

Huisarts en patiënt (2): Het probleem en de hulpvraag

In deze serie over de communicatie tussen huisarts en patiënt volgt *In de praktijk* aan de hand van het chronisch hoesten van Loeka de logische ordening van een consult: informatie verzamelen, informatie geven en, als het goed is, gemeenschappelijke besluitvorming. De eerste aflevering ging in op enkele algemene aspecten van de communicatie in de spreekkamer. Deze tweede aflevering gaat over de eerste consultfase: effectieve en efficiënte informatieverzameling over het probleem en de hulpvraag, binnen de context van de patiënt.

Effectieve en efficiënte communicatie

Communicatie tussen huisarts en patiënt is effectief als het lukt de wederzijdse doelen op elkaar af te stemmen. Dat impliceert dat huisarts en patiënt op de hoogte zijn van de betekenis van de uitgewisselde informatie. Communicatie is efficiënt als de afstemming lukt binnen de gestelde consultduur. Anno 1996 nodigt de huisarts volgens de richtlijn niet meer dan zeven patiënten per uur uit voor het spreekuur.¹ Deze richtlijn geldt ook voor 2005, maar het patiëntenaanbod bepaalt veelal de haalbaarheid ervan.

Binnen een kleine tien minuten moet de klus dus geklaard zijn. Gelukkig hoeft niet alles in één consult. De sequentiële hypothese-toetsende methode is goed gebruik in de huisartsgeneeskunde: de definitieve diagnose wordt in (een serie) vervolgsconsulten gesteld.² Doelgericht werken dus: vaststellen van de aard van het probleem (inhoud) en de wensen en verwachtingen van de patiënt (betreiking).

Het chronisch hoesten van Loeka

Loeka hoest nu al twee maanden, is niet ingeënt tegen kinkhoest en haar moeder stelt een duidelijke hulpvraag: bloedonderzoek. Een ideaal consult. Het doel van de huisarts (adequate diagnostiek en daarop gebaseerd beleid) en het doel van de moeder ('Ik wil weten of Loeka kinkhoest heeft') matchen prima. Het beleid van de huisarts is erop gericht de diagnose uit te sluiten of te bevestigen ('Het beleid in tweede termijn zien we dan wel'). De huisarts spreekt deze gedachte niet uit. Hij kondigt de informatieverzameling (anamnese) aan ('Ik wil eerst meer weten over het hoesten van Loeka!') met als ingang de NHG-Standaard Acut hoesten. Gezien de duur van de klachten denkt hij ook even aan astma, maar eerst wil hij die kinkhoest uitsluiten. De hulpvraag is duidelijk, dus doorpakken en geen gedoe over andere wensen en verwachtingen. De impact van het probleem en de hulpvraag op de communicatie (zie de reflectievragen in aflevering 1) is evident. De vragen zijn kort en bondig, de communicatie is effectief en efficiënt. Of blijft er toch iets liggen...?

Vraagverheldering: een must

Vraagverheldering is het exploreren én benoemen van de volgende twee kernvragen:

1. Welke verandering wil de patiënt bereiken vanuit de huidige toestand?
2. Welke wensen en verwachtingen heeft de patiënt over de manier waarop die verandering moet plaatsvinden en de rol daarin van de arts?

De uitkomsten van 1 en 2 zijn de hulpvragen. Deze moeten worden meegenomen in het beleid ten behoeve van de 'therapietrouw' van de patiënt. Als uw beleidsvoorstel inhoudelijk adequaat is en aansluit bij de verwachtingen van de patiënt, leidt dit tot minder werkbelasting voor u en meer tevredenheid bij de patiënt en uzelf. Volgt u zelf adviezen op van wie dan ook die niet aansluiten bij uw wensen of verwachtingen? Ik neem het risico: 'Wat had u gehad willen hebben?'³ Dit NHG-Cahier over vraagverheldering leest lekker weg, inspireert tot nieuwe experimenten en gaat in op de meest gehoorde weerstanden: het kost tijd, en wat te doen als de hulpvraag van de patiënt niet aansluit bij je goed onderbouwde beleid? U besteedt 80 procent van uw tijd aan 20 procent van uw populatie; daar valt nog heel wat te halen als het om compliance gaat! Vertrouw niet langer op uw paranormale begaafdheid, stel open vragen aan de patiënt over diens wensen en verwachtingen.

'Wat vindt u er zelf van?' is zo'n open vraag. 'Dat weet ik niet, ú bent toch de dokter?' 'Jazeker, en een goede ook, maar mijn aanpak heeft meer succes als die aansluit bij uw verwachtingen.'

Natuurlijk is de aard van het consult bepalend voor de mate waarin u aandacht besteedt aan de hulpvraag. In spoedeisende gevallen, vervolgsconsulten en bij kleine verrichtingen is het diepgaand exploreren van de hulpvraag minder functioneel. Directief handelen heeft dan het primaat, want de hulpvraag is al verhelderd, als het goed is. Maar ook dan: niets veranderlijker dan de mens!

De hulpvraag van Loeka's moeder

Loeka's moeder heeft wel degelijk een vraag achter de vraag. Zij had zelf in haar jeugd een lichte vorm van inspanningsastma en Loeka had als peuter regelmatig wat droog eczeem. Maar astma... dat is een zorgelijke gedachte! Als het kinkhoest is, dan is dat goed te behandelen met penicilline, want Loeka krijgt dan natuurlijk een kuurtje. Dus aarzelt moeder om de vraag over astma op tafel te leggen.

Een gemiste kans voor dokter én patiënt. En is dat kuurtje straks, stel dat het kinkhoest is, eigenlijk wel zo vanzelfsprekend?

Paul Ram, huisarts, adjunct-hoofd Huisartsopleiding Universiteit Maastricht

1. Rutten GEHM (red). *Huisarts en patiënt, richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: NHG, 1996.
2. Grundmeijer HGLM, Keenders K, Rutten GEHM. *Het geneeskundig proces*. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
3. *Wat had u gehad willen hebben...? Over de bedoeling van de komst van de patiënt*. NHG-Cahiers over communicatie en attitude nr. 1. Utrecht: NHG, 1999.