

Ontevreden patiënten: het veranderen van de eerste reactie van huisartsen

E.M. Nijenhuis, F.P. Bareman, H.J. Dokter, R.W. Trijsburg, J. Out, F.M. Braams

Dit artikel is een bewerkte versie van: Bareman FP, Nijenhuis EM, Dokter HJ, Trijsburg W, Out J, Braams FM. Dissatisfied patients: improving general practitioners' initial reactions. Medical Education 1993; 27: 382-8.

Inleiding

Verscheidene auteurs wijzen erop dat bepaalde patiënten de arts voor een relationeel probleem plaatsen.¹⁻⁶ Groves wijt deze problemen aan de gevoelens van falen van de arts als gevolg van de onmogelijke eisen die de patiënt stelt;⁷ zulke patiënten worden in de literatuur vaak 'difficult patient' of 'problem patient' genoemd. De meeste definities zijn gebaseerd op patiëntkenmerken en niet op kenmerken die de communicatie tussen dokter en patiënt betreffen.

In dit onderzoek beperken wij ons tot een categorie patiënten waarmee artsen moeilijkheden ondervinden, namelijk de 'ontevreden patiënten'. Ontevreden patiënten worden door ons als volgt gedefinieerd: "Patiënten die de dokter op een - volgens de dokter - onaangename wijze laten weten dat de klacht die hij/zij behandelt nog niet verminderd of verdwenen is, terwijl dat volgens de dokter ook nog niet kan". Bijvoorbeeld:

- Patiënt: "Dokter, hier ben ik weer, ik heb nog steeds griep. Waarom gaf u mij geen antibioticum, dan was ik nu al beter!"
- Patiënt (duidelijk geïrriteerd): "Dokter, nadat u m'n buik had onderzocht zei u dat er niets aan de hand was. Ik heb nog steeds last van m'n buik, er moet wat zitten!"

Het gedrag van de patiënt kan op verschillende manieren worden verklaard: de patiënt heeft onredelijke verwachtingen van de mogelijkheden van de arts, de arts heeft de patiënt onvoldoende geïnformeerd, of de relatie tussen dokter en patiënt hapert. In dit onderzoek hebben we de laatste verklaring als uitgangspunt genomen.

Er worden in de literatuur verschillende methoden aangedragen om problemen met moeilijke patiënten het hoofd te bieden.^{3 8-11} Zo wordt aangeraden de patiënt meer zelfstandig te maken of paradoxaal aan te pakken. Deze methoden vergen echter geavanceerde communicatieve vaardigheden van een dokter die intensieve training in gespreksvaardigheden vereisen. Voorzover ons bekend is er niet eerder een training ontwikkeld en geëvalueerd die speciaal ontworpen is voor de omgang met ontevreden patiënten in de huisartspraktijk. Dit onderzoek omvat het ontwerp, de uitvoering en de effectmeting van zo'n kortdurende training. Het doel van de training was de huisartsen een aantal geschikte gespreksvaardigheden te leren om de relatie tussen hem/haar en een ontevreden patiënt te verbeteren.

De training is gebaseerd op de gedachte dat problemen tussen huisarts en ontevreden patiënt ontstaan door storingen in de communicatie en een onplezierige sfeer bij de aanvang van het consult. De te leren vaardigheden betreffen daarom adequate *eerste reacties* van de huisarts op de door ontevredenheid gekleurde presentatie van de klacht door de patiënt, met de bedoeling de sfeer waarin de klacht besproken wordt te verbeteren. Reageert de huisarts op de mededeling van de patiënt met: "Ik zal nog eens kijken; misschien moeten we een andere bloedtest doen", dan mijdt hij het actuele probleem: de ontevredenheid. Vraagt de arts: "Bent u ontevreden over de wijze waarop ik u behandeld heb?", dan opent hij/zij een gesprek over de arts-patiëntrelatie en biedt de patiënt de mogelijkheid haar/zijn gevoelens

onder woorden te brengen. In plaats van de klacht tot strijdpunt te maken, wordt het actuele probleem, de ontevredenheid, besproken; de klacht kan daarna in een andere sfeer aan de orde worden gesteld en zowel door de arts als door de patiënt op een meer rationele wijze worden benaderd.

Meer specifiek is deze kortdurende training bedoeld om, middels enkele gespreksvaardigheden die de *opening* van het consult zouden moeten veranderen, huisartsen te leren een door ontevredenheid verstoorde arts-patiëntrelatie te herstellen. De onderzoeksvraag luidt: In hoeverre is het mogelijk de eerste reactie van de huisarts in contacten met klaarblijkelijk ontevreden patiënten te veranderen met behulp van een kortdurende vaardigheidstraining?

Methode

Voor dit onderzoek werden twee bestaande groepen huisartsen-in-opleiding (17 deelnemers) en twee bestaande groepen huisarts-opleiders (17 deelnemers) verbonden aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut gevraagd deel te nemen. Alle groepen reageerden positief. Het feit dat huisartsen-in-opleiding en huisartsopleiders deelnamen aan de training bood de mogelijkheid inzicht te verkrijgen in de verschillen tussen beide groepen. De eersten volgen een tweejarige opleiding met als doel registratie als huisarts; de laatsten hebben minimaal vijf jaar ervaring en zijn geselecteerd op hun kwaliteiten als opleider.

De opzet van de training: De training werd gegeven door een psycholoog en een huisartsgroepsbegeleider. Getracht werd verandering van de eerste reactie van de huisarts te bereiken door informatie te geven over communicatietheorieën en door het oefenen van specifieke gespreksvaardigheden met voor dit doel opgeleide 'ontevreden' simulatiepatiënten. De gedachte achter het veranderen van de eerste reactie van de huisarts is gebaseerd op Watzlawick's communicatietheorie.¹² Watzlawick

stelt dat onenigheid of ontevredenheid over een relatie vaak indirect wordt geuit middels eindeloze discussies over ogenschijnlijk irrelevante onderwerpen. In de relatie tussen dokter en patiënt wordt vaak de klacht onderwerp van zo'n discussie. Wil men uit deze impasse komen, dan dient men een relatie tot onderwerp van gesprek te maken. Wanneer het mogelijk is een gesprek aan te gaan waarin beide partijen zich vrij kunnen uiten, dan zal dit als meer bevredigend worden ervaren en de sfeer ten goede komen. De klacht kan dan op een rationele manier later aan de orde worden gesteld.

Er werden drie methodieken gepresenteerd om de relatie in plaats van de klacht tot onderwerp van gesprek te maken:

1. De ontevredenheid benoemen: "Bent u ontevreden over mij?" of "Vindt u dat ik u niet goed help?".
2. Met de patiënt meegaan: "U hebt gelijk dat u hiermee terugkomt".
3. Grenzen stellen aan het contact: "Ik vind de manier waarop we nu met elkaar praten niet prettig en ook niet constructief. Laten we er allebei over nadenken hoe we samen de problemen kunnen oplossen en maakt u voor volgende week een afspraak dan praten we in een andere sfeer verder".

De derde methodiek werd alleen gebruikt wanneer de eerste of de tweede niet het gewenste effect had.

De training bestond uit drie sessies van drie uur. In de eerste sessie werd de 'ontevreden patiënt' gedefinieerd, werden communicatietheorieën besproken en bediscussieerd en werd geoefend met de verschillende methodieken in koppels, waarbij de deelnemers afwisselend de rol van huisarts en van ontevreden patiënt vervulden. De tweede en derde sessie werden geheel besteed aan het oefenen van de methodieken met voor dit doel opgeleide 'ontevreden' simulatiepatiënten. Hierbij kregen de deelnemers feedback van de simulatiepatiënten, de trainers, en van elkaar.

Meetinstrumenten: De voormeting, waarbij gebruik werd gemaakt van de door Rosenzweig beschreven Picture Frustration Test,¹³ vond voor de eerste bijeenkomst plaats. De nameting vond één tot vier weken na de derde bijeenkomst plaats.

Tijdens elke meting werd de huisartsen gevraagd hun eerste reactie op video-vignetten op te schrijven. Het betreft hier video-vignetten van nagespeelde ontevreden patiënten. De casus waren ontleend aan de praktijk. De huisartsen kregen 30 seconden per vignette om hun reactie te noteren. Om een 'recall'-effect te vermijden werden twee verschillende videobanden gebruikt, die elk tien video-vignetten bevatten. Van de twee groepen deelnemers, een groep huisartsen-in-opleiding en een groep opleiders, kreeg de ene groep de eerste band als voormeting en de tweede band als nameting, terwijl bij de andere groep deze volgorde werd omgedraaid.

Rosenzweig ontwikkelde een meetinstrument om eerste verbale reacties op een frustrerende situatie te categoriseren. Hij kende aan elk van de elf onderscheiden categorieën op grond van de psychoanalytische theorie een betekenis toe. In dit onderzoek is dit meetinstrument aangepast aan de spreekkamersituatie en werd een twaalfde categorie toegevoegd (tabel 1).

Communicatie tussen huisarts en patiënt bevat een inhouds- en een relatieniveau. De invloed van de eerste reactie op het relatieniveau is afhankelijk van de situatie, in dit geval: een situatie waarin de patiënt ontevreden is en de dokter (vaak) gefrustreerd. Volgens Watzlawick et al. zullen reacties op inhoudsniveau noch de ontevredenheid, noch de frustratie wegnemen, terwijl reacties op relatieniveau wel de sfeer kunnen verbeteren.¹²

Daarom zou na de training het aantal reacties dat gericht is op de klacht moeten afnemen. Het betreft hier de volgende reacties: het probleem oplossen ("Ik zal nog eens kijken"; categorie 6), het probleem voorleggen aan de patiënt ("Wat wilt u dat ik doe?"; categorie 7),

Tabel 1. Inhoud van de twaalf reactie categorieën

Categorie	
1	De dokter spreekt over haar/zijn eigen functioneren.
2	De dokter aanvaardt de verantwoordelijkheid voor de klacht.
3	De dokter zegt dat de patiënt verantwoordelijk is voor de klacht.
4	De dokter zegt dat iets of iemand anders verantwoordelijk is voor de klacht.
5	De dokter excuseert de veroorzaker van de klacht.
6	De dokter biedt een oplossing aan.
7	De dokter vraagt een ander om een oplossing.
8	De dokter verwacht dat de tijd de klacht zal doen verdwijnen.
9	De dokter herhaalt of is verbaasd.
10	De dokter uit empathie.
11	De dokter neemt de klacht niet serieus.
12	De dokter stelt een anamnestiche vraag.

suggereren dat de patiënt zelf de schuld draagt ("Heb ik u dan niet verteld dat de klachten langzaam afnemen?"; categorie 3), of het stellen van een anamnestiche vraag ("Wat voor pijn heeft u nu precies?"; categorie 12). Aan de andere kant zou het aantal reacties waarin de relatie aan de orde wordt gesteld moeten toenemen. Het gaat dan om empathische reacties ("U bent ontevreden?"; categorie 10), reacties waarin de huisarts haar/zijn functioneren aan de orde stelt ("U bent ontevreden over mijn behandeling?"; categorie 1), en reacties waarin de dokter stelt dat hij/zij de klacht veroorzaakt heeft en daarvoor verantwoordelijk is ("Ik denk dat ik u dan niet goed behandeld heb"; categorie 2).

Analyse: Alle reacties werden met behulp van een scoringsreglement ondergebracht in één van de twaalf categorieën. Elke reactie werd gecategoriseerd door twee onafhankelijke be-

oordelaars (psychologen). Deze beoordelaars wisten niet of het een huisarts-in-opleiding danwel een opleider betrof en eveneens niet of het een reactie betrof van een voor- of een nameting.

In totaal werden 680 reacties gecategoriseerd. De helft van deze reacties werd gebruikt om de beoordelaars te trainen en het scoringsreglement te verfijnen. De betrouwbaarheid werd vastgesteld door de Kappa te berekenen tussen de beoordelaars over de andere helft van de reacties. De Kappa is een maat (maximaal 1.00) voor betrouwbaarheid tussen beoordeelaars gecorrigeerd voor de kans op toevallige overeenstemming.¹⁴ De Kappa bedroeg 0.79, wat een goede betrouwbaarheid weerspiegelt.

Op basis van het totale aantal reacties (maximaal tien per meting), werd het percentage reacties bepaald dat in een categorie viel. Dit werd apart gedaan voor de voor- en de nameting, en voor de huisartsen-in-opleiding en de opleiders. Vervolgens werden eventuele verschillen in reactiepatroon getest met behulp van de χ^2 -test.

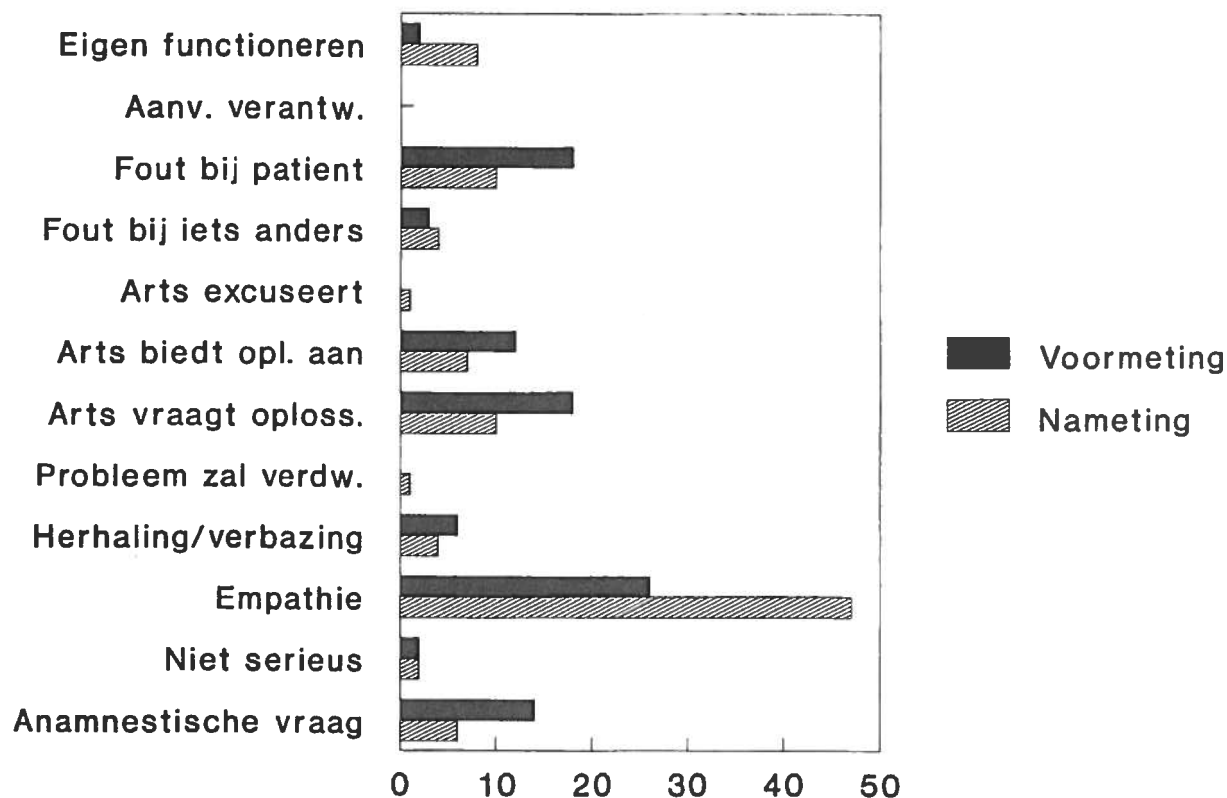
Resultaten

De eerste reacties van de huisartsen voorafgaand aan de training zijn weergegeven in tabel 2. In een kwart van de gevallen reageren de huisartsen empathisch ("Wat vervelend voor u"; categorie 10). In andere gevallen reageren de deelnemers met de verwachting dat de oplossing door iemand anders wordt gevonden ("Wat denkt u er zelf van?"; categorie 7) of gaan zij ervan uit dat de patiënt haar/zijn ontevredenheid aan zichzelf te wijten heeft ("U weet dat ik nooit antibiotica voorschrijf zonder gegronde reden"; categorie 3). In een kleiner aantal van de gevallen stellen de huisartsen een anamnestiche vraag ("Hoe lang heeft u daar al last van"; categorie 12) of proberen zij het probleem zelf op te lossen ("Ik zal opnieuw naar uw rug kijken"; categorie 6). Het belangrijkste verschil tussen huisarts-opleiders en huisartsen-in-opleiding is dat de laatsten minder vaak de ontevredenheid aan de patiënt zelf wijten (categorie 3). Dit verschil bedraagt 11%.

De resultaten van de nameting zijn eveneens weergegeven in tabel 2. De resultaten zijn tevens gevisualiseerd in figuur 1. Na de training blijken de huisartsen gebruik te maken van de

Tabel 2. Classificatie van de eerste reacties op ontevreden patiënten bij voor- en nameting

Categorie	Totaal		Huisartsen in opleiding		Opleiders	
	Voormeting	Nameting	Voormeting	Nameting	Voormeting	Nameting
Aantal reacties	320	326	154	161	166	165
1 Eigen functioneren	2%	8%	1%	8%	2%	9%
2 Aanvaardt verantwoordelijkheid	0%	0%	0%	0%	0%	1%
3 Fout bij patiënt	18%	10%	12%	4%	23%	16%
4 Fout bij iets anders	3%	4%	3%	4%	4%	4%
5 Arts excuseert	0%	1%	0%	1%	1%	2%
6 Arts biedt oplossing aan	12%	7%	11%	4%	13%	10%
7 Arts vraagt oplossing	18%	10%	21%	9%	14%	10%
8 Probleem zal verdwijnen	0%	1%	0%	1%	0%	0%
9 Herhaling/verbazing	6%	4%	5%	4%	6%	4%
10 Empathie	26%	47%	28%	58%	24%	36%
11 Niet serieus	2%	2%	1%	1%	3%	3%
12 Anamnestiche vraag	14%	6%	18%	5%	11%	6%



Figuur 1. De verschillen in eerste reactie tussen voor- en nameting uitgedrukt in percentages

drie nieuwe methodieken. Het aantal reacties behorend in categorie 1 en 10 is sterk toegenomen, terwijl het aantal reacties behorend in categorie 3, 6, 7 en 12 beduidend is afgenomen. De veranderingen in reactiepatroon zijn statistisch significant ($\chi^2 = 67.8$; $df=11$; $p<.000$).

Dit betekent dat de huisartsen na de training vaker reageren met "Vindt u dat ik u niet goed behandel?" (categorie 1) of "Bent u ontevreden?" (categorie 10). Er wordt minder gebruik gemaakt van reacties als: "U weet toch dat ik nooit medicijnen voorschrijf als ik daar geen reden voor heb" (categorie 3); "Ik zal er nog eens naar kijken" (categorie 6); "Wat denkt u er zelf van?" (categorie 7) en "Hoe gaat het er nu mee?" (categorie 12).

Kijken we naar de verschillen tussen opleiders en huisartsen-in-opleiding, dan blijken de veranderingen in reacties als gevolg van de training bij huisartsen-in-opleiding groter te zijn. Afname van reacties passend in categorie 7 (huisartsen-in-opleiding 12%, opleiders 4%)

en categorie 12 (huisartsen-in-opleiding 13%, opleiders 5%) en toename van reacties passend in categorie 10 (huisartsen-in-opleiding 30%, opleiders 12%) markeren deze verschillen. De veranderingen in reactiepatronen zijn ondanks deze verschillen voor zowel huisartsen-in-opleiding ($\chi^2 = 56.7$, $df=10$, $p<.000$) als voor opleiders ($\chi^2 = 18.9$, $df=10$, $p<.042$) significant.

Discussie

De training 'omgaan met ontevreden patiënten' lijkt de communicatie aan dokterszijde in gunstige zin te beïnvloeden. In de voormeting was een groot gedeelte van de gegeven reacties typisch klachtgericht; er werd een oplossing gezocht (categorie 6 en 7) of er werd een anamnestiche vraag gesteld (categorie 12). Een andere, veel voorkomende reactie was - vrij vertaald: het is de schuld van de patiënt (categorie 3). Deze scores pleiten voor de ge-

dachte dat veel huisartsen geneigd zijn eerder klachtgericht dan relatiegericht te werk te gaan in deze situatie.

Na de training is een toename van empathische reacties (categorie 10) en reacties waarbij de arts het eigen functioneren aan de orde stelt (categorie 1) waarneembaar. Het aantal klachtgerichte reacties daalt aanmerkelijk. We gaan ervan uit dat veranderingen in reactiepatronen in dit onderzoek kunnen worden toegeschreven aan deelname aan de training, hoewel dit niet is geverifieerd met behulp van een controlegroep. Het is ons inziens niet waarschijnlijk dat veranderingen in reacties beïnvloed zijn door andere factoren dan de leerervaringen tijdens de training, omdat het interval tussen voor- en nameting relatief klein was en de methodieken die werden geoefend voor huisartsen niet direct gebruikelijk zijn.

Enkele andere opmerkingen over de methodologie zijn op hun plaats. De Kappa, een maat die de betrouwbaarheid tussen beoordelaars weergeeft, bedraagt 0.79, hetgeen betekent dat het instrument de verschillen in reacties betrouwbaar meet. De validiteit van het instrument beperkt zich nochtans tot face validity: de video-vignetten zijn alle ontleend aan de praktijk en ook de reacties hierop lijken typisch 'des huisarts'.

De geldigheid van de bevindingen is voornog beperkt tot de laboratoriumsituatie. Bemoeiend in dit opzicht is dat huisartsopleiders die de training hebben gevolgd regelmatig melden nog steeds met succes gebruik te maken van de geleerde methodieken. Of het geleerde op langere termijn beklijft is helaas niet bekend. Vervolgonderzoek is dan ook gewenst.

Ons inziens hoort deze of een vergelijkbare training deel uit te maken van de opleiding tot huisarts. Huisartsen-in-opleiding die gevorderd zijn met de opleiding presenteren naar onze ervaring tijdens het uitwisselen van ervaringen regelmatig casuïstiek waarin ontevredenheid van de patiënt, en de daarmee vaak gepaard gaande ontevredenheid van de dokter,

een rol spelen. Gaat men in op de consultvoering, dan blijkt dikwijls dat de ontevredenheid van invloed was op het medisch handelen. Een voorbeeld hiervan is het voorschrijven van antibiotica bij griep, met als argument dat de patiënt anders toch een paar dagen later komt klagen of komt vertellen dat 'een ander' wel antibiotica voorschrijft. Kortom, men tracht de patiënt tevreden te stellen door het voorschrijven van een geneesmiddel dat geen invloed heeft en daarbij niet geheel onschadelijk is. Een meer rationele aanpak van het probleem verdient de voorkeur. Het is onze ervaring dat huisartsen-in-opleiding geenszins spontaan de vaardigheden ontwikkelen die in deze training worden geleerd.

Het lijkt ons dat in de opleiding tot basisarts reeds een eerste aanzet kan worden gegeven tot het leren omgaan met ontevreden patiënten. Een dagdeel van het terugkom-onderwijs tijdens de co-schappen waarin dit thema expliciet aan de orde komt, lijkt een zinnige aanvulling op het bespreken van de casuïstiek. Men kan aan de hand van patiënten die men als co-assistent heeft gezien en aan de hand van patiënten die door de superviserende assistent of specialist zijn behandeld het omgaan met ontevredenheid aan de orde stellen. Dit dient een tweeledig doel: de artsen in spe raken vertrouwd met het feit dat patiënten ontevreden kunnen zijn over de medische zorg in brede zin en verkrijgen meer inzicht in de arts-patiëntrelatie.

Ook in de andere medische beroepsopleidingen achten we een soortgelijke training zinvol, aangezien daar evenzeer het gevaar dreigt dat onnodige medische handelingen worden verricht om tegemoet te komen aan de ontevredenheid van de patiënt.

Literatuur

1. Anstett R. The difficult patient and the physician-patient relationship. *J Family Practice* 1980; 11: 281-6.
2. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in medical practice. *Br Med J* 1988; 297: 528-30.

3. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br Med J* 1988; 297: 530-2.
4. Malcom R, Foster HK, Smith C. The problem patient as perceived by family physicians. *J Family Practice* 1977; 5: 361-4.
5. McDonald PS, O'Dowd TC. The heartsink patient: a preliminary study. *Family Practice* 1991; 8: 112-6.
6. Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Family Practice* 1989; 28: 59-63.
7. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978; 298: 883-7.
8. Ford CV. The somatizing disorders, illness as a way of life. New York: Elsevier Science Publishers, 1983.
9. Grol RPTM. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
10. Runia EH. Hulpeloos, maar competent: somatiserende patiënten bij de huisarts. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1989; 9: 933-45.
11. Ries RK. The medical care abuser: differential diagnoses and management. *Family Practice* 1981; 13: 257-61.
12. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communications*. New York: Norton, 1967.
13. Rosenzweig S. Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture Frustration (P.F.) Study. *J Clin Psych* 1976; 32: 885-91.
14. Cohen JA. Coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement* 1960; 20: 37-46.

DE AUTEURS

E.M. Nijenhuis en F.P. Bareman zijn als psycholoog verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde.

H.J. Dokter, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde.

R.W. Trijsburg, psycholoog vakgroep Medische psychologie en psychotherapie.

J. Out, psycholoog, vakgroep Medische psychologie en psychotherapie.

F.M. Braams, huisarts, vakgroep Huisartsgeneeskunde.

Alle auteurs zijn werkzaam bij de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Correspondentie-adres:

E.M. Nijenhuis, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264A, 3021 HR Rotterdam.