

Literatuur

- 1 Lamberts H. In het huis van de huisarts: verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditext, 1990.
- 2 Jones RH, Lydeard S, Hobbs FDR, Kenkre JE, Williams EI, Jones SJ, et al. Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 1990;31:401-5.
- 3 Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Raesaenen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:519-23.
- 4 Numans ME, De Wit NJ, Geerdes RHM, Muris JWM, Starmans R, Postema PhJ, et al. NHG-Standaard Maagklachten. *Huisarts Wet* 1996;39:565-77.
- 5 Talley NJ, Holmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:582-95.
- 6 Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada J-R, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):II37-II42.
- 7 Axon ATR, Bell GD, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995;330:853-6.
- 8 Froehlich F, Burnand B, Pache I, Convers JJ. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care. *Gastroint End* 1997;45:13-9.
- 9 Ottolander GJH. Gastroscopie-onderzoek in de eerste lijn; een kosten-baten analyse. *Med Cont* 1994;49:297-300.
- 10 De Wit NJ, Quatero AO, Numans ME. Determinants of successful patient recruitment in primary care research. *Fam Pract* 2001 (*in press*).
- 11 Numans ME, Van der Graaf Y, De Wit N, Touw-Otten FWMM, De Melker RA. How much ulcer is ulcer-like? Diagnostic determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract* 1994;11:382-8.
- 12 Ofman JJ, Etchason J, Fullerton S, Kahn KL, Soll AH. Dyspepsia algorithms and the value of endoscopy. *Gastroenterology* 1997;113:1801-6.
- 13 Hungin APS, Thomas PR, Bramble MG, Corbett WA, Idle N, Contractor BR, et al. What happens to patients following open access gastroscopy? An outcome study from general practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:519-21.
- 14 Jones R. What happens to patients with non-ulcer dyspepsia after endoscopy? *Practitioner* 1988;232:75-8.
- 15 Gezondheidsraad. Maagklachten. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr 2000/26, 2000.
- 16 Lewin-van den Broek NTh, Numans ME, Buskens E, De Wit NJ, Verheij ThJM, Smout AJPM. Treatment of dyspeptic patients in primary care: early endoscopy or empirical therapy? [Dissertatie] Utrecht: Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC, 2000:65-78.
- 17 De Wit NJ, Quatero AO, Numans ME. Helicobacter pylori treatment instead of maintenance therapy for peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1317-22.
- 18 Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, Sonnenberg A, Holtmann G. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;114:582-95.
- 19 Danesh J, Pounder RE. Eradication of Helicobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. *Lancet* 2000;355:766-7.
- 20 Van der Weerd NC, Cats A, Thijs JC, Festen HPM, Meuwissen SGM, Kuipers EJ. Dalende prevalentie van Helicobacter pylori: consequenties voor de behandeling van gastroduodenale ulcera. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:1385-8.

Tussen paternalisme en consumentisme Het dilemma van de huisarts

Hans Peter Jung,
Michel Wensing,
Richard Grol

Inleiding

De rol van patiënt en huisarts is in de loop van de vorige eeuw sterk veranderd. Aan het begin van de vorige eeuw was de inbreng van de patiënt eigenlijk beperkt tot het geven van informatie tijdens het afnemen van de anamnese en het lichamelijke onderzoek. De vraag 'Doet het pijn als ik hier druk?' was relevant omdat deze aanvullende informatie gaf over de onderzochte pathologische afwijking in het lichaam. De inbreng van de patiënt was noodzakelijk om de goede diagnose te kunnen stellen.¹ De rol van de patiënt bestond er uit bij klachten deskundige hulp te zoeken, de noodzakelijke informatie te verstrekken, en zich te houden aan behandelingsvoorschriften.² De rol van de huisarts hierbij was een paternalistische.

Sinds de laatste decennia van de vorige eeuw is er een belangrijke verschuiving opgetreden in de rol van huisarts en patiënt. De geneeskundige zorg werd patiëntgericht.³ De vraag aan de patiënt 'Wat denkt u zelf dat er aan de hand is' werd relevant omdat daarmee duidelijk kon worden wat het denkkader van de

patiënt zelf was. Van de huisarts wordt nu verwacht dat hij de ideeën van de patiënt over de klacht en de wensen van de patiënt met betrekking tot behandeling respecteert. Hij moet daarvoor zijn medische bevindingen op een voor de patiënt begrijpelijke manier bespreken. Hij moet de voor- en nadelen van behandelingsopties met de patiënt op een rijtje zetten en zich ervan overtuigen dat de voorkeuren van de patiënt gebaseerd zijn op feiten en niet op een te optimistische kijk op de mogelijkheden van de geneeskunde.⁴

Er waren belangrijke redenen voor deze verschuiving. Allereerst, redenerend vanuit het ethische principe van het recht op zelfbeschikking, groeide het besef dat het uiteindelijk de patiënt zelf is die uit zou moeten maken wat goed en slecht voor hem is. Daarnaast werd duidelijk dat een meer patiëntgerichte benadering zou kunnen leiden tot een betere therapietrouw, minder verwijzingen naar de tweede lijn, minder aanvragen van laboratoriumonderzoek en een grotere tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg.⁵ De patiënt zelf is daarbij (post aut propter)

steeds mondiger geworden en veeleisender en stelt zich steeds meer op als consument. De verwachtingen van de medische technologie worden haast onbegrensd geacht en gevoed door een enorme toename aan makkelijk beschikbare, vaak tegenstrijdige en weinig evidence-based informatie.

En de huisarts? Deze lijkt te worstelen met alle veranderingen. Patiënten hebben een duidelijke voorkeur voor een patiëntgerichte benadering⁶ en deze benadering wordt dan ook breed uitgedragen in de opleiding. Uit onderzoeken blijkt echter dat het in de dagelijkse praktijk maar weinig voorkomt dat informatie consequent wordt uitgewisseld en behandelingsopties gezamenlijk worden besproken. Dit geldt ook voor het gezamenlijk opzet-

Samenvatting

Jung HP, Wensing M, Grol R. Tussen paternalisme en consumentisme. Het dilemma van de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44(13):594-600.

Dit artikel beschrijft en vergelijkt de ideeën van huisartsen en patiënten over de huisartsenzorg in Nederland. Door middel van vragenlijsten werd patiënten en huisartsen gevraagd welke van 40 aspecten van huisartsgeneeskundige zorg ze belangrijk vonden en hoe ze oordeelden over 23 van die aspecten. Er bleek grote overeenkomst te bestaan tussen de verwachtingen en oordelen van huisartsen en patiënten. Opvallend is dat het voor patiënten net zo belangrijk was als voor huisartsen dat het nut van medicijnen, adviezen, medisch onderzoek en verwijzingen kritisch beoordeeld wordt. Huisartsen onderschrijven net als patiënten het belang van patiëntgericht werken. Daarnaast waren er ook verschillen. Patiënten legden meer nadruk op het belang van de beschikbaarheid van de huisarts en de intensiteit van de informatievoorziening en huisartsen beaccentueerden meer het belang van de organisatie van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn daarnaast kritischer dan patiënten over de door hen geleverde zorg, met name wat de intensiteit van de informatievoorziening en de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie betreft. Huisartsen denken bovendien dat patiënten nog kritischer zijn dan zichzelf.

De grote overeenkomst tussen de ideeën van huisartsen en patiënten maakt dat het vertrouwen gerechtvaardigd is dat huisarts en patiënten min of meer dezelfde opvattingen hebben over verlening van adequate, effectieve, efficiënte, maar ook patiëntgerichte zorg. Dialooggerichte huisartsenzorg slaat een brug tussen het paternalisme van de huisarts en het consumentisme van de patiënt waardoor er een evenwicht gevonden kan worden tussen evidence-based huisartsgeneeskundig werken en de wensen en verwachtingen van de patiënt.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Universitair Medisch Centrum St. Radboud; dr. H.P. Jung, huisarts; dr. M. Wensing, medisch-socioloog; prof.dr. R. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg
Correspondentie: dr. H.P. Jung, e-mail: hpjung@nlzorg.net

ten van een behandelingstraject en het vragen of een uitleg begrepen is.⁷⁻⁹ Sommigen vrezen een motivationele crisis bij huisartsen die zowel tegemoet willen komen aan de wensen en behoeften van patiënten, maar ook zuinig en evidence-based moeten werken.¹⁰ De tevredenheid van huisartsen over hun eigen werk blijkt te dalen.¹¹ Begrijpen huisarts en patiënt elkaar nog wel? Leven ze nog steeds in dezelfde wereld? Dit artikel beschrijft en vergelijkt de ideeën van huisartsen en patiënten over de huisartsenzorg in Nederland. Centrale vragen waren:

- ▶ Wat vinden huisartsen en patiënten belangrijk met betrekking tot de huisartsenzorg?
- ▶ Hoe oordelen huisartsen en patiënten over de huisartsenzorg?
- ▶ Waar verschillen de ideeën van huisartsen en patiënten en waar komen ze overeen?

Methodie

Meetinstrumenten

Van 1994 tot 1999 werkte de European Task Force on Patients' Evaluations of General Practice (Europep) met ondersteuning van de Europese Gemeenschap (Biomed II) aan de ontwikkeling van een Europees gestandaardiseerd en gevalideerd instrument om de oordelen van patiënten over de huisartsenzorg in kaart te brengen. In dit project werd door middel van een literatuuronderzoek allereerst in kaart gebracht wat de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van de huisartsenzorg waren.¹² Aan de hand van de uitkomsten hiervan werd een vragenlijst ontwikkeld waarmee gemeten werd welke van 40 aspecten van huisartsgeneeskundige zorg (de Europep-prioriteitenvragenlijst) patiënten in Nederland¹³ en zes andere Europese landen¹⁴ belangrijk vonden. Deze gegevens werden gebruikt om een vragenlijst te ontwikkelen waarmee gemeten kon worden hoe patiënten ten aanzien van deze aspecten oordelen over de huisartsenzorg in Europa. Na enkele kwalitatieve en kwantitatieve studies^{15,16} werd een definitieve vragenlijst gemaakt van 23 vragen (de Europep-oordelenvragenlijst) naar het oordeel over verschillende aspecten van de huisartsenzorg: medische zorg, informatie en ondersteuning, beschikbaarheid en bereikbaarheid, arts-patiëntrelatie en organisatie.¹⁷ Deze vragenlijst werd voorgelegd aan patiënten uit tien landen.¹⁸ Om de ideeën van patiënten en huisartsen te vergelijken werden de verwachtingen¹⁹ en de oordelen²⁰ van patiënten en huisartsen met elkaar vergeleken.

Selectie patiënten en huisartsen

Een random steekproef (n=400) van de huisartsen in Nederland werd schriftelijk benaderd met het verzoek de Europep-prioriteitenvragenlijst in te vullen. Een tweede, random steekproef van huisartsen (n=500) werd benaderd met de vraag de Europep-oordelenvragenlijst in te vullen. De steekproeven werden genomen uit de registratie van huisartsen van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL). Een *convenience-sample* van twaalf huisartsen (werkend in drie groepspraktijken, drie duopraktijken en zes solopraktijken) reikte geza-

De kern

- ▶ Er zijn grote overeenkomsten tussen de verwachtingen en oordelen van huisartsen en patiënten.
- ▶ Huisartsen zijn kritischer dan patiënten over de door hen geleverde zorg.
- ▶ Huisartsen en patiënten kunnen er samen uitkomen als het gaat om het verlenen van adequate, effectieve, efficiënte en patiëntgerichte zorg.
- ▶ Essentieel daarbij is dat huisarts en patiënt in een dialoog een evenwicht zoeken tussen evidence-based huisartsgeneeskundig werken en de wensen en verwachtingen van de patiënt.

menlijk 831 Europep-prioriteitenvragenlijsten uit aan achtereenvolgende, het spreekuur bezoekende patiënten. Huisartsen die de Europep-oordelenvragenlijsten invulden, konden aangeven of ze bereid waren de Europep-oordelenvragenlijst ook uit te reiken aan achtereenvolgende, het spreekuur bezoekende patiënten. Uit de ruim 150 huisartsen die daartoe bereid waren, werden 45 huisartsen uit 45 praktijken geselecteerd. Bij de werving van huisartsen werd rekening gehouden met een goede spreiding over stad en platteland, solo-, duo- en groepspraktijk en geslacht van de huisarts. De huisartsen reikten in totaal 2025 Europep-oordelenvragenlijsten uit aan hun patiënten.

Europep-prioriteitenvragenlijst

Patiënten uit de steekproef van 831 en huisartsen uit de steekproef van 400 konden van de 40 aspecten van huisartsgeneeskundige zorg aangeven hoe belangrijk zij die aspecten vonden met behulp van een vijfpunts Likertschaal verdeeld van 1 ('helemaal niet belangrijk') tot 5 ('uiterst belangrijk'). Tevens werd aan de huisartsen gevraagd aan te geven welke van de 40 aspecten volgens hen door patiënten belangrijk gevonden werden. In dit artikel wordt hiervan de rangorde van de aspecten gerapporteerd (van 1 tot 40) gebaseerd op het percentage patiënten of huisartsen dat een aspect 'zeer belangrijk' of 'uiterst belangrijk' vond (4 of 5 op de Likertschaal). De rangorde van de belangrijkheid van de 40 aspecten van de patiënten en huisartsen werd vergeleken met een Spearman rangordecorrelatie.

Europep-oordelenvragenlijst

Om de oordelen van patiënten en huisartsen te vergelijken werd de Europep-vragenlijst met 23 aspecten van huisartsgeneeskundige zorg voorgelegd aan de steekproef van 2250 patiënten en aan de steekproef van 500 huisartsen. Zij konden hun oordeel geven over de 23 aspecten door middel van een vijfpunts Likertschaal met als uitersten 1 'slecht' en 5 'uitstekend'. Huisartsen konden daarnaast aangeven hoe ze dachten dat patiënten zouden oordelen. Ook hier werd de rangorde van de oordelen over de 23 aspecten van patiënten en huisartsen vergeleken door middel van een Spearman rangordecorrelatie gebaseerd op het percentage patiënten of huisartsen dat een aspect met een 4 of een 5 ('uitstekend') beoordeelde.

Resultaten

Wat vinden huisartsen en patiënten belangrijk met betrekking tot de huisartsenzorg?

Van de 831 patiënten stuurden 455 hun vragenlijst terug (respons van 55%). Van de 400 huisartsen stuurden 263 hun vragenlijst terug (respons 67%).

Bijna alle 40 aspecten waren belangrijk voor patiënten en huisartsen (gemiddelde score >3,0 op de Likertschaal). De Spearman's rangordecorrelatiecoëfficiënt met betrekking tot de belangrijkheid van de 40 aspecten van patiënten en huisartsen was hoog (>0,70; $p < 0,001$). Dit betekent dat er grote overeenkomsten zijn tussen wat patiënten en huisartsen belangrijk vonden en tussen wat patiënten belangrijk vonden en wat huisartsen dachten dat patiënten belangrijk vonden. In *tabel 1* staat het belang van 17 van de 40 aspecten voor patiënten en huisartsen weergegeven. In de top 3 van zowel patiënten als huisartsen staat dat 'de huisarts bij spoed snel hulp moet verlenen' en dat 'de geheimhouding van informatie gegarandeerd moet zijn'. Opvallend is dat het voor patiënten net zo belangrijk was als voor huisartsen dat de huisarts het nut van medicijnen, adviezen, medisch onderzoek en verwijzingen kritisch beoordeelt. Toch waren er ook verschillen. Patiënten legden meer nadruk op de beschikbaarheid van de huisarts (op korte termijn afspraak met huisarts mogelijk; bij elk bezoek dezelfde huisarts; bereikbaarheid huisarts per telefoon) en de kwaliteit van de informatievoorziening (voldoende tijd om uit te leggen; alles vertellen wat ik wil weten; onderzoek en behandeling in detail uitleggen). Huisartsen daarentegen legden meer nadruk op de organisatie van de huisartsenzorg (samenwerking tussen huisartsen en medewerkers; coördinatie van zorg en schriftelijke informatie over praktijk).

De inschatting van de huisartsen over wat patiënten belangrijk vinden, was niet altijd accuraat. Het ging dan met name over het kritisch benaderen van het nut van extra zorg. Huisartsen dachten dat dit voor patiënten veel minder belangrijk zou zijn: bij de inschatting van huisartsen kwamen het kritisch beoordelen van 'het nut van medicijnen en adviezen', 'het nut van medisch onderzoek' en 'alleen verwijzen als daar goede redenen voor zijn' in rangorde op plaats 21, 35 en 30 (niet in tabel). Bij patiënten was dit respectievelijk plaats 8, 13 en 12.

Hoe oordelen huisartsen en patiënten over de huisartsenzorg?

Van de 2025 patiënten stuurden 1772 hun vragenlijst terug (respons van 88%). Van de 500 huisartsen stuurden 315 huisartsen hun vragenlijst terug (respons van 63%).

In *tabel 2* staan de oordelen van patiënten en huisartsen over de 23 aspecten van huisartsenzorg. In het algemeen waren huisartsen kritischer over de verleende zorg dan patiënten. Bovendien onderschatten huisartsen hoe positief patiënten over de zorg oordeelden. Desalniettemin leken de rangorden van de 23 oordelen van huisartsen en patiënten sterk op elkaar (Spearman's rangordecorrelatiecoëfficiënt >0,75; $p < 0,001$). De vijf aspecten die het hoogst scoorden – dus met de beste beoor-

Tabel 1 Belang van aspecten van huisartsgeneeskundige zorg voor patiënten en huisartsen (rangorde)

| | Patiënten* (n=455)† | Huisartsen* (n=263)† |
|---|------------------------|-------------------------|
| <i>Aspecten net zo belangrijk voor huisartsen als patiënten</i> | | |
| - Bij spoedgevallen snel hulp verlenen. | 93 (1) | 84 (1) |
| - Geheimhouding van informatie garanderen. | 85 (3) | 82 (2) |
| - Huisarts moet nut medicijnen en adviezen kritisch beoordelen. | 78 (8) | 72 (6) |
| - Huisarts moet het gemakkelijk maken om hem of haar mijn problemen te vertellen. | 75 (9) | 64 (10) |
| - Huisarts moet nut van medisch onderzoek kritisch beoordelen. | 67 (13) | 67 (7) |
| - Huisarts moet alleen verwijzen als daar goede redenen voor zijn. | 67 (12) | 65 (8) |
| <i>Aspecten belangrijker voor patiënten‡</i> | | |
| - Huisarts moet voldoende tijd hebben om te luisteren, te praten en uit te leggen. | 90 (2) | 65 (9) |
| - Mogelijk op korte termijn afspraak met huisarts te maken. | 83 (4) | 55 (17) |
| - Huisarts moet mij alles vertellen wat ik wil weten over mijn aandoening. | 81 (5) | 40 (23) |
| - Het moet mogelijk zijn bij elk bezoek dezelfde huisarts te zien. | 64 (17) | 24 (33) |
| - Doel onderzoek en behandeling in detail uitleggen. | 60 (19) | 35 (25) |
| - Het moet gemakkelijk zijn om een huisarts per telefoon te spreken. | 50 (22) | 22 (34) |
| <i>Aspecten belangrijker voor huisartsen‡</i> | | |
| - Een huisarts moet begrijpen wat ik van hem of haar wil. | 67 (13) | 80 (3) |
| - Goede samenwerking tussen huisarts en zijn of haar medewerkers. | 54 (28) | 76 (4) |
| - Huisarts moet persoonlijke belangstelling voor mij en mijn leefsituatie hebben. | 41 (30) | 57 (15) |
| - Huisarts moet de verschillende soorten zorg die patiënt krijgt, coördineren. | 38 (32) | 52 (18) |
| - Huisarts moet mij schriftelijke informatie geven over spreekuren, telefoonnummer van praktijk, etc. | 15 (40) | 43 (21) |

* percentage patiënten en huisartsen dat 'zeer' of 'uiterst belangrijk' antwoordde

† rangorde van alle 40 aspecten (17 van de 40 aspecten in tabel opgenomen)

‡ significant verschil tussen patiënten en huisartsen ($p < 0,00125$; chi-kwadraattoets)

deling – waren zowel voor patiënten en huisartsen: 'geheimhouding van informatie garanderen'; 'naar patiënt luisteren'; 'voldoende tijd tijdens consult'; 'snel hulpverlening bij spoedsituaties' en 'medewerkers (anderen dan arts) behulpzaam' (zie tabel 2). Van de vijf aspecten die bij patiënten het laagst scoorden – dus met de slechtste beoordeling – schatten huisartsen van vier ook in dat patiënten die het slechtst zouden beoordelen: 'snel verlichten van klachten van patiënt', 'voorbereiden op wat patiënt van specialist of ziekenhuis kan verwachten', 'mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen' en 'telefonische bereikbaarheid van praktijk'.

Er waren echter ook verschillen. De grootste verschillen in rangorde van evaluatie van patiënten en huisartsen werden gevonden voor de aspecten 'mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen' en 'de wachttijd in de wachtkamer' die bij patiënten respectievelijk negen en acht plaatsen lager in rangorde kwamen. Daarnaast was de rangorde van de inschattingen van huisartsen over het oordeel van patiënten van de aspecten 'voldoende tijd tijdens het consult' en 'ervoor zorgen dat patiënt makkelijk over problemen kan vertellen' acht en negen plaatsen

lager dan bij patiënten en die van 'patiënt betrekken bij beslissingen over medische behandeling' zeven plaatsen hoger dan bij patiënten. Samenvattend lijken huisartsen kritischer dan patiënten en denken huisartsen dat patiënten nog kritischer zijn dan huisartsen zelf, met name wanneer het gaat om de kwaliteit van de informatievoorziening en van de arts-patiëntrelatie. Patiënten zijn echter juist over de kwaliteit van de informatievoorziening en van de arts-patiëntrelatie tevreden.

Beschouwing

Huisartsen en patiënten blijken gelukkig niet in twee verschillende werelden te leven: de verwachtingen en oordelen komen in grote lijnen overeen. Zij hebben zoveel gemeenschappelijke ideeën dat het vertrouwen gerechtvaardigd is dat huisarts en patiënt het wel eens kunnen worden over wat belangrijk is bij het verlenen van adequate effectieve efficiënte, maar ook patiëntgerichte zorg. Patiënten zijn geen onverzadigbare consumenten, zoals huisartsen misschien geneigd zijn te denken, maar blijken het kritisch beoordelen van het nut van medicijnen, adviezen en verwijzingen wel degelijk belangrijk te vinden. Ook

Tabel 2 Oordelen van patiënten en huisartsen over 23 aspecten van huisartsenzorg (rangorde)

| | Evaluatie patiënten* (n=1772)† | Evaluatie huisartsen* (n=315)† | Inschatting patiënten door huisartsen* (n=315)† |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|
| geheimhouding van informatie garanderen | 94,6 (1) | 88,9 (2) | 85,8 (1) |
| naar patiënt luisteren | 88,5 (2) | 78,1 (4) | 60,3 (7) |
| voldoende tijd tijdens het consult | 87,8 (3) | 74,0 (5) | 52,5 (12) |
| snel hulpverleners bij spoedsituaties | 85,2 (4) | 93,9 (1) | 80,6 (2) |
| medewerkers (anderen dan arts) behulpzaam | 83,8 (5) | 79,2 (3) | 64,4 (4) |
| uitleg geven over bedoeling onderzoeken en behandelingen | 83,3 (6) | 66,6 (11) | 53,0 (11) |
| vertellen wat patiënt wil weten over klacht | 82,7 (7) | 67,2 (10) | 50,3 (13) |
| ervoor zorgen dat patiënt makkelijk over problemen kan vertellen | 82,5 (8) | 63,8 (13) | 46,8 (16) |
| lichamelijk onderzoek doen bij patiënt | 82,4 (9) | 73,9 (6) | 65,8 (3) |
| belangstelling tonen voor persoonlijke situatie patiënt | 82,0 (10) | 70,8 (8) | 56,5 (8) |
| een zorgvuldige en degelijke aanpak | 81,2 (11) | 68,4 (9) | 61,2 (6) |
| patiënt betrekken bij beslissingen over medische behandeling | 81,0 (12) | 72,7 (7) | 61,3 (5) |
| patiënt uitleggen waarom het belangrijk is advies op te volgen | 79,7 (13) | 47,9 (21) | 36,5 (18) |
| helpen dat patiënt zich goed genoeg voelt voor dagelijkse bezigheden | 78,7 (14) | 53,8 (19) | 37,9 (17) |
| afspraak op een moment dat het patiënt schikt | 78,1 (15) | 60,8 (14) | 34,4 (20) |
| huisarts weet wat hij/zij gedaan heeft tijdens voorgaande bezoeken | 76,2 (16) | 52,7 (20) | 54,4 (10) |
| aanbieden hulp bij voorkomen ziekten (bijv. bevolkingsonderzoek, inentingen) | 76,1 (17) | 59,2 (16) | 54,9 (9) |
| hulp bij omgaan met emotionele problemen | 75,5 (18) | 57,6 (17) | 47,3 (15) |
| snel verlichten van klachten van patiënt | 74,8 (19) | 41,4 (22) | 24,8 (23) |
| voorbereiden op wat patiënt van specialist of ziekenhuis kan verwachten | 74,7 (20) | 40,4 (23) | 31,2 (21) |
| mogelijkheid om huisarts aan de telefoon te krijgen | 71,9 (21) | 65,3 (12) | 34,7 (19) |
| de telefonische bereikbaarheid van de praktijk | 71,3 (22) | 55,1 (18) | 28,3 (22) |
| de wachttijd in de wachtkamer | 61,2 (23) | 60,5 (15) | 48,6 (14) |

* percentage patiënten en huisartsen dat over een aspect positief oordeelde ('4' of '5' op een vijfpunts Likertschaal)

† rangorde van alle 23 aspecten

andere onderzoeken bevestigen dit beeld.²¹ Tegelijkertijd onderschrijven huisartsen het belang van patiëntgericht werken: 'De huisarts moet begrijpen wat een patiënt van hem of haar wil' is voor huisartsen niet voor niets een van de belangrijkste aspecten van de huisartsenzorg.

Toch waren er ook verschillen. Patiënten legden meer nadruk op het belang van de beschikbaarheid van de huisarts en de kwaliteit van de informatievoorziening en huisartsen beaccentueerden meer het belang van de organisatie van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn kritischer dan patiënten over de door hen geleverde zorg, met name wat de kwaliteit van de informatievoorziening en van de arts-patiëntrelatie betreft. Huisartsen denken bovendien dat patiënten nog kritischer zijn dan zijzelf.

Dialooggerichte huisartsenzorg

De veranderingen in de rollen van patiënt en arts in de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat het geen discussiepunt meer is dat de mening van de patiënt een rol zou moeten spelen bij het nemen van medische beslissingen.²² Om een brug te kunnen slaan tussen het al eerder genoemde paternalisme van de huis-

arts en het consumentisme van de patiënt is het daarbij essentieel dat er een evenwicht gevonden wordt tussen evidence-based huisartsgeneeskundig werken en de wensen en verwachtingen van de patiënt.²³ De huisarts probeert hierbij minder paternalistisch te zijn dan voorheen door rekening te houden met de wensen en verwachtingen van de patiënt; de patiënt probeert hierbij minder 'consumentistisch' te zijn door open te staan voor de medische kennis die de huisarts aanreikt. De communicatie tussen patiënt en huisarts die nodig is voor het evenwicht tussen evidence-based huisartsgeneeskundig werken aan de ene kant en de wensen en verwachtingen van de patiënt aan de andere kant leidt tot een 'dialooggerichte huisartsenzorg'²⁴ door anderen wel het 'huisarts-patiënt poldermodel' genoemd.²⁵ Het dilemma van de huisartsgeneeskunde is nu dat aan de voorwaarden voor een dialooggerichte zorg onvoldoende lijkt te worden voldaan. In de dagelijkse praktijk blijkt maar weinig voor te komen dat informatie consequent wordt uitgewisseld, behandelingsopties gezamenlijk besproken worden, een behandelingstraject gezamenlijk wordt opgezet en gevraagd wordt of een uitleg begrepen is.⁷⁻⁹

Daar lijken een aantal redenen voor te zijn. Gafni en collega's beschrijven hoe moeilijk dialooggerichte zorg te implementeren is.²⁶ Evidence-based medische informatie is voor huisartsen vaak niet beschikbaar, niet eenduidig of moeilijk eenvoudig of onbevooroordeeld uit te leggen. De invloed van de media op de wensen en verwachtingen van patiënten maakt dat huisartsen daarbij soms achter de feiten aan lijken te lopen. Tegelijkertijd hebben patiënten soms geen duidelijke wensen of moeite om deze te formuleren of prefereren soms een meer paternalistische rol van de huisarts. Ze willen bijvoorbeeld wel informatie krijgen, maar niet meebeslissen, of willen geen grote verantwoordelijkheden omdat die hen onzeker of angstig maken. De consultvaardigheden van de huisarts zijn dan enorm belangrijk. De huisarts moet openstaan voor de patiënt, maar tegelijkertijd gestructureerd kunnen werken.

De factor tijd

Patiënten hebben soms onrealistische verwachtingen over wat onderzoek en behandeling zouden kunnen opleveren. Dagelijks vragen zij om onderzoeken en medicijnen waarvan de huisarts weet dat die niets op zullen leveren.²⁷ Dat betekent dat patiënten uitleg nodig hebben over waarom onderzoek en medicijnen soms geen nut hebben en soms zelfs schadelijk zijn. RCT's laten zien dat uitleg kan leiden tot andere verwachtingen en wensen.^{28,29} Patiënten willen die uitleg ook, zo blijkt uit ons onderzoek. Ze willen voldoende tijd, zodat alles verteld kan worden over een aandoening en doel van onderzoek en behandeling in detail uitgelegd kan worden. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NCPF) beschouwt voldoende tijd als een van de meest belangrijke voorwaarden voor een goede consultvoering.³⁰

Uit ons onderzoek blijkt dat 'voldoende tijd om te luisteren, te praten en uit te leggen', 'alles vertellen over een aandoening' en 'doel onderzoek en behandeling in detail uitleggen' van huisartsen minder prioriteit krijgen dan van patiënten, mogelijk vanwege de ervaren tijdsdruk. Alhoewel sommige onderzoeken laten zien dat een dialooggerichte huisartsenzorg niet meer tijd zou hoeven te kosten,³¹ stellen anderen dat in een gemiddelde consultuur van tien minuten zaken niet in detail uitgelegd kunnen worden en dat niet alles over de aandoening verteld kan worden.^{32,33} Deze gedachtegang lijkt ook ondersteund te worden door empirische gegevens.³⁴

Het dilemma van de huisarts is dat als dialoog en discussie meer tijd kosten, huisartsen mogelijk op de dialoog en de discussie bezuinigen en meer 'paternalistisch' gaan werken. Door gebrek aan tijd kan zo de kwaliteit van de informatievoorziening en van de arts-patiëntrelatie onder druk komen te staan. Het is echter opvallend dat patiënten juist over deze aspecten van de huisartsenzorg zo tevreden zijn; meer tevreden dan de huisarts en meer tevreden dan huisartsen dachten. Ervaren patiënten minder tijdsdruk dan huisartsen? Patiënten kunnen een heel ander beeld van patiëntgerichtheid hebben dan de experts die

de patiëntgerichtheid van de huisartsen beoordeeld hebben.³⁵ Huisartsen kunnen mogelijk hun patiënten het gevoel geven dat ze goed te woord zijn gestaan zonder dat behandelopties en behandelingsopzet gezamenlijk besproken zijn en zonder dat gevraagd is of de uitleg begrepen is. Dat maakt het dilemma van huisartsen misschien wel des te pregnanter. Huisartsen doen hun best en patiënten weten dat te waarderen, maar tegelijkertijd lijken huisartsen zelf minder tevreden over het consult dan patiënten en ook minder plezier in hun werk te hebben dan voorheen.¹¹ Huisartsen willen wel patiëntgericht werken en doen daar ook hun best voor, maar zitten klem tussen idealen en de praktijk van alledag.

Conclusie

Als tijd een cruciale basisvoorwaarde lijkt te zijn voor het dialooggericht werken van de huisarts, dan ligt het begin van de oplossing van dit dilemma mogelijk in het creëren van meer tijd voor de huisarts, bijvoorbeeld door de gemiddelde consultuur naar 15 minuten te verlengen en de praktijkpopulatie per huisarts te verkleinen. Dat hiervoor meer huisartsen in Nederland en meer opleidingsplaatsen nodig zijn, is hiervan een logische consequentie.

Dankbetuiging

Jolanda van Haren bedank ik voor de begeleiding en ondersteuning tijdens het schrijven van mijn proefschrift en Cor Baerveldt, Frede Olesen, Hilary Hearnshaw, Frans van Horne en Jan Mainz voor de hulp bij het schrijven van de artikelen in mijn proefschrift.

Literatuur

- 1 Armstrong D. The patient's view. *Soc Sci Med* 1984;18:737-744.
- 2 Parson T. *The social system*. Glencoe: The Free Press, 1951.
- 3 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient Centred Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- 4 Towle A. *Physician and Patient Communication Skills: Competencies for Informed Shared Decision-Making*. Informed Shared Decision Making 1997. Project: University of British Columbia. Vancouver, Canada, 1997.
- 5 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Ass J* 1995;152:1423-3.
- 6 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
- 7 Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 1999;282:2313-20.
- 8 Elwyn G, Edwards A, Kinnersly P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49:477-82.
- 9 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney, McWilliam CI, Freeman TR. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
- 10 Smith R. The NHS: possibilities for the endgame. *BMJ* 1999;318:209-10.
- 11 Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychosocial symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract* 1998;48:1059-63.
- 12 Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of

- the literature on patients priorities for general practice care. Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
- 13 Jung HP, Wensing M, Grol R. Wat vinden patiënten belangrijk? Aspecten van de huisartsenzorg, gezien vanuit het perspectief van de patiënt. *Huisarts Wet* 1996;39:594-9.
 - 14 I. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11.
 - 15 Jung HP, Van Horne F, Wensing M, Hearnshaw H, Grol R. Which aspects of general practitioners' behaviour determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med* 1998;46:1077-87.
 - 16 Jung HP, Wensing M, De Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Fam Pract* 2000;17:236-42.
 - 17 Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82-7.
 - 18 Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
 - 19 Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract* 1997;47:805-9.
 - 20 Jung HP, Wensing M, Olesen, Grol R. A comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. In: *Quality of care in general practice. The patient perspective.* [Proefschrift]. Universiteit van Nijmegen, 1999:123-132.
 - 21 De Ridder D, Depla M, Severens P, Malsch M. Beliefs on coping with illness: a consumer's perspective. *Soc Sci Med* 1997;44:553-9.
 - 22 Kassirer JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994;330:1895-6.
 - 23 Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
 - 24 Jung HP. Quality of care in general practice. The patient perspective. [Proefschrift]. Universiteit van Nijmegen, 1999:154-9.
 - 25 Van den Berg GWC. De hulpverlener in spagaat. Tussen de behoefte van de patiënt en het verantwoord professioneel handelen. *Medisch Contact* 1999;54:873-5.
 - 26 Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1998;47:347-54.
 - 27 Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role – I. *BMJ* 1992;304:235-9.
 - 28 Wolf AMD, Schorling JB. Preferences of elderly men for prostate-specific antigen screening and the impact of informed consent. *J Gerontol* 1998;53:195-200.
 - 29 O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llerwellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999;319:731-4.
 - 30 Malsch M, Blaauwbroek H. *Tijd voor patiënten.* Utrecht: NPCF, 1994.
 - 31 Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-6.
 - 32 Barry MJ. Involving patients in medical decisions. *JAMA* 1999;282:2356-7.
 - 33 Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
 - 34 Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 1990;28:19-28.
 - 35 Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.



Tekening Jeroen Zaat

‘Wederzijds hoog gespannen verwachtingen’