

HET LEUVENS CONSULTATIEMODEL

Peilen naar de ideeën, beleving en verwachtingen van de patiënt

M. BREMS, M. VAN NULAND, J. DE LEPELEIRE

SAMENVATTING

Dit artikel is het eerste van twee artikels over het Leuvens Consultatiemodel. Het eerste artikel beschrijft vooral het model zelf. Het tweede artikel (zie blz. 172) geeft meer achtergrondinformatie en toetst het model aan de internationale literatuur over communicatie en communicatiemodellen.

Het consultatiemodel dat binnen de huisartsenopleiding aan de KU Leuven wordt onderwezen en getraind, is een klinisch en didactisch bruikbaar kader om de raadpleging op een zinvolle wijze te laten verlopen. De structuur is conform de internationale consensus die daarover werd ontwikkeld. Een cruciaal element hierin is de oriëntatie die peilt naar de ideeën, de beleving en verwachting van de patiënt. Het Leuvens Consultatiemodel geeft een extra dimensie aan de raadpleging en dit zowel voor de arts als voor de patiënt.

M. Brems is huisarts in de Universitaire Huisartsen Groepspraktijk in Leuven en medewerker van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven;

M. Van Nuland is huisarts in Maaseik, medewerker van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven en redactielid van *Huisarts Nu*;

J. De Lepeleire is huisarts in Lint en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Dit model zou nooit tot stand gekomen zijn zonder de inspiratie en creativiteit van onze eigen opleiders: J. Heyrman, R. Jaspaert, J. Van Damme, J. Vandervurst, A. Van Orshoven.

Dit artikel kwam tot stand met de communicatietrainers van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven: J. Craenen, D. De Wilde, J. Goedhuys, M. Keirse, G. Pint, B. Schoenmakers, C. Van Audenhove, S. Van Baelen, G. Van Boxem.

Correspondentie: Marc.VanNuland@med.kuleuven.be

Belangenconflict: niets vermeld

Brems M, Van Nuland M, De Lepeleire J. Het Leuvens Consultatiemodel: peilen naar de ideeën, beleving en verwachtingen van de patiënt. *Huisarts Nu* 2012;41:164-71.

INLEIDING

Artsen moeten veel technieken onder de knie krijgen voor ze hun beroep mogen en kunnen uitoefenen. De manier waarop een arts consultatie doet, is een van die technieken. Hierbij speelt communicatie een voornaam rol. Zowel het zuiver gesprekstechnische aspect als wat er op een ander (meta) niveau gebeurt tussen de twee personen (de patiënt en de arts), zijn voor de kwaliteit van de communicatie belangrijk. Het komt erop neer om in het proces van consultvoering op een zo functionele manier een aantal taken te volbrengen. Daarvoor is een model nuttig, want het zorgt voor stroomlijning in het volbrengen van verschillende taken door een gefaseerde aanpak.

Met deze bijdrage willen we, vertrekkende van onze jarenlange ervaring, het model beschrijven zoals het nu aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven gehanteerd wordt. Voor wie nog meer informatie zoekt, verwijzen we naar het recent gepubliceerde boek *'Aan weerszijden van de stethoscoop'* dat volledig gewijd is aan de communicatie tussen arts en patiënt en waarin de verschillende fasen van dit consultatiemodel uitgebreider worden behandeld en geïllustreerd met casuïstiek.¹

DE FUNCTIES VAN HET CONSULTATIEMODEL

Een model biedt structuur en terminologie en dit maakt de analyse en het opvolgen van de persoonlijke ontwikkeling mogelijk.²

Structuur

Het consultatiemodel biedt een structuur die de integratie mogelijk maakt van allerlei elementen tijdens een consultatie zoals verbale en non-verbale communicatie, het evenwicht tussen gesprek en onderzoek en de consultatie als medisch-technisch gegeven. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de menselijke en professionele ontmoeting, de plaats van medische kennis, medische beslisvaardigheid en medische ervaring, van persoonlijk functioneren, waardeprofielen en van ethische invalshoeken. De inhoud van de consultatie verbetert als men zicht heeft op de structuur ervan, al was het maar omdat men kan analyseren of alle wenselijke elementen aan bod zijn gekomen.

Terminologie

Het consultatiemodel biedt een terminologie om wat binnen een consultatie gebeurt, nauwkeuriger te kunnen beschrijven. Dit biedt voordelen bijvoorbeeld voor onderwijs en onderzoek.

Analyse

Het consultatiemodel laat door zijn analytische structuur evaluaties toe. Analyse van een consultatie kan bijdragen tot kwaliteitsverbetering. Dit kan gebeuren aan de hand van zelfevaluatie of bij middel van observatie door gelijken of opleiders.

Patiëntgerichtheid

Welke waarde voegt het gebruik van het model toe aan de consultatie? De voordelen van het toepassen van het Leuvens Consultatiemodel zijn moeilijk op een kwantitatieve (meetbare) manier aan te tonen en dit heeft dan vooral te maken met het operationaliseren van het patiënt-centered model.³

Uit gesprekken met studenten en collega's die ervaring hebben met het Leuvens Consultatiemodel, komt heel sterk naar voren dat de consultatie kan worden verrijkt door aandacht te hebben voor het perspectief van de patiënt en zijn/haar ideeën, bezorgdheden en verwachtingen ('ICE': Ideas, Concerns en Expectations).⁴⁻⁶ Niet alleen wordt het verloop van de consulta-

tie gemakkelijker, het draagt bij aan wat men ‘shared decision making’ noemt en aan het daadwerkelijk creëren van partnerschap met de patiënt.⁷

Naast de voordelen voor de patiënt zijn er ook voordelen voor de arts.⁸ Als de arts erin slaagt om het consultatiemodel goed toe te passen, wordt het voeren van een beleid veel gemakkelijker. Als een patiënt goed geïnformeerd is, als hij betrokken wordt in de beslissing, als weerstanden worden geëxploreerd, dan wordt bijvoorbeeld het restrictief antibioticabeleid bij acute keelpijn en bronchitis veel beter doorgevoerd.^{8,9} Door het zuiver medisch handelen aan te vullen met aandacht voor het perspectief van de patiënt, door samenwerking en partnerschap als wenselijk model te hanteren, wordt een consultatie doorgaans als gemakkelijker, rijker, boeiender ervaren en geeft het de arts veel meer voldoening dan met het klassieke klachtgerichte model.

Veiligheid

Nog een voordeel van het werken met het consultatiemodel is de veiligheid in het huisartsgeneeskundig handelen die in de link tussen kennis van ziektebeelden en de goede communicatie hierover verscholen zit. Daarin speelt ook het omgaan met gedeeltelijke zekerheid een belangrijke rol, wat uiteindelijk toch moet leiden tot maximale diagnostische zekerheid en betrouwbaarheid.

De arts kan een zo perfect mogelijk beeld krijgen van de situatie van de patiënt door hem/haar zo actief mogelijk te laten meewerken. Door niet vast te houden aan een strikt systematische bevraging vanuit het standpunt van de arts, maar door de patiënt zelf chronologisch alles te laten vertellen vanuit zijn standpunt, hanteert men een ondervragingstechniek met een aantal voordelen. De patiënt wordt maximaal geactiveerd en kan in de beste omstandigheden zijn bijdrage leveren. De arts bekomt een volledig, genuanceerd klinisch beeld, niet ‘besmet’ door eigen hypothesen. Hij krijgt vooral een goed idee over de evolutie van de klachten, onmisbaar om de ernst te beoordelen. Het wordt duidelijk wat hij moet doen, zoals verder klinisch en eventueel technisch onderzoek, om een hypothese te bevestigen, maar ook en dit is evenzeer nodig, om de andere te ontkrachten.

Een goede ondervragingstechniek draagt er dus toe bij om volledige en objectieve gegevens te verkrijgen. Onderzoek leert dat voor 80% van de diagnoses de anamnese de belangrijkste bouwstenen aanlevert. De arts moet deze bouwstenen dus goed en allemaal gebruiken.

HET LEUVENS CONSULTATIEMODEL

In het Leuvens Consultatiemodel zijn aanmelding, oriëntatie en afsluiting steeds obligaat aanwezig. Zo is voor de opvolging van een administratief probleem niet altijd een klinisch onderzoek nodig of is voor de opvolging van een chronische behandeling niet steeds opnieuw een overleg over het te volgen beleid nodig.

De structuur van de consultatie wordt in deze bijdrage nogal rigide gehanteerd. Daar zijn vooral didactische redenen voor. Uiteraard kan hierin met de tijd variatie ontstaan, naarmate men meer ervaring met het toepassen van het model opbouwt. Maar

KERNPUNTEN

Het consultatiemodel biedt een structuur die de integratie mogelijk maakt van allerlei elementen tijdens een consultatie zoals verbale en non-verbale communicatie, het evenwicht tussen gesprek en onderzoek en de consultatie als medisch-technisch gegeven.

De consultatie kan worden verrijkt door aandacht te hebben voor het perspectief van de patiënt en zijn/haar ideeën, bezorgdheden en verwachtingen.

In het Leuvens Consultatiemodel wordt de oriëntatiefase vroeg in het consult benadrukt en zal daardoor het verloop van de rest van de consultatie mee bepalen. In deze fase zal de arts actief peilen naar wat deze patiënt hier en nu bezighoudt.

Een van de belangrijke accenten in het Leuvens Consultatiemodel is het doen aansluiten van de rapportage op de gegevens van de oriëntatie. De arts vertrekt in zijn rapportage bij de klacht en vragen (inclusief de ‘ICE’ van de patiënt) die in de oriëntatiefase aan bod zijn gekomen.

Het Leuvens Consultatiemodel geeft een extra dimensie aan de raadpleging en dit zowel voor de arts als voor de patiënt.

de oriëntatie, hoe kort ook, is en blijft cruciaal aan het begin van elk contact. Een goede oriëntatie geeft structuur aan het gebeuren en een grotere efficiëntie in het kader van de patiëntgeoriënteerde benadering en filosofie. Het oriënteert zowel de informatieverwerking als het beleid.

Een duidelijke planning na een goede oriëntatie genereert een hogere efficiëntie. Men kan onderlinge verbanden exploreren, een prioriteit stellen en plannen op langere termijn maken. Het is namelijk niet steeds mogelijk om de vaak uitgebreide agenda van sommige patiënten te behandelen in één consultatie.

In de anamnese ligt het accent op het kritisch beoordelen van de antwoorden op doelbewust gerichte vragen van de arts. In de oriëntatie staat het invoelend begrijpen van de patiënt centraal. Door te snel naar de anamnese over te gaan (door reeds vroeg in het consult uitgebreid gegevens te vergaren) heeft men de neiging louter deze anamnestiche gegevens te beoordelen in plaats van de reden(en) tot contactname van de patiënt open te exploreren.

Aanmelding en opening

Het is belangrijk dat de arts start met de opbouw van de relatie door de patiënt te begroeten, oogcontact te maken, te verwelkomen, instructies te geven over waar de jas kan worden gehangen, zitplaats(en) aan te wijzen en zichzelf voor te stellen. De openingszin is het best zo open mogelijk en zo weinig mogelijk suggestief. ‘Wat kan ik voor u doen?’ veronderstelt een actie waar dit niet altijd verwacht wordt en/of noodzakelijk is. Denk maar aan een man die op controle, komt omdat dat zo is afgesproken. ‘Waar kan ik u mee helpen?’ creëert de verwachting dat er hulp wordt gevraagd en dat de hulpverlener hulp zal (kunnen) geven. ‘Wat zijn de problemen?’ suggereert dat alleen problematische aanmeldingen bestaan. Maar zelfs ernstige klachten zijn niet noodzakelijk problemen. Denk maar aan een vrouw die op consultatie komt omdat ze (al of niet gewenst)

IDEAS, CONCERNS EN EXPECTATIONS (ICE) VAN EEN STUDENT MET KEELPIJN

Een student komt bij de huisarts met de klacht 'keelpijn'. Verschillende scenario's zijn mogelijk die we als arts niet kennen noch kunnen voorspellen. De beleving, de verwachting en dus ook het verloop van de raadpleging zullen in elk van deze drie scenario's zeer verschillend zijn, ondanks dezelfde aanmeldingsklacht. Absolute voorwaarde om het juiste spoor te vinden is het perspectief van de patiënt voldoende te bevragen.

Scenario 1. De student moet de volgende dag examen afleggen. Het kan zijn dat hij denkt dat keelpijn altijd met antibiotica moet worden behandeld en dat hij deze zeker tijdens de examens moet nemen om sneller te genezen.

Dit zijn de ICE's:

I: *'Een keelontsteking vereist antibiotica' en/of 'antibiotica zorgen dat ik sneller genezen ben.'*

C: *'Ik moet kunnen studeren en examen afleggen' en/of 'ik wil geen examen afleggen.'*

E: *'Ik wil antibiotica, dat werkt goed tegen pijn' en/of 'ik wil een ziektebriefje.'*

Scenario 2. De student heeft angst voor klierkoorts. Zijn zus had een tijdje geleden keelpijn en dit bleek later klierkoorts te zijn waardoor ze weken moe was en niet naar school kon gaan.

Dit zijn de ICE's:

I: *'Misschien heb ik klierkoorts.'*

C: *'Als ik klierkoorts heb, zal ik heel lang ziek zijn en niet slagen' en/of 'ben ik besmettelijk?'*

E: *'Kan de arts weten of ik klierkoorts heb?'*

Scenario 3. De student is bevreesd dat de opgezwollen klieren die gepaard gaan met de keelontsteking, een eerste teken zijn van de ziekte van Hodgkin. Een vriend van zijn vader is hieraan enkele maanden geleden overleden.

Dit zijn de ICE's:

I: *'Klieren hebben wijst op kanker.'*

C: *'Ik heb misschien ook de ziekte van Hodgkin' en/of 'kanker is misschien besmettelijk.'*

E: *'Ik wil dat de arts uitsluit dat ik Hodgkin heb.'*

zwanger is. Het is wenselijk om van in het begin alle invalshoeken open te laten en niets te suggereren, geen enkele richting vast te leggen.

Daarom moet de openingszin de patiënt zoveel mogelijk ruimte laten. *'Wat brengt u hier', 'Zeg maar (waar u voor komt)', 'Vertel het eens'* zijn goede mogelijkheden. Daarna geeft de patiënt in eigen bewoordingen aan wat de aanleiding van zijn komst is. Zowel de verbale als de non-verbale elementen geven vervolgens richting aan het verdere verloop van de raadpleging. In deze fase is het belangrijk om de patiënt niet te onderbreken en vooral (non-verbaal) aan te moedigen zijn verhaal te doen. Onderzoek toont dat patiënten doorgaans niet langer dan zestig seconden nodig hebben om hun eerste verhaal te doen, maar dat ze gemiddeld al na achttien seconden onderbroken worden door de arts.⁸ Daarnaast dient men zich ervan bewust te zijn dat patiënten vaak meerdere hulpvragen hebben en dat de eerste aanmeldingsklacht niet steeds de belangrijkste is. De arts wacht het best tot op het einde van de oriëntatie om eigen agendapunten te benoemen. Als de arts op dit ogenblik al zelf de invulling of inventaris maakt van de consultatie, bestaat het gevaar dat er onvoldoende openheid wordt gecreëerd (zie ook hieronder bij 'de patiënt met meerdere klachten' en 'agenda van de arts').

Oriëntatie

De oriëntatie probeert een antwoord te vinden op de vraag: *'Waarom komt deze patiënt op dit moment bij mij op consultatie?'*

In het Leuvens Consultatiemodel wordt de oriëntatiefase vroeg in het consult benadrukt en zal daardoor het verloop van de rest van de consultatie mee bepalen. In deze fase zal men op een actieve wijze peilen naar wat deze patiënt hier en nu bezighoudt. Het is dus niet voldoende om de patiënt te betrekken, men moet als hulpverlener werkelijk willen achterhalen wat het denkkader, de achtergrond, de angsten en twijfels, de achterliggende waarden en de invloed op het dagelijks functioneren, de emoties, bedenkingen, streefdoelen en gezondheidsopvattingen van deze patiënt zijn.

Ideas, concerns and expectations (ICE)

Daarom is het essentieel dat men in het begin van de raadpleging de patiënt heel erg centraal stelt door een patiëntgerichte benadering waarbij zijn 'ICE' verkend worden.^{2,3,5,6} ICE staat voor Ideas, Concerns en Expectations en is een handig acroniem dat veel in de opleiding wordt gebruikt.

Beleving van de patiënt

De oriëntatie is meestal kort en slaat ook enkel op de actuele raadpleging. Het is dus geen (uitgebreide) exploratie van het psychosociale kader. Bij een goede oriëntatie gaat het erom een open sfeer te creëren, eerder dan te vissen naar psychosociale informatie. Het is de bedoeling om de beleving van de patiënt duidelijk te bevragen. Actief luisteren is hierbij een belangrijke communicatietechniek, waarbij zowel non-verbaal als verbaal wordt ingegaan op belangrijke 'cues' (hints-sleutelwoorden-signalen).

HOE BELEEF DE PATIËNT ZIJN KLACHTEN?

- Hoe kijkt de patiënt zelf tegen zijn 'klachten' aan?
- Welke aspecten zijn daarin van belang voor de patiënt?
- Voelt de patiënt zich bedreigd door deze klacht(en)? Zo ja, wat betekent dit concreet?
- Waar komt deze dreiging vandaan? Zijn hierdoor sommige zaken moeilijk? Of helemaal niet meer mogelijk?
- Welke oplossingen ziet de patiënt?
- Hoe ervaart de patiënt de reactie van de omgeving op zijn ziek zijn?
- Wat is er eventueel in de beleving gewijzigd dat hij er nu mee komt? Wat heeft hem doen besluiten om te komen?
- Hoe voelt de patiënt zich bij zijn klachten? Ongerust? Angstig? Verdrietig? Blij? ...
- Wat verwacht de patiënt van deze consultatie?
- Verwacht hij informatie over de oorzaak van de klachten?
- Verwacht hij een onderzoek? Of een verwijzing voor verdere onderzoeken? Of verwijzing naar een specialist?
- Verwacht hij therapeutisch advies?
- Verwacht de patiënt steun ten aanzien van de omgeving (bv. onder vorm van een attest van werkonbekwaamheid)?
- Welke gedachten gaan er door het hoofd van de patiënt: negatieve of positieve ontstaansmechanismen, bevorderende factoren?
- Wat zijn de ideeën over ziekte en gezondheid? En specifiek over deze klacht?

Drempels

Heel wat studenten maar ook artsen die voor het eerst kennismaken met het Leuvens Consultatiemodel, vinden het moeilijk om formuleringen te vinden voor dit onderdeel van de consultatie. Men is bang dat bij het peilen naar verwachtingen de patiënt zal reageren met uitlatingen als: 'U bent de arts, u weet toch het best wat ik moet doen?' of 'Dat is een moeilijke vraag'.

Om de drempel zo laag mogelijk te maken geven we een aantal mogelijke formuleringen die de eerste weerstand kunnen overwinnen. Het is de bedoeling dat men later zelf zinswendingen en formuleringen opstelt en probeert welke goed kunnen worden gebruikt. Men moet proberen en voelen wat individueel het beste past, welke bewoordingen natuurlijk aanvoelen. Alleen op die manier zal men deze vragen echt gebruiken en het model ten volle benutten.

Eerste mentale synthese

Aan het einde van de oriëntatie maakt de arts een eerste mentale synthese. De mentale synthese speelt zich af, zoals het woord zegt, in het hoofd van de arts: 'Waar sta ik nu? Weet ik nu voldoende? Is het me duidelijk? Weet ik voldoende om verder te kunnen?' Een van de functies van de mentale synthese is, naast het mentaal ordenen en toetsen, het afbakenen van het diagnostisch landschap.¹⁰

Vervolgens kan de techniek van samenvatting worden gebruikt, alsook het vragen naar extra agendapunten. De samenvatting is naar de patiënt gericht en is een toetsing van de volledigheid van de oriëntatie: 'Mag ik het als volgt samenvatten: je komt vandaag met de volgende klacht en je dacht daarbij aan en ... Klopt dat? Zijn dat de onderwerpen waarover het in deze consultatie moet gaan?' Deze manier van werken geeft de arts de gelegenheid om alles rustig te noteren en is meteen ook een toetsings-

VOORBEELDEN VAN ORIËTERENDE VRAGEN

Al deze gesuggereerde voorbeelden vertrekken vanuit een open houding, waarbij het de bedoeling is om op de golf-**lengte van de patiënt te komen en als mens contact te maken met die andere. Er zijn daarom geen juiste of foute vragen.**

- Welke concrete vraag hebt u (over deze klacht/ voor mij)?
- Als ik u dit allemaal vraag, welke gedachten spelen er door uw hoofd?
- Welke bedenkingen komen bij u op als we het hierover hebben?
- Welke scenario's gaan er nu door uw hoofd?
- Als u zonet in de wachtzaal zat en ons gesprek overdacht, wat waren dan de dingen die u zeker zou vertellen of vragen?
- Wat doet dit allemaal met u, welke emoties brengt dit met zich mee?
- Kunt u proberen onder woorden te brengen wat u bezighoudt?
- Als u hierover met iemand praatte, welke dingen kwamen dan aan bod of wat zou u er zeker over kwijt?
- Bent u hier ongerust over?
- Wat maakt u juist bezorgd?
- Zijn er aspecten die het moeilijk maken om erover te praten?
- Wat verwacht u van mij?
- Wat verwacht u van deze consultatie?

NON-VERBALE COMMUNICATIE

Het kan in deze fase ook nuttig zijn om in te spelen op wat de arts ziet gebeuren met de patiënt zoals emoties, stemverheffingen en andere verbale en non-verbale signalen. Blijf hierbij ook alert voor eigen gevoelens en tekens. Mogelijke interventies:

- Zie ik het goed dat je het er moeilijk mee hebt. Kan je daar iets over vertellen?
- Ik krijg het gevoel dat je boos bent, is dat zo?
- Ik heb de indruk dat je niet akkoord gaat.
- Ik voel dat je je niet op je gemak voelt.
- Is het moeilijk om hierover te praten?

moment voor de patiënt: is datgene waarvoor de patiënt kwam, aan bod gekomen? De arts komt zo te weten wat hem in deze consultatie te doen staat, het bepaalt min of meer de taakspanning en het vermijdt ook dat er bij (of na) het afsluiten van de consultatie nog een nieuwe reeks vragen komen. Het verkleint de kans op zogenaamde 'deurknopvragen': de patiënt die bij het buitengaan nog met een laatste (vaak hekel) agendapunt op de proppen komt ...

Voorbeeld: 'Dus als ik het goed heb begrepen, kom je met keelpijn waarvan je je afvraagt of het niet beter zou zijn om meteen antibiotica te starten. Vorige keer heb je immers na een week toch antibiotica moeten nemen en je wilt zoiets vermijden?' of 'Ik versta dat je ongerust bent over het feit dat je klieren hebt en je ziek voelt omdat een gelijkaardig iets bij een kennis slecht is afgelopen. Je vraagt je af of het ernstig zou kunnen zijn?' of 'Eigenlijk kom je niet voor medicatie maar je hebt het gevoel dat je niet kan gaan werken. De hoofdreden van je komst naar de consultatie is een attest voor je werk.'

Om te vragen of er nog andere punten zijn die de patiënt wil bespreken, kunnen de volgende formuleringen gebruikt worden: 'Voor ik nog wat meer vragen stel, wil ik weten of er nog iets anders is dat je had willen bespreken of vragen?' of 'Was er

buiten deze klacht of vraag nog iets dat aan bod moest komen?’ of ‘Heb je kunnen zeggen en vragen wat je wou? Dan ga ik nu nog wat meer vragen stellen.’

Consultatieplan

De oriëntatie eindigt met de planning voor de volgende stap: gerichte informatie verwerven of de anamnese.

De patiënt met meerdere klachten vergt een specifieke aanpak. Het hangt er een beetje vanaf welke aanpak de arts verkiest. In elk geval moet de arts eerst een soort lijst of opsomming maken van de te behandelen problemen/klachten/dingen die moeten worden besproken. Dan kan de arts samen met de patiënt overleggen welke problemen er tijdens deze consultatie aan bod kunnen en/of moeten komen. Het kan zijn dat er dringende dingen zijn of dat er mogelijk delen bij elkaar horen. In elk geval moet er in principe een gelijkaardig stramien worden gevolgd, of er nu een of meerdere oriëntaties zijn.

Een patiënte komt bijvoorbeeld voor een uitstrijkje en na verder bevragen of er nog andere onderwerpen zijn, vermeldt ze dat ze regelmatig hoofdpijn heeft, dat ze wil weten of haar tetanusvaccinatie in orde is en dat ze vragen heeft over haar cholesterol. De arts moet op dat moment overleggen wat hij tijdens deze consultatie verder kan en wil uitwerken (zie ook de ‘agenda van de arts’) en hoe de patiënte daartegenover staat. Vervolgens maak de arts samen met de patiënt een consultatieplan en doet hij de oriëntatie van de onderwerpen die vandaag aan bod komen. Of men eerst de oriëntatie van elk onderwerp doet en vervolgens de anamnese of eerst alle oriëntaties samen en dan alle anamneses, is een eigen keuze.

Agenda van de arts

In deze fase kan de arts ook zelf punten op de agenda zetten. Het kan bijvoorbeeld zijn dat hij een bepaald onderwerp wil aankaarten of resultaten wil meedelen of iets anders bespreken waarover de patiënt niet spontaan begint. Bijvoorbeeld: *‘Ik zie dat het tijd is voor een rappelvaccinatie’, ‘ik had je de vorige keer doorverwezen naar X en ik ben benieuwd hoe dat gelopen is want ik heb nog geen verslag ontvangen’, ‘ik zie dat er een resultaat is binnengekomen dat we toch ook even zouden moeten bespreken’ ...*

Anamnese

In de anamnese wenst de arts de klachten van de patiënt te bevragen vanuit zijn expertise en deskundigheid. Hij interpreteert de elementen in het kader van het medisch besliskundig denkproces. De uitgebreide lijst van hypothesen wordt stapsgewijs gereduceerd en uitgefilterd. De antwoorden worden kritisch geëvalueerd in het kader van het besliskundig proces. Voorbeelden zijn: *‘Je hebt nu verteld waarvoor je komt, nu ga ik zelf een aantal vragen stellen over elk van je klachten.’* Met technieken als open en gesloten vragen bevraagt de arts op basis van zijn medische competentie wat hij te vragen en te weten heeft om de hypothesen te toetsen en uit te werken.

Tweede mentale synthese

De anamnese eindigt met de tweede mentale synthese die toetst welke werkhypothesen blijven bestaan. Wat komt op de voorgrond in het diagnostisch landschap en wat wordt minder waar-

schijnlijk?^{11,12} Welke onderzoeken kan de arts nu zelf uitvoeren om de geselecteerde hypothesen te bevestigen of te verwerpen?

Onderzoeksplan

In deze fase volgt het onderzoeksplan. Men moet met de patiënt concreet afspreken wat gaat worden onderzocht en hoe. Het kan zijn dat de patiënt sommige onderzoeken overbodig vindt of om persoonlijke redenen weigert (*‘ik heb me niet kunnen wassen’, ‘ik ben ongesteld’, ‘hiervoor ga ik liever naar uw collega, daar voel ik me voor dit onderzoek meer op mijn gemak’*). In deze situatie zal de arts met de patiënt overleggen en duidelijk het waarom moeten motiveren.

Het klinisch onderzoek

Het gericht klinisch onderzoek is een belangrijke fase in het verkrijgen van informatie. In deze bijdrage is het niet de bedoeling gedetailleerd in te gaan op de propedeutica. Het klinisch onderzoek heeft dezelfde functie als de anamnese, namelijk het aanmaken en verfijnen van het hypothesekader. Wanneer de tweede mentale synthese op het einde van de anamnese zorgvuldig werd uitgevoerd, geeft dit de ‘inhoudelijke’ structuur aan van het klinisch onderzoek: welke aandachtspunten vergen welke onderzoeken?

Uitkleedopdracht

De arts bereidt het klinisch onderzoek voor door een duidelijke ‘uitkleedopdracht’ met concrete instructies als: *‘Doe alleen je schoenen uit’* of *‘Trek daar in het kleedhokje al je kleren uit behalve je onderbroek en beha.’* Al naargelang de situatie is het ook aangewezen om de vraag tot ontkleden te motiveren (*‘Om uw klacht van hartkloppingen beter te kunnen begrijpen moeten we nu een elektrocardiogram afnemen – hiervoor moeten we deze elektroden op de huid plaatsen daar waar uw hart ligt en u moet daarvoor het bovenlijf ontbloten – daarnaast moeten we ook nog elektroden aanbrengen op de polsen en de enkels, dus als u kousen draagt, dan zou u die ook in het kleedhokje moeten uitdoen ...’*). Daarna geeft de arts duidelijk aan wat er van de patiënt verwacht wordt (*‘Kom nu maar hier op de onderzoekstafel zitten’* of *‘Kom eerst even op de weegschaal staan ...’*) en wat de patiënt mag verwachten (*‘Ik ga deze knelband harder moeten aantrekken, dat kan misschien wat onaangenaam zijn’* of *‘Niet schrikken, hier komt een prik om jouw bloedsuikervaarde te kunnen meten’*).

Communicatie tijdens het onderzoek

Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de communicatie niet stilvalt tijdens het klinisch onderzoek. De communicatie is erop gericht te verduidelijken wat men juist doet of gaat doen. Daarnaast kan communicatie ervoor zorgen dat de patiënt zich meer op zijn gemak kan voelen in situaties die als beschamend ervaren (kunnen) worden. Dit onderstreept dat het klinisch onderzoek de fase is waar extra aandacht dient te gaan naar een uiterst respectvol benaderen van de patiënt. Net zoals de anamnese betekent het lichamelijk onderzoek immers een overschrijding van de gebruikelijke grenzen van de patiënt en het betreden van zijn ‘privéterrein’. Patiëntgericht werken betekent hier vooral de patiënt zich goed op zijn gemak doen voelen en zijn verbale en non-verbale reacties

observeren en waar nodig hierop ook in te gaan (*'Je vindt dit precies erg onaangenaam, maar ik moet toch doorduwen om goed de rand van jouw lever te kunnen voelen, kun je het nog even volhouden?'*).

Als het klinisch onderzoek wordt beëindigd, moet de arts dit duidelijk maken aan de patiënt en aangeven wat nu nog wordt verwacht (*'We zijn nu klaar met het onderzoek, kleeft je maar terug aan in het kleedhokje en kom daarna maar terug zitten, ik ga ondertussen alles in uw dossier noteren ...'*).

Tijdens het klinisch onderzoek zullen sommige patiënten al om bevestiging van hun vermoedens vragen of proberen uitspraken te ontlokken. Laat merken dat u de opmerking van de patiënt gehoord hebt en probeer een duidelijke boodschap te geven: *'Ik zal u dadelijk meer uitleg geven over wat ik heb vastgesteld.'* Laat u niet verleiden tot het geven van halve commentaar of een snelle uitleg. Zeg dat u meteen tijd zult maken voor feedback, omdat het nu moeilijk ligt.

Aanvullende anamnese

Een vraag die men zich kan stellen, is of er plaats is voor (een aanvullende) anamnese tijdens het klinisch onderzoek. Hoewel het in sommige omstandigheden nuttig én nodig kan zijn (bijvoorbeeld omdat er elementen zijn die men niet had verwacht of die om verdere uitleg vragen), moet men hiermee voorzichtig omspringen. De patiënt bevindt zich namelijk in een zwakke positie: vaak ontkleed, met de ogen op een heel andere hoogte dan de arts of in een houding waarin oogcontact moeilijk is. De patiënt kan zich ook bevinden in een houding waar hij of zij geen enkele controle heeft, zoals in de gynaecologische onderzoekshouding.

Derde mentale synthese

'Hoe zie ik als arts, na anamnese en klinisch onderzoek, het probleem?' Terwijl de patiënt zich aankleedt en zich naar het spreekgedeelte van het kabinet begeeft, kan de arts deze derde mentale synthese maken, al dan niet gekoppeld aan het maken van notities in het dossier. Uiteraard is de mentale synthese iets wat men als arts in zichzelf moet doen, terwijl de rapportage essentieel in communicatie verloopt.

Beleidsplan

Na de derde mentale synthese bereidt de arts zich voor op de volgende fase, namelijk het rapporteren en het ontwikkelen van het beleid: *'Wat vertel ik van mijn inzichten in de problematiek aan de patiënt? Hoe zal ik dat vertellen? Met welke zekerheid? Sluit mijn beleidsplan voldoende aan bij de gegevens van de oriëntatie? En is het een aanzet tot een concreet behandelingsvoorstel? Hoeveel ruimte zal ik aan de patiënt laten om hierover te reflecteren? Welke inbreng kan de patiënt nog krijgen? Welke gegevens zal ik in het dossier noteren?'*

Het beleid is een veel ruimer proces dan alleen het aspect behandeling. Het beleid start met de rapportage, gevolgd door het ontwikkelen van een behandelplan en het schetsen van het verdere verloop.

Rapportage

De rapportage start met het weergeven van bevindingen. Het is een integratie van de elementen en is altijd gekleurd. Dit is

een van de belangrijkste redenen waarom een rapportage niet mogelijk is tijdens het klinisch onderzoek.

Een van de belangrijke accenten in het Leuvens Consultatiemodel is het doen aansluiten van de rapportage op de gegevens van de oriëntatie. De arts vertrekt in zijn rapportage bij de klacht en vragen (inclusief de 'ICE' van de patiënt) die in de oriëntatiefase aan bod zijn gekomen. Vervolgens deelt hij de resultaten mee uit de anamnese en het klinisch onderzoek om de kring te sluiten met de conclusie. Als de arts aan een patiënt vertelt dat zijn klachten inderdaad grotendeels veroorzaakt worden door wat hij er zichzelf van had voorgesteld (d.i. een gegeven uit de oriëntatie), dan stellen we vast dat de kans groter is dat de aandacht van de patiënt gegrepen wordt. Dit is het moment dat de arts ook kan relativeren indien nodig of eigen accenten kan leggen. Het neemt ook duidelijker angsten weg: *'U dacht dat ... maar daar zie ik toch geen argumenten voor. Ik vind wel dat ...'* Het is voor de patiënt én voor de arts zeer waardevol indien de rapportage terugkoppelt naar de oriëntatie: *'Ik stel inderdaad een gezwollen keel met klieren vast, maar heb weinig argumenten voor klierkoorts wat u vreesde.'* Voor de patiënt is de meerwaarde dat het antwoord meer gericht is op de eigen beleving, angsten of hoop. Voor de arts helpt het om structuur te brengen en te behouden tijdens de raadpleging. Dit is nog een reden waarom de rapportage van elke bevinding afzonderlijk tijdens het klinisch onderzoek niet opportuun is. De arts kan pas een goede rapportage doen wanneer hijzelf tot een bepaalde conclusie is gekomen in zijn diagnostisch proces en dit kan slechts na de integratie van alle elementen. Bovendien is de patiënt niet in staat is de losse gegevens van verschillende bevindingen tot een geheel te verwerken.

Behandelingsvoorstel

De filosofie van het patiëntgerichte model impliceert dat een voorstel van behandeling niet een voorstel is dat louter te nemen of te laten valt.¹³ Het beleid is gebaseerd op een afweging tussen het medisch-technisch voorstel van de arts en de beleving, verwachting en overwegingen van de patiënt. Dit is ook terug te vinden in de omschrijving van evidence-based medicine (EBM): *'Het oordeelkundig gebruikmaken van systematisch verzamelde resultaten van wetenschappelijk onderzoek bij het nemen van beslissingen voor individuele patiënten.'* EBM in de praktijk toepassen impliceert het integreren van klinische expertise met beschikbaar wetenschappelijk bewijs, waarbij de voorkeur en opvattingen van de patiënt een belangrijke rol spelen.^{14,15} Het integreren van patiëntgericht consultvoeren met EBM vormt dan ook een hele uitdaging.¹⁶

Naast de vereisten van EBM en het patiëntgericht werken vereist ook de aard van het aangekaarte probleem binnen de consultatie zelf dat er afweging en overleg is. Er zijn steeds verschillende beleidsopties waarbij ook actieve monitoring of opvolging van het probleem een zinvolle optie is. Ook interventies op het vlak van informatie of gezondheidseducatie, die overbehandeling vermijden, behoren hiertoe. In het beleid zijn zowel niet-medicamenteuze als medicamenteuze strategieën belangrijk. Hiervoor zijn vaardigheden, zoals het kunnen motiveren, cruciaal om dit proces tot een goed einde te brengen. Ook een verwijzing voor technisch of specialistisch onderzoek kan een deel van het behandelplan zijn. Daarbij

komt naast de vaardigheid om te motiveren, ook het kunnen brengen van ‘slecht nieuws’ brengen aan bod. Hierbij betekent de terugkoppeling naar de oriëntatie opnieuw een meerwaarde van het toepassen van het consultatiemodel. ‘U hebt me verteld dat u vreselijk opziet tegen een gastroscopie, maar toch denk ik dat dit nu noodzakelijk is’. Door tijdens het beleid dezelfde aanknopingspunten te gebruiken als in de oriëntatie, met name het gebruik van de ‘ICE’ van de patiënt, kan de arts voortbouwen op deze cruciale informatie. Zonder deze gegevens is een verdere kwaliteitsvolle communicatie onmogelijk. Alle gespreksituaties waarin motiveren, overleg of slechtnieuwsmededeling aan bod komen, hebben dit overlegmodel nodig.

In elk geval moeten patiënt en arts uiteindelijk samen tot een besluit komen. Dit proces van ‘shared decision making’ vergt een grote expertise van de arts.^{17,18} Kennis van de eigen grenzen en vertrouwen in de eigen mogelijkheden als arts (d.i. het persoonlijk functioneren) spelen daarbij een voorname rol.

Tot slot vormt het verwoorden en bespreken van het voorziene verloop een niet te vergeten onderdeel van het beleid.

Voorzien verloop en alarmtekens

De kennis over het te verwachten verloop van een ziekte is essentieel in het handelen van de huisarts. In de huisartsgeeneeskunde zijn diagnoses zeer vaak voorlopig en onder voor-

behoud. Klachten die bij de huisarts worden gepresenteerd, hebben dikwijls een spontaan gunstig verloop. Patiënten komen met klachten die om geruststelling en/of opheldering vragen. Een huisarts moet goed op de hoogte zijn van het normale verloop (spontaan en/of onder behandeling) en afwijkingen herkennen, kritisch beoordelen en meedelen in duidelijke bewoordingen. Het toelichten van eventuele alarmtekens met concrete instructies over de acties die de patiënt moet ondernemen (onmiddellijk bellen, onderzoek laten uitvoeren, naar spoedgevallen gaan), is hierbij essentieel.

Afsluiting

De raadpleging eindigt met een afsluiting. Deze kan zeer kort zijn, maar moet wel duidelijk zijn. In deze fase worden gemaakte afspraken nog eens concreet en helder verwoord. Dit bevordert de continuïteit van de relatie over verschillende consultaties heen.

BESLUIT

Het Leuvens Consultatiemodel heeft een aantal specifieke accenten.¹⁹ Vooreerst ligt de nadruk op de oriëntatiefase vroeg in het consult (voor het starten van de anamnese) en het meenemen van de aldus bekomen informatie doorheen het gehele consult. Dit maakt het een uiterst patiëntgericht model. Vervolgens wordt het medisch beslissingsproces in het con-

Tabel: Het verloop van de raadpleging met integratie van de mentale syntheses en de planning volgens het Leuvens Consultatiemodel (LCM).

AANMELDING	ORIËNTATIE	ANAMNESE	KLINISCH ONDERZOEK	BELEID	AFSLUITING
Inhoud					
<p>Klacht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de ongemakken? • Wat zijn de klachten? • Wat zijn de problemen? • Wat zijn de aanmeldingsvragen? • Voor welke domeinen komt de patiënt? • Inventaris van alle punten 	<p>Beleving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe kijkt de patiënt zelf tegen deze klacht aan? • Wat heeft de patiënt zich daarbij voorgesteld? • Hoe reageert de omgeving op zijn ziek zijn? <p>Verwachtingen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat verwacht de patiënt dat er wordt gedaan? <p>Inbreng arts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wil de patiënt nog andere zaken bespreken? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht bevragen van de klachten • Exploreren van de psychosociale context 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeren van klinisch onderzoek • Uitvoeren van technische onderzoeken 	<p>Rapportage</p> <p>van de bevindingen, teruggekoppeld aan oriëntatie</p> <p>Behandelingsvoorstel</p> <p>voorleggen van de mogelijkheden en overleggen zowel medicamenteus als niet-medicamenteus</p> <p>Planning</p> <p>verdere onderzoeken, verwijzing</p>	<p>Samenvatting</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zijn alle vragen beantwoord? • Continuïteit van de relatie?
Mentale synthese					
	<p>Eerste mentale synthese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoever staan we nu? • Heb ik als arts alles goed begrepen? • Voelt de patiënt zich hiermee begrepen? 	<p>Tweede mentale synthese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is de differentiële diagnose? • Welk klinisch onderzoek moet worden uitgevoerd? 	<p>Derde mentale synthese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is de differentiële diagnose? • Hoe zie ik als arts nu het probleem? 		
Plan					
	<p>Consultatieplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaan we deze raadpleging structureren? • Welke punten verdagen we? 	<p>Onderzoeksplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meedelen welke onderzoeken moeten gebeuren • Uitkleedopdracht 	<p>Beleidsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke info zal ik geven en welke plannen zullen we voorstellen? • Sluit dit aan bij de oriëntatie? 	<p>Voorzien verloop en alarmtekens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe is het te verwachten probleem? • Alarmtekens? 	

sultatiemodel geïntegreerd door het inlassen van de 'mentale syntheses' en de eraan gekoppelde plannings in de verschillende fasen van het model. Deze syntheses en plannen bepalen mee het verdere consultatieverloop. In de beleidsfase krijgt bij de rapportage de terugkoppeling naar de oriëntatie een belangrijke plaats. En dit maakt de cirkel rond.

Literatuur

- 1 De Lepeleire J, Keirse M (red.). Aan weerszijden van de stethoscoop. Over kwaliteit van zorg en communicatie. Leuven/ Den Haag: Acco; 2011.
- 2 Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract* 2009;59:29-36.
- 3 Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freenma T. Patient centred medicine: transforming the clinical method. London: Sage; 2003.
- 4 Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation. Developing doctor-patient communication. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- 5 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering (bewerking naar de Nederlandse situatie: Jan Van Dalen). Utrecht: Lemma; 2004.
- 6 Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med* 2000;9:222-7.
- 7 Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect* 2006;9:321-32.
- 8 Van Driel M, De sutter A, Deveugele M, Peersman W, Butler C, De Meyere M. Patiënten met acute keelpijn. Verwachten zij antibiotica of vragen zij meer pijnstilling? *Huisarts Nu* 2011;36:499-503.
- 9 Coenen S, Michels B, Van Royen P, Van der Auwera J, Denekens J. Antibiotica voor hoestklachten in de huisartspraktijk. Determinanten van het voorschrijfgedrag. *Huisarts Nu* 2003;32:180-9.
- 10 Van Puymbroeck H, De Wachter J, Blanckaert F, et al. Klinische logica deel 1. Van aanmeldingsklacht tot diagnostisch landschap. *Huisarts Nu* 2004;33:123-8.
- 11 Van den Ende J, Derese A, Debaene L. Diagnostisch redeneren: de vijf pijlers van de medische besliskunde. *Huisarts Nu* 1996;25:283-92.
- 12 Debaene L, Vervaeck N, Lemiengre M, Ferrant L, Van Puymbroeck H. Buikpijn, besliskundig uitgewerkt: evenwicht tussen consultatievoeren en besliskunde. *Huisarts Nu* 1999;28:1-6.
- 13 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. 2 ed. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
- 14 Van Driel M. Verklarende woordenlijst voor Evidence-Based Medicine. Leuven: Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding; 2003.
- 15 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- 16 Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000;39:17-25.
- 17 Edwards A. Shared decision-making in health care- Achieving evidence-based patient choice. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- 18 Elwyn G, Edwards A., Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract* 1999;49:477-82.
- 19 Van Nuland M, Brems M, De Lepeleire J. Het Leuvens Consultatiemodel in internationaal perspectief: welke elementen in een model zijn essentieel? *Huisarts Nu* 2012;41:172-6.



Online agendabeheer voor artsen