



5574

'Geneeskunst en Communicatie'

Patiënt, huisarts en specialist op één lijn

Op het 37ste KNMG-ledencongres te Heerlen, gewijd aan het thema 'Geneeskunst en Communicatie', heeft Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en hoofdredacteur van Medisch Contact, zijn bijdrage gepresenteerd onder de titel van 'Patiënt, huisarts en specialist op één lijn'. Prof. Van Es stelde dat voorwaarde voor een goede communicatie tussen patiënt en arts is dat goed naar de patiënt wordt geluisterd. Diens hulpvraag en probleemformulering dient door te spelen in de communicatie tussen huisarts en specialist. Een probleem in hun relatie is dat zij in functioneel opzicht complementair zouden moeten zijn, maar in feite vaak concurrerend zijn. Een complementaire relatie kan niet alleen tot stand komen op grond van goede relaties; die moet ook structureel worden onderbouwd.

Een van de doelstellingen in de gezondheidszorg is vanzelfsprekend het bevorderen en garanderen van medische zorg van een hoge kwaliteit. Die kwaliteit hangt van een groot aantal factoren af: kennis, mankracht, technische voorzieningen. Maar van niet minder belang zijn factoren als: een juiste taakverdeling, betrouwbaarheid, beschikbaarheid en communicatie. In dit kader zullen we ons, overeenkomstig het thema van het KNMG-congres, beperken tot communicatie.

De belangstelling voor communicatie als voorwaarde voor een goede hulpverlening op dit moment is begrijpelijk. Hiervoor zijn tenminste twee soorten redenen aan te wijzen:

1. Het aantal categorieën hulpverleners in de gezondheidszorg is zo groot geworden, dat hun onderlinge communicatie bijzondere zorg vereist. Alleen al bij de artsen is die diversiteit groot: er bestaan naast huisartsen en sociaal-geneeskundigen 28 erkende specialismen en bovendien nog een aantal feitelijk bestaande, maar niet erkende sub-specialismen.
2. Een tweede motief om aandacht aan communicatie te schenken is de opkomst van technologische communicatiemethodieken, die de relatie van arts en patiënt en van artsen onderling sterk kunnen beïnvloeden.

Deze beide factoren: voortschrijdende differentiatie van beroepen en invoering van communicatietechnieken, gelden niet alleen voor de gezondheidszorg, maar zijn ontwikkelingen die men op alle maatschappelijke gebieden tegenkomt en die derhalve alom bezinning vergen.

Communicatie tussen patiënt en huisarts

Het hulpverleningsproces vangt aan zodra iemand zich tot zijn huisarts om hulp wendt. Hieraan is meestal een kortere of langere periode voorafgegaan waarin de potentiële patiënt, al of niet na overleg met anderen uit zijn omgeving, door middel van verschillende vormen van zelfhulp of door louter afwachten, bestaande klachten of symptomen in gunstige zin tracht te beïnvloeden. Op een gegeven moment kan de maat vol zijn, de ongerustheid ontoelaatbaar hoog gestegen, de hinder van de klachten en symptomen te groot om nog langer te wachten. Het welslagen van hetgeen daarna volgt hangt in niet geringe mate af van het vermogen van de huisarts twee dingen vast te stellen: in de eerste plaats het vermogen na te gaan welke motieven de patiënt had om zijn huisarts te raadplegen en in de tweede plaats het vermogen na te gaan wat er met de patiënt aan de hand is.

Het laatste is een vanzelfsprekendheid: om een behandeling te kunnen instellen, of een goede beleidslijn te kunnen uitzetten, moet een diagnose – of in ieder geval een differentiaal diagnose – worden overwogen. Om de hulpverlening zoveel mogelijk adequaat te laten verlopen is het echter eveneens van groot belang dat de hulpverlening wordt afgestemd op de motieven die de patiënt had om de huisarts te raadplegen. Als een patiënt bang is aan een kwaadaardig proces te lijden en de huisarts ziet hieraan voorbij, dan zal iedere hulpverlening, en in het bijzonder het constateren 'dat patiënt niets mankeert', geen effect hebben. Pas als huisarts en patiënt met betrekking tot de probleemstelling met elkaar op één lijn zitten is aan de eerste voorwaarde voor een effectieve hulpverlening voldaan. Is dit niet het geval, dan kan de diagnose nog zo fraai zijn, maar de patiënt zal onbevredigd zijn en om verdergaande hulp vragen.

Binnen een goede communicatie van patiënt en huisarts kan ook een onbewust aanwezige hulpvraag bewust en expliciet worden gemaakt. Ook kan de hulpvraag door het overleg met de arts een modificatie ondergaan. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Het is mogelijk dat onder invloed van het medisch denken van de arts de patiënt de aanvankelijke hulpvraag bijstelt en in (semi-)medische begrippen vertaalt: hoofdpijn kan migraine worden, pijn in de bovenbuik galklachten. Hierdoor kunnen arts en patiënt op één lijn komen, maar het risico is dat de patiënt het authentieke beleven van de klacht kwijtraakt. Het is echter ook mogelijk dat de patiënt door het contact met de eerste lijn klachten beter leert herkennen.

Wat er zal gebeuren zal in niet onbelangrijke mate afhangen van de houding van de huisarts. Is hij een autoritaire arts, dan is het risico groot dat hij weinig ruimte laat voor het eigen beleven van de patiënt. Deze kan dan het authentieke van de klacht kwijtraken of in conflict komen

met de arts. Het op één lijn komen is dan slechts schijn, of deze situatie ontstaat in het geheel niet. Het andere uiterste is de arts die volledig meegaat met de klachtenbeleving van de patiënt. Aan die klacht wordt dan wel volledig recht gedaan, maar het risico bestaat dat het eigen oordeel van de arts in de diagnostiek onvoldoende tot zijn recht komt.

Arts en patiënt kunnen pas echt op één lijn met elkaar komen als de arts zich bewust is van eigen deskundigheid en van de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien, maar al luisterend de patiënt de vrijheid laat om de eigen klacht te beleven en deze ook tot uitdrukking te brengen. Op deze manier gesteld, lijkt het alsof klacht en diagnose toch gescheiden zaken zijn. Deze grenzen natuurlijk aan elkaar; immers: op grond van een goed geïnterpreteerde klacht wordt de diagnose mede gesteld.

Hoe belangrijk het is goed te luisteren is in talloze voorbeelden terug te vinden. Beroepsmatige preoccupatie kan gemakkelijk de overhand krijgen. Een voorbeeld hiervan werd – zij het in een ander kader – beschreven door Norman Cousins in de JAMA¹: Een 45-jarige patiënt bleek klachten te hebben die op een aritmie berustten. Op het electrocardiogram bleek een geringe ST-afwijking aantoonbaar te zijn. Op grond hiervan werd een angiogram geïndiceerd geacht. De patiënt bleek hierover in paniek te raken en zegde de afspraak voor dit onderzoek tweemaal af. Bij toeval bleek toen dat de patiënt reeds twee jaar dagelijks een uur in de sauna doorbracht, hetgeen zijn klachten royaal kon verklaren. Op de vraag waarom hij dit niet had verteld was het antwoord: 'We really didn't get much of a chance to talk. As I remember it, you put me right into the tests'. De betrokken cardioloog gaf als verklaring dat hij voor het praten niet werd betaald en voor de tests wel. Maar dit is een Amerikaans verhaal! Het blijkt in ieder geval dat een optimale communicatie, waarbij men elkaar begrijpt en inhoudelijk op één lijn zit, ook al voor een zuiver somatische diagnostiek van de grootste betekenis is.

Zowel ter wille van de diagnostiek als ter wille van een goede definiëring van de hulpvraag – beide nodig om het verdere hulpverleningsproces goed te laten verlopen – moet goed naar de patiënt worden geluisterd. Dit is de voornaamste weg om te komen tot een congruentie van hulpvraag en probleemformulering². Over de manier waarop dit kan geschieden zijn dikke boeken vol geschreven. Essentieel is dat de arts bij de aanvang van het onderhoud met de patiënt een *niet-directieve benadering* kiest. Dan ontstaat ruimte voor de patiënt om datgene waarvoor hij komt, zowel inhoudelijk als de erbij optredende emoties, aan de arts over te dragen. Pas in een later stadium moet dan de formele anamnese worden opgenomen. Het zal blijken dat een groot aantal gegevens daarvan al in de eerste, niet-directieve fase aan de orde is ▶

gekomen. Na lichamelijk en eventueel aanvullend laboratorium-, röntgen-, ECG- of ander onderzoek moet de huisarts – en dat is even essentieel als de niet-directieve start – de patiënt duidelijk inzicht bieden in zijn klachten en symptomen. Dit vergt een zich inleven in de taal en het begripstelsel van de patiënt, om hem in het kader daarvan die informatie te bieden. Doet men dit niet, dan ontstaan er zeker misverstanden. De kans op misverstanden kan men nog verkleinen door een goede feed-back in te voeren: van de patiënt terug te horen wat zijn interpretatie is.

Ik ben zo uitvoerig op dit eerste contact van patiënt en huisarts ingegaan, omdat dit in sterke mate bepalend is voor hetgeen er verder met de patiënt zal gebeuren. Vooral als door een inadequate informatie een klachtenpatroon onduidelijk en onverklaarbaar blijft kan dit tot veelvoudige onjuiste verwijzingen aanleiding geven, waardoor een aantal mensen ten onrechte een patiëntenrol gaat vervullen: zoals een vliegtuig dat bij de start één graad uit de koers gaat veel kilometers van zijn bestemming te recht kan komen; correctie onderweg is natuurlijk mogelijk, maar dan is reeds veel kwaad geschied. Wordt er echter goed door de huisarts gehandeld, dan kan bij een deel van de hulpzoekenden worden voorkomen dat deze patiënt blijven; bij een ander deel kan de huisarts, zelfstandig of met hulp van andere werkers uit de eerste lijn, adequate hulp bieden. Waar dit niet mogelijk blijkt te zijn, of omdat het gestelde probleem in de ogen van de huisarts ook hulp van een specialist vergt, volgt een verwijzing naar een specialist.

Nu ontstaat in communicatief opzicht een complexe situatie. Hierover is reeds zeer veel geschreven en ook wel onderzocht. Het zou te ver voeren deze literatuur te refereren en experimenten te beschrijven. In dit kader doe ik er beter aan mij te beperken tot de vraag waar mijns inziens grondslagen voor communicatieproblemen liggen.

Communicatie tussen huisarts en specialist

Gaan wij de praktijk van de verwijzing na, dan blijkt dat de huisarts een min of meer omschreven verwachting van die verwijzing heeft; deze kan bestaan uit het oplossen van een diagnostisch probleem, het verrichten van een ingreep, het tijdelijk overnemen van de verantwoordelijkheid van de patiënt. Deze verwachtingen hangen onder meer samen met de perceptie omtrent het functioneren van zichzelf als huisarts: hoe wil men het eigen beroep invullen?

De specialist ontvangt de patiënt die door de huisarts is verwezen. In principe wil hij zijn eigen oordeel vormen over hetgeen met de patiënt aan de hand is, met gebruikmaking van de kennis, de middelen en de methoden waarover hij in zijn specialisme beschikt. Niet zelden wil hij zich daarbij zo weinig mogelijk laten storen door andere invloeden, bijvoorbeeld door het oordeel van de huisarts. De specialist begint dan een autonoom proces, dat aanvangt op de drempel van zijn eigen specialisme. Het uiteindelijk resultaat is een conclusie, die kan inhouden dat de patiënt op het gebied van het desbetreffende

specialisme geen afwijkingen heeft en de specialist niet meer nodig heeft. Worden er wel afwijkingen gevonden, dan zal de specialist deze meestal in behandeling nemen en in enkele gevallen naar de huisarts terugverwijzen.

Het is gebleken dat van de uitgeschreven verwijskaarten minder dan de helft een eerste verwijzing betreft, waarover in principe door de huisarts moet worden beslist. De overige verwijskaarten worden uitgeschreven op instigatie of verzoek van de desbetreffende specialist. Wat er gebeurt laat zich in termen van *sociale rollen* omschrijven. Als wij in de samenleving functioneren, vervullen wij daarin een aantal sociale rollen, die met elkaar een sociaal patroon vormen. Het uitoefenen van een beroep brengt een bepaalde rolvervulling met zich mee; rolgedrag is immers gedrag dat betrekkelijk regelmatig is en daardoor voorspelbaar. Dit maakt het voor ons mogelijk te anticiperen op het gedrag van anderen en dit ordent het sociale leven. Sociale rollen zijn voor een belangrijk deel complementair: leerling en leraar gedragen zich als het goed is zo ten opzichte van elkaar dat het leerproces kan voortgaan. Dit is slechts mogelijk als de wederzijdse rolpercepties op elkaar zijn afgestemd. Dit houdt in dat de rol die men zichzelf toekent ook door de ander als zodanig moet worden erkend; niet alleen in theorie, maar ook in het functioneren. Passen die percepties niet bij elkaar, dan heeft dit tot consequentie dat de communicatie is gestoord; om bij ons voorbeeld te blijven: de leerling leert in zo'n geval niets van de leraar.

In de samenleving moeten huisarts en specialist per definitie ook complementaire rollen vervullen. Het blijkt echter dat de wederzijdse rolpercepties vaak niet complementair zijn en dus kan de communicatie ook niet optimaal zijn. De vanzelfsprekende vraag doemt op wat de oorzaken zijn van deze rolproblematiek van huisarts en specialist. Hiervoor zijn tal van factoren aan te wijzen:

1. De werkterreinen van huisarts en specialist zijn zo van elkaar gescheiden dat men over en weer onvoldoende inzicht heeft in de problemen en vragen waarvoor de ander zich gesteld ziet. De medische opleiding bevordert dit wederzijdse inzicht nauwelijks of niet; alleen de co-assistent-schappen geven enige gelegenheid om over de muur te kijken.
2. Huisarts en specialist bevinden zich niet in een zelfde organisatie die althans de formele communicatiekanalen zou kunnen garanderen. Integendeel: de organisatie van de huisartspraktijk en de praktijk van specialisten hebben slechts de verwijzing als communicatiedraad, die echter na de verwijzing zeer gauw kan afbreken.
3. Communicatie is door het gebrek aan raakvlakken ook fysiek bijna onmogelijk: één huisarts moet met tientallen specialisten communiceren en één specialist met tientallen huisartsen.
4. Ook de grote werklast waaraan zowel huisarts als specialist zijn onderworpen belemmert wederzijdse pogingen de communicatie te bevorderen.
5. De relatie tussen huisarts en specialist wordt echter vooral beïnvloed door het structurele feit dat de huisarts een werkterrein in de breedte heeft en de specialist een werkterrein in de diepte.

Hun raakvlakken zijn daardoor vele, maar de werkterreinen van huisarts enerzijds en klinisch specialist anderzijds worden vooral bepaald door verschil in kennis en in technische mogelijkheden. Hun werkterreinen worden tot nu in formeel opzicht slechts van elkaar gescheiden doordat de een extramuraal en de ander intramuraal werkt.

Op het grensvlak blijken zij echter vaak *niet complementair* te functioneren – wat qua structuur de bedoeling is – *maar concurrerend*. Zodra een patiënt naar een specialist is verwezen leidt het dan op gang komende autonome proces tot eigen doelstellingen: de specialist wil een patiënt zólang onder behandeling of controle houden tot een stabiel eindstadium is bereikt; met eigen ogen wil hij de resultaten van zijn behandeling zien. Bij een in wezen acute aandoening leidt dit zelden tot problemen, bij een chronische aandoening echter wel: wanneer kan een hulpverleningssituatie op een voor een specialist bevredigende wijze worden afgesloten? Huisartsen hebben soortgelijke strevingen: ook al is de patiënt verwezen, dan nog wordt hun hulp wel ingeroepen; alleen al voor intermitterende aandoeningen die een huisbezoek vergen, maar ook voor complicaties die zich bij de chronische aandoeningen kunnen voordoen. De huisarts kan de situatie vanuit zijn reeds bestaande kennis over de patiënt en zijn omgeving beoordelen en heeft daarmee een voorsprong op de specialist. De specialist heeft meer kennis over het ziekteproces en heeft daarmee een voorsprong op de huisarts. Maar allebei willen ze wat met de patiënt. Het concurrerende karakter van hun relatie wordt afgezwakt door het honoreringssysteem: bij huisartsen de honorering per capita voor ziekenfondspatiënten, de honorering per verrichting voor specialisten.

Als men al deze obstakels in de samenwerking en communicatie van huisarts en specialist overziet, dan is het begrijpelijk dat de hulpvraag van de patiënt en de daarmee samenhangende probleemformulering onvoldoende kansen krijgen om het samenspel van huisarts en specialist te overleven. Deze dreigen geheel verloren te gaan.

Op weg naar een complementaire relatie

Welke ontwikkelingen kunnen bevorderen dat patiënt, huisarts en specialist meer op één lijn worden gebracht?

Het meest fundamentele obstakel dat uit de weg zal moeten worden geruimd is de wanverhouding in de wederzijdse taakperceptie. Om hier toe te komen zijn twee soorten activiteiten nodig. De eerste is het meest voor de hand liggend: *persoonlijk overleg* tussen huisartsen en specialisten die met elkaar samenwerken. Men leert elkaars opvattingen kennen en leert ervaren wat men van eigen en andere taken vindt en hoe men tot afspraken daarover kan komen. Een van de meest intensieve en langdurige experimenten tot samenwerking van huisartsen en specialisten is in Hoogeveen verricht. Daar hebben huisartsen en specialisten van 1972 tot 1982 intensief samengewerkt volgens een consultatiemodel; dat wil zeggen dat de huisarts méér dan gebruikelijk voor een verwezen patiënt me-

deverantwoordelijk blijft. Uit een evaluatie van dit experiment blijkt³, dat allerlei consequenties van de samenwerking, in tijd en geld uitgedrukt, geen belemmering vormden. Het grootste knelpunt bleek echter de onderlinge taakafbakening te zijn: op vele terreinen claimden zowel huisarts als specialist de eerstverantwoordelijke te zijn, wiens beslissing moet prevaleren. Deze uitkomst is teleurstellend: klaarblijkelijk is een goede wil tot samenwerking en onderling overleg onvoldoende om een complementaire relatie te verwezenlijken. Het concurrerende is klaarblijkelijk moeilijker uit te bannen; er zijn dus ook *structuren* nodig die het bestaan van een complementaire relatie ondersteunen.

Welke kenmerken zou een complementaire relatie van huisarts en specialist moeten bezitten? In de eerste plaats: wordt de vraag van de huisarts bij een verwijzing of bij een consultatie goed begrepen? Aan die vraag wordt óf voldaan óf ze wordt om de specialist moverende redenen ter discussie gesteld. In de tweede plaats: worden levenslooptgeneeskundige en gezinsgeneeskundige gegevens van de huisarts als een bedding voor het verdere diagnostische en therapeutische proces gebruikt? In dat kader dienen beslissingen te worden afgewogen. In de derde plaats dient de taakverdeling van huisarts en specialist in onderling overleg te worden vastgesteld. Tenslotte dient als toetssteen voor de samenwerking en communicatie de vraag in hoeverre aan de hulpvraag van de patiënt is tegemoet gekomen en in hoeverre het uiteindelijk geformuleerde probleem is opgelost.

Hoe kan het ontstaan van dergelijke complementaire relaties, die immers een voorwaarde zijn voor een goede communicatie tussen huisarts en specialist, worden bevorderd? Het is duidelijk dat daarvoor maatregelen en veranderingen op verschillende terreinen nodig zijn. In de eerste plaats is het noodzakelijk dat op de bakermat van de medische professie, de medische faculteit, de grondslag wordt gelegd voor de complementariteit. Dit is geen geringe eis, want als ergens deze complementariteit ontbreekt dan is het juist bij de medische faculteiten. Ten dele is dit een gevolg van de structuur: sub-specialistische en innoverende ontwikkelingen voeren niet vanzelfsprekend in de richting van de eerstelijngeneeskunde. Door een volgestrekte onbekendheid met de eerstelijngeneeskunde bij een groot deel van de klinische hoogleraren zien dezen de huisarts voornamelijk als leverancier van patiënten: de bestaande vakgroepen Huisartsgeneeskunde sorteren in dit opzicht slechts een beperkt redresserend effect. Hoe de faculteiten zich aan de eigen haren uit het moeras van de non-complementariteit kunnen trekken is voor mij nog een open vraag. Waarschijnlijk zal dit pas mogelijk zijn als aan de thans volgende voorwaarde is voldaan: facultaire veranderingen als sluitstuk, niet als grondslag. Daarvoor is nodig dat in de opleiding van huisartsen en van specialisten de complementariteit wordt ingebouwd. Dit is pas mogelijk als een huisarts zich bewust is van de waarde van de eigen specifieke inbreng die hij in de samenwerking en in de communicatie kan bieden. De specialist zal een beroepsbeeld moe-



ten verwerven waarin het zelf evalueren niet meer centraal staat. Zo goed als hij in staat is aan specialisten uit andere vakgebieden te delegeren, zo zal hij ook moeten leren dit aan huisartsen te doen. Dit is geen geringe opgave, omdat hun gebieden niet door kennis of methode van elkaar gescheiden zijn, maar alleen door onderlinge afspraken.

Een dergelijke terughouding is van specialisten alleen te verwachten als zij door huisartsen ook van ontwikkelingen met patiënten op de hoogte worden gehouden. Behalve een verschuiving in het beroepsbeeld vergt dit ook een werkwijze die deze vorm van communicatie ondersteunt. Dit brengt ons op het derde punt: huisarts en specialist zullen *samen in een circuit* moeten functioneren, een circuit waarin de communicatie is gewaarborgd. Dit is slechts mogelijk als huisartsen met een beperkt aantal specialisten samenwerken en omgekeerd. Bijwonen van besprekingen en elkaar opbellen vormen geen werkbaar grondslag voor een adequate informatie. De dagindeling en de aard van het werk verhinderen dat. Ik ben ervan overtuigd dat de communicatie slechts zal kunnen slagen als van moderne communicatietechnieken gebruik wordt gemaakt, waarbij gegevens worden vastgelegd die via computer en terminal voor huisarts en specialist toegankelijk zijn. Moderne communicatietechnieken maken samen zijn overbodig om toch te kunnen communiceren. In hoeverre het circuit waarin huisarts en specialist zijn opgenomen ook een organisatorische eenheid moet vormen dient nader te worden bestudeerd. Dan komen ook vragen aan de orde in hoeverre naast de bestaande communicatie via het verwijzingsproces ook andere communicatievormen moeten worden geïntroduceerd; bijvoorbeeld: moet een huisarts worden betrokken bij de behandeling van intercurrente aan-

doeningen van zijn in een ziekenhuis opgenomen patiënten?

In de vierde plaats is het van de grootste betekenis dat het *financieringsstelsel* de beoogde complementariteit van de relatie van huisarts en specialist ondersteunt. Dit is onder andere mogelijk door het inkomen van een specialist minder afhankelijk te maken van het aantal verichtingen. Ook is de invoering van gedifferentieerde verwijzingskaarten, waarin de vraagstelling van de huisarts wordt weerspiegeld, een zinvolle methode.

Tenslotte zal de complementaire samenwerking ook tot uitdrukking kunnen komen in *protocolen* waarin het hulpverleningsproces integraal wordt beschreven en niet voor huisarts en specialist afzonderlijk. Daarmee zal ook een gezamenlijke evaluatie van het handelen op gang kunnen komen en niet een afzonderlijke evaluatie van huisartsen en specialisten, zoals tot dusverre het geval was.

Al deze inspanningen zouden echter vergeefse moeite zijn als de verbeterde communicatie van huisarts en specialist niet zou dienen om de hulpverlening aan de patiënt in overeenstemming te brengen met de vraag om hulp, het klachtenpatroon, de probleemformulering. Huisarts en specialist samen zullen het subject van de patiënt centraal moeten stellen. Zij zullen daarom dienen te luisteren naar hetgeen deze wil om na te gaan of daarop een medisch verantwoord antwoord kan worden gegeven. Communicatie moet in dienst daarvan staan. ■

Literatuur

1. Cousins N. Unacceptable pressure on the physician. JAMA 1984; 252: 351-2.
2. Es JC van. De patiënt met vage klachten. Kompas voor de Huisarts C 58-1. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
3. Swinkels MAA, Dopheide JP en Visser GJ. Samenwerking in Hooegeveen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.