichte continuïteit;
- voorkennis over hoe de patiënt omgaat met ziekte en problemen; deze voorkennis is wél strikt gebonden aan persoonsgerichte continuïteit.

Persoonsgerichte continuïteit had bij alle deelnemers in bijna alle contacten met bekende patiënten invloed op het beleid. Dit resultaat is in overeenstemming met de uitkomsten van een Noors onderzoek. *Hjordahl* vond in een onderzoek bij 133 huisartsen (3918 consulten) dat voorkennis een rol speelde bij driekwart van de consulten met bekende patiënten. De invloed hiervan op het beleid was groter dan op de diagnostiek.¹³

In deze verkennende studie leidde een continue relatie met de patiënt vaker tot het faseren van de hulpverlening en het achterwege laten van handelingen dan tot extra actie.

Het Amsterdams continuïteitsproject geeft aanwijzingen voor de wijze waarop huisartsen zich kunnen scholen in het professioneel gebruiken van het beeld dat zij van hun patiënten vormen. Een eerste stap is dat de huisarts zich bewust wordt van de manier waarop hij met zijn patiëntbeeld omgaat: 'welke elementen gebruik ik voor welk aspect van beleid?'. Daarop sluit de vraag aan: 'ben ik tevreden met deze werkwijze of wil ik leren professioneler gebruik te maken van het instrument 'patiëntbeeld'?'. Het in zich op laten komen van een patiëntbeeld kan de huisarts het gemakkelijkst trainen los van een consult, bijvoorbeeld een week erna. Het oproepen

van voorkennis en de daarbij behorende gevoelens aan het begin van een consult is moeilijker en vormt een volgende stap. Aangezien een dokter zich kennelijk moeilijk tegelijkertijd met de klus en met de patiënt kan bezighouden, is het waarschijnlijk nuttig te leren spanningsgevoelens te scheiden van gevoel over de patiënt.

Literatuur

- 1 Commissie Takenpakket LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983: 10.
- 2 Anoniem. Rapport van de Subcommissie Gezondheids(zorg) wetenschappen. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1991.
- 3 IJzermans CJJM, Oskam SK. Clustering, continuïteit en comorbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- 4 Meijman FJ. Voorkennis: werkzaam middel of placebo? [Redactioneel commentaar]. *Huisarts Wet* 1988; 31: 250-1.
- 5 Grol R, Smits A, Fransen H, et al. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 275-9.
- 6 Grol R, Mookink H, Tielens V. PREVARA-SETH: scoringslijst voor evaluatie en onderlinge toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen. Deel 1: algemene aspecten van consultvoering. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1988.
- 7 Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht History-taking and Advice Checklist [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
- 8 Pieters HM. De Utrechtse Consult Evaluatie Methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen-in-opleiding getoetst [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- 9 Foolen CHGM, Tan LHC. Project Evaluatie Consultvoering: Eindrapport. Rapport SV-IOH 17, mei 1991.
- 10 Van Staveren G, De Haan M, Slort W. Het gezondheidsbeeld: een bruikbaar basisinstrument voor de huisarts? *Huisarts Wet* 1985; 28: 338.
- 11 Van Staveren G, Blankenstein AH. Continuïteit in de zorg van de huisarts. In: Kriegsmann D, red. Continuïteit, een leidraad voor de huisarts(geneeskunde). Bijdragen aan het symposium van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde van de Vrije Universiteit dd 3 november 1989 ter gelegenheid van de oratie van prof.dr. J.Th.M van Eijk.
- 12 Kolb DA. Experiential learning. Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.
- 13 Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 290-4. ■

Abstract

Blankenstein AH, Van Staveren G, Van Hensbergen W, Van der Horst HE. Patient-centered use of continuity. *Huisarts Wet* 1996; 39(5): 202-6.

Patient-centered continuity involves the development and use of a patient image in the successive contacts of a general practitioner with a patient. In the patient image the common history of doctor and patient is condensed. In

this study two questions were examined:

- Which components can be recognized in the patient image?
- How do general practitioners use these components in their patient management?

In an exploring study seven general practitioners applying Kolb's model of experimental learning passed six empirical cycles. In each cycle a hypothesis was developed and tested in practice: the participating doctors executed an instruction in five to ten contacts. Two major components could be recognized: the cognitive component, and the feeling component. Within the latter two categories appeared to be relevant: feelings about the relation with the patient and feelings about the patient as a person. We compared these feelings on four moments: immediately before a consultation, as soon as the patient had entered the consultation room, immediately after the consultation and one to two weeks after the consultation. We found that general practitioners reported more tension evoked by the patient if contact with the patient was near. If they reported such a feeling, they mentioned relatively few feelings about this patient as a person, at that moment. In the cognitive component a distinction could be made between the easily transferable knowledge of the patients disease or illness history, and knowledge about the patients way of coping with health problems which cannot easily be transferred to another doctor. The patient image almost always influenced patient management in general practice. A continuing relationship leads up to less action rather than more.

Key words Continuity of patient care; Family practice.

Correspondence Ms A.H. Blankenstein MD, Department of General Practice, Free University, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.