

De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie

Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten

JM Bensing, F Tromp, S van Dulmen, A van den Brink-Muinen, W Verheul, F Schellevis

Inleiding

Volgens de literatuur hebben er in de afgelopen decennia grote veranderingen plaatsgevonden in de arts-patiëntrelatie, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als vanuit dat van de arts.¹⁻⁴ Er is inderdaad enig bewijs gevonden dat mensen nu andere dingen van hun huisarts verwachten dan vroeger.⁵ Veel patiënten willen meer informatie dan zij krijgen,⁵ en velen zeggen dat zij actief willen meebeslissen over hun behandeling, onder andere om zelf

een oordeel te kunnen vormen over de mogelijke kans op succes en het risico op eventuele bijwerkingen.⁶ Er lijkt een transformatie plaats te vinden van de rol van de patiënt in de gezondheidszorg, van passieve afhankelijkheid naar actieve autonomie, die beschreven wordt in termen als *patiënt empowerment*, *informed consent*, *shared decision making* en *consumerism*.⁷ Het traditionele paternalistische model van de arts-patiëntrelatie – waarin de arts weet wat goed is voor de patiënt en de patiënt de adviezen van de arts

Samenvatting

Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. *Huisarts Wet* 2008;51(1):6-12.

Doel Vaststellen of er in de loop der jaren veranderingen zijn opgetreden in de communicatie tussen huisartsen en hun (hypertensie)patiënten. We startten het onderzoek met twee hypothesen: ten eerste verwachtten we dat huisartsen zich in de communicatie met patiënten de laatste jaren zakelijker en biomedischer zijn gaan opstellen, als gevolg van het standaardebeleid en de gegroeide nadruk op efficiency in de gezondheidszorg; ten tweede verwachtten we dat patiënten juist mondiger zijn geworden, wat zich zou moeten uiten in meer vragen en een actievere deelname aan het medisch consult.

Methoden Wij hebben een secundaire analyse uitgevoerd op bestaand videomateriaal van doorsnee huisartsconsulten uit 1986 en 2002. De twee onderzoeken waarin deze gegevens verzameld werden, gebruikten precies dezelfde methodologie en tussen de groepen patiënten bestonden geen sekse- of leeftijdsverschillen van betekenis. Uit de bestaande datasets selecteerden wij de hypertensieconsulten (102 in 1986; 108 in 2002). De communicatie tussen arts en patiënt codeerden wij met behulp van het Roter Interaction Analysis System (RIAS), op de coderingen pasten wij vervolgens een multilevelanalyse toe.

Resultaten Anders dan wij verwachtten, waren de patiënten in 2002 juist minder actief dan zestien jaar tevoren: zij praatten minder, namen minder initiatieven, stelden minder vragen en uitten minder zorgen. Artsen stelden in 2002 meer biomedische vragen en gaven meer biomedische informatie, maar toonden minder hun compassie met de patiënt en zochten minder vaak de dialoog. Over het geheel genomen hadden de consulten in

2002 een meer biomedisch karakter gekregen en waren ze zakelijker geworden dan zestien jaar tevoren.

Conclusie De veronderstelling dat huisartsen een gelijkwaardiger relatie hebben gekregen met patiënten, die actieve en kritische consumenten zijn geworden, wordt niet gereflecteerd in onze steekproef van hypertensiepatiënten. De belangrijkste verandering die wij waarnamen was dat het communicatiepatroon van de huisarts zakelijker en taakgerichter was geworden. De recente nadruk op evidence-based geneeskunde en protocolgestuurde zorg worden hierin gereflecteerd. Ook de introductie van de computer in de huisartsenpraktijk kan hierin een rol spelen. Men kan dus wel wat vraagtekens zetten bij het vermeende vermogen van de moderne geneeskunde om patiënten te helpen hun zorgen te uiten.

NIVEL Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: J.M. Bensing, directeur en hoogleeraar; S. van Dulmen, programmaleider; A. van den Brink-Muinen, senior onderzoeker; W. Verheul, junior onderzoeker. Faculteit Sociale Wetenschappen, UMC St. Radboud, VOHA; F. Tromp, onderzoeker. Afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO Instituut, VUmc, Amsterdam; F.G. Schellevis, hoogleeraar.

Correspondentie: j.bensing@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De oorspronkelijke onderzoeken zijn gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMw en Stichting Centraal Fonds RVVZ. De secundaire analyses en het schrijven van dit artikel werden gefinancierd uit het eigen budget van het NIVEL.

Dit artikel is eerder verschenen als: Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006;7:62. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- ▶ De positie van de patiënt ten opzichte van de arts is de afgelopen decennia gelijkwaardiger geworden, zowel formeel (WGBO) als door een toenemend consumentisme. De biopsychosociale, patiëntgerichte benadering wordt langzamerhand gemeengoed.
- ▶ Anderzijds is in de gezondheidszorg de nadruk op standaardenbeleid en efficiency sterk toegenomen, in het streven naar evidence-based geneeskunde en kostenbeheersing.

Wat is nieuw?

- ▶ Anders dan men zou verwachten, zijn patiënten in de spreekkamer in de afgelopen twintig jaar minder gaan praten, minder (biomedische) vragen gaan stellen en minder zorgen gaan uiten.
- ▶ Huisartsen zijn zich in die periode tijdens het consult zakelijker gaan opstellen. Zij geven meer informatie en stellen minder vragen: hun communicatiestijl is meer biomedisch en taakgericht geworden.
- ▶ Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de introductie van de computer in de spreekkamer, de grotere nadruk op evidence-based geneeskunde die niet altijd strookt met de patiëntgerichte benadering, en het ook uit de literatuur bekende verschijnsel dat wat patiënten zeggen dat zij willen niet altijd overeenkomt met wat zij in de spreekkamer daadwerkelijk doen.

kritiekloos volgt – is niet langer het enige model, noch het best mogelijke.^{8,9} Er bestaat een brede consensus dat een gelijkwaardiger arts-patiëntrelatie beter is voor de patiënt en ook beter past bij de politieke en ethische normen van tegenwoordig.⁷

Er is echter ook wel enig bewijs dat de praktijk er anders, minder ideaaltypisch, uitziet, bijvoorbeeld omdat patiënten niet altijd actief willen deelnemen aan de besluitvorming.¹⁰ Het verband tussen wat patiënten zeggen te willen en wat zij in de spreekkamer daadwerkelijk doen, is niet erg sterk.^{1,6,7,11} Dat patiënten bij voorkeur zo veel mogelijk medische informatie krijgen, betekent niet noodzakelijk dat zij daar zelf actief naar op zoek gaan.⁷ Dit wordt bevestigd in observatieonderzoek: voortdurend ziet men dat patiënten erg weinig vragen stellen, ongeacht het type arts waar ze mee te maken hebben.¹¹⁻¹⁵ Ook patiënten die op een vragenlijst te kennen geven dat zij een voorkeur hebben voor gezamenlijke besluitvorming, zeggen dat lang niet altijd in de spreekkamer. Die voorkeur lijkt ook niet bij alle patiënten even sterk, maar hangt samen met leeftijd (ouderen minder dan jongeren^{10,16,17}), sekse (mannen minder dan vrouwen), opleiding (lager opgeleiden minder dan hoger opgeleiden^{16,17}), de ernst van de aandoening (patiënten met ernstige problemen minder dan gezondere patiënten^{18,19}) en de copingstijl (patiënten die veel informatie willen, willen meer meebeslissen dan anderen²⁰).

Samenvattend kunnen we concluderen dat in de literatuur de autonome, participerende patiënt duidelijk als het preferente rolmodel naar voren wordt gebracht, maar dat men er niet zo zeker van is of dat rolmodel wel altijd in de spreekkamer zichtbaar is. Maar niet alleen de patiënten zijn – waarschijnlijk – veranderd in

de afgelopen jaren. Ook de geneeskunde en de gezondheidszorg hebben grote veranderingen ondergaan die van invloed kunnen zijn op de manier waarop artsen met hun patiënten communiceren. Er hebben tegelijkertijd meerdere ontwikkelingen plaatsgevonden, bijvoorbeeld in de geneeskundige opleiding, de organisatie van de gezondheidszorg en de wijze waarop de kwaliteit van het medisch handelen wordt bevorderd en getoetst, die echter niet noodzakelijk allemaal dezelfde effecten hebben in de spreekkamer.¹ Enerzijds is de biopsychosociaal georiënteerde, *patient-centred* benadering één van dominante paradigma's geworden in de moderne geneeskunde,²¹⁻²⁴ een ontwikkeling die goed spoort met de reeds genoemde veranderingen in het beeld van de patiënt in de gezondheidszorg. Anderzijds is er de laatste vijftien jaar ook een sterke beweging geweest naar een meer gerationaliseerde, biomedische geneeskunde, gebaseerd op protocollen en richtlijnen. Dit paradigma van de evidence-based geneeskunde^{25,26} doet de aandacht van artsen wellicht eerder de technische kant uitgaan.²⁷ De wetenschappelijke basis van de geneeskunde is immers gigantisch gegroeid, en het vraagt van artsen veel energie om alle nieuwe kennis en kunde bij te houden.²⁷ Helaas valt over de manier waarop deze twee paradigma's, dat van de patiëntgerichte en dat van de evidence-based geneeskunde, het communicatieproces tussen arts en patiënt hebben beïnvloed erg weinig te zeggen, want er zijn zo goed als geen empirische gegevens over veranderingen in het gedrag van artsen.

Wij wilden in ons onderzoek de communicatie vergelijken tussen huisarts en patiënt tijdens routineconsulten, in twee perioden die zestien jaar uiteen liggen. Zo zou duidelijk worden hoe de bovenbeschreven maatschappelijke veranderingen zichtbaar worden in de spreekkamer. Daarbij gingen wij uit van de hypothese dat patiënten in de laatste tien jaar actiever zijn gaan deelnemen aan het consult en dat artsen in die periode meer taakgericht geworden zijn. Als onderzoekspopulatie kozen wij een homogene groep patiënten met een probleem dat in de huisartsenpraktijk veel voorkomt: hypertensie. Wij kozen voor hypertensie, mede omdat het succes van de behandeling van dit probleem niet alleen afhangt van de kwaliteit van de zorg maar ook van actieve participatie van de patiënten.

Methode

Onderzoekopzet

Dit onderzoek is een secundaire analyse van twee datasets, verzameld in 1986 en 2002. Beide sets betroffen normale dagelijkse huisartsenconsulten in Nederland, geobserveerd met een onbelemmerde videocamera nadat de patiënt hiervoor schriftelijk toestemming had verleend. Het onderzoek uit 1986 omvatte in totaal 1569 consulten, waaruit wij 102 consulten selecteerden van 27 verschillende huisartsen, te weten alle consulten van patiënten die de huisarts bezochten vanwege hypertensie (voor een uitvoerige verantwoording, zie de literatuur).²⁸⁻³⁰ Uit het onderzoek uit 2002, dat 2784 consulten telde,³¹ selecteerden wij voor iedere huisarts de eerste patiënt met hypertensie, wat resulteerde in een selectie van 108 consulten door 108 huisartsen.

Steekproef

Patiënten

Tussen de oude en de nieuwe steekproef waren geen verschillen in leeftijd, geslacht of belangrijkste gezondheidsprobleem (hypertensie). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was respectievelijk 57,7 (SD 14,95) en 61,4 (SD 14,66), het percentage vrouwen was 66% versus 63%. Geen van beide verschillen was statistisch significant. In beide steekproeven ging het in overgrote meerderheid om herhalingsconsulten.

Huisartsen

In beide steekproeven waren alle artsen huisartsen. De meerderheid (92% versus 94%) had meer dan 5 jaar ervaring. In de steekproef van 1986 waren alle artsen mannen, van wie 43% in een solopraktijk werkte en de overigen in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. In de steekproef van 2002 was 74% van de artsen man en werkte 35% in een solopraktijk.

Codeerprocedures en meetinstrumenten

Wij noteerden de duur van het gehele consult en de duur van het lichamenlijk onderzoek, en scoorden de communicatiepatronen met behulp van het Roter Interaction Analysis System (RIAS), een observatiesysteem dat zijn validiteit en betrouwbaarheid bewezen heeft.^{13,29,32-36} Het systeem houdt in dat de observator de 'uitingen' van arts en patiënt onderbrengt in een aantal elkaar uitsluitende categorieën (zie de *tabel* voor voorbeelden). Een uiting is het kleinste mogelijke spraaksegment dat binnen een categorie kan worden ingedeeld; dat kan variëren van een enkel woord tot een lange zin. Verbale uitingen die niet in één categorie passen of niet verstaanbaar zijn, vallen in de categorie 'overige uitingen' en tellen ook mee in het totale aantal uitingen. De RIAS-categorieën zijn vervolgens samengevoegd tot grotere, betekenisvolle categorieën op basis van factoranalyse en consistentie met eerder onderzoek.^{29,30}

Het coderen van de twee steekproeven gebeurde door verschillende observatoren, getraind en begeleid door de eerste auteur (JMB). De interobservatorbetrouwbaarheid was in beide steekproeven voldoende tot zeer goed (de pearsoncorrelatiecoëfficiënt varieerde van 0,72 tot 0,99).

Statistische analyse

Voor de analyse is het programma MlwiN 2.01 gebruikt.³⁷ Voor een gedetailleerd overzicht verwijzen wij naar ons oorspronkelijke artikel.³⁸

Ethische toestemming

Het onderzoek werd uitgevoerd in overeenstemming met de Nederlandse privacywetgeving. Alle artsen en patiënten zijn geïnformeerd over het onderzoek en gaven schriftelijk hun toestemming voor deelname.

Resultaten

De duur van het consult was iets, maar niet significant, langer in de recentere consulten (9,0 versus 10,0 minuten, $p = 0,18$); In de

duur van het lichamenlijk onderzoek (2,2 minuten in 1986 versus 2,0 minuten in 2002, $p = 0,23$) vonden wij geen significante verschillen.

De verschillen in communicatie van arts en patiënt worden weer gegeven in de *tabel*. De hoeveelheid uitingen van de artsen verschilde niet tussen de twee cohorten, maar patiënten praatten in 2002 aanzienlijk minder dan in 1986 (139 versus 109 uitingen, $p = 0,02$). Vergeleken met 1986 stelden de patiënten in 2002 minder medische vragen, uitten zij minder zorgen en maakten zij minder procesgerichte opmerkingen, zoals vragen om verheldering.

In 2002 stelden artsen minder biomedische vragen, maar zij gaven meer biomedische informatie dan in 1986. Net als hun patiënten vroegen ook de artsen minder vaak naar de mening van de ander. Zij vroegen daarnaast minder vaak of de patiënt alles goed begrepen had, en toonden minder vaak compassie met de patiënt.

Om het onverwacht lagere aantal uitingen van de patiënt in 2002, dat niet verklaard kon worden door de duur van het consult of die van het lichamenlijk onderzoek, nader te onderzoeken, hebben wij de video-opnamen van de consulten opnieuw geanalyseerd. Een belangrijk verschil bleek te schuilen in de stiltes terwijl de arts een computer gebruikte. In 1986 had geen enkele arts een computer op het bureau staan, in 2002 hadden alle artsen er een. De huisartsen waren in 2002 gemiddeld per consult bijna twee minuten bezig met de computer (gemiddelde 112 sec., SD = 92,5, bereik 0-525).

Discussie

Het geven van informatie is een belangrijk element van goede zorg: patiënten hebben informatie nodig om hun toestand te begrijpen,³⁹ om een gevoel van controle te krijgen, om met succes de eigen gezondheid te kunnen *managen*³⁹ en om te kunnen participeren in de medische besluitvorming.^{40,41} In 2002 gaven huisartsen meer informatie. Toch laten onze gegevens ook een schaduwkant zien. De huisartsen uit 2002 hielden zich minder bezig met *partnership building*, bijvoorbeeld door patiënten naar hun mening te vragen, hen te vragen om iets wat zij gezegd hadden te verduidelijken of het consult expliciet in die richting te structureren. Ze toonden ook minder hun compassie. Over het algemeen leken de huisartsen uit de steekproef van 2002 zakelijker en taakgerichter dan de huisartsen uit 1986, die meer vragen stelden en meer interactie met hun patiënten zochten.

Deze bevindingen komen overeen met de resultaten aan de patiëntenkant. In het algemeen leverden de hypertensiepatiënten uit 2002 een aanzienlijk kleinere bijdrage aan het consult dan hun tegenhangers uit 1986. Dit gold voornamelijk het procesgerichte domein: de patiënten stelden minder biomedische vragen en hielden zich minder dan voorheen bezig met *partnership building* met de huisarts, bijvoorbeeld door hem om uitleg te vragen. Ze spraken bovendien aanzienlijk minder over de dingen die hen dwars zaten. Deze resultaten zijn in tegenspraak met de verwachtingen die de theoretische literatuur over autonomie van patiënten gewekt heeft. In recente publicaties is beargumenteerd dat participatie met name voor hypertensiepatiënten belangrijk is omdat deze,

Tabel Frequenties van communicatiecategoríeën per consult van hypertensiepatiënten in 1986 en in 2002

Categorie	Voorbeeld	1986 (n = 102)		2002 (n = 108)		p
		e ^{II} *	95%-BI	e ^{II}	95%-BI	
Huisarts totaal		129	119,7-139,7	119	113,4-124,1	0,26
Taakgericht gedrag						
- biomedische vragen	'Heeft u zich de laatste tijd duizelig gevoeld?'	9,1	8,3-9,9	7,1	6,6-7,6	0,05
- biomedische informatie en advies	'Uw bloeddruk is omlaag gegaan'	26,7	24,5-29,1	34,7	32,5-37,0	0,02
- psychosociale vragen	'Maakt dit u bezorgd?'	2,9	2,4-3,5	3,7	3,4-4,1	0,18
- psychosociale informatie en advies	'U zou wat meer mensen moeten zien.'	6,7	5,5-8,0	6,2	5,4-7,1	0,38
Affectgericht gedrag						
- sociaal gedrag	'Uw dochter zit nu toch in groep twee?'	9,3	8,4-10,3	10,5	9,6-11,6	0,27
- bezorgdheid/optimisme	'Ik maak me echt zorgen om uw bloeddruk.'	5,5	5,0-5,9	1,4	1,2-1,6	< 0,001
- empathie	'Ik kan me voorstellen dat u zich hier zorgen over maakt'	37,8	33,4-42,8	37,2	35,0-39,6	0,40
Procesgericht gedrag						
- instructies en aanwijzingen	'We gaan nu eerst uw bloeddruk meten'	16,5	14,9-18,2	10,3	9,6-11,0	< 0,001
- dialoog zoeken	'Als ik u goed begrijp ...'	4,3	3,7-4,9	1,5	1,3-1,7	< 0,001
- oneens zijn	'Nee, u moet die pillen toch echt elke dag nemen!'	1,0	0,8-1,2	0,3	0,2-0,4	< 0,001
Patiënt totaal		139	127,7-151,8	109	103,6-114,9	0,02
Taakgericht gedrag						
- biomedische vragen	'Kan dit een bijwerking van de medicijnen zijn?'	6,0	5,4-6,5	4,3	4,0-4,7	0,01
- biomedische informatie	'Ik heb gelukkig geen hoofdpijn meer'	36,8	33,6-40,4	33,1	30,9-35,5	0,27
- psychosociale vragen	'Heeft stress ook invloed op mijn bloeddruk?'	0,5	0,4-0,7	0,5	0,4-0,6	0,40
- psychosociale informatie	'Ik maak me vaak zorgen dat ik mijn baan kwijt raak'	24,8	21,1-29,1	21,4	19,1-24,0	0,31
Affectgericht gedrag						
- sociaal gedrag	'Bent u nog op vakantie geweest?'	10	8,6-11,7	11,8	10,5-13,2	0,28
- bezorgdheid/optimisme	'Hier schrik ik wel van!'	12,3	11,2-13,4	1,0	0,8-1,2	< 0,001
- empathie	'U heeft ook een zware baan'	24,9	22,6-27,4	29,4	27,8-31,1	0,13
Procesgericht gedrag						
- instructies en aanwijzingen	'Ik wil het graag over de gevolgen hiervan hebben'	5,1	4,2-6,0	0,9	0,8-1,2	< 0,001
- dialoog zoeken	'Heb ik het nu goed begrepen dat ...'	3,2	2,9-3,5	0,4	0,4-0,5	< 0,001
- oneens zijn	'Nee, ik denk toch echt dat die pillen mij niet helpen'	1,0	0,8-1,2	0,4	0,3-0,5	0,02

*e^{II} is de frequentie die door het poissonregressiemodel is geschat; p-waarden kleiner dan 0,05 worden als significant beschouwd.

als zij eenmaal medicatie hebben gekregen, zich voornamelijk zelf moeten redden.^{40,42} Op grond van de literatuur over autonomie van patiënten zou men een stijging verwachten van het aantal vragen en procesgerichte uitingen van deze patiënten; die literatuur gaat er immers van uit dat moderne patiënten meer informatie willen en actiever betrokken zijn bij het medische consult.

Voor deze onverwachte resultaten kan men verschillende verklaringen bedenken. In theorie zou leeftijd een rol kunnen spelen. Patiënten die hun huisarts bezoeken voor hypertensie zijn over het algemeen wat ouder, en passen dus wellicht niet heel goed in het model van de autonome patiënt. Het is bekend dat ouderen minder behoefte hebben aan gezamenlijke besluitvorming dan jongere patiënten.^{10,16} Dit zou een leeftijdseffect kunnen zijn of een cohorteffect.¹⁰ De leeftijdsverschillen tussen de twee steekproeven waren echter niet significant, en bovendien zou een cohorteffect juist tot méér participatie geleid hebben in 2002. Daarmee vervalt 'leeftijd' als verklaringsgrond voor de lagere participatie van patiënten in de onderzoeksgroep uit 2002.

Theoretisch is het ook mogelijk dat huisartsen in 2002 zulke grondige informatie gaven dat hun patiënten geen verdere vragen hadden. Dit is vrij onwaarschijnlijk, omdat uit onderzoek blijkt dat artsen de informatiebehoefte van patiënten consequent onderschatten en dat zij hun patiënten niet goed vragen weten te ont-

lokken.¹⁰ In een Nederlands onderzoek bleek dat eenderde van alle huisartspatiënten de spreekkamer verliet met vragen die niet gesteld waren. Dertig procent van deze patiënten schreef dit toe aan tijdgebrek, 19% aan onduidelijke informatie van de huisarts en 21% gaf aan te gespannen te zijn om alle vragen te stellen.⁴³ In een buitenlands kwalitatief onderzoek hadden slechts 4 van de 35 patiënten alles wat zij hadden willen zeggen ook daadwerkelijk gezegd tijdens het consult.⁴⁴ Misschien houdt de huisarts tegenwoordig zijn hypertensiepatiënten beter in de gaten dan in de jaren tachtig en nodigt hij hen vaker uit voor controle. Dan nog is het allerminst zeker dat patiënten, wanneer zij vaker op consult komen, bij elk bezoek ook daadwerkelijk minder vragen zouden stellen. Een herhalingsconsult zou eerder de drempel om vragen te stellen verlagen. Daarbij komt dat het verschil tussen de beide perioden blijft staan (p < 0,05), ook wanneer we alleen naar de herhalingsconsulten kijken. Evenmin is het waarschijnlijk dat de gevonden verschillen zouden zijn toe te schrijven aan het grotere aandeel van vrouwelijke huisartsen in de steekproef uit 2002; vrouwelijke artsen betrekken hun patiënten in het algemeen juist méér bij het consult dan mannelijke artsen.⁴⁵

De meest waarschijnlijke verklaring voor de geringe participatie van patiënten in ons onderzoek is dat onze patiënten, anders dan de hypothese deed verwachten, in zestien jaar tijd niet veranderd

zijn in actieve, onafhankelijke en geëmancipeerde consumenten – tenminste niet tijdens medische consulten. Buiten de spreekkamer lijken patiënten juist vol van ideeën over hun medische toestand en van meningen over de medische behandeling.⁴⁶ Maar eenmaal in de spreekkamer lijkt die mondigheid het te laten afweten. Anekdotische verhalen van patiënten die zelf arts zijn, bevestigen deze zienswijze.⁴⁷

Nu is dit weliswaar een mogelijke verklaring voor de geringe participatie van patiënten tijdens het medische consult, kan het *niet* verklaren waarom patiënten zich anno 2002 zoveel minder actief opstelden dan zestien jaar eerder. We zullen de oorzaak daarvoor toch moeten zoeken in veranderingen in het gedrag van de artsen. Artsen bepalen de agenda van het consult, terwijl patiënten volgen.⁷ Patiënten gaan dus pas praten als ze zich daartoe uitgenodigd voelen door de communicatie van de arts. Artsen moeten daarom goed luisteren en patiënten actief de gelegenheid bieden om hun zorgen en problemen naar voren te brengen.⁴⁸ Patiënten vinden dat heel belangrijk.¹⁰ Het is aangetoond dat de manier waarop de huisarts luistert naar de patiënt van invloed is op wat de patiënt zegt.⁴⁹ De belangrijkste verandering in de communicatie van de artsen die wij in ons onderzoek vonden, was er een van procesgerichte, affectieve naar taakgerichte communicatie en dan vooral naar het geven van biomedische informatie.

Informatie geven is een uitermate belangrijke taak van de huisarts. Informatie voorziet in de eerste van wat George Engel 'de dubbele behoefte van de patiënt' heeft genoemd, *the need to know and understand*.³⁹ Maar als voldaan is aan de cognitieve behoefte om te weten en te begrijpen, dan is de tweede belangrijke behoefte van de patiënt nog niet vervuld, *the need to be known and understood* – de behoefte om erkend en begrepen te worden. Die tweede, affectieve behoefte is gerelateerd aan de emotionele coping van de patiënt, zoals het uiten van zorgen. Beide elementen staan centraal in het concept van patiëntgerichtheid, *patient-centredness*.²²⁻²⁴ Ons onderzoek laat zien dat Nederlandse huisartsen in de loop der jaren meer informatie zijn gaan geven, maar minder geneigd zijn om patiënten aan te moedigen hun verhaal te doen.

Een laatste mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen heeft te maken met de introductie van de computer in de huisartsenpraktijk. In het eerste cohort gebruikte geen enkele huisarts een computer, in het tweede cohort gebruikten alle huisartsen er een. We konden empirisch vaststellen dat een aanzienlijk deel van de consulttijd (gemiddeld twee minuten) met computergebruik gevuld werd. Patiënten in het eerste cohort bleven doorpraten wanneer de arts zijn bevindingen neerschreef, maar patiënten in het tweede cohort vielen gewoonlijk stil wanneer de arts zijn computer gebruikte. Daarbij komt dat de computer de toch al aanwezige, zakelijke atmosfeer van recente consulten zou kunnen versterken. Margalit en medewerkers⁵⁰ onderzochten wat er gebeurt als de huisarts tijdens het consult naar een beeldscherm kijkt, en vonden dat dit negatief gerelateerd is aan het vragen naar psychosociale aspecten en aan emotionele sensitiviteit. Daarnaast had het ook een negatieve invloed op de sociaal-emotionele en psychosociale communicatie van de patiënt, en op de

totale communicatie tussen arts en patiënt. Het zou goed kunnen dat artsen nog niet geheel gewend zijn aan het gecomputeriseerd bijhouden van het patiëntdossier en dat zij tijd nodig hebben om deze 'derde partij' een plaats binnen het consult te geven. Onze resultaten geven echter wel aanleiding om zowel in onderzoek als in het medisch onderwijs meer aandacht te besteden aan hoe de computer het verloop van een medisch consult beïnvloedt. Op deze manier kunnen negatieve effecten van computergebruik binnen het consult geminimaliseerd worden en de positieve effecten worden vergroot.

Sterke en zwakke kanten van dit onderzoek

Een sterke kant van dit onderzoek is, dat wij de communicatiepatronen van artsen en patiënten konden vergelijken op momenten die vijftien jaar uiteen lagen, maar met precies dezelfde methodologie: observatie van op video opgenomen, echte huisartsconsulten met hypertensiepatiënten. De patiëntengroepen waren in veel opzichten vergelijkbaar, en dat draagt bij aan de waarschijnlijkheid dat de gevonden verschillen daadwerkelijke veranderingen in de communicatie weerspiegelen. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat alle analyses uitingen waren van duidelijke, vooraf opgestelde hypothesen.

Het onderzoek heeft ook enkele zwakke punten. Het belangrijkste is dat verschillende observatoren de video's gecodeerd hebben. Daar staat tegenover dat alle observatoren uitgebreid getraind waren volgens eenzelfde trainingsprotocol en door dezelfde trainer (namelijk de eerste auteur, JMB). De hoge interobserverbetrouwbaarheid, die ook aan de dag trad in ander, internationaal onderzoek dat met RIAS verricht is, sterkt ons in het vertrouwen dat de gevonden verschillen niet te wijten zijn aan de observatoren.

Een andere mogelijke zwakte van ons onderzoek is dat het aantal patiënten per arts niet hetzelfde was in beide steekproeven. De steekproef uit 1986 bevatte meerdere patiënten per arts, die uit 2002 één patiënt per arts. De consulten in de eerste steekproef waren dus geclusterd rond artsen, en dit vroeg om een multilevelanalyse die in de tweede steekproef niet nodig was. Na advies van een statistisch expert hebben we besloten een multilevelanalyse uit te voeren waarin (uiteraard) alleen gecontroleerd werd voor de clustering in het eerste cohort. Het is belangrijk om daarbij te vermelden dat een *single level*-aanpak bijna identieke resultaten voortbracht. Gezien de datastructuur en de verdeling van de afhankelijke variabelen denken we dat het gebruikte multilevel-poissonmodel de communicatieverschillen in beide perioden het nauwkeurigst weergeeft.

Conclusie

Nederlandse huisartsen hadden in 2002 een meer biomedische en taakgerichte communicatiestijl dan in 1986. Wellicht hierdoor – en wellicht ook door de introductie van de computer in de spreekkamer – kwam onze hypothese met betrekking tot een groeiende actieve bijdrage van patiënten aan het medisch consult niet uit. Integendeel: De hypertensiepatiënten uit 2002 praatten

minder, stelden minder biomedische vragen en uitten minder zorgen dan eenzelfde groep patiënten uit 1986. In tegenstelling tot wat wij verwachtten, konden wij de in de literatuur gepostuleerde ontwikkeling naar een meer egalitaire arts-patiëntrelatie in de dagelijkse werkelijkheid van de spreekkamer niet terugvinden. Het lijkt erop dat er tussen droom en daad van patiëntenparticipatie weliswaar geen wetten meer in de weg staan (integendeel; denk aan de WGBO), maar voor de patiënt des te meer praktische bezwaren. Dat geeft stof tot nadenken.

Dankbetuiging

De auteurs zijn de huisartsen en de patiënten die deelnamen aan dit onderzoek zeer erkentelijk. We willen graag Peter Spreeuwenberg (NIVEL) bedanken voor het statistische advies.

Literatuur

- 1 Bensing J: Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
- 2 Jones R, Higgs R, De Angelis C, Prideaux D. Changing face of medical curricula. *Lancet* 2001;357:699-703.
- 3 McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ* 1998;316:1807-9.
- 4 Smith R. All changed, changed utterly: British medicine will be transformed by the Bristol case. *BMJ* 1998;316:1917-8.
- 5 Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine: The consultation. *BMJ* 2002;324:1567-9.
- 6 Elwyn G. Shared decision making: Patient involvement in clinical practice [Proefschrift]. Nijmegen: University of Nijmegen, 2001.
- 7 Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681-92.
- 8 Roter DL, Hall JA. Doctors talking to patients, patients talking to doctors. Westport (CN): Auburn House, 1993.
- 9 Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-6.
- 10 Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: Implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care* 2001;10 Suppl 1:i34-8.
- 11 Robinson JD. An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Commun* 2003;15:27-57.
- 12 Brink-Muinen A, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in general practice: Differences between women's health care and regular health care. *Med Care* 1998;36:100-6.
- 13 Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, Seki Y, Katsumata N, Aoki Y. The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics. *Patient Educ Couns* 2002;46:277-85.
- 14 Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 1977;5:281-315.
- 15 Van Dulmen AM, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. *Women Health* 2000;30:49-61.
- 16 Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M: Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-8.
- 17 Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001;50:1057-62.
- 18 Bradley JG, Zia MJ, Hamilton N. Patient preferences for control in medical decision making: A scenario-based approach. *Fam Med* 1996;28:496-501.
- 19 Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol* 1992;45:941-50.
- 20 Ong LM, Visser MR, Van Zuuren FJ, Rietbroek RC, Lammes FB, De Haes JC. Cancer patients' coping styles and doctor-patient communication. *Psychooncology* 1999;8:155-66.
- 21 Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999;49:711-6.
- 22 Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- 23 Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centred medicine transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
- 24 Stewart M: Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
- 25 Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: Longitudinal observational study. *BMJ* 2005;331:1121.
- 26 Reid CM, Ryan P, Miles H, Willson K, Beilin LJ, Brown MA, et al. Who's really hypertensive? Quality control issues in the assessment of blood pressure for randomized trials. *Blood Press* 2005;14:133-8.
- 27 White KL, editor. The task of medicine: Dialogue at Wickenburg. Menlo Park (CA): The Henry J Kaiser Family Foundation, 1988.
- 28 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht/Rotterdam: NIVEL, 1991.
- 29 Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 1992;30:283-98.
- 30 Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *J Gen Intern Med* 2003;18:335-42.
- 31 Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, De Haes JC, Visser A, Schellevis F, Bensing J. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expect*. 2006;9:333-42.
- 32 Ong LM, Visser MR, Kruyver IP, Bensing JM, Brink-Muinen A, Stout-hard JM, et al.: The Roter interaction analysis system (RIAS) in oncological consultations: Psychometric properties. *Psychooncology* 1998;7:387-401.
- 33 Roter D, Larson S: The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 2002;46:243-51.
- 34 Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987;25:437-51.
- 35 Roter DL. The Roter method of interaction process analysis [unpublished manual]. Baltimore, 1987.
- 36 Roter DL. The Roter method of interaction process analysis [unpublished manual]. Baltimore, 1993.
- 37 Rasbash J, Steele F, Browne W, Prosser B. A user's guide to MLwiN version 2.0. Bristol: University of Bristol, 2005.
- 38 Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract* 2006;7:62.
- 39 Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view. In: White KL, editor. The task of medicine: Dialogue at Wickenburg. Menlo Park (CA): The Henry J Kaiser Family Foundation, 1988:113-6.
- 40 Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49:477-82.
- 41 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- 42 Sims J. What influences a patient's desire to participate in the management of their hypertension? *Patient Educ Couns* 1999;38:185-94.
- 43 Markt voor informatief medisch en voedingskundig televisieprogramma. Mening van de Nederlandse bevolking. Amsterdam: NIPO, 11 september 1999.
- 44 Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246-50.

- 45 Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA* 2002;288:756-64.
- 46 Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract* 1994;11:67-74.
- 47 Lens P, redactie. *Zieke dokters*. Utrecht: Van der Wees, 1999.
- 48 Whitcomb ME. Communication and professionalism. *Patient Educ Couns* 2000;41:137-44.

- 49 Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses: A call for active listening. *Arch Fam Med* 2000;9:222-7.
- 50 Margalit RS, Roter D, Dunevant MA, Larson S, Reis S. Electronic medical record use and physician-patient communication: An observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Couns* 2006;61:134-41.

Helpen huisstofmijtwerende hoezen?

Marjolein de Vries, Lisette van den Bemt, Karen Aretz, Bart Thoonen, Jean Muris, Arnold Kester, Sonja Cloosterman, Onno van Schayck

Inleiding

Inflammatie is het onderliggende pathofysiologische mechanisme bij astma en leidt tot een variabele beperking in de luchtstroom, wat zorgt voor klachten.¹

Inhalatiecorticosteroiden (ICS) bestrijden de inflammatie en vormen daarom de hoeksteen in de behandeling van astma.²⁻⁵ Vanwege mogelijke bijwerkingen van ICS is het van belang om de dosering zo laag mogelijk te houden.⁶ Bij patiënten met mild

astma is het vaak mogelijk om de dosering te verminderen.^{7,8}

Zelfbehandelplannen zijn geschikt om de dosering van ICS naar een optimaal niveau te brengen en te houden. Daarnaast is aangetoond dat zelfbehandelplannen positieve effecten hebben op diverse astmagerelateerde uitkomstmaten.⁸⁻¹¹ Vooral geïndividualiseerde geschreven actieplannen geven steeds een positief effect op astmagerelateerde uitkomstmaten omdat ze gebaseerd zijn op de persoonlijk beste piekstroomwaarde, gebruikmaken

Samenvatting

De Vries MP, Van den Bemt L, Aretz K, Thoonen BPA, Muris JWM, Kester A, Cloosterman S, Van Schayck CP. Helpen huisstofmijtwerende hoezen? *Huisarts Wet* 2008;51(1):12-7.

Achtergrond De effectiviteit van huisstofmijt (HSM) werende hoezen is nog steeds onderwerp van discussie.

Doel Onderzoeken of de combinatie van HSM-werende hoezen en zelfbehandeling, gebaseerd op piekstroomwaarden en symptomen, leidt tot gebruik van minder inhalatiecorticosteroiden (ICS) in vergelijking met zelfbehandeling alleen.

Opzet Prospectief, gerandomiseerd, dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek.

Methoden We includeerden astmapatiënten van zestien tot zestig jaar, die een allergie hadden voor HSM, en ICS gebruikten. We legden ze uit hoe ze het zelfbehandelplan moesten gebruiken op basis van piekstroomwaarden en symptomen. Na een oefenperiode van drie maanden startte de interventieperiode van twee jaar met HSM-ondoorlaatbare of placebo hoezen. De primaire uitkomstmaat was gebruik van ICS, daarnaast keken we ook naar piekstroomparameters, astmacontrole en symptomen.

Resultaten Er begonnen 126 patiënten aan de interventieperiode met de hoezen. Na een en twee jaar was er een significant verschil in blootstelling aan allergenen tussen de groep met HSM-werende hoezen en de placebogroep ($p < 0,001$). We vonden geen significant verschil tussen de groepen in gebruik van ICS (p

= 0,08), ochtend piekstroomwaarde ($p = 0,52$), piekstroomvariabiliteit ($p = 0,36$), dyspnoe ($p = 0,46$), piepen ($p = 0,77$) en hoesten ($p = 0,41$). Er was ook geen verschil in astmacontrole tussen de interventie- en controlegroep.

Conclusie HSM-werende hoezen in combinatie met zelfbehandeling leiden niet tot minder gebruik van ICS dan zelfbehandeling alleen.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde; Onderzoeksinstituut Caphri; Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. C.P. van Schayck, onderzoeker; dr. M.P. de Vries, huisarts; Karen Aretz, onderzoeks-assistent; dr. J.W.M. Muris, huisarts-onderzoeker; Vakgroep Huisartsgeneeskunde, St. Radboud UMCN: dr. B.P.A. Thoonen, huisarts-onderzoeker; (destijds) dr. S. Cloosterman, onderzoeker; L. van den Bemt, onderzoeker; Capaciteitsgroep Methodologie en Statistiek, Onderzoeksinstituut Caphri; Universiteit Maastricht: dr. A.D.M. Kester, statisticus.

Correspondentie: onno.vanschayck@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: Dit onderzoek werd gesubsidieerd door NWO (subsidie no. 904-58-091), het Nederlands Astma Fonds (projectnummer 98.55), AstraZeneca B.V. en Boehringer Ingelheim.

Dit artikel is eerder verschenen als: De Vries MP, Van den Bemt L, Aretz K, Thoonen BPA, Muris JWM, Kester A, Cloosterman S, Van Schayck CP. House dust mite allergen avoidance and self-management in allergic patients with asthma: randomised controlled trial. *Br J of Gen Pract* 2007;57:184-90. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.