

Huisarts en patiënt (5): Besluitvorming tussen huisarts en patiënt

In deze serie over de communicatie tussen huisarts en patiënt volgt *In de praktijk* aan de hand van casuïstiek (het hoesten van Loeka) de logische ordening van een consult: informatie verzamelen, informatie geven en gemeenschappelijke besluitvorming. Eerdere afleveringen behandelden algemene aspecten van de communicatie en de eerste twee consultfasen: effectieve en efficiënte informatieverzameling over het probleem en de hulpvraag, en het geven van informatie. Deze aflevering neemt de derde consultfase onder de loep: de beleidsfase en de gemeenschappelijke besluitvorming tussen huisarts en patiënt.

Overleggen of opleggen

In de vorige aflevering is aan u gevraagd stil te staan bij uw handelen in de beleidsfase aan de hand van de volgende vragen: in hoeverre overlegt u met de patiënt in plaats van het beleid *op* te leggen. Stemt u het beleid af op de hulpvraag? Bespreekt u de alternatieven (vaak zijn er meerdere behandelingsmogelijkheden), de voor- en nadelen ervan en de uitvoerbaarheid? Ik hoor u al zuchten ‘dát allemaal...?’ Maar ik herinner u graag aan het rendement van uw inspanningen: beter ‘opvolggedrag’ bij uw patiënt.¹

Hoe pakte uw zelfbeoordeling uit? Werkt u toch minder vraaggericht dan u dacht? En dicteert u, weliswaar op vriendelijke toon, het beleid aan de patiënt? In dat geval bent u in goed gezelschap: gemeenschappelijke besluitvorming is in de huisartsenpraktijk nog lang geen gemeengoed. Er is op dit gebied dus nog wel wat te winnen.

Na het deurknopfenomeen

Aan het eind van het tweede consult gaf de moeder van Loeka met de hand aan de deurknop uiting aan haar irritaties over het beleid tot nu toe. De huisarts gaf haar de ruimte die toe te lichten en exploreerde haar hulpvragen in tweede termijn. Een goede professionele reactie. Laten we nog even meeluisteren hoe hij dat aanpakte.

‘Gaat u zitten, ik begrijp dat u niet tevreden bent over mijn beleid?’
‘Ja, dokter, dat klopt. Had u mij niet kunnen waarschuwen dat bij Loeka twee keer bloed geprikt zou moeten worden? En ik ben het er niet zo mee eens dat u niets aan haar hoesten doet.’

‘Wat het eerste betreft, u heeft gelijk, ik had u daarop moeten wijzen. Wat het tweede betreft, mijn advies om niets te doen is voor u blijkbaar niet overtuigend. Welke vragen heeft u daarbij?’

‘Moet Loeka geen penicilline hebben om besmettingsgevaar bij de burens te voorkomen en is ze dan zelf ook niet eerder van het hoesten af?’

‘Beide vragen kan ik volmondig met nee beantwoorden. Alleen als uzelf een kind heeft jonger dan een jaar, is penicilline - zelfs voor het hele gezin - een optie. Loeka’s hoesten gaat daardoor echter niet sneller over. U kunt dat thuis nalezen in deze brief. Bij vragen kunt u

mij bellen op het telefonisch spreekuur. Gaat u daarmee akkoord?’

‘Prima dokter, nog één vraag. Zou Loeka mogelijk aanleg voor astma hebben en zou dat een rol spelen in de lange duur van het hoesten?’

‘Dat is een vraag die meer tijd kost. Kunt u daarvoor een nieuwe afspraak maken? Dan kan ik dat goed bekijken.’

‘Prima dokter, en dank u wel.’

Effectief en efficiënt

Zou u die dokter kunnen en willen zijn? ‘Dat kost veel te veel tijd’, hoor ik u zeggen, en zie wat er van komt: nog een nieuwe vraag. Klok de tijd even met mij mee met een stopwatch: het kost u twee minuten extra. Maar de kans dat de moeder van Loeka uw advies opvolgt wordt daardoor een stuk groter. U tevreden, de patiënt tevreden, en medisch-inhoudelijk heeft u uw werk goed gedaan.

De theorie achter de strategie van overleggen en samenwerken is gebaseerd op vier modellen van de huisarts-patiëntrelatie:

- ▶ het paternalisme (de dokter bepaalt, de patiënt volgt);
- ▶ het consumentisme (de patiënt bepaalt, de dokter volgt);
- ▶ het *laissez faire* (niemand neemt de verantwoordelijkheid);
- ▶ het samenwerken (patiënt en arts hebben beiden een sterke positie).

Het samenwerkingsmodel is goed onderzocht op aspecten van de therapietrouw en is wat dat betreft veruit superieur aan de andere modellen. Het laat zich raden waarom dat zo is, maar het is ook goed beschreven.¹

Wederzijds begrip

Gemeenschappelijke besluitvorming is gebaseerd op wederzijds begrip. De huisarts kan daaraan bijdragen door een aantal vaardigheden toe te passen, zoals het afstemmen van de uitleg op de gezichtspunten van de patiënt (zie vorige aflevering). Het actief betrekken van de patiënt bij de besluitvorming door te vragen naar diens ideeën, reacties en zorgen en door tegelijkertijd duidelijkheid te scheppen, versterken het wederzijds begrip (zie boven).

Het opmerken van verbale en non-verbale signalen in dit proces is voer voor fijnproevers. Het staat in de volgende aflevering op het menu.

Paul Ram, huisarts, adjunct-hoofd Huisartsopleiding Universiteit Maastricht

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence based benadering*. Utrecht: Lemma, 2000.