

De relatie tussen positieve communicatiestrategieën en het beloop van alledaagse klachten

Sandra van Dulmen, Thijs Fassaert, Liesbeth van der Jagt, François Schellevis

Inleiding

De meeste klachten waarvoor een patiënt de huisarts bezoekt zijn alledaags, dat wil zeggen niet chronisch en niet ernstig. Patiënten met alledaagse klachten willen in eerste instantie vooral van hun huisarts weten of hun zorgen omtrent de klachten terecht zijn.¹ Veel patiënten hebben vaak meer dan een contact in dezelfde ziekte-episode, ook al is er in de meeste gevallen geen reden tot ongerustheid.² Daarom leggen alledaagse klachten een aanzienlijk beslag op de tijd en zorg van de huisarts.³ Er is weinig onderzoek gedaan naar alledaagse klachten en recentelijk pleitte men dan ook voor meer aandacht voor deze kwestie.⁴

Gezien de aard van de klachten zijn klachtenverlichting en het terugdringen van de bezoekfrequentie aan de huisarts in belangrijke mate afhankelijk van de wijze waarop patiënten zelf met hun klachten omgaan. Veel patiënten missen daartoe de nodige instrumenten. De huisarts kan deze aandragen in de interactie met de patiënt, waarbij specifieke aandacht zou moeten uitgaan naar het doorbreken van klachtenbestendigend gedrag. Een hoge mate van angst en ongerustheid, en negatieve verwachtingen ten

aanzien van de prognose kunnen namelijk interfereren met spontaan herstel, een natuurlijk beloop en zelfzorg.⁵⁻⁷

De bevordering van zelfzorg in termen van gewenst gedrag (het terugdringen van de overconsumptie en bevorderen van de therapietrouw) en emoties (het wegnemen van angst en ongerustheid) is afhankelijk van duidelijke voorlichting en advies. Daarnaast speelt ook de manier waarop de huisarts voorlichting en advies geeft een belangrijke rol. In die context heeft eerder onderzoek verschillende, potentieel effectieve communicatiestrategieën geïdentificeerd.⁸

De eerste strategie betreft het wekken van positieve verwachtingen ten aanzien van het beloop van de klachten, met andere woorden, het verstrekken van een positieve boodschap.^{9,10} Reeds in 1987 vond Thomas dat de ziekteduur aanzienlijk korter werd als de huisarts patiënten met alledaagse klachten tijdens een consult geruststelde ten aanzien van onderliggende ziekten, een duidelijke uitleg gaf en hen vertelde dat de prognose gunstig was.¹¹ Bovendien waren de patiënten na zo'n positief consult vaker tevreden dan patiënten die de huisarts niet had gerustgesteld,

Samenvatting

Van Dulmen S, Fassaert T, Van der Jagt L, Schellevis F. De relatie tussen positieve communicatiestrategieën en het beloop van alledaagse klachten. *Huisarts Wet* 2010;53(5):265-71.

Doel Consulten voor alledaagse klachten vormen een aanslag op de werklast van de huisarts. Specifieke communicatiestrategieën, zoals actief luisteren en het wekken van positieve uitkomstverwachtingen, dragen mogelijk bij aan zelfzorg bij de patiënt. Bij dit onderzoek zijn we nagegaan hoe vaak huisartsen dergelijke strategieën hanteren en hoe deze samenhangen met ervaren gezondheid, consultfrequentie en medicatietherapietrouw.

Methode In 524 op video opgenomen consulten met patiënten met alledaagse klachten observeerden we de volgende strategieën: actief luisteren, positieve communicatie, patiëntgerichtheid, het (wetenschappelijk) onderbouwen van advies en het voortbouwen op eerdere behandelervaringen. De patiënten vulden vragenlijsten in. Informatie over consultfrequentie was afkomstig van de doorlopende patiëntenregistratie. We analyseerden de verkregen gegevens aan de hand van multivariate regressieanalyse.

Resultaten Het uiten van een gunstige prognose blijkt gerela-

teerd aan een betere gezondheid, maar alleen als de huisarts gelijktijdig een verklaring voor de oorzaak van de klachten geeft. Zo'n verklaring is ook gerelateerd aan een betere gezondheidstoestand bij de patiënt, behalve wanneer hij zich bij binnenkomst somber voelt. Actief luisteren en betrokkenheid bij de besluitvorming blijken bij deze subgroep samen te hangen met grotere therapietrouw.

Conclusie Patiënten met alledaagse klachten lijken gebaat bij een huisarts die duidelijk én optimistisch is over de aard en de oorzaak van de klachten, behalve wanneer zij zich somber voelen. Dan lijkt vooral een luisterend oor te werken. Huisartsen doen er dus goed aan zich te vergewissen van de emotionele toestand van de patiënt.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: S. van Dulmen, programmaleider; F. Schellevis, afdelingshoofd. GGD Amsterdam: T. Fassaert, onderzoeker. NHG, Utrecht: L. van der Jagt, coördinator NHG. VU Universitair Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof.dr. F. Schellevis, bijzonder hoogleraar.

Correspondentie: s.vandulmen@nivel.nl

Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Wat is bekend?

- ▶ De meeste klachten waarmee een patiënt zijn huisarts bezoekt zijn alledaags, dat wil zeggen niet acuut of chronisch.
- ▶ Positievare communicatiestrategieën kunnen de gezondheid van patiënten wellicht bevorderen.

Wat is nieuw?

- ▶ Het geven van een duidelijke uitleg over de oorzaak van de klachten gecombineerd met een positieve prognose lijkt gerelateerd te zijn aan een voorspoedig herstel.
- ▶ Patiënten die vóór het bezoek aan de huisarts somber gestemd waren, lijken minder gebaat bij een dergelijke positieve aanpak.

geen duidelijke uitleg hadden gekregen en een onzekere prognose te horen hadden gekregen.

De tweede strategie betreft actief luisteren, een vanzelfsprekende basisvoorwaarde voor elk gesprek. Binnen een medisch consult is actief luisteren bovendien van belang voor het verzamelen van informatie en geeft het patiënten het gevoel dat ze gehoord worden en dat de huisarts de last van hun klachten signaleert en erkent. Actief luisteren kan zowel verbaal als non-verbaal gecommuniceerd worden.¹²

Een patiëntgerichte communicatiestijl is de derde strategie die patiënten kan helpen hun alledaagse klachten het hoofd te bieden. Met patiëntgerichtheid beoogt men de zorg af te stemmen op de individuele behoeften en voorkeuren van een patiënt.^{13,14} Eerder onderzoek bij patiënten met hoofdpijn laat zien dat de mate van patiëntgerichtheid van een huisarts bijdraagt aan een verbetering van de klachten.¹⁵ Ander huisartsgeneeskundig onderzoek toont aan dat patiëntgerichte communicatie zowel gunstig is in het licht van de ervaren gezondheid van de patiënt, als kosteneffectief doordat het het aantal diagnostische tests en verwijzingen terugdringt.¹⁶

Beleed dat uitgaat van eerdere positieve ervaringen van de patiënt vormt de vierde communicatiestrategie. Hiermee beoogt de huisarts rekening te houden met de ervaringen van een patiënt die eerdere behandelingen heeft ondergaan. Hierdoor garandeert de huisarts de continuïteit van de zorg en beïnvloedt hij tevens de uitkomstverwachtingen van de patiënt door gebruik te maken van diens positieve ervaringen,¹⁷ wat de patiënt een gevoel van vertrouwen kan geven en kan geruststellen.^{18,19}

De laatste strategie, ten slotte, betreft het (wetenschappelijk) onderbouwen van voorlichting en advies. Ook dit zou vertrouwen wekken bij de patiënt, wat een gunstige uitwerking kan hebben op diens gezondheid.^{19,20}

Wij hebben onderzocht in welke mate huisartsen deze strategieën gebruiken in hun dagelijkse consultvoering, en of het gebruik ervan samenhangt met de ervaren gezondheid en zelfzorg van patiënten met alledaagse klachten. We keken daarbij naar de frequentie van herhaalconsulten en de mate van medicatietherapietrouw. Aangezien de resultaten van eerder onderzoek suggererden dat een aantal van deze communicatiestrategieën minder

effectief zijn bij patiënten die erg ongerust zijn,²¹ hebben we ook gekeken in hoeverre de gemoedstoestand van de patiënt hierbij een mediërend effect heeft.

Methode

In het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2) zijn bij 142 huisartsen willekeurige spreekuurconsulten op video opgenomen.²² Na uitsluiting van patiënten met chronische ziekten bleek het in 524 gevallen te gaan om een alledaagse, dat wil zeggen veelvoorkomende en niet-chronische klacht, die niet wees op een ernstige aandoening.²³ In dit artikel presenteren we de frequentie van het hanteren van elk van de genoemde communicatiestrategieën door de huisarts. We beschrijven de significante verbanden tussen de betreffende communicatiestrategie en de ervaren gezondheid van patiënten met alledaagse klachten, gemeten met de COOP/WONCA-kaarten.²⁴ Daarnaast beschrijven we hun medische consumptie in termen van de frequentie van herhaalconsulten in dezelfde episode en de mate van medicatietherapietrouw bij patiënten aan wie de huisarts tijdens het op video opgenomen consult medicijnen heeft voorgeschreven. Deze terapietrouw hebben we twee weken na afloop van het consult met de Medication Adherence Questionnaire (MAQ) gemeten, een zelfrapportageschaal die nagaat of patiënten in de afgelopen tijd wel eens hun medicijnen zijn vergeten, onzorgvuldig zijn geweest of gestopt zijn met het nemen van hun medicijnen.²⁵ Voor en na het consult hebben we de gemoedstoestand van de patiënt gemeten met de verkorte State Trait Anxiety Inventory (STAI).²⁶ De ervaren gezondheid en gemoedstoestand hebben we na twee weken opnieuw gemeten.

Geobserveerde communicatiestrategieën

De mate waarin de huisartsen de vijf communicatiestrategieën hanteerden hebben we in kaart gebracht aan de hand van een observatie-instrument, dat bestaat uit vijftien items gemeten op een vijfpuntsschaal, waarbij 1 staat voor 'zeer mee oneens' en 5 voor 'zeer mee eens'. Geobserveerde voorbeelden uit de consulten zijn weergegeven in *tabel 1*, de inhoud van de items staat in *tabel 2*. De verschillende strategieën werden als volgt gemeten.

Een positieve boodschap geven

We scoorden de boodschap van de huisarts als positief aan de hand van de volgende drie items:

- wanneer de huisarts de patiënt vertelde dat er lichamelijk niets ernstigs aan de hand was;
- duidelijk was over de oorzaak van de klachten;
- een positieve prognose gaf over het klachtenbeloop.⁹

Deze items beoordeelden we elk op een vijfpuntsschaal, van 'geheel mee oneens' tot 'geheel mee eens'.

Actief luisteren

Het actief luisteren van de huisarts hebben we geoperationaliseerd aan de hand van de Attentive Listening Observation Scale (ALOS-global), een schaal met zeven items die we scoorden op

Tabel 1 Voorbeelden van de vijf communicatiestrategieën

Casus

| | |
|--|--|
| <p>Positieve communicatie De patiënt heeft flinke keelpijn, geeft aan moeilijk te kunnen slikken en zegt zich hierover zorgen te maken.</p> | <p>Arts: 'Ik zie verder geen dikke zwellingen, [...] niet zodanig dat je zegt [...] er zit iets echt helemaal mis. [...] Wat ik zie is dat de achterkant van de keel, en ook de nissen waar de amandelen zitten, vurig rood, ontstoken zijn. Er zit geen pusvorming, en de amandelen zijn ook niet dik, wat wijst op een virus. [...] Het heeft ongeveer een week nodig om door je eigen lichaam hersteld te worden. Met een dag of vijf, zes zal het wel overgaan.'</p> |
| <p>Actief luisteren De patiënt heeft tijdens een eerder consult aangegeven dat hij zijn overleden vader erg mist. De huisarts komt daarop terug.</p> | <p>Patiënt: 'Ik raakte in paniek.' Arts: 'Ja, [...] dat merkte ik ook hoor, dat je er erg mee zat. Zo van: er moet wat aan de hand zijn. En je was negen kilo afgevallen, dat is niet niks. [...] Dus met je zus kan je goed praten?' Patiënt: 'Ja, zij is een van de weinige personen met wie ik kan praten.' [...] Arts: 'Dat lucht vast wel op, al zijn het dure telefoontjes naar Turkije.' (Licht vriendelijk.) Patiënt: (lacht ook) 'Ja, dat lucht wel op.' Arts: 'Kun je het ook met je moeder delen, of ben je meer een steunpilaar voor je moeder?' Patiënt: 'Voor mijn moeder ben ik meer een steunpilaar.' Arts: 'Dat is ook best wel zwaar, denk ik.'</p> |
| <p>Patiëntgerichtheid De patiënte heeft last van haar rug. Eerder heeft de huisarts bij haar een lichte afwijking in de wervelkolom geconstateerd. Volgens de huisarts is niet deze afwijking, maar een verkeerde houding de oorzaak van de klachten.</p> | <p>Arts: 'Neem desnoods een pijnstillertje, want het zou jammer zijn als je door deze klachten je stage niet kunt afmaken.' Ten aanzien van oefentherapie/Mensendieck: 'Het is ook een beetje wat je zelf wilt – als jij zegt: ik kijk het nog wat aan, en als het nodig is, dan bel ik wel [...] dan vind ik het óók goed. Ik weet niet precies hoeveel last je nu hebt, maar als je regelmatig last krijgt zou dát mijn advies zijn. [...] Een sport die met name goed is, is zwemmen [...]. Bij paardrijden moet je ook op je houding letten, maar als je net begonnen bent, dan zul je daar wel last van hebben. Het zal wel goed zijn voor je houding.' Patiënt: 'Maar dat stuiteren?' Arts: 'Dat stuiteren misschien minder, maar dat is ook weer een kwestie van oefenen en trainen.' Patiënt: 'Ik dacht, ik wacht er maar even mee, want dadelijk is het helemaal niet goed.' Arts: 'Dat is niet zo. Het is niet zo dat je de boel daarmee definitief verziekt.'</p> |
| <p>Eerdere ervaringen De patiënt heeft zijn knie tijdens het voetballen (een dag voor het consult) geblesseerd.</p> | <p>Arts: 'Had jij zelf nog wat ondernomen, om de klachten te verminderen?' Patiënt: 'Tja, de een zei "koelen", de ander "warm houden". Toen heb ik gisteravond ijs, een ijspak erop gedaan en daarna wat verband.' Arts: 'Dat is perfect, goed. [...] Voor je knie zit een heel klein slijmbeursje. Dat kan heel goed irriteren; het is ook wat dikker [...]. Het vocht zit voor op de knie, niet aan de zijkant [...]. Zo'n slijmbeursje kan heel goed gaan ontsteken. Wat ik zou doen in jouw geval is dus inderdaad koelen, [...] rust houden, en zo proberen te voorkomen dat het gaat ontsteken.'</p> |
| <p>(Wetenschappelijke) onderbouwing De patiënte geeft aan gevallen te zijn en pijn te hebben van de linkerschouder tot aan de heup. Ze heeft paracetamol genomen, maar heeft al tien dagen onafgebroken last en wil dat de huisarts er naar kijkt.</p> | <p>Arts: 'Er kunnen een paar dingen gebeuren als u valt; u kunt iets kneuzen of breken. Uw schouderblad is gewoon goed, [...] daar heeft u wel last van, maar niet heel veel. Daaronder zitten de ribben, en [...] je hoort iets kraken op het moment dat u inademt. U bent verder gewoon gezond, [...] het zou kunnen dat [...] door de klap toch een rib niet alleen gekneusd is, [...] maar ook gebroken is geweest. Dat zou kunnen; theoretisch doe ik met die wetenschap helemaal niets. Het wordt een ander verhaal [...] wanneer iemand heel erg benauwd wordt [...] en slecht kan doorademen. Maar uit uw verhaal haal ik dat niet. Het heeft gewoon tijd nodig. Het was een behoorlijke klap, dus dat verbaast me niets.' Patiënte (over de paracetamol): 'En dan heb ik [tot nu toe] dus gedaan driemaal twee per dag.' Arts: 'Prima, (dat) zeggen wij ook; dat is een schema dat heeft als voordeel dat u [...] de bloedspiegel een beetje constant maakt. Als je het alleen maar neemt als je pijn hebt [...] dan werkt het eigenlijk niet.'</p> |

een vijfpuntsschaal van 'nooit' tot 'altijd'.¹² De ontwikkeling en validering hiervan hebben we elders uitgebreid beschreven.¹²

Patiëntgericht communiceren

Patiëntgerichte communicatie hebben we gemeten aan de hand van de mate waarin de huisarts:

- de patiënt ruimte geeft en aanmoedigt in diens eigen woorden te vertellen waarom hij/zij is gekomen;
- de patiënt ruimte geeft om mee te beslissen over het behandelplan;
- luistert naar de patiënt en in de context passende antwoorden geeft.^{13,14}

Deze drie items scoorden we eveneens op een vijfpuntsschaal.

Voortbouwen op eerdere ervaringen van de patiënt

We hebben het voortbouwen op eerdere ervaringen van de patiënt beoordeeld op grond van de mate waarin de huisarts eerdere behandelervaringen van de patiënt bij zijn advies benoemde. Scores varieerden tussen eens, twijfel en oneens.

Onderbouwen van advies

De wetenschappelijke onderbouwing van de informatie hebben we beoordeeld aan de hand van de vraag of een huisarts een bron (handboeken, internet, resultaten uit onderzoek) expliciet aan-

haalde, of impliciet, namelijk door bijvoorbeeld te spreken in termen van 'wij, huisartsen', of 'in dit geval is het gebruikelijk om...'

Als een item binnen een schaal niet van toepassing was, dan hebben we dat als zodanig gescoord. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de verschillende subschalen was voldoende.^{9,12}

Statistische analyse

De frequentie van het gebruik van de communicatiestrategieën door de huisartsen geven we weer aan de hand van beschrijvende statistiek (tabel 2). We hebben multipele lineaire en logistische regressieanalyses gebruikt om de verbanden te onderzoeken tussen elk van de communicatiestrategieën en de uitkomstmaten ervaren gezondheid, therapietrouw en consultfrequentie. In de analyses controleerden we voor scores op de nulmeting en voor patiëntkenmerken. Communicatiestrategieën onderzochten we als hoofd- en interactie-effecten. Het was niet nodig om met behulp van een multiniveau-analyse te corrigeren voor clustering van patiënten binnen huisartsenpraktijken, want de intraclasscorrelatiecoëfficiënten waren laag (gemiddeld 0,04) en het aantal consulten per huisarts was klein (139 huisartsen met gemiddeld 3,8 patiënten).^{27,28} Voor de analyses gebruikten we SPSS 11.5. In dit artikel presenteren we alleen de significante verbanden. Een uitgebreide beschrijving is elders te vinden.⁹

Tabel 2 Gehanteerde communicatiestrategieën bij patiënten met alledaagse klachten

| | % consulten n = 524 |
|---|------------------------|
| Positieve communicatie | |
| De huisarts... | |
| 1. zegt dat er lichamelijk niets ernstigs met de patiënt aan de hand is | 33,9 |
| 2. is duidelijk over de oorzaak van de klachten | 31,3 |
| 3. geeft een positieve prognose over het klachtenbeloop | 37,0 |
| Actief luisteren | |
| De huisarts... | |
| 1. toont zich tijdens het gehele consult niet afgeleid door andere zaken | 61,1 |
| 2. is niet kortaf of gehaast | 56,3 |
| 3. luistert aandachtig | 68,0 |
| 4. geeft de patiënt de tijd en de ruimte om zijn probleem uiteen te zetten | 58,6 |
| 5. stelt explorerende vragen | 28,5 |
| 6. geeft het gesprek richting door structurele aanmoedigingen | 37,0 |
| 7. uit begrip voor de patiënt non-verbaal | 36,1 |
| Patiëntgerichtheid | |
| De huisarts... | |
| 1. moedigt de patiënt aan de reden van zijn komst in eigen woorden te vertellen | 78,3 |
| 2. moedigt de patiënt aan (mee) te beslissen over de behandeling | 39,6 |
| 3. stelt zich ontvankelijk op jegens de patiënt | 84,5 |
| Eerdere ervaringen | |
| De huisarts benoemt eerdere (behandel)ervaringen van de patiënt | 34,7 |
| (Wetenschappelijke) onderbouwing | |
| De huisarts onderbouwt zijn/haar advies met (wetenschappelijke) argumenten | 44,3 |

Resultaten

Patiëntkenmerken

Tabel 3 toont de kenmerken van de 524 patiënten. Iets meer dan de helft van hen was vrouw en gemiddeld 46 jaar oud. Drieënzestig patiënten (12,0%) rapporteerden een alledaagse klacht gerelateerd aan het maagdarmsstelsel, 270 (51,5%) hadden een klacht over het bewegingsapparaat, 130 (22,8%) hadden last van hun ademhalingsstelsel en 61 (11,6%) had een klacht aan de huid.

Huisartsen schreven 64% van de patiënten een medicijn voor, van wie 17% na twee weken een vorm van therapieontrouw rapporteerde. Een op de vier patiënten had in dezelfde klachtperiode meer dan een contact.

Tabel 3 Kenmerken van de patiënten met alledaagse klachten

| | n = 524 % |
|---|--------------|
| Geslacht | |
| - Man | 42,9 |
| - Vrouw | 57,1 |
| Leeftijd | |
| - 18-44 | 50,8 |
| - 45-64 | 31,8 |
| - 65 | 17,4 |
| Opleiding | |
| - Laag | 21,5 |
| - Midden | 64,0 |
| - Hoog | 14,6 |
| Alledaagse klacht volgens ICPC-hoofdstuk | |
| - D (Digestive) | 12,0 |
| - M (Musculoskeletal) | 51,5 |
| - R (Respiratory) | 22,8 |
| - S (Skin) | 11,7 |
| Medicatietherapieontrouw (n = 335) | |
| - Trouw | 83,0 |
| - Ontrouw | 17,0 |
| Contactfrequentie binnen episode (n = 435) | |
| - 1 consult | 76,1 |
| - >1 consult | 23,9 |

Positieve boodschap

Tijdens een op de drie consulten vertelden de huisartsen de patiënten dat er lichamelijk gezien niets ernstigs aan de hand was. In ongeveer een even groot deel van de consulten gaven zij een duidelijke uitleg over de klachten of een gunstige prognose. De combinatie van het uiten van een gunstige prognose en een duidelijke uitleg over de oorzaak ervan bleek samen te hangen met een betere algemene en fysieke gezondheidstoestand en een betere gemoedstoestand twee weken na het consult (tabel 4). Ook bleek expliciete geruststelling van de huisarts gerelateerd te zijn aan een betere algemene gezondheidstoestand, zoals gerapporteerd door de patiënt.

Opvallend was dat een duidelijke uitleg bij patiënten die voorafgaand aan het consult hadden aangegeven somber gestemd te zijn, gepaard ging met grotere angst en een slechtere algemene gezondheidstoestand. Binnen deze subgroep bleek ook het geven van een gunstige prognose gerelateerd aan een hogere consultfrequentie voor dezelfde klachten.

Actief luisteren

Bij ongeveer twee op de drie consulten bleken huisartsen actief te luisteren. Zij stelden echter in minder dan eenderde van de consulten explorerende vragen en toonden hun begrip voor de patiënt niet vaak op een non-verbale manier. Actief luisteren bleek als overkoepelend begrip gerelateerd aan een slechtere ervaren gezondheid na afloop van het consult (tabel 4). Ook hierbij speelde de gemoedstoestand van de patiënt een rol: bij de subgroep van patiënten die zich somber voelden, bleek actief luisteren sterker samen te hangen met het trouw slikken van de voorgeschreven medicatie (tabel 5).

Patiëntgerichtheid

In het merendeel van de geobserveerde consulten bleken de huisartsen op een patiëntgerichte manier te communiceren. Patiënten kregen echter in slechts een op de drie consulten de gelegenheid mee te beslissen over de behandeling. Als overkoepelend begrip bleek patiëntgerichtheid geen invloed te hebben op ervaren gezondheid, consultfrequentie of therapieontrouw. De afzonderlijke dimensies waaruit het consult is opgebouwd lieten wel enige invloed zien. Zo gaven patiënten twee weken na het consult aan zich lichamelijk beter te voelen indien de huisarts hen betrokken had bij de beslissing over de behandeling en rapporteerden ze betere medicatietherapieontrouw.

Tabel 4 Relaties tussen sociaaldemografische factoren, communicatievariabelen en gezondheidsuitkomsten

| Afhankelijke variabele | Onafhankelijke variabele | β | Standaardfout | p |
|-----------------------------|---|---------|---------------|------|
| Angst | Angst (voor consult) | 0,62 | 0,04 | 0,00 |
| | Slechte algemene gezondheid (voor consult) | 0,48 | 0,21 | 0,02 |
| | Sombere stemming (voor consult) | 0,54 | 0,22 | 0,01 |
| | Duidelijke uitleg | -0,09 | 0,21 | n.s. |
| | Duidelijke uitleg x sombere stemming (voor consult) | 0,55 | 0,23 | 0,02 |
| Sombere stemming | Sombere stemming (voor consult) | 0,45 | 0,05 | 0,00 |
| | Leeftijd | -0,01 | 0,00 | 0,03 |
| | Slechte algemene gezondheid (voor consult) | 0,17 | 0,05 | 0,00 |
| | Duidelijke uitleg | -0,02 | 0,05 | n.s. |
| | Gunstige prognose | -0,11 | 0,07 | n.s. |
| | Duidelijke uitleg x gunstige prognose | -0,12 | 0,05 | 0,02 |
| Slechte fysieke gezondheid | Slechte fysieke gezondheid (voor consult) | 0,48 | 0,05 | 0,00 |
| | Slechte algemene gezondheid (voor consult) | 0,13 | 0,05 | 0,01 |
| | Actief luisteren | 0,03 | 0,01 | 0,02 |
| | Duidelijke uitleg | -0,05 | 0,05 | n.s. |
| | Gunstige prognose | 0,08 | 0,07 | n.s. |
| | Duidelijke uitleg x gunstige prognose | -0,12 | 0,05 | 0,02 |
| Slechte algemene gezondheid | Slechte algemene gezondheid (voor consult) | 0,60 | 0,04 | 0,00 |
| | Sombere stemming (voor consult) | 0,01 | 0,04 | n.s. |
| | Geslacht (0 = man, 1 = vrouw) | -0,25 | 0,09 | 0,01 |
| | Actief luisteren | 0,03 | 0,01 | 0,00 |
| | Geruststelling | -0,12 | 0,05 | 0,01 |
| | Duidelijke uitleg | -0,12 | 0,05 | 0,01 |
| | Gunstige prognose | -0,02 | 0,06 | n.s. |
| | Duidelijke uitleg x gunstige prognose | -0,11 | 0,04 | 0,02 |
| | Duidelijke uitleg x sombere stemming (voor consult) | 0,10 | 0,05 | 0,03 |

n.s. = niet significant

Tabel 5 Relaties tussen sociaaldemografische aspecten, communicatievariabelen, medicatietherapietrouw, consultfrequentie en aantal vervolcontacten

| Afhankelijke variabele | Voorspeller | β | SE β | Wald's χ^2 | df | p | OR |
|--|--------------------------------------|---------|------------|-----------------|----|------|--------|
| Medicatietherapietrouw 0 = therapietrouw 1 = therapieontrouw | Slechte algemene gezondheid | -0,36 | 0,16 | 4,90 | 1 | 0,03 | 0,70 |
| | Sombere stemming | 0,33 | 0,15 | 5,06 | 1 | 0,03 | 1,39 |
| | Actief luisteren | 0,03 | 0,04 | 0,58 | | n.s. | 1,03 |
| | Actief luisteren x sombere stemming | -0,39 | 0,16 | 6,21 | 1 | 0,01 | 0,68 |
| Contactfrequentie 0 = eenmaal 1 = meer dan eenmaal | Sombere stemming | 0,05 | 0,12 | 0,16 | 1 | n.s. | n.v.t. |
| | Gunstige prognose | 0,05 | 0,19 | 0,08 | 1 | n.s. | n.v.t. |
| | Gunstige prognose x sombere stemming | 0,43 | 0,15 | 7,82 | 1 | 0,01 | 1,53 |
| Vervolgcontact 0 = geen vervolcontact 1 = vervolcontact | Leeftijd | 0,03 | 0,01 | 8,72 | 1 | 0,00 | 1,03 |

Voortbouwen op eerdere ervaringen van de patiënt

Uit tabel 2 blijkt dat de huisarts tijdens ongeveer eenderde van de consulten eerdere ervaringen betrok bij het geven van een advies. De resultaten lieten geen relatie zien tussen het instellen van beleid op basis van eerdere ervaringen, en ervaren gezondheid, consultfrequentie en therapietrouw van de patiënten.

Onderbouwen van advies

In iets minder dan de helft van de consulten onderbouwde de huisarts zijn advies. We vonden geen relatie tussen het onderbouwen van het advies door de huisarts, en ervaren gezondheid, consultfrequentie en therapietrouw van de patiënten.

Beschouwing

Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen bij patiënten met alledaagse klachten sommige van de potentieel effectieve communicatiestrategieën, zoals actief luisteren en patiëntgerichtheid, geregeld hanteren. Andere passen ze minder vaak toe, bijvoorbeeld het geven van een positieve boodschap. Het relatief geringe aantal keren dat een positieve boodschap werd geuit kan te maken hebben met het feit dat aard en oorzaak van de gepresenteerde klach-

ten (nog) niet altijd duidelijk waren. Verder bleek dat de huisartsen sommige onderdelen, zoals het stellen van explorerende vragen en het aanmoedigen van de patiënten om mee te beslissen over het beleid, minder vaak hanteerden dan andere, zoals het stimuleren van patiënten om in eigen woorden over de reden van hun komst te vertellen.

In de gevallen dat huisartsen wél een positieve boodschap uitten, bleek dat positief gerelateerd te zijn aan de ervaren gezondheid en gemoedstoestand. Bij patiënten die vóór het consult somber gestemd waren bleek een positieve boodschap echter, zoals ook anderen hebben aangetoond,²¹ omgekeerd samen te hangen met de ervaren gezondheid en het aantal herhaalconsulten voor dezelfde klacht. Een verklaring hiervoor kan zijn dat een onmiddellijke positieve boodschap op deze patiënten prematuur overkomt. Wellicht moet het exploreren van emoties en het tonen van empathie bij hen prioriteit hebben.²⁹ Onze bevinding dat actief luisteren juist voor de subgroep van patiënten met een sombere stemming gunstig lijkt uit te pakken, onderschrijft deze redenering en suggereert tevens dat actief luisteren vooral affectieve betekenis heeft voor de patiënt.

Met uitzondering van patiëntgerichtheid werd voor de andere drie

Abstract

Van Dulmen S, Fassaert T, Van der Jagt L, Schellevis F. The association between positive communication strategies and the course of minor ailments. *Huisarts Wet* 2010;5:265-71.

Introduction Consultations for minor ailments constitute a large part of the workload of general practitioners (GPs). Specific communication strategies, such as active listening and creating positive treatment expectations, might contribute to patient self-care. The aims of this study were to investigate how often GPs use such communication strategies and whether these strategies are associated with perceived health, consultation frequency, and medication adherence.

Methods Videotaped consultations (n = 524) between Dutch GPs and patients with minor ailments were assessed for the following strategies: active listening, positive communication, patient centeredness, providing scientifically proven information and advice, and building on earlier treatment experiences. Patients completed questionnaires before and after the consultation and 2 weeks later. Information about the consultation frequency was obtained from the patient registration database. Data were analysed using multivariate regression analysis.

Results Giving a favourable prognosis was associated with better health, but only if the GP also explained the cause of the symptoms. Such an explanation was also associated with a better patient health status, except in those patients who felt down and miserable at the moment they entered the consulting room. Active listening and involvement in decision-making were associated with greater treatment adherence in this group of patients.

Discussion Patients with minor ailments appeared to benefit from a GP being clear *and* optimistic about the nature and course of ailments, with the exception of patients who felt down and miserable at the moment they entered the consulting room. In these cases, active listening proved helpful. Thus GPs should assess the patient's mood or emotional state when he/she enters the consulting room.

strategieën nauwelijks een verband aangetoond met de gewenste uitkomstmaten. Dat wil niet zeggen dat deze strategieën daarom niet waardevol zijn in consulten met patiënten met alledaagse ziekten, maar het betekent alleen dat ze voor de door ons onderzochte uitkomstmaten minder relevant lijken. Overeenkomstig de uitkomsten van eerder onderzoek,¹¹ maar in tegenspraak met die van andere,³⁰ lijken de emotioneel stabiele patiënten met alledaagse klachten gebaat bij een huisarts die positief communiceert, dat willen zeggen hen expliciet geruststelt, een duidelijke verklaring voor de klachten geeft en zijn vertrouwen in een gunstige prognose uitsprekt. Gezien het geringe aantal consulten waarin huisartsen deze strategieën op dit moment toepassen is hierin nog wel wat winst te behalen. Een gunstige uitkomst wordt ook waarschijnlijker als de patiënten kunnen meebeslissen over de behandeling, maar huisartsen geven hen daar momenteel slechts in een minderheid van de consulten de gelegenheid voor.



Hierbij moeten we aantekenen dat dit observationele onderzoek geen uitspraken over causaliteit rechtvaardigt. De effectiviteit van het hanteren van positieve communicatiestrategieën zullen we daarvoor eerst in een gecontroleerd interventieonderzoek moeten onderzoeken. Niettemin geeft dit onderzoek, waarbij zowel huisarts als patiënt blind waren voor het doel van het onderzoek, een betrouwbaar beeld van de alledaagse consultvoering in de huisartsenpraktijk en van de mogelijkheden die positieve communicatiestrategieën bieden om met patiënten met alledaagse klachten om te gaan.

Huisartsen kunnen alvast gaan nadenken over hun eigen communicatiegedrag en enkele positieve strategieën inzetten om te zien welk effect dat heeft op hun consultvoering.

Het NHG biedt in toenemende mate ondersteuning en nascholing aan huisartsen. Die nascholing richt zich meestal op de medische inhoud, praktijkorganisatie en communicatie/attitude. De uitkomsten van dit onderzoek zijn vooral van belang voor de programma's die betrekking hebben op consultvoering en probleemoplossende vaardigheden. Bij supervisie en coaching bij huisartsen en huisartsen-in-opleiding besteedt men aandacht aan communicatiestijl en attitude. Tijdens de supervisie komen activiteiten ter sprake als het omgaan met de emoties van de patiënt, het geven van voorlichting en advies, het stimuleren van zelfzorg, het structureren van het consult en de samenspraak met de patiënt. De huisarts leert zijn mogelijkheden daartoe beter benutten door zijn ervaring te analyseren, te conceptualiseren en



Foto: Shutterstock/Margaret Stephensen

alternatief gedrag te oefenen. Bij coaching richt de huisarts zich op het realiseren van concrete gedragsdoelen, bijvoorbeeld het hanteren van negatieve emoties van patiënten of het structureren van het consult. Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek adviseren wij nascholingsprogramma's te ontwikkelen op het gebied van positieve consultvoering bij alledaagse klachten. Daarin zal specifieke aandacht moeten uitgaan naar de medierende rol van de emotionele toestand waarin de patiënt de spreekkamer binnenkomt.

Video-observatieonderzoek zoals dit, waarbij huisartsen noch onderzoekers van tevoren weten waar de aandacht bij het analyseren van de gegevens naar uitgaat, is om verschillende redenen waardevol. Het geeft een representatief beeld van de dagelijkse consultvoering van de huisarts, maakt duidelijk met welke com-

plexe, subtiele of verborgen hulpvragen huisartsen dagelijks worden geconfronteerd en duidt op de kracht van communicatiestrategieën die zonder video-opnames niet zichtbaar en meetbaar zijn. Naast dit observationele onderzoek is echter ook interventieonderzoek nodig om de effectiviteit van de communicatiestrategieën aan te tonen en de winst daarvan te onderzoeken bij specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten met persisterende alledaagse klachten, een zeer hoge consultfrequentie of een hoge mate van angst.

Literatuur

- 1 Bensing J, Schreurs K, De Rijk A. The role of general practitioner's affective behaviour in medical encounters. *Psych Health* 1996;11:825-38.
- 2 Cardol M, Van Dijk L, De Jong J, De Bakker D, Westert G. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL, 2004.
- 3 Morris C, Cantrill J, Weiss M. GPs' attitudes to minor ailments. *Fam Pract* 2001;18:581-5.
- 4 Van der Horst H. Een ondergeschoven kindje. Te weinig aandacht voor alledaagse klachten en kwalen. *Med Contact* 2006;61:412-4.
- 5 Kooiker S. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. *Huisarts Wet* 1996;39:50-5.
- 6 Vercoulen JH, Swanink CM, Fennis JF, Galama JM, Van der Meer JW, Bleijenberg G. Prognosis in chronic fatigue syndrome: a prospective study on the natural course. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;60:489-94.
- 7 Van Dulmen AM, Fennis JF, Mokkink HG, Bleijenberg G. The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1996;13:12-7.

- 8 Van Dulmen S. De helende werking van het arts-patiënt contact. *Huisarts Wet* 2001;44:490-4.
- 9 Fassaert T, Van Dulmen S, Schellevis FG, Van der Jagt L, Bensing JM. Raising positive expectations helps patients with minor ailments. *BMC Fam Pract* 2008;9:38.
- 10 Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999;3:1-48.
- 11 Thomas K. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ* 1987;294:1200-2.
- 12 Fassaert T, Van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Patient Educ Couns* 2007;68:258-64.
- 13 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Jung HP, Bensing JM. Do our talks with patients meet their expectations? *J Fam Pract* 2007;56:559-68.
- 14 Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61:1516-28.
- 15 The Headache Study Group of The University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one year prospective study. *Headache* 1986;26:285-94.
- 16 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.
- 17 Schers H, Maat C, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol R, Van den Bosch W. Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg? *Huisarts Wet* 2002;45:450-4.
- 18 Van Dulmen AM, Bensing JM. The effect of context in healthcare: a programming study. Den Haag: RGO, 2001.
- 19 Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998;15:480-92.
- 20 Safran D, Taira D, Rogers W, Kosinski M, Ware J, Tarlov A. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998;47:213-20.
- 21 Praugaard PK, Eide H, Finset A. Interaction analysis of physician-patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. *Patient Educ Couns* 2003;49:149-56.
- 22 Westert G, Schellevis F, De Bakker D, Groenewegen P, Bensing J, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.
- 23 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL/RIVM, 2004.
- 24 Van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten F, Van Duijn N, Meyboom-de Jong B. Measuring functional health status with the COOP/WONCA charts. A Manual. Groningen: NCG/NCH, 1995.
- 25 Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67-74.
- 26 Spielberger CD. Test Anxiety Inventory. Preliminary professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1980.
- 27 Kreft IG. Are multilevel techniques necessary? An overview, including simulation studies. Los Angeles: California State University, 1996.
- 28 Snijders T, Bosker R. Standard errors and sample sizes for two-level research. *J Educ Stat* 1993;18:237-59.
- 29 Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
- 30 Knipschild P, Arntz A. Pain patients in a randomized trial did not show a significant effect of a positive consultation. *J Clin Epidemiol* 2005;58:708-13.