

Google vooral naar websites van de farmaceutische industrie leiden en minder vaak naar de NHG-patiëntenfolders of -brieven. Hier is echter nog geen systematisch onderzoek naar gedaan. Veel huisartsen vragen patiënten wat zij zelf al aan hun klacht hebben gedaan. Wij bevelen aan patiënten ook te vragen welke informatie zij al over hun klacht hebben gevonden. Daarnaast kunnen huisartsen patiënten verwijzen naar relevante sites voor verdere informatie. Dit kan door de praktijksites te verbeteren en door een patiëntensite met herkenbare en betrouwbare gezondheidsinformatie te ontwikkelen.

Literatuur

- 1 Spadaro R. European Union citizens and sources of information about health. Eurobarometer 58.0. EORG. 2003.
- 2 Rideout V. E-health and the Elderly: How Seniors Use the Internet for Health Information. Key findings from a national Survey of Older Americans. Menlo Park: Kaiser Family Foundation, 2005.
- 3 <http://statline.cbs.nl/StatWeb> Key word: internetgebruik.
- 4 WA Keijser Online gezondheidsinformatie en lotgenotencontact. Utrecht: Wacomed, 2005.
- 5 Van Rijen, AJG. Internetgebruiker en veranderingen in de zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.
- 6 Ahmad F, Hudak PL, Bercovitz K, Hollenberg E, Levinson W. Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? J Med Internet Res 2006; 8:e22.
- 7 Mc Mullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. Patient Education and Counseling 2006;63:24-8.
- 8 Taub SJ. The Internet's role in patient/physician interaction: bringing our understanding in line with online reality. Compr Ophthalmol Update 2006; 7:25-30.
- 9 Chen X, Siu LL. Impact of the media and the Internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada. J Clin Oncol 2001;19:4291-7.
- 10 Schwartz KL, Roe T, Northrup J, Meza J, Seifeldin R, Neale AV. Family Medicine Patients' Use of the Internet for Health Information: A MetroNet Study. J Am Board Fam Med 2006;19:39-45.
- 11 Akerkar SM, Kanitar M, Bichile LS. Use of the Internet as a resource of health information by patients: A clinic-based study in the Indian population. J Postgrad Med 2005;51:116-8.
- 12 Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' Use of the Internet for Medical Information. J Gen Intern Med 2002;17:180-5.
- 13 Smith-Barbaro PA, Licciardone JC, Clarke HF, Coleridge ST. Factors Associated with Intended Use of a Web Site Among Family Practice Patients. J Med Internet Res 2001;3:e17.
- 14 Dickerson S, Reinhart AM, Feeley TH, Bidani R, Rich E, Garg VK, et al. Patient Internet Use for Health Information at Three Urban Primary Care Clinics. J Am Med Assoc 2004;291:499-504.
- 15 Rice RE. Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys. Int J Med Inform 2006;75:8-28.
- 16 Jeannot JG, Froehlich F, Wietlisbach V, Burnand B, Terraz O, Vader JP. Patient use of the Internet for health care information in Switzerland. Swiss Med Wkly 2004;134:307-12.
- 17 Birru MS, Monaco VM, Charles L, Drew H, Njie V, Bierria T, et al. Internet Usage by Low-Literacy Adults Seeking Health Information: An Observational Analysis. J Med Internet Res 2004;6:e25.
- 18 Mead N, Varnam R, Rogers A, Roland M. What predicts patients' interest in the Internet as a health resource in primary care in England? J Health Serv Res Policy 2003;8:33-9.
- 19 Manfredi C, Czaja R, Price J, Buis M, Janiszewski R. Cancer patients' search for information. J Natl Cancer Inst Monogr 1993;14:93-104.
- 20 Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centers. Br J Cancer 2001;84:48-51.
- 21 Cardol M, Van Dijk L, De Jong JD, De Bakker DH, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 22 Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.

Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten?

Atie van den Brink-Muinen, Sandra van Dulmen, Hans Peter Jung, Jozien Bensing

Inleiding

Een schrijver-arts heeft eens gezegd dat goede arts-patiëntcommunicatie, net als jazz, vraagt om improvisatie.¹ Daar zijn we het mee eens: door de uiteenlopende verwachtingen van onze patiënten móeten we improviseren. De verwachtingen hangen samen met de reden van bezoek aan de huisarts en met de individuele kenmerken van de patiënt. Patiënten met biomedische problemen willen wat anders van hun huisarts dan mensen met psychosociale problemen, zieke mensen willen wat anders dan gezonde mensen en ouderen wat anders dan jongeren.²⁻⁴

De voorkeuren kunnen passen bij de behandeldimensie (*cure*)

of de zorgdimensie (*care*), bijvoorbeeld bij biomedische of psychosociale klachten. Enerzijds verwachten patiënten dat de huisarts *taakgericht* is en een middel heeft tegen hun kwaal. Zij willen uitgelegd krijgen wat hen mankeert en ze willen advies over mogelijke behandelingen.⁵ Anderzijds zijn patiënten misschien angstig en willen ze geholpen of gerustgesteld worden. Zij verwachten dat de dokter luistert naar hun verhaal en hen aanmoedigt om alle gezondheidsproblemen en zorgen te vertellen. Zij verwachten ook dat de dokter vriendelijk en empathisch is. Zij willen serieus genomen worden. De mate waarin de arts *affectgericht* (en patiëntgericht) overkomt, bepaalt mede of hij

tegemeetkomt aan de zorgbehoefte van de patiënt.^{6,7} Patiënten willen het gezondheidsprobleem 'kennen en begrijpen' en ze willen 'zich gekend en begrepen voelen'.^{6,8,9} Goede communicatie speelt hierin een essentiële rol. Communicatie die tegemoetkomt aan de voorkeuren van patiënten bevordert de tevredenheid, therapietrouw en gezondheid van patiënten.¹⁰⁻¹³

Met een patiëntgerichte benadering kan de huisarts de voorkeuren voor taakgericht en affectgericht gedrag achterhalen en vervullen.¹⁴⁻¹⁷ Een interessante vraag is hoe goed huisartsen de voorkeuren van patiënten aanvoelen. En voldoen hun reacties aan de verwachtingen van patiënten? Ter geruststelling: patiënten geven zelf in onderzoeken aan dat hun huisartsen hun voorkeuren voor bepaalde aspecten van communicatie goed aanvoelen en daar ook naar handelen.¹⁸⁻²⁰ Zij zeggen ook dat artsen steeds meer aan hun wensen en verwachtingen tegemoetkomen. Het is misschien wel de vraag of alle huisartsen de voorkeuren van patiënten even nauwgezet beoordelen. Zijn parttime huisartsen hier bijvoorbeeld even goed in als fulltime huisartsen?²¹

Het doel van ons onderzoek

Met dit onderzoek wilden we inzicht krijgen in de specifieke voorkeuren van patiënten voor de communicatie met de huisarts en wilden we nagaan hoe goed huisartsen daarnaar handelen – volgens patiënten zelf én (vooral) op grond van geobserveerd feitelijk gedrag in consulten.

Samenvatting

Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Jung HP, Bensing JM. Communiceren artsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? *Huisarts Wet* 2008;51(3):141-6.

Inleiding Dit onderzoek geeft inzicht in de specifieke voorkeuren van patiënten voor de communicatie met huisartsen en hoe goed huisartsen daarnaar handelen, volgens patiënten zelf én (vooral) op grond van geobserveerd feitelijk gedrag in consulten.

Methoden We observeerden video-opnamen van 1787 consulten van 142 huisartsen (gemiddeld 15 per huisarts). De patiënten vulden voor het consult op een vragenlijst in wat zij verwachtten van de communicatie. Na het consult rapporteerden zij in welke mate hun huisarts daaraan had voldaan. De voorkeuritems, de feitelijk gedragsitems en het observatieprotocol RIAS meten allemaal zowel affectgerichte als taakgerichte communicatieaspecten. We gebruikten beschrijvende en multiniveau-analyses.

Beschouwing De meeste patiënten vonden dat de communicatie met hun huisarts tijdens een consult aansloot bij hun voorkeuren. In het algemeen vonden de patiënten zowel affect- als taakgerichte communicatieaspecten belangrijk, en kwam de huisarts hier vaak aan tegemoet. Huisartsen blijken goed aan te voelen wat hun patiënten belangrijk vinden om over te praten. Vrouwelijke huisartsen waren zowel meer affect- als taakgericht in hun communicatie dan mannelijke huisartsen, speciaal met vrouwelijke patiënten. Patiënten die vanwege psychosociale

Methoden

Gegevensverzameling

De gegevens zijn verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (2001).²² We maakten video-opnamen van 2784 consulten bij 142 huisartsen, gemiddeld 20 per huisarts, waarvan we er ongeveer 15 per huisarts observeerden. De patiënten gaven schriftelijk toestemming voor de video-opnamen. We gebruikten de gegevens van 1787 consulten van patiënten van 18 jaar en ouder. *Tabel 1* toont de huisarts- en patiëntkenmerken.

Meetinstrumenten en statistische analyse

De patiënten vulden voor het consult op een vragenlijst in wat zij verwachtten van de communicatie. Na het consult rapporteerden zij in welke mate hun huisarts daaraan had voldaan.²³ We observeerden de video-opnamen met het Roter Interaction Process Analysis System (RIAS)²⁴, dat affectgericht (socio-emotioneel) en taakgericht (instrumenteel) verbaal gedrag van artsen en patiënten meet. Dit gedrag komt overeen met de zorg- respectievelijk behandeldimensie. Daarnaast observeerden we de patiëntgerichtheid van de huisartsen.²³

Affectgerichte communicatie omvat persoonlijke opmerkingen, instemming, bezorgdheid of geruststelling, parafrasen en meningsverschillen. Taakgerichte uitingen bestaan uit vragen stellen, informatie geven, en (alleen voor de huisarts) advisering over medisch/therapeutische en psychosociale onderwerpen, sociale

klachten naar de huisarts gingen, hadden meer kans op een affectieve dokter dan patiënten met een biomedisch probleem.

Conclusie We bevelen huisartsen aan om te letten op de voorkeuren van de patiënten voor communicatie en om de patiënten aan het einde van een consult te vragen of de communicatie naar wens is verlopen.

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

Correspondentie: a.vandenbrink@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Jung HP, Bensing JM. Do our talks with patients meet their expectations? *J Fam Pract* 2007;7:559-568. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Een deel van de gegevens is ook opgenomen in: A van den Brink-Muinen, AM van Dulmen, FG Schellevis, JM Bensing (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht, NIVEL, 2004.

Wat is bekend?

- ▶ Patiënten willen een aandachtige, vriendelijke, open en empathische dokter die goed luistert.

Wat is nieuw?

- ▶ De kwaliteit van de gezondheidszorg kan verbeteren als huisartsen aan patiënten vragen of de communicatie volgens wens verloopt.

situatie en leefstijl, en procesgerichte opmerkingen (instructies, vragen of men het begrijpt).

De voorkeuritems, de feitelijk gedragsitems en de RIAS-categorieën meten allemaal zowel affectgerichte als taakgerichte communicatieaspecten. We gebruikten verder beschrijvende en multilevel-analyses.

Resultaten

Voorkeuren voor en uitvoeren van communicatieaspecten

De patiënten vonden zes van de zeven affectgerichte communicatieaspecten zeer belangrijk (tabel 2a). Het aspect 'de huisarts heeft met mij meegeleefd' vond men minder belangrijk dan aspecten als 'de huisarts heeft goed naar mij geluisterd' en 'de huisarts heeft voldoende tijd voor mij genomen'.

Huisartsen zijn goed in affectgerichte communicatie. We zagen slechts weinig discrepanties tussen voorkeur van patiënten en feitelijk gedrag van het affectgerichte handelen van de huisartsen. De aspecten die patiënten van tevoren als belangrijk aanmerkten, kwamen bijna altijd aan de orde tijdens het consult. Zo zagen we dat 87% voldoende aandacht van de huisarts wilde en dat ook kreeg. Maar liefst 99% van alle patiënten kreeg voldoende aandacht, ongeacht of ze dat belangrijk vonden.

Veel patiënten wilden informatie, uitleg en advies over en hulp bij hun problemen (tabel 2b). Ze vonden een lichamelijk onderzoek (eigenlijk een *handeling*) en het vaststellen van de diagnose minder belangrijk dan bijvoorbeeld advies over wat ze moesten doen aan hun klachten of informatie over een behandeling.

Volgens de patiënten volgden de huisartsen vaak hun voorkeuren voor taakgericht gedrag, hoewel we hier meer discrepanties zagen dan bij affectgericht gedrag. Een vijfde van de patiënten voelde zich niet geholpen met hun problemen, terwijl ze dit wel belangrijk vonden. Bij evenveel patiënten stelden de huisartsen geen diagnose vast, terwijl die patiënten dat wel belangrijk vonden.

Invloed van huisarts- en patiëntkenmerken op de communicatie van huisartsen

De huisartsen communiceerden minder vaak affectgericht dan taakgericht: gemiddeld 48,6 respectievelijk 70,0 uitingen, $p \leq 0,001$. Hoe belangrijker patiënten affectgerichte communicatie vonden, hoe vaker de huisartsen zowel affectief als patiëntgericht gedrag lieten zien (tabel 3). De communicatie van de artsen weerspiegelde de voorkeuren van patiënten voor taakgericht gedrag. Als we rekening houden met andere huisarts- en patiëntkenmerken communiceerden de vrouwelijke huisartsen zowel meer affect- als taakgericht met hun patiënten dan de mannelijke huisartsen. Dit gold in het bijzonder als vrouwelijke huisartsen communiceerden met vrouwelijke patiënten. In consulten met oudere patiënten, patiënten met een slechte gezondheid en patiënten met een psychosociaal probleem waren de huisartsen affectiever dan in consulten met jongere en gezonde patiënten en patiënten met een biomedisch probleem.

Beschouwing

De meeste patiënten uit ons onderzoek vonden dat de communicatie met hun huisarts tijdens een consult aansloot bij hun voorkeuren. In het algemeen vonden de patiënten zowel affect- als taakgerichte communicatieaspecten belangrijk, en kwam de huisarts hier vaak aan tegemoet. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met de literatuur.^{5,14,20}

Verder zagen we dat de daadwerkelijke communicatie tijdens consulten grotendeels de voorkeuren van patiënten weerspiegelde. Dit komt overeen met onderzoek van Jung et al.,¹⁸ maar niet met andere onderzoeken.^{5,20}

De voorkeur van een patiënt voor een affectieve huisarts werd vaak vervuld. Patiënten zagen huisartsen in het algemeen als aandachtig, open, empathisch en als goede luisteraars. De patiënten leken in dat opzicht tevreden.

Tabel 1 Huisarts- en patiëntkenmerken (n huisartsen = 142, n patiënten = 1787)

	Gemiddelde	Spreiding
Huisartskenmerken:		
- man (%)	76,1	
- leeftijd (jaren)	46,9	32-62
- fte (0,2-1,0)	0,8	0,2-1,0
Patiëntkenmerken:		
- leeftijd (jaren)	49,5	18-95
- psychosociaal probleem (%)	9,8	
- algemene gezondheid (1 = uitstekend, 5 = slecht)	3,2	1-5
- depressieve gevoelens (1 = helemaal niet, 5 = zeer veel)	2,2	1-5
Opleidingsniveau patiënten (%):		
- laag	22	
- gemiddeld	62	
- hoog	16	
Voorkeur voor communicatie bij patiënten:		
- affectgericht (1 = niet, 4 = zeer belangrijk)	3,2	1-4
- taakgericht (1 = niet, 4 = zeer belangrijk)	3,1	1-4
gespreksparen: huisarts/patiënt (%):		
- man/man	32,1	
- man/vrouw	45,2	
- vrouw/man	6,9	
- vrouw/vrouw	15,8	
Consultduur (minuten)	10,1	1,3-33,0

Tabel 2a Affectgerichte communicatieaspecten (n en %)*

Affectgerichte aspecten	Gerealiseerd		Niet-gerealiseerd		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
<i>De dokter heeft voldoende aandacht aan mij besteed:</i>						
- belangrijk	1304	87,5	9	0,6	1313	88,1
- niet belangrijk	174	11,7	4	0,3	178	11,9
<i>De dokter heeft goed naar mij geluisterd:</i>						
- belangrijk	1456	95,3	10	0,7	1466	95,9
- niet belangrijk	61	4,0	1	0,1	62	4,1
<i>De dokter heeft voldoende tijd voor mij genomen:</i>						
- belangrijk	1412	92,3	11	0,7	1423	93,1
- niet belangrijk	105	6,9	1	0,1	106	6,9
<i>De dokter is vriendelijk geweest:</i>						
- belangrijk	1331	87,2	3	0,2	1334	87,4
- niet belangrijk	193	12,6	0	0,0	193	12,6
<i>De dokter is open geweest tegen mij:</i>						
- belangrijk	1451	95,5	5	0,3	1456	95,9
- niet belangrijk	63	4,1	0	0,0	63	4,1
<i>De dokter heeft mijn klachten serieus genomen:</i>						
- belangrijk	1455	95,8	7	0,5	1462	96,3
- niet belangrijk	55	3,6	1	0,1	56	3,7
<i>De dokter heeft met mij meegeleefd:</i>						
- belangrijk	846	58,4	36	2,5	882	60,9
- niet belangrijk	492	34,0	74	5,1	566	19,1

* de totalen tellen niet altijd op tot 1787 vanwege missende gegevens

Tabel 2b Taakgerichte communicatieaspecten (n en %)*

Taakgerichte aspecten	Gerealiseerd		Niet-gerealiseerd		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
<i>De dokter heeft vastgesteld wat ik mankeer:</i>						
- belangrijk	921	62,8	209	14,2	1130	77,0
- niet belangrijk	197	13,4	140	9,5	337	23,0
<i>De dokter heeft goed uitgelegd wat er aan de hand is:</i>						
- belangrijk	1166	78,3	101	6,8	1267	85,0
- niet belangrijk	175	11,7	48	3,2	223	15,0
<i>De dokter heeft mij goede informatie gegeven over de behandeling:</i>						
- belangrijk	1304	86,6	109	7,2	1413	93,9
- niet belangrijk	75	5,0	17	1,1	92	6,1
<i>De dokter heeft mij advies gegeven over wat ik aan mijn klachten kan doen:</i>						
- belangrijk	1294	85,9	121	8,0	1415	94,0
- niet belangrijk	75	5,0	16	1,1	91	6,0
<i>De dokter heeft iets aan mijn klachten gedaan:</i>						
- belangrijk	1031	70,0	121	18,9	1152	88,9
- niet belangrijk	94	6,4	16	4,7	110	11,1
<i>De dokter heeft mij onderzocht:</i>						
- belangrijk	902	59,9	132	8,8	1034	62,8
- niet belangrijk	228	15,1	244	16,2	472	27,2

* de totalen tellen niet altijd op tot 1787 vanwege missende gegevens

De taakgerichte communicatie van de huisartsen was echter soms minder bevredigend. Huisartsen stelden bijvoorbeeld niet altijd een diagnose, ook als patiënten dat wel wilden. Natuurlijk is dat ook niet altijd mogelijk, maar uitleg daarover ontbreekt soms. Daarnaast wisten patiënten vaak niet of een lichamelijk onderzoek noodzakelijk was; sommige patiënten waren dan ook tegen hun verwachting in onderzocht.

Voor discrepanties tussen voorkeuren en feitelijke communicatie is nog een andere verklaring mogelijk. Hoewel we de patiënten vroegen om in te vullen hoe belangrijk zij communicatieaspecten vonden, kan het zijn dat zij normatieve verwachtingen rapporteerden: namelijk hoe zij hoopten dat de dokter zou handelen.² Bovendien hebben huisartsen hun eigen belangen met betrekking tot werklast, tijdsindeling en praktijkvoering. Dit zou kunnen

Tabel 3 Invloed van huisarts- en patiëntkenmerken en consultduur op de communicatie van huisartsen (regressiecoëfficiënten)

	Affectgerichte uitingen van huisartsen	Taakgerichte uitingen van huisartsen	Patiënt gerichtheid
<i>Huisartskenmerken:</i>			
- leeftijd (jaren)	-0,20	-0,37*	-0,01*
- fte (0,2-1,0)	-12,13*	2,45	0,03
<i>Patiëntkenmerken:</i>			
- leeftijd (jaren)	0,09*	-0,15	-0,00*
- opleiding (1 = laag 2 = gemiddeld, 3 = hoog)	-0,70	0,15	0,05
- psychosociaal probleem (1 = ja)	7,93*	-4,62*	0,13*
- algemene gezondheid (1 = uitstekend, 5 = slecht)	1,13*	0,96	-0,01
- depressieve gevoelens (1 = helemaal niet, 5 = zeer veel)	0,78	-0,72	0,01
<i>gespreksparen (huisarts/patiënt):</i>			
- man/vrouw	-0,89§	0,17**	0,01
- vrouw/man	9,40†††	6,24†††	0,10
- vrouw/vrouw	5,73†§	6,85†§	0,02
<i>Consultduur (minuten):</i>			
	4,0*	4,30*	0,04*
<i>Voorkeuren van patiënten:</i>			
- affectgericht (1 = niet, 4 = zeer belangrijk)	2,81*	-1,94	0,16*
- taakgericht (1 = niet, 4 = zeer belangrijk)	-4,23*	3,62*	-0,15*

* $P \leq 0,05$

† Score verschilt significant van de score van het paar mannelijke huisarts/mannelijke patiënt (referentiegroep)

‡ Score verschilt significant van de score van het paar mannelijke huisarts/vrouwelijke patiënt

§ Score verschilt significant van de score van het paar vrouwelijke huisarts/mannelijke patiënt

** Score verschilt significant van de score van het paar vrouwelijke huisarts/vrouwelijke patiënt



verklaren waarom huisartsen voorzichtig zijn om communicatieaspecten te veel te benadrukken.¹⁸

Wat betreft de relatie tussen de voorkeur van de patiënt en de feitelijke communicatie van de huisarts bleek dat de meeste patiënten kregen wat ze wensten. Hoe groter de voorkeur voor een affectieve of zorgende dokter, hoe waarschijnlijker de kans dat zij die empathische, geïnteresseerde en patiëntgerichte dokter ook kregen. Dit gold vooral bij psychosociale problemen. In ons onderzoek was een affectieve huisarts patiëntgericht en betrok hij de patiënten bij de probleemomschrijving en de verdere besluitvorming. Deze relatie tussen affectief gedrag en patiëntgerichtheid is ook in eerdere onderzoeken gevonden.^{22,25} Echter, Swenson vond in zijn onderzoek dat niet alle patiënten

een dokter willen die een patiëntgerichte benadering heeft.²⁶ Aan de andere kant gold ook: hoe vaker patiënten een taakgerichte dokter wensten, hoe groter de kans dat hun dokter alles goed uitlegde en naar hun tevredenheid informatie en advies gaf. Taakgerichte huisartsen zijn meestal wel minder affectief en patiëntgericht als ze met patiënten praten. Aangezien patiënten graag een dokter willen die zorgt én behandelt, doen artsen er goed aan om aan beide aspecten aandacht te geven.

Een ander belangrijk resultaat van dit onderzoek was dat huisartsen en patiënten konden improviseren en het soort consult creëerden dat ze beiden wilden. Huisartsen blijken goed aan te voelen waar hun patiënten over willen praten.

De resultaten wijzen er verder op dat de sekse van de huisarts de

communicatie beïnvloedde. Vrouwelijke huisartsen waren zowel meer affect- als taakgericht in hun communicatie dan mannelijke huisartsen, speciaal met vrouwelijke patiënten. Gezien de gestage toename van vrouwelijke artsen in de huisartsenpraktijk zal deze gecombineerde communicatiestijl in de toekomst steeds gewoner worden.

Patiënten die vanwege psychosociale klachten naar de huisarts gingen, hadden meer kans op een affectieve dokter dan patiënten met een biomedisch probleem. Het groeiende aantal psychosociale problemen in de bevolking zou een meer affectieve communicatiestijl van de toekomstige huisartsen als neveneffect kunnen hebben. Ten slotte kunnen vraag naar en aanbod van affectieve communicatie samenvallen. Het is echter voor iedere arts een uitdaging om open te staan voor zowel biomedische (taakgerichte) als psychosociale (affectgerichte) informatie.²

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek kent een aantal beperkingen. We gebruikten schaalcores voor affect- en taakgerichte voorkeuren in plaats van de afzonderlijke itemscores voor voorkeuren van de patiënten. De weerspiegeling van voorkeuren voor het communicatiegedrag van de huisartsen is hierdoor misschien wat overschat. Verder gebruikten we de totale observatiescores voor affect- en taakgerichte communicatie in plaats van de afzonderlijke RIAS-categorieën. Een meer gedetailleerde meting van communicatieaspecten als empathie – waaraan de huisartsen minder vaak tegemoet kwamen dan de patiënten wensten – zou beter inzicht kunnen geven in de voorkeuren van de patiënten.

Conclusie

We bevelen huisartsen aan om te letten op de voorkeuren van de patiënten voor communicatie. De huisartsen in ons onderzoek begrepen vaak waar de patiënten over wilden praten. Er waren slechts geringe discrepanties tussen de verwachtingen van de patiënten en het gedrag van de huisartsen. Om de kwaliteit van zorg nog verder te verbeteren, kunnen huisartsen overwegen om de patiënten aan het einde van een consult te vragen of de communicatie naar wens is verlopen.

Dankwoord

Wij bedanken de huisartsen en patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek en de observatoren van de videoconsulten. Ook dank aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die het onderzoek voor een groot deel subsidieerde.

Literatuur

- 1 Haidet P. Jazz and the 'Art' of Medicine: Improvisation in the Medical Encounter. *Ann Fam Med* 2007;5:164-9.
- 2 Jung HP, Baerveldt C, Olesen F, Grol R, Wensing M. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expect* 2003;6:160-81.
- 3 Bartholomew L, Schneiderman LJ. Attitudes of patients towards family care in a family practice group. *J Fam Pract* 1982;15:477-81.
- 4 Wetzels R, Geest TA, Wensing M, Lopes Ferreira P, Grol R, Baker R.

- GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Pat Educ Couns* 2004;53:183-8.
- 5 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 Counsel* 2000;39:115-27.
 - 6 Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behaviour. *Med Care* 1992;30:283-98.
 - 7 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice. *BMJ* 2001;323:908-11.
 - 8 Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Westport/London: Auburn House, 1992.
 - 9 Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-6.
 - 10 Sixma H, Spreeuwenberg P, Van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Med Care* 1998;2:212-29.
 - 11 Van Dulmen AM, Bensing JM. Contextwerking in de geneeskunde; een programmeringsstudie. RGO, Den Haag, 2001.
 - 12 Wensing M, Baker R. Patient involvement in general practice care: a pragmatic framework. *Eur J Gen Pract* 2003;9:62-5.
 - 13 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
 - 14 Bensing JM, Langewitz W. Die ärztliche Konsultation. In: Uexkull: Psychosomatische Medizin 2002:415-24.
 - 15 Brown J, Stewart M, Ryan B. Assessing communication between patients and physicians: the measure of patient-centred communication (MPCC). London, Ontario. Centre for Studies in Family Medicine, 2001.
 - 16 Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patients view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003;56:1595-1604.
 - 17 Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
 - 18 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.
 - 19 Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature in patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
 - 20 Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patients' perspective – theoretical aspects. *Fam Pract* 2001;18:638-43.
 - 21 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003, 20:478-85.
 - 22 Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46:7-12.
 - 23 Van den Brink-Muinen A, Alexandra M, Van Dulmen, Jung HP, Bensing JM. Do our talks with patients meet their expectations? *J Fam Pract* 2007;7:559-68.
 - 24 Roter DL. The Roter Method of Interaction Process Analysis. The Johns Hopkins University, Baltimore, 2001.
 - 25 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;47:1077-87.
 - 26 Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centred communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med* 2004;19:1069-79.
 - 27 Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-88.