

BIBLIOGRAFIE

COMMUNICATIE (HUIS)ARTS - PATIËNT

8 MEI 1987

 NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Samenstelling: A.K. de Leeuw  
A. Vos

maart 1987

De bibliografie "Communicatie (huis)arts - patiënt is een publicatie die deel uitmaakt van een serie van maandelijks uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT, telefoon: 030 - 319946.

Openingstijden: maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.00 uur.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt en verspreidt kennis en informatie over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

# INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	V
BRONNEN EN METHODE	VI
OPBOUW VAN DE BIBLIOGRAFIE	VII
GEBRUIKSAANWIJZING BIJ DE BIBLIOGRAFIE	XIV
1 ALGEMEEN	1
2 COMMUNICATIEMODELLEN	23
3 COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN	
3.1 ALGEMEEN	59
3.2 VERBALE COMMUNICATIE	73
3.3 NONVERBALE COMMUNICATIE	81
4 OPLEIDING	87
5 COMMUNICATIEBARRIERES	
5.1 ALGEMEEN	103
5.2 REFERENTIEKADERS: VERSCHILLEN IN SEXE EN CULTUUR	109
5.3 TAAL EN TERMINOLOGIE	118
6 COMMUNICATIE BIJ SPECIFIEKE PROBLEMEN	
6.1 PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN SOMATISCHE FIXATIE	123
6.2 SLECHT-NIEUWS-GESPREKKEN, CHRONISCH ZIEKEN EN TERMINALE ZORG	136
7 VOORLICHTING, COMPLIANTIE EN PATIENTEN- SISFACTIE	
7.1 ALGEMEEN	147
7.2 PATIENTENVOORLICHTING	150
7.3 COMPLIANTIE EN PATIENTENSISFACTIE	154
8 METHODOLOGIE	167
9 JURIDISCHE EN ETHISCHE ASPECTEN	176
AUTEURSINDEX	180
BRONNEN	191





## INLEIDING

In de literatuur wordt veel aandacht besteed aan de relatie tussen arts en patiënt. Dit gebeurt veelal in het kader van onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening. Binnen de genoemde context wordt aan een goede communicatie tussen arts en patiënt een grote waarde toegekend. Het is daarom dat communicatie het centrale thema is geworden van deze bibliografie. De literatuur die over dit onderwerp is verschenen, is van een dergelijke omvang dat een strenge selectie noodzakelijk is. Echter ook binnen de selectie kan geen volledigheid gepretendeerd worden.

In de bibliografie is de nadruk gelegd op de arts-patiënt relatie in de eerste lijn. Toch is ook literatuur opgenomen over de relatie in een andere setting dan de in Nederland gebruikelijke huisartspraktijk. Enerzijds omdat resultaten van onderzoek in de tweede lijn toepasbaar zijn in de eerste lijn, anderzijds omdat in het buitenland, waar andere gezondheidszorgsystemen functioneren, veel onderzoek naar communicatie is gedaan.

De hoofdmoot van de bibliografie wordt gevormd door onderzoeksverslagen. Interviews en brieven zijn niet opgenomen in de bibliografie, editorials zeer zelden. Voorts is alleen recente literatuur opgenomen waarbij gekozen is voor publicaties die na 1979 verschenen zijn. Tot slot is literatuur die in Nederland niet of nauwelijks aanwezig is buiten de selectie gevallen.

De meeste literatuur die in de bibliografie "Communicatie" staat beschreven, is gevonden in de NIVEL-bibliotheek. Voorts is gebruik gemaakt van de collecties van de Algemene Bibliotheek en de bibliotheek van het Huisartseninstituut van de Rijksuniversiteit van Utrecht. Dit wil overigens niet zeggen dat de literatuur niet ook in andere bibliotheken aanwezig is.

In eerste instantie is via trefwoorden in de NIVEL-catalogus gezocht naar literatuur. Aan de hand van literatuuropgaven van de belangrijkste en meest recente publicaties is gezocht naar overig materiaal. Via een online-search bij DIMDI, een Duitse database, is verdere informatie ingewonnen. De search is verricht door mw. dr. Verheyen-Voogd, werkzaam bij de Universiteitsbibliotheek Utrecht. Ik dank haar voor haar deskundige medewerking en, om in termen van de bibliografie te spreken, vriendelijke bejegening.

In hoofdstuk 1 wordt literatuur beschreven die de vele aspecten van communicatie tussen arts en patiënt behandelt. Door alle auteurs wordt gepleit voor meer aandacht voor de gedragswetenschappelijke aspecten van de (huis)artsgeneeskunde en tijdens de medische opleiding.

In hoofdstuk 2 staan verschillende communicatiemodellen centraal die door de arts gehanteerd kunnen worden tijdens het consult. Uitgangspunt is over het algemeen, in navolging van Balint, een patiëntgerichte stijl. Ook de theorieën van Carl Rogers hebben een belangrijk aandeel gehad in de ontwikkelingen op dit gebied. Termen die in dit verband worden gebruikt, zijn 'patient-centred' versus 'doctor-centred', 'paternalisme' versus 'partnership', 'distantie' versus 'betrokkenheid', 'affectie', 'empathie', 'ruimte' geven aan de patiënt en 'unconditional positive regard'. Een gewenste verandering van de instelling van de arts in de richting van een meer affectieve, niet paternalistische houding ten opzichte van de patiënt wordt onder andere ingegeven door het feit dat patiënten mondiger zijn geworden en geacht worden meer verantwoordelijkheid te kunnen en te willen dragen voor de eigen gezondheid. Genoemde verandering in de houding van de arts, zou de kwaliteit van de communicatie en dus de hulpverlening ten goede komen. De kwaliteit van de hulpverlening wordt in deze situatie gemeten aan het stellen van de juiste diagnose, met name waar het gaat om patiënten die te kampen hebben met psychosociale problemen, de mate van compliantie en de mate van patiëntensatisfactie. Een verandering van de instelling van de arts impliceert tevens dat de arts oog krijgt voor de leefsituatie waarin de patiënt zich bevindt, aangezien het leefklimaat van grote invloed kan zijn op het welbevinden van de patiënt. Alhoewel de meeste auteurs de positieve aspecten van een meer affectieve houding van artsen benadrukken, manen enkele schrijvers tot enige voorzichtigheid. Zou

de balans namelijk omslaan naar een te affectieve houding, dan zou dat negatieve effecten kunnen hebben op de kwaliteit, van met name de informatieoverdracht. Er is sprake van een spanningsveld tussen betrokkenheid en distantie. Het kader waarbinnen de arts handelt dient wel patiëntgericht en affectief te zijn, maar binnen deze context moet de informatie helder en duidelijk geformuleerd worden.

In hoofdstuk 3 wordt concreet gestalte gegeven aan de in het vorige deel beschreven modellen. Opvallend is dat vooral in het buitenland veel onderzoek is gedaan naar de effecten van de beheersing van dergelijke vaardigheden op de kwaliteit van de hulpverlening. Binnen het onderzoek doen zich problemen voor bij het definiëren van de vaardigheden en van het begrip "kwaliteit van de hulpverlening", waardoor evaluatie niet altijd gemakkelijk valt.

De communicatie tussen arts en patiënt blijkt het meest effectief te zijn als de arts eerlijk, invoelend, meelevend, zorgzaam, kalm, beschikbaar, gevoelig en betrouwbaar is. Factoren die de communicatie negatief beïnvloeden zijn slecht luisteren, druk in de weer zijn met telefoontjes, dominantie, een kleinerende houding, afstandelijkheid, paternalisme en een slechte woordkeus. Bewustzijn van de arts van eigen zwakheden, angsten en onzekerheden kan een goede invloed hebben op de effectiviteit van de communicatie.

In de bibliografie is een onderverdeling gemaakt in nonverbale en verbale communicatie. Uitgangspunt bij het medische gesprek is dat er sprake is van een situatie van onderhandeling, waarbij de arts en de patiënt partners zijn die tot overeenstemming moeten komen. Bij verbale communicatie wordt aandacht besteed aan verschillende aspecten van de spreektaal: het leggen van de klemtoon, de snelheid waarmee gesproken wordt, de vaardigheid van de arts om de taal van de patiënt te analyseren en te begrijpen, timing van de informatieoverdracht. Uit de literatuur blijkt dat artsen nogal wat fouten maken in de gespreksvoering, bijvoorbeeld bij het stellen van vragen aan de patiënt. De arts kan vragen stellen vanuit verschillende dimensies: 'open en

gesloten' vragen, 'directe en indirecte' vragen en 'veel of weinig' vragen. Diverse technieken worden in dit kader besproken, zoals doorvragen, parafraseren, spiegelen, confronteren en evalueren.

Naast bovengenoemde aspecten van het gesprek komt er steeds meer aandacht voor het nonverbale gedrag: oogcontact, lichaamstaal en intonatie van de stem van zowel arts als patiënt. Uit verschillende onderzoeken blijkt er een verband te bestaan tussen het toepassen van nonverbale technieken en patiëntensatisfactie.

Communicatietechnieken zouden een belangrijk programmaonderdeel van de medische opleiding moeten zijn. Om welke vaardigheden het hier gaat, hoe ze onderwezen moeten worden en hoe een dergelijk programmaonderdeel geëvalueerd moet worden, is onderwerp van hoofdstuk 4. Twee opleidingsmethodieken staan centraal: het gebruik van simulatiepatiënten (rollenspelen) en videorecording, al dan niet in combinatie met elkaar. Beide technieken blijken hun vruchten af te werpen, al wordt door studenten veel vergeten tussen opleiding en praktijkvoering. De onderzoeksresultaten hebben geleid tot de ontwikkeling van toets- en meetinstrumenten, die zowel voor het onderwijs als in onderzoek toegepast kunnen worden.

Dat training in communicatietechnieken positieve effecten heeft op de kwaliteit van de communicatie en derhalve op de kwaliteit van de hulpverlening, wordt als een vaststaand feit aanvaard. Artsen die gedragswetenschappelijke training hebben gehad, zijn meer geneigd aandacht aan psychosociale problemen te besteden. Deze artsen beheersen meer therapieën zonder geneesmiddelen bij de behandeling van bijvoorbeeld angst en depressie.

De bibliografie vervolgt in hoofdstuk 5 met een beschrijving van literatuur over communicatiebarrières, zowel bij de arts als bij de patiënt. Het blijkt dat de arts problematische contacten zelden aan zichzelf toeschrijft. Barrières kunnen opgeworpen worden door gevoelens van angst en onzekerheid bij patiënten, maar ook door dezelfde gevoelens, boosheid en frustratie bij

de arts. Barrieres kunnen ook gelegen zijn in verschillen in sociale klasse en status, sociolinguïstische verschillen, vooroordelen en stereotypie. Bovendien is de relatie tussen arts en patiënt asymmetrisch, in die zin dat de arts de deskundige is en de patiënt de leek, waardoor de machtsverhouding niet in balans is.

In paragraaf 5.2 wordt nader ingegaan op verschillen in sexe en cultuur. Het blijkt dat sexe invloed heeft op het gedrag van de arts, alhoewel men het niet eens is over de mate waarin dat gebeurt. Mannelijke patiënten zouden in hun somatische klachten serieuzer genomen worden dan vrouwelijke patiënten, die eerder de kans lopen een psychosociale benadering van hun klachten te krijgen. Dit geldt met name voor vrouwen in de middelbare leeftijd. In dergelijk onderzoek wordt over het algemeen uitgegaan van het bestaan van sexegebonden verwachtingspatronen bij de mannelijke huisarts.

Verschil in optreden tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen komt in enkele literatuurbeschrijvingen aan de orde. Vrouwelijke artsen zouden een meer affectieve houding hebben ten aanzien van de patiënt dan mannelijke collega's.

In de bibliografie zijn enkele publicaties opgenomen over communicatie met buitenlandse patiënten, met name etnische minderheidsgroepen in Nederland. Ook in deze literatuur wordt de nadruk gelegd op het feit dat de arts zich moet verdiepen in de achtergronden, in het referentiekader van deze categorie patiënten.

In de paragraaf "Taal en terminologie" wordt ervoor gepleit dat de arts zich bewust moet zijn van de verschillen in taalgebruik van arts en patiënt. Kansen op misverstanden zijn aanwezig, waardoor de kwaliteit en effectiviteit van de hulpverlening in gevaar komt. Uit onderzoek blijkt echter dat de arts over het algemeen goed begrepen wordt. Een enkele auteur waarschuwt tegen het gebruik van lekentermen, omdat deze terminologie vaak niet eenduidig en accuraat is. De arts dient tijdens het consult na te gaan of zijn boodschap begrepen is.

Een ander probleem wordt gevormd door de vreemde talen van met name etnische minderheidsgroepen. Van de arts kan niet geëist worden al deze talen te beheersen, maar enige kennis wordt bepleit.

Binnen het onderwerp communicatie arts-patiënt neemt de psychosociale problematiek een centrale plaats in. Hoofdstuk 6 is aan dit onderwerp gewijd. De achterliggende filosofie is dat psychosociale problemen niet genoeg naar de oppervlakte komen tijdens het consult en dat de gespreksstijl van de arts daar een belangrijke rol in speelt. Het wordt belangrijk geacht dat de arts de patiënt inzicht verschaft in de wijze waarop psychosociale problemen somatische klachten kunnen veroorzaken dan wel in stand houden. Ook kan de vertaling van psychosociale problemen in somatische klachten tot somatische fixatie leiden dat mede door het optreden van de arts veroorzaakt kan worden. De arts zal zich van de rol die hij in dit proces kan spelen bewust moeten zijn, want een falende communicatie kan de geneigdheid tot klagen van de patiënt doen toenemen.

Tussen artsen blijkt een grote variantie te bestaan bij het interpreteren van psychosociale problemen. Dit blijkt onder meer samen te hangen met de houding en de instelling van de arts. Een open houding geeft een grotere kans op het ontdekken of herkennen van psychosociale problemen.

Ook bij slecht-nieuws-gesprekken en de omgang met chronisch zieken en terminale patiënten spelen psychosociale aspecten een grote rol. Onzekerheid en twijfel bij de arts kunnen een adequate communicatie in de weg staan. Toch, zo blijkt uit de literatuur, is men het er over het algemeen over eens dat de waarheid verteld moet worden, zij het dat de arts zich rekenschap moet geven van de persoonlijkheid van de patiënt. Kennis van de subjectieve beleving van de situatie door de patiënt dient leidraad te zijn voor de te volgen route. Vaak zal ook de familie betrokken moeten worden bij de problematiek.

Een heel ander aspect dan bovengenoemd is de voorlichting en de informatie die door de arts wordt gegeven. In hoofdstuk 7 wordt aandacht besteed aan literatuur over dit onderwerp en de eventuele effecten van een goede informatieoverdracht op compliantie en patiëntensatisfactie.

Uitgangspunt is dat communicatie een uitwisseling van gedachten tussen personen inhoudt, hetgeen impliceert dat het proces van patiëntenvoorlichting gezien moet worden als een dialoog, als een 'joint venture', waarbinnen de patiënt mede bepaalt welke informatie van belang is. Wanneer de informatiestroom bestaat uit een eenrichtingsverkeer van arts naar patiënt, zal het effect van de voorlichting niet groot zijn.

Verschillende aspecten van het gedrag van de arts, maar ook de instelling van de patiënt, zijn van invloed op een effectieve informatieoverdracht. De arts dient niet alleen rekening te houden met de behoeften van de patiënt, maar ook met diens wensen. De arts zal daarom uit moeten vinden welke informatie in welke situatie gegeven moet worden. De timing is van belang: de boodschap dient verteld te worden wanneer de patiënt daaraan toe is. De informatie moet helder en exact overgebracht worden en de graad van gedetailleerdheid is afhankelijk van de wensen van de individuele patiënt, hetgeen tot uiting moet komen tijdens de uitwisseling van gedachten tussen arts en patiënt. Tevredenheid van patiënten blijkt samen te hangen met de tijd die de arts neemt voor uitleg en de mate van begrip die de arts ten aanzien van de patiënt ten toon spreidt. Andere aspecten die een rol spelen zijn het tonen van respect voor de mening van de patiënt, het betrekken van de patiënt bij behandelingsmogelijkheden, het aanreiken van preventieve maatregelen, geruststelling en een affectieve houding van de arts. Tijdens het gesprek is het goed als een arts nagaat of de informatie begrepen is. Dit kan door bijvoorbeeld de boodschap te herhalen of samen te vatten. Uiteindelijk is het de actieve houding van de patiënt zelf die mede bepalend is voor het aanslaan van de informatie.



Alhoewel in elk onderzoek gebruik wordt gemaakt van onderzoeksmethoden, is toch gekozen voor een apart hoofdstuk over dit onderwerp voor de gespecialiseerde liefhebber. In dit deel van de bibliografie staan onderzoeken die expliciet tot doel hebben meet- en toetsinstrumenten te ontwikkelen.

De bibliografie besluit met literatuur over de juridische en ethische aspecten van de communicatie tussen arts en patiënt.

## GEBRUIKSAANWIJZING BIJ DE BIBLIOGRAFIE

Niet alle publicaties laten zich gemakkelijk vangen in het keurslijf van de gekozen structuur van de bibliografie. Waar de betreffende publicatie onder meer hoofdstukken geplaatst kan worden is gekozen voor verdubbelingen: de titelbeschrijving in verkorte versie verwijst met een nummer naar de plaats van de uitgebreide titelbeschrijving.

- Onder de titelbeschrijvingen staan afkortingen van namen van instellingen. Dit betekent dat het boek, het rapport of het tijdschrift in het bezit is van onder andere deze instelling(en).
- De organisatie die onderstreept is heeft zorg gedragen voor het referaat.
- Staat NIVEL tussen haakjes, dan maakt de uitgave geen deel uit van de eigen collectie.

Om het zoeken op auteur te vergemakkelijken is een alfabetische auteursindex samengesteld.

## 1. ALGEMEEN

1

ANSTETT, R.

The difficult patient and the physician-patient relationship.

Journal of Family Practice; 11, no.2, 1980, p.281-286, lit.opgn.

Deze verhandeling evalueert opnieuw het begrip " de moeilijke patiënt" vanuit het gezichtspunt van de arts-patiënt relatie. In het bijzonder: patiënten die door artsen als "moeilijk" worden gedefinieerd, worden gezien als het resultaat van een falende relatie met de arts. Allerlei redenen voor het falen van de relatie tussen arts en patiënt die tot bevredigende resultaten zou moeten leiden, worden besproken. Deze redenen omvatten communicatie-gebrek tussen arts en patiënt, niet herkennen of miskennen van de behoeften en verwachtingen van de patiënt door de arts en het niet herkennen of miskennen van de symbolische of fenomenologische aspecten van de ziekten van hun patiënten. Docenten van jonge huisartsen moeten modellen van medische zorg en compliantie die de bijdrage van zowel arts als patiënt bevatten, opnemen in hun onderwijs.

NIVEL

2

BENNET, G.

Patiënten en hun artsen: de gang door de gezondheidszorg.

Lochem etc.: De Tijdstroom, 1981. 217p.

B 653

Uitgangspunt van het boek is dat patiënt en arts elkaar wederzijds nodig hebben. Het boek gaat over de ervaringen van zieke mensen, omdat het belang en de betekenis van ziekte verder reikt dan de beschrijvingen die de pathologie geeft. Ook gaat het

boek over de ervaringen van artsen. In hoofdstuk 3 "De kennismaking met de patiënt" wordt o.a. een beschrijving gegeven van de ervaringen bij de eerste kennismaking, vooroordelen en stereotypen die daarbij een rol spelen, het gesprek, beïnvloeding van het verhaal van de patiënt, de uitleg van de arts, het aspect van geruststelling en het geven van informatie door de arts aan de patiënt. Aandacht wordt besteed aan zowel de verbale als de nonverbale communicatie.

NIVEL

3

BENSING, J., J. DE GROOT, J. ZAAT.

Kijken naar onderzoek: een inventarisatie van lopend onderzoek naar het handelen van de huisarts.

Huisarts en Wetenschap; 23, no.4, 1980, p.143-149, lit.opgn.

Aan de orde komt o.a. onderzoek naar de arts-patiënt relatie. Een overzicht wordt gegeven van een tiental onderzoeken naar het gedrag van artsen in de spreekkamer.

NIVEL

4

BENSING, J., A. SMITS, F. VERHAGE.

Themanummer "Onderzoek naar de relatie tussen huisarts en patiënt": voorwoord.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.1-2.

De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als discipline steunt in belangrijke mate op de samenwerking tussen de gedragswetenschappen en de geneeskunde. Dit themanummer bevat onderzoekswerk op het terrein van de psychologie naar de relatie tussen huisarts en patiënt. De bijdragen zijn gerubriceerd naar een drietal aspecten van de huisarts-patiënt relatie: de huisarts-kant, de patiënt-kant en het interactie-proces van de relatie.

NIVEL

5

BLOEMKE, M., G. BARTHEL, K.D. DEHN (eds.).  
Hausarzt und Patient: Lehrbuch der Allgemeinmedizin.  
Hannover: Schluetersche, 1982. p.108-168, lit.opgn.  
B 242

In het leerboek der huisartsgeneeskunde is hoofdstuk 4 gewijd aan de arts-patiënt relatie. Aan de orde komen onder meer: de tevredenheid van de patiënt, de compliantie van de patiënt, de interactie tussen patiënt en huisarts, chronisch zieken, stervensbegeleiding en levensloopgeneeskunde.

NIVEL

6

BOERSMA, H., H.C.P. VAN BAKEL.  
Medische opleiding en medische psychologie: (II) gevoelde tekorten.  
Medisch Contact; 39, no.12, 1984, p.375-378, lit.opgn.

Naar de plaats van de medische psychologie in het medisch curriculum is in Nijmegen een uitvoerig onderzoek verricht. In dit artikel wordt gesproken over de aandacht voor de affectieve componenten van het leerproces dat de arts doormaakt. Die aandacht schiet tekort. Integratie van de studie en persoonlijkheidsontwikkeling bleek voor meer dan de helft van de jonge artsen en semi-artsen die aan het onderzoek hebben deelgenomen ondoenlijk; tijdens de co-schappen is de emotionele nood groot. De helft van de respondenten heeft zelf iets gedaan aan zaken die node in het studieprogramma werden gemist (alternatieve geneeswijzen, persoonlijkheidsontwikkeling, bezinning op ziekte en gezondheid). De "totale benadering" van de patiënt blijft een utopie zolang tijdens de opleiding geen rekening wordt gehouden met de persoonlijkheid, de waarden, emoties, rechtspositie en doeleinden van de aankomende arts.

NIVEL

7

CALNAN, J.

Talking with patients: a guide to good practice.

London: William Heinemann Medical Books, 1983. 151p.,  
lit.opgn.

B 1075

In het boek wordt uitvoerig ingegaan op communicatietechnieken. De auteur beschouwt de gespreksvoering met de patiënten als de belangrijkste vaardigheid voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Aan de orde komen communicatievaardigheden in het algemeen, met verschillende categorieën patiënten en over "slecht-nieuws-gesprekken". Voorts wordt o.a. geschreven over compliantie en omgaan met klachten.

NIVEL

8

CARTWRIGHT, A., R. ANDERSON.

General practice revisited: a second study of patients and their doctors.

London: Tavistock Publications, 1981. 228p., lit.opgn.

B 396

De auteurs vergelijken de ervaringen en opvattingen beschreven in het eerste onderzoek uit 1964 (Patients and their doctors, A. Cartwright) met die van een tweede onderzoek uit 1977.

In de tussenliggende periode is er veel veranderd in de organisatie van de huisartspraktijk. Dit onderzoek laat zien hoe de arts-patiënt relatie hierdoor is beïnvloed.

De houding en het gedrag van patiënten en artsen zijn aan elkaar gekoppeld. De ervaringen en mate van satisfactie van de patiënt zijn gerelateerd aan de leeftijd, sexe, praktijkgrootte, het instrumentarium, de assistente en de opvattingen en gewoonten van hun arts.

NIVEL

DIECKMANN, G.

Mit Kranken reden: die Bedeutung des Gesprächs in der ärztlichen Praxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 58, no.3, 1982, p.146-149, lit.opgn.

Vaak hoort men dat de arts geen tijd heeft om rustig met zijn patiënten te spreken. De auteur meent dat het niet gaat om de lengte van het gesprek maar om de intensiteit en kwaliteit hiervan. Hij vindt dat de arts "een stukje mee moet gaan" met zijn patiënten. Een goed gesprek kan veel goed doen, bv. kalmerend werken. De patiënt moet wel gelegenheid krijgen zijn klachten te uiten. De auteur gaat nader in op de mogelijkheden van het arts-patiënt gesprek, bepaalde specifieke situaties bij bepaalde groepen patiënten die speciale gesprekstechnieken vereisen en de grenzen van het arts-patiënt gesprek. Aan de orde komen onder meer: gebreken in de opleiding, de omgeving voor een gesprek, Balintgroepen, etc.

NIVEL

ES, J.C. VAN.

"Geneeskunst en communicatie": patiënt, huisarts en specialist op een lijn.

Medisch Contact; 39, no.42, 1984, p.1357-1359.

De auteur stelt dat voorwaarde voor een goede communicatie tussen arts en patiënt 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 moeten ook structureel worden onderbouwd. Dit artikel is een weergave van de lezing die

de auteur heeft gehouden op het 37ste KNMG-ledencongres te Heerlen met als thema "Geneeskunst en Communicatie".

NIVEL

11

ES, J.C. VAN, R.A. DE MELKER, F.C.L. GOOSMANN.

Kenmerken van de huisarts deel 2: geheel herzien rapport onderwijsdoelstellingen van het Instituut voor HAG van de RUU.

Utrecht etc.: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983. 136p.

B 938

In hoofdstuk 16 wordt kort ingegaan op communicatie en sociale vaardigheden. De stelling die centraal staat is: de huisarts dient over de kennis, communicatieve vaardigheid en houding te beschikken, die nodig zijn voor optimale hulpverlening aan patiënten, gericht op bevordering van zelfzorg en preventie van de patiëntenrol.

NIVEL

12

ES, J.C. VAN.

Patiënt en huisarts: een leerboek huisartsgeneeskunde.

Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980. 532p., lit.opgn.

Dit boek behandelt de medisch-klinische en de relationele en structurele factoren die het functioneren van de huisarts bepalen. Enkele onderwerpen die in het kader van deze bibliografie van belang zijn:

hoofdstuk 4: chronische aandoeningen, psychosomatiek in de huisartspraktijk, patiënten met probleemgedrag,

hoofdstuk 6: de relatie tussen patiënt en huisarts,

hoofdstuk 18: de huisarts en het sterven van zijn patiënt.

NIVEL



FREELING, P., C.M. HARRIS.

The doctor-patient relationship; 3rd. ed.

Edinburgh etc.: Churchill Livingstone, 1984. 145p.,  
lit.opgn.

B 1019

De arts-patiënt relatie is de basis van een goede huisartspraktijk. In dit boek leggen de auteurs uit wat dit betekent.

Elk aspect van de relatie wordt behandeld aan de hand van echte gevalsbeschrijvingen van patiënten. Deze derde editie is herschreven naar aanleiding van nieuwe ervaringen en onderzoeken voor iedereen met interesse voor de huisartspraktijk en bevat onder meer hoofdstukken over: de gevoelens van de arts, empathie, angst, kinderen en ouderen.

NIVEL

HAGEMAN-SMIT, J.

Methodisch werkende huisartsen in de praktijk.

Medisch Contact; 37, no.51/52, 1982, p.1668-1670,  
lit.opgn.

Hoewel het methodisch werken steeds meer bekendheid begint te krijgen onder de huisartsen in ons land, is over de praktische uitvoering van deze werkwijze nog geen onderzoek gepubliceerd. In dit artikel worden de resultaten beschreven van de analyse van zestig patiënt-huisartscontacten. De gegevens werden verzameld in de praktijken van twee huisartsen die de cursus methodisch werken wel hadden gevolgd en van twee huisartsen die deze cursus niet hadden gevolgd. De belangrijkste conclusies uit het onderzoek waren:

1. In de gespreksvoering van de twee huisartsen die de cursus methodisch werken hadden gevolgd waren elementen van deze methode te herkennen.

2. Alle vier huisartsen en hun zestig patiënten beperkten zich in hoofdzaak tot de lichamelijke aspecten van de klachten.

NIVEL

15

HELMAN, C.G.

Communication in primary care: the role of patient and practitioner explanatory models.

Social Science and Medicine; 20, no.9, p.923-931, lit.opgn.

Het artikel bespreekt vijf onderling gerelateerde aspecten van de arts-patiënt communicatie in de context van de eerstelijnsgezondheidszorg:

- het gezichtspunt van de patiënt op de oorzaak, ernst en gevolgen van zijn situatie
- het gezichtspunt van de arts op de situatie van de patiënt
- de mening van de arts over het gezichtspunt van de patiënt
- de mate van overeenkomst of verschil tussen de drie perspectieven als een maatstaf voor de mate van communicatie tussen arts en patiënt op het tijdstip van het onderzoek
- effectmeting succes van communicatie.

Om dit proefonderzoek in een context te plaatsen wordt literatuur besproken.

NIVEL

16

HOED, F.E. DEN, E.M. SLUYS.

Het meten van methodisch werken: de ontwikkeling van een observatieschema om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken.

Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982. II, 58p., bijln., lit.opgn.

R 206(b)

In het rapport wordt verslag gedaan van het ontwikkelen van een meetinstrument om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken. Methodisch

werken is een nieuwe hulpverleningsmethode -vooral gericht op de huisartspraktijk- waarin een gestructureerde werkwijze en de arts-patiënt relatie belangrijke aandachtspunten zijn.

Geconcludeerd kan worden dat het meetinstrument bruikbaar is, in die zin, dat de beoordelaarsbetrouwbaarheid van de metingen voldoende is. Een uitzondering hierop vormen de variabelen m.b.t. het affectieve gedrag van de arts.

NIVEL

17

HULSHOF, R.E., H.J.P.M. DIJKHUIS, J. THEUNISSEN.

Beoordeling van consulten in de huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 25, no.11, 1982, p.431-434,443, lit.opgn.

In dit artikel wordt gerapporteerd over een eenvoudige methode om de probleemgerichte werkwijze van de huisarts te meten. Hiertoe zijn vijf criteria opgesteld die op elk consult van toepassing zijn en waaraan iedere huisarts volgens de auteurs moet kunnen voldoen. Van de arts wordt ten minste verwacht dat hij de problemen van de patiënt noteert, dat hij er mondeling op ingaat, dat hij activiteiten onderneemt die daar direct betrekking op hebben, dat die activiteiten voor beroepsgenoten aanvaardbaar zijn, en dat hij de intentie tot evaluatie vertoont. Deze criteria zijn toegepast op de protocollen van honderd consulten van vijftig huisartsen. Uit de resultaten blijkt dat de ontwikkelde methode redelijk betrouwbaar en bruikbaar is, en dat zij de mogelijkheid biedt tot intercollegiale toetsing.

NIVEL

18

LINN, L.S., R.M. WILSON.

Factors related to a communication style among medical house staff.

Medical Care; 18, no.10, 1980, p.1013-1019, lit.opgn.

Het onderzoek beschrijft enkele factoren die gerelateerd zijn aan een recentelijk ontwikkelde "pencil-and-paper" meetmethode voor de communicatiestijl onder artsen. Hoge scores op het meetinstrument (Facilitating Response Index) indiceert een grotere preferentie bij de respondenten om achter de gedachten en de gevoelens van de patiënten te komen op een nondirectieve wijze, waarbij de patiënt de ruimte krijgt. Hogere scores werden behaald door artsen die interpersoonlijke vaardigheden hadden getraind, die door hun leraren als klinisch zeer competent werden aangemerkt, die van plan waren eens een eigen praktijk te beginnen en wiens patiënten trouw op de volgende afspraak kwamen.

NIVEL

19

MCWHINNEY, I.R.

An introduction to family medicine.

New York, etc.: Oxford University Press, 1981. 219p., lit.opgn.

B 874

Dit boek is een verslag van principes en methoden in de huisartsgeneeskunde. Het boek geeft een helder beeld van de huisartspraktijk, de klinische vaardigheden die hiervoor vereist zijn en de mogelijkheden die zij biedt, en schetst de verschillen tussen de algemene en de specialistische praktijk.

De auteur benadrukt bv. dat de huisarts een continue relatie met zijn patiënten heeft, wat mogelijkheden biedt tot preventie en het bestuderen van het natuurlijk verloop van ziekte. Huisartsen krijgen een uniek beeld van ziekte in haar sociale context en zij zijn voor een groot deel afhankelijk van hun intermenselijke vaardigheden bij de diagnose en behandeling van de gezondheidsproblemen van hun patiënten. De arts-patiënt relatie komt aan de orde in hoofdstuk 6, p.52-80.

NIVEL

MATERN, H.

Das Gespräch: der psychosomatische Denkansatz in der Allgemeinpraxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 62, no.31, 1986, p.1094-1098.

Het succes dat de technologie in de geneeskunde heeft geboekt, heeft de aandacht afgeleid van het omgaan met de zieke mens. De problematische samenhang van lichaam en ziel komt echter steeds meer binnen het interesseveld van degenen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. De auteur bespreekt binnen deze context het medische gesprek. Het medische gesprek moet de patiënt de mogelijkheid geven zich te uiten. De duur van het gesprek is in feite onbelangrijk, als men maar op dezelfde golflengte communiceert.

#### NIVEL

MELLENTIN, W.

Zuverlässigkeit subjektiver Angaben des Patienten zur Anamnese: eine vergleichende Untersuchung in der Allgemeinpraxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no.28, 1985, p.1008-1013.

Honderd patiënten in drie huisartspraktijken werden naar hun anamnese gevraagd. De resultaten daarvan zijn met bestaande gegevens op de patiëntenkaart vergeleken. In het algemeen blijken deze anamnesegegevens niet voldoende betrouwbaar te zijn. Tevens werden de gegevens van het onderzoek vergeleken met eerdere publikaties over het betreffende onderwerp. Dit was echter maar in beperkte mate mogelijk, omdat de onderzoekers veelal de vrije mondelinge anamnese die in praktijk gebruikt wordt, niet hadden betrokken in hun onderzoek. Het onderhavige onderzoek heeft daarom een explorerend karakter, hetgeen aanleiding geeft tot nader onderzoek. De resultaten

worden in tabellen en grafieken weergegeven en daarna uitgebreid besproken.

NIVEL

22

OUDE KOOP, B.

Met de dokter praten..../met patiënten praten.

Lochem etc.: De Tijdstroom, 1980. 62p.

B 637

Boekje met als doel de patiënt "aan de praat" te krijgen en de dokter aan het luisteren. Voor patiënten is het moeilijk om tegenover de arts problemen te berde te brengen, voor de arts is het moeilijk te luisteren. Hij meent er de tijd niet voor te hebben of durft niet te luisteren omdat hij met bepaalde vragen persoonlijk geen raad weet. Dit boekje is dan ook bedoeld om de arts te laten zien met welke dingen patiënten vaak bezig zijn of waar ze mee zitten, zonder dat ze hardop gezegd durven worden. Dit boekje is ook bedoeld om de patiënt te laten zien dat luisteren helemaal niet zo makkelijk is en dat het niet zo gek is wanneer een arts er eens naast zit. Door van elkaar te weten waar de problemen zitten is er een mogelijkheid de communicatie beter op gang te krijgen en wat meer begrip voor elkaars situatie op te brengen. Het patiënten-deel is geschreven vanuit individuele problemen; het artsendeel is meer geschreven in algemene termen en regels.

NIVEL

23

PENDLETON, D., T. SCHOFIELD, P. TATE, P. HAVELOCK.

The consultation: an approach to learning and teaching.

Oxford etc.: Oxford University Press, 1984. 114p.,

lit.opgn.

B 1134

Dit boek is een uitgebreide praktische gids voor effectieve consulten in de huisartspraktijk en om deze te leren en te onderwijzen.

Vroegere benaderingen van het consult worden geanalyseerd om hun kracht of juist beperkingen aan het licht te brengen.

De auteurs tonen dat een meer samenhangend model vereist is en beschrijven zo'n model.

Het boek is gebaseerd op analyse van de relevante literatuur, onderzoek door de auteurs uitgevoerd en op hun praktische ervaring. Er worden criteria geopperd aan de hand waarvan de effectiviteit van een consult beoordeeld kan worden.

Richtlijnen voor diegenen die hun eigen consulten willen beoordelen worden gegeven en de voor- en nadelen van verschillende methodes worden besproken.

NIVEL

24

PENDLETON, D., J.C. HASLER (eds.).

Doctor-patient communication.

London etc.: Academic Press, 1983. 293p., lit.opgn.

B 1048

Het boek bevat bijdragen van zowel gedragswetenschappers als huisartsen en is bedoeld voor ervaren huisartsen en docenten van medische studenten. Elk hoofdstuk staat op zichzelf en kan apart gelezen worden. Na een algemene introductie over het belang van een goede communicatie tussen arts en patiënt wordt in de volgende hoofdstukken dieper ingegaan op onder meer compliantie, communicatie met ouderen, patiëntenparticipatie, de medische opleiding en praktijk en communicatie in de huisartspraktijk. Vooral deel II, III en IV handelen hierover.

NIVEL

25

PENDLETON, D., T. SCHOFIELD, M. MARINKER (eds.).

In pursuit of quality: approaches to performance review in general practice.

London: Royal College of General Practitioners, 1986. 185p., lit.opgn.

Het boek is gebaseerd op de proceedings van een conferentie over het onderhavige onderwerp. Ook communicatie komt aan de orde.

NIVEL

26

PENDLETON, D.A., T.P.C. SCHOFIELD.

Motivation and performance in general practice.

In: D.J. Pereira Gray (ed.). The medical annual.

Bristol: Wright, 1983.

BIJL

27

PIECHOWIAK, H.

Das ärztliche Gespräch: zwischen Idealisierung und Skelettierung.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.12, 1983, p.673-679, lit.opgn.

Het arts-patiënt gesprek is weer "in". Het gesprek wordt gepropageerd als herontdekt geneesmiddel en als middel om het verloren vertrouwen terug te winnen. Er is een aanzienlijke vraag naar informatie hierover onder artsen, vooral over de toepassing van het gesprek in de praktijk. De laatste jaren was het consult eerder een technisch onderzoek waarin weinig tijd was voor een gesprek. Dit artikel geeft een nieuwe kijk op het arts-patiënt gesprek. Voorts wordt ingegaan op enkele aspecten uit de communicatieleer die nog relatief weinig ingang vinden in de medische literatuur. Bij de communicatie tussen arts en patiënt spelen ook hun beider gevoelens een belangrijke rol.

NIVEL

28

PIERLOOT, R. (ed.).

Arts-patiënt relaties.

Alphen a/d Rijn etc.: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, 1981. VIII, 216p., lit.opgn.

B 962



Een algemeen uitgangspunt bij de benadering van de arts-patiënt relatie vindt men in de vaststelling, dat in het gedrag van arts en patiënt tegenover elkaar zeer veel elementen niet kunnen worden verklaard vanuit de klassieke medische opvatting. Hierbij wordt de arts voorgesteld als de "technisch onderlegde" helper van een patiënt. Dit uitgangspunt is op uiteenlopende wijzen uitgewerkt. In het boek komen de volgende onderwerpen aan de orde: theoretische concepten met de nadruk op de interpersoonlijke relatietheorie als referentiekader in de benadering van de arts-patiënt relatie en verwachtingen van artsen t.o.v. patiënten. Problemen uit de praktijk, waarin de relatie binnen verschillende contexten wordt belicht. Het boek eindigt met een hoofdstuk over opleiding in communicatie, waarbij o.a. de Balint-methode aan de orde komt.

NIVEL

29

PIERLOOT, R., S. VERHAEST.

De patiënt-huisarts relatie als voorwerp van psychologische research.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.3-17, lit.opgn.

Het proces van de arts-patiënt relatie omvat menigvuldige fenomenen en kan vanuit diverse invalshoeken benaderd worden. In dit artikel volgt eerst een overzicht waarin de diverse invalshoeken uiteengezet worden, van waaruit fenomenen uit het veld van de arts-patiënt relatie (met het type van arts niet gedifferentieerd of andere dan de huisarts) benaderd worden. Vervolgens zal ingegaan worden op onderzoeken die meer specifiek op de huisartssituatie gericht zijn. Tot slot worden enkele beschouwingen gewijd aan perspectieven van research en opleiding betreffende de (huis)arts-patiënt relatie.

NIVEL

PILLAU, H.

Der Arzt und sein Patient: Einsichten eines Allgemein-  
arztes.

Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1982. 112p.

B 681

De auteur beschrijft ervaringen uit de 15 jaren waarin hij werkzaam is als praktiserend arts en huisarts. Hieruit destilleerde hij kenmerken van de huisartspraktijk.

Het grootste deel van het boek handelt over de relatie tussen patiënt en huisarts: de omgang met de patiënten, het taalgebruik, de anamnese en continue registratie hiervan gedurende de levensloop van de patiënt, de sociale omgeving van de patiënt en het onderzoeken van de zieke.

Dan volgt de betrekking tussen de huisarts en de geneeskunde: diagnostiek, verkeerde diagnose-techniek in de huisartsgeneeskunde, therapie, compliantie, polypragmasie en alternatieve geneeswijzen.

De verhouding van de huisarts tot andere artsen en instellingen rond het beeld van de huisarts af.

NIVEL

PLOEG, H.M. VAN DER, F.L. SANAVRO

De huisarts-patiënt relatie en de frequentie van dok-  
terscontact

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1,  
1982, p.69-79, lit.opgn.

Bij een aselekt gekozen groep huisarts-patiënten is een verkorte versie van de door Cassee ontworpen "vragenlijst huisarts-patiënt relatie" aangeboden. Van deze groep patiënten waren ook gegevens bekend omtrent de frequentie van huisartscontact naar aanleiding van een daadwerkelijke stoornis in de gezondheid: een griepje. Het blijkt dat de frequentie van huisartscontact bij een griepje nauwelijks verklaard kan worden, wanneer gebruik gemaakt wordt van

factoren uit deze vragenlijst voor patiëntperceptie van de arts-patiënt relatie. Ook de algemene huisartscontact-frequentie kan nauweliks worden verklaard door verschillen in vragenlijstgegevens over de arts-patiënt relatie. In de discussie wordt ingegaan op de huisarts-patiënt-relatie-vragenlijst en op de beperkte overeenstemming tussen vragenlijstgedrag en feitelijk gedrag.

NIVEL

32

REID, A.L.A.

Primary care research at Newcastle: an examination of the general practitioner-patient interaction in general practice and its effects on specific outcomes.

In: Goh Lee Gan, P. Kee Chin Wah (eds.).

Singapore: Host Organising Committee, 1983. p.141-143.

R 1646

Hoewel consulten in de huisartspraktijk zeer talrijk zijn beschreven, zijn er weinig directe observatie-onderzoeken over de precieze gang van zaken tijdens een consult. Vragenlijsten zijn gebruikt om na te gaan wat artsen zeggen te doen tijdens een consult en hoe patiënten dit ervaren. Dit geeft echter maar een gedeelte van de werkelijkheid weer.

In het artikel wordt toegelicht hoe de Newcastle onderzoeksgroep te werk gaat in hun onderzoek naar factoren binnen de arts-patiënt relatie.

NIVEL

33

SCHERWITZ, L., D. HENNRİKUS, S. YUSIM, J. LESTER, C. VALLBAUA.

Physician communication to patient regarding medications.

Patient Education and Counseling; 7, no.2, 1985, p.121-136, lit.opgn.

Beschrijving van een onderzoek gedaan naar inhoud van communicatie tussen arts en patiënt met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen. De categorieën waarop het gesprek geanalyseerd werd waren: vragen, voorlichting, instructies voor, en rechtvaardiging van medicijngebruik.

Uit resultaten blijkt dat bij voorschrijven van door patiënt vaak gebruikte medicijnen de communicatie gering is. Bij nieuwe medicijnen neemt de communicatie toe. Bij patiënten die voorheen een andere arts hadden is de communicatie beduidend hoger (in vorm van vragen). Het communicatiepeil hangt grotendeels af van de bekendheid van de arts met de patiënt en de informatie die de arts nodig heeft.

#### NIVEL

34

SEIDL, O.

Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gesprächs.  
Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.12, 1983,  
p.680-685, lit.opgn.

Het arts-patiënt gesprek is de laatste jaren veel belangrijker geworden en is voor velen zelfs tot het centrum van het medisch handelen geworden. Bij het voorkomen en behandelen van ziekten van de moderne beschaving vormen opheldering door, overleg met en begeleiding van patiënten een belangrijk aandeel. Het gesprek geeft ook toegang tot patiënten die aan functionele of psychosomatische ziekten lijden en kan hiervoor de therapie zijn. In de huidige opleiding van medische studenten krijgen de psychosociale vakken meer aandacht. In de literatuur wordt ook veel aandacht besteed aan onderzoek naar het arts-patiënt gesprek, maar de beschouwingen hierover zijn theoretisch en geïdealiseerd en moeilijk toepasbaar in de dagelijkse praktijk. Dit artikel gaat over de mogelijkheden en beperkingen van het arts-patiënt gesprek onder voorwaarden zoals die dagelijks door de huisarts ervaren worden. De praktijkvoorbeelden komen uit de polikliniek van de Universiteit van München, de gespreksprotocollen uit een oefening

over de arts-patiënt relatie voor medische studenten.

NIVEL

35

SHORE, B.E., P. FRANKS.

Physician satisfaction with patient encounters: reliability and validity of an encounter-specific questionnaire.

Medical Care; 24, no.7, 1986, p.580-589, appendix, lit.opgn.

Veel aandacht is besteed aan de tevredenheid van de patiënt, weinig aandacht werd er opgebracht voor de tevredenheid van de arts. De betrouwbaarheid en de validiteit van een "encounter-specific" artsentevredenheidsschaal werd onderzocht. De Delphi-techniek is gebruikt voor het ontwikkelen van een vragenlijst. Gebruik is gemaakt van factoranalyse. Uiteindelijk werd een 16-itemschaal getest in een tweede fase van het onderzoek. Uit het onderzoek blijkt dat de "encounter-specific" artsentevredenheidsschaal betrouwbaar en valide is. Deze schaal kan gebruikt worden om die componenten binnen het medische gesprek tussen arts en patiënt te meten die lang onderbelicht zijn in andere onderzoeken.

NIVEL

36

SLUYS, E.M.

Huisarts.

In: Sluys, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (eds.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken.

Utrecht: NIVEL, 1985. p.39-144, par.4.

B 1277

NIVEL

SLUYS, E.M.

Is methodisch werken meetbaar?.

1. Methodisch werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag.
2. De bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorïën.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.8, 1983, p.290-297, lit.opgn.

Methodisch werken is een vrij nieuwe hulpverleningsmethode, waarin allerlei recente ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde vorm hebben gekregen. In het eerste artikel worden de belangrijkste kenmerken van methodisch werken beschreven, gegroepeerd rond een drietal thema's: de structuur van het consult, de arts-patiënt relatie, de inhoud van het consult. Van deze kenmerken worden in totaal 29 observatiecategorïën afgeleid, waarmee de werkwijze van de huisarts beoordeeld kan worden. In het tweede artikel is de bruikbaarheid van deze categorïën onderzocht. Twee observatoren beoordelen hiertoe, onafhankelijk van elkaar, 63 videoconsulten aan de hand van de observatieschema's. De overeenstemming tussen de observatoren bleek redelijk tot goed bij de 25 categorïën die naar de structuur en de inhoud van het consult verwijzen. De overeenstemming was vrij laag bij de categorïën die verwijzen naar de arts-patiënt relatie: subjectiviteit schijnt hierbij een grotere rol te spelen. Tevens is de validiteit van de observatiecategorïën onderzocht. Er bestaan verschillen tussen het begrip methodisch werken zoals dat in de literatuur beschreven wordt en de manier waarop het in de praktijk vorm krijgt.

NIVEL

TAHKA, V.

The patient-doctor relationship.

Sydney etc.: ADIS Health Science Press, 1984. 206p., lit.opgn.

B 1065

Het boek is in de eerste plaats bedoeld als tekstboek voor medische studenten, maar ook het van nut zijn voor artsen die reeds praktiserend zijn. De arts-patiënt relatie wordt bekeken vanuit het standpunt van de patiënt en vanuit het standpunt van de arts. Behandeld worden o.a. die factoren die de arts-patiënt relatie beïnvloeden, zoals de attitude van de arts ten opzicht van de patiënt, interview-technieken en technieken voor het overbrengen van informatie.

NIVEL

39

WEST, C.

Routine with talk: troubles with talk between doctors and patients.

Bloomington: Indiana University Press, 1984. XVI, 199p., lit.opgn.

B 1481

Er is een ontwikkeling gaande dat de patiënt een steeds groter aandeel wil hebben in de medische zorg en behandeling van zichzelf. Communicatie is hierbij van groot belang. Het boek is een weergave van een onderzoek naar de problemen in de communicatie tussen arts en patiënt. Zowel de verbale als de nonverbale communicatie komen aan de orde. Daarnaast worden vele aspecten belicht binnen het kader van het onderzoek. Voorts wordt ingegaan op de bij het onderzoek gebruikte methode van gespreks-analyse.

NIVEL

40

ZOLA, I.K.

Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance.

In: L. Eisenberg, A. Kleinman (eds.) The relevance of social science for medicine.

Dordrecht etc.: Reidel Publ. Cy., 1981. p.241-252, lit.opgn.

De auteur pleit voor een open communicatie tussen arts en patiënt. Een deel van de problemen bij de communicatie ligt aan een foutieve houding van de arts t.o.v. de patiënt en aan een reeks van factoren op sociaal, psychologisch en lichamelijk gebied. Aan de hand van voorbeelden geeft de auteur aan hoe een communicatie goed kan verlopen.

(NIVEL); BIJL



## 2. COMMUNICATIEMODELLEN

41

AHRENS, S.

Interaktionsmuster der ambulanten Arzt-Patient Beziehung.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no. 28, 1985, p.1014-1018, lit.opgn.

De arts-patiënt relatie wordt als basis van het medisch handelen aan de hand van enige theoretische modellen en empirische gegevens uiteengezet, waarbij aan het arts-patiënt gesprek veel belang wordt toegekend. Een serie impliciete diagnostische handelingsprincipes van de arts wordt kritisch belicht en tegenover het concept van M. Balint gesteld.

NIVEL

42

BALINT, M.

De dokter, de patiënt, de ziekte.

Utrecht etc.: Het Spectrum, 1975. 432p., lit.opgn.

B 424

Men hoort vaak de klacht dat het medisch onderzoek lijkt op een handeling aan de lopende band en dat afbreuk wordt gedaan aan het vertrouwelijk onderhoud tussen dokter en patiënt. In dit boek vindt men een verslag van een onderzoek naar dit complexe probleem, door een groep van 14 huisartsen en een psychiater. Twee thema's stonden centraal: het stellen van de diagnose en het psychotherapeutisch aandeel van de huisarts. De schrijver-verslaggever, de psychiater uit de groep, geeft van tal van gevallen een indringende analyse.

NIVEL

BARNARD, D.

Unsung questions of medical ethics.

Social Science and Medicine; 21, no.3, 1985, p.243-249,  
lit.opgn.

In officiële publikaties wordt, in het voetspoor van de ideeën van Balint, steeds meer nadruk gelegd op patiënt-gericht werken. Artsen worden aangespoord patiënten meer te respecteren en hen te betrekken bij beslissingen omtrent de behandeling. Met name geldt dit voor artsen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zij worden aangemoedigd om meer aandacht te besteden aan psychosociale en communicatieve vaardigheden. Een en ander loopt echter niet in de pas met de dagelijkse praktijk. Participatie van patiënten is een goed uitgangspunt maar kan niet zonder meer gerealiseerd worden door enige veranderingen aan te brengen. Kritisch onderzoek en een kritische keuze zijn noodzakelijk.

NIVEL

BEN-SIRA, Z.

Primary medical care and coping with stress and disease: the inclination of primary care practitioners to demonstrate affective behavior.

Social Science and Medicine; 21, no.5, 1985, p.485-498,  
lit.opgn.

Uit een onderzoek onder Israelische huisartsen blijkt dat artsen de neiging hebben een meer instrumentele (medische behandeling), dan een affectieve (humane) houding aan te nemen t.o.v. hun patiënten. Affectief gedrag is binnen hun referentiekader een belemmering voor het medisch handelen en houdt bovendien een bedreiging in van de dominante positie van de arts.

NIVEL

BENSING, J.M.

Evaluation of an interview-training course for general practitioners.

Social Science and Medicine; 20, no.7, 1985, p.737-744.

Het artikel beschrijft de evaluatie van een experimentele training in de arts-patiënt communicatie voor huisartsen. Het inhoudelijk referentiekader voor de gesprekstraining werd gevormd door de theorieën van Rogers en aangepast aan de specifieke situatie van de huisarts. Centraal thema in deze theorie is de "unconditional positive regard" van de hulpverlener. Verwacht werd dat de huisarts zijn gespreksgedrag zou veranderen en dat de patiënt hierdoor meer over zijn of haar psychosociale problemen zou vertellen. De training werd beperkt tot het diagnostisch proces en de effecten werden gemeten door vergelijkingen van video-opnamen gemaakt gedurende drie maanden voor en drie maanden na de training. Belangrijk resultaat was de verwachte gedragsverandering van de huisarts, maar verrassend genoeg was de uitkomst van de consultatie niet anders: de artsen luisterden met meer empathie, maar de patiënten praatten niet meer dan voorheen over hun problemen. Het scheppen van meer ruimte voor patiënten is niet voldoende om hen te bewegen meer persoonlijke problemen met de huisarts te bespreken.

NIVEL

BENSING, J., P.F.M. VERHAAK.

Konsultatieproject Eindhoven: een onderzoek naar het effect van konsultatie op het handelen van de huisarts (V): gespreksgedrag.

Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1980. V, 71p., bijln., lit.opgn.

R 116(V)

De nota is een verslag van een onderzoek naar de invloed van consultatie tussen artsen en specialisten op de behandeling van psychosociale problemen

door die artsen in hun consulten. Gedurende anderhalf jaar kregen zes, later zeven, huisartsen van Philips Medische Dienst (PMD) in twee wekelijkse bijeenkomsten consultatie van een team van de Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI) in Eindhoven. Het consultatieproject is in de eerste plaats bedoeld om de huisartsen in staat te stellen patiënten met psychosociale problemen zelf doelmatiger te helpen. Daarnaast leverde het project o.a. gegevens over het spreekgedrag van artsen t.o.v. patiënten op. Om beter in te spelen op de problemen van de patiënten moet de vorm van het medisch gesprek veranderen: de patiënt moet meer ruimte krijgen om zijn problemen te verwoorden. In het rapport wordt besproken hoe er gemeten is en of het gespreksgedrag na het project inderdaad volgens de verwachtingen is veranderd. In de nameting lieten de artsen hun patiënten meer aan het woord, toonden zij meer interesse, brachten zij vaker nieuwe onderwerpen ter sprake, lieten de beslissing over de behandeling vaker aan de ander over: kortom, gaven de patiënten meer ruimte dan daarvoor.

#### NIVEL

47

BENSING, J., P.F.M. VERHAAK.

Ruimte voor de patiënt.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.19-33, lit.opgn.

In dit artikel is een aantal exercities uitgevoerd rond het begrip "ruimte voor de patiënt" waarmee wordt bedoeld: de kansen die een patiënt tijdens een consult krijgt om te praten over datgene wat hem werkelijk dwars zit. Het begrip is afkomstig uit de gedragswetenschappen en wordt op vele manieren -niet altijd even probleemloos- in de huisartspraktijk ingepast. Er is nagegaan of dit begrip bruikbaar is bij het bestuderen van de communicatie tussen huisarts en patiënt. Begonnen is met een verkenning van de literatuur. Op grond daarvan zijn 14 variabelen geselecteerd die verwijzen naar "ruimte voor de

patiënt". Deze variabelen zijn gemeten in een groot aantal op videotape opgenomen arts-patiënt gesprekken. Twee categorieën consulten worden met elkaar vergeleken, waarvan verwacht kan worden dat ze verschillen in de mate waarin de genoemde variabelen voorkomen. Het artikel wordt afgesloten met een discussie.

NIVEL

48

BONTE, E.

Symposium relatie huisarts-patiënt.

Sociaal; 6, no.4, 1985, p.3-4.

Interview met Jan Vandamme, huisarts van de Leuvense Universitaire Groepspraktijk en mede-organisator van het symposium "De patiënt als partner in de eerstelijnsgezondheidszorg". Er wordt ingegaan op het consultatiemodel van Van Aalderen; methodisch werken. Om de betrokkenheid van de patiënt een reële vorm te geven en dus te vergroten, is aan het klassieke consultatiemodel een fase toegevoegd; de intake. In deze fase, die voor de anamnese komt, vraagt de arts zich af wat de patiënt van hem wil, waarvoor hij precies komt. Als gevolg van de intake gaat ook de behandeling er anders uitzien. Men spreekt nu van beleidsfase. Samen met de patiënt wordt overlegd wat het beste gedaan kan worden; de dokter formuleert een voorstel en maakt ruimte voor de patiënt en gaat na of hij de beslissing wel ziet zitten. In dit model is de relatie tussen arts en patiënt een meer horizontale geworden. Het model wordt door Vandamme geïllustreerd met een voorbeeld.

NIVEL

49

BOS, B.H.M.

De patiënt wikt, de arts beschikt?.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 125, no.40, 1981, p.1593-1594.

Klinische les, met praktijkvoorbeelden waaruit blijkt dat de (huis)arts altijd naast de patiënt moet staan in de arts-patiënt relatie, ook al gaat het om een duidelijk somatische aandoening, waarbij de autoriteit van de arts buiten discussie staat. Vooral de relatie arts-patiënt binnen het eerste echelon heeft een horizontaal karakter, mede doordat psychosociale problemen een grote rol spelen in de huisartspraktijk. De arts moet de patiënt vanuit zijn medische kennis zo adviseren en voorlichten, dat de patiënt zelf meebeslist. Ook na verwijzing naar een specialist moet deze relatie in stand blijven.

#### NIVEL

50

BRANDLMEIER, P.

Das ärztliche Gespräch in der Allgemeinpraxis.

De Praktische Arzt; 18, no.8, 1981, p.909-918.

In de huisartspraktijk wordt men dagelijks met klachten over pijn geconfronteerd. Door de taal wordt de boodschap van de patiënt naar de arts overgebracht. Het medische gesprek is daarom van cruciaal belang binnen de arts-patiënt relatie. Ingegaan wordt op de tendens van verzakelijking binnen de geneeskunde, waarna het begrip medisch gesprek wordt toegelicht. Binnen het gesprek zijn met name de affectieve aspecten van belang. Het gesprek is een middel om achter psychische problemen te komen die ten grondslag kunnen liggen aan een ziekte. Belangrijk is het netwerk, de sociale context waarbinnen de patiënt leeft. Ook die heeft zijn invloed op de gezondheid en ziekte. Schrijver bespreekt in het artikel voorts verschillende vormen van gesprek, zoals het "normale" gesprek, het begrijpende gesprek, het autoritaire en het analytische gesprek. Daarnaast bestaat tevens het ziekmakende gesprek. Het ware gesprek, zo besluit de auteur, is te vergelijken met een wichelroede, waarmee het mogelijk is om "bodemschatten" te vinden.

#### NIVEL

BREMER SCHULTE, M. (red.).

Samen beter worden: nieuwe samenwerkingsvormen tussen patiënt en hulpverlener.

Alphen a/d Rijn etc.: Samsom, 1980. 318p., lit.opgn.

Het thema van de bundel is de samenhang tussen gebruikers en verstrekkers van gezondheidszorg. Het betreft de zelfwerkzaamheid van de patiënt ten gunste van eigen gezondheid en die van lotgenoten in samenhang met de dienovereenkomstige specifieke bijdrage van professionals. Gezondheidszorg wordt gezien als een situatie tussen twee partners die over en weer rechten en plichten hebben. Het boek is opgebouwd uit vier delen:

- Pionieren: gewijd aan de vorming van het vernieuwingsideaal.
- Toepassen: belichting van ervaringen in een aantal situaties.
- In evenwicht brengen: nieuwe samenwerkingsvormen en -mogelijkheden in de gezondheidszorg, ook juist voor mensen met een chronisch tekort. Met kritisch geplaatste vraagtekens worden bevorderende en remmende omstandigheden aangegeven die kunnen optreden in situaties, waar gesproken kan worden van evenwichtiger gezondheidszorg.
- Verder kijken: planning, perspectief en wenselijk geachte prioriteitsbepaling terwille van de voortgang naar evenwichtiger gezondheidszorg.

#### NIVEL

BREWEN, T.B.

Truth, trust, and paternalism.

Lancet; II, no.8453, 1985, p.490-492.

Communicatie is van eminent belang binnen de geneeskunde. Enerzijds voor de informatie-overdracht, het adviseren e.d. en anderzijds, als de patiënt bang of onzeker is, om gerust te stellen, te bemoedigen en vertrouwen te schenken. Dit valt onder de noemer "paternalisme". Het vertellen van de waarheid is een

groot goed, maar komt nogal eens in botsing met het voorstaande. De auteur pleit voor een betere communicatie, meer informatie en uitleg aan de patiënt en een houding van begrip voor de behoeften, angsten en wensen van de patiënt. Een te grote nadruk op "informed consent" en "autonomie" van de patiënt kan verstoring werken.

#### NIVEL

53

BRONSON, D.L., M.C. CONSTANZA, H.M. TUFO.

Using medical records for older patient education in ambulatory practice.

Medical Care; 24, no.4, 1986, p.332-339, lit.opgn.

Onderzoek naar de effecten die het inzien van de patiënt-gegevens door bejaarde patiënten heeft op de relatie arts-patiënt. Van 203 chronisch zieke bejaarden (gemiddelde leeftijd 70 jaar) kregen er 95 hun gegevens thuisgestuurd, de rest fungeerde als controlegroep. Van de voorgelichte groep bleek 74% kennis te hebben van hun gezondheidsproblemen tegen 64% in de controlegroep. Geconcludeerd wordt dat inzage in patiënt-gegevens bevorderlijk is voor de communicatie met bejaarde patiënten over hun gezondheid, maar het begrip voor de medicatie niet doet toenemen.

#### NIVEL

54

BROUWER, W.

Veranderingen in de arts-patiënt verhouding.

Patient Care; 11, no.8, 1984, p.2,4.

Alvin Toffler heeft het begrip coproductie geïntroduceerd. In de gezondheidszorg kan dit gezien worden als het samenspel van arts en patiënt bij het streven naar een optimale leefsituatie voor de patiënt. Er treedt in de gezondheidszorg een verschuiving op van passief consumeren naar actief participeren. Een gebruiker of hulpvrager die door participatie mede invloed uitoefent op het eindresultaat wordt door



Toffler prosument genoemd. Deze veranderende mentaliteit weerspiegelt zich onder meer in patiëntenverenigingen. Artsen zullen hun patiënten dus meer informatie moeten verstrekken, meer uitleg moeten geven, meer moeten overleggen en meer moeten streven naar gezamenlijk te nemen beslissingen. Artsen zullen in toenemende mate worden geconfronteerd met patiënten die ten aanzien van het beoogde genezingsproces zelf een rol wensen te vervullen. Dit vergt flexibiliteit van de kant van de arts.

NIVEL

55

CALNAN, M.

Clinical uncertainty: is it a problem in the doctor-patient relationship?.

Sociology of Health and Illness; 6, no.1, 1984, p.75-85, lit.opgn.

Er is weinig aandacht besteed aan de gevolgen van klinische onzekerheid over diagnose, prognose en behandeling, hoewel deze onzekerheden een bedreiging zouden kunnen vormen voor de autoriteit, voor de positie van de arts binnen de arts-patiënt relatie. In het artikel, waarin resultaten van verschillende onderzoeken geanalyseerd worden, wordt geconcludeerd dat onzekerheden slechts zelden problemen opleveren voor de arts. Verschillende theorieën op genoemd vlak worden vergeleken.

NIVEL

56

CARTWRIGHT, A.

Equality of experts.

British Medical Journal; 287, no.6391, 1983, p.538.

De auteur vertelt over de relatie met haar huisarts, die haar als zijn gelijke behandelt: hij heeft medische kennis, zij weet hoe haar probleem haar leven beïnvloedt, zij moet kiezen voor een bepaalde behandeling en de gevolgen daarvan dragen. De huisarts behoort zijn informatiestroom aan te passen aan de

behoefte van de patiënt. Er moet een relatie opgebouwd worden met wederzijds begrip, respect en vertrouwen. De relatie moet een persoonlijke en continue zijn.

NIVEL

57

CATLIN, R.J.O.

Does the doctor understand what I am asking?.

American Journal of Public Health; 71, no.2, 1981, p.123-124, lit.opgn.

Redactioneel artikel waarin wordt geponeerd dat er tussen arts en patiënt een gebrek aan communicatie bestaat. Met verbazing wordt geconstateerd dat dit probleem pas de laatste jaren in de literatuur wordt behandeld. Met name in Groot-Brittannië is o.a. P.S. Byrne met dit werk begonnen. Hij was een van de eersten die bij onderzoek gebruik maakten van videotape om het medisch interview vast te leggen en te analyseren. Hij constateerde dat de problemen van de patiënten veelal niet op tafel kwamen, waardoor de kwaliteit van de zorg niet maximaal kan zijn. Een van de belangrijkste effecten was, dat meer aandacht kwam voor het gezichtspunt van de patiënt. Belangrijk is dat de arts zijn patiënt begrijpt, dat hij luistert, dat de patiënt de gelegenheid krijgt voor feedback en dat de arts eventueel onderliggende problematiek naar boven haalt. Bovendien gaat het in de eerste plaats om de hulpbehoefte van de patiënt. Voorts kan de arts zich afvragen of het niet beter is dat de patiënt inzage krijgt in zijn medische gegevens, dit om verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor zijn eigen gezondheid.

NIVEL

58

DOCTOR.

The doctor patient relationship.

In: H. Leigh, M.R. Reiser (eds.). The patient: biological, psychological, and social dimensions of medical

practice.

New York: Plenum Medical Book Co., 1980. p.247-252.

Uitgangspunt is, dat een medisch gesprek een open gesprek moet zijn. De arts moet open staan voor de patiënt om de patiënt maximaal te kunnen helpen.

BIJL; (NIVEL)

59

EVANS, D.A., M.R. BLOCK, E.R. STEINBERG, A.M. PENROSE.

Frames and heuristics in doctor-patient discourse.

Social Science and Medicine; 22, no.10, 1986, p.1027-1034, lit.opgn.

Weergave van de analyse van 19 video-opnames van gesprekken tussen een huisarts en 16 patiënten. Er wordt gelet op de wijze waarop de arts de ervaringen, gevoelens, angsten, opvattingen van de patiënt beschouwt en integreert. Wederzijds begrip tussen arts en patiënt is fundamenteel voor het stellen van de diagnose en het uitvoeren van de behandeling. De arts heeft zowel een lerende als een genezende functie. Voor de lerende functie moet de arts zich kunnen verplaatsen in het referentiekader van de patiënt, waarbij vooral op begrip van het taalgebruik van de arts door de patiënt gelet moet worden.

NIVEL

60

FAUDE, J.

Was Arzt und Patient von einander erwarten.

Der Praktische Arzt; 20, no.7, 1983, p.462,465-467.

Het geneeskundig handelen wordt meestal beoordeeld naar het succes dat daarmee geboekt wordt. De vraag is echter wat men moet verstaan onder dat succesvolle resultaat. De auteur neemt het boek van Robert Kock "Die ärztliche Diagnose" als uitgangspunt, waarin de diagnostiek centraal staat en nadruk wordt gelegd op het ethische aspect en waarbij de mens wordt gezien als een "psyco-organische" eenheid. De arts moet invoelingsvermogens ontwikkelen en zich in

de plaats leren te stellen van de patiënt. Hierdoor wordt de arts alert op de nonverbale signalen die de patiënt uitzendt. Schrijver stelt voor i.p.v. het begrip "Diagnose", "Gesamtdiagnose" te stellen. Dit postulaat gaat terug op de onderzoeken van Michael Balint. In het artikel wordt dieper ingegaan op de ideeën van Balint, waarbij in de arts-patiënt relatie het vertrouwen een belangrijke plaats inneemt.

NIVEL

61

FISCHBACH, R.L., A. SIONELO-BAYOG, A. NEEDLE, T.L. DELBANCO.

The patient and practitioner as co-authors of the medical record.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.1, 1980, p.1-5, lit.opgn.

Werkers in de gezondheidszorg hebben vanouds weerstand geboden tegen toegang tot medische gegevens voor patiënten.

Er is echter bewijs dat het patiëntendossier een betere communicatie tussen patiënt en arts kan bevorderen.

In een exploratiestudie werkten patiënten in een huisartspraktijk mee met de gezondheidswerkers bij het opstellen van hun dossier. De informatie op de kaart wordt completer, nauwkeuriger en begrijpelijk voor beide partijen.

De potentiële problemen en vooruitzichten die voortvloeien uit deze strategie worden besproken.

NIVEL

62

FISHER, S.

Doctor-patient communication: a social and micropolitical performance.

Sociology of Health and Illness; 6, no.1, 1984, p.1-29, lit.opgn.

De medische relatie is asymmetrisch. Artsen hebben niet alleen medische kennis, maar ook een institutionele autoriteit die hen in staat stelt een "poortwachtersfunctie" te vervullen, waarbij sommige patiënten een keuze kunnen maken en anderen niet. Dit onderzoek bekijkt hoe er onderhandeld wordt tussen huisartsassistenten en patiëntes uit de risicogroep voor baarmoederhalskanker over de beslissing al of niet een Pap-smear te maken. Het nemen van beslissingen gebeurt in fasen: opening, anamnese, lichamelijk onderzoek en afsluiting. Elke fase benadrukt de zeggenschap van de arts en het vertrouwen van de patiënte. Artsen starten elke fase, bepalen het gespreksonderwerp en nemen de belangrijke beslissingen. Als er een conflict ontstaat, worden verminderingstechnieken als middel van onderhandeling gebruikt. De keuzen van de arts en de instemming van de patiënt hiermee, geven een specifiek en een meer algemeen resultaat: behandeling van de huidige klacht respectievelijk adequate medische hulpverlening. Hoewel deze resultaten in overleg bereikt worden, zijn ze institutioneel afgedwongen en dus zowel een sociale als een micro-politieke voorstelling.

#### NIVEL

63

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (I): the problem.

British Medical Journal; 281, no.6244, 1980, p.845-847, lit.opgn.

Een reeks van artikelen over de laatste ontwikkelingen in het onderwijs op het gebied van communicatie. In het eerste artikel toont de schrijver aan dat het maken van fouten in de communicatie eigenlijk gemeengoed is. De meeste medische interviews zijn "doctor-centred", met een gesloten vraagstelling van de zijde van de arts. Maar een kwart deel van het medische interview kan als patiëntgericht aangeduid worden, met een open vraagstelling. Aan de hand van instructies kunnen door kleine veranderingen grote

verbeteringen teweeg gebracht worden. De belangrijkste klacht van patiënten is een gebrekkige communicatie en een onvriendelijke behandeling (57%).

NIVEL

64

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (II): the clinical interview.

British Medical Journal; 281, no.6245, 1980, p.931-933, lit.opgn.

Voor het interview zijn verschillende modellen. Byrne en Long maken een onderscheid in "patient-centred" en "doctor-centred". Het onderscheid wordt ook wel gemaakt door het medische gesprek met "history talking" en "interviewing" aan te duiden. Auteur gaat uit van het model "patient-centred" en de "interviewtechniek". Het interview houdt o.a. in: luisteren, aanmoedigen in welke situatie dan ook. Het artikel beschrijft interviewtechnieken aan de hand van een publikatie van Maguire en Rutten "Training medical students to communicate". Aandacht aan deze vorm van het medische gesprek zou binnen de medische opleiding moeten groeien. Een van de beste middelen om de vaardigheden van studenten te verbeteren blijkt video-tape recording te zijn.

NIVEL

65

GORLIN, R., H.D. ZUCKER.

Physicians reactions to patients: a key to teaching humanistic medicine.

New England Journal of Medicine; 308, no.18, 1983, p.1059-1063, lit.opgn.

Er is iets misgegaan in de medische praktijk. Het is ironisch dat, in deze tijd van technische bekwaamheid en snelle biomedische vooruitgang, patiënt en arts zich in toenemende mate door elkaar afgewezen voelen. Het is duidelijk dat een van de oorzaken in de arts-patiënt relatie ligt. Hoge technologische

kennis brengt de neiging met zich mee de zorg te dehumaniseren. Desalniettemin ligt de verantwoordelijkheid voor de onbevredigende situatie in de moderne medische zorg niet alleen bij de patiënt en het systeem, maar ook bij de arts.

Dit artikel bespreekt hoe sommige typische moeilijkheden die in de arts-patiënt relatie ontstaan zijn gekoppeld aan de emotionele responsen van de arts en beschrijft dan een programma voor humanistische geneeskunde dat op gang werd gebracht door het Mount Sinai School of Medicine's Department of Medicine in juli 1979.

NIVEL

66

GRAAF, N. DE.

Huisarts-patiënt: twintig jaar ontwikkeling.

Medisch Contact; 41, no.40, 1986, p.1291-1292.

In dit artikel beschouwt de auteur de ontwikkelingen binnen de LHV, waarbij hij zich toespitst op de relatie huisarts-patiënt. Er wordt ingegaan op de autoriteit van de huisarts en de rechten van de patiënt. De arts heeft niet alleen hulpverlenende, doch ook dienstverlenende taken.

NIVEL

67

GROL, R., H. MOKKINK, A. SMITS, J. VAN EIJK, M. BEEK, P. MESKER, J. MESKER-NIESTEN.

Beleving huisartsen werk en zorg voor de patiënt.

Medisch Contact; 39, no.44, 1984, p.1411-1413, lit.opgn.

Hoe reageren huisartsen op de eisen die hun werk hun stelt? Aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut vermoedde men een samenhang tussen de beleving van het werk als huisarts en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Die samenhang is men gaan onderzoeken. Het blijkt dat veel prettige en tevreden gevoelens samengaan met een meer openstaan

voor patiënten en meer aandacht voor de psychosociale aspecten van klachten, maar ook met een groter aantal verwijzingen. Het blijkt verder dat veel negatieve gevoelens over het werk samengaan met veel voorschrijven en weinig informatie geven aan patiënten. Wat is oorzaak, wat gevolg?

NIVEL

68

GROOT, B. DE.

Geen luisteren zonder vragen.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 40, no.5, 1985, p.282-288, lit.opgn.

In een eerder artikel in dit tijdschrift gaven Bensing en Sluys (1984) de resultaten van een experimentele training in arts-patiënt communicatie voor huisartsen die gebaseerd was op de Rogeriaanse theorie. In hun evaluatie van deze training concludeerden de auteurs dat "verrassend genoeg het resultaat van het consult helemaal niet veranderde: de artsen luisterden met empathie, maar de patiënten spraken niet meer over hun problemen". In dit artikel is de validiteit van het theoretische kader dat door Bensing en Sluys is opgesteld en de relatie hiervan tot de methoden die ze gebruikten onderzocht. Als uitgangspunt is genomen dat het vruchtbaar kan zijn het consult van huisartsen op te vatten als een (medisch) probleemoplossend proces met de gefaseerde structuur die daaraan inherent is. De Rogeriaans georiënteerde training van huisartsen die doelt op het exploreren door de arts van de mogelijke psychosociale problemen van patiënten moet zijn basis vinden in het proces van probleemoplossen dat hierboven genoemd is. Enkele aspecten van dit ingewikkelde interactie-proces worden bekeken.

NIVEL

69

HAYR, A.

Patient-Arzt im Zeitalter der technisierten Medizin.

Der Praktische Arzt; 22, no.5, 1985, p.226-230,232,234.



De medische technologie heeft vele voordelen, maar brengt tevens gevaren met zich mee wat betreft de kwaliteit van de zorg, in die zin, dat er een vervreemdingseffect kan optreden in de relatie arts-patiënt. De arts dient te beschikken over drie eigenschappen: kennis, kundigheid en invoelingsvermogen. De laatste is moeilijk meetbaar. Er zijn drie rolpatronen mogelijk binnen de schaal van dominantie van de arts tot een partnership met de patiënt. Binnen de relatie arts-patiënt is de communicatie een belangrijk aspect: zowel nonverbale, als verbale communicatie. De arts dient in te spelen op de houding van de patiënt, en in te spelen op de situatie waardoor het gesprek effectief kan zijn.

NIVEL

70

HEATON, P.B.

Negotiation as an integral part of the physician's clinical reasoning.

Journal of Family Practice; 13, no.6, 1981, p.845-848, lit.opgn.

De wijze waarop artsen met patiënten communiceren heeft nog te weinig aandacht gehad, zo meent de schrijver van het artikel. In het artikel staat de onderhandeling centraal. Onderhandelen onderstreept de gelijkwaardigheid tussen arts en patiënt en de noodzaak om tot overeenstemming te komen over de klacht en de behandeling van de klacht. Dit laatste is zeer belangrijk voor het succes van de behandeling. Patiënten kunnen direct en indirect onderhandelen. De mogelijkheid om te onderhandelen is het sterkst aanwezig bij patiënten binnen de ambulante zorg, in tegenstelling tot patiënten die traditionele universiteitscentra bezoeken.

(NIVEL); BIJL

71

HELL, R. VAN DER.

De methode Balint: studie van de arts-patiëntrelatie ook voor medische studenten.

Medisch Contact; 38, no.33, 1983, p.1028-1030.

Een rapportage van een "Balint-treffen" in Ascona. Het centrale thema tijdens dit treffen was: "Angst van de patiënt - angst van de dokter". Via reflectie na expositie is het mogelijk tot reformatie en progressie van het medisch handelen te komen. De "Balint-methode" kan behulpzaam zijn door zelfbenadering van problemen in de arts-patiënt relatie te verhelderen. Effect en rendement van het medisch handelen kunnen hierdoor worden vergroot.

NIVEL

72

HENNING, H.

Niedergelassener Arzt und klientenzentrierte Methode.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 57, no.4, 1981, p.1109-1111.

De gevestigde arts, die geen psychotherapeut is, heeft een methode nodig om beter en meer hulp biedend om te kunnen gaan met "probleempatiënten". De "patient-centered" methode van Carl Rogers kan ook in het arts-patiënt gesprek en bij korte therapieën gebruikt worden als het erom gaat de patiënt te helpen met het oplossen van actuele conflicten. Daarom is de methode geschikt voor gebruik in de artspraktijk.

NIVEL

73

HERMAN, J.M.

The use of patients' preferences in family practice.

Journal of Family Practice; 20, no.2, 1985, p.153-156, lit.opgn.

Het gebruik van de voorkeuren van patiënten stelt arts en patiënt in staat de verantwoordelijkheid voor het maken van beslissingen te delen. Het gebruik van deze voorkeuren is vooral geschikt als er diagnostische onzekerheid heerst of als er verschillende behandelingsmogelijkheden zijn. Als voorkeuren gebruikt worden, worden artsen gevoelig voor details van de leefsituatie van de individuele patiënten, die hun ziekte en de reactie op ziekten beïnvloedt. De voorkeuren van patiënten kunnen bepaald zijn door de wijze van informatie-overdracht door de arts en door recente ervaringen in hun eigen leven of dat van hun naasten. Voor het effectief maken van beslissingen moeten zowel de arts als de patiënt zich gemakkelijk voelen met de mate van verantwoordelijkheid bij het nemen van beslissingen.

NIVEL

74

HOFSTEDÉ, H., M. SCAVENIUS.

De spanning tussen betrokkenheid en distantie in arts-patiënt gesprekken.

Metamedica; 61, no.10, 1982, p.351-359, lit.opgn.

In arts-patiënt gesprekken heerst een bepaald spanningsveld tussen het verhaal van de patiënt en het verhaal van de arts. De patiënt merkt dat een aantal punten van zijn verhaal minder belangrijk wordt of verloren lijkt te gaan. De arts merkt hoe moeilijk het is het verhaal van de patiënt te "vertalen" op een manier die voor beiden bevredigend is en waarin de rol van de arts ook duidelijk is geworden. Dit artikel beschouwt deze spanning nader, om daarmee meer greep te krijgen op de moeilijkheden die artsen en patiënten in hun ontmoeting kunnen ondervinden. De begrippen betrokkenheid en distantie kunnen daarbij een centrale rol spelen, als bruikbaar kader voor de gespreksanalyse. De eenvoudige tweedeling "de patiënt is betrokkene" en "de arts heeft distantie" is een te simpele weergave van dit spanningsveld. Dit artikel is geen stellingname in de trant van "de arts moet meer betrokken zijn", maar

analyseert de spanning tussen betrokkenheid en distantie als een factor die persoonlijke kwaliteiten en bepaaldheden in arts-patiënt gesprekken overstijgt.

NIVEL

75

KATON, W., A. KLEINMAN.

Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care.

In: L. Eisenberg, A. Kleinman. The relevance of social science for medicine.

Dordrecht etc.: Reidel Publ. Cy., 1980. p.253-279, lit.opgn.

Dit hoofdstuk heeft als doel om een overzicht te geven van klinische gedragswetenschappelijke benaderingen die praktisch toepasbaar zijn voor artsen. Ze zijn ontworpen om psychosociale problemen bij ziekte te helpen behandelen voorzover dat niet mogelijk is binnen het biomedische model dat gangbaar is binnen de praktijk. Aan de hand van voorbeelden wordt getoond hoe belangrijk het geboden perspectief is. De auteurs hopen op deze wijze een bijdrage te leveren tot de ontwikkeling van een "biopsychosociale benadering", welke zowel de biomedische, als de psychiatrische als de gedragswetenschappelijke kant inhoudt.

BIJL; (NIVEL)

76

KING, J.C., R.P. LAGRONE, S.F. MILLER.

The patient and physician in partnership: a thought experiment.

Southern Medical Journal; 77, no.3, 1984, p.360-366.

AB

77

KLIMM, H.D.

Das ärztliche Gespräch: keine Luxus sondern Notwendigkeit.

Der Praktische Arzt; 23, no.9, 1986, p.22,25-26.

Pleidooi voor een betere communicatie tussen arts en patiënt. De verschillende typen gesprekken worden nader beschreven (formele, psychologische, begrijpende, autoritaire en analytische gesprekken). Vervolgens worden er suggesties gedaan voor het voeren van het juiste gesprek in de praktijk. Geconcludeerd wordt dat een gesprek geen luxe is maar een noodzaak voor een goede begeleiding en genezing van de patiënt.

NIVEL

78

KOCKEN, E., K. VAN TIL.

Gespreksvoering huisartsen gesystematiseerd.

Medisch Contact; 36, no.12, 1981, p.341-345, lit.opgn.

Op grond van de kenmerken van zijn functie en de eisen die aan zijn functioneren moeten worden gesteld komt de huisarts niet uit met het hanteren van slechts 1 gespreksmodel en zijn persoonlijke variatie daarop. Het is nodig dat hij leert omgaan met meer gespreksmodellen: het diagnose-receptmodel, het open-luistermodel en het wederkerigheidsmodel. Bijgaand reiken de auteurs een denkkader aan waarin meer modellen een plaats hebben gekregen. Zij gaan daarbij uit van de functie die de huisarts als werker in de eerste lijn van de gezondheidszorg vervult. Zinvol voor de (na)scholing, al dan niet in eigen beheer, met voorbeelden uit eigen praktijk.

NIVEL

79

KORSCH, B.M.

What do patients and parents want to know? What do they need to know?.

Pediatrics; 74, no.5 pt 2, 1984, p.917-919, lit.opn.

Voorlichting is van belang om de patiënt te stimuleren tot therapietrouw. Wanneer echter de informatiestroom bestaat uit een eenrichtingsverkeer van arts naar patiënt, dan is het effect van voorlichting niet groot. Het proces van patiëntenvoorlichting

moet gezien worden als een dialoog, als een "joint venture", waarbij de patiënt mede bepaalt welke informatie van belang is. De arts dient niet alleen rekening te houden met wat de patiënt nodig heeft, maar ook met de wensen van de patiënt. De arts moet uit zien te vinden welke informatie bij welke situatie gegeven moet worden. Angst kan binnen de informatie-overdracht blokkerend werken. Om dit te voorkomen kan de arts het gesprek voeren uitgaande van een "therapeutic alliance".

Een goede tactiek is om het taalgebruik aan te passen aan het begrip van de patiënt. De boodschap moet helder en exact worden overgebracht. Ook de timing is van groot belang: vertel de boodschap wanneer de patiënt daaraan toe is. De graad van gedetailleerdheid is afhankelijk van de wensen van de individuele patiënt. Uitgangspunt is dat de arts open moet staan en altijd bereid moet zijn om die informatie te geven die nodig is en waarnaar gevraagd wordt.

(NIVEL); WKZ

80

KUSHNER, TH.

Doctor-patient relationships in general practice - a different model.

Journal of Medical Ethics; 7, no.3, 1981, p.128-131, lit.opgn.

Zelfs bij een vluchtige beschouwing van de arts-patiënt relatie kunnen de filosofische aspecten niet achterwege blijven. Er zijn twee mogelijkheden om deze relatie te beschouwen; de teleologische (resultaat) benadering versus de deontologische (proces) benadering. Traditioneel wordt het klinische model gebruikt, dat de arts-patiënt relatie in teleologische termen beziet. De hedendaagse algemene praktijk vraagt echter om herwaardering van deze relatie en een nieuw model. Dit zogenaamde relationele model wordt in dit artikel door de auteur gekarakteriseerd. Ook het klinische model komt nog

aan de orde, waarbij uitgelegd wordt waarom het tekort schiet.

NIVEL

81

LAMBERTS, H.

Het huis van de huisarts, nu en straks.

Huisarts en Wetenschap; 28, no.3, 1985, p.82-93.

Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1985. 21p.

R 2380

Na een korte beschrijving van de huisartsgeneeskunde wordt ingegaan op de positie van de huisarts. Behandeld wordt het huisartsgeneeskundig handelen, met aandacht voor zes belangrijke vormen hiervan (bij chronische ziekten; bij probleemgedrag; bij veel voorkomende ziekten; defensief handelen; verwijzen naar een specialist; bij interdoktervariantie). Voorts komt aan de orde de manier waarop huisarts en patiënt met elkaar omgaan (de aspecten tijd, gezin, valutaverkeer, contract, machteloosheid en onbegrip). Als derde dimensie wordt de "transitie" aan de orde gesteld, d.w.z. de overgangen -vooral op individueel niveau- van gezondheidsproblemen voor, tijdens en na de zorg. Hierbij gaat het om de ontwikkeling van de klachten en het oorspronkelijk probleem van de patiënt in de tijd.

Met name onder het kopje "valutaverkeer" gaat de auteur in op het contact tussen arts en patiënt, waarbij een uitwisseling van wensen en waarden plaatsvindt. Door over en weer de waarden vast te stellen, wordt het valutaverkeer mogelijk gemaakt. Over de vraag die achter de hulpvraag zit is in Nederland veel gedacht. Het is een synoniem voor de opvatting dat wat de patiënt tegen de huisarts zegt, veelal als een metafoor moet worden gezien. Het frappeert de schrijver dat de goede gesprekken juist de gewone gesprekken zijn. Hij pleit ervoor dat de conversatiekant van het valutaverkeer tussen huisarts en patiënt meer in het voetlicht komt. Met name, welke prikkels werken in de praktijk om het

gesprek in goede banen te leiden, zonder dat daarbij alle stuurfenomenen op een probleemgerichte bodem worden onderzocht. En als er dan toch onduidelijkheden of interpretatieproblemen overblijven, waarom vraagt de huisarts daar niet rechttoe-rechtaan naar? Het gesprek is een vorm van onderhandelen, van valutaverkeer over en weer, waarbij vooral door het feit dat de arts en patiënt elkaar al lang kennen de conversatie soms het karakter krijgt van een gesprek.

NIVEL

82

LANG, G., H. VAN DER MOLEN.

Psychologische gespreksvoering: een basis voor hulpverlening.

Baarn: Nelissen, 1984. 172p., lit.opgn.

B 1123

Wie doelgericht en op professionele wijze anderen helpen wil, heeft behoefte aan theoretische kennis over het functioneren van mensen. De auteurs willen met dit boek het inzicht vergroten in de theorieën die de hulpverlener houvast bieden bij zijn handelen en een overzicht geven van de concrete vaardigheden die nodig zijn voor het voeren van een hulpverleningsgesprek. Na de bespreking van de algemene houding t.o.v. de cliënt belichten zij aspecten uit de cliënt-gerichte, de cognitief-psychologische en sociaal-leertheoretische opvattingen. Vervolgens bespreken zij vier rollen voor de hulpverlener: vertrouwensfiguur, meedeelzame detective, docent en coach. Deze rollen worden verbonden door ze te plaatsen in een gespreksmodel met drie fasen: probleemverheldering, probleemnuancering en probleembehandeling. Deze fasen worden in de laatste drie hoofdstukken apart besproken met nadruk op de voor elke fase kenmerkende strategieën en vaardigheden.

NIVEL



LINN, L.S., M.R. DIMATTEO.

Humor and other communication preferences in physician-patient encounters.

Medical Care; 21, no.12, 1983, p.1223-1231, lit.opgn.

In het licht van recent onderzoek dat het belang van communicatie in de gezondheidszorg benadrukt, is een methode ontwikkeld om voorkeuren in communicatiestijl te meten. De betrouwbare en valide meting bestaat uit zes scenario's die arts-patiënt gesprekken voorstellen, elk gevolgd door vier mogelijke verbale reacties van de arts. De vier reacties die vier communicatiestijlen voorstellen (humor, vijandigheid, geruststelling en neutraliteit), zijn geordend naar voorkeur van de ondervraagden. Zowel bij artsen als patiënten werd geruststelling het meest gewaardeerd, gevolgd door neutraliteit, humor en vijandigheid. De gebruiksmogelijkheden van de methode worden genoemd.

NIVEL

LITTLE, S.

Consumerism in the doctor-patient relationship.

Journal of Medical Ethics; 7, no.4, 1981, p.187-190, lit.opgn.

De auteur is het eens met de ideeën van I. Kennedy, die de patiënt als consument beschouwt. De medische hulpverlening is vaak inadequaat, hetgeen opgelost kan worden door een meer gelijkwaardige positie tussen arts en patiënt in de vorm van een "partnership", waarin de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de consument behouden blijft. Dit kan onder meer door patiëntenparticipatiegroepen gerealiseerd worden.

NIVEL

85

LOOS, J.C.

Over toewending gesproken: toewending in de arts-patiënt relatie.

Metamedica; 59, no.5, 1980, p.112-116.

In deze bijdrage over het begrip toewending zal de centrale aandacht worden gericht op de realisering daarvan in de arts-patiënt relatie. Voor een goed inzicht is het gewenst het concrete toepassingsgebied te beschouwen tegen de achtergrond van de patiënt-gerichte geneeskunde en van de arts-patiënt relatie in het algemeen.

NIVEL

86

MCCRACKEN, E.C., M.A. STEWART, J.B. BROWN, I.R. MCWHINNEY.

Patient-centred care: the family practice model.

Canadian Family Physician; 29, dec. 1983, p.2313-2316, lit.opgn.

Het leeuwenaandeel in de huisartspraktijk, gevormd door het consult, is voor alle huisartsen hetzelfde, of ze nu in steden of op het platteland hun praktijk uitoefenen. Er is nog geen model voor dit huisartsconsult, vandaar dat er een grote variatie is aan curricula voor assistenten. Deze vinden dat hun docenten elkaar tegenspreken. Dit artikel stelt voor dat assistenten onderwijs krijgen volgens een consultatiemethode die de patiënt centraal stelt en dat praktiserende artsen deze methode in praktijk toepassen. Volgens deze methode probeert de arts te begrijpen hoe de patiënt zijn ziekte interpreteert en leert hij de relatie tussen ziekte en organische afwijking te leggen. Twee ziektegeschiedenissen illustreren hoe dit gedaan kan worden door het stellen van open vragen en het maken van opmerkingen die de patiënt bemoedigen zijn gevoelens te uiten.

NIVEL

MARTENS, F.

Arts en patiënte: de deskundige versus leek?: ervaringen uit de vrouwenpraktijk Aletta.

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek; 3, no.4, 1985, p.33-36,55, lit.opgn.

Patiënten en artsen zijn het regelmatig oneens over de te volgen behandeling. Meestal interpreteert men deze meningsverschillen als een conflict tussen de alwetende deskundige en de nietswetende leek. Floor Martens, arts in de huisartspraktijk Aletta te Utrecht, benadert deze conflicten vanuit een geheel andere optiek. Ze stelt dat bij conflicten de scheidslijn niet vanzelfsprekend tussen de arts en de patiënt hoeft te lopen. Zo kunnen artsen en patiënten voor het verstrekken van progesteron bij een premenstrueel syndroom zijn, terwijl een andere groep artsen en patiënten deze behandelmethode volstrekt van de hand wijst. In het artikel illustreert de auteur deze optiek aan de hand van een drietal praktijksituaties. Ook binnen de vrouwenhulpverlening bestaan er verschillen van opvatting; de traditionele scheidslijn tussen arts en patiënt vervaagt.

NIVEL

MASON, C.

The production and effects of uncertainty with special reference to diabetes mellitus.

Social Science and Medicine; 21, no.12, p.1329-1334, lit.opgn.

91 Patiënten werden gedurende een jaar gevolgd. Allen leden zij aan diabetes mellitus. Patiënten zijn angstig bij onzekerheid over de aard van hun ziekte en over de mogelijkheid van zelfzorg. De "doctor-centred" stijl van de communicatie, welke door hulpverleners werd gehanteerd, resulteerde niet in een vermindering van de onzekerheden. Bij het

onderzoek is gebruik gemaakt van tape-recording en interviews.

NIVEL

89

MEULEN, A. VAN DER.

Over de communicatie tussen huisarts en patiënt.

Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociale Psychologie, 1981.

VU

90

MOORS, J.P.C.

Dokter en patiënt, ze hebben wat met elkaar.

Huisarts en Wetenschap; 24, no.11, 1981, p.448-453, lit.opgn.

In het artikel geeft Moors een persoonlijke visie op de huisarts-patiënt relatie. Moors gaat in op de taak van de huisarts, gespreksvoering met patiënten, de client-centered werkwijze e.d.

NIVEL

91

PILLAU, H.

Die patientorientierte Haltung des Arztes.

Der Praktische Arzt; 21, no.15, 1984, p.1168-1172.

Zelfs bij indicaties voor en zeker bij de uitvoering en interpretatie van elke medische maatregel, staat het belang van de patiënt voorop.

Een bepaalde attitude van de arts is noodzakelijk. Deze is gevormd door zijn karakter, zijn denkwijze, zijn houding en zijn morele waarden. Het is mogelijk regels op te stellen voor een produktieve benadering van de patiënt: allereerst beleefdheid in de omgang met de patiënt, dan gedragsregels hoe de arts zich moet gedragen t.o.v. de patiënt en aanbevelingen voor beide partijen in het wederzijdse contact.

NIVEL

PILOWSKY, I.

Disagreement between patient and doctor: implications for diagnosis and management.

Australian Family Physician; 9, no.8, 1980, p.580-584, lit.opgn.

Het hoofddoel van elk arts-patiënt gesprek is tot overeenstemming komen. Er is vooral behoefte aan overeenstemming of er al dan niet een ziekte aanwezig is, de aard en ernst van een ziekte en de meest geschikte behandelingswijze. Vaak wijkt de praktijk van dit ideaalbeeld af en is er onenigheid tussen arts en patiënt. Dit kan openlijk erkend worden of onder de oppervlakte blijven. In beide gevallen kan de onenigheid de doelen van het consult beïnvloeden. Het is vervelend voor arts en patiënt en vereist dus onderzoek en begrip. Het doel van dit artikel is de factoren waarmee rekening moet worden gehouden als arts en patiënt niet tot overeenstemming komen te bekijken en manieren te geven hoe men in dergelijke situaties kan handelen of om dergelijke situaties te voorkomen.

NIVEL

ROTER, D.L.

Patient question asking in physician-patient interaction.

Health Psychology; 3, no.5, 1984, p.395-409, lit.opgn.

Het stellen van vragen door de patiënt kan beschouwd worden, niet alleen als een methode om informatie te krijgen, maar ook als een mechanisme van de patiënt om te kunnen participeren binnen het medische gesprek. Als zodanig geeft het onderzoek inzicht in een bepaald aspect van het communicatieproces tussen arts en patiënt. Het onderzoek is een analyse van gegevens afkomstig van een experimenteel project om het stellen van vragen door de patiënt te stimuleren. Er werd gebruik gemaakt van twee onderzoeksgroepen. Routineconsulten werden vastgelegd op

video-tape en de vragen werden geanalyseerd op inhoud, vorm en aantal. Daarnaast is gekeken naar enkele interactionele variabelen. De uitkomsten werden gerelateerd aan de tevredenheid van de patiënt met de zorg. Het blijkt dat het project resultaat heeft gehad in die zin, dat tijdens routineconsulten meer directe vragen werden gesteld buiten het gangbare interactiepatroon. Binnen de twee onderzoeksgroepen is een verschil gevonden tussen de relatie "stellen van vragen" en "patiëntensatisfactie".

(NIVEL); BCU

ROTER, D.L.

Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance.

In: The sophe heritage collection of health education monographs: vol.2: the practice of health education.

California: Third Party Publishing company, 1982. p.194-230, lit.opgn.

R 413

Zie 93

94

SCHEINGOLD, L.

A Balint seminar in the family practice residency setting.

Journal of Family Practice; 10, no.2, 1980, p.267-270, lit.opgn.

Analyse van een seminar in de voetsporen van Balint. Centraal staat verandering van de attitude van de arts. De conclusie luidt dat bepaalde aspecten van psycho-analytische theorieën toepasbaar zijn om gedragswetenschappen te onderwijzen binnen de huisartsgeneeskunde.

NIVEL

SCHOUTEN, J.A.M.

Gezag en overleg: signaal en ruis.

Medisch Contact; 39, no.42, 1984, p.1360-1361.

Schouten sprak op het KNMG-ledencongres te Heerlen over de communicatie tussen arts en patiënt in het individuele contact tijdens spreekuur- en polikliniekconsult. In eerste instantie behandelde hij het verband tussen communicatie en het gezag van de arts, daarna het verband tussen communicatie en de efficiency van de medische zorg. In het tweede deel van zijn voordracht, getiteld "Signaal en ruis", deed hij aanbevelingen die kunnen leiden tot verbetering van de communicatie. Dit gedeelte gaat onder meer over het onderscheid tussen de "patient-centered" stijl en de "doctor-centered" stijl in het arts-patiënt gesprek.

NIVEL

SMITS, A., K. MOKKINK, R. GROU, J. VAN EIJK, M. BEEK, J. MESKER-NIESTEN, P. MESKER.

Spreekuurgedrag van huisartsen: de samenhang tussen de medisch technische en de psychosociale aspecten.

Huisarts en Wetenschap; 28, no.4, 1985, p.121-125, lit.opgn.

Binnen de huisartsen-beroepsgroep ontstaat geleidelijk een steeds duidelijker visie op het ideale verloop van een spreekuurcontact. Essentieel daarin is de nadruk die wordt gelegd op de inbreng van de patiënt en op diens eigen verantwoordelijkheid. De vraag rijst in hoeverre een dergelijke patiënt-gerichte werkwijze samengaat met een adequaat diagnostisch en therapeutisch beleid. Deze vraag vormde het uitgangspunt voor een analyse van 815 spreekuurcontacten van in totaal 57 huisartsen. De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is, dat huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt en hun

handelen meer expliciteren, ook adequater reageren op de naar voren gebrachte klachten.

NIVEL

97

SNOEK, F.J.

Onderhandelen met de patiënt.

Metamedica; 65, no.5, 1986, p.338-346, lit.opgn.

Bespreking van een aantal inzichten en richtlijnen die de arts van nut kunnen zijn bij zijn onderhandelingen met de patiënt. Dit tegen de achtergrond van het belang van actieve inbreng van de patiënt in de medische besluitvorming zowel op grond van humanitaire als economische overwegingen. Dit komt tot uitdrukking in de door Fischer ontwikkelde methode van het "princiëel onderhandelen", een methode die expliciet gericht is op het bereiken van verstandige resultaten op vriendschappelijke en efficiënte wijze. Hiermee wordt een sterk beroep gedaan op de communicatieve vaardigheden van de arts. Te overwegen is de training hierin onderdeel te doen uitmaken van het medisch curriculum. Een en ander past in de algemene tendens van verschuiving in sociale interacties van "bevelshuishouding" naar "onderhandelingshuishouding".

NIVEL

98

SPREEUWENBERG, C.

De patiënt als contra-subject in de medische relatie.

Metamedica; 60, no.3, 1981, p.125-135.

De relatie tussen arts en patiënt is de afgelopen jaren het onderwerp van studie en/of bezinning vanuit uiteenlopende disciplines geweest. Een van de huidige strijdpunten is de vraag of en in hoeverre de patiënt ten opzichte van de arts de positie van object dan wel subject mag innemen. Direct hiermee verband houdend kan men de vraag stellen naar de optimale mate van betrokkenheid en afstand tussen arts en patiënt voor het bereiken van de doeleinden



van de hulp door de arts. De auteur heeft zich laten inspireren door een onderzoek, door hemzelf en anderen verricht, naar de stervenshulp van de huisarts. In dit artikel wordt ingegaan op vragen over de positie van arts en patiënt als object dan wel subject in de medische relatie. In een volgend artikel willen de onderzoekers de consequenties van het door hen genomen standpunt voor de mate van distantie en instantie tussen arts en patiënt nagaan.

#### NIVEL

99

STEWART, M.A.

What is a successful doctor-patient interview?: a study of interactions and outcomes.

Social Science and Medicine; 19, no.2, 1984, p.167-175, lit.opgn.

Binnen de huisartsgeneeskunde is een patiënt-gericht model voor de benadering van patiënten in het consult ontwikkeld. In dit model zoekt de arts actief naar de gezichtspunten van de patiënt en stelt de patiënt in staat zichzelf uit te drukken. De patiënt kan dan vrij spreken en vragen stellen. Onderzocht is of patiënt-gerichte consulten gerelateerd zijn aan positieve consultresultaten. In 24 huisartspraktijken zijn 140 consulten van patiënten met zowel acute als chronische ziekten op geluidsband opgenomen. De consulten zijn geanalyseerd volgens de Bales Interaction Process Analysis. Tien dagen na het consult zijn de patiënten thuis onderzocht om hun satisfactie en compliantie te bepalen en om hun pillen te tellen. Er bestaat inderdaad een positieve relatie tussen een patiënt-gerichte benadering in een consult en de positieve resultaten van dat consult. Nader onderzoek naar het effect van een patiënt-gericht consult op het uiteindelijke doel van het consult, namelijk de gezondheid van de patiënt en een analyse van de volgorde en timing van de gedragingen van de arts kan in de toekomst uitgevoerd worden.

#### NIVEL

THOMASSEN, J.F.M., D. DE NOOD.

Communicatie en compliantie: een mini-experiment in een huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.10, 1983, p.376-380, lit.opgn.

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met klachten waarbij de therapeutische mogelijkheden zijn beperkt tot medicatie die uitsluitend de last, pijn of hinder bij de patiënt kan helpen verminderen. In die gevallen kan de beslissing om wel of geen medicatie te geven, worden gezien als de uitkomst van een proces van individuele besluitvorming van de arts (voorschrift), of van een proces van gemeenschappelijke besluitvorming waarbij ook de patiënt een duidelijke inbreng heeft (overleg). In deze bijdrage wordt onderzocht welke implicaties deze twee hulpverleningsmodellen hebben voor de compliantie van de patiënt.

#### NIVEL

THOMASSEN, J.F.M., F.J.M. WOLTRING.

Patiënt en huisarts in gesprek: een analyse van de inhoud en het communicatieve verloop van consulten over nieuwe klachten.

Huisarts en Wetenschap; 25, no.12, 1982, p.470-479, lit.opgn.

Het spreekuurcontact kan beschouwd worden als het knooppunt van enerzijds de beleving van ziekte en gezondheid door de patiënt en anderzijds het medisch kennissysteem van de arts. Uitgaande van de vraag hoe deze schakel tussen patiënt en huisarts tot stand komt, geven de auteurs een beschrijving van de inhoud en het communicatieve verloop van spreekuurgesprekken over nieuwe klachten. De gespreksinhoud wordt geanalyseerd aan de hand van een achttal klachtaspecten, terwijl het communicatieve verloop wordt onderzocht met behulp van een reactief gespreksmodel.

Uit de analyse van spreekuurgesprekken van 16 huisartsen blijkt, dat in het algemeen niet de patiënt, maar de dokter een overwegende invloed heeft op de gespreksinhoud en het communicatieve verloop van het consult, dat het gesprek grotendeels gaat over diagnostische/therapeutische aspecten van de klacht, en dat de gespreksonderwerpen meer de medisch-professionele aandacht van de dokter weerspiegelen dan de drijfveren en emoties van de patiënt.

NIVEL

102

VANDERPOOL, H.Y., G.B. WEISS.

Patient truthfulness: a test of models of the physician-patient relationship.

Journal of Medicine and Philosophy; 9, no.4, 1984, p.353-372, lit.opgn.

Weinig aandacht is besteed aan het vertellen van de waarheid door de patiënt. In het artikel worden twee modellen "arts-patiënt relatie" getoetst, t.w. het "paternalistische" en het "agency-model". Binnen het kader van de normen die binnen deze modellen spelen wordt de waarheidsgetrouwheid van patiënten geplaatst in de informatie-overdracht tussen arts en patiënt. Het blijkt dat het "agency-model" minder verklaart dan het "paternalistische" model.

NIVEL

103

VERHAAK, P.F.M.

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen.

Utrecht: NIVEL, 1986. 257p., lit.opgn.

B 19

Huisartsen verschillen onderling sterk in de wijze waarop zij klachten van patiënten interpreteren. In dit proefschrift zijn de achtergronden en consequenties van deze verschillen onderzocht. Daartoe is een analyse gemaakt van 1500 spreekuurconsulten, waarbij

inderdaad de verwachte grote verschillen in interpretatie aan het licht komen. De manier waarop de arts communiceert speelt hierbij een belangrijke rol. Huisartsen die meer psychische aspecten van klachten onderkennen en behandelen blijken artsen te zijn die relatief meer interesse tonen, de hulpvraag verhelderen, de patiënt mee laten denken en actief zoeken naar andere aspecten dan die welke door de patiënt zelf naar voren worden gebracht. Ook opvattingen van de arts over ziekte en gezondheid spelen een rol. De vraag of de arts psychische problemen in het consult ter sprake brengt, hangt, behalve van zijn interpretatie van de klacht, ook van een aantal randvoorwaarden af (bv. kleinere praktijk geeft meer tijd voor consulten, samenwerking met maatschappelijk werk en GGZ, etc.). Nascholing en taakopvatting blijken geen invloed van betekenis te hebben.

#### NIVEL

104

VERHAAK, P.F.M.

Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen.

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, no.11, 1984, p.450-454, lit.opgn.

In het artikel wordt nagegaan of artsen die verschillen in mate van samenwerking (solist-monodisciplinair samenwerkend-multidisciplinair samenwerkend), in praktijkgrootte, in gemiddelde consultduur, of in overlegfrequentie met andere disciplines, ook verschillen in opvattingen en normen. In een aantal opzichten blijkt dit het geval te zijn: artsen in een gezondheidscentrum en in kleine praktijken hebben in een aantal opzichten meer huisartsgeneeskundige opvattingen. Artsen die veel tijd voor hun patiënten reserveren, zijn van mening dat ze hun patiënten meer inbreng moeten gunnen. De gevonden effecten bleven bestaan na contrôle voor de intercorrelatie tussen de structurele variabelen en voor de invloed van leeftijd van de arts.

#### NIVEL

### 3. COMMUNICATIEVAARDIGHEDEN

#### 3.1 ALGEMEEN

105

APLEY, V.

Communicating with children.

British Medical Journal; 281, no.6248, 1980, p.1116-1117

Het artikel gaat in op aspecten van communicatie (vaardigheden) die besproken zijn in het boek van R. MacKeith "The child and his symptoms". De auteur bespeurt een opvallende stap in de goede richting als de arts zich tijdens het gesprek met de patiënt (kind) realiseert dat ook het kind analyseert en de arts opneemt. In het artikel wordt aandacht besteed aan het gedrag van de arts; zowel aan het nonverbale als het verbale gedrag. Doel van communicatie is om een goede diagnose op te stellen en om de patiënt gerust te stellen. In het artikel worden enkele praktische tips gegeven.

NIVEL

106

BARNARD, D.

Communications skills and moral principles in health care: aspects of their relationship and implications for professional education.

Patient Education and Counseling; 8, no.4, 1986, p.349-358, lit.opgn.

Ondanks de relatie tussen ethische principes in de gezondheidszorg en effectieve communicatieve vaardigheden hebben de ontwikkelingen op deze gebieden zich betrekkelijk geïsoleerd voltrokken. Gevolg hiervan is dat in de opleiding vooral abstracte ethische beginselen aan de orde komen zonder dat de implicaties voor de medische praktijk doorzien worden en dat communicatieve vaardigheden vaak een

ethische basis ontberen. Enkele recente publikaties doen meer recht aan de relatie tussen beide: een "Ethics Manual" van de American College of Physicians en het rapport "Basis Curricular Goals in Medical Ethics" (Culver e.a., 1985). Ingegaan wordt op een aantal ethische principes: "beneficence" als "doing good", "non-maleficence" als "avoiding harm", respect voor personen en rechtvaardigheid. Doel is te komen tot een kader voor verder onderzoek naar de relatie tussen beide terreinen, theoretisch en klinisch. Problemen en mogelijkheden in de opleiding worden besproken.

#### NIVEL

107

BENSING, J., E. SLUYS

Leren luisteren, maar wat dan?: evaluatie van een gesprekst raining voor huisartsen.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 39, no.5, 1984, p.265-280, lit.opgn.

Dit artikel beschrijft de evaluatie van een experimentele training voor huisartsen in communicatie tussen arts en patiënt. De training is gebaseerd op de Rogeriaanse theorie en aangepast aan de specifieke situatie van de huisarts. Het belangrijkste begrip van deze theorie is het idee van "onvoorwaardelijke positieve aandacht". Er werd verwacht dat artsen hun communicatie-gedrag zouden veranderen en dat tengevolge daarvan patiënten meer over hun psychosociale problemen zouden spreken. De training beperkte zich tot het diagnostische proces. Er werden geen therapeutische interventies onderwezen. De effecten van de training zijn gemeten door videobanden van live arts-patiëntconsulten van voor de training en drie maanden na de training met elkaar te vergelijken. Het belangrijkste resultaat van dit onderzoek was de verandering van het gedrag van de arts in de verwachte richting, terwijl verrassend genoeg het resultaat van de consulten niet veranderde: de artsen luisterden met empathie, maar de patiënten spraken niet meer over hun problemen. Ruimte

geven aan de patiënt is niet voldoende om ze te bewegen tot het bespreken van persoonlijke problemen met hun arts.

NIVEL

108

BREMER, J.J.C.B.

Patient-doctor communication: an evaluation of a new trainingdiscourse.

Huisarts en Wetenschap; 23, no.8, 1980, p.321-324, lit.opgn.

Verslag wordt uitgebracht van de programma-evaluatie van een training in patiënt-arts communicatie (PAC-cursus Roche) die in 1978 en 1979 door ruim 10% van de Nederlandse huisartsen werd gevolgd. In deze tweedaagse cursus met een follow-up van een dag na een half jaar staat centraal de bewustwording en de vaardigheidstraining ten aanzien van:

- waarneming van nonverbaal en verbaal gedrag van patiënten
- zelfobservatie van de arts in zijn contact met patiënten
- exploratie van interventiemogelijkheden.

De gegevens hebben betrekking op 47 cursussen met 546 deelnemers; deze deelnemers waren uitgesproken positief in hun waardering voor de cursus als geheel en voor de sfeer. Ook het rendement van de gestructureerde training in nonverbale observatie van de patiënt, de zelfobservatie van de arts, het gebruik van het cursusboek en het oefenen met casuïstiek op videobanden werd positief gewaardeerd. Bij de beantwoording van enkele open vragen werd de behoefte geuit aan "meer van hetzelfde" en aan uitbreiding van de oefenmogelijkheden.

NIVEL

109

BUCHSBAUM, D.G.

Reassurance reconsidered.

Social Science and Medicine; 23, no.4, 1986, p.423-427, lit.opgn.

In het artikel wordt het proces van geruststelling als therapeutische interventie in klinische setting beschouwd. Geruststelling is niet alleen van belang bij patiënten met voorbijgaande benigne ziekten, maar ook bij patiënten met chronische en progressieve aandoeningen. Geruststelling heeft als doel de angst van de patiënt te verlichten en diens gevoel van autonomie en vertrouwen in zichzelf en de toekomst te herstellen. De arts moet de betekenis van de ziekte voor de patiënt en diens informatiebehoefte bepalen en aan de hand daarvan zijn boodschap eenduidig en met empathie overbrengen. Enkele arts-patiënt gesprekken verduidelijken de communicatieve aspecten van het geruststellingsproces.

NIVEL

CALNAN, J.

Talking with patients: a guide to good practice.

London: William Heinemann Medical Books, 1983. 151p., lit.opgn.

B 1075

Idem no.7

DIECKMANN, G.

Mit Kranken reden: die Bedeutung des Gesprächs in der ärztlichen Praxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 58, no.3, 1982, p.146-149, lit.opgn.

Idem no.9

110

DIMATTEO, M.R., D.D. DINICOLA.

Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation.

Medical Care; 19, no.8, 1981, p.829-839, lit.opgn.



De technische en communicatieve vaardigheden van arts-assistenten uit vier groepen zijn onderzocht met behulp van subjectieve evaluatie van deze vaardigheden vanuit vier verschillende bronnen, t.w. begeleidende artsen, patiënten, collega-assistenten en de assistenten zelf. De arts-assistenten werkten in de interne geneeskunde, de huisartsgeneeskunde of algemene heelkunde. De beoordelingen vanuit de vier bronnen waren onafhankelijk van elkaar, en geven dus relatief afgescheiden metingen van de vaardigheden van de artsen. De implicaties van deze vindingen voor de medische zorg, medische opleiding en het medisch onderzoek worden beschouwd.

NIVEL

EVANS, D.A., M.R. BLOCK, E.R. STEINBERG, A.M. PENROSE. Frames and heuristics in doctor-patient discourse. Social Science and Medicine; 22, no.10, 1986, p.1027-1034, lit.opgn.

Idem no.59

111

FALVO, D.R., J. KAY SMITH. Assessing residents' behavioral science skills: patients' views of physician-patient interaction. Journal of Family Practice; 17, no.3, 1983, p.479-483, lit.opgn.

Hoewel de communicatieve vaardigheden binnen de arts-patiënt relatie belangrijk zijn in de gedragswetenschappelijke training van assistenten, zijn deze vaardigheden moeilijk te definiëren en te evalueren. Evaluatie door middel van directe observatie door de docenten mist het perspectief van de patiënt. Schaalverdelingen die zijn ontwikkeld om de opvattingen van de patiënt te bepalen zijn over het algemeen gebaseerd op datgene wat de onderzoekers belangrijk vinden in de arts-patiënt relatie. Dit onderzoek is opgezet om het gedrag van artsen dat de patiënten belangrijk vinden te bepalen en om een

betrouwbare schaal te ontwikkelen waarmee de vaardigheden van artsen op dit gebied bepaald kunnen worden. Factoren die belangrijk werden geacht door patiënten zijn: informatie over onderzoek, diagnose en behandeling, met respect door de arts behandeld worden, luisteren door de arts naar hun zorgen en inachtneming van hun individuele behoeften als er een behandeling voorgeschreven wordt. Een betrouwbare en valide vragenlijst is ontwikkeld om de vaardigheden van assistenten op dit gebied te bepalen.

NIVEL

112

FISHER, S. A. DUNDAS TODD (eds.).

The social organization of doctor-patient communication.

Washington: Center for Applied Linguistics, 1983. 269p., afbn.

B 1312

De sociale factoren die van belang zijn in het contact tussen arts en patiënt worden in dit boek uitgebreid besproken. Aan de orde komen bv. gespreksvoering, gebaren, oogcontact, taalgebruik en informatie-overdracht.

NIVEL

113

HEATH, C.

Participation in the medical consultation: the coordination of verbal and nonverbal behavior between the doctor and patient.

Sociology of Health and Illness; 6, no.3, 1984, p.311-338, lit.opgn.

Het artikel behandelt de coördinatie van het verbale en nonverbale gedrag bij de arts en de patiënt tijdens het consult. Het onderzoekt de relatie tussen het spreken van de patiënt en het nonverbale gedrag van de arts en demonstreert hoe de richting

van de blik van de arts een cruciale rol speelt in het zich uiten van de patiënt. Door consulten te analyseren in de context van de eerstelijnsgezondheidszorg, laat het onderzoek zien hoe patiënten, of meer in het algemeen gesproken, sprekers, gebruik maken van gebarentaal om de aandacht op zich te vestigen. Participanten houden een situatie van wederzijdse beïnvloeding in stand en geven met hun gedrag kracht aan hun participatie binnen sociale interactie.

(NIVEL); BIJL

114

HERBERT, C.P., G.D. GRAMS.

Working with the difficult patient: an approach for family physicians.

Canadian Family Physician; 32, sept. 1986, p.1899-1905, lit.opgn.

Patiënten die emotionele reacties oproepen bij de huisarts krijgen het etiket "moeilijk" opgeplakt. De moeilijke patiënt kan iemand zijn die op elk voorstel zegt: "ja, maar..." of iemand die verlangt dat de dokter onnodig iets voorschrijft. Als zo'n interactie optreedt, kan de huisarts ergernis, frustratie en vaak boosheid verwachten en de gevolgen zijn waarschijnlijk onbevredigend voor zowel de arts als de patiënt. Dit artikel beschrijft een benadering die de arts helpt te beslissen wat hij feitelijk moet zeggen of doen in antwoord op een moeilijke patiënt, vooral in het tijdsbestek van het korte praktijkbezoek. Voorbeelden worden gegeven.

NIVEL

KLIMM, H.D.

Das ärztliche Gespräch: keine Luxus sondern Notwendigkeit.

Der Praktische Arzt; 23, no.9, 1986, p.22,25-26.

Idem no.77

KORSCH, B.M.

What do patients and parents want to know? What do they need to know?.

Pediatrics; 74, no.5 pt 2, 1984, p.917-919, lit.opgn.

Idem no.79

LANG, G., H. VAN DER MOLEN.

Psychologische gespreksvoering: een basis voor hulpverlening.

Baarn: Nelissen, 1984. 172p., lit.opgn.

B 1123

Idem no.82

MCCRACKEN, E.C., M.A. STEWART, J.B. BROWN, I.R. MCWHINNEY.

Patient-centred care: the family practice model.

Canadian Family Physician; 29, dec. 1983, p.2313-2316, lit.opgn.

Idem no.86

115

MAES, S.

In gesprek met de patiënt: gespreksvaardigheid voor hulpverleners in de somatische gezondheidszorg.

Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1983. 120p., lit.opgn.

B 982

Toenemende bezorgdheid over de kwaliteit van de gezondheidszorg heeft er o.a. toe geleid dat er meer aandacht wordt besteed aan de communicatie tussen hulpverleners en patiënten. In vrijwel alle (para-) medische en maatschappelijke opleidingen werden of worden daarom trainingen in gespreksvoering in het programma opgenomen. Dit boek beoogt inhoudelijke informatie bij zulke trainingen te geven. De auteur is daarbij uitgegaan van een aantal basisvaardigheden die in elk hulpverlenend gesprek zijn terug te vinden: luisteren, vragen stellen, waarneming van nonverbaal gedrag, etc. Elk van deze vaardigheden

wordt besproken in een apart hoofdstuk en wordt gedifferentieerd naar diverse deelvaardigheden. Daarvan wordt aangegeven hoe dergelijke vaardigheden in een gespreks situatie kunnen worden toegepast, en of het gebruik ervan al dan niet geïndiceerd is. Aan het eind van elk hoofdstuk worden vuistregels geformuleerd die concrete aanbevelingen voor de praktijk van alledag inhouden.

NIVEL

116

MENDEZ, A., J.A. SHYMANSKY, M. WOLRAICH.

Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information.

Medical Education; 20, no.5, 1986, p.437-443, lit.opgn.

Onderzoek naar het verbale en nonverbale gedrag van doktoren bij het overbrengen van pijnlijke informatie. Bezien werden overeenkomsten en verschillen bij doktoren met hoge, gemiddelde en lage communicatieve vaardigheden. De artsen met hoge communicatieve vaardigheden vertoonden grote onderlinge verschillen in verbaal en nonverbaal gedrag. In vergelijking met de twee andere groepen waren ze beter in staat tot opvang van de patiënt terwijl ze een grote mate van zelfbeheersing hadden. Vrouwen bleken over het algemeen beter in staat dan mannen om om te gaan met de affectieve aspecten van de situatie. Statistisch belangrijke verschillen in nonverbaal gedrag werden niet geconstateerd tussen mannen en vrouwen. Deze resultaten zijn van belang voor het onderzoek naar de communicatieve vaardigheden van artsen en de medische opleiding.

NIVEL

117

NUFFIELD WORKING PARTY ON COMMUNICATION WITH PATIENTS.

Talking with patients: a teaching approach; rev. ed.

London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1980. 56p., lit.opgn.

Op speelse wijze wordt aangegeven hoe men een goed medisch gesprek moet voeren. Alle vaardigheden die men zich eigen kan maken passeren de revue, met veel voorbeelden.

(NIVEL); BIJL

118

PREVEN, D.W., E. URAJIC KACHUR, R.B. KUPFER, J.A. WATERS.

Interviewing skills of first-year medical students.

Journal of Medical Education; 61, no.10, 1986, p.842-844, lit.opgn.

Weinig onderzoek is verricht naar de mate van vaardigheid in de communicatie van medische studenten bij het toelatingsexamen. Informatie hierover zou een goede basis zijn voor een interviewtrainingsprogramma. Interviewvaardigheid van eerstejaars studenten van het Albert Einstein College of Medicine is door middel van video-tape vastgelegd. Er is op gelet of o.a. de volgende variabelen invloed hebben op de interviewvaardigheden van de studenten: sexe, ervaring of opleiding in het veld van de gezondheidszorg. Er blijkt geen relatie te zijn tussen de scores voor interviewtechniek en het inhoudelijke aspect. Studenten met meer achtergrondskennis scoorden hoger wat betreft de anamnese en de biopsychosociale benadering. De conclusie is dat in het begin van het trainingsprogramma meer aandacht besteed dient te worden aan de inhoud van het interview. Verder moeten studenten geholpen worden om de normale, reeds aanwezige communicatievaardigheid uit te bouwen naar de specifieke vaardigheden nodig voor het medische interview. Uit het onderzoek blijkt dat vrouwen over het algemeen meer interviewvaardigheid bezitten dan mannen. Dit zou betekenen dat bij een groter aantal vrouwelijke studenten op de medische faculteiten, de techniek over de gehele linie verbeteren zal.

NIVEL

SCHOUTEN, J.A.M.

Anamnese en advies: nieuwe richtlijnen voor de informatieuitwisseling tussen arts en patiënt.

Alphen aan den Rijn etc.: Stafleu, 1982. 168p., lit.opgn.

B 795

In het boek worden concrete aanbevelingen gedaan, die betrekking hebben op de werkwijze van de arts bij het verzamelen van gegevens en op het verhogen van de effectiviteit bij het geven van informatie aan de patiënt. Uitgangspunt is de door de vele onderzoeken ondersteunde constatering dat de communicatie tussen arts en patiënt nogal eens tekort schiet en derhalve verbetering behoeft. Dit laatste vooral vanwege de medische consequenties die uit een onzorgvuldige communicatie kunnen voortvloeien. Deze medische consequenties zijn onder meer: onjuiste of te laat gestelde diagnoses, overbodige doorverwijzingen, ontevredenheid van de patiënten die tot het niet opvolgen van behandelingsadviezen leidt. Het doel van het boek is medische studenten en artsen meer kennis en inzicht te verschaffen in de mogelijkheden hun communicatie met de patiënt te verbeteren en hen te stimuleren zich de benodigde vaardigheden eigen te maken.

NIVEL

SNOEK, F.J.

Onderhandelen met de patiënt.

Metamedica; 65, no.5, 1986, p.338-346, lit.opgn.

Idem no.97

120

STRECHER, V.J.

Improving physician-patient interactions: a review.

Patient Counselling and Health Education; 4, no.3, 1983, p.129-136, lit.opgn.

De interactie tussen arts en patiënt omvat aspecten van gewone communicatie tussen twee willekeurige mensen en andere aspecten die specifiek zijn voor de arts- en patiëntrol. In dit artikel worden nonverbale en verbale elementen van algemene communicatie besproken, waarbij gedetailleerd wordt ingegaan op belangrijke aspecten als intonatie, lichaamshouding, voorkomen, en verbale hints die eigenschappen, die door patiënten aan artsen toegekend zijn, kunnen beïnvloeden.

Tegen de achtergrond van bevindingen van onderzoek naar interacties tussen artsen en patiënten worden de elementen die verband houden met rolopvatting in een arts-patiënt gesprek besproken.

Ontwikkelingselementen van algemene communicatie worden besproken, waarbij stadia die zich in gesprekken ontwikkelen in verband worden gebracht met arts-patiënt gesprekken.

Tenslotte is onderzocht hoe intermenselijke vaardigheden aan artsen en medische studenten worden onderwezen. Besproken wordt welke vaardigheden onderwezen moeten worden, of ze effectief worden onderwezen en of het aanleren van deze vaardigheden het gewenste resultaat wat de gezondheid van de patiënt betreft bereikt.

#### NIVEL

121

TONIES, H.

Beratung bei Partnerschaftskrisen.

Allgemeinmedizin International; 10, no.1, 1981, p.15-18.

De huisarts wordt vaak geraadpleegd bij relatieproblemen. Gebrek aan harmonie tussen de partners wordt veroorzaakt door externe en interne factoren: verschillende meningen over gedrag binnen het huwelijk, verschillende sexuele gewoontes of de onderdrukking daarvan, etc. Het is erg moeilijk om met dergelijke situaties om te gaan als huisarts. Beschreven worden de voordelen van de nondirectieve gespreksstijl en een begrijpende houding van de arts bij het afwenden



van dit soort huwelijks crises, die altijd ook sexuele crises zijn.

NIVEL

122

WAITZKIN, H.

Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research.

Journal of the American Medical Association; 252, no.17, 1984, p.2441-2446, lit.opgn.

Sociaal-wetenschappelijk onderzoek heeft de aard en de problemen van de arts-patiënt communicatie verhelderd. Het doel van trainingsprogramma's in de eerste lijn is de ontwikkeling van adequate communicatieve vaardigheden. Effectieve communicatie wordt echter belemmerd door sociale structurele barrières en informatie-overdracht blijft een probleem. Artsen onderschatten de behoefte aan informatie van patiënten en hebben een onjuiste opvatting van het proces van informatie-overdracht. Informatie-overdracht wordt bepaald door kenmerken van patiënten (sexe, opleiding, sociale klasse, prognose), van artsen (sociale achtergrond, inkomen, opvatting over informatiebehoefte van patiënten) en de klinische situatie (aantal patiëntbezoeken). De nonverbale communicatieve vaardigheden van artsen hebben effect op de resultaten van de medische zorg zoals compliance en tevredenheid. Uit sociolinguïstisch oogpunt houden artsen vast aan een gespreksstijl van "beheersing", hetgeen veel vragen en onderbrekingen van de kant van de arts en verwaarlozing van de leefwereld van de patiënt inhoudt. Verbetering in de arts-patiënt communicatie is mogelijk en wenselijk.

NIVEL

123

WILSON, D.

Communication and the family physician.

Canadian Family Physician; 26, dec. 1980, p.1710-1716.

De communicatie tussen arts en patiënt is het meest effectief als de arts eerlijk, meelevend, zorgzaam, kalm, beschikbaar, gevoelig en betrouwbaar is. Hindernissen van de kant van de arts die overwonnen dienen te worden zijn: slechte luistergewoontes, ondervragen, frequente stiltes, domineren, kleineren, afstandelijkheid, berispen en slechte woordkeuze. De fundamentele vaardigheden die de communicatie vergemakkelijken zijn: empathie, respect, echtheid, confrontatie en aanraking. Zelfbewustzijn van zwakheden op dit gebied helpt om te werken aan het ontwikkelen van meer lonende arts-patiënt relaties.

#### NIVEL

124

BARSKY, A.J., L.E. KAZIS, R.B. FREIDEN, A.H. GORROLL, C.J. HATEM, R.S. LAWRENCE.

Evaluating the interview in primary care medicine.

Social Science and Medicine; 14A, no.6, 1980, p.653-658, lit.opgn.

Bepaalde basiskenmerken van de huisartspraktijk vormen de inhoud, vorm en techniek van het medische interview. Deze kenmerken maken van het interview eerder een gezamenlijke discussie over een serie onderwerpen dan een ondervraging; het is meer onderhandelen en tot overeenstemming komen dan het opleggen van autoritaire voorschriften en verboden. Het is samenwerken. Informatie gaat van de arts naar de patiënt en vice versa, en omvat ook psychosociale aspecten van het ziek zijn en het patiënt zijn. Er is een methode ontwikkeld om de wisselwerking tussen arts en patiënt te beoordelen, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de betreffende huisartspraktijk. De methode kan gebruikt worden bij audio- of video-opnames van consulten. De methode vereist het bepalen van 19 items, de vorm van het interview, het gebruik van autoriteit, de vraagtechniek, omgang met emoties van de patiënt en informatie-overdracht. De methode kan gebruikt worden bij onderwijs, planning, evaluatie en onderzoek.

#### NIVEL

125

BATENBURG, V., J.G.M. GERRITSMAN.

Medical interviewing: initial student problems.

Medical Education; 17, no.4, 1983, p.235-239, lit.opgn.

Alhoewel in de opleiding het belang van het medische interview wordt benadrukt, wordt het interview in feite onderbedeeld. In de vakgroep Geneeskunde van de RU te Utrecht is een project gestart waarin zowel

aan de "technisch"-medische aspecten als communicatieve aspecten aandacht wordt besteed. Deze benadering wordt bijzonder gewaardeerd door de medische studenten. Uit het onderzoek blijkt dat de studenten vooral problemen hebben als het gesprek op het emotionele vlak komt. Hierbij heeft men zowel moeite om om te gaan met de eigen emoties als met de emoties van de patiënten.

NIVEL

126

BUYS, R., E. SLUYS, P.F.M. VERHAAK.

Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors.

Social Science and Medicine; 19, no.7, 1984, p.683-690, lit.opgn.

Om het verbale gedrag van de arts tijdens het consult vast te stellen is een classificatie nodig waarmee men de wijze waarop de arts een interview afneemt, kan categoriseren. De methode door Byrne en Long ontwikkeld, wordt in dit onderzoek geëvalueerd. Na de bespreking van deze methode, volgen enige punten van kritiek. Op basis van deze kritiek zijn enkele veranderingen aangebracht in de methode. Het belang en de betrouwbaarheid van de methode wordt getoetst aan de hand van 36 consulten. Een voorbeeld toont aan dat de procedure zeer goed bruikbaar is om bepaalde verschillen tussen artsen en typen consulten aan te duiden.

NIVEL

127

CASELL, E.J.

Talking with patients: volume 1 - the theory of doctor-patient communication.

London, Cambridge: MIT Press, 1985. 223p., lit.opgn.

B 1363

Dit is deel 1 van een serie van twee boeken met betrekking tot arts-patiënt communicatie. Dit deel gaat in op het functioneren van de gesproken taal in

klinische situaties. Het behandelt belangrijke aspecten van spreektaal, zoals pauzes, klemtoonlegging en snelheid en kijkt in detail naar hoe patiënten zichzelf en hun ziekte beschrijven. Verder diept dit boek het verloop van de conversatie en het niveau of de betekenis ervan uit.

NIVEL

128

ENGLER, C.M., G.A. SALTZMAN, M. WALKER, F.M. WOLF.

Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills.

Journal of Medical Education; 56, no.7, 1980, p.572-579, lit.opgn.

De intermenselijke en communicatieve vaardigheden van medische studenten zijn bepaald in de loop van de eerste twee jaar van de medische opleiding. In het eerste jaar namen de studenten deel aan een cursus van negen weken om effectieve interviewvaardigheden aan te leren. Gemiddeld verbeterden de studenten hun vaardigheden significant bij twee gestandaardiseerde metingen, als resultaat van de cursus. Tegen het einde van de cursus hielden de studenten een gesprek met simulatiepatiënten, getraind in interviewvaardigheden. Evaluatie van de video-opnames van deze gesprekken kwamen overeen met de vaardigheden gemeten bij de schriftelijke meting. Ongeveer een jaar later werd opnieuw een dergelijk gesprek op video opgenomen om het behoud van de vaardigheden te meten. De resultaten van de analyse van de eerste en tweede video-opnames duiden een afname in de vaardigheden van de studenten. Deze resultaten wijzen erop dat effectieve interview- en communicatievaardigheden niet aangeleerd, maar ook vergeten kunnen worden.

NIVEL

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (III): the exposition.

British Medical Journal; 281, no.6246, 1986, p.994-996, lit.opgn.

Het artikel bespreekt de tweede fase van het medische gesprek: "the exposition"; dat deel van het gesprek waarin de arts zijn conclusies aan de patiënt uitlegt en de patiënt vertelt wat hij heeft gedaan of wat de patiënt moet doen om in een betere conditie te geraken. Het medische interview is meer complex dan het doorsnee interview. Daarom wordt in het artikel een lijst van topics gegeven waar de arts rekening mee moet houden. Ingegaan wordt op allerlei redenen waarom het medische interview kan falen. Daarnaast worden tips gegeven hoe men de interviewstijl kan verbeteren waardoor communicatie tot stand kan komen.

NIVEL

KOCKEN, E., K. VAN TIL.

De verantwoordelijke patiënt en zijn dokter.

Medisch Contact; 36, no.39, 1981, p.1181-1187, lit.opgn.

Professionalisering en specialisering hebben de huisarts een plaats en functie gegeven in de eerste lijnsgezondheidszorg. Minder duidelijk is de invloed van de democratisering, in casu de grotere zeggenschap van de patiënt, op het handelen van de huisarts. Hoe kan die arts als hulpverlener in de eerste lijn zijn medische deskundigheid zo aanwenden, dat niet hij maar de patiënt verantwoordelijk is voor het doen en laten van de patiënt? De auteurs geven een verdere onderbouwing van de vaardigheden die zij toekomstige huisartsen tijdens gesprekstrainingen bijbrengen.

NIVEL

131

MAES, S.

Arts-patiëntrelaties: over vragen stellen (1).

Huisarts nu; 10, no.8, 1981, p.256-260, lit.opgn.

Vragen stellen is wellicht de meest opvallende bezigheid van een arts die met een patiënt praat. Het is trouwens meestal de kortste weg om informatie in te winnen van een patiënt. Misschien is het daarom dat sommige artsen zichzelf te weinig vragen stellen over de vragen die zij aan anderen stellen. Vragen stellen lijkt namelijk evident. Toch wijst observatie en onderzoek uit dat op dit gebied heel wat fouten gemaakt worden. Daarom worden hierna een aantal belangrijke dimensies en veel gemaakte fouten van vraaggedrag besproken.

NIVEL

132

MAES, S.

Arts-patiëntrelatie: over vragen stellen (2).

Huisarts nu; 10, no.9, 1981, p.293-296, lit.opgn.

In het vorige artikel behandelde de auteur vragen stellen vanuit het niveau waarop vragen kunnen worden gesteld en vanuit de dimensies "open en gesloten vragen", "directe en indirecte vragen" en "veel of weinig vragen"? In dit tweede artikel wordt vooral ingegaan op een aantal technieken die van belang zijn bij vragen stellen als doorvragen, parafraseren, spiegelen, confronteren en evalueren. Eerst echter nog iets over "moeilijke vragen", d.w.z. vragen die het begripsniveau van de patiënt te boven gaan.

NIVEL

133

MENDEZ, A., J.A. SHYMANSKY.

Verbal behaviors and patterns exhibited by physicians during genetic counseling sessions.

Patient Education and Counseling; 6, no.4, 1984, p.165-168.

Research naar gespreks- en interviewgedrag spitst zich gewoonlijk toe op het verbale gedrag van de deelnemers en wordt geïsoleerd als een op zichzelf staande gebeurtenis geanalyseerd.

Er is weinig informatie over arts-patiënt relatie waarbij het verbale gedrag wordt geanalyseerd als een serie gebeurtenissen die met elkaar in verband staan. Zo beschouwd krijgt men een ander beeld van de deelnemers. Deze studie is opgezet om informatie te vergaren over de verbale gedragingen en patronen van artsen gedurende genetic counseling-gesprekken. Artsen met betere communicatieve vaardigheden besteden meer tijd aan de affectieve dimensie van het gesprek en doen meer aan weergave van gevoelens, het peilen van emoties, geruststelling en steun geven, en stiltes laten vallen tijdens het gesprek met de patiënten.

NIVEL

134

PRIDHAM, K.F., M.F. HANSEN.

An observation methodology for the study of interactive clinical problem-solving behaviour in primary care settings.

Medical Care; 18, no.4, 1980, p.360-375, lit.opgn.

Het artikel beschrijft een methode voor onderzoek van verbaal interactief klinisch probleemoplossend gedrag van patiënt en arts. Drie aspecten komen daarbij aan de orde:

- kenmerken van de methode
- nauwkeurigheid en consistentie van de methode
- de bruikbaarheid van de methode.

Voordelen van de methode boven andere methoden worden besproken.

NIVEL



RELLECKE, E.

Das Arzt-Patient-Gespräch als Aushandeln von Behandlung: Analyse eines Arzt-Patient-Gesprächs. Medizin, Mensch und Gesellschaft; 8, no.3, 1983, p.146-159.

De laatste jaren is de praktische en theoretische belangstelling voor de arts-patiënt communicatie van toenemende betekenis geworden. In dit artikel wordt de verbale interactie tussen arts en patiënt tijdens een consult door middel van een communicatiemodel geanalyseerd. Doel van de analyse is een beter begrip te krijgen van de processen die de interactie tussen arts en patiënt en hun wederzijdse begrip beïnvloeden.

Of het wederzijdse begrip al dan niet succesvol is wordt gecontroleerd door middel van een analyse van de intenties. De intenties van arts en patiënt tijdens het consult hebben een beslissende invloed op de manier waarop de interactie plaatsvindt.

NIVEL

SAWA, R.J.

Assessing interviewing skills: the simulated office oral examination. Journal of Family Practice; 23, no.6, 1986, p.567-571, lit.opgn.

Het "College of Family Physicians of Canada" gebruikt simulatiepatiënten om studenten te toetsen op hun interviewvaardigheden. Een analyse van deze methode geeft een overzicht van de vaardigheden die men nodig acht voor de uitvoering van de huisartsgeneeskunde. Het is een instrument dat tevens gebruikt kan worden tijdens de opleiding.

NIVEL

SEIDL, O.

Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gesprächs.  
Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.12, 1983,  
p.680-685, lit.opgn.

Idem no.34

137

THEMANS, B.

Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts: een analyse van het gesprek.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1,  
1982, p.81-93, lit.opgn.

In het kader van de beroepsopleiding tot huisarts wordt door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut aandacht besteed aan het gesprek tussen huisarts en patiënt. Bij het opzetten en uitwerken van het leerplan voor dit onderdeel van de opleiding bleek er weinig literatuur voorhanden, waarin de feitelijke gang van zaken in het gesprek tussen huisarts en patiënt gedetailleerd beschreven wordt. Dit onderzoek wil hieraan een bijdrage leveren. Op basis van een zorgvuldige beschrijving van het proces in de spreekkamer kan verder gewerkt worden aan onderzoek en onderwijs in de huisartsgeneeskunde. In dit onderzoek wordt eerst aandacht geschonken aan de ontwikkeling van een systeem dat het gesprek op de voet volgt door iedere uitspraak van een codering te voorzien. Op basis hiervan geeft een ander systeem een overzicht van het proces over het hele gesprek. Beide systemen demonstreert de auteur aan de hand van een uitgeschreven gesprek. De twee systemen bieden ruime mogelijkheden voor het verder werken aan de gesprekstechniek van huisartsen, voor theorievorming en de ontwikkeling van onderwijsmodellen.

NIVEL

### 3.3 NONVERBALE COMMUNICATIE

138

BYRNE, P.S., C.C. HEATH.

Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 30, no.215, 1980, p.327-331.

Analyse van consulten in de huisartspraktijk duidt erop dat oogcontact en bewegingen van het lichaam zeer belangrijk zijn in het tot stand brengen van communicatie tussen patiënt en arts. Nonverbaal gedrag in relatie tot verbale uitwisseling is bestudeerd en daaruit blijkt dat nonverbaal gedrag de communicatie kan bevorderen of belemmeren, soms zelfs kan afsnijden. Praktijkvoorbeelden laten zien dat oogcontact en houding vooral belangrijk zijn als ze gekoppeld zijn aan open vragen of stiltes of als ze optreden op momenten in het consult waarop de patiënt zijn problemen op tafel legt. De auteurs menen dat het gebruik van de patiëntenkaart door de arts tijdens het consult bijzonder belangrijk is, hetgeen gedemonstreerd wordt aan de hand van voorbeelden. Nonverbaal gedrag is een belangrijk onderwerp dat nadere studie verdient, zo is de mening van de auteurs.

#### NIVEL

139

DIMATTEO, M.R., A. TARANTA, H.S. FRIEDMAN, L.M. PRINCE.  
Predicting patient satisfaction from physicians' non-verbal communications skills.

Medical Care; 18, no.4, 1980, p.376-387, lit.opgn.

De relatie tussen de nonverbale vaardigheden van de arts (communicatie, interpretatie van gelaatsexpressie, lichaamsbewegingen en begrijpen van uitdrukkingen in de stem) en de tevredenheid van patiënten is onderzocht. Ten aanzien van de waardering van de

technische aspecten van de medische zorg is er geen correlatie te vinden met de nonverbale communicatievaardigheden van de arts. Deze vaardigheden hebben daarentegen wel invloed op de patiëntentevredenheid.

NIVEL

140

HARRIGAN, J.A.

Self-touching as an indicator of underlying affect and language processes.

Social Science and Medicine; 20, no.11, 1985, p.1161-1168, lit.opgn.

Onderzoek onder 28 artsen en hun patiënten tijdens het spreekuur. Informatie wordt gegeven over nonverbaal gedrag; het zichzelf aanraken. Het zichzelf aanraken zou te maken hebben met cognitieve aspecten. Het onderhavige onderzoek analyseert de verschillende typen van zelfaanraking van arts en patiënt. Een en ander in de context van affectieve en psycholinguïstische theorieën. Het zichzelf aanraken kan in verband gebracht worden met informatie-overdracht. Het zichzelf aanraken kan verklaard worden met de "affecttheorie" (indicator voor stress, spanning en negatieve gevoelens) en de psycholinguïstic theory (het zichzelf aanraken staat in verband met informatie-overdracht). De conclusie luidt dat het zichzelf aanraken een integraal onderdeel is van de communicatie tussen arts en patiënt. Er mag zeker niet gesteld worden dat het een simpele uiting van angst en stress is. De auteur beveelt meer onderzoek aan naar dit onderdeel van communicatie.

NIVEL

141

KISSEL, D.

Der "therapeutische" Blick: das ärztliche Gespräch als Therapie.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.7, 1983, p.355-360, lit.opgn.

Naast verbale communicatie, het gesprek, zijn er communicatievormen die evenveel uit kunnen drukken. De herontdekking van het gesprek als therapievorm maakt het noodzakelijk ook de nonverbale aspecten van het gesprek te onderzoeken. Uitgaande van psychosociale onderzoeksresultaten wordt een poging gedaan, de arts opmerkzaam te maken op negatief en positief werkend gedrag in de nonverbale sfeer. Behandeld wordt het oogcontact, de mimiek, de houding van het lichaam en de omgeving waarin men zich bevindt. Naast de diagnostische blik past ook een therapeutische blik; nonverbale technieken kunnen positief werken op de communicatie, dus op de kwaliteit van de zorg.

#### NIVEL

142

LARSEN, K.M., C.K. SMITH.

Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview.

Journal of Family Practice; 12, no.3, 1981, p.481-488, lit.opgn.

Het medische gesprek is een kritiek moment met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Het artikel is een verslag van een onderzoek. 34 Consulten werden vastgelegd op video-tape en werden gescreend op beoordelingen ten aanzien van twee nonverbale categorieën "afstand" van arts en patiënt, bv. aanraken, afstand tussen arts en patiënt, naar voren leunen e.d., en op gespannenheid. Ook werd gelet op de reacties, geoperationaliseerd in gelaatsuitdrukking, uitdrukking van de stem, mate van spreken en het volume. De scores van patiënt en arts werden afzonderlijk gemeten. Bovendien werden de scores gerelateerd aan patiëntensatisfactie en mate van begrijpen wat er gezegd was.

Uit het onderzoek blijkt dat nonverbaal gedrag van de arts een belangrijke invloed heeft op de patiëntensatisfactie en op het begrijpen van informatie.

Een en ander is van belang, gezien het feit dat compliantie hierdoor verbeterd zou kunnen worden.

NIVEL

143

POOLE, D.A., R.W. SANSON-FISHER.

Long term effects of empathy training on the interview skills of medical students.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.3, 1980, p.125-127, lit.opgn.

Verslag van een onderzoek naar de effecten van een training in empathie drie jaar na de cursus. De conclusie is dat, alhoewel de mogelijkheid om zich in te leven minder wordt, de artsen die de training gevolgd hebben toch nog meer vaardigheid hebben in het invoelen dan degenen die de training niet hebben gevolgd. Training in dergelijke vaardigheden wordt daarom ook zeer belangrijk gevonden.

NIVEL

144

SMITH, C.K., K.M. LARSEN.

Sequential nonverbal behavior in the patient-physician interview.

Journal of Family Practice; 18, no.2, 1984, p.257-261, lit.opgn.

Nonverbale communicatie is van invloed op de kwaliteit van de communicatie tussen arts en patiënt. Het onderzoek toont aan dat er een constante stroom van nonverbale gebeurtenissen deel uitmaakt van de interactie. Het artikel introduceert een analyse-instrument: de "lag sequential analysis", ontwikkeld door Sackett. De methode verdeelt een zekere "stroom" van gedragingen onder in eenheden die staan voor een "gebeurtenis" of een "tijdseenheid". Het instrument kan gebruikt worden voor huisartsgeneeskundig onderzoek, echter de methode behoeft nog enige verfijning, ten behoeve van het goed functioneren van de huisartsgeneeskunde.

NIVEL

SMITH, R.C.

Teaching interviewing skills to medical students: the issue of "countertransference".

Journal of Medical Education; 59, no.7, 1984, p.582-588, lit.opgn.

Countertransference heeft de betekenis van niet onderkende gevoelens van artsen ten aanzien van patiënten. Deze onbekendheid kan schadelijke gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Het gedrag van medische studenten op de helft van hun studie werd op deze factoren onderzocht. Typisch niet onderkende gevoelens zijn angst om de patiënt pijn te doen, angst om controle te verliezen, angst ten aanzien van de eigen performance en angsten die op de studenten zelf slaan, bv. de angst dat men zelf kanker heeft. Deze gevoelens zijn negatief van invloed op het medische gesprek. Het is goed als begeleiders studenten op deze gevoelens attent maken.

NIVEL

STREIT-FOREST, U.

Differences in empathy: a preliminary analysis.

Journal of Medical Education; 57, no.1, 1982, p.65-67, lit.opgn.

Onderzoek op het gebied van psychotherapie en counselling heeft aangetoond dat empathie, oprechtheid en warmte belangrijke aspecten van het interview en het therapeutische proces zijn. Vooral empathie is van belang. Empathie wordt door R. Hogan, gedefinieerd als: het intellectuele of voorstellende begrip van iemand anders' toestand of gemoedstoestand, zonder de gevoelens van die persoon werkelijk te ervaren. Het vermogen tot empathie wordt thans niet verkregen door medische studenten. Verschillende auteurs (Cough, H.G. en Kupfer, D.J.) hebben gesuggereerd dat de selectiecriteria voor medische studenten ook geschiktheid in het leggen en

onderhouden van menselijke relaties zou moeten omvatten.

Dit onderzoek exploreert de relatie tussen empathie en andere psychosociale kenmerken van medische studenten in de loop van hun studie.

NIVEL



#### 4. OPLEIDING

147

ANDERSON, J.L.

Communicating with terminal cancer patients.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.1, 1980, p.28-31, lit.opgn.

De communicatie tussen artsen en terminale kankerpatiënten wordt in de gezondheidszorg als een probleemgebied onderkend. De oplossing wordt gezocht in nieuwe training-programma's. De beste programma's zijn echter ook de kostbaarste. In het artikel wordt een model beschreven waarbij een minimum aan onderwyzend personeel nodig is.

NIVEL

BARNARD, D.

Communications skills and moral principles in health care: aspects of their relationship and implications for professional education.

Patient Education and Counseling; 8, no.4, 1986, p.349-358, lit.opgn.

Idem no.106

BATENBURG, V., J.G.M. GERRITSMAN.

Medical interviewing: initial student problems.

Medical Education; 17, no.4, 1983, p.235-239, lit.opgn.

Idem no.125

BENSING, J., E. SLUYS.

Leren luisteren, maar wat dan?: evaluatie van een gespreksttraining voor huisartsen.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 39, no.5, 1984, p.265-280, lit.opgn.

Idem no.107

BOERSMA, H., H.C.P. VAN BAKEL.

Medische opleiding en medische psychologie: (II): gevoelde tekorten.

Medisch Contact; 39, no.12, 1984, p.375-378, lit.opgn.

Idem no.6

148

BOULTON, M., J. GRIFFITHS, D. HALL, M. MCINTYRE, B. OLIVER, J. WOODWARD.

Improving communication: a practical programme for teaching trainees about communication issues in the general practice consultation.

Medical Education; 18, no.4, 1984, p.269-274, lit.opgn.

Dit artikel beschrijft een trainingsprogramma voor gebruik in de gesprekstraining van huisartsen, waarin een theoretisch en praktisch kader wordt gegeven voor het exploreren van hoofdaspecten van consulten door degenen die in opleiding zijn. De nadruk wordt vooral gelegd op de educatieve of cognitieve resultaten van het consult en de vaardigheden om ze te verbeteren. De vijf stadia van het programma worden beschreven en een voorbeeld van elk stadium wordt gegeven. Het artikel wordt besloten door een evaluatie van het programma door de trainers, getrainden en de betrokken sociale wetenschapper.

#### NIVEL

BREMER, J.J.C.B.

Patient-doctor communication: an evaluation of a new training discourse.

Huisarts en Wetenschap; 23, no.8, 1980, p.321-324, lit.opgn.

Idem no.125

BRODY, D.

Feedback from patients as a means of teaching non-technological aspects of medical care.

Journal of Medical Education; 55, no.1, 1980, p.34-41, lit.opgn.

Ondanks een toenemende bewustwording van het belang van gedrags-, psychologische en sociale aspecten van de medische zorg, falen artsen menigmaal op dit terrein. Daarom is er een project opgezet om het herkennen in hun praktijkpopulatie te verbeteren. De onderzoeker gebruikt een gestructureerde vragenlijst om de therapietrouw van de patiënt, diens tevredenheid met de arts, zijn psychische problemen, recente stressvolle levensgebeurtenissen en diens houding ten aanzien van ziekte te bepalen. Selectie is, wat betreft de onderzoekspopulatie, gepleegd aan de hand van een artsenvragenlijst en de patiëntenkaart. Tijdens de eerste klinische sessie na het interview, neemt de auteur opnieuw, zowel de vragenlijst van de arts, als van de patiënt in ogenschouw. De interviews brachten een groot aantal mogelijk belangrijke problemen aan het licht die de artsen niet onderkend hadden. Het merendeel van de deelnemende huisartsen vindt dat het project de moeite waard is en gecontinueerd moet worden.

#### NIVEL

BURNETT, A.C., D.G. THOMPSON.

Aiding the development of communication skills in medical students.

Medical Education; 20, no.5, 1986, p.424-431, lit.opgn.

Beschrijving van een project voor medische studenten als onderdeel van een introductie cursus klinische geneeskunde. Doel was de studenten inzicht en begrip bij te brengen in en voor de problemen die kunnen ontstaan ten gevolge van communicatiestoornissen tussen arts en patiënt, vaak als gevolg van onbekendheid met de specifieke situatie van de patiënt.

De studenten moesten eerst een eigen analyse geven van de bij de patiënten te verwachten kennis van anatomie en fysiologie alsook van de leefstijl van de patiënt. Vervolgens werd dit vergeleken met gegevens die van de patiënten zelf kwamen. De eerste schattingen van de studenten waren slecht, maar verbeterden aanzienlijk na verwerking van de gegevens en na discussie. Bovendien versterkte het besef dat meer inzicht hierin de kwaliteit van de communicatie bevorderde. Dit soort projecten zou daarom een vaste plaats verdienen in de opleiding.

#### NIVEL

151

CANDL, J.G., W. SCHWARTZ, S. LUDWIG.

An evaluation of simulated patients as instructors: implications for teaching medical interview skills. Journal of Medical Education; 56, no.6, 1981, p.522-524, lit.opgn.

In het onderzoek staan de volgende thema's centraal:

- het identificeren van meetbare interviewvaardigheden voor de opleiding van medische studenten
- het evalueren van de effecten van het gebruik van simulatiepatiënten op de interviewvaardigheid van de patiënten
- het toetsen van de kundigheid van de simulatiepatiënten om de interviewvaardigheid van de studenten te beoordelen.

Het gebruik van simulatiepatiënten blijkt een toepasbare en niet al te dure methode te zijn binnen de opleiding. Bepaalde vaardigheden kunnen geïdentificeerd en gemeten worden, maar verder onderzoek is noodzakelijk. De simulatiepatiënten dienen beter getrained te worden.

#### NIVEL

152

DAVIS, R.H., M. JENKINS, S.A. SMAIL, N.C.H. STOTT, J. VERBY, B.B. WALLACE.

Teaching with audiovisual recordings of consultations. Journal of the Royal College of General Practitioners; 30, no.215, 1980, p.333-336, lit.opgn.

De ervaringen die opgedaan zijn tijdens twee jaar onderwijs met audiovisuele opnames van consulten van zowel undergraduates als postgraduates worden vermeld. Enkele basale regels voor het onderwijzen worden gegeven en de verdere toepassingen van de techniek worden besproken.

NIVEL

153

EPSTEIN, A., W. TAYLOR, G. SEAGE.

Effects of patients' socioeconomic status and physicians training and practice on patient-doctor communication.

American Journal of Medicine; 78, 1985, p.101-106, lit.opgn.

AB; AZZ; AZN; WKZ

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (I): the problem.

British Medical Journal; 281, no.6244, 1980, p.845-847, lit.opgn.

Idem no.63

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (II): the clinical interview.

British Medical Journal; 281, no.6245, 1980, p.931-933, lit.opgn.

Idem no.64

## GESLAAGDE.

Geslaagde proefkursus relatie chronische patiënt-huisarts.

Nieuwsbrief 2000; 14, no.9, 1985, p.6-7.

Huisartsen hebben problemen in de omgang met chronische patiënten. Het contact duurt jaren maar het is vaak onduidelijk wat huisarts en patiënt van elkaar verwachten. Daarom is er een project door artsen en patiëntenverenigingen opgezet waarbij wordt gestreefd naar een duidelijke relatie tussen huisarts en patiënt. Het streven is om te komen tot een samenwerkingsplan waarin de doelstellingen van het contact, de verantwoordelijkheden en bijdragen van de beide partijen, worden vastgelegd. In een proefcursus komt naar voren aan welke voorwaarden de relatie moet voldoen en wat de rol van de huisarts en de chronische patiënt in deze moet zijn. De deelnemers aan de cursus zijn enthousiast en willen het project verder uitwerken, zodat de cursus zowel regionaal als landelijk gebruikt kan worden.

NIVEL

HOOS, A.M., M.J. BURGEMEISTER.

Gesprekstraining voor artsen en medische studenten: voorwaarden voor effectiviteit.

Medisch Contact; 37, no.20, 1982, p.603-604, lit.opgn.

Een arts praat, luistert en interpreteert primair vanuit zijn medische deskundigheid en taakstelling. Een patiënt reageert vanuit zijn persoonlijke ervaringen en veronderstellingen, vanuit zijn beleving van het probleem. Aldus Loukie Hoos en Margreet Burgemeister van de afdeling Medische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

## NIVEL

JACOBS, H.M., H.M. PIETERS.

Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: verschillen in professioneel handelen in het begin van de opleiding.

Medisch Contact; 39, no.13, 1984, p.410-412, lit.opgn.

Sinds 1980 wordt het professionele handelen van arts-assistenten, die binnen het Huisartseninstituut te Utrecht de beroepsopleiding volgen getoetst. Deze toetsing bestaat uit een beoordeling van dat handelen in een consult met een simulatiepatiënt (acteursimulatie) met vage en multiconditioneel bepaalde klachten. Op twee verschillende tijdstippen binnen de opleiding wordt een toets afgenomen. Uit de toetsingsresultaten blijkt dat het beginniveau van veel arts-assistenten laag is. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in het begin van de opleiding de vaardigheden te wensen over laten.

De ontwikkeling van een toetsingsinstrument heeft een belangrijke rol gespeeld bij de verdere ontwikkeling van de Utrechtse opleiding. Uit de toetsingsresultaten zijn conclusies te trekken over het vaardigheidsniveau van een groep, zodat naar gelang de bevindingen het onderwijs tijdens de opleiding kan worden aangepast.

#### NIVEL

KAUSS, D.R., A.S. ROBBINS, I. ABRASS, R.F. BAKAITIS, L.A. ANDERSON.

The long-term effectiveness of interpersonal skills training in medical schools.

Journal of Medical Education; 55, no.6/7, 1980, p.595-601, lit.opgn.

Om de effecten te meten van training in sociale vaardigheden hebben de auteurs het interviewgedrag bestudeerd van 46 artsen op 24 scholen. Er werden drie onafhankelijke video-tape-opnames genomen van medische gesprekken. Telefonische en schriftelijke interviews evalueerden de kwaliteit van de sociale

vaardigheden die op de scholen werden aangeleerd. Het bleek dat getrainde artsen niet verschilden van ongetrainde personen. Als men echter de intensiviteit van de training bij het onderzoek betreft, blijkt dat de mate van intensiviteit wel resultaat boekt op het gebruik van open interviews. Implicaties worden besproken.

(NIVEL); BIJL

158

KENT, G., P. CLARKE, D. DALRYMPLE-SMITH.

The patient is the expert: a technique for teaching interviewing skills.

Medical Education; 15, no.1, 1981, p.38-42, lit.opgn.

Een beschouwing over aspecten van onderwijsontwikkeling bedoeld om de centrale plaats van de patiënt in het medische interview te stimuleren. Aan patiënten is door hun huisarts gevraagd of zij mee wilden werken aan een project waarbij studenten de patiënten een interview af zouden nemen. Aan de hand van een video-opname zou een evaluatie volgen over de indruk die de patiënten hadden ten aanzien van het gedrag van de studenten. Deze onderwijsmethode in interviewtraining stelt de student in staat zijn vooronderstellingen over de patiënt te herkennen en zich bewust te worden van hun moeilijkheden bij het bespreken van gevoelige onderwerpen.

NIVEL

159

KNOX, J.D.E., I.A.D. BOUCHIER.

Communication skills teaching, learning and assessment

Medical Education; 19, no.4, 1985, p.285-289, lit.opgn.

Het artikel geeft een beschrijving van een introductie cursus in communicatievaardigheden aan medische studenten. De doelstellingen, de inhoud en de onderwijsmethoden worden besproken. Er wordt gebruik gemaakt van enkele geselecteerde patiënten en een formule voor rollenspel "listening triads". Het voornaamste doel van het artikel is evaluatie. Het



blijkt dat studenten zeer enthousiast zijn over het contact, onder begeleiding, met de patiënten.

NIVEL

160

MAGUIRE, P., S. FAIRBAIRN, C. FLETCHER.

Consultation skills of young doctors: (I) benefits of feedback training in interviewing as students persist. British Medical Journal; 292, no.6535, 1986, p.1573-1576, lit.opgn.

Onderzoek onder 36 jonge artsen vijf jaar na hun assistentschap psychiatrie, waarin zij ofwel video feedback training ofwel conventionele interviewtraining genoten. Elke arts ondervraagt een psychiatische en twee somatische patiënten. Beide artsgroepen blijken hun diagnostische vaardigheden in vijf jaar verbeterd te hebben, al worden er nog gesloten vragen gesteld en is er weerstand tegen psychosociale problemen van somatische patiënten. Diegenen die video feedback training gehad hebben vertoonden superioriteit boven de andere groep. Conclusie: alle medische studenten dienen tijdens hun opleiding een video feedback training te volgen.

NIVEL

161

MAGUIRE, P., S. FAIRBAIRN, C. FLETCHER.

Consultation skills of young doctors: II-most young doctors are bad at giving information. British Medical Journal; 292, no.6535, 1986, p.1576-1578, lit.opgn.

Onderzoek onder 40 jonge artsen, waarvan er 20 interviewtraining hebben genoten, naar hun manier van patiëntenvoorlichting. Zij hebben met drie patiënten een gesprek voor en na het bekend worden van de diagnose. Uit de evaluatie van de video-opnames blijkt er geen verschil te zijn tussen de "getrainde" en de "controle"-artsen aangaande hun wijze van informatieverschaffing. Heel weinig artsen vragen naar de gevoelens, belevingen en verwachtingen van

de patiënt of houden daar rekening mee. Er wordt weinig gedaan om de tevredenheid en de compliantie van de patiënt te vergroten. Zelden wordt er onderhandeld. Conclusie: effectieve training in communicatieve vaardigheden aan medische studenten kan de patiëntenvoorlichting verbeteren.

NIVEL

162

MERKEL, W.T., B.P. NIERENBERG.

Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation.

Social Science and Medicine; 17, no.4, 1983, p.213-217, lit.opgn.

Hoewel training in de gedragswetenschappen een essentieel component is in de huisartsopleiding, is er weinig onderzoek gedaan naar de effecten. In het onderzoek wordt het gedrag van artsen en hun patiënten in twee huisartspraktijken met een verschillend opleidingsprogramma met elkaar vergeleken. In een van de programma's is de nadruk gelegd bij gedragswetenschappen, in het andere niet. Artsen die het meer gedragswetenschappelijke programma hebben gevolgd blijken een positievere attitude te hebben ten aanzien van sociale factoren die een rol kunnen spelen bij ziekte. Bovendien onderschrijven zij meer dan de andere groep het belang van een "warme" arts-patiënt relatie. Zij weten meer over behandelingswijzen zonder geneesmiddelen bij angst en depressie en deze groep artsen heeft een groter vermogen dan de andere groep om met de angsten en depressies van de patiënt om te gaan. Patiënten met artsen uit de gedragswetenschappelijke hoek hebben meer kans een psychosociale benadering van hun ziekten te krijgen of een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Uit een vragenlijst naar de tevredenheid van de patiënten blijkt dat de twee programma's alleen discrimineren op een onderdeel, nl. het gemak van de zorg.

De resultaten van het onderzoek zijn bemoedigend, maar gedragswetenschappelijke training dient nader bekeken te worden op doelstellingen en de invulling daarvan.

NIVEL

163

OMOLOLU, C.B.

Communication behaviours of undergraduate medical students before and after training.

British Journal of Medical Psychology; 57, pt 1, 1984, p.97-100, lit.opgn.

Het ontwikkelen van methoden om communicatievaardigheden te onderwijzen krijgt steeds meer aandacht. Uit literatuur blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar specifieke trainingsprogramma's. In het artikel staat de hypothese centraal dat medische studenten over weinig communicatievaardigheden beschikken en dat door training deze vaardigheden verbeterd kunnen worden. 23 Studenten kregen een training in communicatie en de resultaten verbeterden aanzienlijk.

(NIVEL); AB; WKZ; BLU

164

PENDLETON, D.

Learning communication skills.

Update; 22, no.10, 1981, p.1708-1714.

Voor diegenen die denken dat communiceren met patiënten gemakkelijk en automatisch gaat, zullen de volgende cijfers een verrassing zijn. Een op de vijf consulten in de huisartspraktijk geeft communicatieproblemen voor de arts. Ongeveer de helft van alle adviezen die door de artsen gegeven zijn worden niet opgevolgd. Communiceren met patiënten is essentieel in de huisartspraktijk, maar deze resultaten laten zien dat het verre van gemakkelijk is en helemaal niet automatisch gaat. In dit artikel wordt ingegaan op de factoren die de communicatie tussen arts en

patiënt beïnvloeden en er wordt een trainingsprogramma, dat deze communicatie verbeteren kan, belicht.

NIVEL

POOLE, D.A., R.W. SANSON-FISHER.

Long term effects of empathy training on the interview skills of medical students.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.3, 1980, p.125-127, lit.opgn.

Idem no.143

165

SANSON-FISHER, R.W., G.P. MAGUIRE.

Should skills in communicating with patients be taught in medical schools.

Lancet; II, no.8193, 1980, p.523-526, lit.opgn.

De communicatievaardigheden van de arts beïnvloeden o.a. de effectiviteit van het medische gesprek, de tevredenheid van de patiënt, en de compliantie. De traditionele opleiding voorziet niet in het aanleren van deze vaardigheden. Recent onderzoek heeft aangetoond dat een dergelijk programma binnen het onderwijs zowel uitvoerbaar als effectief is. Het zou een integraal deel van het onderwijs moeten zijn.

NIVEL

166

SANSON-FISHER, R.W., A.D. POOLE.

Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills.

Medical Education; 14, no.4, 1980, p.249-253, lit.opgn.

Onderzocht is of medische studenten verschillend reageren op simulatiepatiënten en "echte" patiënten. De methode wordt besproken. Er werden geen verschillen gevonden. Conclusie is dat aan het gebruik van simulatiepatiënten geen bezwaren kleven.

NIVEL

SANSON-FISHER, R., S. FAIRBAIRN, P. MAGUIRE.

Teaching skills in communication to medical students: a critical review of the methodology.

Medical Education; 15, no.1, 1981, p.33-37, lit.opgn.

Communicatie tussen arts en patiënt is van groot belang voor een effectieve diagnose en behandeling. Dit heeft geleid tot een integratie van een programma voor communicatievaardigheden binnen de medische opleiding. Toch heerst er hier en daar enige scepsis, hetgeen waarschijnlijk veroorzaakt wordt door een slechte methodologie. Nieuwe zienswijzen en onderwijsmethoden dienen getoetst te worden. Hiervoor is een goed meetinstrument noodzakelijk. Het effect dient uiteindelijk te zijn: een betere gezondheidszorg.

NIVEL

SAWA, R.J.

Assessing interviewing skills: the simulated office oral examination.

Journal of Family Practice; 23, no.6, 1986, p.567-571, lit.opgn.

Idem no.136

SCHEINGOLD, L.

A Balint seminar in the family practice residency setting.

Journal of Family Practice; 10, no.2, 1980, p.267-270, lit.opgn.

Idem no.94

SMITH, R.C.

Teaching interviewing skills to medical students: the issue of "countertransference".

Journal of Medical Education; 59, no.7, 1984, p.568-588, lit.opgn.

Idem no.145

168

STREIT, U.

Attitudes towards psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale.

Medical Education; 14, no.4, 1980, p.259-266, lit.opgn.

Het belang van onderkenning van psychosociale factoren in de geneeskunde wordt meer en meer benadrukt. De houding t.o.v. deze factoren zou mee moeten tellen bij de toelating van studenten tot medische studie. Parlow en Rothman's ATSIM-schaal wordt geanalyseerd op het adequaat meten van psychosociale issues. De conclusie luidt dat de schaal gebruikt kan worden als een nuttig instrument voor selectie, echter, verder onderzoek is noodzakelijk.

NIVEL

THEMANS, B.

Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts: een analyse van het gesprek.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.81-93, lit.opgn.

Idem no.137

169

VERBY, J., R.H. DAVIS, P. HOLDEN.

A study of the interviewing skills of trainee assistants in general practice.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.2, 1980, p.68-71.

Het effect van specifieke training in interview-technieken is gemeten in experimentele en controle-groepen, bestaande uit adspirant huisartsen. De actors werd de gelegenheid gegeven zichzelf te bekijken op video. Er werd geen significant totaal effect gemeten, maar meer gedetailleerde analyse bracht aan het licht dat trainingseffecten alleen waargenomen kunnen worden in de laatste helft van het opleidingsjaar. Het resultaat was het besteden van steeds meer tijd aan de patiënt tijdens het

consult. Wellicht is het feit dat in de eerste helft van de training geen effect te bemerken is, te wijten aan wisseling van ziekenhuispraktijk met huisartspraktijk, hetgeen een traumatische ervaring is.

NIVEL

170

WERTHEIMER, M.D., S.L. BERTMAN, H. BROWNELL WHEELER, J. SIEGAL.

Ethics and communication in the surgeon-patient relationship.

Journal of Medical Education; 60, no.10, 1985, p.804-806, lit.opgn.

Complexe diagnostiek en therapeutische interventie kunnen obstakels zijn voor een effectieve communicatie tussen arts en patiënt. Het is een verwijdering van een goede arts-patiënt relatie, die belangrijk is voor een succesvolle behandeling. De auteur beschrijft een programma, gegeven aan de universiteit van Massachusetts, voor het verbeteren van de communicatievaardigheid en voor het kweken van begrip voor de ethische aspecten.

NIVEL

171

WHITEHOUSE, C., P. MORRIS, B. MARKS.

The role of actors in teaching communications.

Medical Education; 18, no.4, 1984, p.262-268.

Dit artikel beschrijft een aantal communicatiecursussen die opgesteld zijn om de consultatievaardigheden van derdejaars klinische medische studenten tijdens hun assistentschap huisartsgeneeskunde te verbeteren en ze in staat te stellen de verschillen in perspectief en attitude tussen artsen en patiënten en hun effect op het verloop en het resultaat van een consult te begrijpen. In de cursus werken professionele acteurs mee als simulatiepatiënten. De voordelen van deze methode worden besproken in het

kader van toenemende participatie van leken in het onderwijs.

NIVEL

172

WOLRAICH, M. M. ALBANESE, S. REITER-THAYER, W. BARRATT. Teaching pediatric residents to provide emotion laden information.

Journal of Medical Education; 56, no.5, 1981, p.438-440, lit.opgn.

Het belang van de arts-patiënt of arts-ouder communicatie wordt benadrukt in een rapport over medische wanpraktijken die vaak veroorzaakt worden door een slechte communicatie tussen arts en patiënt.

Tot tien jaar geleden is er weinig gedaan aan analyse van het medische gesprek of aan het systematisch aanleren van vaardigheden. Nu zijn er veel programma's voor anamnesetraining. Nog steeds onderontwikkeld is de vaardigheid van artsen om slecht nieuws, zoals overlijden, terminale ziekte of een ernstige toestand die handicaps met zich meebrengt, mee te delen. In het onderzoek wordt nagegaan of videoband feedback een goede techniek is om de genoemde vaardigheden aan te leren.

NIVEL



## 5. COMMUNICATIEBARRIERES

### 5.1 ALGEMEEN

173

BROUWER, H.

Huisartsen over problemen in het contact met patiënten: een herhalingsonderzoek.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.5, 1983, p.181-184, lit.opgn.

In het onderzoek naar de interactie tussen huisarts en patiënt wordt over het algemeen geen aandacht geschonken aan het perspectief van de arts: welke problemen ondervindt hij in het contact met patiënten en waaraan schrijft hij deze problemen toe? Deze vragen stonden centraal in dit onderzoek dat een herhaling vormde van een eerder Engels onderzoek. Aan een groep huisartsopleiders en een groep arts-assistenten in opleiding tot huisarts werd gevraagd onmiddellijk na afloop van in totaal 40 consulten op te tekenen of er problemen in het contact met de patiënt waren geweest, en zo ja, waaraan die problemen hadden gelegen. Opleiders bleken in gemiddeld 25% van de gevallen problemen te ondervinden. Bij assistenten was dit 20%.

De verklaringen die beide groepen gaven, liepen enigszins uiteen, en men schreef de oorzaak van de problematische contacten slechts uiterst zelden aan zichzelf toe.

#### NIVEL

EVANS, D.A., M.R. BLOCK, E.R. STEINBERG, A.M. PENROSE.

Frames and heuristics in doctor-patient discourse.

Social Science and Medicine; 22, no.10, 1986, p.1027-1034, lit.opgn.

Idem no.59

HERBERT, C.P., G.D. GRAMS.

Working with the difficult patient: an approach for family physicians.

Canadian Family Physician; 32, sept. 1986, p.1899,1901, 1903,1905, lit.opgn.

Enkele aanbevelingen worden gegeven ten aanzien van het omgaan met zogenaamde "probleem-patiënten", zoals personen die alleen "ja" en "nee" zeggen, gillende kinderen, vijandige personen en mensen met waslijsten klachten. Hoofdprincipe bij de omgang met dergelijke patiënten is dat men rationeel moet handelen en zich niet mee moet laten slepen met deze emoties. In de omgang met moeilijke patiënten kunnen gevoelens van boosheid en frustratie bij de arts ontstaan. Door deze gevoelens bij zichzelf te onderkennen kunnen ze in bedwang gehouden worden. De auteur gaat voorts in op de samenhang tussen ratio, emotionaliteit en gedrag.

NIVEL

HOSTEDE, H., M. SCAVENIUS.

De spanning tussen betrokkenheid en distantie in arts-patiënt gesprekken.

Metamedica; 61, no.10, 1982, p.351-359, lit.opgn.

Idem no.74

KIMSMA, G.K., H.A.M.J. TEN HAVE.

De arts-patiëntrelatie tussen beeld en werkelijkheid.

Medisch Contact; 39, no.6, 1984, p.173-177.

Drs. G.K. Kimsma en dr. H.A.M.J. ten Have merkten dat patiënt en arts totaal anders met elkaar praten dan volgens het boekje het geval zou moeten zijn. Reden om met andere ogen naar beider relatie te kijken. Er blijkt een wereld van verschil te liggen tussen de patiënt-thuis en de patiënt-bij-de-dokter; in de spreekkamer komt een zekere rivaliteit tussen beide gesprekspartners tot uiting, niet als een

ontsporing maar structureel; de arts maakt het zijn patiënt eerder moeilijk dan mogelijk te spreken over dood, lijden en ziekte. Feitelijke gang van zaken en ideaaltype, beeld en werkelijkheid, lopen ver uiteen. Welke zijn de onbekende aspecten van de arts-patiënt relatie? Op een van die aspecten, de rivaliteit, gaan de schrijvers dieper in.

NIVEL

176

LOCKER, D.

Communication in general practice.

In: D.L. Patrick, G. Scambler (eds.). Sociology as applied to medicine.

London: Bailliere Tindall, 1982.

Communicatie is van eminent belang. In dit hoofdstuk wordt voornamelijk aandacht besteed aan de communicatie arts-patiënt, waarbij de nadruk wordt gelegd op de rol van de arts. Schrijver gaat in op enkele redenen waarom de communicatie kan mislukken. Onzekerheid, barrières door verschil in sociale klasse en status en het vertellen van halve waarheden door de patiënt kunnen aan de miscommunicatie ten grondslag liggen. De auteur beschrijft de effecten die door reductie van angst bij de patiënt kunnen plaatsvinden. Compliantie en patiëntensatisfactie worden hierbij betrokken. Tot slot wordt aangegeven hoe men de communicatie kan verbeteren.

(NIVEL); BIJL

177

MATHEWS, J.J.

The communication process in clinical settings.

Social Science and Medicine; 17, no.18, 1983, p.1371-1378, lit.opgn.

De communicatie in de klinische setting geeft in het algemeen problemen. Enkele redenen zijn bv. verschil in referentiekader van arts en patiënt, sociolinguïstische verschillen en sociale distantie tussen

arts en patiënt. Ook de communicatie artsen en verplegend personeel is moeilijk, voornamelijk te wijten aan de verschillende ideologieën die aan de beroepen ten grondslag liggen.

Doel van het artikel is een overzicht te geven van de kenmerken van communicatie in klinische settings, om inzicht te kunnen geven over het waarom van de problematiek. Er wordt uitgegaan van principes uit de interactionele sfeer en roltheorie. Drie variabelen worden gezien:

- het niveau van gezamenlijke kennis tussen de participanten
- effecten van status, rol en ideologie
- regelingen omtrent communicatie binnen een instelling.

#### NIVEL

PENDLETON, D.

Learning communication skills.

Update; 22, no.10, 1981, p.1708-1714, lit.opgn.

Idem no.164

178

PICHERT, J.W., P. ELAM.

Guilt and shame in therapeutic relationships.

Patient Education and Counseling; 8, no.4, 1986, p.359-365, lit.opgn.

Schuldgevoel en schaamte kunnen grote invloed hebben op de arts-patiënt relatie. Het artikel identificeert verschillende oorzaken van schuldgevoel en schaamte en geeft suggesties ten aanzien van het voorlichten van patiënten om de effecten van deze gevoelens op de arts-patiëntrelatie te minimaliseren. Het voorkomen of minimaliseren van de gevoelens is een ethisch principe.

#### NIVEL

SMITH, R.C.

Teaching interviewing skills to medical students: the issue of "countertransference".

Journal of Medical Education; 59, no.7, 1984, p.582-588, lit.opgn.

Idem no.145

179

SHELP, E.E.

Courage: a neglected virtue in the patient-physician relationship.

Social Science and Medicine; 18, no.4, 1984, p.351-360, lit.opgn.

Dit artikel onderzoekt de betekenis en het belang van de deugd "moed" voor patiënten en artsen. Moed is een eigenschap voor artsen naast bekwaamheid en medeleven. Voor patiënten is moed een eigenschap naast compliantie en dankbaarheid. Nu en dan is moed nodig bij het uitdrukken van zorg en bezorgdheid, zoals in de arts-patiënt relatie. Voor moed zijn bepaalde voorwaarden noodzakelijk, die aanwezig kunnen zijn in het arts-patiënt gesprek. Artsen kunnen al naar gelang de omstandigheden patiënten bemoedigen of hebben zelf moed nodig om hun patiënten iets te vertellen. Patiënten moeten de moed hebben te leven en kennis durven nemen van de aard van het menselijke bestaan.

NIVEL

180

THOMASSEN, J.F.M.

Consultanalyse: communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk.

Amsterdam: VU Uitgeverij, 1986. 334p., lit.opgn.

Proefschrift

B 1455

In dit proefschrift worden aspecten van effectiviteit van huisarts-patiënt communicatie in kaart gebracht en op hun betekenis voor kwaliteit van de

hulpverlening onderzocht. Het uitgangspunt voor het onderzoek ligt in de veronderstelling dat wederzijdse communicatie tussen huisarts en patiënt nodig is wil de geboden hulp toereikend zijn. Wederzijdse communicatie kan bemoeilijkt worden door verschillen in denk- en belevingswereld van arts en patiënt en feitelijke of gepercipieerde asymmetrie in hun deskundige-leekrelatie. De studie gaat na hoe, in hoeverre en in welke opzichten huisartsen erin slagen verschillen in denk- en belevingswereld te overbruggen en onderzoekt hoe dit samenhangt met kwalitatieve aspecten van de hulpverlening. De communicatieve aspecten die daarbij in beschouwing worden genomen betreffen de mate waarin arts en patiënt tijdens het gesprek op een spoor zitten ten aanzien van zaken die hun aandacht vragen. Deze aspecten worden op hun betekenis getoetst door ze te bezien in relatie tot kwaliteit van de hulpverlening. De kwalitatieve aspecten die als toetssteen fungeren hebben betrekking op de mate waarin het handelen van de huisarts medisch verantwoord is en afgestemd is op de individuele problematiek van de patiënt.

#### NIVEL

WAITZKIN, H.

Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research.

Journal of the American Medical Association; 252, no.17, 1984, p.2441-2446, lit.opgn.

Idem no.122

APLEY, V.

Communicating with children.

British Medical Journal; 281, no.6248, 1980, p.1116-1117.

Idem no.105

181

BERNSTEIN, B., R. KANE.

Physicians attitudes toward female patients.

Medical Care; 19, no.6, 1981, p.600-608, lit.opgn.

De relatieve invloed van de sexe van een patiënt en de expressie van een persoonlijk probleem, op de houding van artsen ten aanzien van patiënten is bepaald met behulp van ziektegevallen op papier en vragenlijsten: acht ziektegevallen die varieerden naar de aard van de klacht, de sexe van de patiënt en het al dan niet aanwezig zijn van een persoonlijk probleem. Elk van de huisartsen leest twee ziektegevallen, hetgeen 506 vragenlijsten ter analyse oplevert. Er bestaan volgens de artsen verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten wat betreft beslaglegging op de tijd van de arts. Bij het voorschrijven van tranquillizers treden geen verschillen op. Sexeverschillen blijven bestaan als gecorrigeerd wordt op klaaggedrag en expressie van problemen, alhoewel de reacties van artsen t.o.v. de expressie soms sterk genoeg waren om man-vrouwverschillen te doen verdwijnen. Geconcludeerd wordt dat er labelingsverschillen optreden. Effecten op de kwaliteit van de zorg dienen onderzocht te worden.

NIVEL

CRUTCHER, J.E., M.J. BASS.

The difficult patient and the troubled physician.  
Journal of Family Practice; 11, no.6, 1980, p.933-938,  
lit.opgn.

Sommige consulten veroorzaken een aantal onplezierige reacties als schuld, boosheid, frustratie en ontevredenheid bij de arts. Deze gevoelens komen voort uit verschillende bronnen en kunnen het resultaat van de medische zorg beïnvloeden. 12 Huisartsen met dezelfde opleiding en vergelijkbare praktijklocaties onderzochten in totaal 722 spreekkamerconsulten op de aanwezigheid van deze kwellende gevoelens. Iets minder dan 30% van de consulten riep dergelijke gevoelens bij de artsen op, maar psychosociale problemen en patiënten uit de lagere sociale klassen toonden een grotere frequentie. Meer ervaren artsen hebben duidelijk minder "vervelende" consulten.

NIVEL

EPSTEIN, A., W. TAYLOR, G. SEAGE.

Effects of patients' socioeconomic status and physicians training and practice on patient-doctor communication.

American Journal of Medicine; 78, 1985, p.101-106,  
lit.opgn.

Idem no.153

FISHER, S., S.B. GROCE.

Doctor-patient negotiation of cultural assumptions.

Sociology of Health and Illness; 7, no.3, 1985, p.342-374, lit.opgn.

Het artikel onderzoekt het verband tussen normen als kenmerk van de sociale structuur en normen als interactionele prestatie. Artsen als culturele individuen delen een collectief beeld van sociale feiten over vrouwen. Door deze feiten in relatie te brengen



met de interactie die deelnemers in hun verschillende werkomgevingen hebben, is men in staat inzicht te geven in het handelen van artsen waarbij deze artsen manipuleren met culturele verworvenheden. Een gedetailleerde vergelijking van twee gevallen met dezelfde arts levert gegevens om normen rond patiënten c.q. vrouwen af te wegen tegen een culturele achtergrond van verwachtingen en vooroordelen rond vrouwen. De vergelijking laat zien hoe uiteenlopend de vooroordelen kunnen zijn en welke invloed dit heeft op de geboden hulp.

#### NIVEL

184

GRAY, J.

The effect of the doctor's sex on the doctor-patient relationship.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 32, no.236, 1982, p.167-169, lit.opgn.

De verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen en de verwachtingen die patiënten van hun dokter hebben worden onderzocht. Er worden enkele conclusies getrokken uit de voorkeuren die patiënten uitdrukken voor mannelijke en vrouwelijke artsen en uit de verschillende resultaten van consulten die door mannelijke en vrouwelijke artsen uitgevoerd zijn. De belangrijkste conclusies zijn:

1. vrouwelijke artsen en medische studentes verschillen in bepaalde opzichten van hun mannelijke tegenhangers
2. de eigenschappen die vrouwelijke artsen en vrouwen in het algemeen hebben, komen overeen met eigenschappen die patiënten bij een goede arts wensen
3. vrouwelijke patiënten willen liever een vrouwelijke arts dan mannelijke patiënten

4. het resultaat van een consult van een vrouwelijke arts verschilt van dat van een mannelijke arts; bij vrouwelijke artsen is de communicatie gemakkelijker, wordt meer tijd gegeven, worden minder medicijnen voorgeschreven en worden vrouwelijke patiënten serieuzer behandeld.

NIVEL

185

HOF, R.G. VAN 'T.

Zieke buitenlanders: de factoren "vreemd" en "bekend" in de therapie van migranten.

Medisch Contact; 39, no.42, 1984, p.1351-1352.

De buitenlanders zijn Europa binnengekomen en hebben problemen meegebracht die gelijk zijn aan die welke Europeanen vroeger zelf op te lossen hadden in den vreemde. Gepleit wordt om binnen de arts-patiënt relatie begrip te tonen voor wat er in de ander omgaat. Met andere woorden: de arts moet wat "bekend" is hanteren. Dit voorkomt communicatiestoornissen en er wordt een beter resultaat geboekt.

NIVEL

186

HOOPER, E.M., L.M. COMSTOCK, J.M. GOODWIN, J.S. GOODWIN.

Patient characteristics that influence physician behaviour.

Medical Care; 20, no.6, 1982, p.630-638, lit.opgn.

Onderzocht is of vier patiëntkenmerken (leeftijd, etnische afkomst, sexe en voorkomen) invloed uitoefenen op vijf gedragingen van de arts tegenover de patiënt (gespreksvoering, nonverbale aandacht, beleefdheid, informatieverschaffing en empathie). Tien arts-patiënt gesprekken van elk van de 15 artsen in opleiding zijn geobserveerd door een one-way-mirror. Artsen kregen een hogere waardering voor informatie-overdracht en empathie als ze met vrouwelijke patiënten spraken, voor gespreksvoering en empathie

bij Aglo-Amerikanen vergeleken met Spaans-Amerikaanse patiënten, voor gespreksvoering, nonverbale aandacht en beleefdheid bij patiënten met een goed verzorgd uiterlijk en voor beleefdheid bij oudere patiënten.

Er waren minder onderbrekingen door de huisarts bij gesprekken met vrouwen en met goed verzorgde patiënten.

Elk van de vier onderzochte patiëntkenmerken beïnvloedt het gedrag van de arts onafhankelijk van de andere drie.

De erkenning dat kenmerken van patiënten het gedrag van artsen beïnvloeden zou artsen moeten stimuleren hun gedrag te evalueren opdat alle patiënten degelijke, beleefde en empathische zorg ontvangen.

#### NIVEL

187

LIMBURG-OKKEN, A.G., J.J.M. LIMBURG.

De betekenis van somatiseren bij Marokkaanse patiënten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 126, no.20, 1982, p.892-895, lit.opgn.

Het westerse onderscheid tussen lichaam en geest wordt door Marokkanen niet op vergelijkbare wijze gehanteerd. Lichaam en persoonlijkheid vormen een geheel. Van jongs af leren Marokkanen hun bestaansredenen voornamelijk aan hun lichamelijk functioneren te ontleen. De Nederlandse maatschappij en onze gezondheidszorg versterken deze gang van zaken. De lichamelijke klacht is hun wijze van zich uiten. Kennis van de Marokkaanse traditie is noodzakelijk om met hen te kunnen spreken.

Aan het eind van het artikel wordt beschreven hoe arts en patiënt kunnen communiceren.

#### NIVEL

188

MANNEKE, A.S.

Bevalt de dokter?.

Huisarts en Wetenschap; 24, no.4, 1981, p.142-146.

De auteur vertelt over haar eigen ervaringen met artsen tijdens haar zwangerschap en bevalling. Opvallend is het gebrek aan tijd en aandacht van de artsen en hun geringe belangstelling voor de vrouw zelf als bron van informatie. De auteur gaat o.a. in op middelen waarvan de arts zich bedient om het gesprek zo kort mogelijk te houden en de redenen waarom de arts zo weinig tijd en aandacht aan de vrouw besteedt. Kan hij zich verplaatsen in de gevoelens van de patiënte of komen er bij hemzelf ongewenste emoties boven? Naast de rolverdeling arts-patiënt speelt ook de rolverdeling man-vrouw hierbij een rol. Op basis van haar eigen ervaringen komt zij tenslotte tot tien adviezen aan de heren artsen.

NIVEL

189

MEYER, M., D. PLOMPEN.

Lesbiennes en hun huisarts.

Medisch Contact; 36, no.15, 1981, p.448-451.

Ook binnen de gezondheidszorg heersen onbekenheid en vooroordelen met betrekking tot lesbische vrouwen. Om die onbekendheid en die vooroordelen te bestrijden informeerden Marjo Meijer en Dieneke Plompen, respectievelijk arts en verpleegkundig docent en beiden medewerkster van het vrouwengezondheidscentrum Amsterdam, huisartsen in Den Haag over wat lesbiennes nodig hebben van hun huisarts. Het artikel wordt afgesloten met enige eisen waaraan een goede arts voor lesbiennes moet voldoen.

NIVEL

190

SMITS, A., M. BEEK, L. LASEUR, A. HENDRIKS, M. MOKKINK.

Sekse-specifiek gedrag van de huisarts: een onderzoek naar de invloed van de sekse van de patiënt op het spreekurgedrag van de mannelijke huisarts.

Gezondheid en Samenleving; 4, no.3, 1983, p.154-160, lit.opgn.

Een analyse van gegevens bestaande uit audiotapes van 529 consulten door 56 mannelijke huisartsen. Deze zijn beoordeeld met behulp van de Prerara observatieschaal.

De sexe van de patiënt heeft een kleine, maar zichtbare invloed op het gedrag van de arts. Over het algemeen blijken de deelnemende huisartsen meer aandacht te besteden aan het informatie geven aan en ondervragen van vrouwelijke patiënten dan van mannelijke. Dit geldt vooral in de categorie patiënten van middelbare leeftijd en bij consulten die psychosociale klachten betreffen.

Het onderzoek toont bovendien aan dat mannelijke huisartsen meer psychosociale aandacht schenken aan vrouwelijke dan aan mannelijke patiënten die hen consulteren met somatische klachten. Klaarblijkelijk nemen ze in dergelijke gevallen mannelijke patiënten serieuzer. Het belang van de psychosociale aandacht die in dergelijke gevallen aan vrouwen wordt gegeven kan daarom betwijfeld worden. De resultaten van het onderzoek worden besproken tegen de achtergrond van een mogelijk sexe-stereotype verwachtingspatroon van mannelijke huisartsen. De beperkingen van het onderzoek worden genoemd en suggesties voor nader onderzoek worden naar voren gebracht.

#### NIVEL

191

TIELENS, V., M. BEEK, R. KOOPMANS.

Behandelt de huisarts vrouwen anders dan mannen?.

Huisarts en Wetenschap; 29, no.7, 1986, p.204-208, lit.opgn.

Om inzicht te krijgen in eventuele verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen van mannelijke huisartsen bij mannen en bij vrouwen, is een secundaire analyse uitgevoerd van eerder verzameld materiaal. De analyse had betrekking op 955 aan de huisarts gepresenteerde klachten, betrekking hebbend op 16 verschillende protocol-klachten, die tezamen ongeveer 45% van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit uitmaken. Er blijken nauwelijks

verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen bij mannen en vrouwen te bestaan. Voor zover er echter verschillen optreden, blijken die nagenoeg steeds in het voordeel van mannelijke patiënten. De aard van de klachten, en de leeftijd van de patiënten of artsen blijken hierop niet van invloed te zijn, evenmin als het aantal klachten per consult. Wel blijken er, onafhankelijk van de sexe van de patiënt, grote verschillen in kwaliteit tussen de afzonderlijke contacten.

#### NIVEL

192

VERBRUGGE, L.M., R.P. STEINER.

Physician treatment of men and women patients: sex bias or appropriate care?.

Medical Care; 19, no.6, 1981, p.609-632, lit.opgn.

Onderzoek naar de verschillen in medische behandeling bij verschillen in sexe en of deze verschillen in behandeling te wijten zijn aan medisch relevante factoren. Geanalyseerd werden behandelingen bij 15 hoofdcategorieën klachten en vijf specifieke klachten (vermoedheid, hoofdpijn, duizeligheid, pijn in de borst en rugpijn). Gegevens werden verkregen van de 1975 National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS). Uit analyse bleek dat medische behandeling vaak hetzelfde is voor mannen als voor vrouwen. Toch werd 30 à 40% van de vrouwen anders behandeld in die zin, dat men meer medische zorg kreeg toebedeeld. Of het verschil kwam door medische factoren is met deze gegevens moeilijk te meten. Toch wordt vaak door de gegevens de suggestie gewekt dat aan de verschillen in behandeling medische factoren ten grondslag liggen. Psychosociale factoren kunnen echter ook genoemd worden als elementen die van invloed zijn. Ten eerste zou het mogelijk kunnen zijn, dat vrouwen vaker om medische behandeling vragen, ook zou het zo kunnen zijn dat artsen meer aandacht besteden aan vrouwen omdat zij weten dat vrouwen meer tijd en geld over hebben voor een behandeling e.d. Op dit terrein liggen nog vele

vragen open, die niet door de gegevens van het NAMCS beantwoord kunnen worden. Verder onderzoek is noodzakelijk.

NIVEL

193

WEISMAN, C.S., M.A. TEITELBAUM.

Physician and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions.

Social Science and Medicine; 20, no.11, 1985, p.1119-1127, lit.opgn.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de invloed van de sexe van de arts op de arts-patiënt relatie en de resultaten daarvan. Omdat er steeds meer vrouwelijke artsen komen is onderzoek op dit gebied nu mogelijk. Dit artikel geeft een theoretische basis voor de veronderstelling dat de sexe van de arts de arts-patiënt relatie (informatie-overdracht, affectief klimaat, onderhandelingskwaliteit) en de resultaten daarvan (satisfactie, compliantie, gezondheidstoestand) beïnvloedt. De sexe van de patiënt kan deze invloed uitoefenen via drie mechanismen, t.w. sexeverschillen tussen artsen die vooral de sexerol-attitudes betreffen, verschillende verwachtingen van patiënten van mannelijke en vrouwelijke artsen en toenemende overeenkomst tussen arts en patiënt van hetzelfde geslacht in tegenstelling tot tegengestelde sexen bij arts en patiënt. Het recente onderzoek op dit gebied wordt beschreven en dit bevestigt bovenstaande vermoedens. Enkele methodologische suggesties voor nader onderzoek besluiten het artikel.

NIVEL

WHITEHOUSE, C., P. MORRIS, B. MARKS.

The role of actors in teaching communication.

Medical Education; 18, no.4, 1984, p.262-268.

Idem no.171

194

BLANCHARD, D.

Layman's terms.

Journal of the American Medical Association; 254, no.15, 1985, p.2134.

In de communicatie tussen arts en patiënt vraagt de patiënt vaak of de arts in leken termen wil spreken. Dit lijkt een goed idee, maar er kunnen problemen ontstaan betreffende het juiste begrip van de toestand van de patiënt door het verbasteren van medische termen tot leken termen. Bovendien kan een uitdrukking in de spreektaal de status van een medische of wetenschappelijke term krijgen. De communicatie tussen arts en patiënt vereist een eenduidige en accurate terminologie, die de patiënt kan begrijpen. Bovendien moeten de begrippen ook uitdrukken wat men bedoelt te zeggen. Dit wordt niet bereikt door het gebruik van leken termen, die niet exact de gezondheidsproblemen van de patiënt weergeven. En en ander wordt met voorbeelden geïllustreerd.

NIVEL

195

BOEREN, G., J. BERGSMA.

Wat zegt u me daar nou?: het gebruik van medisch-technische terminologie door de huisarts en de kennis daarvan bij zijn patiënten.

Huisarts en Wetenschap; 23, no.5, 1980, p.187-188.

Taal is een belangrijk onderdeel van de menselijke communicatie en een zekere kennis van woorden is daarbij een voorwaarde. Het gebruik door artsen van medisch-technische terminologie en de kennis daarvan bij hun patiënten is eerder onderzocht door Samora en anderen in een ziekenhuis. Het vervolgonderzoek vond plaats in een huisartspraktijk, omdat hier in



eerste instantie voor de patiënt cruciale beslissingen genomen worden. Uit de resultaten blijkt dat "men" moeite heeft met de medische terminologie. De kans op misverstand is dan ook aanwezig. Patiënten met een beperkte opleiding lopen in dit opzicht een groter risico op problemen in de communicatie.

NIVEL

196

CASELL, E.J.

Talking with patients.

Cambridge etc.: The MIT Press, 1985. 2 dln.

Dl. 1: The theory of doctor patient communication.

Dl. 2: Clinical technique.

Een uitgebreid handboek over het belang van communicatie en de verschillende theorieën en technieken die aan communicatie ten grondslag liggen. In het eerste deel wordt het theoretisch kader geschetst en in het tweede deel wordt de praktijk belicht aan de hand van vele voorbeelden. Het gebruik van de taal neemt een centrale plaats in in het boek. Schrijver geeft een analyse van taal en taalgebruik. Belangrijk bv. zijn pauzes, de toon en analyse van het gebruik van de taal van de patiënt.

(NIVEL); BIJL

197

HUDDLESTON, J., L. STIRLING.

The language of doctor and patient communication: a study of commands and requests.

Australian Family Physician; 13, no.7, 1984, p.543-544.

Een goede en efficiënte communicatie tussen arts en patiënt levert een belangrijke bijdrage tot resultaat binnen de huisartsgeneeskunde. Onderzoek naar het taalgebruik van de arts kan een bijdrage leveren tot het verbeteren van de communicatie.

Voor het onderzoek werden 300 consulten van 16 huisartsen en hun patiënten vastgelegd op videotape. De helft van de onderzoekspopulatie bestond

uit stedelingen en de andere helft uit plattelanders. Belangrijk tijdens het consult bleken de vragen en de aanbevelingen van de arts. Tijdens dit belangrijke moment zijn artsen vaak met andere dingen bezig, zoals het voorschrijven van een geneesmiddel of het beëindigen van het consult. Verder kan geconstateerd worden dat het op informele voet met de patiënt omgaan wel het kader van handelen moet zijn, maar weer nadelige invloed kan hebben op het opvolgen van de aanbevelingen van de arts. De arts moet zich niet laten verleiden tot een wat lossere houding bij de overdracht van informatie. De informatie over richtlijnen die de patiënt bij de behandeling moet volgen dient nauwkeurig te zijn, zodat de patiënt weet waar hij aan toe is en waar hij zich aan te houden heeft. Dit komt de compliantie ten goede.

(NIVEL); BIJL

198

POMA, P.A.

Accent on communication.

Journal of the American Medical Association; 253, no.4, 1985, p.506.

Redactioneel artikel. Zoals er contact gevonden moet worden met kinderen en bv. dove patiënten, moeten er pogingen gedaan worden om te komen tot communicatie met mensen die niet dezelfde taal spreken. Vooral in situaties waarin de patiënt te lijden heeft van stress, slapeloosheid, of stervende is, valt de patiënt terug, voorzover hij wel de taal van de arts spreekt, op de moedertaal. Auteur pleit ervoor om iets van de taal van etnische minderheden te leren.

NIVEL

199

SCOTT, N., M.F. WEINER.

"Patientspeak": an exercise in communication.

Journal of Medical Education; 59, no.11, 1984, pt 1, p.890-893, lit.opgn.

Een effectieve gezondheidszorg behoeft een effectieve communicatie tussen hulpverlener en patiënt. In het artikel wordt de constructie van een zogenaamde "patientspeak" woordenlijst besproken. De methode waarmee de woordenlijst is opgesteld wordt besproken. Binnen een dergelijk project worden patiënten betrokken en is het aanbevelenswaard dat medische staf en verpleegkundige staf samenwerken.

NIVEL

200

SEGALL, A., L.W. ROBERTS.

A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients.

Sociology of Health and Illness; 2, no.3, 1980, p.317-334, lit.opgn.

Een onderzoek waarin de actuele medische kennis van de patiënt wordt vergeleken met de inschatting die de arts maakt van de kennis van de patiënt. Voorts evalueert het artikel de steeds groeiende kennis over communicatie arts-patiënt. Een aantal proposities uit de bestaande literatuur wordt geschetst, waarbij gegevens van 231 patiënten en 23 artsen worden gebruikt. De betekenis en het gebruik van medische termen worden door de meeste patiënten goed begrepen, terwijl de arts over het algemeen de patiënt onderschat. Tenslotte worden in het onderzoek verschillende conceptuele en methodologische problemen geïnventariseerd die nog een oplossing behoeven om meer inzicht te krijgen in de communicatie arts-patiënt.

(NIVEL); BIJL

201

SPIRO, D., F. HEIDRICH.

Lay understanding of medical terminology.

Journal of Family Practice; 17, no.2, 1983, p.277-279, lit.opgn.

166 Patiënten van een huisartsgeneeskundige praktijk zijn geïnterviewd over het begrijpen van de termen als hypertensie, virus, herpes, tumor, pap, smear en uterus. Er werden veel fouten gemaakt onder patiënten van alle leeftijden en opleidingsniveaus, alhoewel een positieve correlatie is gevonden tussen opleiding en kennis. Uit het onderzoek blijkt dat de arts steeds na moet gaan of de patiënt de termen tijdens het consult wel begrijpt.

NIVEL

202

WAITZKIN, H.

Information giving in medical care.

Journal of Health and Social Behavior; 26, no.2, 1985, p.81-101, lit.opgn.

Het geven van informatie is van cruciaal belang binnen de gezondheidszorg. Het onderzoek analyseert twee hypothesen, t.w.:

- artsen mogen informatie achterhouden en onzekerheden handhaven ter bescherming van de arts-patiënt relatie
- op klasse gebaseerde sociolinguïstische verschillen in taalgebruik kunnen leiden tot storingen in de informatie-overdracht.

336 Consulten zijn geanalyseerd, waaruit bleek dat artsen weinig tijd besteden aan het informeren van de patiënt. Artsen overschatten deze tijd en onderschatten de informatiebehoefte bij de patiënt. Een contingentie-tabel associeert de informatie-overdracht met gegevens betreffende de arts, de patiënt en situationele aspecten. De resultaten laten geen duidelijke relatie zien tussen het achterhouden van informatie en de behoefte aan gezag. De op klasse gebaseerde taalkundige verschillen blijken een belangrijke storing in de communicatie op te leveren.

NIVEL

## 6. COMMUNICATIE BIJ SPECIFIEKE PROBLEMEN

### 6.1 PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN SOMATISCHE FIXATIE

203

ADLER, G.

Current concepts in psychiatry: the physician and the hypochondriacal patient.

New England Journal of Medicine; 304, no.23, 1981, p.1394-1396.

Dit artikel handelt over de hypochondrische patiënt. Voor deze patiënten is de relatie met de arts zeer belangrijk; zorgen over lichamelijke symptomen worden de belangrijkste weg tot communicatie. Vaak is het moeilijk voor de arts om de patiënt te helpen. Het gedrag van de patiënt is vaak veeleisend en aanhoudend met openlijke of nauwelijks bedekte boosheid.

Huidige of vroegere artsen worden beschuldigd van onvolwaardige diagnose en zorg. De gevoelens van de artsen zijn vaak even intens en kunnen onder meer opzettelijke of onbewuste pogingen zijn om de patiënt die weinig constructief gebruik van de arts maakt, kwijt te raken.

NIVEL

204

BAUGHAN, D.M., D. REVICKI, L.Z. NIEMAN.

Management of problem patients with multiple chronic diseases.

Journal of Family Practice; 17, no.2, 1983, p.233-239.

Artsen in opleiding in een huisartsgeneeskundig programma van de universiteit beschouwden patiënten met diabetes mellitus, hypertensie en obesitas als probleempatiënten.

De meningen van de artsen in opleiding zijn vergeleken met informatie van een chart audit. Een vragenlijst van de artsen schetst de doelstellingen, obstakels en strategieën die samenhangen met de omgang met deze patiënten en geeft de mening van de aanstaande artsen over de verwachtingen van de patiënt weer. De resultaten geven een verschuiving van de nadruk van de probleempatiënt naar de problematische arts-patiënt relatie en brengen verbeterde strategieën voort.

NIVEL

CRUTCHER, J.E., M.J. BASS.

The difficult patient and the troubled physician.

Journal of Family Practice; 11, no.6, 1980, p.933-938, lit.opgn.

Idem no.182

205

EIJK, J. VAN, M. BEEK.

Gestörte Kommunikation: Über die Prozesse somatischer Fixierung und die Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Praktische Arzt; 20, no.9, 1983, p.674-688, lit.opgn.

Als resultaat van een jarenlang durend onderzoek naar de effecten van de medische verzorging in enkele praktijken, is een theorie over het proces van somatische fixatie ontworpen. Volgens deze theorie ontstaat somatische fixatie geleidelijk doordat mensen die er ontvankelijk voor zijn door het voortdurend eenzijdig benadrukken van het somatische aspect van een ziekte door de arts van het medische verzorgingssysteem afhankelijk worden. Aan dat proces nemen niet alleen de patiënt en de mensen uit zijn omgeving deel, maar ook de vertegenwoordigers van de medische zorg, met name de huisarts. Het proces van somatische fixatie voltrekt zich namelijk tijdens het contact tussen arts en patiënt. In dit artikel wordt daarom dieper ingegaan op de arts-patiënt

relatie. Allereerst worden enige belangrijke aspecten van de systeem- en communicatietheorie uiteengezet.

NIVEL

206

EIJK, J. VAN.

Medicalisering vanuit huisartsgeneeskundig perspectief. *Metamedica*; 60, no.12, 1981, p.438-451, lit.opgn.

Na een inleiding wordt een model voor het ontstaan van somatische fixatie beschreven. De processen van somatische fixatie verlopen via de interne en externe kringloop; op beiden wordt dieper ingegaan. Het proces van somatische fixatie verloopt tevens via de arts-patiënt relatie. De huisarts speelt hierin de eerste rol, en kan preventief optreden bij somatische fixatie. Tenslotte worden enkele problemen genoemd die de preventie van somatische fixatie in de weg staan.

NIVEL

207

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (IV): some special problems.

*British Medical Journal*; 281, no.6247, 1980, p.1056-1058, lit.opgn.

In dit laatste artikel in een serie van vier wordt aandacht besteed aan communicatieproblemen, met name problemen in de communicatie als de arts te maken krijgt met patiënten met een fatale ziekte. Naast deze categorie patiënten komen aan de orde:

- Buitenlanders. Hierbij gaat het voornamelijk om taalproblemen en problemen die te maken hebben met de verschillende referentiekaders.
- Dove patiënten.
- Patiënten met een geestelijke handicap.
- Patiënten die denken dat ze ziek zijn.

Bij alle categorieën geeft de auteur advies ten aanzien van het oplossen van communicatieproblemen. Een centrale plaats neemt de geruststelling in.

NIVEL

208

GROL, R.P.T.L.M. (red.).

Huisarts en somatische fixatie: theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie.

Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981. 246p., lit.opgn.

Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983. 180p., lit.opgn.

B 298

B 1050

Het boek is resultaat van jarenlange studie over ziekte en over preventie van onnodig ziek zijn. De ene mens is meer ziek dan de andere, hetgeen samen blijkt te hangen met de groep waarin men opgroeit. Ziektegedrag wordt doorgegeven. Dit gegeven inspireerde de onderzoekers om pogingen in het werk te stellen dit ziektegedrag te veranderen. Er wordt terug gegrepen op de uitspraak dat arts en patiënt samen de ziekte maken en dat hierbij sprake is van wederzijdse beïnvloeding en dikwijls een proces van loven en bieden. De huisarts speelt hierbij een cruciale rol. In het boek wordt o.a. aandacht besteed aan processen van somatische fixatie in de huisarts-patiënt interactie, de informatie-uitwisseling, het delen van de patiënt in de verantwoordelijkheid, de structuur van de relatie huisarts-patiënt en dergelijke.

NIVEL

209

HESZEN-KLEMENS, I., E. LAPINSKA.

Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment.

Social Science and Medicine; 19, no.1, 1984, p.9-18, lit.opgn.



Doel van het onderzoek is om het hele scala van het gezondheidsgedrag van de patiënt onder de loep te nemen in relatie met de interactie tussen arts en patiënt, en met het resultaat van de behandeling. Het directe effect van de arts-patiënt relatie wordt eveneens onderzocht. De analyse geschiedt door middel van taperecording. Conclusie is dat het directief gedrag van de arts, de affectieve houding van de arts, de activiteiten van de patiënten zelf en partnership van de patiënt effect hebben op het gezondheidsgedrag van de patiënt. Deze relatie is zelfs sterker waar het de mate van compliantie betreft, zeker als het een zeer actieve patiënt betreft. Het onderzoek is gedaan vanuit de gezichtshoek van de psychosomatische geneeskunde.

NIVEL

210

HÖPPENER, A.P.J., P. DU JOUR.

Functionele klachten 1: definitie, incidentie, aspecten.

Medisch Contact; 38, no.26, 1983, p.790-792, lit.opgn.

Hoe ga je als arts om met een patiënt die zegt "wat te voelen" maar die volgens jou toch "niets heeft" om het maar eens gewoon te zeggen? Over deze patiënten schreven de auteurs een tweetal artikelen. In bijgaande eerste beschouwing gaan zij in op de definitie van functionele klachten, hun incidentie en enkele aspecten die van belang kunnen zijn voor het omgaan met patiënten met zulke klachten.

NIVEL

211

HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DEN HOOGEN, A.T. VAN DE LOGT, A.J.A. SMITS.

Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk (II): diagnostisch en therapeutisch beleid.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 128, no.29, 1984, p.1372-1376, lit.opgn.

De consequenties van de resultaten van het onderzoek naar nerveus-functionele klachten voor het diagnostische en therapeutische beleid van de (huis)arts worden besproken.

Bij de diagnostiek is de anamnese van het grootste belang; daarbij dient men niet alleen in te gaan op de aard van de klachten, maar vooral ook op de beleving en de betekenis van de klachten voor deze patiënt en op de wijze waarop deze en zijn omgeving hiermee omgaan. Als de patiënt de samenhang tussen zijn klachten en een psychosociale oorzaak ontdekt, verdwijnen de klachten dikwijls. Verwijzing naar specialisten kan een averechts effect hebben. De meeste klachten gaan vanzelf over, maar bij een minderheid van de patiënten ontwikkelt zich een chronisch klachtenpatroon. Bij deze patiënten ontstaan dikwijls ongunstige interacties in de arts-patiënt relatie. Het is niet realistisch te verwachten deze patiënten te kunnen genezen door ze te laten veranderen. Eerder zal de verwachting en instelling van de arts moeten veranderen. Deze zal moeten leren deze patiënten te aanvaarden zoals zij zijn, inclusief hun chronische klachten. Pas dan zal hij hen kunnen helpen te leren leven en omgaan met hun klachteneigigheid.

NIVEL

212

KLUSZMANN, R.

Ärztliches Gespräch und psychosomatische Diagnostik.  
Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.12, 1983,  
p.686-690, lit.opgn.

In toenemende mate wordt duidelijk dat de psychosomatiek bij de beoordeling van zieken moet worden betrokken. De psychologische aspecten moeten niet worden toegevoegd aan het ziektebeeld, maar ermee geïntegreerd worden. Als de arts geen aandacht schenkt aan de psychologische aspecten die vaak verscholen zijn achter een organische ziekte, dan

zoekt de patiënt naar andere behandelingsmogelijkheden, zoals een zelfhulpgroep of psycholoog. Onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer de helft van de patiënten die de arts bezoeken een of andere vorm van psychotherapie behoeft. In hoeverre kan de huisarts aan deze vraag voldoen? De huisarts is de ideale persoon om de patiënt te helpen, want hij heeft een continue vertrouwensrelatie met de patiënt en kent diens sociale achtergrond. Dit artikel gaat in op het psychosomatisch-diagnostische gesprek in de huisartspraktijk.

NIVEL

213

LAMBERTS, H., B. HARTMAN.

Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: 1. gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject.

Huisarts en Wetenschap; 25, no.9, 1982, p.333-342, lit.opgn.

Probleemgedrag is niet meer weg te denken uit de huisartsgeneeskunde. De tijd dat vanuit de klinische sfeer de betekenis van psychosociale factoren met nauw verholen geringschatting werd afgedaan, lijkt voorbij. Mensen die kampen met psychische of sociale problemen, vinden in Nederland bij hun huisarts in principe niet alleen een gewillig, maar ook een professioneel oor. Over de inhoud en aard van het huisartsgeneeskundig handelen bij deze problemen is echter nog te weinig informatie beschikbaar.

In deze bijdrage wordt verslag uitgebracht van een onderzoek naar het voorkomen van psychische en sociale problemen ("probleemgedrag") bij 16.863 mensen die gedurende twee jaar onafgebroken hebben behoord tot acht praktijken van negen aan het monitoringproject deelnemende huisartsen. We spreken van probleemgedrag, wanneer tijdens het contact tussen patiënt en huisarts expliciet wordt gesproken over leefproblemen van de patiënt, terwijl het voor beiden duidelijk is dat het om psychische of sociale

problemen gaat, en niet om een ziekte of ziektegedrag.

Met behulp van discriminantanalyse is onderzocht in welke mate psychische en sociale problemen samenhangen met voor de huisarts beschikbare achtergrondgegevens. Verreweg de belangrijkste samenhang bestaat met het aantal huisarts-patiënt contacten in ieder jaar. Daarnaast spelen variabelen als geslacht, leeftijd, de persoon van de huisarts, verzekeringsvorm en een aantal aspecten van de gezinsstructuur een meer of minder ondergeschikte rol. Het aantal arts-patiënt contacten in een jaar is slechts in beperkte mate uit de overige beschikbare achtergrondinformatie te voorspellen.

NIVEL

214

LAMBERTS, H., B. HARTMAN.

Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk: 2. een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject.

Huisarts en Wetenschap; 25, no.10, 1982, p.376-388, lit.opgn.

In het vorige artikel is het voorkomen van probleemgedrag in negen huisartspraktijken beschreven. In dit tweede artikel wordt hierop meer gedetailleerd ingegaan en wordt het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag geanalyseerd. Tussen de deelnemende huisartsen blijken aanzienlijke verschillen te bestaan, die niet kunnen worden toegeschreven aan verschillen tussen de praktijkpopulaties; ook de persoon van de huisarts speelt kennelijk een belangrijke rol. Het doet er voor de patiënt dus wel degelijk toe hoe de huisarts zijn problemen labelt. In de relatie tussen het aantal contacten per jaar en het bespreken van psychische en sociale problemen spelen twee mechanismen een rol: probleemgedrag leidt tot herhalingscontacten en mensen met veel contacten bespreken vaak een leefprobleem met de huisarts. Voor de verschillende psychische problemen bestaan min of meer karakteristieke patronen van

huisartsgeneeskundig handelen, o.a. psychotherapie, psychofarmaca. Bij sociale problemen blijkt dat de huisarts relatief vaak stelselmatig met de patiënt over het probleem spreekt. Er wordt weinig verwezen naar de tweede lijn. Bij verwijzingen binnen de eerste lijn vervult de maatschappelijk werker een centrale rol.

NIVEL

215

MOKKINK, H., A. SMITS, R. GROL.

Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.35-50, lit.opgn.

In dit artikel wordt de ontwikkeling beschreven van een observatie-instrument ter beoordeling van het handelen van de huisarts, vooral wat betreft het preventieve omgaan met processen van somatische fixatie. Het instrument is dan ook PREVARA genoemd, een afkorting van PREventieve VAardigheden van de huisArts. In het kort worden vier vaardigheden beschreven, die de grondslag van het observatie-instrument vormen:

1. de vaardigheid om gericht en systematisch te handelen
2. het somatisch handelen
3. het psychosociaal handelen
4. het hanteren van de huisarts-patiënt relatie.

Het gebruiksdoel van het instrument is tweeledig: toepassing in het huisartsgeneeskundig onderwijs en onderzoek. Om de bruikbaarheid ervan te beoordelen, wordt uitvoerig aandacht geschonken aan enkele methodologische aspecten van het instrument. Voorlopige conclusie: de betrouwbaarheid is matig, maar de uitgevoerde analyses leveren enkele aanbevelingen op om hieromtrent verbeteringen aan te brengen.

NIVEL

POST, D.

Hoofdpijn en de huisarts-patiënt relatie.

Medisch Contact; 24, no.1, 1981, p.9-12, lit.opgn.

Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat een goede huisarts-patiënt relatie van essentieel belang is bij de behandeling van hoofdpijnpatiënten. Aan de hand van een praktijkvoorbeeld wordt ingegaan op de subject-object relatie en de subject-subject relatie; deze laatste wordt getypeerd als een ik-jij relatie in de betekenis die daaraan gegeven is door de filosoof Martin Buber. Deze relatie veronderstelt communicatie, zowel verbaal als nonverbaal. De inhoud en aard van deze communicatie worden besproken, evenals de sociaal-culturele aspecten die daarbij een rol spelen. Geconcludeerd wordt, dat het voor de behandeling van een patiënt met klachten die geen lichamelijke oorzaak hebben, belangrijk is dat zo'n subject-subject relatie ontstaat.

NIVEL

RAYNES, N.V., V. CAIRNS.

Factors contributing to the length of general practice consultation.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 30, no.217, 1980, p.496-498, lit.opgn.

Tien huisartsen die deelnamen aan een onderzoek van huisartsconsulten, toonden significante verschillen in de tijd die ze aan hun consulten besteed hadden. Demografische kenmerken van de patiënten droegen hiertoe weinig bij. Consulten waarin een psychologische diagnose gesteld werd, waarin arts en patiënt aandacht schonken aan psychosociale factoren en consulten waarin psychotrope medicamenten werden voorgeschreven, namen meer tijd in beslag.

NIVEL

TERSTEGGE, M.

Huisarts en relatieproblemen: gesprekken met huisartsen over eerstelijns hulpverlening bij relatieproblemen.

Zeist: Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), 1982. 187p., lit.opgn.

R 1303

De vraag naar de rol van de huisarts bij psychosociale hulpverlening, in casu hulpverlening bij relationele problematiek, vormt het uitgangspunt van het onderzoeksverslag. Het blijkt dat huisartsen in hun praktijk veelvuldig en in toenemende mate te maken hebben met patiënten met psychosociale problemen. De mate waarin een huisarts met deze problemen geconfronteerd wordt lijkt onder meer afhankelijk te zijn van zijn persoonlijke houding en instelling. Door een bepaalde opstelling tijdens spreekuurcontacten kunnen problemen die zich min of meer onder de oppervlakte bevinden van hetgeen direct gepresenteerd wordt, aan het licht komen. Een bepaalde persoonlijke opstelling van de huisarts kan echter verhinderen dat er over andere zaken gesproken wordt dan de patiënt zelf te berde brengt. De geïnterviewde huisartsen waren allen zeer gemotiveerd, in die zin dat ze het als hun taak beschouwen om onderliggende problemen, voor zover deze verband kunnen hebben met de lichamelijke klacht, aan de orde stellen. Problemen die men ervaart bij de communicatie worden echter veelal toegeschreven aan de weerstand van de patiënt. Slechts enkelen brengen hun gevoelens van falen, gefrustreerd-zijn en machteloosheid in verband met hun eigen onvermogen om adequaat op de patiënt te kunnen ingaan. Het wordt als zeer moeilijk ervaren de patiënt te confronteren met de achtergronden van zijn klachten. Een belangrijke reden lijkt te zijn het gebrek aan psychologische kennis en gesprekstechnische vaardigheden. De psycholoog kan hierbij in de eerste lijn een belangrijke bijdrage leveren tot verbetering van de zorg.

NIVEL

TÖNIES, H.

Beratung bei Partnerhaftskrisen.

Allgemeinmedizin International; 10, no.1, 1981, p.15-18.

Idem no.121

219

VERHAAK, P.F.M.

Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek.

Utrecht: NHI, 1983. 95p., bijln., lit.opgn.

R 1604

Verslag van een onderzoeksproject, dat zich toespitst op de enorme verschillen die tussen artsen gevonden worden in het waarnemen en behandelen van psychosociale problematiek. In dit project wordt nagegaan in hoeverre deze verschillen zijn terug te voeren op arts- en praktijkkenmerken als taakopvatting, attitude, gespreksstijl, praktijkorganisatie, praktijkgrootte, praktijklokalisatie, etc. Aan de orde komen onder meer verwachtingen van patiënten en artsen t.o.v. elkaar en de arts-patiënt interactie gedurende het consult.

Zie ook no.220.

NIVEL

VERHAAK, P.F.M.

Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk: een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen.

Utrecht: NIVEL, 1986. 257p., lit.opgn.

B 19

Idem no.103

220

VERHAAK, P.F.M.

Variations in the diagnoses of psychosocial disorders: a general practice observation study.

Social Science and Medicine; 23, no.6, 1986, p.595-604, lit.opgn.



Factoren die van invloed zijn op de interpretatie en de behandeling van psychosociale problemen door huisartsen worden in het artikel bediscussieerd. Binnen de groep huisartsen is een grote interdokter-variantie te vinden ten aanzien van het benoemen van psychologische en sociologische factoren achter een somatische ziekte. Onderzoek is gedaan naar kenmerken van huisartsen en hun communicatiestijl in relatie met het herkennen van psychosociale problemen. Het blijkt dat als een arts op een open wijze communiceert met de patiënt meer klachten worden geïnterpreteerd als zijnde "niet-somatisch" en als zodanig worden behandeld. Hetzelfde is het geval bij artsen met een "algemeen medische" benadering, in tegenstelling tot degenen met een klinische benadering. Het effect op de behandeling is minder merkant. Praktijkenmerken en het subjectieve gevoel van competentie bij de huisarts hebben grotere consequenties voor de behandeling.

Zie ook no.219.

NIVEL

6.2 SLECHT-NIEUWS-GESPREKKEN, CHRONISCH ZIEKEN EN TERMINALE ZORG

ANDERSON, J.L.

Communicating with terminal cancer patients.  
Patient Counselling and Health Education; 2, no.1,  
1980, p.28-31, lit.opgn.

Idem no.147

221

BOERMA, W.G.W.

Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra.  
Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982. 81p.,  
bijln., lit.opgn.  
R 1347

Het rapport is een verslag van een onderzoek naar de hulpverlening van huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten in gezondheidscentra aan stervenden en rouwenden. Huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben een ruime taakopvatting. Afgezien van het regelen van materiële zaken rekenen zij vrijwel alle aspecten van stervensbegeleiding tot hun taak. Een aantal van deze taken willen zij ook blijven doen als de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen, vooral taken die niet specifiek medisch of verpleegkundig zijn: helpen bij de beslissing waar te sterven, troost en steun geven, het vertellen van de waarheid over de ziekte, stokkende communicatie op gang brengen e.d. Het blijkt dat met name op het gebied van de psychosociale hulpverlening de taken niet duidelijk zijn afgebakend binnen de verschillende disciplines.

NIVEL

BRUNSCHOT, C.J.M. VAN, H.M.J. VERBUNT, J.F.A. PRUYN,  
H.W. VAN DEN BORNE.

De huisarts in de begeleiding van kankerpatiënten.  
Tilburg: IVA Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk  
Onderzoek van de katholieke Hogeschool Tilburg, 1984.  
74p., lit.opgn.

R 1849

Onderzoek naar de rol en betekenis van de huisarts in de begeleiding van kankerpatiënten. Er wordt in dit rapport naar gestreefd om antwoord te geven op de volgende vier vragen:

1. Welke rol en betekenis heeft de huisarts (gehad) voor de kankerpatiënten die aan het onderzoek hebben deelgenomen?
2. Welke patiënten gingen tijdens of na hun behandeling met de huisarts over de ziekte praten?
3. Welke patiënten ontvingen belangrijke informatie van de huisarts?
4. Welke patiënten ontleenden belangrijke steun aan het praten met de huisarts?

Dit onderzoek richt zich op de eigenschappen en ervaringen van de kankerpatiënten. Er kan niet beschikt worden over gegevens met betrekking tot kenmerken van de huisartsen der geïnterviewde patiënten.

#### NIVEL

BURNFIELD, A.

Doctor-patient dilemmas in multiple sclerosis.  
Journal of Medical Ethics; 10, no.1, 1984, p.21-26,  
lit.opgn.

De auteur beschrijft zijn antwoord op het hebben van Multiple Sclerosis (MS). Ook gaat hij in op de psychosociale aspecten van de ziekte in een bredere context. Tijdens het stellen van de diagnose staat de patiënt-arts relatie onder grote druk. Ingegaan wordt op de mogelijkheden van de arts om met het verdriet van de familie om te gaan. Tevens wordt het

ethische aspect belicht van het vertellen van de waarheid aan de patiënten. Auteur gaat ervan uit dat de volle waarheid verteld moet worden, waardoor MS-patiënten voor hun eigen zorg verantwoordelijk kunnen zijn.

(NIVEL); BIJL

224

BURNFIELD, A.

Improving the doctor-patient relationship in multiple sclerosis.

Update; 31, no.7, 1985, p.551-555.

Patiënten met multiple sclerosis zijn vaak ontevreden over hun artsen, terwijl artsen het gedrag van sommige patiënten en hun verwanten niet begrijpen. De auteur analyseert in het artikel de emotionele aspecten van multiple sclerosis en de factoren die hierbij de arts-patiënt relatie kunnen beïnvloeden.

NIVEL

FLETCHER, C.

Listening and talking to patients (IV): some special problems.

British Medical Journal; 281, no.6247, 1980, p.1056-1058, lit.opgn.

Idem no.207

225

GENDERS-BAZELMANS, J.

De huisarts en de vrouw met een knobbeltje in haar borst: communicatie in het teken van de angst.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.6, 1983, p.223-226, lit.opgn.

In de psychologische literatuur over borstkanker wordt vrijwel alleen aandacht geschonken aan de in emotioneel opzicht negatieve gevolgen die het lijden aan kanker en het ondergaan van de therapie met zich kunnen meebrengen. Te weinig tijd wordt geschonken aan de periode die voorafgaat aan het stellen van de

diagnose. Dit is opmerkelijk, aangezien diverse onderzoekers hebben vastgesteld dat het merendeel van de borstkankerpatiënten deze periode beleeft als de meest angstige en onzekere tijd van de hele behandeling. Geen enkele patiënte en geen enkele arts is gelijk aan een ander en pasklare richtlijnen zijn dus niet mogelijk. In feite is zelfs elk contact tussen een patiënte en haar huisarts een unieke op zichzelf staande situatie. De wijze waarop zij reageert op het ontdekken van een afwijking in haar borst, is het uitgangspunt voor de opvang door de gene die zij consulteert. Kennis van de subjectieve beleving van de situatie door de patiënte is dus van het allergrootste belang.

#### NIVEL

#### GESLAAGDE.

Geslaagde proefkursus relatie chronische patiënt-huisarts.

Nieuwsbrief 2000; 14, no.9, 1985, p.6-7.

Idem no.154

226

GEUE, B.

Gesundheitsbildung in der ärztlichen Praxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no.35/36, 1985, p.1277-1282, lit.opgn.

De welvaartsstaat heeft een verandering teweeg gebracht met betrekking tot de meest voorkomende ziektebeelden. In het algemeen is er een tendens zichtbaar in de richting van chronische ziekten. Dit heeft mede consequenties voor de relatie arts-patiënt. In de plaats van eenzijdig pathologisch georiënteerde benaderingen en een passieve houding van de patiënt ten aanzien van zijn eigen gezondheid zal de nadruk verlegd dienen te worden naar een sociobiografische anamnese, een socioculturele pathogenese, naar het individu als geheel en naar activering van de patiënt de verantwoordelijkheid voor eigen leven en gezondheid op zich te nemen. In deze

"Gesundheitsbildung" speelt de diëtetiek een belangrijke rol.

NIVEL

227

GREENWALD, H.P., M.C. NEVITT.

Physician attitudes toward communication with cancer patients.

Social Science and Medicine; 16, no.6, 1982, p.591-594, lit.opgn.

Een onderzoek onder "kanker-gerichte" artsen bracht significante verschillen in de houding tot communicatie met de kankerpatiënten aan het licht.

De attitude varieerde naar specialisme, het aantal jaren ervaring die men heeft en zekere kenmerken van de praktijk.

(NIVEL); BIJL

228

HOY, A.M.

Breaking bad news to patients.

British Journal of Hospital Medicine; 34, no.2, 1985, p.96-99, lit.opgn.

AB

MENDEZ, A., J.A. SHYMANSKY, M. WOLRAICH.

Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information.

Medical Education; 20, no.5, 1986, p.437-443, lit.opgn.

Idem no.116

229

PISARSKI, W.

Sterbenden ein Begleiter sein.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 59, no.12, 1983, p.691-695, lit.opgn.

Vaak bestaat het gevoel bij stervenden van "alleen gelaten zijn". De auteur gaat stap voor stap in op het proces dat een patiënt afloopt vanaf het moment

dat hij hoort dat hij ongeneeslijk ziek is tot het sterven zelf. De gespreksvoering tussen arts en patiënt komt uitgebreid aan de orde.

NIVEL

230

PREMI, J.N.

Communicating bad news to patients.

Canadian Family Physician; 27, mei 1981, p.837-841, lit.opgn.

Het artikel bespreekt literatuur over de arts-patiënt relatie, waarbij de nadruk wordt gelegd op "slecht-nieuws-gesprekken". De beschikbare gegevens ondersteunen de veronderstelling dat patiënten meer informatie verwachten, dan wordt gegeven. Artsen blijken een minder professionele houding te hebben ten aanzien van communicatievaardigheden dan ten opzichte van medische probleemoplossing. Enige strategieën hoe deze problematiek te benaderen worden gegeven.

NIVEL

231

ROSSER, J.E., P. MAGUIRE.

Dilemmas in general practice: the care of the cancer patient.

Social Science and Medicine; 16, no.3, 1982, p.315-322, lit.opgn.

Recent onderzoek naar de zorg die aan kankerpatiënten wordt verleend heeft substantiële tekortkomingen aan het licht gebracht, zowel in de onderkenning van problemen als in de hulp die aan patiënten en hun gezin wordt verleend. Hoewel er naar verklaringen voor deze tekortkomingen is gezocht, wordt in het algemeen aangenomen dat ze te wijten zijn aan de onwetendheid van de artsen ten aanzien van de problemen die dergelijke gezinnen hebben. In het artikel, dat de nadruk legt op huisartsen, wordt geponeerd dat deze tekortkomingen in de zorg niet alleen

voortkomen uit onwetendheid, maar ook uit het conceptuele en structurele kader waarin artsen werken. Huisartsen die binnen zo'n kader werken ervaren aanzienlijke twijfel bij beslissingen over de zorg en de behandeling. In het artikel wordt gesteld dat expliciete erkenning van deze twijfel een noodzakelijke voorwaarde is voor aanbevelingen ter verbetering van de zorg.

NIVEL

232

SANKAR, A.

Out of the clinic into the home: control and patient-physician communication.

Social Science and Medicine; 22, no.9, 1986, p.973-982, lit.opgn.

Verslag van een onderzoek naar het belang van de thuissituatie van de patiënt voor de relatie en communicatie arts-patiënt. Met name is dit van belang bij chronische patiënten. Laboratoriumtests kunnen immers geen uitsluitsel geven over sociale, psychologische en omgevingsfactoren op de ziekte. Bezien wordt het verband tussen (gebrek aan) informatie en (het verlies van) controle van de arts over de patiënt, de consequenties voor het werk van de arts en de kwaliteit daarvan. Met praktijkvoorbeelden.

NIVEL

233

SIDERIS, D.A., P. TSOUNA-HADJIS, S.T. TOUMANIDIS, P.E. VARDAS, S.D. MOULOPOULOS.

Attitudinal educational objectives at therapeutic consultation: measures of performance, educational approach and evaluation.

Medical Education; 20, no.4, 1986, p.307-313, lit.opgn.

Het artikel is een verslag van een onderzoek onder 25 artsen die chronische patiënten therapeutische instructies moeten overbrengen. Er wordt gelet op de wijze waarop de arts de informatie overbrengt en de



communicatie tussen artsen en patiënten. Een tot en met drie maanden later wordt de compliantie van de patiënten onderzocht. Deze is afhankelijk van de communicatie tussen arts en patiënt en niet van de individuele patiënt. Na een cursus, die bestaat uit discussies over op band opgenomen consulten, verbetert het gedrag van de arts wat betreft effectieve communicatie met de patiënt. Ook de compliantie van de patiënten neemt daarmee toe.

NIVEL

234

SPREEUWENBERG, C.

The general practitioner and terminal care.

Allgemeinmedizin International; 10, no.1, 1981, p.11-14, lit.opgn.

Het onderwerp van dit onderzoek is de kwaliteit van de zorg voor terminale patiënten door de huisarts. Allereerst zijn alle consulten van 41 patiënten die in een jaar overleden zijn geregistreerd. Een theoretisch concept over de attitude van de arts, de arts-patiënt relatie en de termen "contra-subject" en "persoonlijk sterven" is uitgewerkt. Tenslotte zijn er 30 diepgaande gesprekken met huisartsen gevoerd over hun recent overleden patiënten. In de gesprekken werden de volgende onderwerpen naar voren gebracht: omgaan met pijn, angst, depressie, existentiële problemen, euthanasie, het vaststellen van de plaats van het sterven en de aandacht voor de naaste familie en hun rol in de zorg voor stervenden en verder de samenwerking met specialisten, wijkverpleegkundigen en de priester. Het belangrijkste aspect was, dat de basishouding van de arts invloed heeft op alle aspecten van zijn gedrag. Veel artsen ervaren moeilijkheden bij het zoeken naar een evenwicht tussen formaliteit en betrokkenheid.

NIVEL

SPREEUWENBERG, C.

Huisarts en stervenshulp: een exploratief onderzoek naar de stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt.

Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981. 470p., lit.opgn.

B 362

De schrijver, zelf huisarts, heeft vanuit zijn eigen achtergronden en ervaringen met stervenden eerst nagedacht over de ideale vorm van stervenshulp. Centraal staat hierbij dat de medische hulpverlening de mens in staat moet stellen mens te zijn. De stervenshulp moet gericht zijn op het geëigend sterven van de patiënt. In het onderzoek speurt de schrijver naar verbanden, bv. tussen enerzijds de grondhouding, leeftijd, geloofsopvatting en het praktijkgebied van de huisarts en anderzijds zijn wijze van stervenshulp of de mate waarin de patiënt zijn sterven als een geëigend sterven kan beleven. Er wordt gelet op de wijze waarop de huisarts omgaat met pijn, angsten, opstandigheid en depressies, het informeren over de aard van de ziekte, het geloof en de vraag om euthanasie. Tevens wordt gelet op zijn voorafgaande relatie met de patiënt, op zijn plaats in ons gezondheidszorgsysteem en op zijn relatie met de andere gezins- en familieleden. In het kader van deze bibliografie zijn vooral hoofdstuk 3, 5, 8 en 12 van belang.

NIVEL

THONE, L.

De huisarts en zijn stervende patiënt.

Huisarts nu; 15, no.9, 1986, p.493-498.

In het artikel wordt besproken in hoeverre het mogelijk is de persoonlijkheid van de patiënt, die van de (huis)arts en de kwaliteit van de arts-patiënt relatie in te zetten om de realiteit van de dood onder ogen te zien of tenminste bespreekbaar te maken. De auteur gaat hierbij uit van de ideeën van

Balint. Onderwerpen die in het artikel aan de orde komen zijn:

- de stervende patiënt staat "centraal"
- hoe bepaalt de arts hoe groot de draagkracht van de patiënt is?
- welke criteria zal de huisarts hanteren om de situatie op een efficiënte wijze in handen te houden?

De auteur komt tot de slotsom dat de zorg voor de terminale patiënt binnen het takenpakket van de huisarts hoort, en dat de kwaliteit van de arts-patiënt relatie van eminent belang hierbij is. Verstoppertje spelen is niet de goede weg, wel het vertrouwen geven aan de patiënt dat, ondanks dat er geen remedie is, de arts zorg blijft dragen voor de patiënt.

#### NIVEL

237

TODD, C.J., A.W. STILL.

Communication between general practitioners and patients dying at home.

Social Science and Medicine; 18, no.8, 1984, p.667-672, lit.opgn.

Half-gestructureerde interviews, afgenomen bij vier huisartsen en enkele van hun terminale patiënten, werden uitgewerkt om te onderzoeken hoe artsen de problemen oplossen bij de "slecht-nieuws-gesprekken", die zij met deze patiënten hebben. Drie van de artsen gaven er de voorkeur aan geen expliciete informatie te geven of te praten over wat de patiënt te wachten stond, zelfs als zij zich realiseerden dat de patiënt wist dat hij stervende was. Er werden door de artsen verschillende vormen van copinggedrag ontwikkeld. De onderzoekers interpreteren dit gedrag als een poging om binnen het raamwerk te blijven van regels en codes van het traditionele rolpatroon tussen arts en patiënt; een raamwerk waarbinnen het bedreigend is voor de arts om hulpeloosheid ten toon te spreiden. De vierde arts vertelde de patiënt wel over de uitkomst van de ziekte, en bespreek het

probleem en hoe ermee om te gaan. Zijn rol van genezer heeft hij uitgebreid tot en met de terminale patiënt.

NIVEL

WOLRAICH, M., M. ALBANESE, S. REITER-THAYER, W. BARRATT.

Teaching pediatric residents to provide emotionladen information.

Journal of Medical Education; 56, no.5, 1981, p.438-440, lit.opgn.

Idem no.172

## 7. VOORLICHTING, COMPLIANTIE EN PATIENTENSATISFACTIE

### 7.1 ALGEMEEN

238

ASCIONE, F.J., J.P. KIRSCH, L.A. SHIMP.

An assessment of different components of patient medication knowledge.

Medical Care; 24, no.11, 1986, p.1018-1028, lit.opgn.

Verslag van een onderzoek. Verschillende aspecten van de medische kennis van patiënten ten aanzien van geneesmiddelen zijn geanalyseerd (kennis van doel geneesmiddel, neveneffecten e.d.). Een van de variabelen waarnaar is gekeken, is het effect van de arts-patiëntrelatie, met name het communicatieproces. De mate van informatie die door de arts wordt gegeven aan de patiënt beïnvloedt in sterke mate de medische kennis van de patiënt. Vooral de actie die ondernomen wordt door de patiënt zelf beïnvloedt hierbij de mate van kennis: een patiënt die zeer bewust op zoek is naar informatie, heeft een hoger medisch kennisniveau dan degene die niet zo actief is.

#### NIVEL

239

FALVO, D., P. WOHLKE, J. DEICHMANN.

Relationship of physician behavior to patient compliance.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.4, 1980, p.185-188, lit.opgn.

De auteurs onderzochten de opvattingen van patiënten over twee aspecten van het gedrag van de arts tijdens het arts-patiënt gesprek, namelijk uitleg geven aan de patiënt en bezorgdheid voor de patiënt. Daarna is de relatie tussen deze factoren en de therapietrouw van patiënten bepaald. De resultaten tonen een statistisch significante relatie tussen deze

twee aspecten van het gedrag van artsen en de compliantie van de patiënt: hoe meer de patiënten meenden dat de arts uitleg gaf en bezorgdheid toonde, des te beter was hun compliantie.

NIVEL

KORSCH, B.M.

What do patients and parents want to know? What do they need to know?.

Pediatrics; 74, no.5 pt 2, 1984, p.917-919, lit.opgn.

Idem no.79

240

MEURS, J.J.W., P.M. VERBEEK-HEIDA.

Patiënteninformatie over geneesmiddelen en therapie-trouw.

Pharmaceutisch Weekblad; 121, no.11, 1986, p.230-235.

De compliantie bij het gebruik van chemotherapeutica is onderzocht in een willekeurig gekozen groep patiënten. Hierbij is gebruik gemaakt van een interviewmethode. Nagegaan is de invloed van informatie over het gebruikte geneesmiddel op de compliantie van patiënten. Noncompliantie is in het algemeen een motivatie-probleem. Vereenvoudiging van doseringsregimes geeft slechts een geringe bijdrage in de verbetering van de compliantie. Beschreven wordt hoe patiënten thuis omgaan met hun geneesmiddelen en de verkregen geneesmiddelinformatie. Tenslotte worden er suggesties gedaan hoe in het informatievergarend proces van patiënten veranderingen kunnen worden aangebracht die leiden tot verbetering van de compliantie.

Conclusie: de wijze waarop het voorschrijfgedrag van de arts door de patiënt wordt ervaren is van belang. Voorlichting en uitleg over het "waarom" van de medicatie kan leiden tot minder tegenstrijdige informatie over nut en noodzaak van het voorgeschreven medicament.

NIVEL

SCHOUTEN, J.A.M.

Anamnese en advies: nieuwe richtlijnen voor de informatieuitwisseling tussen arts en patiënt.

Alphen aan den Rijn enz.: Stafleu, 1982. 168p., lit.opgn.

Idem no.119

241

WOLRAICH, M.L., M. ALBANESE, G. STONE, D. NESBITT, E. THOMSON, J. SHYMANSKY, J. BARTLEY, J. HANSON.

Medical communication behavior system: an interactional analysis system for medical interactions.

Medical Care; 24, no.10, 1986, p.891-903, lit.opgn.

Het onderzoek evalueert de psychometrische eigenschappen van het Medical Communication Behavior System (MCBS). Het observatiesysteem is bedoeld om de relatie te meten tussen de tijd die de arts spendeert aan de patiënt, de gedragingen van de arts en de informatie-overdracht naar de patiënt en de patiëntensatisfactie.

De conclusie is dat het MCBS een belofte inhoudt voor het beschrijven van communicatie tussen artsen en patiënten in een situatie die specifiek toegepast is op het overdragen van informatie van arts naar patiënt.

NIVEL

## 7.2 PATIENTENVOORLICHTING

BROUWER, W.

Veranderingen in de arts-patiënt verhouding.  
Patient Care; 11, no.8, 1984, p.2,4.

Idem no.54

HERMAN, J.M.

The use of patients' preferences in family practice.  
Journal of Family Practice; 20, no.2, 1985, p.153-156,  
lit.opgn.

Idem no.73

MAGUIRE, P., S. FAIRBAIRN, C. FLETCHER.

Consultation skills of young doctors: (II) most young  
doctors are bad at giving information.  
British Medical Journal; 292, no.6535, 1986, p.1576-  
1578, lit.opgn.

Idem no.161

242

MAZZUCA, S.A., M. WEINBERGER, D.J. KURPIUS, T.C. FROEH-  
LE, M. HEISTER.

Clinician communication associated with diabetic pa-  
tients' comprehension of their therapeutic regimen.  
Diabetes Care; 6, no.4, 1983, p.347-350, lit.opgn.

Doel van het onderzoek was om onderscheidingen aan te brengen in de wijze van informatie-overdracht en de samenhang met de kennis van de patiënt van de boodschap. In het onderzoek bestaat de populatie uit diabetici. Consulten van 19 artsen en 29 poliklinische patiënten werden gevolgd. De wijze van informatie-overdracht van de arts werd ingedeeld in een observatieschema, bestaande uit 11 categorieën.



Onmiddellijk na de consulten werd elke patiënt geïnterviewd en werd hem gevraagd de opgelegde therapie nog eens te verwoorden. Dit antwoord werd vergeleken met een video-opname van het consult. Er werden drie typen statements gevonden die een grote kennis van de patiënt voorspelden (meer dan 80%). Dit waren het tonen van respect, het betrekken van de patiënt bij de medische gegevens en het onderkennen van de statements van de patiënt. In zoverre kennis van de patiënt van de therapie samenhangt met compliantie kan uit het onderzoek worden opgemaakt dat kansen op succes groter worden als de interactie tussen arts en patiënt gebeurt met een bepaalde intonatie. Het belangrijkste is dat de arts informatief is en dat de informatie wordt gebracht op een wijze die niet bedreigend is.

(NIVEL); AZZ-IN

243

PENDLETON, D.A., S. BOCHNER.

The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class.

Social Science and Medicine; 14A, no.6, 1980, p.669-673.

79 Consulten zijn op video opgenomen en de duur van elk consult is vastgesteld. Alle momenten van informatie-overdracht (ingedeeld in vier typen) door de arts zijn geteld.

De patiënten zijn ingedeeld in categorieën naar sexe en sociale klasse. Uit het onderzoek naar de relatie tussen informatie-overdracht en de sociale klasse van de patiënt blijkt:

1. verschillen tussen de artsen verklaren een significant deel van de variatie in duur van het consult
2. sexeverschillen bij de patiënten verklaren een significant deel van de variatie in informatie-overdracht in antwoord op vragen
3. klasseverschillen tussen patiënten een significant deel van de variatie in vrijwillige uitleg

door de artsen.

De implicaties van deze uitkomsten worden besproken in relatie tot de problemen van beïnvloeding van patiëntengedrag en de behandeling van chronische ziekten.

NIVEL

244

STAAK, M.

Die Aufklärungspflicht des Arztes.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no.30, 1985, p.1095-1100.

Hoewel er tot nu toe geen overeenstemming tussen rechtspraak, wetenschap en medici bereikt is over de grenzen van de voorlichtingsplicht, zijn de tegenstellingen tijdens de uitvoerige discussie en een toenemende op de praktijk gerichte differentiatie, toch wat minder geworden. De aantasting van de voorlichtingsplicht der artsen blijkt voor de verzekeerbaar een hoofdprobleem. De voorlichting dient door de verantwoordelijke arts te gebeuren en richt zich op de verstandelijke patiënt. Zij moet zich naar aard en omvang van de behandeling uitstrekken, respectievelijk tot de ingreep, redenen voor de keuze van de aard van behandelen, het gevaar in vergelijking met het noodlottige ziekteverloop, en de typische en niet geheel zeldzame risico's en mogelijke nevengevolgen. In ieder geval is de voorlichting geen schematisch behandelen, maar het voornemen te beantwoorden aan de individualiteit van de patiënt. Volgens Hallerman (1971) heeft de arts een bijzondere informatieplicht, opdat de patiënt zijn gezondheidstoestand kan begrijpen en zijn levenswijze op een juiste manier kan inrichten. Aan de andere kant dient de patiënt kritisch toezicht te houden op zijn eigen bevindingen. Juist daarom moet een arts er alles aan gelegen zijn een intensieve voorlichting te geven.

NIVEL

TUCKETT, D., A. WILLIAMS.

Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies.

Social Science and Medicine; 18, no.7, 1984, p.571-580, lit.opgn.

Er zijn veel "sociologische" en "medische" redenen gegeven om patiënten al dan niet te informeren over hun medische toestand. Het artikel geeft er een overzicht van, en evalueert verschillende empirische onderzoeken over informatieverschaffing en de effecten die dat heeft. De suggestie wordt gewekt dat er meer aandacht wordt besteed aan de vorm van informatie dan dat men aandacht besteed aan de informatie zelf. De auteurs concluderen dat er eigenlijk weinig kennis is over de consequenties van informatie-uitwisseling in medische consulten en dit wel zo zal blijven, als niet uit wordt gegaan van verschillende benaderingen. Toch zal er meer informatie moeten komen over informatieverschaffing aan patiënten. Dit houdt in dat er criteria aangelegd moeten worden over welke informatie men aan welke patiënt geeft en in welke omstandigheden. De auteurs wijten deze leemte in het onderzoek aan het veelal empirische karakter van onderzoek op dit terrein.

NIVEL

WAITZKIN, H.

Information giving in medical care.

Journal of Health and Social Behavior; 26, no.2, 1985, p.81-101, lit.opgn.

Idem no.202

### 7.3 COMPLIANTIE EN PATIENTENSATISFACTIE

246

BARTLETT, E.E., M. GRAYSON, R. BARKER, D.M. LEVINE, A. GOLDEN, S. LIBBER.

The effects on physician communications skills on patient satisfaction: recall, and adherence.

Journal of Chronic Diseases; 37, no.9/10, 1984, p.755-764, lit.opgn.

Binnen de geneeskunde is compliantie een steeds belangrijker item. Het onderzoek bestudeert de effecten van de sociale vaardigheden op patiëntensatisfactie, en compliantie.

63 Consulten werden bekeken. De resultaten wezen uit dat de kwaliteit van de sociale vaardigheden belangrijker zijn voor het beoogde resultaat dan de kwantiteit. Een tweede analyse wees uit dat alle effecten van de communicatievaardigheden van de arts op patiëntcompliantie worden bemiddeld door patiënttevredenheid en herhalingsbezoek. De arts dient aandacht te hebben voor deze twee variabelen om de compliantie te verbeteren. Een verhoogde tevredenheid is onmisbaar bij chronisch zieken.

(NIVEL); BIJL

247

BEN-SIRA, Z.

Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory.

Journal of Health and Social Behavior; 21, juni 1980, p.170-180, lit.opgn.

Het onderzoek bestudeert empirische ondersteuning van de assumpties die ten grondslag liggen aan een in het verleden gepubliceerd model van de "professional-client" interactie door de affectieve en instrumentele componenten te onderzoeken in de arts-patiënt relatie. Als de medische behandeling wordt

begeleid door emotionele support dan heeft dat een positieve werking op de behandeling. Emotionele support helpt niet alleen de onzekerheid bij de patiënt over de behandeling te verminderen, maar het is een cruciaal element in de bevinding van de patiënt over de behandeling. De significantie vermindert met het hoger worden van de sociale klasse. De toepasbaarheid van het model geldt tevens voor een bredere medische setting: niet alleen voor huisartsen, maar ook binnen een ziekenhuis kan het model gebruikt worden.

(NIVEL); BIJL

248

BEN-SIRA, Z.

Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physicians affective behavior.

Social Science and Medicine; 16, no.9, 1982, p.1013-1019, lit.opgn.

Conclusies getrokken uit eerdere studies omtrent de significantie van het affectieve gedrag van de arts ten aanzien van patiëntensatisfactie met de medische behandeling, worden bevestigd. Ook de beoordeling van de competentie van de arts, een keuze voor een alternatieve medische behandeling, wordt door het affectieve gedrag beïnvloed.

NIVEL

BRODY, D.

Feedback from patients as a means of teaching non-technological aspects of medical care.

Journal of Medical Education; 55, no.1, 1980, p.34-41, lit.opgn.

Idem no.149

CARTER, W.B., T.S. INUI, W.A. KUKULL, V.H. HAIGH.  
Outcome-based doctor-patient interaction analysis: (II)  
identifying effective provider and patient behavior.  
Medical Care; 20, no.6, 1982, p.550-566, lit.opgn.

Drie interactionele analysesystemen (Bales', Roter's  
aangepaste Bales and Stiles "verbal response modes")  
zijn gebruikt om gedragselementen binnen het hulp-  
verlener-patiënt gesprek te karakteriseren en om na  
te gaan in welke mate en hoe deze elementen het  
gesprek beïnvloeden, en hun uitwerking hebben op  
kennis, compliantie en tevredenheid. Gespannenheid  
binnen het gesprek heeft bv. een bijzonder negatieve  
invloed op de tevredenheid van de patiënt. De analy-  
semethoden blijken toepasbaar te zijn, maar zijn  
begrensd in hun mogelijkheid voor een goede analyse.  
Gepleit wordt voor het ontwikkelen van een meer  
klinisch georiënteerd systeem.

NIVEL

CARTWRIGHT, A., R. ANDERSON.  
General practice revisited: a second study of patients  
and their doctors.  
London: Tavistock Publications, 1981. 228p., lit.opgn.  
B 396

Idem no.8

250

COMSTOCK, L.M., E.M. HOOPER, J.M. GOODWIN, J.S. GOOD-  
WIN.  
Physicians' behaviors that correlate with patient sa-  
tisfaction.  
Journal of Medical Education; 57, no.2, 1982, p.105-  
112, lit.opgn.

Het gedrag van 15 artsen, ieder met 10 patiënten, is  
geobserveerd door een one-way mirror. De mate van  
patiëntentevredenheid is gemeten. De tevredenheid  
was in sterke mate afhankelijk van de vriende-  
lijkheid van de arts en de informatie die de arts

gaf. Nonverbaal gedrag, zoals oogcontact, de houding van het lichaam en lichamelijk contact correleerden niet met de patiëntentevredenheid. De correlatie tussen het gedrag van de arts en patiëntensatisfactie werd teniet gedaan waar het vrouwelijke artsen betrof.

NIVEL

251

DIMATTEO, M.R., DINICOLA, D.D.

Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role.

New York enz.: Pergamon Press, 1982. 335p., lit.opgn.

B 1135

Vooral hoofdstuk 2 en 3 zijn in dit verband van belang. Non-compliance van patiënten kan worden beschouwd als een functie van de arts-patiënt relatie. Niet alleen onaangepast gedrag van de patiënt (weerstand en/of onwil), maar ook van de arts speelt een rol bij non-compliance.

Dit boek behandelt compliantie van patiënten vanuit de psychologie en de geneeskunde. Er ligt veel nadruk op de rol van onderhandeling in de arts-patiënt relatie en op het helpen van de patiënt om zich een meer aangepaste reactie op ziekte eigen te maken.

NIVEL

DIMATTEO, M.R., A. TARANTA, H.S. FRIEDMAN, L.M. PRINCE.  
Predicting patient satisfaction from physicians' non-verbal communication skills.

Medical Care; 28, no.4, 1980, p.367-387, lit.opgn.

Idem no.139

252

CARRITY, T.F.

Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review.

Social Science and Medicine; 15E, no.3, 1981, p.215-222, lit.opgn.

Onderzoek werd in vier categorieën onderverdeeld op elementen uit de hulpverlener-patiënt interactie, gerelateerd aan compliantie:

1. pedagogische technieken van artsen om de patiënt te informeren over hoe men om moet gaan met zijn of haar medisch probleem; gaat uit van de veronderstelling: hoe explicieter de informatie hoe getrouwer de patiënt de raadgevingen opvolgt
2. onderzoek naar overeenkomstige verwachtingspatronen over behandeling en resultaat van de behandeling; heeft een beschrijvend karakter
3. onderzoek over de assumptie van de patiënt dat hijzelf in hoge mate verantwoordelijk is voor de genezing, in relatie met compliantie; verklarend en experimenteel onderzoek
4. afhankelijkheid van een positieve interactie tussen arts en patiënt en de compliantie; onderzoek nog niet op experimenteel niveau.

De concepten van de vier categorieën onderzoek zijn zeer bemoedigend.

#### NIVEL

GEUE, B.

Gesundheitsbildung in der Ärztlichen Praxis.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no.35/36, 1985, p.1277-1282, lit.opgn.

Idem no.226

253

HALL, J.A., D.L. ROTER, C.S. RAND.

Communication of affect between patient and physician.

Journal of the Health and Social Behavior; 22, no.1, 1981, p.18-30, lit.opgn.

Doel van dit onderzoek was patronen vast te stellen in de arts-patiënt communicatie, vooral combinaties van verbale en nonverbale (vocale) expressie gedurende het consult die betrokken zijn bij de tevredenheid van de patiënt met het consult en het nakomen van vervolgspraken. De gesprekken zijn door 144 mensen beoordeeld onder drie omstandigheden:



electronisch gefilterde spraak (alleen stemgeluid), originele spraak (stem en woorden) en uitgeschreven (alleen woorden). De affectieve aspecten zijn onder meer boosheid, angst, dominantie, sympathie, assertiviteit en zakelijkheid. De tevredenheid van de patiënt is gerelateerd aan de waarden die aan de communicatie van de arts zijn toegekend, maar deze is bij de verbale communicatie tegengesteld aan die bij de nonverbale communicatie. Als de arts negatief klinkt, is de patiënt tevredener. Als de woorden van de arts sympathiek zijn, zijn patiënten tevredener. Het nakomen van vervolgafspraken staat ook in verband met de uitdrukking van angst en boosheid door de arts.

NIVEL

HESZEN-KLEMENS, I., E. LAPINSKA.

Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment.

Social Science and Medicine; 19, no.1, 1984, p.9-18, lit.opgn.

Idem no.209

HUDDLESTON, J., L. STIRLING.

The language of doctor and patient communication: a study of command and request.

Australian Family Physician; 13, no.7, 1984, p.543-544.

Idem no.197

254

INUI, T.S., W.B. CARTER, W.A. KUKULL, V.H. HAIGH.

Outcome-based doctor-patient interaction analysis I: comparison of techniques.

Medical Care; 20, no.6, 1982, p.535-549, lit.opgn.

Drie interactionale analysesystemen voor het beschrijven van consulten en voor het analyseren en meten van de relatie tussen arts-patiënt interactie en de outcome van deze interactie worden in het artikel aan de hand van een onderzoek beschreven.

Gebruik is gemaakt van een taxonomie voor de classificatie van verbaal gedrag. De effecten (outcome) werden gemeten aan de hand van compliantie en patiëntensatisfactie. De drie analysesystemen zijn "verbal response modes". Het analysesysteem van Roter toonde een sterkere samenhang tussen kennis en compliantie (informatie-overdracht) dan de andere twee systemen. Ten aanzien van de patiëntensatisfactie gaven Bales en Roter dezelfde resultaten: meer samenhang dan bij Stiles.

De analysesystemen die gekozen worden om het onderhavige onderwerp te meten dienen gebaseerd te zijn op gedragscomponenten en outcome. Roters benadering is minder tijdverslindend en voldoet goed.

NIVEL

LARSEN, K.M., C.K. SMITH.

Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview.

Journal of Family Practice; 12, no.3, 1981, p.481-488, lit.opgn.

Idem no.142

255

LOCHMAN, J.E.

Factors related to patients' satisfaction with their medical care.

Journal of Community Health; 9, no.2, 1983, p.91-109, lit.opgn.

Een van de factoren die van invloed is op de patiëntensatisfactie is de communicatievaardigheid van de arts. Meer onderzoek naar dit aspect van gezondheidszorg wordt bepleit, met nadruk op de wijze van gegevensverzameling en meetinstrumenten.

NIVEL

MERKEL, W.T.

Physician perception of patient satisfaction: do doctors know which patients are satisfied?.

Medical Care; 22, no.5, 1984, p.453-459, lit.opgn.

Doel van het onderzoek is in hoeverre huisartsen de mate van de tevredenheid van hun patiënten met de zorg die zij ontvangen, kunnen voorspellen. In het algemeen is er geen significante reactie gevonden tussen de actuele patiëntentevredenheid en de perceptie van de huisarts. Voorschrijdende technologische ontwikkelingen en de traditionele passieve houding van de patiënten maken het voorspellen zeer moeilijk.

NIVEL

ROTER, D.L.

Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance.

In: The sophe heritage collection of health education monographs: vol. 2: the practice of health education. California: Third Party Publishing company, 1982. p.194-230, lit.opgn.

R 413

Idem no.93

ROTER, D.L.

Patient question asking in physician-patient interaction.

Health Psychology; 3, no.5, 1984, p.395-409, lit.opgn.

Idem no.93

SANSON-FISCHER, R., G.P. MAGUIRE.

Should skills in communicating with patients be taught in medical schools.

Lancet; 2, no.8193, 1980, p.523-526, lit.opgn.

Idem no.165

SEGALL, A., M. BURNETT.

Patient evaluation of physician role performance.

Social Science and Medicine; 14A, no.4, 1980, p.269-278, lit.opgn.

Dit onderzoek gaat over de criteria waarmee patiënten hun artsen beoordelen. Onderzocht zijn de verwachtingen van patiënten van het typische rolgedrag van de arts en ten tweede het belang van de waargenomen conformiteit van artsen aan dit rolgedrag bij het bepalen van de tevredenheid van hun patiënt en het schatten van de beoordeling van hun technische bekwaamheid door de patiënten. De patiënten moesten een vragenlijst invullen die een "Physician Conformity Index" bevatte en meting van de tevredenheid van de patiënt en hun beoordeling van de technische bekwaamheid van hun arts. Er is een relatie tussen de affectieve conformiteit van de arts en de tevredenheid van de patiënt. Het artikel wordt besloten met een discussie over de verschillende factoren die kunnen uitleggen waarom dit aspect van de arts-patiënt relatie zo'n belangrijke rol speelt in het vormen van de verwachtingen van patiënten en evaluatie van artsengedrag.

NIVEL

SIDERIS, D.A., P. TSOUNA-HADJIS, S.T. TOUMANIDIS, P.E. VARDAS, S.D. MOULOPOULOS.

Attitudinal educational objectives at therapeutic consultation: measureds of performance, educational approach and evaluation.

Medical Education; 20, no.4, 1986, p.307-313, lit.opgn.

Idem no.233

SMITH, C.K., E. POLIS, R.R. HADAC.

Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding.

Journal of Family Practice; 12, no.2, 1981, p.283-288, lit.opgn.

In het onderzoek wordt de relatie onderzocht tussen geselecteerde interviewkarakteristieken, met name het verbale gedrag van de arts en het niveau van patiëntensatisfactie en kennis van de patiënt. 29 Consulten bij 11 artsen werden op videotape vastgelegd. Daarnaast werd gebruik gemaakt van een aangepast model van Bales' voor de inschaling. Uit de correlatie-analyse blijkt dat een hogere patiëntensatisfactie samenhangt met een langere interviewduur, toenemend bij de tijd die de arts neemt voor het geven van informatie, preventieve maatregelen aankaart. Een toenemend begrip bij de patiënt over hetgeen verteld wordt, hangt samen met de tijd die wordt gependeed aan zowel informatie-overdracht als het geven van een eigen visie, de afstand tussen arts en patiënt en een gereduceerde tijd die besteed wordt aan de patiëntenkaart. Implicaties worden besproken, evenals de methodologische issues voor vervolgonderzoek.

(NIVEL); BIJL

STEWART, M.A.

What is a successfull doctor-patient interview?: a study of interactions.

Social Science and Medicine; 19, no.2, 1984, p.167-175, lit.opgn.

Idem no.99

259

TAYLOR, R.B., J.A. BURDETTE, L. CAMP, J. EDWARDS.

Purpose of the medical encounter: identification and influence on process and outcome in 200 encounters in a model family practice center.

Journal of Family Practice; 10, no.3, 1980, p.495-500, lit.opgn.

Dit onderzoek betreft twee vragen: Waarom gaat de patiënt naar de dokter? En hoe beïnvloedt overeenstemming tussen arts en patiënt het proces en het resultaat van het consult? Patiënten en artsen zijn apart geïnterviewd na 200 consulten. De consulten

zijn overwegend herhalingsbezoeken. Er zijn weinig bezoeken wegens emotionele of sociale problemen. In een aantal consulten is bezorgdheid als hoofdklacht niet door de arts waargenomen. Er is geen statistisch significante relatie tussen overeenstemming over het doel van het consult en de leeftijd en sexe van de patiënt, het aantal eerdere bezoeken en de daarop volgende overeenstemming over diagnose, prognose, therapie en tevredenheid. Evenmin gold dit voor de overeenstemming van arts en patiënt over het doel van het bezoek vergeleken met het opleidingsniveau van de patiënt of de voorgenomen compliantie van de patiënt. In zowel de groep die tot overeenstemming kwam als de groep waarbij dit niet lukte, onderschatten artsen de tevredenheid van de patiënt met het consult en hun voorgenomen compliantie.

#### NIVEL

THOMASSEN, J.F.M., D. DE NOOD.

Communicatie en compliantie: een mini-experiment in een huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.10, 1983, p.376-380, lit.opgn.

Idem no.100

260

TREADWAY, J.

Patient satisfaction and the content of general practice consultations.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 33, no.257, 1983, p.769-771, lit.opgn.

De tevredenheid van patiënten is bepaald in interviews met 81 patiënten na hun eerste bezoek aan huisartsen in opleiding. Een grote mate van tevredenheid is geassocieerd met het gevoel dat de patiënt begrepen wordt, het feit dat de patiënt kan vertellen wat hij werkelijk wil (zijn klacht verwoorden kan) en met een hogere leeftijd van de

patiënt. Tevredenheid is niet gerelateerd met verbetering in de ziekte van de patiënt. De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat het aanmoedigen van patiënten om hun wensen aan de arts uit te drukken als resultaat zal hebben dat de communicatie tussen arts en patiënt verbetert en dat de arts de behoeften van de patiënt beter begrijpt.

NIVEL

261

VERHOEVEN, M.W.E.

Compliance en de arts-patiënt relatie.

In: nieuwe wetenschappers voor de gezondheidszorg.

Maastricht: RU Limburg, Algemene Faculteit, 1984.

p.106-116.

B 1153

In dit onderzoek is een maat voor compliance en noncompliance vastgesteld. Verder is nagegaan in hoeverre de arts-patiënt relatie van invloed is op de (non)compliance van hypertensiepatiënten. De onderzoekspopulatie is afkomstig uit vier huisartspraktijken van een gezondheidscentrum in Eindhoven. In een observationeel onderzoek, door middel van interviews met gestructureerde vragenlijsten, is de arts-patiënt relatie "gemeten" bij een compliantie en niet-compliantie groep hypertensiepatiënten. Uit de resultaten blijkt dat de arts-patiënt relatie geen invloed heeft op de compliance van hypertensiepatiënten.

NIVEL

WAITZKIN, H.

Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research.

Journal of the American Medical Association; 252, no.17, 1984, p.2441-2446, lit.opgn.

Idem no.122

WEINBERGER, M., J.Y. GREENE, J.J. MAMLIN.

The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction.

Social Science and Medicine; 15E, no.3, 1981, p.239-244, lit.opgn.

Patiëntensatisfactie, zo blijkt uit het onderzoek, wordt negatief beïnvloed, als de patiënt te maken heeft met een arts die het altijd druk heeft, weinig feedback geeft, en vaak telefoneert. De tevredenheid wordt positief beïnvloed als de arts gebruik maakt van nonverbale aanmoediging tot spreken, als de arts interesse toont voor familie-aangelegenheden en de sociale situatie van de patiënt, en te kennen geeft nog veel te weten van het vorige bezoek. Bovenstaande geldt overigens evenzeer voor de artsen zelf.

NIVEL



## 8. METHODOLOGIE

BARSKY, A.J., L.E. KAZIS, R.B. FREIDEN, A.H. GORROLL,  
C.J. HATEM, R.S. LAWRENCE.

Evaluating the interview in primary care medicine.  
Social Science and Medicine; 14A, no.6, 1980, p.653-  
658, lit.opgn.

Idem no.124

BEN-SIRA, Z.

Affective and instrumental components in the physician-  
patient relationship: an additional dimension of in-  
teraction theory.

Journal of Health and Social Behavior; 21, juni 1980,  
p.170-180, lit.opgn.

Idem no.247

BENSING, J., P.F.M. VERHAAK.

Ruimte voor de patiënt.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1,  
1982, p.19-33, lit.opgn.

Idem no.47

263

BLOCK, M.R., K.F. SCHAFFNER, J.L. COULEHAN.

Ethical problems of recording physician-patient inter-  
actions in family practice settings.

Journal of Family Practice; 21, no.6, 1985, p.467-472,  
lit.opgn.

Het gebruik van video-opnames is een gebruikelijk  
instrument voor onderwijs en onderzoek. Het gebruik  
van dergelijke instrumenten geeft ethische proble-  
men: die welke samenhangen met privacy en vertrouwe-  
lijkheid en welke samenhangen met informed consent.  
Verschillende complexe problemen worden door middel  
van een "principle based" methode tegen het licht

gehouden.

Men dient bij afwegingen altijd de belangen van de patiënt in het oog te houden.

NIVEL

BUYS, R., E. SLUYS, P. VERHAAK.

Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors.

Social Science and Medicine; 19, no.7, 1984, p.683-690, lit.opgn.

Idem no.126

CARROLL, J.G., W. SCHWARTZ, S. LUDWIG.

An evaluation of simulated patients as instructors: implications for teaching medical interview skills.

Journal of Medical Education; 56, no.6, 1981, p.522-524, lit.opgn.

Idem no.151

CARTER, W.B., T.S. INUI, W.A. KUKULL, V.H. HAIGH.

Outcome-based doctor-patient interaction analysis: (II) identifying effective provider and patient behavior.

Medical Care; 20, no.6, 1982, p.550-566, lit.opgn.

Idem no.249

DIMATTEO, M.R., D.D. DINICOLA.

Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation.

Medical Care; 19, no.8, 1981, p.829-839, lit.opgn.

Idem no.110

FALVO, D.R., J. KAY SMITH.

Assessing residents behavioral science skills: patient views of physician-patient interaction.

Journal of Family Practice; 17, no.3, 1983, p.479-483, lit.opgn.

Idem no.111

FISCHBACH, R.L., A. SIONELO-BAYOG, A. NEEDLE, T.L. DELBANCO.

The patient and practitioner as co-authors of the medical record.

Patient Counselling and Health Education; 2, no.1, 1980, p.1-5, lit.opgn.

Idem no.61

264

GOTTSCHALK, L.A., F. Lolas, L.L. VINEY (eds.).

Content analysis of verbal behavior: significance in clinical medicine and psychiatry.

Berlin: Springer-Verlag, 1986. 281p., lit.opgn.

B 1403

Verzameling van 20 essays over de inhoudsanalyse van verbaal gedrag als wetenschappelijk meetinstrument en de betekenis van deze uit de psychologie afkomstige methode voor de klinische geneeskunde en de psychiatrie. De methode, ontwikkeld door Gottschalk en Gleser, kan op een aantal manieren toegepast, veranderd en uitgebreid worden. Het boek valt, grof gesteld, uiteen in drie delen.

Na een korte beschouwende inleiding, wordt ingegaan op de theoretische achtergronden en de ontwikkeling in de tijd van het instrument. De tweede verzameling essays heeft betrekking op toegepaste procedures en technische aspecten. In het derde deel worden 11 praktische toepassingen binnen het inhoudelijke veld, de klinische geneeskunde en de psychiatrie beschreven.

NIVEL

HOED, I. DEN, E. SLUYS.

Het meten van methodisch werken: de ontwikkeling van een observatieschema om te beoordelen in welke mate huisartsen methodisch werken.

Utrecht: RU Utrecht, Vakgroep Klinische Psychologie, 1982. III, 89p., bijln., lit.opgn.

Doctoraalscriptie

R 206(a)

Idem no.16

LINN, L.S., R.M. WILSON.

Factors related to a communication style among medical house staff.

Medical Care; 18, no.10, 1980, p.1013-1019, lit.opgn.

Idem no.18

LINN, L.S., M.R. DIMATTEO.

Humor and other communication preferences in physician-patient encounters.

Medical Care; 21, no.12, 1983, p.1223-1231, lit.opgn.

Idem no.83

MOKKINK, H., A. SMITS, R. GROL.

PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.35-50, lit.opgn.

Idem no.215

PENDLETON, D., T. SCHOFIELD, P. TATE, P. HAVELOCK.

The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford etc.: Oxford University Press, 1984. 114p., lit.opgn.

B 1134

Idem no.23

PLOEG, H.N. VAN DER, F.L. SANAVRO.

De huisarts-patiënt relatie en de frequentie van dokterscontact.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.69-79, lit.opgn.

Idem no.31

PRIDHAM, K.F., M.F. HANSEN.

An observation methodology for the study of interactive clinical problem-solving behaviour in primary care settings.

Medical Care; 18, no.4, 1980, p.360-375, lit.opgn.

Idem no.134

REID, A.L.A.

Primary care at Newcastle: an examination of the general practitioner-patient interaction in general practice and its effect on specific outcomes.

In: Goh Lee Gan, P. Kee Wah (eds.).

Singapore: Host Organising Committee, 1983. p.141-143.

R 1646

Idem no.32

SANSON-FISHER, R.W., A.D. POOLE.

Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills.

Medical Education; 14, no.4, 1980, p.249-253, lit.opgn.

Idem no.166

SAWA, R.J.

Assessing interviewing skills: the simulated office oral examination.

Journal of Family Practice; 23, no.6, 1986, p.567-571, lit.opgn.

Idem no.136

SHORE, B.E., P. FRANKS.

Physician satisfaction with patient encounters: reliability and validity of an encounter-specific questionnaire.

Medical Care; 24, no.7, 1986, p.580-589, appendix, lit.opgn.

Idem no.35

SLUYS, E.

Is methodisch werken meetbaar?:

1. Methodisch werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag.
2. De bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorien.

Huisarts en Wetenschap; 26, no.8, 1983, p.290-297, lit.opgn.

Idem no.37

SMITH, C.K., K.M. LARSEN.

Sequential nonverbal behavior in the patient-physician interview.

Journal of Family Practice; 18, no.2, 1984, p.257-261, lit.opgn.

Idem no.144

STAAK, M.

Die Aufklärungspflicht des Arztes.

Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 61, no.30, 1985, p.1095-1100.

Idem no.244

STREIT, U.

Attitudes towards psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM scale.

Medical Education; 14, no.4, 1980, p.259-266, lit.opgn.

Idem no.168

THEMANS, B.

Huisarts-patiënt, patiënt-huisarts: een analyse van het gesprek.

Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie; 37, no.1, 1982, p.81-93, lit.opgn.

Idem no.137

265

THOMASSEN, J.F.M.

Het TRIPT-project: een data-collectie uit zeventig huisartspraktijken.

Huisarts en Wetenschap; 25, no.10, 1982, p.394-397.

Drie jaar geleden werd in het kader van twee onderzoeksprojecten van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam een plan opgezet voor het verzamelen van een groot aantal opnamen van spreekuurcontacten in zo'n 50 huisartspraktijken. Doel van het project was, het bijeenbrengen van grondmateriaal voor de twee onderzoeksprojecten, het bruikbaar en toegankelijk maken van de verzameling gegevens, het verwerken van een beperkt aantal nader bepaalde opnamen tot een verzameling transcripten. Het artikel gaat uitvoerig in op de gevolgde procedure en bespreekt de problemen die bij de uitvoering voorkwamen. Het materiaal is o.a. gebruikt voor de analyse van:

- de tijdsduur van initiële contacten en van delen daarvan
- de opbouw en structuur van initiële contacten
- het verloop van het gesprek
- elementen in de klachtenpresentatie van de patiënt en de wijze waarop de huisarts daarbij aansluit
- verbale uitingsvormen van de huisarts en van de patiënt en de mate waarin deze op elkaar betrokken zijn.

NIVEL

TUCKETT, D., A. WILLIAMS.

Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical consultations: a review of empirical studies.

Social Science and Medicine; 18, no.7, 1984, p.571-580, lit.opgn.

Idem no.245

VERHOEVEN, M.W.E.

Compliantie en de arts-patiënt relatie.

In: Nieuwe wetenschappers voor de gezondheidszorg.

Maastricht: RU Limburg, Algemene Faculteit, 1984. p.106-116.

B 1153

Idem no.261

266

WASSERMAN, R.C., T.S. INUI.

Systematic analysis of clinical-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research.

Medical Care; 21, no.3, 1983, p.279-293, lit.opgn.

De arts-patiënt interactie is een belangrijk maar slecht begrepen aspect van het gezondheidszorgsysteem. Het is gebleken dat onderdelen van interactieprocessen van grote invloed zijn op het proces van de zorg. Verscheidene communicatietheorieën geven goede aanknopingspunten voor systematische analyse. Drie representatieve interactionele systemen worden toegepast (Bales' Interaction Process Analysis, Stiles' Verbal Response Mode en Katz's Resource Exchange Analysis). De zwakke en sterke kanten van de drie systemen komen aan de orde. Auteur bepleit verder onderzoek naar nieuwe aangepaste analysesystemen.

NIVEL



WOLRAICH, M.L., M. ALBANESE, G. STONE, D. NESBITT, E. THOMSON, J. SHYMANSKY, J. BARTLEY, J. HANSON.

Medical communication behavior system: an interactional analysis system for medical interactions.

Medical Care; 24, no.10, 1986, p.891-903, lit.opgn.

Idem no.241

## 9. JURIDISCHE EN ETHISCHE ASPECTEN

BARNARD, D.

Communication skills and moral principles in health care: aspects of their relationship and implications for professional education.

Patient Education and Counseling; 8, no.4, 1986, p.349-358, lit.opgn.

Idem no.106

BLOCK, M.R., K.F. SCHAFFNER, J.L. COULEHAN.

Ethical problems of recording physician-patient interactions in family practice settings.

Journal of Family Practice; 21, no.6, 1985, p.467-472, lit.opgn.

Idem no.263

267

GILLON, R.

Doctors and patients.

British Medical Journal; 292, no.6518, 1986, p.466-469.

Artikel in een serie. Welke ethische principes heeft de arts in acht te nemen in zijn relatie met zijn patiënten?: de autonomie van de patiënt dient gerespecteerd te worden, de activiteiten van de arts moeten de patiënt voordeel opleveren en zo weinig mogelijk schade of nadeel en de relatie arts-patiënt dient te worden gekenmerkt door rechtvaardigheid. Het gaat om vier standaard-principes, onderling samenhangend en een grote verscheidenheid aan problemen en verplichtingen opleverend. Als voorbeeld wordt aangehaald de morele verplichting van de arts gemaakte fouten aan de patiënt toe te geven. Ook wordt gezien hoe zelfbelang als morele verplichting in dit kader is te plaatsen.

NIVEL

JACOBS, H.M., H.M. PIETERS.

Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: verschillen in professioneel handelen in het begin van de opleiding.

Medisch Contact; 39, no.13, 1984, p.410-412, lit.opgn.

Idem no.156

268

MILLER, D.S., E.F. BUTLER.

Legal aspects of physician-patient communication.

Journal of Family Practice; 15, no.6, 1982, p.1131-1134, lit.opgn.

Recente beslissingen van de rechtbank tegen artsen inzake verkeerde behandeling van patiënten, vestigen de aandacht op verschillende componenten van het communicatieproces tussen arts en patiënt. Een toenemend aantal staten (in de VS) neemt de stelling in dat het de verantwoordelijkheid van de arts is om informatie te geven die begrijpelijk is voor de patiënt. Bovendien leggen die rechtbanken nog meer verantwoordelijkheid bij de artsen: zij moeten het begripvermogen van de patiënt vaststellen, om begrip te verzekeren en zij moeten de patiënt van voldoende informatie voorzien, opdat zij deel kunnen nemen aan het beslissingsproces.

NIVEL

269

LEENEN, H.J.J.

Recht op informatie van de patiënt: een tussentijdse balans.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 128, no.26, 1984, p.1238-1241, lit.opgn.

Een interimrapport dat verslag doet van de huidige situatie met betrekking tot de rechten van de patiënt op informatie. Ingegaan wordt op het begrip "informed consent". Door de toenemende vraag naar informatie, zowel kwantitatief als kwalitatief is de arts-patiënt relatie veranderd. De artsen hebben

hier op verschillende wijzen op gereageerd. Het recht op informatie wordt vaak gevoeld als een doorbreking van het vertrouwen dat een patiënt in een arts behoort te stellen. Een sterkere profilering van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt lijkt een logisch vervolg op de fase waarin het accent lag op het bevechten van eigen rechtspositie en recht. Auteur gaat vervolgens in op factoren die een "ontpersoonlijking" in een complexe gezondheidszorg in de hand kunnen werken. Tot slot bespreekt Leenen informatie in bijzondere situaties, t.w. experimenten met mensen, psychiatrische patiënten, minderjarigen en informatie aan derden over patiënten.

NIVEL

270

OSCH, H. VAN.

Het medisch contract: de concept-model-regeling voor de relatie tussen patiënt en huisarts.

Medisch Contact; 36, no.43, 1981, p.1343-1346.

In april van dit jaar (1981) kwam een concept-model-regeling voor de relatie tussen patiënt en huisarts gereed, een werkstuk van de Werkgroep medisch contract uit de commissie "Rechten van de patiënt" van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. De auteur, huisarts te Den Dungen, staat stil bij enkele vragen die het concept bij alle waardering die hij ervoor kan opbrengen bij hem heeft opgeroepen en plaatst kanttekeningen bij een aantal artikelen van de voorgestelde regeling.

NIVEL

PICKERT, J.W., P. ELAM.

Guilt and shame in therapeutic relationships.

Patient Education and Counseling; 8, no.4, 1986, p.359-365, lit.opgn.

Idem no.178

WERTHEIMER, M.D., S.L. BERTMAN, H. BROWNELL WHEELER, J. SIEGAL.

Ethics and communication in the surgeon-patient relationship.

Journal of Medical Education; 60, no.10, 1985, p.804-806, lit.opgn.

Idem no.170

AUTEURSINDEX

A

Abrass, I.  
157  
Adler, G.  
203  
Ahrens, S.  
41  
Albanese, M.  
172, 241  
Anderson, J.L.  
147  
Anderson, L.A.  
157  
Anderson, R.  
8  
Anstett, R.  
1  
Apley, V.  
105  
Ascione, F.J.  
238

B

Bakaitis, R.F.  
157  
Bakel, H.C.P. van  
6  
Balint, M.  
42  
Barker, R.  
246  
Barnard, D.  
43, 106  
Barratt, W.  
172  
Barsky, A.J.  
124

Barthel, G.  
5  
Bartlett, E.E.  
246  
Bartley, J.  
241  
Bass, M.J.  
182  
Batenburg, V.  
125  
Baughan, D.M.  
204  
Beek, M.  
67, 96, 190, 191, 205  
Bennet, G.  
2  
Bensing, J.M.  
3, 4, 45, 46, 47, 107  
Ben-Sira, Z.  
44, 247, 248  
Bergsma, J.  
195  
Bernstein, B.  
181  
Bertman, S.L.  
170  
Blanchard, D.  
194  
Block, M.R.  
59, 263  
Bloemke, M.  
5  
Bochner, S.  
243  
Boeren, G.  
195  
Boerma, W.G.W.  
221

Boersma, H.	Burnett, A.C.
6	150
Bonte, E.	Burnett, M.
48	257
Borne, H.W. van den	Burnfield, A.
222	223, 224
Bos, B.H.M.	Butler, E.F.
49	268
Bouchier, I.A.D.	Buys, R.
159	126
Boulton, M.	Byrne, P.S.
148 Brandlmeier, P.	138
50	
Bremer, J.J.C.B.	C
108	
Bremer Schulte, M.	Cairns, V.
51	217
Brewin, T.B.	Calnan, J.
52	7
Brody, D.	Calnan, M.
149	55
Bronson, D.L.	Camp, L.
53	259
Brouwer, H.	Candl, J.G.
173	151
Brouwer, W.	Carrity, T.F.
54	252
Brownell Wheeler, H.	Carter, W.B.
170	249, 254
Brown, J.B.	Cartwright, A.
86	8, 56
Brunschot, C.J.M. van	Cassell, E.J.
222	127, 196
Buchsbaum, D.G.	Catlin, R.J.O.
109	57
Burdette, J.A.	Clarke, P.
259	158
Burgemeister, M.J.	Comstock, L.M.
155	186, 250

Constanza, M.C.  
53  
Coulehan, J.L.  
263  
Crutcher, J.E.  
182

D

Dalrymple-Smith, D.  
158  
Davis, R.H.  
152, 169  
Dehn, K.D.  
5  
Deichmann, J.  
239  
Delbanco, T.L.  
61  
Dieckmann, G.  
9  
Dijkhuis, H.J.P.M.  
17  
Dimatteo, M.R.  
83, 110, 139, 251  
Dinicola, D.D.  
110, 251  
Dundas Todd, A.  
112

E

Edwards, J.  
259  
Eijk, J. van  
67, 96, 205, 206  
Elam, P.  
178  
Engler, C.M.  
128

Epstein, A.  
153  
Es, J.C. van  
10, 11, 12  
Evans, D.A.  
59

F

Fairbairn, S.  
160, 161, 167  
Falvo, D.  
239  
Falvo, D.R.  
111  
Faude, J.  
60  
Fischbach, R.L.  
61  
Fisher, S.  
62, 112,  
Fletcher, C.  
63, 64, 129, 160, 161, 207  
Franks, P.  
35  
Freeling, P.  
13  
Freiden, R.B.  
124  
Friedman, H.S.  
139  
Froehle, T.C.  
242

G

Genders-Bazelmans, J.  
225  
Gerritsma, J.G.M.  
125



Geue, B.	
226	H
Gillon, R.	
267	Hadac, R.R.
Golden, A.	258
246	Hageman-Smit, J.
Goodwin, J.S.	14
186, 250	Haigh, V.H.
Goosmann, F.C.L.	249, 254
11	Hall, D.
Gorlin, R.	148
65	Hall, J.A.
Gorroll, A.H.	253
124	Hansen, M.F.
Gottschalk, L.A.	134
264	Hanson, J.
Graaf, N. de	241
66	Harrigan, J.A.
Grams, G.D.	140
114, 174	Harris, C.M.
Gray, J.	13
184	Hartman, B.
Grayson, M.	213, 214
246	Hasler, J.C.
Greene, J.Y.	24
262	Hatem, C.J.
Greenwald, H.P.	124
227	Have, H.A.M.J. ten
Griffiths, J.	175
148	Havelock, P.
Groce, S.B.	23
183	Hayr, A.
Grol, R.	69
67, 96, 215	Heath, C.C.
Grol, R.P.T.L.M.	138
208	Heaton, P.B.
Groot, B. de	70
68	Heidrich, F.
Groot, J. de	201
3	

Heister, M.  
242  
Hell, R. van der  
71  
Helman, C.G.  
15  
Hendriks, A.  
190  
Henning, H.  
72  
Hennrikus, D.  
33  
Herbert, C.P.  
114, 174  
Herman, J.M.  
73  
Heszen-Klemens, I.  
209  
Hoed, F.E. den  
16  
Höppener, A.P.J.  
210  
Hof, R.G. van 't  
185  
Hofstede, H.  
74  
Holden, P.  
169  
Hoogen, H.J.M. van den  
211  
Hooper, E.M.  
186, 250  
Hoos, A.M.  
155  
Hoy, A.M.  
228  
Huddleston, J.  
197  
Hulshof, R.E.  
17

Huygen, F.J.A.  
211

I

Inui, T.S.  
249, 254, 266

J

Jacobs, H.M.  
156

Jenkins, M.  
152

Jour, P. du  
210

K

Kane, R.  
181

Katon, W.  
75

Kauss, D.R.  
124

Kay Smith, J.  
111

Kazis, L.E.  
124

Kent, G.  
158

Kimsma, G.K.  
175

King, J.C.  
76

Kirsch, J.P.  
238

Kissel, D.  
141

Kleinman, A.	Leenen, H.J.J.
75	269
Klimm, H.D.	Lester, J.
77	33
Kluszmann, R.	Levine, D.M.
212	246
Knox, J.D.E.	Libber, S.
159	246
Kocken, E.	Limburg, J.J.M.
78, 130	187
Koopmans, R.	Limburg-Okken, A.G.
191	187
Korsch, B.M.	Linn, L.S.
79	18, 83
Kukull, W.A.	Little, S.
249, 254	84
Kupfer, R.B.	Lochman, J.E.
118	255
Kurpius, D.J.	Locker, D.
242	176
Kushner, Th.	Logt, A.T. van de
80	211
L	Lolas, F.
	264
Lagrone, R.P.	Loos, J.C.
76	85
Lamberts, H.	Ludwig, S.
81, 213, 214	151
Lang, G.	M
82	
Lapinska, E.	Maes, S.
209	115, 131, 132
Larsen, K.M.	Maguire, G.P.
142, 144	165
Laseur, L.	Maguire, P.
190	160, 161, 167, 231
Lawrence, R.S.	Mamlin, J.J.
124	262

Manneke, A.S.  
188  
Marinker, M.  
25  
Marks, B.  
171  
Martens, F.  
87  
Mason, C.  
88  
Mathews, J.J.  
177  
Mattern, H.  
20  
Mazzuca, S.A.  
242  
McCracken, E.C.  
86  
McIntyre, M.  
148  
McWhinney, I.R.  
19, 86  
Melker, R.A. de  
11  
Mellentin, W.  
21  
Mendez, A.  
116, 133  
Merkel, W.T.  
162, 256  
Mesker, P.  
67, 96  
Mesker-Niesten, J.  
67, 96  
Meulen, A. van der  
89  
Meurs, J.J.W.  
240  
Meyer, M.  
189

Miller, D.S.  
268  
Miller, S.F.  
76  
Mokkink, H.  
67, 96, 190, 215  
Molen, H. van der  
82  
Moors, J.P.C.  
90  
Morris, P.  
171  
Moulopoulos, S.D.  
233

N

Needle, A.  
61  
Nesbitt, D.  
241  
Nevitt, M.C.  
227  
Nieman, L.Z.  
204  
Nierenberg, B.P.  
162  
Nood, D. de  
100  
Nuffield Working Party on  
Communication with  
Patients  
117

O

Oliver, B.  
148  
Omololu, C.B.  
163

Osch, H. van	Poole, D.A.
270	143
Oude Koop, B.	Post, D.
22	216
	Premi, J.N.
P	230
	Preven, D.W.
Pendleton, D.	118
23, 24, 25, 164	Pridham, K.F.
Pendleton, D.A.	134
26, 243	Prince, L.M.
Penrose, A.M.	139
59	Pruyn, J.F.A.
Pichert, J.W.	222
178	
Piechowiak, H.	R
27	
Pierloot, R.	Rand, C.S.
28, 29	253
Pieters, H.M.	Raynes, N.V.
156	217
Pillau, H.	Reid, A.L.A.
30, 91	32
Pilowsky, I.	Reiter-Thayer, S.
92	172
Pisarski, W.	Rellecke, E.
229	135
Ploeg, H.M. van der	Revicki, D.
31	204
Plompen, D.	Robbins, A.S.
189	157
Polis, E.	Roberts, L.W.
258	200
Poma, P.A.	Rosser, J.E.
198	231
Poole, A.D.	Roter, D.L.
166	93, 253

S

Saltzman, G.A.  
128

Sanavro, F.L.  
31

Sankar, A.  
232

Sanson-Fisher, R.  
167

Sanson-Fisher, R.W.  
143, 165, 166

Sawa, R.J.  
136

Scavenius, M.  
74

Schaffner, K.F.  
263

Scheingold, L.  
94

Scherwitz, L.  
33

Schofield, T.  
23, 25

Schofield, T.P.C.  
26

Schouten, J.A.M.  
95, 119

Schwartz, W.  
151

Scott, N.  
199

Seage, G.  
153

Segall, A.  
200, 257

Seidl, O.  
34

Shelp, E.E.  
179

Shimp, L.A.  
238

Shore, B.E.  
35

Shymansky, J.  
241

Shymansky, J.A.  
116, 133

Sideris, D.A.  
233

Siegal, J.  
170

Sionelo-Bayog, A.  
61

Sluys, E.M.  
16, 36, 37, 107, 126

Smail, S.A.  
152

Smith, C.K.  
142, 144, 258

Smith, R.C.  
145

Smits, A.  
4, 67, 96, 190, 215

Smits, A.J.A.  
211

Snoek, F.J.  
97

Spiro, D.  
201

Spreeuwenberg, C.  
98, 234, 235

Staak, M.  
244

Steinberg, E.R.  
59

Steiner, R.P.  
192

Stewart, M.A.  
86, 99

Still, A.W.  
237  
Stirling, L.  
197  
Stone, G.  
241  
Stott, N.C.H.  
152  
Strecher, V.J.  
120  
Streit, U.  
168  
Streit-Forest, U.  
146

## T

Tähkä, V.  
38  
Taranta, A.  
139  
Tate, P.  
23  
Taylor, R.B.  
259  
Taylor, W.  
153  
Teitelbaum, M.A.  
193  
Terstegge, M.  
218  
Themans, B.  
137  
Theunissen, J.  
17  
Thomassen, J.F.M.  
100, 101, 180, 265  
Thompson, D.G.  
150

Thomson, E.  
241  
Thone, L.  
236  
Tielens, V.  
191  
Til, K. van  
78, 130  
Todd, C.J.  
237  
Tönies, H.  
121  
Toumanidis, S.T.  
233  
Treadway, J.  
260  
Tsouna-Hadjis, P.  
233  
Tuckett, D.  
245  
Tufo, H.M.  
53

## U

Urajic Kachur, E.  
118

## V

Vallbaua, C.  
33  
Vanderpool, H.Y.  
102  
Vardas, P.E.  
233  
Verbeek-Heida, P.M.  
240  
Verbrugge, L.M.  
192

Verbunt, H.M.J.  
222  
Verby, J.  
152, 169  
Verhaak, P.F.M.  
46, 47, 103, 104, 126,  
219, 220  
Verhaest, S.  
29  
Verhage, F.  
4  
Verhoeven, M.W.E.  
261  
Viney, L.L.  
264

W

Waitzkin, H.  
122, 202  
Walker, M.  
128  
Wallace, B.B.  
152  
Wasserman, R.C.  
266  
Waters, J.A.  
118  
Weinberger, M.  
242, 262  
Weiner, M.F.  
199  
Weisman, C.S.  
193  
Weiss, G.B.  
102  
Wertheimer, M.D.  
170

West, C.  
39  
Whitehouse, C.  
171  
Williams, A.  
245  
Wilson, D.  
123  
Wilson, R.M.  
18  
Woehlke, P.  
239  
Wolf, F.M.  
128  
Wolraich, M.  
116, 172  
Wolraich, M.L.  
241  
Woltring, F.J.M.  
101  
Woodward, J.  
148

Y

Yusim, S.  
33

Z

Zaat, J.  
3  
Zola, I.K.  
40  
Zucker, H.D.  
65



BRONNEN

AB

Algemene Bibliotheek Rijksuniversiteit Utrecht  
Wittevrouwenstraat 7-11  
3512 CS UTRECHT  
tel. 030 - 392600

AZN

Bibliotheek Academisch Ziekenhuis Noord  
Medische bibliotheek  
lokatie AZU-terrein, gebouw 33  
Catharijnesingel 101  
3511 GV UTRECHT  
tel. 030 - 373096

AZZ

Bibliotheek Academisch Ziekenhuis Zuid  
Medische bibliotheek  
Lokatie AZU-terrein, gebouw 10  
Catharijnesingel 101  
3511 GV UTRECHT  
tel. 030 - 372309

BCU

Bibliotheek Centrum Uithof  
Laagbouw - Transitorium 2  
Heidelberglaan 2  
3584 CS UTRECHT  
tel. 030 - 532181

BIJL

Bibliotheek Bijlhouwerstraat  
Medische bibliotheek  
Bijlhouwerstraat 6  
3511 ZC UTRECHT  
tel. 030 - 331123

WKZ

Wilhelmina Kinderziekenhuis  
Bibliotheek Kindergeneeskunde  
Medische bibliotheek  
Nieuwe Gracht 137  
3512 LK UTRECHT  
tel. 030 - 32031

IN DEZE SERIE ZIJN REEDS VERSCHENEN

Wijkverpleging en Kruisvereniging  
Samengesteld door R. Willemsen  
Bibliografie 1, 1986, no.1

Ouderen I  
Samengesteld door A.K. de Leeuw  
Bibliografie 1, 1986, no.2

Ouderen II  
Samengesteld door A.K. de Leeuw  
Bibliografie 1, 1986, no.3

Relatie eerste en tweede lijn  
Samengesteld door R. Willemsen  
Bibliografie 1, 1986, no.4

De apotheker  
Samengesteld door A.K. de Leeuw  
Bibliografie 1, 1986, no.5

Alternatieve geneeswijzen  
Samengesteld door A. van der Velde  
Bibliografie 1, 1986, no.6

Preventie en eerstelijnsgezondheidszorg  
Samengesteld door H. Kuijlen  
Bibliografie 1, 1987, no.7

