

Geruststellen in de huisartspraktijk

Video-opnamen van spreekuren

PC BÜGEL, B MEYBOOM-DE JONG, MH ROORDINK, NJAM VAN DE VEN, KH GROENIER

Inleiding

De meeste mensen gaan met hun klachten niet naar de dokter. Uit dagboekonderzoeken blijkt dat slechts 5-10 procent van alle ervaren klachten aanleiding geeft tot doktersbezoek.^{1,2} De ernst van de klachten speelt daarbij een ondergeschikte rol; het is vooral de betekenis die mensen aan hun klachten toekennen die hen motiveert de arts te raadplegen.²⁻⁵ De belangrijkste beweegredenen om de huisarts te bezoeken lijkt ongerustheid te zijn. Volgens sommige auteurs is ongerustheid de belangrijkste eerstelijnsziekte. We noemen dit de ongerustheidshypothese.⁶⁻⁸

Om deze ongerustheid te herkennen moet een arts beschikken over adequate communicatievaardigheden. In het consultvoeringsonderwijs op de huisartseninstituten wordt voorondersteld dat explicitering van de ongerustheid nodig is om adequaat te kunnen geruststellen. Hiertoe dient een techniek die *vraagverheldering* wordt genoemd. Verbaal volgen, parafraseren, open vragen en reflectie zouden voor dat doel geëigend zijn en zouden kunnen leiden tot een goede intake.

Wanneer de patiënt ongerust is en de arts overtuigd van de onschuld van de klacht, dan dienen de gedachten achter de ongerustheid te worden achterhaald. Overigens is gebleken dat deze verheldering van de hulpvraag niet altijd noodzakelijk is voor een voor de patiënt bevredigend consult.⁹

Factoren in de arts-patiëntcommunicatie blijken in verband te staan met door patiënten waargenomen verbeteringen van hun klachten.¹⁰⁻¹⁵ Als verklaring wordt gegeven dat de betekenis van de klacht bepalend is voor de mate waarin iemand deze kan verdragen. Het veranderen van de betekenis voor de patiënt van een klacht door de arts wordt door sommige auteurs gezien als de basis van het placebo-effect.^{16,17} De volgende doktersgedragingen bleken samen te hangen met een sneller door de patiënt ervaren genezing: het uitspreken van een positieve verwachting over het beloop van de aandoening, een voorspelling geven van de duur van de klachten en het uitspreken van een diagno-

Samenvatting

Bügel PC, Meyboom-de Jong B, Roordink MH, Van de Ven NJAM, Groenier KH. Geruststellen in de huisartspraktijk. Video-opnamen van spreekuren. Huisarts Wet 2000;43(13):559-62.

Doel Nagaan in hoeverre gesprekstechnieken, vraagverheldering en effectief geruststellingsgedrag worden toegepast door ervaren huisartsen en in welke mate deze technieken instemming van de patiënt ontmoeten.

Methode Video-opnamen van 96 spreekuurconsulten van acht huisartsen, gescoord door twee observatoren.

Resultaten *Gesprekstechniek*: bij 53% van de consulten werd doorgevraagd, een samenvatting werd bij 25% gegeven, stiltes werden gebruikt bij 25%, gevoelsreflecties bij 22%, open vragen bij 20% en verbaal volgen bij 13%. *Vraagverheldering*: naar de reden van de komst werd bij 74% van de consulten gevraagd, naar andere redenen bij 16%, naar verwachtingen en zorgen bij 16%, naar de vraag van de patiënt bij 15% en naar de beleving van de klachten bij 10%. *Geruststelling*: bij 59% van de consulten werd een diagnose gegeven, verwachting van een positief beloop bij 32% en een voorspelling van de duur bij 22% van de consulten. De verschillen tussen de huisartsen waren gering bij de vraagverheldering en de gesprekstechnieken. Grotere verschillen waren er bij het geruststellen (range van 21-51%) en de instemming van de patiënt (range van 42-89%). Tussen instemming van de patiënt en een voorspelling door de arts van een positief beloop werd een significante correlatie gevonden.

drs. P.C. Bügel, psycholoog; prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde, M.H. Roordink, destijds student geneeskunde; N.J.A.M. van de Ven, destijds huisarts in opleiding, drs. K.H. Groenier psycholoog/epidemioloog.
Correspondentie: drs. P.C. Bügel, H. van Cappenbergweg 42, 9977 RW Kloosterburen; e-mail: p.c.bugel@med.rug.nl

se. We noemen dit in dit onderzoek *effectief geruststellingsgedrag*.¹⁸

Wij onderzochten video-opnamen van huisartsen in hun eigen praktijk en stelden de volgende vragen:

- In hoeverre worden gesprekstechnieken toegepast door middellang tot lang (8-20 jaar) gevestigde huisartsen?
- Hoe vaak wordt de vraag van de patiënt expliciet verhelderd?
- In welke mate wordt gebruik gemaakt van effectief geruststellingsgedrag?
- Zijn er in deze opzichten verschillen tussen de huisartsen?
- In welke mate is sprake van instemmingsgedrag van de patiënt als respons op deze gedragingen?
- Zijn er verbanden tussen enerzijds effectief geruststellingsgedrag en anderzijds de toepassing van gesprekstechnieken, vraagverheldering en instemmingsgedrag van de patiënt?

Methode

Het gebruik van videoconsulten is niet nieuw.^{19,20} Patiënten accepteren de methode goed.²¹ Bovendien is de procedure valide en betrouwbaar.²²

De video-opnamen die wij onderzochten, waren afkomstig uit een corpus dat in 1993 is opgenomen door Joosten ten behoeve van zijn onderzoek.²³ Het betrof opnamen van spreekuren van acht ervaren huisartsen onder wie zes huisartsopleiders – evenveel mannen als vrouwen, en allen werkzaam in het Noorden van Nederland (1 in solopraktijk, 2 in duopraktijk, 5 in verschillende groepspraktijken). Het totale corpus bestaat uit 279 opgenomen consulten. Bij alle huisartsen waren complete spreekuren opgenomen. De aangeboden klachten kwamen overeen met de top-tien die *Van de Lisdonk* noemt in zijn dissertatie:

- spierpijn;
- hoofdpijn;
- verkoudheid;
- buikpijn;
- menstruatiepijn;
- vermoeidheid;

- kleine ongevallen;
- nerveus-functionele klachten;
- dermatitis, eczeem;
- braken en/of diarree.²

De huisartsen gaven toestemming voor het beoogde hergebruik.

Van alle huisartsen werden de eerste twaalf consulten op de band beoordeeld. Zeer korte contacten, zoals eenvoudige controles of het uitsluitend uitschrijven van een recept, werden niet beoordeeld. Ook vervolggconsulten zonder intake werden uitgesloten. De consulten werden beoordeeld door een student geneeskunde in de fase vlak voor de co-schappen en een huisarts-in-opleiding in de slotfase van zijn studie. Het voordeel van deze twee beoordelaars was dat zij hun training in communicatie met patiënten net achter de rug hadden. Beiden kregen tevoren een training in het scoren van de gebruikte categorieën (*kader*). Aandacht werd besteed aan het verschil tussen observeren en interpreteren en het eenduidig invullen van de scoringslijst. Ook een bekend observatorvalkuil als het *halo*-effect kwam aan de orde; hiermee wordt de neiging bedoeld artsen die men goed of sympathiek vindt over de hele linie een hogere score toe te kennen en vice versa.

Analyse

De verwerking van de gegevens vond plaats met behulp van het computerprogramma SIMSTAT.²⁴ Voor alle items werd het overeenstemmingspercentage tussen beide observatoren berekend met behulp van een kruistabel. Om te corrigeren voor toevallige overeenstemming werd Cohen's kappa berekend.

Per item werd bepaald in welk percentage van de consulten de betreffende vaardigheid of gedraging was toegepast.

Om de verschillen tussen de huisartsen te bepalen werd met de one-way Anova op alle items nagegaan of de gemiddelde scores van de huisartsen significant van elkaar verschilden.

Voorts is nagegaan of er een significant verband was tussen enerzijds geruststellingsgedrag en anderzijds gesprekstechniek, vraagverheldering en instemmingsgedrag. Ook werden de items van het ef-

fectief geruststellingsgedrag afzonderlijk geanalyseerd. Voor elk van deze items werd met de t-test bepaald of er een significant verband bestond met gesprekstechniek, vraagverheldering en instemmingsgedrag.

Resultaten

Beide beoordelaars scoorden dezelfde 96 consulten. Hun onderlinge overeenstemming was als volgt:

- items gesprekstechniek 89% (kappa 0,68)
- items vraagverheldering 91% (kappa 0,67)
- items effectief geruststellingsgedrag 92% (kappa 0,82)
- items instemmingsgedrag 86% (kappa 0,68)
- totaal van de items 90% (kappa 0,71)

Een waarde tussen de 0,61 en 0,80 wordt geïnterpreteerd als substantiële overeenstemming.²⁵ Aangezien de overeenstemming tussen beide observatoren voldoende

de bleek, was het gerechtvaardigd hun beoordelingen te middelen.

Tabel 1 geeft een overzicht van de percentages consulten waarin de observatoren het desbetreffende consultgedrag waarnamen.

Uit tabel 2 blijkt dat de huisartsen niet significant van elkaar verschilden in het toepassen van gesprekstechnieken, vraagverhelderingstechnieken en geruststellingsgedrag. Wel was er een significant verschil in de mate waarin zij instemming teweegbrachten bij de patiënt (one-way Anova). Hierbij liepen de percentages van de consulten waarbij instemming werd bereikt uiteen van 42 tot 89 procent.

Uit de correlatie-analyse blijkt dat er geen significant verband bestond tussen enerzijds geruststellingsgedrag en anderzijds het toepassen van gesprekstechnieken ($r=0,018$), vraagverhelderingstechnieken ($r=0,175$) en instemmingsgedrag van de patiënt ($r=0,160$). Wordt echter het

Gesprekstechniek

(de vorm van het contact)

Verbaal volgen: de arts herhaalt de kernwoorden uit de boodschap van de patiënt.

- Open vragen: vragen die met een voegwoord beginnen: hoe, wat, waarom bv. Deze kunnen niet met ja of nee beantwoord worden.
- Stiltes: gesprekspauzes die door de patiënt worden afgebroken.
- Doorvragen: vragen binnen het referentiekader van de patiënt.
- Samenvatten/parafrases: de arts zegt in eigen woorden wat hij van het voorafgaande begrepen heeft.
- Gevoelsreflecties: alle reacties van de arts waarmee deze laat blijken gewaar te zijn van de emoties van de patiënt.

Vraagverheldering

(de inhoud van de vragen)

- Klachtbeleving: vragen naar ernst van de klacht.
- Reden van komst: de arts informeert naar het motief voor het contact.
- Andere redenen: de arts informeert naar eventuele meerdere motieven.
- Verwachtingen/angsten: de arts vraagt naar de gedachten en gevoelens van de patiënt over de klachten.

- Vraag van de patiënt: de arts differentieert tussen diverse vragen zoals bv. hulp-, doel- of alibivraag.

Effectief geruststellen

(de inhoud van de beweringen)

- Benoemen van de aandoening: Uitspreken van een diagnose.
- Positieve verwachting: duidelijk maken dat de aandoening vanzelf zal genezen.
- Voorspellen duur: verwachting van de genezingstermijn.

Instemming van de patiënt

(vorm en inhoud van de reactie van de patiënt)

- Verbale instemming: patiënt gebruikt het woord 'ja', zonder dat dit gevolgd wordt door 'maar'.
- Non-verbale instemming: knikken, lichamelijke toenadering.
- Ontspanning: lichaamshouding aannemen waarvoor minder spierspanning nodig is.
- Verminderde hand- en voetbewegingen: meer rust.
- Non-verbaal gedrag is betrouwbaarder maat dan verbale verklaringen. Bij de laatste speelt sociale wenselijkheid een belangrijke verstoringende rol.

geruststellingsgedrag bekeken per afzonderlijk item, dan blijkt dat het verband tussen enerzijds het geven van een positieve verwachting over het beloop en anderzijds de instemming van de patiënt wel degelijk significant is: $p=0,004$ (tabel 3). Opvallend hierbij is dat het benoemen van de aandoening en het voorspellen van de duur van de klachten minder belangrijk lijkt te zijn dan het geven van een positieve verwachting over het beloop. Een positieve verwachting werd bij 32 procent van de consulten waargenomen.

Beschouwing

Veel patiënten willen klaarblijkelijk van hun arts horen dat hun klachten geen

kwaad kunnen. Een uitgesproken verwachting over een gunstig beloop kan rekenen op zowel verbale als non-verbale instemming.

Tot zover zijn de resultaten in overeenstemming met de ongerustheidshypothese, maar zij roepen ook vragen op. Waarom heeft de voorspelling van duur en het noemen van een diagnose zo weinig effect op instemming van de patiënt? Hoe is het mogelijk dat vraagverheldering, sinds 1974 een belangrijk onderdeel in de huisartsopleiding, zo weinig wordt toegepast? Waarom worden gesprekstechnische vaardigheden als gevoelsreflectie, open vragen en verbaal volgen door deze dokters zo weinig gebruikt in de spreekkamer?

Onderzoek naar de toepassing van con-

sultvaardigheden en geruststellingsgedrag bij ervaren huisartsen staat nog in de kinderschoenen. Een recent onderzoek, waarbij ook videoconsulten beoordeeld werden, liet een vergelijkbaar beeld zien.²⁶ Ook hier bleken vraagverheldering en reflectie van gevoel in het merendeel van de consulten afwezig.

Dit onderzoek is het eerste waarin ook non-verbale responsen van patiënten werden gescoord. Het non-verbale gedrag van de artsen werd niet geobserveerd. Dit blijkt een omissie. Bekend is dat communicatie van emotie grotendeels via gelaats-expressie verloopt.²⁷ Wanneer huisartsen zich zekerder voelen over hun pluis/niet-pluis-discriminatie dan over de diagnose of het te verwachten beloop, dan communiceren ze dit non-verbaal. Dat zou kunnen verklaren dat patiënten vooral instemming betuigen met opmerkingen over een positief beloop.

Patiënten en artsen, therapeuten en cliënten, beïnvloeden elkaar voortdurend wanneer ze met elkaar in gesprek zijn. Er is sprake van een proces van wederzijdse bekrachtiging. Ook artsen laten zich beïnvloeden door al of niet instemmende reacties van hun patiënten.²⁸

Wanneer bepaalde consultvoerings-technieken, ondanks 25 jaar intensief onderwijs aan huisartsen, nog steeds weinig ingeburgerd lijken, is het niet ondenkbaar dat de reactie van patiënten daarop van invloed is. Deze technieken zijn middelen om duidelijk te krijgen waar de patiënt zich precies zorgen over maakt. Wanneer deze schroomt daar over te spreken, doven deze vaardigheden bij de huisarts uit. Voor instemming van de patiënt blijken ze ook niet nodig.

Is het dan van belang ze te onderwijzen c.q. te gebruiken?

Recent onderzoek bij hypochonders suggereert van wel.²⁹ Oppervlakkige geruststelling zonder exploratie van onderliggende vragen en angsten werkt bij deze patiënten slechts tijdelijk. Patiënten komen snel weer terug met andere klachten. Zachte heelmeeesters maken ook hier stinkende wonden.

Tabel 1 Consultgedrag en het percentage consulten waarin dit gedrag werd waargenomen

<i>Geruststellingsgedrag</i>	38	<i>Vraagverheldering</i>	26
Aandoening benoemen	59	Reden van komst	75
Positief beloop	32	Andere redenen	17
Voorspelling duur	22	Verwachtingen	16
		Vraag van patiënt	15
<i>Gesprekstechniek</i>	27	Klachtbeleving	10
Doorvragen	53		
Samenvatten	25	<i>Instemming patiënt</i>	65
Stiltes	25	Verbale instemming	67
Gevoelsreflecties geven	22	Non-verbaal instemmingsgedrag	64
Open vragen stellen	20	Ontspanning	64
Verbaal volgen	13		

Tabel 2 Gemiddelde consulttechniek per huisarts. Percentage toegepaste techniek

Huisarts →	1	2	3	4	5	6	7	8	Vershil
Geruststellingsgedrag	21	23	41	44	32	40	42	51	$p=0,259$
Gesprekstechnieken	26	33	21	38	26	17	25	25	$p=0,233$
Vraagverheldering	36	36	25	38	32	21	20	28	$p=0,396$
Patiënt-instemming	42	58	81	87	77	58	62	89	$p=0,014$

Tabel 3 Verband tussen items geruststellingsgedrag en consult gedrag.

Consultgedrag	Items geruststellingsgedrag benoemen	beloop	duur
Gesprekstechniek	$R= 0,090$	$R= 0,008$	$R= 0,114$
Vraagverheldering	$R=-0,072$	$R=-0,038$	$R=-0,154$
Instemming patiënt	$R= 0,041$	$R= 0,262$	$R=-0,037$

Literatuur

- 1 Huygen FJA, Van den Hoogen H, Neefs WJ. Gezondheid en ziekten, een onderzoek in gezinnen. Ned Tijdschr Geneesk 1983;127:1612-9.
- 2 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 3 Bergsma J, Flohr PJM. Rapport vakgroep psychologie en psychotherapie. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1982.
- 4 Van de Kar-Huisman AGA. Determinants of consulting the general practitioner [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- 5 Cassee ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.
- 6 De Jongh TOH. Werken met patiënten; ervaringen met een patiëntenraad. Huisarts Wet 1980; 23:383-6.
- 7 De Jongh TOH. Verwijzingen; verwachtingen en effecten. Med Contact 1986;41:511-5.
- 8 De Jongh TOH. Ongerstheid, een eerstelijns-ziekte. Med Contact 1987;43:828-30.
- 9 Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1991.
- 10 Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? BMJ 1987; 294:1200-2.
- 11 Thomas KB. The placebo in general practice. Lancet 1994;344:1066-7.
- 12 Finkler K, Correa M. Factors influencing patient perceived recovery in Mexico. Soc Sci Med 1999;42:199-207.
- 13 Peppiatt R. Eliciting patient's views of the cause of their problem: a practical strategy for GP's. Fam Pract 1992;9:295-8.
- 14 Bass M, Buck C, Turner, JL, et al. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J Fam Pract 1986;23:43-7.
- 15 Sprecher P, Thomas E, Huebner L, et al. Effects of increased physician-patient communication on patient anxiety. Professional Psychology: Research and Practice 1983;14:251-5.
- 16 White L, Tursky B, Schwartz GE. Proposed synthesis of placebo models. In: White L, Tursky B, Schwartz GE, editors. Placebo, theory, research and mechanisms. London, Guilford Press, 1985: 431-49.
- 17 Hanhn R, Kleinman A. Belief as pathogen, belief as medicine. Med Anthr Quart 1983;14(4):3: 16-9.
- 18 Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for common factors in therapy: Quantitative findings. In: Hubble MA, Duncan BL, Miller DS, editors. The heart and soul of change. Washington: American Psychological Association, 1999.
- 19 Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.
- 20 Pieters HM. De Utrechtse Consult Evaluatie Methode [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.

Wat is bekend?

- Voor toetsing van arts-patiënt-communicatie is observatie van consulten in de praktijk onontbeerlijk.

Wat is nieuw?

- Ervaren huisartsen maken in de praktijk weinig gebruik van gesprekstechniek en vraag-verheldering.
- Ervaren huisartsen maken vooral gebruik van effectief geruststellingsgedrag.
- Bij veel spreekuurcontacten reageren patiënten vooral instemmend op de mededeling dat de klachten 'geen kwaad kunnen'.

- 21 Campbell LM, Sullivan F, Murray TS. Videotaping of general practice consultations: effects on patient satisfaction. BMJ 1995;387:311-36.
- 22 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in de eigen praktijk. Huisarts Wet 1999;42:439-45.
- 23 Joosten A. Psychosociale verklaringen voor klachten in huisarts-patiëntgesprekken. Een gesprekstechnische analyse [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.
- 24 Pekadeau N. Simulation and statistics for IBM personal computers and compatibles. Montreal: Provalis Research, 1991.
- 25 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-74.
- 26 Ram P, Grol R, Rethans JJ, Van der Vleuten C. Videotoetsing van consulten van huisartsen in de eigen praktijk. Huisarts Wet 1999;42:439-45.
- 27 Ekman P. Emotion in the human face. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- 28 Rosenthal R, Rubin DB. Interpersonal expectancy effects: the first 345 studies. Behavioral and Brain Sciences, 1978;3:377-415.
- 29 Visser S. Hypochondriasis. Assessment and treatment [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2000.

Abstract

Bügel PC, Meyboom-de Jong B, Roordink MH, Ven vd NJAM, Groenier KH.

Reassuring the patient in general practice. Real life video consultations. Huisarts Wet 2000;43(13):559-62.

Objectives We examined the extent to which the general practitioner uses counselling skills, explores the reason for the patient's visit and effectively reassures the patient, and to what extent these tactics meet with the patient's consent.

Method Two independent observers scored 96 videotaped real life surgeries of eight general practitioners, using six items on consultation skills, five items on clarifying reason for encounter, three items on reassurance and four items on patient consent.

Results

Consultation skills: in 53% of the consultations the GPs explored further, in 25% they gave a summary, in 25% periods of silence were used, in 22% emotion was expressed, in 20% open-ended questions were put and 13% of the consultations showed verbal tracking.

Exploration: in 74% of the consultations the patient was asked the reason for the visit, in 16% further reasons were asked for and in 16% expectations and worries were discussed. Patients' questions and emotions underlying the complaint were discussed in 15% and 10% of the consultations respectively.

Reassurance: a diagnosis was given in 59% of the consultations, expectation of a positive course in 32% and prediction of duration in 22%.

General practitioners differed little concerning exploration and consultation skills. More pronounced differences were found in reassurance (range 21-51%) and consent of patient (range 42-89%). The relationship between consent of patient and doctor's prediction of positive course was significant.

Conclusion Experienced general practitioners hardly apply consultation skills nor do they seek to clarify the reason for visit but they do give effective reassurance. Patients most favour predictions of a positive course of their condition.

Correspondence P.C. Bügel, MA, H. van Cappenbergweg 42, NL-9977 RW Kloosterburen; e-mail p.c.bugel@med.rug.nl