

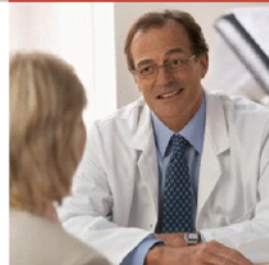
Variatie in consulten met chronisch zieken

Is een model voor vroege consulten met chronisch zieken ook geldig voor late consulten?

Margot Woolderink



**UMCG, Wenckebach Instituut
Vrije Universiteit Amsterdam, Gezondheidswetenschappen**



Groningen, 26 juni 2008

Variatie in consulten met chronisch zieken

Is een model voor kenmerken van vroege consulten met chronisch zieken ook geldig voor de late consulten?

Groningen, 1 juli 2008

Auteur
Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Oprachtgever

Begeleider onderwijsinstelling

Begeleider UMCG

mw. M.A.J. Woolderink
1495003

Gezondheidswetenschappen
faculteit der Aard- en Levenswetenschappen
Vrije Universiteit Amsterdam

dr. J. Pols
coördinator Wenckebach Ontwikkelplatform
Wenckebach Instituut, UMCG

dr. M. Westerman
Docent kwalitatieve onderzoeksmethoden

dr. J. Pols, arts-onderwijskundige
Wenckebach Ontwikkelplatform

ISBN 978-90-8827-031-4
NUR 860 Gezondheid Algemeen
Trefw chronisch zieken, consulten

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2008 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

VOORWOORD

Deze scriptie is het eindresultaat van mijn master Gezondheidswetenschappen, Beleid & Management in de gezondheidszorg aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. De afgelopen maanden heb ik mij in opdracht van dr. Pols bezig gehouden met een exploratief kwalitatief onderzoek naar de kenmerken van late consulten met chronisch zieken. Het resultaat is een valide model met kenmerken van alle consulten met chronisch zieken.

Tijdens de, soms eenzame, periode van mijn afstuderen zijn er een aantal mensen geweest die mij hebben geholpen en gesteund. Ik wil in dit voorwoord dan ook graag van de mogelijkheid gebruik maken deze mensen te bedanken.

Allereerst is dit mijn begeleider en tevens opdrachtgever Jan Pols. Wekelijks hadden we samen een overleg waarbij de leuke en minder leuke kanten van onderzoek doen aan bod kwamen. Ik wil hem graag bedanken voor zijn begrip, inzet en expertise.

Daarnaast wil ik mijn begeleider vanuit de universiteit, Marjan Westerman, bedanken. Ondanks dat het contact minder frequent was, waren de momenten van contact leerzaam en prettig.

Uiteraard gaat mijn dank uit naar de artsen die mee wilden werken aan mijn onderzoek, want zonder hen zouden er geen resultaten geweest zijn.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken die mij hebben gesteund, mijn motivatie soms weer opkrikten als dat nodig was en altijd klaarstonden als er stukken doorgelezen moesten worden.

*Margot Woolderink
Juni 2008*

INHOUDSOPGAVE

1. SAMENVATTING	1
2. 1. INLEIDING	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Theoretische achtergrond.....	3
1.2.1 Model voor vroege consulten met chronisch zieken	3
1.3 Vraagstellingen	5
3. 2. METHODEN EN TECHNIEKEN	7
2.1 Onderzoekspopulatie.....	7
2.2 Dataverzameling.....	7
2.3 Analyse.....	8
4. 3. RESULTATEN	9
3.1 Variatie tussen late consulten	9
3.1.1 De inhoud van de late consulten	9
3.1.2 De vorm van de late consulten.....	9
3.1.3 De frequentie van de late consulten.....	9
3.2 Variatie door de ziekte	9
3.2.1 Complicaties en progressie.....	9
3.3 Variatie door de patiënt	10
3.3.1 Therapietrouw.....	10
3.3.2 Leeftijd	11
3.3.3 Omgang ziekte.....	11
3.3.4 Wijze van uiten	12
3.3.5 Intelligentie.....	12
3.4 Variatie door de arts.....	13
3.4.1 Discipline.....	13
3.4.2 Opvattingen	14
3.5 Een model voor late consulten met chronisch zieken	15
5. 4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE	19
4.1 Beschouwing.....	19
4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	20
4.3 Relatie tot andere onderzoeken.....	21
4.4 Reikwijdte en bruikbaarheid van de resultaten	22
4.5 Verder onderzoek.....	22

6. LITERATUURLIJST.....	23
7. BIJLAGE 1 OPLEIDINGSCONTINUÛM VAN ARTSEN	25
8. BIJLAGE 2 TOPICLIST INTERVIEWS.....	26

SAMENVATTING

Inleiding

Vanwege de toename van het aantal chronisch zieken in Nederland is het noodzakelijk dat men hierop inspeelt in onderwijs en opleiding van medici. Pols heeft eerder onderzoek gedaan naar kenmerken van vroege consulten met chronisch zieken en heeft daarover een model ontwikkeld. Hierin komen de factoren aan bod die zorgen voor variatie tussen consulten. Pas wanneer dit model getoetst is voor late consulten met chronisch zieken is het mogelijk bruikbaar in het opleidingscontinuüm van artsen. Het doel van dit onderzoek is dan ook het model voor vroege consulten te valideren voor late consulten met chronisch zieken.

Methode

Literatuuronderzoek met aansluitend observaties tijdens consulten en tien semi-gestructureerde interviews met artsen uit verschillende lijnen van de gezondheidszorg. De verzamelde data zijn geanalyseerd met behulp van een gestructureerde inhoudsanalyse gedaan.

Resultaten

Er zijn drie factoren die in de late fase zorgen voor variatie tussen de consulten, dit zijn de aandoening, de patiënt en de arts. Deze factoren kunnen invloed hebben op wat er aan de orde komt (de inhoud), op hoe dit aan de orde komt (de vorm) en op de frequentie van de consulten. Voorgesteld moet worden dat doordat elk consult verschilt, niet altijd alle factoren in één consult voor variatie zorgen. Dit hangt af van de gehele situatie.

De inhoud kan zich, net als bij de vroege consulten, over drie terreinen verspreiden namelijk, het biomedische,

psychosociale en maatschappelijke terrein. Wat betreft de vorm varieert de manier van praten. Het gaat dan om de woordkeus, de gesprekstechniek, de snelheid van praten en de hoeveelheid informatie die per consult wordt gegeven. De manier van praten is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt, de intelligentie en de manier waarop de patiënt omgaat met zijn of haar ziekte.

Duidelijk is dat geen van de drie factoren op zichzelf staat. Het is altijd een samenspel van verschillende factoren, waarbij de mate waarin een bepaalde factor voor variatie zorgt ook in ieder consult weer kan verschillen. Wel blijkt dat het samenspel tussen de arts als mens en de patiënt als mens voor de grootste variatie zorgt. Artsen geven aan dat zij ieder consult afstemmen op de behoeften van de patiënt zoals zij die inschatten en op basis daarvan het consult vorm en inhoud geven.

Conclusie

De variatie tussen consulten met chronisch zieken is groot, elk consult is anders. Door zich bewust te zijn van de factoren die kunnen variëren tussen consulten met chronisch zieken kunnen artsen zich beter voorbereiden op dergelijke consulten.

Om er zeker van te zijn dat het ontwikkelde model breed geldig is, is kwantitatief vervolgonderzoek noodzakelijk. Op deze manier kan het model verder getoetst worden.

1. INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Het aantal mensen in Nederland dat lijdt aan een chronische ziekte is de afgelopen tijd toegenomen. Dit is onder andere het gevolg van betere diagnostische en therapeutische mogelijkheden en het feit dat sterfte als gevolg van infectieziekten flink gedaald is.

Verwacht wordt dat ook in de toekomst het aantal chronisch zieken verder zal stijgen. De toename zal onder andere toe te schrijven zijn aan demografische ontwikkelingen, maar ook veranderingen in leefstijlfactoren spelen hierbij een grote rol (Blokstra et al., 2007). De belangrijkste demografische ontwikkeling is de vergrijzing. Door deze vergrijzing zullen er meer chronisch zieken komen, die langer zullen leven met hun ziekte. De behoefte aan zorg, met name voor chronisch zieken, zal in de toekomst dan ook verder stijgen (van den Bos, 2001).

Door de toename van het aantal chronisch zieken wordt het voor artsen steeds belangrijker om goed met deze specifieke patiëntencategorie en hun zorgbehoeften om te kunnen gaan. Dit betekent dat het medisch onderwijs hierop moet inspelen, waarbij onder andere inhoudelijke aanpassingen noodzakelijk zijn. Zo bleek uit eerder onderzoek dat er een betere voorbereiding moet komen op contacten met chronisch zieken (Pols, 2002; Yuen et al., 2006), dat er meer aandacht moet komen voor samenwerking met andere disciplines en dat er betere training moet komen op verschillende vlakken, waaronder patiënteneducatie en slecht-nieuwsgesprekken (Pols, 2002). Het grootste deel van de behandeling van chronisch zieken verloopt via de consulten met de arts. Waarbij consulten geformuleerd kunnen worden als raadplegingen van een arts door een zieke. Vanwege het grote aandeel wat consulten hebben in de behandeling van chronisch zieken lijkt het voor de hand te liggen hier meer over te weten te komen.

Om een eerste stap richting onderwijs te zetten is in eerder onderzoek nagegaan of er een typologie te ontdekken valt in de consulten met chronisch zieken (Pols, 2002). Het resultaat is een model met kenmerken van vroege consulten met chronisch zieken. Het gaat dan om de consulten vanaf

de start dat een patiënt met klachten komt, tot het moment dat de therapie in gang gezet is en het leven min of meer gestabiliseerd is. Echter, kenmerken van de late consulten, consulten met patiënten bij wie de ziekte al langdurig bestaat, zijn nog niet onderzocht.

1.2 THEORETISCHE ACHTERGROND

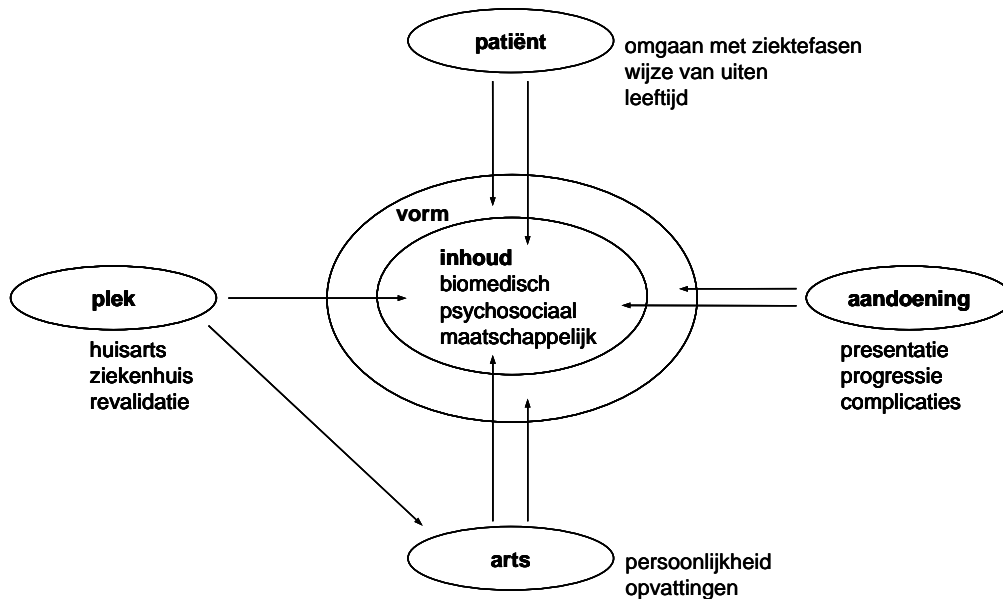
Voorafgaand aan het huidige onderzoek is gezocht naar relevante literatuur op het gebied van kenmerken van (late) consulten met chronisch zieken. Hieruit is gebleken dat er geen literatuur bestaat over dit onderwerp, behalve het onderzoek van Pols (2002).

1.2.1 MODEL VOOR VROEGE CONSULTEN MET CHRONISCH ZIEKEN

Pols is met behulp van semi-gestructureerde interviews met specialisten en huisartsen en een 'grounded theory'-benadering nagegaan wat de kenmerkende aspecten zijn van vroege consulten met chronisch zieken. De achterliggende gedachte van het onderzoek was om de resultaten in de toekomst mogelijk te gaan verwerken in het opleidingscontinuüm van artsen (bijlage 1). Het model wat hij heeft ontwikkeld is weergegeven in figuur 1.

Het belangrijkste kenmerk voor de vroege consulten bleek de grote variatie die er bestaat tussen de consulten. Geen consult is hetzelfde. Het model beschrijft welke factoren kunnen zorgen voor die variatie.

Wanneer een patiënt zich meldt met klachten staat de beginperiode grotendeels in het teken van het achterhalen van de oorzaken van de klachten; het stellen van de diagnose. Ook wordt er direct aandacht besteed aan problemen op het psychosociale en maatschappelijke vlak. De contacten tussen arts en patiënt variëren echter vanaf het begin. Pols stelde hierbij dat de variatie zowel terug te zien was in wat er aan de orde komt (de inhoud) als hoe dat aan de orde komt (de vorm). Dit is terug te vinden in het centrale deel van het model.



Figuur 1: Model voor vroege consulten met chronisch zieken (Pols, 2002)

Pols vindt in zijn onderzoek vier factoren die de variatie kunnen verklaren: de aandoening, de patiënt, de arts en de plek in de gezondheidszorg waar het contact zich afspeelt. Deze vier factoren zullen hieronder kort besproken worden.

Allereerst de aandoening. Doordat aandoeningen zich op verschillende manieren presenteren en het beloop kan variëren zorgt dit voor variatie tussen consulten. Ook leidt dit ertoe dat het moment van het stellen van een juiste diagnose kan wisselen. Er worden hiervoor drie situaties aangegeven. De diagnose kan vrij snel gesteld worden. De therapie kan daardoor ook snel in gang gezet worden.

De verdenking op een bepaalde aandoening is vrij snel aanwezig, maar voor het stellen van een diagnose moet het klinisch beloop worden afgewacht.

De juiste diagnose wordt in eerste instantie gemist en kan pas later gesteld worden. Het beloop van de aandoening

heeft op verschillende manieren invloed op de variatie. Het beloop bepaalt allereerst de inhoud van de consulten.

Daarnaast bepaalt het tempo van complicaties de mate waarin de arts de regie in consulten naar zich toetrekt of bij de patiënt legt. Tot slot heeft het beloop invloed op de organisatie van contacten met patiënten wat betreft frequentie en mogelijkheid tot protocolleren.

De tweede factor is de patiënt zelf. Artsen geven aan dat ze de consulten zo goed mogelijk proberen af te stemmen op de patiënt die tegenover hen zit. De variatie tussen de patiënten kan groot zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om het verschil in leeftijd, in de wijze van uiten en in het omgaan met het ziekteproces. Bij de afstemming gaat het om de hoe

veelheid informatie die per keer gegeven wordt, de hoeveelheid en intensiteit van de begeleiding, de omvang van de therapeutische interventies en het tempo waarin die worden uitgevoerd.

De derde factor is de arts zelf. Zowel via hun persoonlijkheid als via hun professionele opvattingen kunnen artsen zelf ook als bron van variatie dienen.

Tot slot zorgt de plek in de gezondheidszorg voor variatie tussen consulten. De plek in de gezondheidszorg leidt er allereerst toe dat artsen hun taken verschillend zien. Een huisarts zegt zich te richten op zowel biomedisch, psychosociaal als maatschappelijk gebied. Een specialist daarentegen richt zich naar eigen zeggen meer op de biomedische aspecten.

De plek waar een arts werkzaam is zorgt ook voor verschillen in epidemiologie. Ziekten die specialisten in een ziekenhuis vaak tegenkomen, kunnen voor huisartsen zeldzaam zijn en andersom.

Taakopvatting en epidemiologie zorgen dus voor variatie als gevolg van de plek binnen de gezondheidszorg waar een consult plaatsvindt. (Pols, 2002).

1.3 VRAAGSTELLINGEN

Voordat een dergelijke typologie van consulten met chronisch zieken opgenomen kan worden in het opleidingscontinuüm van artsen moet men er zeker van zijn dat het allesomvattend is.

Chronisch zieken komen in alle medische disciplines voor en een model is dan ook pas bruikbaar wanneer het breed inzetbaar is. Daarnaast gaat het om het ontwikkelen en het eigen maken van de professionele standaard volgens welke een arts handelt. Het gaat hierbij om beroepsmatige aspecten met betrekking tot het houden van consulten. Dit is dan ook de reden dat er voor is gekozen om het onderzoek te beperken tot artsen en deze uitsluitend aan het woord te laten.

Uit het onderzoek van Pols (2002) is gebleken dat variatie het belangrijkste kenmerk is van de vroege consulten met chronische zieken. De vraag in hoeverre de factoren die

voor variatie zorgen tussen vroege consulten ook geldig zijn als factoren voor late consulten is blijven liggen.

Vanwege deze lacune is aanvullend kwalitatief explorerend onderzoek gestart. De onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

'Is een model voor vroege consulten met chronisch zieken ook geldig als model voor late consulten?'

Om tot een goed antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen komen zijn een tweetal deelvragen geformuleerd:

'Is het belangrijkste kenmerk voor late consulten met chronisch zieken ook de variatie, net als bij de vroege consulten?'

'Zo ja, door welke factoren wordt de variatie in de late consulten veroorzaakt?'

Met de beantwoording van deze onderzoeksvraag komt men een stap dichterbij de toepasbaarheid van een model voor kenmerken van consulten met chronisch zieken in de medische onderwijssetting. Artsen kunnen op die manier in de toekomst beter op de hoogte gesteld worden van factoren die consulten met chronisch zieken kunnen beïnvloeden om zo zorg voor chronisch zieken in de toekomst te optimaliseren.

2. METHODEN EN TECHNIEKEN

2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE

Gezien het doel van het onderzoek is ervoor gekozen uitsluitend artsen aan het woord te laten en vanuit hun perspectief te kijken naar late consulten met chronisch zieken. Voor het selecteren van de onderzoekspopulatie is gebruik gemaakt van het principe van theoretisch samplen. Op logische wijze is beredeneerd waarom personen geselecteerd worden. Doel was om onderzoekspersonen te selecteren met zo uiteenlopend mogelijke eigenschappen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de consultvoering van artsen.

Een chronisch zieke gaat vaak eerst naar een huisarts, wordt soms doorverwezen naar een ziekenhuisspecialist, komt mogelijk in aanraking met een revalidatiearts en in sommige gevallen ook met een verpleeghuisarts. Om het te ontwikkelen model zo breed mogelijk te houden leek het dan ook noodzakelijk elke groep artsen te betrekken in het onderzoek. Op die manier wordt het hele scala aan artsen dat een chronische zieke mogelijk tegenkomt gedekt. Het inclusie criterium dat voor elke onderzoekspersoon is gehanteerd, is het feit dat deze frequent en langdurig in contact staat met chronisch zieken. Dit is ook de reden dat er geen snijdend specialisten geïnterviewd zijn.

In eerste instantie zijn tien artsen via de e-mail benaderd; twee huisartsen, twee verpleeghuisartsen, twee revalidatieartsen en vier ziekenhuisspecialisten. Acht artsen waren direct bereid mee te werken. Eén revalidatiearts gaf aan het te druk te hebben en verwees door naar een collega-revalidatiearts. De tiende arts werd via e-mail niet bereikt en is daarom telefonisch benaderd. Deze was eveneens bereid tot medewerking.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat er grote variatie bestaat tussen artsen (en hun taakopvattingen). Om de verschillen zo goed mogelijk in kaart te kunnen brengen is één van de gesprekspartners gevraagd of deze iemand kende die zijn vak op een heel andere manier uitoefent. Op deze manier is een elfde onderzoekspersoon (ziekenhuisspecialist) toegevoegd.

2.2 DATAVERZAMELING

Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek is er voor gekozen om data te verzamelen met behulp van semi-structureerde interviews. Tevens is gebruik gemaakt van de tien letterlijk uitgewerkte interviewteksten van Pols uit 1998-1999. Deze tien zijn doorgenomen op relevantie voor late consulten. De tekstfragmenten over late consulten zijn meegenomen in de analyse.

De vragen, de volgorde van de vragen en de antwoorden van de interviews lagen niet van te voren vast. Wel is voorafgaand aan de interviews een topiclist (bijlage 1) opgesteld waarop de relevante onderwerpen voor het onderzoek vermeld stonden. Op deze manier kon de onderzoeker tijdens het interview checken wat er eventueel nog besproken moest worden. Deze topiclist bestond onder andere uit vragen over kenmerken van late consulten met chronisch zieken, ook zijn items uit het model van Pols (2002) verwerkt. Daarnaast zijn onderwerpen die in voorgaande interviews onderbelicht zijn gebleven gebruikt als onderwerpen in volgende interviews.

Om een beeld te krijgen van de dagelijkse patiëntenzorgpraktijk van de betrokken artsen zijn observaties uitgevoerd in de praktijken van de geïnterviewden. Per arts een dagdeel observatie door door dezelfde persoon als de interviewer. Tijdens de observaties zijn korte veldnotities gemaakt en deze zijn zo snel mogelijk na het observeren uitgewerkt. Ze zijn gebruikt om vragen voor de interviews te formuleren: wat tijdens de observaties nog onduidelijk bleef is later verder geëxploreerd tijdens de interviews. Aan het begin van elk interview werd met een open vraag begonnen over wat de onderzoekspersoon kenmerkend vond aan de late consulten met chronisch zieken. Van daaruit is verder gesproken over de aspecten die de onderzoekspersoon benoemde. Onderzoekspersonen waren op die manier vrij om te spreken over de voor hun belangrijke aspecten. Tegen het eind van het interview zijn onderwerpen van de topiclijst die niet aan bod gekomen waren kort uitgevraagd.

Het eerste interview wat gehouden is was een proefinterview waarvan de resultaten wel zijn meegenomen in de analyse. Dit proefinterview is besproken met de twee begeleiders en naar aanleiding daarvan is de topiclijst verder aangescherpt. De tien interviews van het huidige onderzoek zijn letterlijk uitgetypt. Voor het bepalen van het aantal noodzakelijke interviews is uitgegaan van theoretische saturatie. Zodra bleek dat de onderzoekspersonen geen nieuwe informatie meer aandroegen, werd ervan uitgegaan dat de probleemstelling uitputtend was beantwoord en dat geen nieuwe interviews meer nodig waren. Tevens is rekening gehouden met de tijd die voor het onderzoek beschikbaar was. Het maximale aantal interviews is daarom op voorhand beperkt tot twaalf. Interviews werden gehouden op de werkplek van de gesprekspartners. De duur van de interviews was ongeveer één uur en deze werden na toestemming van de onderzoekspersonen vastgelegd op geluidsband. Alle interviews zijn door éénzelfde interviewer afgenomen. Na tien interviews bleken er geen nieuwe gegevens meer te worden verkregen, de theoretische saturatie was bereikt. Eén interview met een ziekenhuisspecialist is daarom geannuleerd. Dit was een andere ziekenhuisspecialist dan de toegevoegde specialist met andere opvattingen.

2.3 ANALYSE

Aangezien al een model ontwikkeld is voor vroege consulten en deze gevalideerd moest worden, is een gestuurde inhoudsanalyse gedaan. Dit wordt gebruikt wanneer een theorie of theoretisch raamwerk gevalideerd en/of uitgebreid moet worden (Hsieh & Shannon, 2005). Bij de analyse is gebruik gemaakt van het ondersteunende computerprogramma Atlas.ti (Muhr, 1991). Direct na het eerste interview is begonnen met de analyse. Op deze manier konden onderwerpen die onderbelicht waren gebleven herkend worden en meegenomen worden naar een volgend interview voor verdere toelichting. De volledige uitgewerkte interviews werden gescreend op belangrijke tekstfragmenten

over kenmerken van late consulten met chronisch zieken. Deze werden gecodeerd. Voor aanvang van de analyse was een set van 15 codes opgesteld op basis van het model van Pols. Hierbij ging het om variatie door de ziekte, variatie door de arts, variatie door plek in de gezondheidszorg en variatie door de aandoening (onderverdeeld in een aantal subcategorieën). Tevens werden fragmenten die iets zeiden over de inhoud en de vorm van de late consulten gecodeerd. Wanneer relevante citaten over late consulten niet ondergebracht konden worden onder deze codes werd een nieuwe code ontwikkeld. Uiteindelijk ontstond een set van 27 codes. Tijdens de analyse zijn categorieën ontwikkeld die een aantal codes samenbrachten onder één code om zo de grote lijnen uit de interviews te filteren. Na completering van de codeset zijn een tweetal blanco interviews met de ontwikkelde codeset ter codering voorgelegd aan een onafhankelijke onderzoeker. Deze heeft het gebruik van de codeset bij twee blanco interviews getest. Er werd in eerste instantie een overeenstemming bereikt van meer dan 95%. Na discussie bleek dat verschillen in coderen niet berustten op verschil in interpretatie van codes, maar het vergeten van het coderen van belangrijke tekstfragmenten. Het coderingsschema was daarom bruikbaar voor de verdere analyse.

Citaten

De citaten in het vervolg van de tekst zijn soms licht aangepast om de leesbaarheid te vergroten, zonder dat er inhoudelijke veranderingen in zijn aangebracht.

In de tekst wordt naar citaten verwezen met een citaatnummer in superscript.¹⁰⁰⁾ In de rechtermarge wordt bij elk citaat aangegeven of het afkomstig is van een huisarts, ziekenhuisspecialist, revalidatiearts of verpleeghuisarts zijn, respectievelijk: [h], [s], [r] en [v].

Bijvoorbeeld:

¹⁰⁰⁾ *Ik weet niet meer precies de uitdrukking, maar genezen kun je maar af en toe en begeleiden en troosten dat kun je altijd.* [s]

3. RESULTATEN

3.1 VARIATIE TUSSEN LATE CONSULTEN

Het belangrijkste kenmerk van late consulten met chronisch zieken is volgens artsen de grote variatie die er tussen de consulten bestaat. De geïnterviewde artsen geven aan dat elk consult anders is. Deze variatie vinden ze terug op drie verschillende punten; de inhoud, de vorm en de frequentie.

3.1.1 DE INHOUD VAN DE LATE CONSULTEN

De inhoud van late consulten varieert volgens artsen veel. Zo constateren artsen dat ze tijdens de late consulten met patiënten praten over direct aan de ziekte gerelateerde aspecten, maar daarnaast komen ook maatschappelijke of psychosociale problemen waar patiënten tegen aanlopen aan bod.

Daarnaast wordt uit de interviews met artsen duidelijk dat zij de late fase zien als een fase van monitoring, herhaling van adviezen, ondersteuning bij blijvend uitvoeren van (medicatie)adviezen en leefregels en preventief screenen. De late fase staat in het teken van voorkomen van verdere achteruitgang en om de kwaliteit van leven zo optimaal mogelijk te houden.

3.1.2 DE VORM VAN DE LATE CONSULTEN

Artsen geven aan dat de vorm van de late consulten zeer varieert. Artsen passen het consult aan op het niveau van de patiënt. Men geeft aan dat de manier van praten verschilt. Hierbij gaat het om de woordkeus, de gesprekstechniek, de snelheid van praten en de hoeveelheid informatie die wordt gegeven.

De vorm van een consult varieert ook door de manier waarop een consult gehouden wordt. De late consulten worden voor het grootste deel bij de arts op het spreekuur gehouden. Er zijn echter ook artsen die in de late fase menen dat, afhankelijk van de situatie, een telefonisch consult of een consult via de e-mail een goede vorm kan zijn.

3.1.3 DE FREQUENTIE VAN DE LATE CONSULTEN

Op het moment dat de ziekte zich in de late fase min of meer heeft gestabiliseerd neemt de frequentie van de contacten volgens artsen meestal af. Dit is echter afhankelijk van allerlei factoren die in het vervolg van de resultaten uitvoeriger besproken zullen worden.

3.2 VARIATIE DOOR DE ZIEKTE

Tussen late consulten ontstaat veel variatie door de ziekte. De uiteenlopende chronische ziekten zorgen er voor dat artsen de inhoud, de vorm en de frequentie aanpassen.

3.2.1 COMPLICATIES EN PROGRESSIE

Artsen signaleren dat in de late fase het beloop van een aandoening steeds meer gaat tellen. Ze merken dat het per aandoening zeer sterk varieert of er complicaties optreden en als dit het geval wat de ernst van de complicaties dan is. Tevens kan het beloop van eenzelfde aandoening nog weer variëren tussen verschillende personen.

Artsen merken dat deze variatie van grote invloed is op de inhoud van een consult. Wanneer de ziekte zich in een rustige fase bevindt en er sprake is van weinig of geen complicaties, gaat het in de consulten meer over het leren leven met de ziekte, zoals het functioneren op het werk, de gezinssituatie en emotionele aspecten. Pas wanneer er zich nieuwe problemen of ontwikkelingen voordoen betreffende de aandoening zelf, verschuift de inhoud van de late consulten meer naar deze aspecten¹⁾.

¹⁾ *Het is nou eenmaal zo dat er met het klimmen der jaren vaak steeds meer complicaties bijkomen, ik noem iets als botontkalking. Dat is in de regel een kwaal van oudere mensen, maar bij CF (cystic fibrosis) komt dat al wat vroeger in het leven ineens. Dat is dan op een gegeven moment een aandachtspunt* [5]

Ook de vorm van de late consulten wordt volgens artsen beïnvloed door de complicaties en de progressie. Wanneer

het beloop van de aandoening rustig is, menen een aantal artsen dat het consult soms ook via de e-mail of de telefoon kan plaatsvinden. Daarnaast kan het soort complicaties invloed hebben op de vorm van de consulten. Zo zeggen artsen dat ze heel anders praten met patiënten die bijvoorbeeld afatisch zijn dan met patiënten die op het gebied van taal en spraak geen problemen ondervinden. Tot slot wordt de frequentie van het contact beïnvloed door de progressie van de aandoening. Artsen menen dat op het moment dat de ziekte zich in een rustige fase bevindt de frequentie van het aantal consulten verminderd kan worden. Wanneer er nieuwe complicaties optreden neemt deze weer toe²⁾.

2) De frequentie hangt af van de aard van de kwaal, dus is het beloop bij deze patiënt veel onvoorspelbaarder en onrustiger of niet. Er zijn mensen die een hele stabiele ziekte hebben en dan check je eens in de zoveel tijd of er bijzonderheden zijn en er zijn mensen die alsmaar een woelige en onrustige ziekte hebben. Die zal je vaker zien om te kijken wat je kan. [s

3.3 VARIATIE DOOR DE PATIËNT

Artsen zien verschillen tussen patiënten en proberen hier zo veel mogelijk rekening mee te houden tijdens hun consulten. Aspecten waarin patiënten volgens artsen verschillen en die invloed hebben op de late consulten worden hieronder besproken.

3.3.1 THERAPIETROUW

Uit de interviews blijkt dat artsen zien dat patiënten erg variëren in de mate waarin zij zich houden aan het beleid dat ze samen hebben opgesteld. Zo zien ze patiënten die zeer secuur omgaan met hun ziekte en de bijbehorende medicatie- en leefregels en patiënten die er slordig mee omgaan. Artsen zien therapietrouw dan in de brede zin van het woord, waaronder ook leefstijladviezen vallen. Ze constateren dat er door het verschil in therapietrouw patiënten zijn die:

- Zeggen dat ze zich goed aan het afgesproken beleid houden en dit ook doen

- Zeggen dat ze zich goed aan het afgesproken beleid houden maar dit niet doen
- Zich niet aan het beleid houden en hier ook voor uit komen

De variatie in therapietrouw tussen patiënten heeft invloed op de inhoud van de late consulten. De insteek van de arts is anders. Artsen proberen in te schatten wat voor soort patiënt het is wat betreft de therapietrouw. Wanneer de arts het idee heeft dat de patiënt netjes omgaat met het beleid omtrent de ziekte, hebben ze het hier minder over. Bij patiënten die minder secuur omgaan met hun therapie blijft dit onderwerp van gesprek³⁾.

3) Een heleboel mensen leven niet gezond en daar kun je ook niet als dokter altijd boven op zitten. Tenzij iemand rookt en COPD heeft, dat kan eigenlijk niet. Dus dan zeg ik van ik ga toch even zeuren. En dat moet je ook een beetje lachend brengen hoor, want mensen moeten niet bezwaard weggaan. Maar dan probeer je toch die mensen over die streep te trekken. Je moet mensen niet in de kou laten staan, dus je moet wel een beetje naast ze gaan staan. Ook wel kunnen invoelen waarom ze niet kunnen stoppen met roken. [h

De variatie in therapietrouw beïnvloedt de vorm van de consulten. Artsen zeggen dat ze hun manier van praten aanpassen aan de soort patiënt. Ze passen bij therapieontrouwe patiënten bijvoorbeeld een ander soort gesprekstechniek toe. Ze proberen in dat geval na te gaan waar de therapieontrouwe patiënt vandaan komt en op welke manier ze er voor zouden kunnen zorgen dat de patiënt zich wel aan de voorgeschreven therapie houdt. Ook de frequentie van het contact wordt beïnvloed door de mate waarin de patiënt therapietrouw is. Wanneer de patiënt niet goed omgaat met het afgesproken beleid willen artsen deze patiënt vaker terugzien dan iemand die zeer secuur omgaat met het beleid. Tot slot menen artsen dat de manier waarop patiënten omgaan met hun therapietrouw invloed kan hebben op de progressie van de aandoening en de eventuele complicaties die optreden. Dit ligt volgens hen echter wel voor een groot deel aan de aandoening. Maar ze geven aan dat de patiënt bij een aantal chronische ziekten, zoals diabetes

mellitus, zelf veel invloed kan hebben op de gevolgen van de aandoening.

3.3.2 LEEFTIJD

Artsen zien patiënten uit allerlei leeftijdscategorieën. Wat hen hierbij opvalt is dat patiënten in verschillende fasen van het leven verschillende problemen tegenkomen.

Ook kan, mede afhankelijk van de aandoening, het geheugen op een gegeven moment achteruitgaan.

Daarnaast signaleren artsen dat het typerende aan de late fase is dat chronisch zieken in de loop der jaren ervaringsdeskundig zijn geworden op het gebied van hun eigen aandoening.

De leeftijd van de patiënt heeft invloed op de inhoud van een consult. Door de verschillende problemen die patiënten in verschillende levensfasen tegenkomen zijn ook de onderwerpen van gesprek volgens de artsen anders. Artsen geven daarnaast aan dat ze het beleid dat ze uitstippelen soms laten afhangen van de leeftijd van de patiënten. Zo houden ze bijvoorbeeld rekening met het voorschrijven van medicatie of het adviseren van bepaalde leefstijladviezen. Artsen constateren dat de vorm van een consult beïnvloed wordt door de leeftijd van de patiënt. De manier van communiceren verschilt. Ook zien artsen dat bij mensen met cognitieve problemen (als gevolg van hun leeftijd of door de aandoening) een consult via de telefoon of de e-mail niet geschikt is⁴⁾.

⁴⁾ *Ouderen kunnen vaak niet overweg met onzekerheid. Dus die willen regelmaat, nou dan geef je regelmaat. De ziekte van Parkinson is een prachtig voorbeeld, daar gaat op een gegeven moment het geheugen ook een probleem worden, dus als het geheugen niet meer zo scherp is dan moet je richtlijnen geven, vaste lijnen. En daar kunnen ze zich prachtig aan houden. In plaats van mensen terug te laten komen doe ik heel veel belconsulten. En bij de ziekte van Parkinson, over het algemeen bij oudere patiënten lukt dat niet, daar begrijpen ze niets van. Dus dan laat je die mensen komen. [s*

Door de ervaringsdeskundigheid van de patiënt in de late fase neemt het consult een andere vorm aan, waarbij artsen vinden dat het meer een gesprek of overleg wordt.

3.3.3 OMGANG ZIEKTE

Artsen zien dat ook wanneer patiënten al langdurig een aandoening hebben ze toch nog op een verschillende manier omgaan met de acceptatie van de ziekte en het ziekteproces. Ze zien dat er patiënten zijn die de ziekte inmiddels geaccepteerd hebben en anderen die hun levenlang bezig zijn met het acceptatieproces⁵⁾.

⁵⁾ *Er zijn mensen die ontzettend goed omgaan met hun chronische ziekte en die blijven daar opgewekt bij, die weten van iedere negatieve ontwikkeling als het ware nog altijd de lichtpuntjes te zien en andere mensen die worden er verschrikkelijk sikkeneurig van en die zijn alleen maar bezig met de zwarte kant van het geheel te bekijken. Sommige mensen hebben het idee dat ze altijd het slachtoffer zijn en die komen daar niet bovenuit. [h*

Wat in de late fase volgens de geïnterviewden regelmatig aan bod komt bij een aantal aandoeningen is het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen in huis. Ook de acceptatie van hulpmiddelen varieert tussen patiënten. Artsen zien bijvoorbeeld patiënten die het liefst direct een hulpmiddel gaan gebruiken zodat te zien is dat ze een beperking hebben en aan de andere kant zien ze patiënten die van mening zijn nooit een hulpmiddel nodig te hebben.

Ook zien artsen veel verschil tussen patiënten in de mate waarin zij zaken omtrent hun chronische ziekte zelf kunnen regelen. Dit zelfmanagement heeft betrekking op allerlei aspecten. Zo zien ze bijvoorbeeld verschillen in de mate waarin patiënten zelf aanvragen voor uitkeringen kunnen doen, de aanpassing van de leefstijl en het terugkomen naar de arts. Artsen geven aan dat sommige patiënten zeer goed in staat zijn zelf de zaken op orde te houden. Anderen hebben volgens hen veel meer sturing en hulp nodig. Ze constateren hierbij wel dat een belangrijk aspect het sociale netwerk van een patiënt is. Wanneer een patiënt in zijn of haar omgeving breed gesteund wordt door familie en vrienden is het makkelijker de zaken zelf goed op orde te hebben en houden.

De omgang van de patiënt met zijn of haar ziekte heeft invloed op de inhoud van de consulten. Artsen geven meer structuur en sturing aan patiënten die het reilen en zeilen

omtrekt hun ziekte niet goed op orde hebben dan aan patiënten bij wie het vlekkeloos verloopt.

Tevens wordt de vorm van de late consulten beïnvloed door het verschil in omgang met de ziekte. Ook hier geldt dat de manier van communiceren verschilt. Artsen benaderen patiënten die nog steeds veel moeite hebben met de acceptatie van hun ziekte op een andere manier dan patiënten die goed omgaan met hun aandoening.

Tot slot wordt de frequentie tussen consulten beïnvloed door de manier waarop patiënten omgaan met hun aandoening. Patiënten die de zaken zelf prima op orde hebben en een breed sociaal netwerk hebben zullen minder regelmatig terugkomen dan patiënten die meer houvast nodig hebben. Ook proberen artsen rekening te houden met de behoeften die de patiënt heeft aan regelmatige controle. Zo zien ze dat er een groep patiënten is die het fijn vindt sowieso met enige regelmaat door de arts gezien te worden, waarbij een andere groep meent zelf weer contact op te nemen wanneer dat nodig is.

3.3.4 WIJZE VAN UITEN

Het valt artsen op dat een grote groep patiënten door de jarenlange ervaring met hun aandoening beter in staat is om adequaat om hulp te vragen. Deze groep patiënten weet in de loop van de tijd beter wanneer ze aan de bel moeten trekken bij de arts.

Daarnaast merken artsen op dat de patiënt met verschillende probleemvragen bij verschillende disciplines komt. Mede door de komst van gespecialiseerd verpleegkundigen menen artsen verschillen te zien in de probleemdefiniëring en vraagstelling van de patiënt naar de verschillende disciplines toe⁶⁾.

⁶⁾ *Mijn eigen indruk is dat mensen soms bij de dokter zeggen dat het goed gaat of dat ze alles begrepen hebben en dan toch als ze bij de reumaconsulent komen nog wat willen weten over die pillen en ook wel eens daar wat duidelijker hun klachten aangeven dan bij de dokter.* [5

De verschillen die de artsen constateren hebben voor een deel invloed op de inhoud van de consulten, waarbij artsen menen dat in de late fase patiënten goed weten wat ze bij

de arts ter sprake moeten brengen. Dit zorgt er ook voor dat de communicatie makkelijker verloopt, waardoor dus ook de vorm beïnvloed wordt.

De verschillen hebben de grootste invloed op de frequentie van het contact, omdat artsen merken dat patiënten in de late fase over het algemeen minder snel naar de arts toe gaan, omdat ze zelf weten wat er aan de hand is en hoe ze daar mee om kunnen gaan.

3.3.5 INTELLIGENTIE

Elke patiënt is anders. Zo merken artsen dat ook de intelligentie van hun patiënten verschilt.

Dit verschil in intelligentie heeft voornamelijk invloed op de vorm van de consulten. Waarbij artsen de manier van praten, en dan met name het woordgebruik en het tempo, aanpassen aan de patiënt die voor hen zit⁷⁾.

⁷⁾ *Als je wil weten hoe het zit dan kan je dat bij iemand die superslim is en veel kennis heeft over zijn ziekte met andere bewoordingen doen dan bij iemand die niet zo slim is en weinig theoretische kennis heeft. Je moet dat vaak op een andere manier verwoorden. [v*

Het verschil in intelligentie kan in mindere mate invloed hebben op de frequentie van de consulten. Waarbij artsen per keer soms wat minder informatie geven aan minder intelligente patiënten, met als gevolg dat deze eventueel vaker terugkomen.

3.4 VARIATIE DOOR DE ARTS

De variatie die artsen constateren door de patiënt en diens aandoening zijn van groot belang voor hun consultvoering. Ze geven aan dat het voor henzelf een constant proces is van afstemming op de patiënt met zijn of haar aandoening. En dat ze op basis van dat proces het consult inhoud en vorm geven⁸⁾.

8) Ik ben natuurlijk een kameleon, ik kan me ontzettend goed aanpassen en inleven bij allerlei soorten situaties. En dan denk ik als ik bij deze iets moet bereiken dan moet ik het toch zo doen en dan moet ik er niet bamboem tegenin gaan, want dan gaat ze met de hakken in het zand staan. Ja als huisarts die iemand lang kent en zeker als je zeker zelf ook al op leeftijd bent, dan weet je wel hoe je met de moeilijke mensen om moet gaan.
[h

Artsen geven echter aan zelf ook voor verschillen te zorgen, hetgeen onder andere tot uiting komt in verschillen in taakopvattingen. Dat maakt volgens hen dan ook dat er verschil ontstaat tussen artsen in de wijze waarop zij omgaan met begeleiding omtrent chronisch zieken. Daarnaast menen ze dat de plek waar ze werken per definitie ook voor verschillen tussen artsen zorgt.

3.4.1 DISCIPLINE

Uit de interviews blijkt dat alle artsen zich verantwoordelijk voelen voor de patiënt. Ze zien zichzelf als spin in het web die moet zorgen dat de patiënt krijgt wat hij of zij nodig heeft. De manier waarop ze omgaan met die verantwoordelijkheid varieert echter wel per discipline.

Huisarts

Huisartsen geven aan een holistische kijk te hebben op de patiënt en willen zelf graag de touwtjes in handen houden. Ze vinden het prettig op de hoogte gehouden te worden van de ontwikkelingen van de chronische aandoening van de patiënt. Ze menen dat het begeleidingsaspect in de late fase van groot belang is. Wat ze echter wel constateren is

dat door de diversiteit van hun patiëntenpopulatie er een aantal chronische aandoeningen zijn die voor hen een zeldzaamheid zijn, waardoor ze hier soms misschien minder adequaat mee om kunnen gaan.

Ziekenhuisspecialist

Ziekenhuisspecialisten zeggen oog te hebben voor de patiënt als geheel. Zij vragen patiënten ook naar problemen bijvoorbeeld op de werkvloer of in de gezinssituatie. Ze geven echter wel aan voor deze andersoortige problematiek sneller de patiënt door te verwijzen naar andere disciplines zoals het maatschappelijk werk of de nurse practitioner. Ziekenhuisspecialisten zien als belangrijk voordeel van hun specialisme dat ze frequent in contact staan met patiënten met hetzelfde soort aandoeningen. Zij menen daarom goed in staat te zijn complicaties te kunnen onderscheiden van andere aandoeningen⁹⁾.

9) Je bent heel vaak tolk voor klachten. Ik kan bij MS-patiënten heel goed interpreteren, niet uit arrogantie, maar dat is gewoon vaak zo. Een vraag is vaak van hoort een bepaalde klacht wel bij die ziekte ja of nee. En dat kunnen huisartsen gewoon minder goed vaak. Gewoon puur omdat ik veel meer MS-patiënten zie. [s

Revalidatiearts

Revalidatieartsen geven aan dat zij patiënten vaak in een later stadium pas gepresenteerd krijgen, dit zorgt ervoor dat ze met een andere blik naar de patiënt kijken. Ze merken dat patiënten vaak al enige tijd in het medisch circuit zitten en proberen vanuit een andere invalshoek de patiënt te benaderen. Ze zeggen nadrukkelijk oog te hebben voor de patiënt als geheel in zijn of haar omgeving. Juist de aspecten om de ziekte heen vinden ze erg belangrijk en hier besteden ze dan ook veel aandacht aan in hun consulten.

Verpleeghuisarts

Verpleeghuisartsen menen wat betreft omgang met chronisch zieken eenzelfde aanpak te hebben als huisartsen. Zij vinden een belangrijk aspect van hun specialisme in vergelijking met andere specialismen echter dat de manier van aanvragen van een consult anders is. Ze geven aan dat in de verpleeghuiszorg het consult in principe op aanvraag is van de verpleging of de familie.

Artsen vinden dat de discipline van de arts invloed heeft op de inhoud van de consulten. Huisartsen, revalidatieartsen en verpleeghuisartsen kijken met een meer holistische blik naar de patiënt, waarbij ziekenhuisspecialisten toch meer geneigd zijn met een biomedische bril naar de patiënt te kijken.

Daarnaast heeft het soort arts invloed op de vorm van de consulten. Zo vinden consulten van verpleeghuisartsen plaats op de afdelingen waar de patiënten verblijven. Dit in tegenstelling tot de andere artsen waar patiënt over het algemeen bij de arts komt.

3.4.2 OPVATTINGEN

Artsen geven zelf nadrukkelijk aan dat de discipline van de arts, dus de plek in de gezondheidszorg waar hij of zij werkzaam is, nooit op zich staat. Met name de invloed van de persoonlijkheid van de arts zien zij als doorslaggevend voor de invulling van het consult. Deze persoonlijkheid, in combinatie met de discipline van de arts, heeft invloed op de opvattingen en beroepsuitoefening van de arts. Ze zien verschillen in opvattingen op een aantal gebieden.

Terugzien patiënt

Artsen zien verschil in opvatting over het terugzien van patiënten op consult. Er zijn artsen die patiënten sowieso met enige regelmaat terug willen zien, maar aan de andere kant zijn er ook artsen die het initiatief bij de patiënt leggen. Zodra er geen medische noodzaak is om een patiënt terug te zien leggen zij het initiatief bij de patiënt en gaan er vanuit dat deze terugkomt wanneer het nodig is¹⁰⁾.

¹⁰⁾ *Epilepsie is natuurlijk ook iets, als iemand al tien jaar aanvalsvrij is en wenst met zijn medicatie door te gaan. Moet ik dan over een jaar horen dat het nog steeds aanvalsvrij is? Dan zeg ik, nee kom maar terug wanneer het nodig is of als u wilt dat de medicijnen gestopt worden of als je vragen hebt. Dus ik laat het initiatief aan de patiënt over.* [s

Hierop aansluitend signaleren artsen dat het varieert of de patiënt na een periode van controle door de specialist weer terugverwezen wordt naar de huisarts of dat de patiënt on-

der controle blijft staan van de specialist. Dit is volgens hen echter wel sterk afhankelijk van de aard van de ziekte. Tot slot meent een aantal ziekenhuisspecialisten een inschatting te kunnen maken van de band tussen patiënt en huisarts en op grond daarvan te bekijken of de patiënt terug kan naar de huisarts of toch onder controle zal blijven van de specialist. Huisartsen kijken op hun beurt hoe de relatie is tussen specialist of andere discipline en patiënt. De variatie in opvatting over het terugzien van de patiënt heeft invloed op de frequentie van de consulten. Waarbij artsen die patiënten onder controle willen houden een regelmatig patroon van controles inbouwen. De frequentie van de consulten van patiënten die zelf het initiatief hebben is afhankelijk van de patiënt.

Opbouw band patiënt

Het varieert tussen artsen of zij het belangrijk vinden een band op te bouwen met een patiënt en dus de patiënt met enige regelmaat terug te willen zien. Het verschil wat zich hierover vormt, ongeacht de discipline van de arts, is dat een aantal artsen zegt dat ze het opbouwen van een band een belangrijk onderdeel vinden van het contact met chronisch zieken¹¹⁾. Dit is voor hen een voorwaarde om holistisch naar hun patiënten te kunnen kijken. Daartegenover zijn er artsen die vinden dat dat niet de bedoeling is. Zij zijn van mening dat hun taak eindigt bij het biomedisch terrein horend bij de betreffende aandoening en dat daarbuiten andere disciplines aan het werk moeten.

¹¹⁾ *Er zijn mensen die heb ik al 20 jaar in de praktijk. En daar weet ik precies van hoe het gezin eruit ziet, daar heb ik de partner een aantal keren van gezien of soms altijd en dat is een band die denk ik belangrijk is. Voor hun, maar ook voor mij natuurlijk.* [s

Deze variatie heeft invloed op de inhoud van de consulten, waarbij de breedte van de onderwerpen die artsen bespreken sterk kan variëren. Alle artsen menen wel altijd even aandacht te besteden aan alle aspecten, ook om de ziekte heen, maar de diepgang ervan verschilt hierbij wel. Daarnaast wordt de frequentie van de consulten beïnvloed. Artsen die een band met een patiënt belangrijk vinden zien hun patiënten ook met enige regelmaat terug, ongeacht of de ziekte hier aanleiding toe geeft.

Voorkeur takenpakket

Uit de interviews komt naar voren dat elke arts zijn speciale interesses heeft. Bijvoorbeeld in bepaalde vakgebieden of wat betreft de omgang met patiënten. Dit zorgt zowel voor variatie tussen verschillende soorten artsen, maar ook voor variatie binnen eenzelfde soort groep artsen¹²⁾.

¹²⁾ *Je kan je accenten kiezen waarbij de één zegt van ik vind het geweldig om juist met protheses te sleutelen en nog iets anders af te stellen waardoor patiënt nog net wat beter loopt en dat je zegt van bijvoorbeeld maatschappelijk werk laat ik wat meer die relationele kant doen. Dat zijn keuzes die je maakt. En de één kan dat makkelijker dan de ander, de één vindt het technische weer leuker en de ander wat anders en dan ben je er ook wat vaardiger vaak, als je het leuk vindt, dan verdiep je je daar ook in.* [r

Deze verschillen in interesses hebben invloed op de inhoud van de late consulten. Waarbij bewust en onbewust de accenten in de consulten variëren afhankelijk van de interesses van de arts. Ook de vorm wordt hierdoor beïnvloed. De omgang met patiënten varieert, waarbij bijvoorbeeld de manier van praten tegen patiënten anders is tussen artsen. Hierbij constateren ze dat de één bijvoorbeeld wat zakelijker omgaat met zijn patiënten dan de ander.

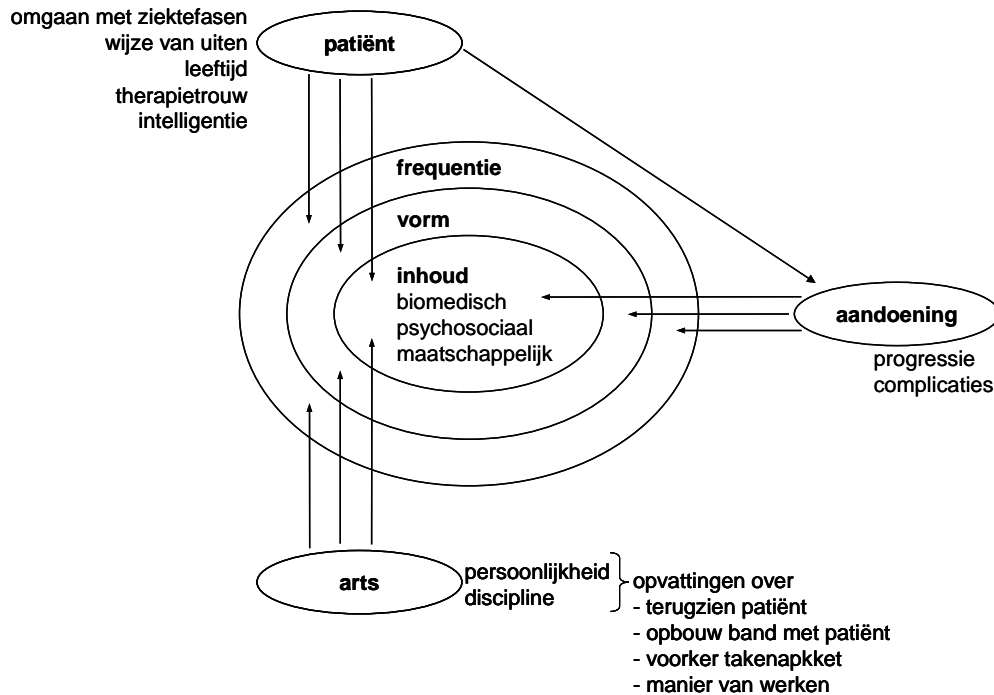
Manier van werken

Artsen constateren dat er een verschil tussen artsen bestaat in het aanpakken van een consult. Er zijn artsen die meer strikt volgens een bepaald protocol of een bepaalde richtlijn werken en artsen die het consult veel meer de vrije loop laten. Toch geven ze aan dat ze proberen een middenweg te vinden tussen het protocollair werken en het leveren van

zorg op maat voor de patiënt. Tevens constateren ze dat ze de bij de late consulten moeten waken voor het risico op blinde vlekken. Door het vertrouwen wat ze in de late fase in de patiënt hebben en het idee dat het zelfmanagement goed is, gaan ze er naar eigen zeggen soms te snel van uit dat het wel goed zit, terwijl dit niet altijd het geval blijkt te zijn. Ze signaleren dit als aandachtspunt voor henzelf. De verschillen die ontstaan door de manier van werken heeft vooral invloed op de inhoud van het consult. Waarbij artsen die zeer protocollair werken een vaste inhoud hebben en bij artsen die het consult meer de vrije loop laten zal de inhoud sterker variëren. Het risico op blinde vlekken wat ze constateren heeft gevolgen voor de invulling die ze geven aan de zorg voor de chronische zieke. Om te voorkomen dat ze dingen over het hoofd zien, vinden ze het belangrijk dat de patiënt eens in de zoveel tijd ook door andere disciplines gezien wordt.

3.5 EEN MODEL VOOR LATE CONSULTEN MET CHRONISCH ZIEKEN

Naar aanleiding van de resultaten van de gevoerde interviews is een model ontwikkeld voor late consulten met chronisch zieken (figuur 2). Het belangrijkste kenmerk wat artsen signaleren is de grote variatie. Elk consult is volgens hen anders. Het is iedere keer een samenspel van verschillende factoren, die in verschillende mate invloed uitoefenen op het consult. De factoren die voor variatie kunnen zorgen zijn: de aandoening, de patiënt en de arts zelf. Alle drie hebben ze zowel invloed op wat er aan de orde komt (de inhoud) als op hoe dit aan de orde komt (de vorm). Daarnaast kunnen de drie factoren volgens artsen ook de frequentie van het contact beïnvloeden.



Figuur 2: Model voor late consulten met chronisch zieken

De aandoening

Verschillen in de mate van progressie van een aandoening en in het al dan niet optreden van complicaties in de loop van de tijd veroorzaken volgens artsen verschillen tussen late consulten.

Deze variatie heeft zowel invloed op de inhoud en vorm van de consulten, als op de frequentie tussen de consulten. Zo zeggen artsen het in een stabiele fase van de ziekte meer te hebben over bijvoorbeeld emotionele aspecten van het hebben van een chronische aandoening of het functioneren in het dagelijks leven. Wanneer er nieuwe compli

caties optreden omtrent de ziekte, komen deze dingen volgens hen weer meer aan bod. De vorm kan variëren omdat een aantal artsen meent in een stabiele fase de consulten ook via e-mail of telefoon te kunnen laten verlopen. Tot slot de frequentie, waarbij tijdens een rustige fase van de ziekte de frequentie van de consulten volgens artsen over het algemeen lager ligt dan wanneer de ziekte zeer onvoorspelbaar verloopt.

De patiënt

Artsen geven aan dat er grote verschillen bestaan tussen patiënten. Deze verschillen worden volgens hen veroorzaakt door de verschillen in therapietrouw, verschil in leeftijd, de verschillende manieren waarop mensen omgaan met hun ziekte, verschil in de manier waarop patiënten zich uiten en door verschil in intelligentie tussen patiënten.

Artsen constateren dat deze verschillen invloed hebben op inhoud, vorm en frequentie. Ze passen de inhoud en de vorm aan op de patiënt die voor hen zit, daarnaast proberen ze in de frequentie van de contacten ook rekening te houden met de patiënt en zijn of haar behoeften.

De variatie die hierdoor ontstaat is volgens hen groot. Zo proberen ze rekening te houden met de hoeveelheid informatie die ze per keer geven, het taalgebruik wat ze hanteren, het tempo waarin ze spreken en waar ze de regie tijdens het consult neerleggen.

Ook signaleren artsen dat de patiënt, afhankelijk van de aandoening, invloed kan hebben op het beloop van de aandoening.

De arts

Artsen menen dat zichzelf ook een belangrijke bron van variatie vormen. Ze signaleren dat de plek in de gezondheidszorg waar zij werkzaam zijn invloed kan hebben op de late consulten. Er ontstaan daardoor volgens hen verschillen tussen huisartsen, ziekenhuisspecialisten, revalidatieartsen en verpleeghuisartsen over opvattingen gebonden aan de plek in het medisch circuit.

Echter menen ze dat de belangrijkste invloed die zorgt voor variatie komt vanuit hun persoonlijkheid en de opvattingen die daaruit voortvloeien. Zo signaleren zij verschillen in taakopvattingen over het terugzien van hun patiënten, de opbouw van een band met patiënten, ze hebben hun eigen voorkeuren wat betreft hun takenpakket en verschillen naar eigen zeggen in de manier van werken.

Het belangrijkste voor de arts blijft volgens henzelf dat elk consult een afstemming is van de patiënt die voor hen zit met zijn of haar aandoening. Van daaruit geven artsen het consult inhoud en vorm en bespreken ze de frequentie waarin de consulten zullen plaatsvinden.

4. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

4.1 BESCHOUWING

Het model dat ontwikkeld is voor factoren die voor variatie kunnen zorgen tussen late consulten omvat drie belangrijke aspecten. De variatie die veroorzaakt wordt door de chronische aandoening, door de patiënt en door de arts. Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op wat er aan de orde komt (de inhoud), hoe dit aan de orde komt (de vorm) en de op de frequentie waarin de consulten plaatsvinden. Kenmerkend voor de late consulten blijft dus de variatie die er bestaat tussen de consulten. Net als elk vroeg consult, is ook elk laat consult volgens artsen anders. Ook de inhoudelijke aspecten rondom een chronische aandoening die aan bod komen blijven hetzelfde.

Wanneer men het late model verder gaat vergelijken met het model voor vroege consulten vallen er echter een drietal belangrijke verschillen aan te wijzen. Allereerst valt op dat de plek in de gezondheidszorg in de late consulten niet als factor voor variatie naar voren komt. Uit de interviews werd duidelijk dat artsen menen dat de plek in de gezondheidszorg waar zij werken van zeer ondergeschikt belang is in tegenstelling tot hun eigen persoonlijkheid en de taakopvattingen die daaraan gekoppeld zijn. Zij signaleren wel verschillen door de plek in de gezondheidszorg waar ze werkzaam zijn, maar koppelen dit aan henzelf als arts en als persoon. Dit is dan ook de reden dat er bewust voor is gekozen de plek in de gezondheidszorg waar de arts werkzaam is niet als aparte factor mee te nemen in het ontwikkelde model.

Ten tweede is de presentatie van de aandoening in de late fase niet meer van belang. De diagnose is inmiddels gesteld, de therapie is in gang gezet en er bestaat op die manier geen variatie meer in de manier waarop de diagnose gesteld wordt. Echter wanneer het model geldig moet zijn voor alle consulten, vanaf het eerste consult, zal deze factor weer terugkomen in het model als onderdeel van de variatie veroorzaakt door de aandoening.

Ten derde is de frequentie tussen de consulten als extra gevolg van variatie toegevoegd aan het model. Uit de inter-

views bleek dat de frequentie tussen de consulten erg kan variëren, afhankelijk van de aandoening, de opvattingen van de arts en de behoeften van de patiënt. Hoewel dit in het model van Pols niet meegenomen is mag worden aangenomen dat ook bij de vroege consulten de frequentie kan wisselen.

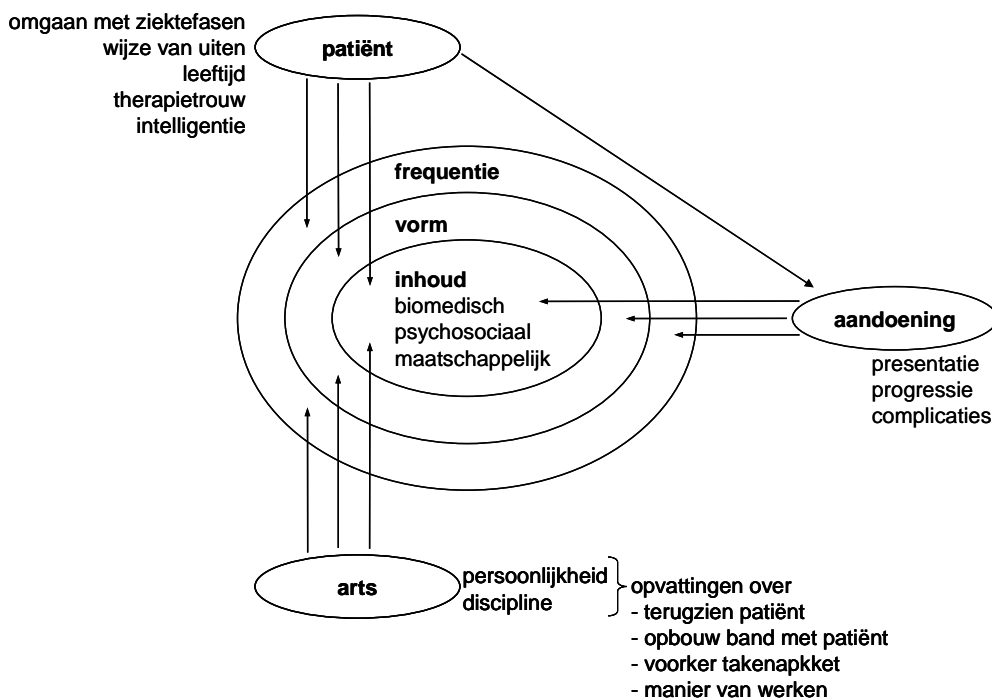
Naast de aangegeven verschillen moet geconstateerd worden dat geen van de factoren op zichzelf staat. Artsen geven aan een constante afstemming te maken op de patiënt en diens aandoening. Hierbij proberen ze rekening te houden met zoveel mogelijk patiënt- en ziektegebonden factoren. Een voorbeeld hiervan is dat artsen eigen opvattingen hebben over het terugzien van patiënten, ze geven echter aan dat ze dit meestal in samenspraak doen met de patiënt. Op deze manier wordt de frequentie van de contacten dus bepaald door de behoeften van de patiënt aan contact met de arts en door de opvattingen die de arts erover heeft, waarbij de arts uiteindelijk zal bepalen hoe het gaat gebeuren. De arts blijft in elk consult uiteindelijk de beslissende persoon, maar de manier waarop de beslissingen worden genomen kan zeer variëren.

Het is vooral in de late fase dat artsen regelmatig gebruik maken van andere disciplines. De complexiteit van veel chronische aandoeningen vraagt in veel gevallen om een multidisciplinaire aanpak. Afhankelijk van de aandoening wordt de gespecialiseerd verpleegkundige, de diëtist, de logopedist, de fysiotherapeut of de ergotherapeut ingeschakeld. Het aspect van samenwerking en multidisciplinair overleg is dus een belangrijk kenmerk rondom de zorg voor chronisch zieken.

Tot slot lijken de accenten in de verschillende fasen te verschuiven. In de vroege fase staat de aandoening centraal. De juiste diagnose moet gesteld worden en de therapie moet op een goede manier in gang gezet worden. Wanneer dit gebeurd is lijken er langzaam verschuivingen plaats te vinden en wordt vanuit een steeds breder perspectief gekeken naar de patiënt. Met name in de late consulten gaat het meer om de patiënt in zijn geheel en in diens omgeving. Het oorspronkelijke biomedische model wat artsen kennen, waarbij de aandoening centraal staat, moet dan losgelaten worden. Dit is een belangrijke constatering voor artsen die veel met chronisch zieken te maken (zullen) krijgen. Wanneer nu de modellen voor vroege en late consul-

ten vergeleken worden kan geconstateerd worden dat deze in hoofdlijnen overeenkomen. Het resultaat van de integratie van deze modellen is weergegeven in figuur 3. Dit model geeft alle factoren die voor variatie kunnen zorgen tus-

sen consulten met chronisch zieken weer. Vanaf het moment dat de patiënt met klachten komt tot en met het eind van diens contact met artsen.



Figuur 3: Kenmerken van consulten met chronisch zieken

4.2 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek is uitgevoerd onder artsen uit alle lijnen van de gezondheidszorg. Hierdoor wordt het hele scala aan artsen waarmee chronisch zieken mogelijk geconfronteerd

worden gedekt. Door al deze groepen artsen bij het onderzoek te betrekken heeft het model een brede geldigheid. De methode van een gestuurde inhoudsanalyse is een goede keus geweest. Dit was bij uitstek de manier om het model van Pols (2002) verder te valideren voor de late consulten. Immers deze techniek gebruikt men wanneer een model gevalideerd en/of uitgebreid moet worden. Dit is exact wat met dit onderzoek gedaan is. Een nadeel van dit onderzoek is geweest dat de interviews door één interviewer zijn gehouden. Dit omdat deze inter-

viewer weinig ervaring had met interviews. De eerste interviews stonden dan ook voor een deel in het teken van het eigen maken van de interviewtechnieken. Mogelijk is hierdoor, zeker in de eerste interviews informatie verloren gegaan of achterwege gebleven.

Een ander nadeel van het gebruik van deze kwalitatieve methode is de beperkte generaliseerbaarheid van het ontwikkelde model. Zoals beschreven in de methode is uitgegaan van het principe van theoretische saturatie. Door tussentijdse analyses bleek na tien interviews dat verzadiging bereikt was. Er ontstonden geen nieuwe codes meer en er werd geen relevante nieuwe informatie verkregen. Hierbij moet gesteld worden dat er natuurlijk nieuwe dingen verteld werden, maar deze informatie ging met name over voorbeelden uit de praktijk. Voor theorie- of modelontwikkeling leek deze informatie niet relevant. Er mag dan ook vanuit worden gegaan dat alle kenmerken voldoende uitgediept en geëxploreerd zijn en het een valide model is. Echter om dit zeker te weten is een kwantitatieve toetsing noodzakelijk.

4.3 RELATIE TOT ANDERE ONDERZOEKEN

Wanneer men dit huidige onderzoek plaats in de context van andere onderzoeken op het gebied van consulten met chronisch zieken kan gesteld worden dat het een vrij uniek onderzoek is.

Kenmerkend aan de bestaande literatuur is het feit dat het gaat over consulten met patiënten met specifieke aandoeningen of over specifieke kenmerken van een consult met chronisch zieken.

Allereerst is er een deel van de literatuur wat zich buigt over het perspectief vanuit de patiënt. In dergelijke onderzoeken wordt gekeken naar hoe het is om een chronische ziekte te hebben, hoe patiënten zich behandeld voelen en hoe ze omgaan met een chronische ziekte (Bodenheimer et al., 2002; Miller, 2000; Uhlig, Hagen & Kvien, 2002).

Daarnaast bestaat er veel literatuur over de communicatie tussen arts en patiënt en hoe dit invloed heeft op de consultvoering (Mast, 2007; Frantsve & Kerns, 2007; Heisler et al., 2007; Hampson, Garth McKay & Glasgow, 1996).

Ook is het kenmerkend voor de bestaande literatuur dat het zich richt op één bepaalde aandoening (Peeples & Seley, 2007; Bingham & Miner, 2007; Fehrenbach, 2002; Yawn et al., 2002). Zo zijn er al veel onderzoeken gedaan naar diabetes mellitus, reumatoïde artritis, lage rugpijn, COPD en cardiovasculaire ziekten.

Tevens komen specifieke aspecten die in die model samengebracht zijn afzonderlijk aan bod in artikelen. Zo bestaat er onder andere literatuur over de variatie in frequentie van consulten met chronisch zieken (Desalvo, Block, Muntner & Merrill, 2003), de therapietrouw van chronische zieken die kan variëren (George, Kong & Stewart, 2007; Weiner, Toy, Sacco & Duh, 2008) en de invloed van de arts en diens opvattingen op de consulten (Parsons et al., 2007).

Tot slot bestaat er literatuur die zich richt op de vraag hoe men de mate van beperking en de mate van ernst van de ziekte bij chronische patiënten kan bepalen en classificeren (Yamaguchi, 2007; Boyd et al., 2007). Het gaat dan om het ontwikkelen van schalen en meetinstrumenten om ernst en mate van beperking weer te geven.

Duidelijk is dus dat er over bepaalde aspecten of onderwerpen van het ontwikkelde model in dit onderzoek wel literatuur bestaat. Deze sluit aan bij de bevindingen van dit onderzoek. Ook in die onderzoeken komt terug dat er veel variatie bestaat tussen patiënten, artsen en aandoeningen. Echter, het samenbrengen van deze verschillen aspecten tot één geheel, zoals in dit onderzoek gedaan is lijkt, op het onderzoek van Pols (2002) na, tot op heden uniek.

4.4 REIKWIJDTE EN BRUIKBAARHEID VAN DE RESULTATEN

Met de validatie van het model voor vroege consulten met chronisch zieken naar een model wat geldt voor alle consulten met chronisch zieken is een stap in de goede richting gezet.

De resultaten van het onderzoek zouden in het licht van het nieuwe gezondheidszorgstelsel in Nederland interessante discussies kunnen oproepen. Door de komst van het nieuwe marktwerkingsstelsel op de Nederlandse zorgmarkt is een commercieel aspect toegevoegd aan onze gezondheidszorg. Dit betekent dat er efficiënter en doelgerichter gewerkt moet worden door onder andere de zorgaanbieders. Wat uit dit onderzoek duidelijk naar voren kwam is dat met name in de late fase de aandoening vaak minder centraal staat in de consulten (behalve wanneer er complicaties optreden). De aandacht verschuift en de arts kijkt vaak met een meer holistische blik naar de patiënt, waarbij ook psychosociale en maatschappelijke onderwerpen ter sprake komen. Een mogelijk gevolg wat zou kunnen ontstaan is dat artsen, nu en in de toekomst, het spanningsveld gaan voelen van aan de ene kant de commerciële zorgmarkt en aan de andere kant het weten dat met name bij zorg rond chronisch zieken het belang van een holistische blik groot is, waarbij de efficiëntie en doelmatigheid van de verleende zorg niet altijd optimaal is.

4.5 VERDER ONDERZOEK

Zoals bovenstaand aangegeven is het ontwikkelde model pas in de praktijk bruikbaar als deze op grotere schaal getoetst is. Dit is dan ook een eerste aanbeveling in de richting van vervolgonderzoek. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Er kan gedacht worden aan een enquête waarin de aspecten van het model verwerkt worden en nagegaan wordt hoe vaak bepaalde situaties of factoren die zorgen voor variatie herkend worden door artsen. Deze

zouden dan uitgedrukt kunnen worden in zwaarte, waarmee meer of minder zwaarte aan de pijlen van het model gehangen kan worden. Ook kan gedacht worden aan observaties tijdens consulten van artsen met chronisch zieken waarbij geturfd wordt welke kenmerken aan bod komen. Daarnaast kan er bijvoorbeeld per aandoening verder getoetst gaan worden in hoeverre de factoren uit het model een rol spelen. Op die manier kan het model verder gespecificeerd worden voor verschillende aandoeningen.

Om ook de kwaliteit van de consulten met chronisch zieken in de toekomst te kunnen verhogen zou een onderzoek kunnen volgen waarin de mening van de patiënt verwerkt wordt. Op die manier kan een link gelegd worden tussen de visie van artsen en die van de patiënt. Wanneer deze resultaten gekoppeld worden kan de voorbereiding op consulten met chronisch zieken geoptimaliseerd worden.

Daarnaast kan het nuttig zijn om na te gaan welke kenmerken die zorgen voor variatie tussen artsen ingegeven zijn door de opleiding en daar vorm hebben gekregen of welke vastgelegd zijn in de arts als persoon. Wanneer deze verschillen duidelijk in kaart zijn gebracht, kan ook beter ingespeeld worden op beïnvloedbare factoren die in de opleiding gevormd kunnen worden om zo eventueel de variatie door de arts als persoon te verkleinen.

Tot slot is het noodzakelijk dat de bruikbaarheid van het model voor onderwijsdoeleinden eerst verder wordt uitgezocht. Nagegaan moet worden wat een goede manier is om de gevonden resultaten te verwerken in de onderwijssetting.

Naast bovengenoemde aanbevelingen zou het belangrijk kunnen zijn een debat te openen waarin de discussie wordt aangegaan over het spanningsveld voor artsen tussen de commerciële zorgmarkt en de holistische blik voor de chronisch zieken. Om in de toekomst goede en doelmatige zorg te kunnen blijven verlenen voor ander andere chronisch zieken is het noodzakelijk dit spanningsveld op te heffen en een goed evenwicht te hervinden.

LITERATUURLIJST

- Bingham C.O. 3rd & M.M. Miner (2007). Treatment, management, and monitoring of established rheumatoid arthritis. *The journal of family practice*; 56 (10).
- Blokstra et al. (2007). Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM.
- Bodenheimer M.D. et al. (2002). Patient Self-Management of Chronic disease in primary care. *The journal of the American Medical association*; 288 (19).
- Bos G.A.M. van den & N. Hoeymans (2001). Chronische aandoeningen, kwaliteit van leven en zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 13-30.
- Boyd C.M. et al. (2007). Framework for evaluating disease severity measures in older adults with comorbidity. *The journals of gerontology*; 62 (3).
- Desalvo K.B., J.P. Block, P. Muntner & W. Merrill (2003). Predictors of variation in office visit interval assignment. *International journal for quality in health care*; 15 (5): 399-405.
- Fehrenbach C. (2002). Chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing standard*; 17 (10).
- Frantsve L.M. & R.D. Kerns (2007). Patient-provider interaction in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine*, 8 (1).
- George J., D.C. Kong & K. Stewart (2007). Adherence to disease management programs in patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*; 2 (3): 253-62.
- Hampson S.E., H.G. McKay & R.E. Glasgow (1996). Patient-physician interactions in diabetes management: consistencies and variation in the structure and content of two consultations. *Patient education and counselling*; 29: 49-58.
- Heisler M. et al. (2007). Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the Health and Retirement Study (HRS). *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*; 62 (12).
- Hsieh H.F. & S.E. Shannon (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*; 15 (9).
- Mast M.S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counselling*; 67 (3).
- Miller J.F. (1999). Coping with chronic illness: Overcoming Powerlessness. Davis.
- Muhr T (1991). ATLAS/ti – a prototype for the support of text interpretation. *Qualitative Sociology*; 14(4): 349-71.
- Parsons S. et al. (2007). The influence of patients' and primary care practitioners' beliefs and expectations about chronic musculoskeletal pain on the process of care: a systematic review of qualitative studies. *The clinical journal of pain*; 23 (1): 91-8.
- Peeples M. & J.J. Seley (2007). Diabetes care: the need for change. *The American journal of nursing*; 107 (6): 13-9.
- Pols J. (2002). De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenningen op het gebied van chronisch ziekten [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Uhlig T., K.B. Hagen & T.K. Kvien (2002). Why do patients with chronic musculoskeletal disorders consult their pri-

mary care physicians? *Current opinion in rheumatology*; 14: 104-108.

Weiner J.R., E.L. Toy, P. Sacco & M.S. Duh (2008). Costs, quality of life and treatment compliance associated with antibiotic therapies in patients with cystic fibrosis: a review of the literature. *Expert opinion on pharmacotherapy*; 9 (5): 751-66.

Yamaguchi K. (2007). COPD: criteria for diagnosis and classification of disease severity. *Nippon Rinsho*; 65 (4).

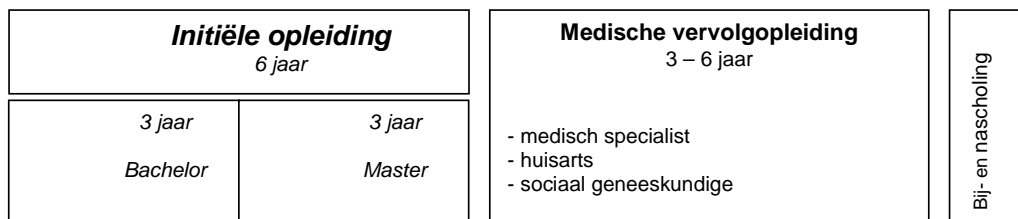
Yawn M.D. et al. (2002). The anatomy of asthma care visits in community family practice. *Journal of asthma*; 39 (8): 719-728.

Yuen J.K. et al. (2006). Reflections of medical students on visiting chronically ill older patients in the home. *The Journal of the American Geriatrics Society*; 54 (11)

BIJLAGE 1 OPLEIDINGSCONTINUÛM VAN ARTSEN

Onderstaande figuur geeft schematisch weer welke scholing artsen krijgen. Het is een continu doorlopend proces. Het omvat de studie geneeskunde, de vervolgopleidingen en de bij- en nascholingen van artsen.

Figuur 2: Het opleidingscontinuüm van artsen



Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)

1. anesthesiologie
2. dermatologie en venerologie
3. keel- neus- oorheelkunde
4. kindergeneeskunde
5. klinische genetica
6. klinische geriatrie
7. medische microbiologie
8. neurochirurgie
9. neurologie
10. nucleaire geneeskunde
11. oogheelkunde
12. pathologie
13. psychiatrie
14. radiologie
15. radiotherapie
16. revalidatiegeneeskunde
17. verloskunde en gynaecologie
18. heelkunde
 - met vooropleiding heelkunde
19. cardio-thoracale chirurgie
20. orthopedie
21. plastische chirurgie
22. urologie
23. inwendige geneeskunde
 - met vooropleiding inwendige geneeskunde
24. cardiologie
25. gastro-enterologie
26. longziekten en tuberculose
27. reumatologie

Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)

28. huisartsgeneeskunde
29. medische zorg voor verstandelijk gehandicapten
30. verpleeghuisgeneeskunde

Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

31. arbeid en gezondheid - bedrijfsgeneeskunde
32. arbeid en gezondheid - verzekeringsgeneeskunde
33. maatschappij en gezondheid

Tandheelkundige vervolgopleidingen

34. mondziekten en kaakchirurgie
35. dento-maxillaire orthopaedie

BIJLAGE 2 TOPICLIST INTERVIEWS

Introductie

Gesprek opnemen

Achtergrond interview

Doel interview (zijn er eigenlijk verschillen tussen vroeg en laat)

Werkervaring

Hoe lang in het vak

Meest voorkomende chronische aandoeningen (na 10-15 jaar nog)

Late consulten

Open beginnen:

- Wat zijn voor u kenmerkende aspecten van late consulten (contacten) met chronisch zieken?

- Verschillen met vroege consulten (accenten tijdens verschillende fasen/in de loop van de tijd)

- doorvragen (hoe pakt u het aan)

- wie bepaalt inhoud (wanneer arts/wanneer patiënt)

Overig

Samenwerking rondom chronisch zieken

Anders dan bij vroege consulten (verschillen)

Paramedici

Veranderingen in de tijd

Wat is goede zorg

Manier van praten tegen verschillende patiënten (vormaspecten)

Eventueel: Model Pols

Variatie in vorm en inhoud (biomedisch, psychosociaal en maatschappelijk: voorbeelden), beïnvloedt door:

Plek in de gezondheidszorg

- huisarts

- ziekenhuis

- revalidatie

- verpleeghuis

verschil in benaderingswijze en epidemiologie?

Aandoening

- presentatie (alleen voor vroege consulten)

- complicaties

- progressie

beloop → invloed op organisatie (terugzien en protocolleren),
inhoud en mate van regie?

Arts

- persoonlijkheid

- opvattingen

glijdende schaal..
gespreksvorm/leeftijd/ervaringsjaren

Patiënt

- omgaan met ziektefasen (incorporeren ziekte)

- wijze van uiten (expliciet uiten en hulp vragen)

- leeftijd