

Communicatie tussen specialist en patiënt

Een exploratieve studie

A.M. van Dulmen, P.F.M. Verhaak
en J.M. Bensing

Dit artikel is gereviewd.

Tot nu toe is er maar weinig bekend over de manier waarop specialisten en patiënten met elkaar communiceren. Om dit te onderzoeken is een observatie-instrument nodig dat zowel verbale als non-verbale, instrumentele als affectieve communicatievormen onderscheidt en bovendien gevoelig is voor verschillende typen aandoeningen en consulten.

HET BELANG van onderzoek naar de communicatie tussen specialist en patiënt wordt enerzijds bepaald door politieke overwegingen, anderzijds door de behoeften van de patiënt. Zo is een van de aanbevelingen uit het rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie-Biesheuvel) het streven naar optimalisering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorgverlening.¹ Hierin speelt onder meer communicatie een belangrijke rol. Ook in de onlangs in werking getreden Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) staat een goede bejegening van de patiënt centraal. Reeds in 1991 werd in het advies 'Medisch handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad aandacht gevraagd voor de kwaliteit van de communicatie met de patiënt. Men achtte het indertijd gewenst dat "de medische opleiding doordrongen is van de noodzaak tot [...] een goede bejegening van de patiënt en zijn familie".² Tenslotte vinden we het belang van communicatie terug in het advies 'Kwaliteit van zorg' van de Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO), waarin informatiebereidheid en bejegening als belangrijke kwaliteitskenmerken naar voren komen.³ In reactie op bovengenoemde adviezen werd er onlangs vanuit de medische praktijk voor gepleit meer tijd uit te trekken voor een goede uitleg aan de patiënt over de aandoening.⁴ Het verkrijgen van begrijpelijke en goed gedoseerde informatie ver-

vult, naast het ontvangen van emotionele steun, een van de belangrijkste behoeften van de patiënt.^{5,6} Deze behoeften variëren per individu, per aandoening en door de tijd heen. Zo zal in geval van een duidelijke 'ziekte' het gewicht van de communicatie bij de arts liggen en bij vagere klachten, zonder somatische verklaring, de inbreng van de patiënt belangrijker zijn.⁷

Juist bij deze patiëntgerichte communicatie spelen het tonen van betrokkenheid en het geven van steun een belangrijke rol. Emotionele steun is bovendien van belang omdat niet alleen de oorzaken, maar ook de consequenties van een ziekte voor de patiënt belangrijk zijn. Zeker bij chronische aandoeningen kunnen het ziek-zijn en de behandeling een enorme belasting betekenen voor de patiënt en zware eisen stellen aan zijn of haar adaptatievermogen. Het verdient daarom aanbeveling de betekenis van de ziekte voor de patiënt in het consult te betrekken. Dit is bovendien van belang omdat gedragsproblemen nogal eens de oorzaak van gezondheidsklachten zijn of deze klachten juist in stand houden door bijvoorbeeld een lage therapietrouw, een sterk vermijdingsgedrag en/of een hoge medische consumptie. Communicatie is dan de aangewezen manier om het gedrag te beïnvloeden en te corrigeren.

Dat de communicatie daadwerkelijk aandacht heeft, blijkt uit een recent onderzoek onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg dat aantoonde dat nogal wat patiënten minder goed te spreken zijn over de bejegening en de informatiebereidheid van de specialist.⁸

Twee soorten gedrag

De behoeften van de patiënt, door Engel verwoord als "the need to know and understand" en "the need to feel known and understood",⁵ corresponderen met twee typen gedrag van de arts: *instrumenteel* gedrag, gericht op probleemgerichte aanpassing en *affectief* gedrag, gericht op emotionele verwerking.

Het geven van emotionele steun en het tonen van betrokkenheid blijken bij huisartsen in sterke mate samen te hangen

met hun non-verbale gedrag.⁹ Bovendien dragen non-verbale gedragingen in belangrijke mate bij aan het effect van de communicatie.¹⁰

Het is de vraag in hoeverre bij communicatie door specialisten hetzelfde geldt. Gegeven het verschil in morbiditeitspatroon waarmee huisartsen en specialisten worden geconfronteerd, is de werkwijze van specialisten immers anders dan die van huisartsen.¹¹ De aard van de klachten die aan specialisten worden gepresenteerd, zou ertoe kunnen leiden dat zij minder patiëntgericht en meer instrumenteel en gestandaardiseerd te werk gaan.¹² Aandacht van de specialist voor de betekenis van de klachten voor de patiënt is echter ook van belang en kan zelfs therapeutische waarde hebben.¹³


Vraagstelling

Het voorgaande onderstreept het belang van onderzoek naar de communicatie tussen specialisten en patiënten. Er is tot nu toe nog maar weinig bekend over de manier waarop specialisten en patiënten met elkaar communiceren. In eerste instantie zal dit veld dan ook op een exploratieve wijze moeten worden onderzocht. Observatie van praktijksituaties ligt daarbij als onderzoeksmethode het meest voor de hand. Om een dergelijk observatieonderzoek uit te voeren is een observatie-instrument nodig dat zowel verbale als non-verbale, instrumentele als affectieve communicatievormen onderscheidt en bovendien gevoelig is voor verschillende typen aandoeningen en consulten.

Het hier beschreven pilot-onderzoek tracht daarom een antwoord te vinden op de volgende vragen:

1. Bestaat er een observatie-instrument dat toepasbaar is voor onderzoek naar specialist-patiëntcommunicatie en dat bovendien betrouwbaar is?
2. Is een dergelijk instrument gevoelig voor verschillende typen aandoeningen?

Observatie-instrument

De meest geschikte manier voor het ob- 

Tabel 1. Gemiddelde percentages (SD) affectieve en instrumentele uitingen door specialisten en patiënten in verhouding tot het totaal aantal uitingen (N=40).

verbale uitingen	specialisten		patiënten	
	%	(SD)	%	(SD)
AFFECTIEF				
<i>sociaal gedrag</i>	2,00	(2,82)	2,62	(2,93)
<i>tonen van begrip</i>	8,28	(4,79)*	11,06	(5,93)
<i>parafrase</i>	2,77	(1,84)	2,22	(1,56)
<i>gevoelsreflectie</i>	0,73	(0,85)	0,02	(0,09)
<i>bezorgdheid</i>	0,93	(1,06)	2,65	(2,40)
<i>geruststelling</i>	2,93	(2,53)	1,73	(1,65)
<i>ontkenning</i>	0,13	(0,38)	0,08	(0,20)
totaal	17,77	(5,30)	20,38	(7,50)
INSTRUMENTEEL				
<i>oriëntatie/transitie</i>	4,63	(4,03)**	0,51	(0,75)
<i>vraag om begrip</i>	1,87	(1,47)	0,78	(0,95)
<i>medische vraag</i>	5,61	(4,29)	2,42	(2,14)**
<i>psychosociale vraag</i>	0,65	(1,06)	0,13	(0,36)
<i>medische informatie</i>	16,61	(8,50)	14,78	(8,59)
<i>psychosociale informatie</i>	0,18	(0,35)	2,45	(2,75)
<i>medisch advies</i>	5,19	(3,06)*	0,12	(0,32)
<i>psychosociaal advies</i>	0,21	(0,57)	0,04	(0,26)
<i>rest instrumenteel</i>	3,10	(2,63)**	2,58	(2,63)
totaal	38,05	(9,70)	23,81	(9,10)

* significant hogere scores in consulten met diabetes type II-patiënten ($p \leq 0,05$)
 ** significant hogere scores in consulten met kankerpatiënten ($p \leq 0,05$)

Tabel 2. Gemiddelde percentages/scores met standaarddeviaties (SD) op consultkenmerken, non-verbaal gedrag en patiëntgerichtheid (N = 40).

variabelen	poliklinische consulten	
	gem.	(SD)
DUUR CONSULT (IN MIN.)		
% spreektijd arts	11,5	(7,7)
% spreektijd patiënt	37,5	(14,4)
% lichamenlijk onderzoek	26,1	(12,4)
% interrupties	7,6	(10,8)**
1,6	(6,8)	
NON-VERBAAL GEDRAG ARTS		
% patiëntgericht aankijken	41,8	(19,2)
uitnodigende (luister)houding (range 1-4)	2,8	(0,8)**
functioneel gebruik stiltes (range 1-4)	1,7	(0,7)**
PATIËNTGERICHTHEID (RANGE 1-5)		
in diagnostische fase	3,2	(0,8)
in therapeutische fase	3,1	(0,9)*

* significant hogere scores in consulten met diabetes type II-patiënten ($p \leq 0,05$)
 ** significant hogere scores in consulten met kankerpatiënten ($p \leq 0,05$)

serveren van praktijksituaties is het maken van video-opnames van poliklinische consulten. Uit vooronderzoek is gebleken dat deze manier van gegevens verzamelen waardevolle informatie en concrete aanknopingspunten oplevert voor gerichte interventie en feedback.¹⁴ De consulten kunnen na opname aan de hand van een observatie-instrument worden geanalyseerd. Het bruikbaarste observatie-instrument

hiervoor is het Roter Interaction Analysis System (RIAS).^{6,9,15,16} Dit systeem onderscheidt voor arts en patiënt afzonderlijk niet-overlappende scoringscategorieën waarmee de mate van betrokkenheid en het geven van emotionele steun worden gemeten (affectieve communicatie), alsmede het ontvangen en geven van informatie, het stellen van vragen en het geven van adviezen (instrumentele communicatie).¹⁷ Het RIAS is betrouwbaar geble-

ken om medische consulten te observeren en wordt vergeleken met andere observatie-instrumenten voor onderzoek naar de arts-patiëntcommunicatie het geschiktst geacht.^{9,18} Bovendien kan een observator met behulp van het programma 'Camera' de communicatie geautomatiseerd 'scoren',¹⁹ waardoor het mogelijk is niet alleen de frequenties van de uitingen van arts en patiënt afzonderlijk te analyseren, maar tevens de interactie tussen beiden te onderzoeken. Dit laatste is van belang omdat gesprekspartners elkaars communicatieve gedrag beïnvloeden.²⁰

Naast verbale uitingen wordt binnen het RIAS voor zowel arts als patiënt de mate van irritatie, nervositeit, warmte en interesse gescoord op zes punts Likert-schalen. Deze affectmaten blijken een hoge voorspellende waarde te hebben voor de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen.⁹ Omdat binnen het RIAS het non-verbale gedrag met deze affectmaten alleen globaal wordt gemeten, is het observatiesysteem aangevuld met items die het expliciete non-verbale gedrag van de arts meten, zoals het aankijken van de patiënt, een aandachtige (luister)houding en het gebruik van stiltes tijdens het gesprek.¹⁰ Bovendien zijn twee items toegevoegd die op vijf punts Likert-schalen patiëntgerichtheid meten, dat wil zeggen de inbreng van de patiënt tijdens de diagnostische respectievelijk de therapeutische fase.⁷ Om de validiteit en toepasbaarheid van het observatie-instrument te onderzoeken is gebruik gemaakt van 20 video-opnames van poliklinische consulten met diabetes type II patiënten en 20 opnames met kankerpatiënten. Twee diabetologen leverden ieder tien diabetesconsulten, twee oncologen en twee chirurgen ieder vijf consulten met kankerpatiënten. Tien consulten zijn door twee observatoren onafhankelijk van elkaar gescoord om de interobservator-betrouwbaarheid te meten met behulp van Pearson's correlatie. Met de verschillende typen consulten kon worden nagegaan of het observatie-instrument gevoelig is voor verschillen in de aard van de aandoening.

Resultaten

Allereerst is nagegaan of het aangepaste observatie-instrument *betrouwbaar* was. De gemiddelde Pearson-correlatie tussen de twee observatoren bleek voor de uitingen van de patiënt 0,82 en van de arts 0,78 te zijn.

Vervolgens is de *toepasbaarheid* van het instrument getoetst. Uit *tabel 1* blijkt dat de communicatie tijdens de poliklinische consulten in het algemeen meer instrumenteel dan affectief gericht was en dat over het geheel genomen meer uitin-

gen afkomstig waren van de arts (56%), overeenkomstig diens langere spreektijd (tabel 2). De affectieve communicatie tussen specialist en patiënt bestond voor het grootste deel uit het geven van verbale aandacht door middel van het tonen van begrip en parafraseren. De instrumentele communicatie betrof voornamelijk het uitwisselen van medische informatie.

Tabel 2 laat zien dat er weinig functioneel gebruik werd gemaakt van stiltes en dat artsen matig patiëntgericht waren.

Tenslotte is nagegaan of het observatie-instrument gevoelig is voor verschillende typen aandoeningen. De resultaten laten zien dat in consulten met diabetespatiënten meer begrip werd getoond, meer medisch advies werd gegeven, het consult minder werd gestuurd en er meer aandacht werd besteed aan de inbreng van de patiënt tijdens de therapeutische fase. In consulten met kankerpatiënten toonden specialisten vaker een uitnodigende (luister)houding en werd meer functioneel gebruik van stiltes gemaakt. Kankerpatiënten bleken in vergelijking met diabetespatiënten meer medische vragen te stellen, korter aan het woord te zijn en uitgebreider lichamelijk te worden onderzocht. Kankerpatiënten bleken niet meer zorgen te uiten dan diabetespatiënten. Bovendien bleek de aard van de ziekte geen verband te houden met het totaal aantal affectieve of instrumentele uitingen van de specialist.

Conclusie

De resultaten van deze exploratieve studie laten zien dat het mogelijk is om met behulp van het gepresenteerde observatie-instrument onderzoek te verrichten naar de communicatie tussen specialisten en patiënten. Het instrument bleek in die zin valide te zijn dat het gevoelig is voor verschillende typen aandoeningen (kanker en diabetes).

Het instrument lijkt bovendien gevoelig voor verschillen tussen poliklinische en huisartsconsulten. Vergeleken met de uitkomsten van observatieonderzoek in de huisartspraktijk blijken poliklinische consulten namelijk,^{21,22} zoals verwacht, meer instrumenteel te zijn gericht. Specialisten zijn minder patiëntgericht, vertonen minder sociaal gedrag en geven meer medische informatie. Poliklinische patiënten vertonen eveneens minder sociaal gedrag en stellen vaker medische vragen dan patiënten in de huisartspraktijk.

De bevinding dat kankerpatiënten veel behoefte lijken te hebben aan informatie komt overeen met de resultaten uit ander onderzoek.^{23,24} Het is van belang hierbij op te merken dat het aanbeveling verdient bij de interpretatie van de uitkomsten van onderzoek naar communicatie rekening

te houden met de verwachtingen van de patiënt; zo kan uit de hogere score op patiëntgerichtheid tijdens de therapeutische fase bij diabetespatiënten niet zonder meer worden geconcludeerd dat specialisten op dit punt beter communiceren met diabetes- dan met kankerpatiënten omdat kankerpatiënten het vaak prefereren keuzes ten aanzien van de behandeling bij de arts te leggen.²³

Aangezien de wijze van communiceren in consulten met kanker- en diabetespatiënten in dit artikel alleen werd onderzocht met de bedoeling de gevoeligheid van het instrument te beoordelen, wordt hier niet verder ingegaan op de betekenis van de gevonden verschillen. Het kleinschalige karakter van dit onderzoek maakt het bovendien onmogelijk om de invloed van artsgebonden factoren te onderzoeken. Belangrijk is dat de verwachte verschillen over het algemeen ook zijn gevonden.

Een grote verscheidenheid aan vragen zal met behulp van dit observatie-instrument in combinatie met andere instrumenten kunnen worden beantwoord. Het gaat om vragen als: Door welke manier van informatieverstrekking heeft een specialist de meeste kans dat zijn adviezen worden opgevolgd? Hoe kan een specialist betrokkenheid aan de patiënt tonen zonder dat zijn spreekuur uitloopt? Wordt informatie beter onthouden wanneer ze gedoseerd wordt aangeboden, afgewisseld met ruimte voor reacties van de patiënt? Op welke manier kan een specialist de patiënt ruimte voor een eigen inbreng geven zonder zijn greep op het gesprek te verliezen? Hoe kan non-verbaal gedrag verbaal gedrag versterken? Heeft communicatietraining invloed op de wijze van communiceren met de patiënt?

Afhankelijk van de klinische relevantie kunnen bij onderzoek naar de effectiviteit van de communicatie uitkomstmaten met betrekking tot de korte termijn (satisfactie, compliantie, onthouden van informatie) of met betrekking tot de lange termijn (klachtenbeloop, kwaliteit van leven, complicaties, medische consumptie) worden betrokken. Ook de invloed van patiëntkenmerken, artskenmerken en morbiditeitsverschillen kan worden gemeten. Om antwoord te krijgen op deze verscheidenheid aan onderzoeksvragen zullen verschillende specialismen, patiënten en aandoeningen in het onderzoek moeten worden betrokken. •

A.M. van Dulmen,

P.F.M. Verhaak,

J.M. Bensing,

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel)

Meer informatie over het onderzoek is te verkrijgen bij de auteurs:
Nivel, tel. 030 - 231 99 46.

Literatuur

1. Gedeelde zorg, betere zorg. Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994.
2. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 12 december 1991.
3. Advies kwaliteit van zorg. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 29 mei 1990.
4. Erkelens DW. De 'trechter' in de spreekkamer. Kiezen of delen voor de medicus practicus. Medisch Contact 1995; 50: 323-4.
5. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL. The task of medicine. Kaiser Foundation, Menlo Park CA, 1988.
6. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
7. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: HMSO, 1976.
8. Verhaak PFM, Andela M, Kerssens JJ. Bejegening en informatieverstrekking door huisarts en specialist. Medisch Contact 1995; 50: 864-6.
9. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behavior. Medical Care 1992; 30: 283-98.
10. Strecher VJ. Improving physician-patient interaction: a review. Patient Counseling and Health Education 1983; 4: 129-36.
11. Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en specialist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.
12. Eussen GPHE, Borgers MThA, Visser APh. Een observatiesysteem voor de analyse van de inhoud van de communicatie tussen kankerpatiënten en specialisten. Gedrag en Gezondheid 1992; 20: 102-6.
13. Dulmen van AM, Fennis JFM, Mokkink HGA, Bleijenberg G. Persistent improvement in complaint-related cognitions initiated during medical consultations in functional abdominal complaints. Psychological Medicine (in press).
14. Wijgert van de J, Winkel te A. Diabetesvoorlichting. Een verandering van instelling. Doctoraalscriptie Utrecht, 1994.
15. Verhaak PFM, Pasch van de M. Het effect van de communicatiestijl van huisartsen op het beloop van psychische problemen van patiënten. Utrecht: Nivel, 1994.
16. Brink-Muinen A van den, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in medical encounters (submitted).
17. Roter D. The Roter method of interaction process analysis. Baltimore, 1989.
18. Ong LML, Haes de JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science and Medicine 1995; 40: 903-18.
19. Vlught van der MJ, Kruk MR, Geuze RH, Bertels R. CAMERA. A system for collecting and correcting behavioral data. Groningen, 1994.
20. Street RL. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. Social Science and Medicine 1991; 32: 541-8.
21. Verhaak PFM. Variation in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study. Social Science and Medicine 1986; 23: 595-604.
22. Visser M. Voordracht studiemiddag 'Observatie- en analysemethoden in onderzoek naar arts-patiënt interactie', Nivel 26 september 1995.
23. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decisionmaking preferences of hospitalized adult cancer patients. Social Science and Medicine 1988; 27: 1139-45.
24. Chaithik S, Kreitter S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. Journal of Cancer Education 1992; 7: 41.