

Over de timing van de hulpvraagverheldering: Wat denkt u er zelf van?

Luc van Berkestijn

In de huisartsopleiding leren aios om de hulpvraag helder te hebben vóór ze aan de anamnese beginnen. Maar de praktijk wijst uit dat veel patiënten dichtslaan als de vraag 'Wat denkt u er zelf van?' zo vroeg wordt gesteld. Is het misschien toch beter om eerst een anamnese af te nemen en lichamelijk onderzoek te doen alvorens de hulpvraag uit te diepen?

Waarom zo snel?

Ik krijg vaak te horen dat huisartsen al vrij snel na het uiten van de klacht vragen: 'Wat denkt u er zelf van?' Niet alleen vertellen familie, vrienden en kennissen mij dit spontaan, maar ik zie het ook geregeld in de verbatimverslagen van consulten die mij als supervisor van aios en ervaren huisartsen onder ogen komen. Patiënten zijn vaak onaangenaam verrast door deze vraag en reageren dan met: 'Daarvoor kom ik juist bij u; ú bent de dokter!' Deze reactie komt vooral als de vraag vroeg in het consult wordt gesteld. En dat nu is precies wat de aios in de huisartsopleiding leert: het verhelderen van de hulpvraag alvorens aan de anamnese te beginnen. Bovendien willen huisartsen graag zo snel mogelijk weten wat de patiënt van hen verwacht. Huisartsen werken vaak onder tijdsdruk, lopen misschien al achter met het spreekuur, en hopen snel tot de kern door te dringen.

Achterliggende boodschap

In de afgelopen twee jaar heb ik twaalf huisartsen in supervisie gehad. Tien van hen brachten verbatims in waarbij de gewraakte vraag al in de eerste minuut van het consult werd gesteld. Ook vragen als 'Wat wilt u nu van mij?' werden relatief snel gesteld. Dit blijkt stevast tot een geprikkelde stemming bij de patiënt en het vastlopen van het consult te leiden.

In supervisie vraag ik altijd naar de overwegingen van huisartsen om de hulpvraag zo snel uit te diepen. Meestal blijken ze de klacht vaag of futiel te vinden. Als ik doorvraag worden huisartsen zich vaak bewust van hun onmacht of irritatie daarover. De huisarts vraagt: 'Wat wilt u nu van mij', en bedoelt: 'Met deze futiele klacht had u niet bij mij hoeven komen.'

Karikatuur

Door het zo snel stellen van de genoemde vragen, maakt de huisarts een karikatuur van de hulpvraagverheldering. Die is niet

bedoeld om snel te weten wat de patiënt van de dokter wil, maar vooral om te achterhalen wat de patiënt vreest of hoopt. Aan het eind van het consult kan daarop worden terruggegrepen, zodat er een goede aansluiting is bij de verwachtingen en mogelijkheden van de patiënt. Idealiter leidt goede hulpvraagverheldering tot explicitering van de gedachten, gevoelens en betekenisgeving van de patiënt rond de klacht. Het vragen naar emoties als vrees en hoop vereist een behoedzame en geduldige vraagtechniek; mensen moeten zich veilig voelen om het achterste van hun tong te laten zien. Van al te directe vragen slaan ze dicht. Hulpvraagverheldering lijkt in die zin op het besluipen van wild: ga je te snel, dan vlucht het weg.

Een goede timing

In de syllabus *Methodisch werken*¹ en een toelichting daarop in Medisch Contact² stelde Van Aalderen in 1974 voor om het consult in vier fasen in te delen:

- De intake (verkenning van belevingsaspecten rond de klacht);
- De diagnostiek (anamnese en lichamelijk onderzoek);
- De probleemformulering (mededeling van bevindingen plus de interpretatie daarvan door de huisarts en de reactie daarop van de patiënt);
- De therapeutische fase (bespreken van mogelijke oplossingen en het samen maken van een keuze daaruit).

Deze volgorde ontleent Van Aalderen aan het *social-case work*, dat op zijn beurt weer was gebaseerd op werk van Carl Rogers² en Ivan Illich³. In de jaren '70 leerden we dat mensen hun problemen veelal 'lijfelijk' ervaren of vertalen, en makkelijker naar een huisarts gaan dan naar een psycholoog. Psychologen voegden daaraan toe dat je niet aan iemand hulp kunt verlenen zonder dat die persoon zelf verandert. De betekenis of beleving van de klacht speelt daarin een centrale rol. Daarom moest het referentiekader rond de klacht van de patiënt eerst grondig worden verkend, opdat de hulpverlening goed zou aansluiten bij diens ideeën en mogelijkheden. Zo zou je onder meer kunnen voorkomen dat adviezen niet opgevolgd en psychosociale problemen 'gemedicaliseerd' zouden worden.

Problemen bij vroege vragen

In het gunstigste geval kan de patiënt de vroege vraag naar zijn eigen idee over de klacht opvatten als een verzoek om mee te denken over de oplossing. Maar het komt vreemd over als die medewerking wordt vereist voordat de dokter diens eigen deskundigheid heeft ingezet. 'Waarom moet ik me eerder inspannen dan de dokter? Laat die eerst maar eens tonen dat hij het goed met

Auteursgegevens

L.G.M. van Berkestijn, NHG-supervisor, gepensioneerd huisarts en universitair docent huisartsgeneeskunde, Bellamystraat 7, 3514 EJ Utrecht.
Correspondentie: lucasberk@planet.nl

mij voorheeft, dan ben ik ook bereid iets terug te doen.' Sommige patiënten hebben het gevoel dat er geen oprechte nieuwsgierigheid achter de slecht getimede vraag steekt, met als effect irritatie en een negatieve sfeer.

Verschillende factoren kunnen die vroege hulpvraagverheldering problematisch maken:

- Vraag je naar de eigen ideeën van de patiënt, dan ga je ervan uit dat deze hier van tevoren bewust over heeft nagedacht en antwoorden weet. Menig patiënt voelt zich dan ook door de vraag overvallen, vooral als hij het antwoord niet weet of verdringt. Hij voelt zich dan onmachtig en misschien zelfs dom, en reageert met een tegenzet: 'Ú bent de dokter!'
- Niet iedereen heeft het vermogen tot zelfreflectie. Dan leveren zelfs goed getimede vragen niet veel bruikbaars op.
- Een patiënt laat alleen het achterste van zijn tong zien als er een veilige sfeer is: hij moet zich geaccepteerd en begrepen voelen. Pas als je een beeld hebt van de klachten en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren, kun je *overtuigend* empathisch reageren. Het kost tijd om de gevolgen in beeld te brengen en begrip te tonen, en zo een veilige sfeer te laten ontstaan.
- Een veilige sfeer is nog belangrijker als je *onbewuste* ongerustheid boven tafel wilt krijgen. Angst wordt immers door veel mensen succesvol afgeweerd en onderdrukt. Sommige patiënten zijn zich dus niet meer bewust van dergelijke emoties. Dan moet de huisarts behoedzaam en bekwaam exploreren om ze naar boven te brengen.

Andere volgorde?

Hoe dwingend en urgent is de in 'methodisch werken' bepaalde volgorde eigenlijk? Ik pleit voor het éérst afnemen van de anamnese – inclusief de gevolgen van de klacht voor het dagelijks leven – en dan lichamelijk onderzoek te doen. Zo laat je zien dat je de patiënt en zijn klacht serieus neemt. En als huisarts wil ik liever eerst een beeld hebben van de klachten voor ik vraag naar het idee van de patiënt. Na mededeling van de bevindingen uit het lichamelijk onderzoek kun je de hulpvraag exploreren. Bijvoorbeeld: 'Had u dit (niet) verwacht? Wat dacht ú dan?', of: 'Was dit waarvoor u bij mij kwam?', of: 'Zijn de vragen die door uw hoofd speelden nu beantwoord?' Veel patiënten vertellen trouwens in deze fase van het consult al spontaan hun eigen ideeën: 'Oh, gelukkig, dus het is niets ernstigs' (of 'niet mijn hart', of 'geen kanker').

Eerst anamnese én lichamelijk onderzoek

Sinds 1989 heeft de *body of knowledge* van de huisartsgeneeskunde met meer dan 90 standaarden een sterke ontwikkeling doorgemaakt. De medisch-somatische en psychosociale aspecten van ons vak zijn daarmee meer met elkaar in balans gebracht. Bovendien maakt de patiënt anno 2010 veel gemakkelijker de gang naar een psycholoog of coach dan in 1975. In onze tijd gaat iemand naar de huisarts omdat hij denkt dat er iets aan zijn *lijf* mankeert. Dan wil hij dat de dokter vragen stelt die een beeld geven van

wat er disfunctioneert en vervolgens lichamelijk onderzoek doet. Maar huisartsen doen tegenwoordig slechts in een minderheid van de consulten lichamelijk onderzoek. Dat zal wel wetenschappelijk verantwoord zijn, maar de leek zal het niet begrijpen want die heeft geen verstand van sensitiviteit en specificiteit. Die zal thuis verontwaardigd vertellen dat de dokter hem niet eens heeft nagekeken, met als metafoor: 'Wat is dat voor een fietsenmaker die mijn fiets niet eens nakijkt.' En hij zal zich misschien wat voor schut voelen staan, omdat zijn klacht te onbeduidend was om er serieus aandacht aan te besteden.

Vele voordelen, één nadeel

Volgens mij heeft het uitstellen van de hulpvraagverheldering veel voordelen:

- De sfeer van het consult wordt direct positief door de vroege deskundige inzet van de huisarts. ('De dokter doet wat ik verwacht en zet niet eerst mij aan het werk.')
- Het achteraf toetsen van de hulpvraag kost minder tijd. Immers, het merendeel van de patiënten wil gerustgesteld worden door deskundige aandacht (ofwel *lichamelijk* onderzoek).
- Als patiënt wil je weten wat de dokter ervan denkt. 'Omdat ik zelf geen raad wist, ging ik naar de dokter!' Het is dus gek als de huisarts dat omdraait.

Ik besef echter dat er ook een nadeel kleeft aan de uitgestelde hulpvraagverheldering. In de voorlaatste fase van het consult kunnen dan nieuwe vragen naar voren komen. Huisartsen vinden dat onplezierig, omdat het consult dan als het ware moet worden 'overgedaan'. Maar mijn ervaring is dat dit in slechts een kleine minderheid van de gevallen gebeurt. En die enkele keer dat het dan veel tijd vergt, is er altijd nog de mogelijkheid van een vervolgsconsult op korte termijn.

Voordelen op een rij

Van de uitgestelde hulpvraagverheldering ondervond ik de volgende voordelen:

- Het kost minder tijd.
- Het levert vaak een bruikbaar antwoord op.
- Het voelt natuurlijker aan, ook voor mij als dokter.
- Er ontstaat in het begin van het consult meteen al een positieve sfeer doordat het consult verloopt volgens de verwachting van de patiënt.
- Door direct een anamnese en lichamelijk onderzoek te doen heeft de patiënt het gevoel dat zijn klacht serieus wordt genomen. Hierdoor neemt het vertrouwen toe.
- Doordat de deskundige inzet van de arts voorafgaat aan de vraag om mee te denken, is de bereidheid van de patiënt daartoe ook groter.
- Omdat wordt voldaan aan een klassiek verwachtingspatroon voelt de patiënt zich meer op zijn gemak. Het *later* exploreren van onderdrukte emoties en betekenisgeving wordt daardoor gemakkelijker.
- Patiënten die over weinig woorden beschikken of het vermo-

gen tot zelfreflectie missen, worden niet overvraagd. Zij hoeven zich niet onmachtig of dom te voelen dat ze het antwoord niet weten.

Vraag aan de lezer

Mijns inziens moet dus de scholing in en praktische toepassing van 'methodisch werken' minder dogmatisch zijn als het gaat om de volgorde van intake, diagnostiek, probleemformulering en therapie. Volgens mij kan de hulpvraag ook helder worden na de probleemformulering, met winst in tijd en goede sfeer voor beide partijen. Ik ben benieuwd wat de huisartsopleiders en instituten,

maar ook praktiserend huisartsen, van deze opvatting vinden. Ik heb me ingespannen mijn visie uit te leggen, dus aan het eind van dit ingezonden stuk durf ik wel te vragen: 'Wat denkt u er zelf van?'

Literatuur

- 1 Deze syllabus is niet extern gepubliceerd, maar wel in mijn bezit.
- 2 Van Aalderen HJ. Huisartsgeneeskunde: een hulpverleningsmodel. Medisch Contact 1974;29:530-4.
- 3 Rogers C. Client Centered Therapy, its current practice, implications and theory. Londen: Constable, 1951.
- 4 Illich I. Grenzen aan de geneeskunde: het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid? Bussum: Wereldvenster, 1975.