

## De tijdstrijd

W. CAHN

Overal ter wereld en door de globalisatie is de kwantiteit van de tijd hetzelfde. Toch zijn er landelijk duidelijk verschillen in hoe er met de tijd wordt omgegaan, dus ook in de psychiatrie. Recentelijk heb ik een kijkje mogen nemen in een psychiatrisch ziekenhuis in China, waar honderden patiënten van heinde en ver komen om zonder een afspraak een psychiater te consulteren. Het bleek dat psychiaters in China per dag veel meer patiënten zien dan psychiaters in Nederland. Mogelijk kunnen ze meer patiënten zien omdat ze geen afsprakensysteem kennen en daardoor elke minuut efficiënt kunnen benutten. In Nederland draait alles om afspraken, zelfs in onze vrije tijd. Hoewel door een afsprakensysteem de patiënt minder lang hoeft te wachten, wordt wel de drempel tot het verkrijgen van medische hulp verhoogd (Arber 1982) en vermindert de efficiëntie door het niet-verschijnen van patiënten op de afspraken (Freeman e.a. 2002). Misschien ziet een psychiater in China ook wel meer patiënten per dag omdat er minder administratieve handelingen worden verricht dan in Nederland. Dat is heel goed mogelijk, maar geen excuus. In het Verenigd Koninkrijk waar ook een afsprakensysteem wordt gehanteerd, worden meer administratieve handelingen verricht dan in Nederland, maar de psychiaters zien wel meer patiënten dan in Nederland. Nota bene hebben de psychiaters in het Verenigd Koninkrijk slechts 10 minuten per patiënt. Tijdens dit consult wordt de medicatie geëvalueerd, wordt er een verslag in de status geschreven en een brief aan de huisarts gedicteerd.

Andere oorzaken waardoor er in Nederland minder patiënten per dag worden gezien, zijn de vele vergaderingen en de duur van het psychiatrische consult. Nederland staat bekend om zijn vergadercultuur: we besteden ongeveer 25% van onze werktijd aan vergaderingen. Dus zal een kritisch beleid ten aanzien van welke vergaderingen essentieel zijn, welke geschrapt kunnen worden en wie erbij aanwezig moeten zijn, uiteindelijk resulteren in meer tijd voor de patiënt. Mogelijk kan ook het psychiatrische consult worden ingekort – niet zozeer het eerste consult, want de eerste klap is een daalder waard, maar wel het vervolgsconsult. In Nederland wordt 15-60 minuten uitgetrokken voor een poliklinisch vervolgsconsult, maar men heeft vaak niet meer dan 10 minuten nodig om het effect van de behandeling te evalueren. Wat wordt er dan tijdens de rest van het consult gedaan en besproken? De extra tijd wordt mogelijk gebruikt om het contact met de patiënt op te bouwen, om psychotherapeutische interventies in te zetten en om de sociale situatie van de patiënt te bespreken. Als een langer durend consult zou resulteren in een betere behandeling en een beter beloop van de psychiatrische ziekte, is dat natuurlijk te verkiezen boven een kort consult.

In de huisartsenpraktijk staat de duur van het consult regelmatig ter discussie (Freeman e.a. 2002). Het blijkt dat onder meer de leef-

tijd van de patiënt – hoe ouder hoe langer – een effect heeft op de lengte van het consult. Tevens duurt het consult langer als er sprake is van een chronische en/of complexe ziekte (Deveugle e.a. 2002). Artsen die per consult langer de tijd nemen, schrijven minder medicijnen voor en geven vaker gezondheidsbevorderende adviezen. Een langer consult lijkt geassocieerd te zijn met betere herkenning en hantering van de psychosociale problematiek (Howie e.a. 1999; Howie e.a. 1991), maar het is onduidelijk of een langer consult ook gunstiger is voor het beloop van de ziekte (Pollock & Grime 2002). Toch kan het huisartsenconsult niet worden vergeleken met een psychiatrisch consult, aangezien een eerste consult bij de huisarts doorgaans niet meer dan 10 minuten duurt, terwijl in de psychiatrie een eerste consult ten minste 45-60 minuten in beslag neemt. In de psychiatrie is er maar weinig onderzoek gedaan naar de duur van het consult. Wel wordt gesuggereerd dat bij de behandeling van een paniekstoornis de uitkomsten van een zelfhulpprogramma met een ultrakort consult dezelfde zijn als van die met een regulier consult (Hecker e.a. 2004). Ook bij andere psychiatrische diagnoses, zoals de obsessieve compulsieve stoornis, zijn enige aanwijzingen voor eenzelfde effectiviteit bij een minder lang consult (Mataix-Cols & Marks 2006). Het is dus de vraag of psychiaters in Nederland de consulttijd kunnen terugbrengen. En zo ja: zijn er patiëntengroepen waarbij dat kan en waarbij dat zelfs te prefereren is en hoe zullen de patiënten het vinden dat ze minder tijd krijgen voor een vervolgconsult?

Wiskundigen, psychologen en filosofen hebben boeken geschreven over de tijdbeleving, die in tegenstelling tot de standaardtijd non-lineair is. Ook in de geneeskunde gaat het niet om de werkelijke tijd die de arts met de patiënt doorbrengt, maar om hoe die tijd wordt beleefd. Laatst bezocht een vriend in verband met rugklachten een neuroloog. Deze neuroloog had hem uitgebreid onderzocht, de bevindingen duidelijk en rustig aan hem uitgelegd en de mogelijkheden tot behandeling besproken. Toen hij weer buiten stond bleek het hele consult, in tegenstelling tot zijn tijdbeleving, niet meer dan 10 minuten te hebben geduurd. Wat kan een dergelijke discrepantie tussen de standaardtijd en de gepercipieerde tijd nu verklaren? De neuroloog leek op de een of andere manier veel tijd te nemen voor zijn patiënt, zonder werkelijk veel tijd te hebben, want de wachtkamer zat vol. Mogelijk door de professionele aanpak en de rust die de specialist uitstraalde leek het consult veel langer te duren dan in werkelijkheid. Met andere woorden: dit consult was efficiënt en effectief. In de huisartsenpraktijk hebben Pollock & Grime (2003, 2002) onderzoek gedaan naar de patiëntperceptie en de werkelijke duur van het consult. Zij toonden aan dat de werkelijke lengte van het consult minder belangrijk is dan het gedrag van de arts. Een arts die kortaf is en de indruk wekt weinig tijd te hebben,

## LITERATUUR

- Arber, S., & Sawyer, L. (1982). Do appointment systems work? *British Medical Journal*, 284, 478-480.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., e.a. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal*, 325, 472.
- Freeman, G.K., Horder, J.P., Howie, J.G., e.a. (2002). Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *British medical Journal*, 324, 880-882.
- Hecker, J.E., Losee, M.C., Roberson-Nay, R., e.a. (2004). Mastery of Your Anxiety and Panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 111-126.
- Howie, J.G., Heaney, D.J., Maxwell, M., e.a. (1999). Quality at general practice consultations: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 319, 738-743.
- Howie, J.G., Porter, A.M., Heaney, D.J., e.a. (1991). Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *British Journal of General Practice*, 41, 48-54.
- Mataix-Cols, D., & Marks, I.M. (2006). Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review. *European Psychiatry*, 21, 75-80.
- Pollock, K., & Grime, J. (2003). GPs' perspectives on managing time in consultations with patients suffering from depression: a qualitative study. *Family practice*, 20, 262-269.
- Pollock, K., & Grime, J. (2002). Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *British Medical Journal*, 325, 687.

brengt een gevoel van tijdsdruk bij de patiënt teweeg. Het is dus de kunst om de patiënt het gevoel te geven dat er geen tijdsdruk is. Dit kan volgens dit onderzoek worden bewerkstelligd door het tonen van interesse en empathie en door het serieus nemen van de problemen. In tegenstelling tot wat de arts soms denkt, zijn patiënten zich zeer bewust van de tijdsdruk waaronder de arts werkt. Ze zullen daarom ook de arts eerder beschermen door het consult zo kort mogelijk te houden dan meer beslag op zijn tijd leggen. Wat wel door patiënten als belangrijk wordt gezien is flexibiliteit en bereikbaarheid van de arts en de mogelijkheid dat de arts meer tijd uittrekt als het nodig is. Dus als er tijdens het consult gebeld wordt over iemand die acuut behandeling nodig heeft, of, in het ergste geval, als daarvoor het consult niet door kan gaan, dan zal de patiënt daar alle begrip voor hebben, want dat betekent dat de patiënt als hij zelf acute problemen heeft hij ook aanspraak kan maken op de tijd van de arts.

Het is mijn indruk dat het in Nederland in de psychiatrie aan flexibiliteit en bereikbaarheid vaak ontbreekt. Regelmatig komt het voor dat als je een collega wilt spreken je eerst eindeloos moet bellen voordat überhaupt wordt opgenomen en dat je daarna te horen krijgt dat de collega niet te storen is omdat hij in een vergadering zit of een patiënt ziet. Soms wordt er zelfs gevraagd om terug te bellen tijdens een telefonisch spreekuur. Geleidelijk aan verandert er gelukkig wel het een en het ander in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), maar toch zijn we er nog lang niet: als de drempel voor een collega-psychiater al hoog is, hoe hoog is de drempel dan wel niet voor een patiënt? Nog bedenkelijker is het feit dat er patiënten zijn die de naam van hun psychiater niet eens kennen omdat zij die (haast) nooit zien. Mogelijk hebben psychiaters een (groot) gedeelte van hun werk aan andere disciplines moeten overdragen omdat er niet efficiënt met hun tijd wordt omgegaan. Als de efficiëntie verbeterd zou worden, zouden de wachtlijsten voor een eerste poliklinisch consult aanzienlijk kunnen worden teruggebracht en zouden ook alle naar de ggz verwezen patiënten door een psychiater gezien kunnen worden.

Ten slotte: het moet toch mogelijk zijn om als psychiater in Nederland tijd te creëren om meer patiënten per dag te zien. We zouden onze dagelijkse bezigheden, zoals de hoeveelheid administratie, het afsprakensysteem, het aantal vergaderingen en de duur daarvan, evenals de consultduur, eens kritisch moeten bekijken. Flexibiliteit en bereikbaarheid zouden centraal moeten worden gesteld. Tevens zou het belangrijk zijn om in de opleiding tot psychiater onderwijs in te voegen over het efficiënt en effectief omgaan met tijd, waarbij concepten als de tijdperceptie van de patiënt aan bod komen. De geleverde tijdstrijd zal uiteindelijk resulteren in een grotere tevredenheid van de patiënten en hun families over de ggz in Nederland.