

Postprint Version	1.0
Journal website	<a href="http://medischcontact.artsennet.nl/Home.htm">http://medischcontact.artsennet.nl/Home.htm</a>
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

## In en uit de witte jas

DR. A.M. VAN DULMEN, PROF. DR. J.M. BENSING,

### SAMENVATTING

De klassieke arts-patiëntrelatie lijkt zijn tijd te hebben gehad omdat patiënten mondiger, veeleisender en beter geïnformeerd zouden zijn.

Recent praktijkonderzoek wijst echter uit dat het nog altijd vooral de arts is die de regie voert in de spreekkamer. Veel patiënten zouden dat ook niet anders willen.

De macht is dus niet zozeer verschoven in de richting van de patiënt, maar er doen zich nu veel verschillende situaties voor, variërend van de traditionele paternalistische arts-patiëntrelatie tot een moderne onderhandelingsrelatie.

De uitdaging voor de arts is om het instrument 'macht' aan te passen aan die steeds wisselende situaties.

### MACHTSVERSCHUIVINGEN IN DE SPREEKKAMER

Het contact tussen arts en patiënt is drastisch veranderd. De patiënt is mondiger, zelfbewuster en beter geïnformeerd. En dat heeft zijn weerslag op het gedrag van de arts. Zo is het beeld. De werkelijkheid is anders.

De afgelopen decennia hebben in de maatschappij allerlei veranderingen plaatsgevonden die hun weerslag hebben op de manier waarop arts en patiënt in de spreekkamer met elkaar omgaan. Er wordt wel verondersteld dat daarmee ook de machtsverhouding tussen arts en patiënt is verschoven; patiënten zouden mondiger zijn geworden en artsen zouden aan macht hebben ingeboet. De arts-patiëntrelatie zou momenteel veel gelijkwaardiger zijn dan vroeger.

Wellicht is dat het geval aan vergadertafels en in beleidsnota's, maar de dagelijkse werkelijkheid in de spreekkamer laat een genuanceerder beeld zien: 'Als je in je onderbroek in de spreekkamer staat, ben je maar een heel klein mensje.'

### AUTORITEIT

In de klassieke arts-patiëntrelatie waren de rollen van arts en patiënt helder gedefinieerd.<sup>1</sup> De arts was de autoriteit die de ziekte van de patiënt legitimeerde en bepaalde wat er moest gebeuren; de patiënt was passief en afhankelijk en hoorde de adviezen van de arts op te volgen in het vertrouwen dat deze adviezen gefundeerd en goedbedoeld waren. De zorg was primair aanbodgestuurd. Medische kennis omtrent diagnose of prognose hoefde niet met elke patiënt te worden gedeeld; zeker niet als de arts het idee had dat dit de patiënt onnodig zou verontrusten en hem de hoop op

herstel zou ontnemen.<sup>2</sup> Het onwankelbare vertrouwen van de patiënt in de arts had tot gevolg dat allerlei medische handelingen die later als ineffectief werden ontmanteld toch succes hadden: het placebo-effect vierde hoogtij.<sup>3</sup>

De arts genoot macht en aanzien, niet alleen omdat hij expert was op biomedisch vlak, maar ook doordat veel van wat hij deed oncontroleerbaar was en omgeven door mystieke handelingen. De patiënt wees hem de weg naar zijn ziekte, maar was verder eerder object dan subject. Weliswaar vond destijds iedereen dat de patiënt centraal stond, maar de geneeskunde was toch vooral arts- en ziektegericht.<sup>4</sup>

#### **PATIËNTENWETTEN**

Ogenschijnlijk is er veel veranderd. De ‘patiëntenwetten’ die aan het eind van de jaren negentig door het parlement zijn aangenomen (WGBO, Wet Klachtrecht, Kwaliteitswet Zorginstellingen), hebben de positie van patiënten versterkt, onder meer doordat artsen nu verplicht zijn patiënten te informeren over de aard en de behandeling van de ziekte inclusief alternatieven en bijwerkingen.

De politieke keuze om patiënten meer invloed te geven in de gezondheidszorg staat overigens niet op zichzelf, maar past bij de veranderingen in de ziektepatronen van de laatste decennia, met name de toename van chronische ziekten. De groei van het aantal chronisch zieken heeft er immers voor gezorgd dat steeds meer mensen expert zijn geworden in hun ziekte, daarbij geholpen door oude en nieuwe media (met name internet) en door een algemene verhoging van het opleidingsniveau.<sup>5</sup> De moderne patiënt is ontegenzeggelijk mondiger en veeleisender geworden. Anderzijds worden artsen steeds meer ‘gewone mensen’. Door de massale toetreding van vrouwen in het medisch beroep en de toename van deeltijdwerk is de status van het artsenvak gedaald.

Ook de toegenomen regelgeving en protocollering beknotten de speelruimte en daarmee de macht van de arts. Met andere woorden: patiënten lijken meer, en artsen minder macht te hebben gekregen. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dit in de spreekkamer resulteert in een meer gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt.<sup>6</sup>

#### **KARIKATUUR**

Deze voorstelling van zaken is echter te simpel. De tabel op de volgende bladzijde toont de frequentieverdeling van een aantal veelvoorkomende uitingen van artsen en patiënten in verschillende typen medisch consulten, geobserveerd met het RIAS-systeem.<sup>7</sup> <sup>8</sup> Huisartsen lijken een iets gelijkwaardigere relatie met hun patiënten te hebben dan medisch specialisten, maar alle artsen geven meer sturing aan het consult dan hun patiënten, en stellen meer medische vragen, en vragen ter verheldering. De enige categorie uitingen waarin patiënten duidelijk de leiding nemen is het praten over psychosociale onderwerpen. Patiënten stellen nauwelijks vragen en vragen ook zelden om verheldering. Daarentegen tonen zij vaker hun instemming met hetgeen de arts naar voren heeft gebracht. Ook tegenwoordig bepaalt de arts nog steeds het verloop van het consult en is de gemiddelde patiënt nog steeds afwachting en volgend. Is de arts-patiëntrelatie dus een gelijkwaardiger relatie geworden?

Hoe valt deze discrepantie tussen het beleidsnotajargon en de dagelijkse praktijk te verklaren? In de eerste plaats merken we op dat de klassieke rolverdeling tussen arts en patiënt een karikaturale beschrijving is van de werkelijkheid.

Onderzoeksresultaten over therapietrouw laten immers zien dat patiënten altijd veel minder volgbaar zijn omgegaan met de adviezen van hun behandelend arts dan

Parsons klassieke roltheorie ons wil doen geloven. En wie kent niet de anekdotes over somatiserende patiënten die met hun steeds terugkerende en continu wisselende en vage klachten hun arts stevig in de houdgreep houden? Met andere woorden: artsen hebben macht in het medisch consult, maar patiënten ook, en ze hebben die ook altijd gebruikt. Een mooie kwalitatieve studie waar de subtiliteit van het gebruik van macht in het medisch consult wordt beschreven is het proefschrift van Kathy Davis: Power under the microscope.<sup>9</sup>

### **PASSIEF**

Aan de andere kant moeten we constateren dat ook heden ten dage lang niet alle patiënten in iedere situatie behoefte hebben aan een sterke eigen inbreng tijdens een consult. Ouderen, mannen en mensen met een lagere opleiding hebben vaak een voorkeur voor een passieve houding in het consult.<sup>10</sup> Bovendien vinden patiënten het veelal belangrijker dat ze goed worden geïnformeerd dan dat zij zelf actief in de besluitvorming worden betrokken.<sup>11</sup> Met name bij ernstige medische problematiek en complexe beslissingen schrikken patiënten terug van de eigen verantwoordelijkheid voor het nemen van beslissingen, en leggen zij de keuze graag neer bij de arts.<sup>11</sup> Maar niet iedereen!

Het is belangrijk niet clichématig te spreken over de veranderende macht in de arts-patiëntrelatie. De dagelijkse praktijk is zeer genuanceerd, en - waarschijnlijk - gevarieerder dan enkele decennia geleden. Het diagram (ontleend aan Roter<sup>6</sup>) is illustratief voor de situaties die kunnen voorkomen in hedendaagse medische consulten. Rechtsboven in het diagram staat de moderne opvatting van de arts-patiëntrelatie als een zakelijke onderhandelingsrelatie die is gebaseerd op een grote mate van gelijkwaardigheid, het prototype van het consult met een relatief jonge, goed opgeleide patiënt met een simpele acute klacht, of een niet-levensbedreigende chronische aandoening. Linksboven de traditionele, paternalistische arts, die nog steeds vaak de voorkeur krijgt van oudere, ernstig zieken en van onzekere patiënten. Maar ook andere prototypes komen voor: de zelfbewuste, goedgeïnformeerde consument, die van de arts een precies gespecificeerde behandeling wil (vaak gebaseerd op informatie van internet of bevriende deskundigen). En ook zien we consulten waarin arts en patiënt beiden geen overwicht lijken te hebben, omdat zij ofwel onverenigbare behandeldoelen hebben ofwel vanwege taal- en cultuurverschillen niet tot elkaar kunnen komen; van enige relatie lijkt dan geen sprake. Macht is in allerlei gedaanten bij beide partners aanwezig.

### **AARTSVADER**

Van een algehele verschuiving van de machtsverhouding in de richting van de patiënt is dus geen sprake. De praktijk is veel complexer. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen is er een toename in het aantal verschillende patiënten die ieder hun eigen behoeften aan kennis en aandacht hebben en hun eigen wensen omtrent hun rol in de medische besluitvorming. Dit vergt van de arts een grote mate van flexibiliteit en variëteit aan rollen. De ene keer is hij de dienstverlener die de patiënt het gevraagde recept zonder veel omhaal overhandigt, dan weer is hij de aartsvader die de patiënt aandacht en ondersteuning biedt, en op die manier het placebo-effect bewust of onbewust maximaliseert<sup>12</sup>, of hij probeert door goed te luisteren en gedoseerd informatie te verstrekken samen met de patiënt tot een

beslissing te komen. Dit vereist een grote mate van patiëntgerichtheid en uitstekende communicatieve vaardigheden.

De essentie daarbij is dat de macht van de arts niet zozeer is afgenomen, maar dat hij moet leren het instrument van de macht in alle geschetste rollen overtuigend en doeltreffend in te zetten. n

## REFERENTIES

1. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Memor Fund Quat* 1975; 53: 257-78.
2. Peters RM. Matching physician practice style to patient informational issues and decision making preferences. *Arch Fam Med* 1994; 3: 760-3.
3. Dulmen AM van. De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts Wet* 2001; 44: 490-4.
4. Bensing JM. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centereed medicine. *Pat Educ Couns* 2000; 39: 17-25.
5. Bensing JM. De arts-patiëntrelatie: bron van genezing en frustratie. In: CW Aakster en JW Groothoff (red.) *Medische Sociologie*. Wolters Noordhoff, Groningen, 1998.
6. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients / patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut: Auburn House, 1993.
7. Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Messerli-Rohrbach V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A. The Eurocommunication study; an international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht, NIVEL, 1999.
8. Dulmen AM van. Different perspectives of doctor and patient in communication. In: *Psycho-Neuro-Endocrino-Immunology (PNEI)*. (Eds. T.Sivik c.s.). A common language for the whole human body. International Congress Series 1241, 2002.
9. Davis K. *Power under the microscope*. Foris Publications, Dordrecht Holland/Providence RI - USA, 1988 (proefschrift).
10. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M,. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998; 24: 81-8.
11. Elwyn G. *Shared Decision Making. Patient Involvement in Clinical Practice*. Nijmegen, Katholieke Universiteit, 2001 (proefschrift).
12. Dulmen S van. Voorbij de witte jas; over opkomst en ondergang van het placebo-effect in nieuwe vormen van arts-patiëntcontact. *Gedrag en Gezondheid* 2002; 30: 274-83.