

# Het perspectief van de patiënt in de huisarts- en tandartspraktijk

I.M.Hofmans-Okkes, taalkundige<sup>1</sup>  
M.A.J.Eijkman, tandarts<sup>2</sup>

**Samenvatting.** Huisartsen en tandartsen onderkennen beiden het belang van aandacht voor het perspectief van de patiënt en diens hulpvraag, en dus ook voor goede communicatie met hun patiënten. De afgelopen jaren heeft het begrip 'contactreden' in de huisartspraktijk goede diensten bewezen. Het heeft geleid tot meer inzicht in aard en betekenis van het perspectief van de patiënt. Uit gegevens van het Amsterdamse Transitieproject blijkt dat huisartsen een goed beeld hebben van wat hun patiënten willen. De contactreden van de patiënt blijkt duidelijke invloed te hebben op het handelen van de huisarts.

In dit artikel wordt aan de hand van 260 brieven – indertijd aan TROS-AKTUA-TV geschreven omtrent ervaringen met de tandarts – een beeld geschetst van feitelijke omgangs- en communicatieproblemen in de tandartspraktijk. In deze problemen worden meerdere thema's onderscheiden, waarvan een aantal ook bij de huisarts goed bekend zijn. Op grond van de uitkomsten en de beschikbare inzichten uit de huisartspraktijk wordt gesuggereerd het concept 'tandheelkundige contactreden' te introduceren als onderdeel van de beschrijving en de analyse van de communicatie tussen tandarts en patiënt.

HOFMANS-OKKES IM, EIJKMAN MAJ. Het perspectief van de patiënt in de huisarts- en de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 497-500.

Uit 'de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam en 'de vakgroep Sociale tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Trefwoorden: Praktijkvoering – Communicatie – Contactreden

Datum van acceptatie: 9 augustus 1996.

Adres: Dr.I.M.Hofmans-Okkes, AMC, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

## 1 Inleiding

Huisartsen en tandartsen wijzen er zowel binnen hun beroepsgroep als naar buiten toe vaak op dat het belang van de patiënt centraal staat, c.q. zou moeten staan. Om dit belang van patiënten te kennen, moet er gecommuniceerd worden, en over het belang van goede communicatie en omgangsvormen is veel geschreven. Dat geldt zeker voor het terrein van de huisartsgeneeskunde, maar de laatste jaren ook voor de tandheelkundige literatuur.<sup>1-4</sup>

Voor de beschrijving van 'het perspectief van de patiënt' heeft in de huisartsgeneeskunde het concept 'contactreden' de afgelopen decennia goede diensten bewezen. Uitgangspunt was dat de eerste opgave waarvoor een huisarts staat bij het voeren van een goed consult, wordt gevormd door de beantwoording van de vraag waarom de patiënt gekomen is: wat is de contactreden van de patiënt? Op basis van deze verhelderde contactreden(en) en eventueel onderzoek komt de huisarts tot een diagnose: de huisartsgeneeskundige interpretatie van wat er aan de hand is. Contactreden en diagnose samen leiden – idealiter in goed overleg tussen arts en patiënt – vervolgens tot één of meer interventies.<sup>5,6</sup> De contactreden is gedefinieerd als 'the reason why a person enters the health care system with a demand for care. The term written down and classified by the provider represents the clarification of the reason so that the statement is recognizable by the patient as an acceptable description of his/her demand for care'.<sup>7</sup>

In het Transitieproject van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam is door ruim 40 huisartsen tijdens 110.000 volledige patiëntjaren inmiddels gedetailleerde informatie verzameld over ruim 250.000 zorgepisoden, waarin contactredenen van patiënten, de diagnoses van de huisartsen en de interventies in hun onderlinge samenhang zijn vastgelegd.<sup>5,8</sup> Contactredenen van patiënten in de huisartspraktijk blijken allerlei vormen te kunnen aannemen. Meestal wenden patiënten zich tot hun huisarts met symptomen of klachten (hoofdpijn, hoesten, gespannen gevoel), vooral in het begin van de zorgepisode; ze kunnen zich bij de formulering van hun contactreden echter ook bedienen van diagnoses ('ik kom voor mijn hoge bloeddruk, mijn astma').

Dat gebeurt begrijpelijkerwijs vooral als een episode al bestaat, en de patiënt weet wat hem of haar mankeert. Een derde categorie omvat verzoeken om interventies (een recept, een verwijzing, onderzoek of advies).

Gebleken is dat huisartsen de contactredenen van hun patiënten goed achterhalen. In een onderzoek werden tweehonderd routineconsulten, verdeeld over tien huisartsen, op video vastgelegd.<sup>5</sup> Verder vulden de huisartsen een consultformulier in, en werd met de patiënten een vraagesprek gehouden, waarin (onder meer) gevraagd werd naar hun visie op de contactreden. Aldus was het mogelijk de beschrijvingen van de contactreden van huisarts respectievelijk patiënt te vergelijken en te relateren aan de feitelijke bespreking tijdens het consult. Huisarts en patiënt bleken het in een zeer hoog percentage van de gevallen (ruim 85%) geheel of vrijwel geheel over de contactreden eens te zijn; in een omvangrijk internationaal onderzoek bleken deze resultaten bovendien goed overeen te stemmen met die in negen andere landen.<sup>9</sup> Verder bleken patiënten gemiddeld positiever te oordelen over consulten waarin de contactredenen volledig en juist waren achterhaald.

Tevens is gebleken dat de contactreden van de patiënt invloed heeft op het handelen van huisartsen, vooral in situaties waarin de aard van de aandoening/het probleem niet zonder meer het beleid dicteert. Tabel I laat zien hoezeer de huisarts geneigd is aan een contactreden in de vorm van een verzoek om een bepaalde interventie tegemoet te komen, zij het dat dit iets minder het geval is wanneer de patiënt om een röntgenfoto of om een verwijzing naar de specialist vraagt.<sup>10</sup> Anderzijds wordt duidelijk dat verreweg de meeste interventies door de huisarts zelf worden geïnitieerd: slechts een beperkt deel ervan is het antwoord op een gelijklopende vraag van de patiënt. Natuurlijk kunnen ook defensieve overwegingen (een onderwerp dat elders in dit nummer uitvoerig aan de orde komt) een rol spelen als aan een verzoek – of een geanticipeerd verzoek – van de patiënt tegemoet wordt gekomen.<sup>11</sup> De toenemende berichtgeving over ontevreden en soms agressieve patiënten en de kans op 'burn out' van huisartsen maken het hoe dan ook plausibel dat zij er zelden op uit zullen zijn de wensen van hun patiënten – die zij blijkens onderzoek zeer goed onderkennen – te negeren.

Er is weinig bekend uit over de mate waarin tandartsen op de hoogte zijn van de contactredenen van hun patiënten: wat ze eigenlijk (zouden) willen en de mate waarin daar aan tegemoet wordt gekomen. In deze bijdrage doen we een poging aannemelijk te maken dat het concept 'contactreden' ook in de tandheelkunde bruikbaar is.

## 2 Methode

Vanwege het ontbreken van gericht onderzoek naar concrete contactredenen (en het daarop volgend handelen) in de tandheelkundige praktijk hebben we, bij wijze van 'proxy', gebruik gemaakt van materiaal dat enig zicht geeft op kritiek die mensen hebben op het functioneren van de tandarts. Het gaat hierbij om ongeveer 900 brieven die de respons vormden op een oproep aan kijkers in TROS-AKTUA-TV (11 december 1981) om hun ervaringen met de tandarts op papier te zetten. Voor dit onderzoek zijn uit de respons brieven geselecteerd die een beschrijving gaven van wat mensen willen c.q. niet willen, en die handelden over bejegeningaspecten. Brieven met een beschrijving van puur financiële of technische problemen, van angst voor de tandarts in het algemeen, en die zich bezig hielden met klachten over bereikbaarheid zijn buiten beschouwing gelaten. Geprobeerd is door middel van een ordening naar thematiek een aantal elementen in kaart te brengen van 'het perspectief van de patiënt' in de tandartspraktijk. Daarbij is steeds aangegeven of het genoemde punt ook een rol speelt in de huisartspraktijk. Er is – vanwege het exploratieve en kwalitatieve karakter van de onderzoeksvraag – geen poging ondernomen de onderscheiden elementen te kwantificeren.

## 3 Resultaten

Van de bijna 900 brieven voldeden er 260 aan de door ons geformuleerde voorwaarden. Deze bevatten zowel positieve als negatieve bevindingen: er werd kritiek geleverd, maar er waren ook brieven van mensen die juist uitlegden wat ze zo aan hun (nieuwe) tandarts beviel. Uiteraard leverden beide typen brieven bruikbare informatie op; niettemin wordt hier alleen de kritiek gerubriceerd. In de 260 brieven lieten zich drie hoofdthema's met in totaal tien subthema's onderscheiden (tab. II). Van alle categorieën worden in tabel III enkele sprekende citaten uit de brieven gegeven.

### 3.1 Eerste hoofdthema

Het eerste hoofdthema heeft betrekking op (klinische) problemen die vooral tandheelkundig van aard zijn. Een 'optimaal gebit' (subthema 1) kan er vanuit het perspectief van de patiënt heel anders uitzien dan vanuit tandheelkundig perspectief. Patiënten kunnen er een lager streefniveau op nahouden dan de tandarts wenselijk vindt, maar ook het omgekeerde komt voor: patiënten zijn soms van mening dat er meer voor hun gebit gedaan kan worden dan de tandarts (kennelijk) realistisch of noodzakelijk acht. Dit probleem kan zich in de huisartspraktijk ook voordoen, bijvoorbeeld bij het optimaliseren van de toestand van een patiënt met ernstige artrose; daarbij kan het dan gaan om verschil van inzicht over de zin van afvalen, een gezinshulp nemen, of aanpassing van het huis.

Prothesen (subthema 2) vormen van oudsher een potentiële bron van spanning tussen tandarts en patiënt, zowel de 'weg erheen' als de situatie daarna. Was nog betrekkelijk kort geleden een edentate mond het uiteindelijk lot van bijna iedereen, vandaag de dag zullen veel mensen nooit aan een prothese

toekomen. De patiënt wil soms snel een prothese terwijl de tandarts dat zonde vindt, of andersom: de tandarts vindt dat er niet veel meer te redden is terwijl de patiënt angstvallig zijn laatste stompjes wil koesteren.

Het sluitstuk van deze groep heeft te maken met preventieve handelingen (subthema 3) die de patiënt zelf kan uitvoeren: poetsen, flossen en andere maatregelen om het tandoppervlak en het tandvles in betere conditie te brengen, worden door patiënten vaak minder enthousiast toegepast dan de tandarts wenselijk vindt. Het komt ook voor dat patiënten vinden dat de tandarts hen onvoldoende voorlicht, hen onvoldoende laat zien hoe een en ander het best kan gebeuren of onvoldoende alert is op individuele mogelijkheden tot preventie. Dit alles is de huisarts niet onbekend: ongevraagd advies en concrete richtlijnen om het roken te staken, af te vallen, of meer te bewegen worden niet altijd gewaardeerd. Soms echter vragen mensen juist wel zelf om zulke richtlijnen, waarbij ze dan al of niet tevreden kunnen zijn over wat ze vervolgens te horen krijgen. Het is duidelijk dat voor zowel huisarts als tandarts geldt dat ze hun beleid moeten afstemmen op (de contactreden van) de individuele patiënt.

### 3.2 Tweede hoofdthema

Het tweede hoofdthema wordt gevormd door omgangaspecten. In de eerste plaats de omgang met angstige patiënten; uiteraard is ook de huisarts daarmee vertrouwd. Patiënten vinden soms dat zij meer pijn en angst moeten verdragen dan nodig is, dat de tandarts geen adequate 'chair-side manners' heeft, dat de pijn hen op achteloze wijze wordt aangedaan, en dat de tandarts meer rekening met hun angst voor de stoel moet houden (subthema 4).

Problemen rond overleg over de gang van zaken – vooral bij wat ingewikkelder tandheelkundige problemen zoals rond kronen en bruggen of rond de vraag of bepaalde elementen geëxtraheerd moeten worden – is een andere bron van problemen (subthema 5). In de brieven wordt er herhaaldelijk op gewezen dat mondeling overleg niet kan plaatsvinden tijdens de behandeling omdat de patiënt dan immers niet kan praten.

Een volgend subthema heeft met continuïteit te maken: 'het' Nederlandse gezin komt veelal graag met alle gezinsleden gedurende lange tijd bij dezelfde tandarts (subthema 6). Continuïteit wordt niet alleen door henzelf hoog gewaardeerd maar ook door hun kinderen. Daarom nemen ouders soms kleine kinderen mee naar het spreekuur van de tandarts in de hoop dat zij daardoor worden voorbereid op een gemakkelijke gang naar de tandarts wanneer dat eenmaal nodig is. Achtteloos of weinig adequaat reageren van de tandarts op kinderen roept veel emoties op en bedreigt de continuïteit.

Patiënten blijken het bij wisseling van tandarts of bij het bezoeken van een tandarts in de waarneming onprettig en ook weinig loyaal te vinden wanneer op de prestaties van de vorige tandarts wordt afgegeven (subthema 7).

Mensen – en dit laatste subthema geldt weer evenzeer voor de huisartspraktijk – verlangen service, respect en een goede algemene omgang in de zin dat een afspraakspreekuur ook een afspraakspreekuur is, dat de assistente voorkomend is, en dat de omstandigheden (zo) prettig (mogelijk) zijn (subthema 8).

### 3.3 Derde hoofdthema

Een derde hoofdthema vormen economische/financiële aspecten, die in de huisartspraktijk in deze vorm praktisch geen rol spelen. De directe relatie tussen de aard van de verrichting met de ermee gemoeide tijd en het inkomen van de

Tabel I. De relatie tussen een contactreden in de vorm van een verzoek om een bepaalde interventie door de patiënt en het vervolgens ook plaatsvinden van die interventie.<sup>1</sup>

	Percentage van gevallen waarin de patiënt om een interventie vroeg, en deze inderdaad volgde	Percentage van alle betreffende interventies waarbij er door de patiënt om gevraagd was
Verzoek lichamelijk onderzoek	96	12
Verzoek bloedonderzoek	85	7
Verzoek röntgenonderzoek	63	4
Verzoek advies	84	4
Verzoek recept	95	15
Verzoek counseling	89	9
Verzoek verwijzing eerstelijns (bijv. fysiotherapie)	70	7
Verzoek verwijzing specialist	64	8

Tabel II. Onderscheiden hoofdthemas en subthema's en vergelijking met de huisartspraktijk.

	Vergelijkbaar met de huisartspraktijk
<b>Hoofdthema I: klinisch-tandheelkundige problemen</b>	
1. optimaal gebit	+/-
2. prothese-problemen	-
3. dental health maintenance	+/-
<b>Hoofdthema II: omgangsaspecten</b>	
4. pijn, angst	+
5. (problemen met) overleg	+
6. continuïteit & kinderen	+
7. loyaliteit beroepsgroep	-
8. service, algemene omgang	+
<b>Hoofdthema III: economisch-financiële aspecten</b>	
9. geld, tijd, omzet, prijs	-
10. ziekenfonds	-

(+ = vergelijkbaar; +/- = enigszins vergelijkbaar; - = niet vergelijkbaar)

tandarts, maakt dat mensen hem er soms van verdenken het werk af te raffelen, te gehaast te zijn, en geen aandacht te hebben voor problemen die zijn omzet in gevaar brengen (subthema 9). Het idee dat ziekenfondspatiënten minder goed behandeld worden dan particulier verzekerden, speelde in de periode dat de brieven werden geschreven nog een duidelijke rol (subthema 10).

#### 4 Discussie

Deze brieven geven uiteraard een selectief (zo men wil vertekend) beeld van het gebrek aan appreciatie van (een toch relatief kleine groep) briefschrijvers voor de Nederlandse tandarts; bovendien zijn de brieven tamelijk gedateerd. Er is hiermee dus absoluut geen beeld geschetst van hoe 'de Nederlandse tandarts anno 1996' met patiënten omgaat. Indachtig echter de manier waarop het begrip 'contactreden' in diezelfde jaren in de huisartsgeneeskunde tot stand kwam en bleek aan te sluiten op de wensen van de patiënt, geeft dit materiaal toch belangrijke aanwijzingen over de vraag waar problemen zitten. Veel van de gesignaleerde problemen zijn betrekkelijk eenvoudig op te lossen, en vaak is de weg daartoe het geven van aandacht voor wat de tandheelkundige 'contactreden' zou kunnen zijn.

Natuurlijk zullen patiënten hun tandarts niet met een even grote variatie aan contactredenen benaderen als zij bij de huisarts doen, vooral ook omdat zij zich niet zo 'deskundig' achten in het formuleren van een voorkeur voor een tandheelkundige interventie als dat in de huisartspraktijk ervaren wordt. In de mond onttrekt zich nu eenmaal veel aan directe waarneming en beoordeling van de patiënt.

Dit neemt niet weg dat voor veel van de hier besproken problemen een expliciete bespreking van het perspectief van de tandarts, van dat van de patiënt en van de mogelijke discrepanties daartussen van belang is. Expliciete vragen naar wensen, angsten en voorkeuren, aanbieden van uitleg en openstaan voor vragen van patiënten vormt daarvoor de basis.

In het licht van het voorafgaande is het interessant vast te stellen dat de 'positieve' beschrijvingen – die hier niet zijn behandeld – volstrekt het complement vormen van de kritiek. De ideale tandarts is vakbekwaam en vriendelijk; hij heeft extra aandacht voor angstige mensen en voor kinderen; maar vooral geeft hij veel uitleg, hij overlegt, vraagt naar de ideeën van de patiënten, en houdt daar zo mogelijk rekening mee.

In de huisartspraktijk is duidelijk dat 'sturing' door de patiënt vaak plaatsvindt: contactredenen verklaren daar op een aantal punten duidelijk variatie in geneeskundig handelen. In hoeverre dat in de tandartspraktijk plaatsvindt en/of mogelijk zou zijn, is vooralsnog niet bekend. Natuurlijk zal een tandarts niet altijd willen of kunnen voldoen aan wat een individuele patiënt wil, net zo min als dat voor de huisarts altijd het geval is. Toch blijft het ook dan essentieel dat de tandarts op de hoogte is van het perspectief van de patiënt: daardoor kan hij er in de omgang met die patiënt tenminste rekening mee houden; bijvoorbeeld door uit te leggen waarom niet aan de wensen van de patiënt tegemoet gekomen kan worden.

#### Literatuur

- 1 Eijkman MAJ, Visser APH. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1987.
- 2 Duyx MPMA, Beumkes EJ, Eijkman MAJ. Non-verbale communicatie (Deel I). Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 198-201.
- 3 Duyx MPMA, Beumkes EJ, Eijkman MAJ. Non-verbale communicatie (Deel II). Vorm en betekenis van nonverbale gedragingen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 244-6.
- 4 Duyx MPMA, Beumkes EJ, Eijkman MAJ. Non-verbale communicatie (Deel III -slot). Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 324-7.
- 5 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Tweede druk. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 6 Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- 7 Lamberts H, Wood M. ICPC. The International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Tabel III. Voorbeelden uit de brieven, ter illustratie van de onderscheiden subthema's.

Subthema 1	'en dan nog dit, als je zelf wilt om alle tanden te laten trekken waarom doen ze dat dan niet?'
Subthema 2	'(tandarts heeft voorgesteld over te gaan op een prothese) Ik wees hem op het feit dat ik klarinet blaasde en derhalve op goede tanden of eventueel een goed prothese was aangewezen. Dit vond hij geen probleem en zou ook geen probleem worden. De realiteit is echter geheel anders (...) geen klarinet meer kunnen blazen en iedere maaltijd een grote ergernis.'
Subthema 3	'Op vragen werd niet of nauwelijks geantwoord en over het voorkómen van ziektes in het gebit al helemaal niet.'
Subthema 4	'De tandartsen moesten eens weten wat het voor zenuwachtige mensen betekent, als ze eens wat aardiger waren en wat meer zouden zeggen, zodat je je op je gemak voelt.'
Subthema 5	'het enige dat je daar mag doen is je mond ver open en de tandarts besluit. Geen vraag van: wil je dat we je tand redden of moeten we hem trekken?'
Subthema 6	'goed kende ik m'n tandartsen niet, omdat ik bij elk controlebezoek wel een andere tandarts had. Dat vond ik vervelend, want ik heb al een slecht gebit (...) en wilde graag weten wat ik er verder mee aan moet.'
Subthema 7	'Het gedrag van de 'echte' tandartsen tegenover de studenten en mij. Ik heb een paar keer gehad dat een student op z'n kop kreeg terwijl hij met mij bezig was. Maar ook het praten over mijn gebit met de student, zonder dat ik daarin werd betrokken. Alsof ik een wandelend gebit ben.'
Subthema 8	'Er liepen drie à vier tandartsassistenten rond, dat was daar net een modeshow de één nog meer opgemaakt dan de andere en met veel koude drukte.' 'Waar ik me aan stoort is: dat hij onder de behandeling met zijn assistente over andere patiënten en hun omstandigheden roddelt (wat maakt dat ik denk 'over mij (en de mijnen) zal hij ook wel iets hebben, als ik het niet hoor').'
Subthema 9	'Ik ga wel ieder half jaar voor controle (u weet wel, een half uur wachten, twee minuten helpen)...'
Subthema 10	'Mijn buurvrouw belde op voor een afspraak omdat ze een tandarts nodig had voor haar en haar kinderen. Er werd haar gevraagd naam, adres enz. De laatste vraag was, bent u particulier. Omdat ze ziekenfondspatiënte was ging de afspraak niet door.'

- 8 Lamberts H, Oskam SK, Hofmans-Okkes IM, Brouwer HJ, Mohrs J, Groen ASM, Veltman MTM. Episodegegevens uit het Transitieproject op diskette. De gebruiksmogelijkheden van 'TRANS'. *Huisarts Wet* 1994; 37: 421-6.
- 9 Hofmans-Okkes IM. An international study into the concept and validity of the Reason for Encounter. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, eds. *The International Classification of Primary Care*

- in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 10 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of psychological and social problems in general practice. 2. The impact of the patient's perspective. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 14-20.
- 11 Veldhuis M. Defensive behavior of Dutch family physicians. Widening the concept. *Fam Med* 1994; 26: 27-9.

## Summary

Key words: Patient perspective – Physician-patient communication – Reason for encounter

Both general practitioners and dentists acknowledge the importance of the patient's perspective and the demand for care, and, consequently, of good communication with their patients. In general practice, the concept of reason for encounter has proved to be very useful for gaining more insight in the nature and the importance of the patient's perspective. Data from the Amsterdam Transition project show that the general practitioner understands the patient's reasons for encounters very well, and that the nature of the patient's reasons for encounter clearly affect the subsequent interventions.

In this article, 260 letters concerning people's experiences with their dentist are used in order to provide an impression of communication problems in dentist practice in the Netherlands. Three major problem areas are identified, with a total of ten subcategories. Several of these are well known to the general practitioner as well. In addition, some problems are characteristic for the dentist practice.

It is suggested to incorporate the concept of reason for encounter in dental care as an essential part of the description and analysis of the communication between dentists and their patients.