

De invloed van de poortwachtersrol op de huisarts-patiëntcommunicatie in West-Europa

Atie van den Brink-Muinen, Sandra van Dulmen, Jozen Bensing

Samenvatting

Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Bensing JM. De invloed van de poortwachtersrol op de huisarts-patiëntcommunicatie in West-Europa. *Huisarts Wet* 2002;45(11):592-8

Inleiding Huisarts-patiëntcommunicatie is van groot belang voor de kwaliteit van zorg. De invloed van nationale kenmerken van gezondheidszorgsystemen, zoals de poortwachtersrol van de huisarts, op de communicatie is tot nu toe niet onderzocht. Daarom is een internationaal vergelijkend onderzoek gedaan naar verschillen in huisarts-patiëntcommunicatie tussen wel- en niet-poortwachterslanden.

Methode Zes West-Europese landen waren betrokken bij het onderzoek: Nederland, Groot-Brittannië en Spanje (poortwachterssysteem), en België, Duitsland en Zwitserland (geen poortwachterssysteem). In totaal ging het om 190 huisartsen en 3675 consulten. Er is onderzocht of patiënten belang hechten aan communicatieaspecten en of deze vanuit hun gezichtspunt tijdens het consult ter sprake komen. De verbale en non-verbale communicatie tussen huisartsen en patiënten is met behulp van video-opnamen van consulten beoordeeld.

Resultaten In landen zonder poortwachterssysteem verwachten patiënten meer van hun huisarts en komen communicatieaspecten ook vaker ter sprake, wellicht omdat ze elkaar beter kennen. De invloed van de poortwachtersrol op de actuele huisarts-patiëntcommunicatie is alleen daarin zichtbaar dat er vaker vragen ter verheldering worden gesteld.

Beschouwing Patiënten in landen zonder poortwachterssysteem verwachten en krijgen meer hulp in het gesprek met hun huisarts dan in landen met een poortwachterssysteem. Dit duidt op een negatieve invloed van de poortwachtersrol. De relatie tussen macro- en microkenmerken en communicatie is gecompliceerder dan was verwacht, zoals onder andere blijkt uit de bekendheid met de patiënten.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. A. Van den Brink-Muinen, senior-onderzoeker; dr. A.M. van Dulmen, programmaleider; prof.dr. J.M. Bensing, directeur.

Correspondentie: A.vandenbrink@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie in het kader van het BIOMED-onderzoeksprogramma van de Europese Unie.

Inleiding

Goede communicatie tussen huisarts en patiënt is belangrijk, dat staat buiten kijf.¹⁻⁵ Onderzoeken naar huisarts-patiëntcommunicatie hebben aangetoond dat huisarts- en patiëntkenmerken (microniveau) de communicatie beïnvloeden. Deze onderzoeken hebben zich tot nu toe echter beperkt tot afzonderlijke landen. De invloed van nationale kenmerken van gezondheidszorgsystemen (macroniveau) zoals de poortwachtersrol van de huisarts op de communicatie tussen huisarts en patiënt, is nog niet onderzocht. In landen met een poortwachterssysteem is de huisarts de eerste contactpersoon voor gezondheidsproblemen; de patiënten hebben een vaste huisarts, die hen eventueel doorverwijst naar tweedelijnspecialisten. In niet-poortwachterslanden hebben patiënten geen vaste huisarts en zijn ze vrij om zonder tussenkomst van de huisarts naar een medisch specialist te gaan.⁶

Met het oog op de Europese integratie van gezondheidszorgbeleid⁷ is het van belang om te weten of een poortwachterssysteem van invloed is op de communicatie tussen huisarts en patiënt. Zo zou de waarde die patiënten hechten aan communicatieaspecten kunnen verschillen tussen poortwachters- en niet-poortwachterslanden. Voorbeelden van deze aspecten zijn het praten over de betekenis, de ernst en het mogelijke beloop van een gezondheidsprobleem en het bespreken van psychosociale problemen. De mate waarin deze communicatieaspecten daadwerkelijk ter sprake komen tijdens consulten kan inzicht geven in de mogelijke discrepanties tussen de behoeften van patiënten en de vervulling ervan.⁸ De verwachting is dat huisartsen in poortwachterslanden hun patiënten beter kennen dan huisartsen in niet-poortwachterslanden omdat ze een vaste patiëntenlijst hebben en dus ook vaker met hun patiënten over psychosociale en minder over biomedische problemen praten. Er zou dan ook meer gelegenheid zijn om psychosociale onderwerpen aan te snijden omdat er minder tijd aan routinevragen besteed hoeft te worden. Om dezelfde reden zouden de poortwachters gemakkelijker een psychosociaal probleem kunnen herkennen en zouden ze vaker medeleven en bezorgdheid (affectief gedrag) tonen.

In dit artikel vergelijken we de manier waarop huisartsen en patiënten met elkaar communiceren in zes West-Europese landen.⁹ De vergelijking spitst zich toe op landen met en zonder poortwachtersfunctie van de huisartsen.

In dit artikel beantwoorden we de volgende vragen:

► Welke verschillen zijn er in het belang dat patiënten hechten

aan diverse communicatieaspecten en in hoeverre komen deze aspecten ter sprake tijdens het consult?

- Welke verschillen zijn er in de verschillende landen in huisarts-patiëntcommunicatie?

Methoden

Aan de Eurocommunication Study^{8,9} namen zes West-Europese landen deel: Nederland, Groot-Brittannië, Spanje (poortwachterslanden), en België, Duitsland en Zwitserland (niet-poortwachterslanden). Per land namen 27-43 huisartsen deel, in totaal 190 (127 mannen en 63 vrouwen). Er werden 3675 huisartsconsulten (20 per huisarts) op video opgenomen; 59% van de patiënten was vrouw. Voorafgaand aan het consult vulden de patiënten (indien ze ouder dan 18 jaar waren) op een vragenlijst in hoe belangrijk ze verschillende communicatieaspecten vonden (1=niet belangrijk, 2=vrij belangrijk, 3=belangrijk, 4=zeer belangrijk), en na het consult gaven ze aan in welke mate deze aspecten in hun ogen ter tafel waren gekomen (1=nee, 2=eigenlijk niet, 3=eigenlijk wel, 4=ja). Met behulp van factoranalyse zijn twee subschalen geconstrueerd: een biomedische en een psychosociale schaal.

De huisartsen registreerden na ieder consult hoe goed ze de patiënt kenden en of de klacht een psychosociale achtergrond had (beide vijf puntsschalen), en welke klacht(en) de patiënten hadden (ICPC-gecodeerd¹⁰).

Met behulp van Roter's Interaction Analysis System (RIAS)¹¹ hebben observatoren de verbale communicatie van huisartsen en patiënten beoordeeld aan de hand van de video-opnamen van 15 consulten per huisarts.

Verbale communicatie bestaat uit affectieve of sociaal-emotionele uitingen en instrumentele of taakgerichte uitingen (zie voor een overzicht van de communicatiecategorieën tabel 3). *Affectieve communicatie* is nodig voor het scheppen van een therapeutische relatie en het tonen van respect en om te zorgen dat de patiënt zich op zijn gemak en begrepen voelt. Affectieve uitingen zijn bijvoorbeeld het praten over alledaagse, niet-medische onderwerpen; instemming, begrip, empathie en bezorgdheid tonen; geruststellen; het probleem verhelderen door herhaling, interpretatie en verifiëring van wat is gezegd.

Instrumentele communicatieve uitingen dienen om te weten wat de patiënt mankeert en wat er aan gedaan kan worden. Inhoudelijk wordt verschil gemaakt tussen biomedische onderwerpen (medisch en therapeutisch) en psychosociale onderwerpen (psychische problemen, gevoelens, leefstijl, sociale context).

Ook is de non-verbale communicatie van de huisartsen, te weten het aankijken van de patiënt door de huisarts (oogcontact) beoordeeld, alsmede de duur van het consult en van het lichamelijk onderzoek.

Door middel van de *differences of proportions*-test zijn de verschillen in de tabellen onderzocht op significantie. Met multivariate multilevelanalyse hebben wij de invloed van het poortwachterssysteem op de huisarts-patiëntcommunicatie onderzocht. Hierbij hielden wij rekening met huisarts- en patiëntkenmerken die hierop van invloed kunnen zijn, zoals geslacht en leeftijd van de huis-

Wat is bekend?

- Huisarts- en patiëntkenmerken (microniveau) zijn van invloed op de communicatie.

Wat is nieuw?

- Patiënten in landen zonder poortwachterssysteem verwachten en krijgen meer hulp in het gesprek met hun huisarts dan in landen met een poortwachterssysteem.
- De poortwachtersrol is nauwelijks van invloed op de huisarts-patiëntcommunicatie; wel worden er meer vragen ter verheldering gesteld in poortwachterslanden.
- Huisartsen in niet-poortwachterslanden kennen hun patiënten beter dan huisartsen in poortwachterslanden.

arts en de patiënt, opleiding en soort klacht van de patiënt, bekendheid tussen huisarts en patiënt en consultduur.¹²⁻¹⁸ Uitgebreide informatie over de meetinstrumenten en methoden is elders beschreven.⁹

Resultaten

BELANG VOOR PATIËNTEN VAN COMMUNICATIEASPECTEN

De patiënten van alle zes landen vonden het in het algemeen belangrijker om over biomedische dan over psychosociale problemen te praten, zo bleek uit de vragenlijst (tabel 1). Uit deze tabel, waarin een zestal communicatieaspecten zijn opgenomen, valt bijvoorbeeld af te lezen dat 75,7% van de Nederlandse patiënten het belangrijk vond om de betekenis van het probleem te weten, en 53% wilde informatie over het beloop van de ziekte. Van de Nederlandse patiënten vond 16,7% hulp bij emotionele problemen belangrijk.

Communicatie over psychosociale aspecten vonden de patiënten in alle zes landen in het algemeen even (on)belangrijk. Hulp van de huisarts bij angst was relatief voor de meeste patiënten een belangrijk psychosociaal onderwerp om over te praten, bijvoorbeeld voor 35,6% van de Nederlandse patiënten.

COMMUNICATIEASPECTEN IN DE PRAKTIJK

Voor het merendeel van de patiënten, en vaak voor meer dan driekwart van hen, verliep de biomedische communicatie met de huisarts ongeveer volgens hun verwachting. Dat wil zeggen dat een voor de patiënt belangrijk aspect besproken werd, en een niet belangrijk aspect niet. Toch waren er ook verschillen. Soms deden huisartsen minder (6-25%) dan patiënten belangrijk vonden, en soms meer (10-30%). Zo verwachtte en kreeg 38,7% van de Spaanse patiënten uitleg over de ernst van zijn of haar ziekte, terwijl 8,8% die uitleg ook belangrijk vond, maar niet kreeg. Aan de andere kant zei 13,6% van de Spanjaarden dat de ernst van de ziekte wel was besproken terwijl zij aangaven dat niet belangrijk te vinden. Ten slotte blijkt uit de tabel dat er met de 38,9% die het onbelangrijk vond ook niet over was gesproken.

De patiënten die het belangrijk vonden hulp te krijgen bij psychosociale problemen – ook al kwamen ze niet specifiek voor zo'n probleem – werden niet vaak teleurgesteld door hun huisarts,

Tabel 1 Overeenkomsten en discrepanties (%) tussen belang en ter sprake brengen van communicatieaspecten per land

	Poortwachterslanden			Niet-poortwachterslanden		
	Nederland (n=487)	Groot-Brittannië (n= 441)	Spanje (n=495)	België (n=552)	Duitsland (n=784)	Zwitserland (n=595)
Biomedische hulpvragen						
<i>Ik wil graag dat de dokter zegt wat mijn klacht/probleem betekent</i>						
wel belangrijk/wel besproken	65,3 ^{2,3,4,6}	46,4 ^{1,3-5}	55,4 ^{1,2,5}	56,5 ^{1,2,5,6}	62,5 ^{2-4,6}	49,7 ^{1,4,5}
wel belangrijk/niet besproken	10,4	11,3	6,2 ⁶	7,2	10,6	11,7 ³
niet belangrijk/wel besproken	16,1	20,9 ⁴	15,1	21,0 ⁵	12,2 ^{2,4,6}	21,2 ⁵
niet belangrijk/niet besproken	8,2 ²⁻⁶	21,4 ^{1,4,5}	23,3 ^{1,4-6}	15,3 ¹⁻³	14,7 ¹⁻³	17,4 ^{1,3}
<i>Ik wil dat de dokter uitlegt hoe mijn ziekte waarschijnlijk verloopt</i>						
wel belangrijk/wel besproken	28,1 ²⁻⁶	34,1 ^{1,3,5}	42,5 ^{1,2}	39,6 ¹	41,9 ^{1,2}	38,6 ¹
wel belangrijk/niet besproken	24,9 ^{2,3,6}	11,5 ^{1,2,5}	8,6 ^{1,4,5}	21,1 ^{2,3}	20,6 ^{2,3}	17,7 ^{1,3}
niet belangrijk/wel besproken	10,8 ^{2,6}	30,0 ^{1,3-6}	15,7 ²	14,2 ²	12,0 ²	17,4 ^{1,2}
niet belangrijk/niet besproken	36,2 ²⁻⁶	24,4 ^{1,3}	33,2 ^{2,4-6}	25,1 ^{1,3}	25,5 ^{1,3}	26,3 ^{1,3}
<i>Ik wil dat de dokter uitlegt hoe ernstig mijn klacht/probleem is</i>						
wel belangrijk/wel besproken	35,2 ^{2,4,6}	18,9 ^{1,3-6}	38,7 ^{2,5,6}	41,3 ^{1,2,5,6}	32,7 ²⁻⁴	28,5 ¹⁻⁴
wel belangrijk/niet besproken	22,2 ³	15,4 ⁵	8,8 ^{1,4-6}	18,7 ³	24,6 ^{2,3,6}	16,1 ^{3,5}
niet belangrijk/wel besproken	14,0	21,4 ⁵	13,6	14,5	13,2 ²	17,3
niet belangrijk/niet besproken	28,6 ^{2,3,6}	44,3 ^{1,4,5}	38,9 ^{1,4-6}	25,5 ^{2,3,6}	29,5 ^{2,3,6}	38,1 ^{1,3,4,5}
Psychosociale hulpvragen						
<i>Ik ben ongerust en gespannen en zou willen dat de dokter mij helpt</i>						
wel belangrijk/wel besproken	28,2 ⁴	30,5 ⁴	27,7 ⁴	37,0 ^{1-3,5}	31,1 ⁴	31,8
wel belangrijk/niet besproken	7,4	10,0	5,8	5,0	7,3	5,3
niet belangrijk/wel besproken	30,3 ^{2,3}	19,7 ^{1,4}	14,8 ^{1,4,5,6}	30,5 ^{2,3}	23,6 ³	27,8 ³
niet belangrijk/niet besproken	34,1 ^{3,4}	39,8 ^{3,4}	51,7 ^{1,2,4}	27,5 ¹⁻⁶	37,8 ⁴	35,1 ⁴
<i>Ik heb emotionele problemen waarvoor ik graag hulp wil hebben</i>						
wel belangrijk/wel besproken	13,3	11,3 ³	15,8 ²	12,5	13,0	15,2
wel belangrijk/niet besproken	3,4	3,4	5,0	5,7	5,7	3,0
niet belangrijk/wel besproken	10,4 ^{4,5,6}	11,7 ⁶	12,0 ^{4,6}	19,6 ^{1,3}	18,4 ¹	21,7 ^{1,2,3}
niet belangrijk/niet besproken	72,9 ^{4,5,6}	73,6 ^{3,4,5,6}	67,2 ^{2,6}	62,2 ^{1,2}	62,9 ^{1,2}	60,1 ^{1,2,3}
<i>Ik wil dat de dokter mijn emotionele problemen uitlegt</i>						
wel belangrijk/wel besproken	9,5 ^{3,5,6}	7,5 ^{3,5,6}	14,5 ^{1,2,4}	10,3 ^{3,5,6}	16,7 ^{1,2,4}	14,8 ^{1,2,4}
wel belangrijk/niet besproken	7,3	3,8	4,6	9,0	7,7	5,6
niet belangrijk/wel besproken	7,1 ^{4,6}	8,4 ⁶	9,2 ⁶	14,6 ¹	11,3	15,2 ^{1,2,3}
niet belangrijk/niet besproken	76,1 ^{4,5,6}	80,3 ³⁻⁶	71,7 ^{2,5,6}	66,1 ^{1,2}	64,3 ^{1,2,3}	64,4 ^{1,2,3}

¹ Score verschilt significant van die van Nederland.

² Score verschilt significant van die van Groot-Brittannië.

³ Score verschilt significant van die van Spanje.

⁴ Score verschilt significant van die van België.

⁵ Score verschilt significant van die van Duitsland.

⁶ Score verschilt significant van die van Zwitserland.

Alle p-waarden <0,05

namelijk in 2-10% van de consulten. Emotionele problemen, met name ongerustheid en gespannenheid, werden met 7-30% van de patiënten besproken terwijl ze er vooraf geen belang aan hechtten. Ten slotte bleek dat ongeveer driekwart van de patiënten die speciaal voor psychosociale problemen naar de huisarts kwamen en het belangrijk vonden om die problemen te bespreken, hierover uitleg had gehad en hulp erbij had gekregen van de huisarts (niet in de tabel).¹⁴

Tabel 2 geeft op een globaler en beter interpreteerbaar niveau – namelijk als gemiddelde scores van de subschalen (scores lopen van 1-4) – het belang aan dat patiënten hechtten aan communicatieaspecten en ter sprake brengen daarvan. De gemiddelde score van bijvoorbeeld het belang van psychosociale aspecten is in Nederland 1,59 en van het ter sprake brengen ervan 1,88.

ARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE

Uit de video-observaties blijkt dat het een algemeen verschijnsel is dat affectieve communicatie minder vaak voorkomt in een consult dan instrumentele communicatie (tabel 3). Van de affectieve

uitingen kwamen instemming en begrip tonen (zoals 'ja' en 'h'm') het meest voor, bij zowel de huisartsen als de patiënten. In bijvoorbeeld België ging het om 12,7% respectievelijk 15,8% van de uitingen van de huisartsen en patiënten. Een sociaal gesprek tussen huisartsen en patiënten (niet-medische ditjes en datjes en complimentjes) werd gevoerd in 7-10% van de consulten. Verheldering van wat de ander zei door een verhaal samen te vatten of te interpreteren of door een zin te herhalen, deden de huisartsen vaker dan de patiënten. Het tonen van medeleven en bezorgdheid en geruststellen kwam het minst voor. Het stellen van vragen, geven van informatie en adviseren (instrumentele uitingen) ging veel vaker over biomedische dan psychosociale onderwerpen, vooral aan de kant van de huisarts. Zo waren in Duitsland 39,2% van de uitingen van de huisarts biomedisch van aard en 7,8% psychosociaal. Bij hun patiënten bedroegen deze percentages respectievelijk 40,7% en 18,4%. De huisartsen keken hun patiënten tijdens het consult aan gedurende 32-55% van de tijd dat ze tegenover elkaar zaten (non-verbale communicatie).

Tabel 2 Belang en ter sprake brengen van biomedische en psychosociale communicatieaspecten (gemiddelde scores en standaarddeviaties), per land

Land	Biomedische aspecten				Psychosociale aspecten			
	belang		ter sprake brengen		belang		ter sprake brengen	
Nederland	2,58 ^{2,5}	(0,86)	2,73	(0,82)	1,59	(0,81)	1,88 ^{4,6}	(0,93)
Groot-Brittannië	2,07 ^{1,3-6}	(0,73)	2,64 ⁴⁻⁶	(0,80)	1,57	(0,74)	1,95 ⁶	(1,02)
Spanje	2,50 ^{2,4,5}	(0,90)	2,68 ⁴⁻⁶	(0,85)	1,62	(0,90)	1,77 ⁴⁻⁶	(1,00)
België	2,71 ^{2,3-6}	(0,92)	2,88 ^{2,3}	(0,84)	1,71	(0,88)	2,16 ^{1,3}	(1,04)
Duitsland	2,75 ^{1-3,6}	(0,88)	2,86 ^{2,3}	(0,89)	1,67	(0,84)	2,06 ³	(1,06)
Zwitserland	2,50 ^{2,4,5}	(0,94)	2,86 ^{2,3}	(0,85)	1,68	(0,86)	2,22 ¹⁻³	(1,13)

¹ Score verschilt significant van die van Nederland.² Score verschilt significant van die van Groot-Brittannië.³ Score verschilt significant van die van Spanje.⁴ Score verschilt significant van die van België.⁵ Score verschilt significant van die van Duitsland.⁶ Score verschilt significant van die van Zwitserland.

Alle p-waarden ≤0,05

Tabel 3 Verbale communicatie (%)*, non-verbale communicatie en consultkenmerken, per land

	Nederland (n=443)	Poortwachterslanden Groot-Brittannië (n=357)	Spanje (n=396)	België (n=464)	Niet-poortwachterslanden Duitsland (n=672)	Zwitserland (n=441)
Verbale affectieve communicatie						
<i>Huisarts</i>						
sociaal gesprek	7,0	9,3	8,6	9,2	6,7	7,2
instemming/begrip	14,0 ²	21,7 ^{1,3-5}	10,3 ^{2,5,6}	12,7 ^{2,6}	15,7 ^{2,3}	17,0 ^{3,4}
meeleven/geruststellen	2,9 ^{3,5,6}	4,2 ³	1,8 ^{2,5,6}	2,7 ^{5,6}	6,7 ^{1,3,4}	5,9 ^{1,3,4}
verheldering	11,5 ⁴	9,6 ⁴	13,5 ⁴⁻⁶	5,0 ^{1-3,5,6}	9,2 ^{3,4}	8,5 ^{3,4}
<i>Patiënt</i>						
sociaal gesprek	7,7	9,8	10,3	9,6	8,0	9,9
instemming/begrip	14,4 ^{2,5,6}	22,3 ^{1,3,4}	13,0 ^{2,5,6}	15,8 ^{2,5,6}	21,5 ^{1,3,4}	22,1 ^{1,3,4}
meeleven/geruststellen	1,4 ^{3,5}	2,7	3,6 ^{1,4}	1,0 ^{3,5,6}	4,9 ^{1,4}	3,0 ^{2,4}
verheldering	3,1	3,6	3,1	2,3	2,6	2,5
Verbale instrumentele communicatie						
<i>Huisarts</i>						
biomedisch	42,4 ^{2,6}	32,9 ^{1,3,4,5}	40,8 ²	40,7 ²	39,2 ²	35,3 ¹
psychosociaal	8,2 ³	8,5	12,6 ^{1,5}	11,3 ⁵	7,8 ^{3,4}	10,7
<i>Patiënt</i>						
biomedisch	51,4 ^{2,4-6}	34,4 ^{1,3,5}	47,1 ^{2,4-6}	38,9 ^{1,3}	40,7 ^{1-3,6}	33,7 ^{1,3,5}
psychosociaal	17,0 ⁴	20,1	19,1	22,6 ¹	18,4	21,4
Non-verbale communicatie						
% oogcontact	46,8 ²⁻⁴	55,2 ^{1,3-5}	35,5 ^{1,2,5,6}	31,6 ^{1,2,5,6}	47,5 ²⁻⁴	50,4 ^{3,4}
Consultkenmerken						
<i>consultlengte (min)</i>						
– gem (sd)	10,2 (5,0) ³⁻⁶	9,4 (4,7) ³⁻⁶	7,8 (4,1) ^{1,2,4,6}	15,0 (7,2) ^{1-3,5}	7,6 (4,3) ^{1,2,4,6}	15,6 (8,7) ^{1-3,5}
% spreektijd huisarts	55,4	52,4	52,9	55,1	56,3	54,3
% lichamelijk onderzoek	79,7 ²⁻⁵	65,3 ^{1,4,6}	59,3 ^{1,4-6}	89,9 ^{1-3,5,6}	66,4 ^{1,3,4,6}	76,4 ²⁻⁵
% onderzoekstijd	17,5 ²⁻⁴	7,9 ^{1,4-6}	11,8 ^{1,4,6}	24,5 ^{1-3,5,6}	14,2 ^{2,4}	16,7 ²⁻⁴

* Percentage van het totaal aantal uitingen van huisarts respectievelijk patiënt:

procenten tellen niet op tot 100% wegens ontbreken van de categorieën 'instructies' en 'administratieve en onverstaanbare uitingen'.

¹ Score verschilt significant van die van Nederland.² Score verschilt significant van die van Groot-Brittannië.³ Score verschilt significant van die van Spanje.⁴ Score verschilt significant van die van België.⁵ Score verschilt significant van die van Duitsland.⁶ Score verschilt significant van die van Zwitserland.

Alle p-waarden ≤0,05

CONSULTKENMERKEN

De consultduur varieerde van 7,6 minuten in Duitsland tot 15,6 minuten in Zwitserland, terwijl Nederlandse consulten gemiddeld ongeveer 10 minuten duurden (tabel 3). Over het algemeen waren de huisartsen in alle landen wat vaker aan het woord dan hun patiënten.

Ten slotte blijkt dat in 60% (Spanje) tot 90% (België) van de consulten de patiënten werden onderzocht (zoals bloeddrukmeting

of een uitgebreid lichamelijk onderzoek) of behandeld (bijvoorbeeld tapen of een uitstrijkje maken). Deze onderzoeken namen relatief de meeste tijd in beslag in België (24,5% van de consultduur) en de minste tijd in Groot-Brittannië (7,9%).

BEKENDHEID MET DE PATIËNTEN

Op een registratieformulier vulden de huisartsen in hoe goed ze hun patiënten kenden. De huisartsen in de niet-poortwachters-

landen, met name in België en Zwitserland, zeiden dat ze hun patiënten beter kenden dan de huisartsen in de poortwachterslanden zeiden dat ze hun patiënten kenden (niet in tabel).

Belang en werkelijkheid

Uit tabel 2 komt als algemeen patroon naar voren dat in de niet-poortwachterslanden België en Duitsland, de patiënten er meer belang aan hechtten om te praten over biomedische communicatieaspecten dan de patiënten in de niet-poortwachterslanden. Met name voor de Engelse patiënten was dit minder belangrijk. Deze aspecten kwamen volgens de patiënten in de niet-poortwachterslanden vervolgens vaker ter sprake dan in Groot-Brittannië en Spanje. Nederland nam in dit opzicht een middenpositie in.

Er was geen verschil in de mate waarin patiënten het belangrijk vonden om over psychosociale problemen te praten met hun huisarts. Wel zeiden de patiënten in de niet-poortwachterslanden vaker dat ze psychosociale steun hadden gekregen.

Als er gecontroleerd werd voor huisarts- en patiëntkenmerken (via multivariate multilevelanalyse) bleek dat de poortwachtersrol van de huisarts over het geheel genomen een directe invloed had op zowel het belang als het ter sprake brengen van biomedische en psychosociale communicatieaspecten. In de niet-poortwachterslanden verwachtten de patiënten meer van de communicatie met hun huisarts en kwamen de communicatieaspecten ook vaker ter sprake.

VERSCHILLEN IN HUISARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE

De huisartsen in de poortwachterslanden verduidelijkten meestal vaker wat patiënten zeiden door hun verhaal samen te vatten of te interpreteren (affectief gedrag). Hun patiënten deden dit niet significant vaker, hoewel er wel een trend is te zien dat dit vaker gebeurde. Het tonen van medeleven en bezorgdheid en van instemming en begrip kwam het vaakst voor in Duitsland en Zwitserland (niet-poortwachterslanden) en in Groot-Brittannië.

Als er al verschillen waren tussen de landen in biomedische en psychosociale (instrumentele) communicatie was er ook in dit opzicht geen duidelijke scheiding tussen de wel- en niet-poortwachters.

De Nederlandse huisartsen gaven hun patiënten vaker informatie en advies over biomedische onderwerpen dan hun collega's in Groot-Brittannië en Zwitserland. In Spanje gebeurde dit relatief het minst. Op hun beurt informeerden de patiënten in Nederland en Spanje hun huisarts vaker hierover dan de patiënten in de niet-poortwachterslanden, maar ook vaker dan de Engelse patiënten. Over psychosociale onderwerpen werd veel minder gepraat, zeker door de huisartsen, en er waren nauwelijks (significante) verschillen tussen de landen. Indien gecontroleerd werd voor andere kenmerken bleek dat de poortwachtersrol alleen op het vóórkomen van verhelderende uitingen (samenvatten, verifiëren) van invloed was: in de poortwachterslanden deden huisartsen en patiënten dit vaker dan in de niet-poortwachterslanden. Arts- en patiëntkenmerken, zoals sekse en soort klacht, bepalen meer de ver-

schillen in communicatie tussen huisartsen en patiënten (niet in tabel).

Beschouwing

In dit artikel is onderzoek gedaan naar huisarts-patiëntcommunicatie in zes West-Europese landen, drie met en drie zonder een poortwachterssysteem. De poortwachtersrol van de huisarts is van invloed op het belang dat patiënten hechten aan biomedische en psychosociale communicatieaspecten en op het ter sprake brengen van deze aspecten. De patiënten in de drie landen zonder poortwachterssysteem vinden het belangrijker te praten over bijvoorbeeld de ernst en het beloop van hun ziekte en dit gebeurt inderdaad ook vaker dan in de landen met poortwachterssysteem. Daarnaast willen en krijgen de Belgische, Duitse en Zwitserse patiënten vaker steun bij emotionele problemen als angst en spanning dan de patiënten in de poortwachterslanden. Het lijkt erop dat de patiënten in de niet-poortwachterslanden 'positiever' en met een meer gerichte vraagstelling en meer als 'consument' naar de huisarts gaan. Ze verwachten goede hulp van hun huisarts die ze immers zelf hebben uitgezocht, en ze krijgen vaker wat ze tevoren verwachtten. Anders zouden ze ook naar een andere huisarts of direct naar een medisch specialist kunnen gaan om de gewenste hulp te krijgen. Omdat bovendien met name in België de huisartsen graag hun patiënten in de praktijk willen houden (er is daar geen tekort, maar een overschot aan huisartsen) en willen voorkomen dat ze naar een andere huisarts dan wel direct naar een medisch specialist gaan, besteden ze wellicht meer aandacht aan hun patiënten. Het blijkt ook uit het feit dat in België en Zwitserland de consulten langer zijn dan in de poortwachterslanden en er kennelijk meer tijd is, of meer tijd voor de patiënten wordt genomen.

Een factor die waarschijnlijk een rol speelt bij het herkennen en bespreken van psychosociale problemen is de (niet verwachte) grotere bekendheid tussen huisarts en patiënt in de niet-poortwachterslanden. Kennelijk is het niet nodig een vaste patiëntenlijst te hanteren om patiënten te kennen. De meeste patiënten gaan waarschijnlijk in eerste instantie toch naar de hun bekende huisarts, omdat de continuïteit van zorg voor hen belangrijk is. Al met al wijst het bovenstaande eerder op een negatieve dan een positieve invloed van de poortwachtersrol van de huisarts.

Psychosociale problemen worden in de meeste gevallen als zodanig gediagnosticeerd en besproken als de patiënten aangeven de bespreking hiervan belangrijk te vinden. Dit houdt in dat de huisartsen meestal psychosociale problemen herkennen en bespreken als het voor de patiënt belangrijk is om daar met de huisarts over te praten, ook al maken dergelijke problemen vaak deel uit van de zogenoemde verborgen agenda van een patiënt. Dit lijkt een belangrijk signaal voor een goede kwaliteit van de huisartsenzorg. De bevinding dat in gemiddeld driekwart van de consulten aspecten ter tafel komen die de patiënten belangrijk vinden, lijkt ook een goede zaak. Toch zijn er discrepanties in wat de patiënt verwacht en wat de huisarts doet. Deze discrepanties blijken per land

Abstract

Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Bensing JM. The influence of the gatekeeping role on doctor-patient communication in Western Europe. *Huisarts Wet* 2002;45(11):592-8

Introduction Doctor-patient communication is of utmost importance for the quality of care. Studies focusing on communication in primary care have so far been restricted to the national level. Moreover characteristics of the macro health care systems such as the gatekeeping system may influence content and style of doctor-patient communication, but these characteristics have not been included up to the present. In view of the ongoing European integration of healthcare policy it is important to know what influence the gatekeeping system has on doctor-patient communication. An international comparative study was therefore performed. The study aims to investigate (1) differences in relevance and performance of communication aspects from the patients' perspective and (2) differences in doctor-patient communication between six countries in Western Europe. The comparison concentrates on differences between countries with or without a gatekeeping system.

Method A comparative study was performed on doctor-patient communication in general practices in six countries in Western Europe: the Netherlands, the United Kingdom and Spain (gatekeeping system) and Belgium, Germany and Switzerland (no gatekeeping system). One-hundred-and-ninety general practitioners (GPs) and 3,675 patients took part in the study. Data were collected by means of patient and GP questionnaires and by means of video recordings of consultations. The verbal and non-verbal communication of both GPs and patients was measured.

Results When taking into account doctor and patient characteristics, patients in countries without a gatekeeping system attach greater importance to communication aspects and these aspects are more often evident. This may be due to the greater familiarity between doctors and patients. The gatekeeping role of GPs only influences the actual doctor-patient communication with respect to questions requiring clarification.

Discussion Patients in non-gatekeeping countries expect and are given more help when talking with their GP than patients in gatekeeping countries. This may indicate a negative aspect of the GPs' gatekeeping role. The relation between macro and micro characteristics and communication is more complicated than was expected, as for instance has been proven by the familiarity between doctor and patient.

te verschillen en volgen niet de wel/niet poortwachterslijn. De reden dat patiënten niet krijgen wat ze belangrijk vinden, zou nader moeten worden onderzocht, omdat een eventuele consequentie kan zijn dat gezondheidsproblemen niet verbeteren of zelfs verergeren, wat een slechte zaak zou zijn vanuit het perspectief van de patiënten en de kwaliteit van zorg. Aan de andere kant worden ook problemen besproken die de patiënten op voorhand niet belangrijk vonden. Zo wordt met name in de niet-poortwachterslanden veel over psychosociale problemen gesproken in consulten waar de patiënt niet op voorhand had aangegeven dit belangrijk te vinden. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of de conclusie gerechtvaardigd is dat patiënten soms meer zorg krijgen dan nodig zou zijn.

De tweede onderzoeksvraag betrof de invloed van het poortwachterssysteem op de actuele communicatie in de spreekkamer tussen huisartsen en patiënten. Die invloed is tegen de aanvankelijk verwachting in gering. De veronderstelling dat de huisartsen in poortwachterslanden meer affectief gedrag zouden tonen en dat vaker psychosociale onderwerpen ter sprake zouden komen, was gekoppeld aan de verwachting dat in die landen de huisartsen hun patiënten beter zouden kennen. De relatie tussen vaste patiëntenlijsten en een grotere mate van bekendheid is echter niet juist. Factoren op microniveau, met name arts- en patiëntkenmerken, zijn belangrijker dan macrofactoren zoals de poortwachtersrol om de verschillen in huisarts-patiëntcommunicatie te verklaren. Kennelijk is de relatie tussen micro- en macrokenmerken gecompliceerder dan was aangenomen.

Culturele normen en waarden kunnen natuurlijk eveneens van invloed zijn op de communicatie. Verschillen in bijvoorbeeld gezondheidsbeleving, opvattingen over gezondheid en de wijze van klachtpresentatie kunnen van invloed zijn op de communicatie tussen huisartsen en patiënten met een verschillende culturele achtergrond.

Dankbetuiging

Wij bedanken de coördinatoren/medeauteurs in de deelnemende landen.

Literatuur

- 1 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care [Proefschrift]. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 2 Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/Patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Westport: Auburn House, 1992.
- 3 Bensing JM, Kerssens JJ, Van der Pasch M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Nonverbal Behavior* 1995;19:223-42.
- 4 Van der Pasch MAA, Verhaak PFM. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Pat Educ Couns* 1998;33:97-112.
- 5 Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *Int Review of Psychiatry* 1992;4:293-300.
- 6 Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1998;47:481-6.
- 7 Maynard M. Towards an integrated health care policy in the European Union? *Eurohealth* 1999;5:5-7.
- 8 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Pat Educ Couns* 2000;39:115-27.
- 9 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. The Eurocommunication Study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 10 Lamberts H, Wood M, editors. International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 11 Roter DL. The Roter method of interaction process analysis. Baltimore: John Hopkins University, 2001.
- 12 Lorber J. Gender and the social construction of illness. Thousand Oaks: Sage, 1997.
- 13 Van den Brink-Muinen A. Gender, health and health care in general practice. A comparison between women's health care and regular health care [Proefschrift]. Utrecht: NIVEL, 1996.
- 14 Van Dulmen AM, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. *Women & Health* 2000;30:49-61.

- 15 Verhaak PFM, Van der Pasch M. Het effect van de communicatiestijl van huisartsen op het beloop van psychische problematiek bij hun patiënten. Utrecht: NIVEL, 1995.
- 16 Boerma WGW, Van den Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe. A signal to healthcare planners. Med Care 2000;10: 993-1002.

- 17 Bensing JM, Van den Brink-Muinen A. Gender differences in practice style: A Dutch study of general practitioners. Med Care 1993;31:219-29.
- 18 Roter D. The influence of patient characteristics on communication between the doctor and the patient. Huisarts Wet 1991;34:295-301.

Avondspreekuur, vloek of zegen?

BA Heikens, SL Hogervorst, MM de Groot, C van Steenberg, HEP Bosveld, J de Haan

Samenvatting

Heikens BA, Hogervorst SL, De Groot MM, Van Steenberg C, Bosveld HEP, De Haan J. Avondspreekuur, vloek of zegen? Huisarts Wet 2002;45(11):598-600.

Doel Volgens zowel de lekenpers als de vakbladen voor huisartsen bestaat er onder patiënten veel behoefte aan een avondspreekuur. Wetenschappelijk bewijs hiervoor ontbreekt echter. Dit was voor ons reden om een onderzoek te doen naar de werkelijke behoefte onder patiënten en de mening van de huisartsen over het avondspreekuur.

Methoden Aan 100 aselekt gekozen huisartsen en 200 patiënten in Noord-Nederland is in 1998 een vragenlijst opgestuurd. Terminale patiënten werden uitgesloten, evenals patiënten jonger dan 18 jaar.

Resultaten Eenentwintig procent van de patiënten had veel behoefte aan een avondspreekuur, 35% weinig en 45% geen behoefte. De patiënten die geen behoefte hadden, hadden minder vaak werk. Meer dan 80% van de voorstanders van een avondspreekuur konden overdag moeilijk naar de huisarts. Van de huisartsen was 66% niet bereid een avondspreekuur in te stellen. Deze huisartsen hadden significant meer nachtdiensten per week en hadden vaker een niet-werkende partner. Een kwart van de huisartsen was eventueel bereid een avondspreekuur in te stellen. Als overwegingen hierbij werden genoemd: serviceverlening aan de patiënt en een dagdeel vrije tijd als compensatie. Volgens de helft van de voorstanders zouden restricties aan de toegankelijkheid moeten worden verbonden, zoals openstelling voor voltijdwerkers en ver van huis werkende patiënten.

Conclusie Uit een onderzoek verricht in Noord-Nederland blijkt dat het merendeel van de huisartsen een avondspreekuur niet wenselijk vindt. Ook bij het grootste deel van de patiënten bestaat niet veel behoefte aan een avondspreekuur.

B.A. Heikens, huisarts, Kromme Elleboog 1-D, 9751 RA Haren; S.L. Hogervorst, huisarts te Emmen, M.M. de Groot, huisarts te Haaksbergen;

C. van Steenberg, huisarts te Uithuizermeeden; Afdeling huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen: prof.dr. J. de Haan, hoogleraar praktijkvoering en H.E.P. Bosveld, methodoloog. Correspondentie: B.A. Heikens, e-mail: b.heikens@knmg.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Als men de vakbladen moet geloven zullen er in de toekomst steeds meer huisartsen een avondspreekuur gaan houden.¹⁻⁵ Uit een onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat meer dan een kwart van de ondervraagden behoefte heeft aan een avondspreekuur.⁶ Vraagt men echter zo her en der om zich heen, dan lijkt deze behoefte wel mee te vallen. We stelden ons daarom de volgende vragen:

- ▶ Bestaat er bij patiënten behoefte aan een avondspreekuur?
- ▶ Met welke patiëntgerelateerde kenmerken hangt deze behoefte samen?
- ▶ Is de patiënt bereid om extra kosten te betalen voor een avondconsult?
- ▶ Wat is de mening van de huisarts over het avondspreekuur?
- ▶ Met welke huisartsgerelateerde kenmerken hangt deze mening samen?

Methode

Aan 100 aselekt gekozen huisartsen in de provincies Groningen, Drenthe, Overijssel en Gelderland en 200 patiënten uit huisartsenpraktijken in Veenoord en Nijeveen (Drenthe), Lochem (Gelderland) en de stad Groningen, werd een vragenlijst met gesloten (meerkeuze-) en open vragen toegestuurd. De vragenlijst is op te vragen bij de eerste auteur.

De patiënten werden via de computer of kaartenbak aselekt geselecteerd in de huisartsenpraktijken waar de onderzoekers op dat moment als haio werkten. Patiënten jonger dan 18 jaar werden uitgesloten, evenals terminale patiënten. Per praktijk werden 50 patiënten geselecteerd.