

latere rol, bijvoorbeeld door middel van gesprekken als boven beschreven.

Summary. General practitioner and spouse: a little-studied relationship of cooperation.

This article presents a review of the available data on the role and role perception of the general practitioner's spouse. For this purpose the authors studied the relevant literature, and organized a discussion between ten spouses of general practitioners.

The review of the literature proceeded from the postulate that the change in social position of women should influence the role perception of the spouse (usually female) of the general practitioner, and that she would consequently prefer independent work to being available daily for her husband's practice. In the few publications available, the spouse was regarded as an indispensable factor, if operating in the background, in a general practice. Her role was described as difficult, the relationship to her husband-physician and the latter's relationship to his family as vulnerable. Some authors advocate preparation of future general practitioners' spouses for their later role. In Dutch vocational training programmes for future general practitioners, this subject is only incidentally raised.

The discussion proved to corroborate many views expressed in the available literature. It was held that the position of the general practitioner's spouse has changed considerably over the years. Many regarded the obligation of availability and the „telephone service“ as a heavy burden and a violation of privacy; the ease with which it is assumed that the spouse will accept her role in practice and the lack of appreciation were often experienced as frustrating. The male spouses of female general practitioners did not share these views and had a full-time job themselves. The general practitioner's family was not regarded as particularly vulnerable.

It would be very useful to prepare future spouses of general practitioners for, and inform them about their later role, for example in discussions like the one mentioned above.

Crebolder-Van der Velde, E. De achterban als discipline buiten de muren. (1974) *Huisarts en Wetenschap* 17, 344-345; (1976) *Huisarts en Wetenschap* 19, 108-109.

Vervolg literatuur op p. 443.

(1982) *Huisarts en Wetenschap* 25

Beoordeling van consulten in de huisartspraktijk

DRS. R. E. HULSHOF, PROF. DR. H. J. P. M. DIJKHUIS,
J. THEUNISSEN EN PROF. DR. J. D. MULDER*

Hoe probleem- en patiëntgericht is het handelen van de huisarts? In dit artikel wordt een methode beschreven om deze vraag gekwantificeerd te beantwoorden. Honderd geprotocolleerde consulten werden getoetst aan vijf criteria waaraan – volgens de auteurs – iedere huisarts tijdens elk consult zou moeten voldoen.

Inleiding

Een van de huidige tendenzen in de huisartsgeneeskunde is de verschuiving van *cure* naar *care*. In *The future general practitioner* wordt deze tendens verwoord als de opgave voor de huisarts om naar de gehele patiënt te kijken en niet alleen naar diens ziekte. Deze opvatting over een integrale geneeskundige hulpverlening impliceert zowel aandacht voor de problemen zoals die door de patiënt gepresenteerd worden, als aandacht voor de behoefte van de patiënt aan informatie.

Verscheidene auteurs – in ons land onder anderen *Van Geldorp e.a.* – hebben zich beziggehouden met het bestuderen van de denkprocessen van de huisarts bij diagnostische en therapeutische problemen. Dit onderzoek beperkt zich tot het produkt van die denkprocessen, een aantal observeerbare activiteiten. Uitgangspunt is de opvatting, dat de huisarts tijdens elk consult zowel probleem- als patiëntgerichte activiteiten dient te ontplooiën.

Aangezien het werk van de huisarts primair probleem-oplossend van aard is, hebben wij aansluiting gezocht bij bestaande probleem-oplosmodellen (*D'Zurilla and Goldfried; Urban and Ford; Hulshof*). Enkele kleine verschillen in woordgebruik en onderverdeling daargelaten, kunnen uit deze modellen de volgende fasen afgeleid worden: – een geschikte probleemgerichte basishouding en conceptualisering van het probleem;

* De eerste auteur is psycholoog, de overige auteurs zijn huisarts. Allen waren ten tijde van het onderzoek verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden. De auteurs zeggen de vijftig huisartsen die aan het onderzoek hebben meegewerkt, daarvoor hartelijk dank.

– het bedenken, uitkiezen en ondernemen van probleem-oplossende activiteiten;

– het evalueren of die activiteiten aan het gestelde doel hebben beantwoord. Een patiëntgerichte instelling kan de huisarts onder meer tot uitdrukking brengen door aan de patiënt eenvoudig te begrijpen en te onthouden informatie te verstrekken. Empirisch onderzoek van *Ley* heeft een samenhang aangetoond tussen informatieverstrekking door de arts, *patient satisfaction* en *compliance*. De effectiviteit van de hulpverlening wordt dus mede bepaald door de informatieverstrekking.

Deze probleem- en patiëntgerichte basisinstelling is voor de huisartspraktijk op de volgende wijze uitgewerkt:

Elk consult wordt beschouwd als een stap in het hulpverleningsproces, dat zich over een aantal consulten kan uitstrekken. Kenmerkend daarvoor is het actuele probleem dat de patiënt presenteert, en dat kan samenhangen met onafgewerkte problemen uit vorige consulten. De patiënt mag derhalve verwachten, dat de huisarts de actuele en de onafgewerkte problemen (voor zover aanwezig en relevant voor het actuele probleem) op een rijtje zet (criterium I: *probleem-definitie*). Onder een probleem wordt in dit verband alles verstaan waarvoor de patiënt advies of hulp vraagt.

De patiënt mag bovendien verwachten, dat de arts minstens met een enkel woord laat merken dat hij elk naar voren gebracht probleem heeft onderkend (criterium II: *feed-back*). Al biedt hij doeltreffende hulp, maar laat hij niet merken dat hij op de problemen ingaat, dan is hij meer met *cure* dan met *care* bezig, en toont hij op dat moment geen patiëntgerichte instelling.

Tabel 1. Voorbeeld van een puntentelling.

| Probleemlijst jury | Criteria | | | | | Aantal punten |
|---------------------------------------|----------|----|-----|----|---|---------------|
| | I | II | III | IV | V | |
| 30-jarige gehuwde vrouw: | | | | | | |
| 1. Kan niet bukken door rugpijn | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| 2. Heeft last van keel | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| 3. Heeft wratjes op neus | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| Totaal | | | | | | 12 |
| Aantal punten voor het consult (12/3) | | | | | | 4 |

Noot: I = probleemdefinitie; II = feed-back; III = directe probleemgerichte activiteit; IV = professionele aanvaardbaarheid; V = evaluatie.

Daarnaast mag de patiënt verlangen, dat de arts adequate activiteiten onderneemt om elk actueel probleem te verhelderen, draaglijker te maken of te elimineren. Wat in dit verband adequaat is, valt uiteen in twee criteria. In de eerste plaats is dat: betrekking hebbend op een of meer in het geding zijnde problemen (criterium III: *directe probleemgerichte activiteit*); in de tweede plaats: binnen de kring van beroepsgenoten gebruikelijk c.q. niet gecontra-indiceerd (criterium IV: *professionele aanvaardbaarheid*).

Tenslotte mag de patiënt verwachten, dat de arts stappen onderneemt om de gevolgen van zijn interventie te evalueren (criterium V: *evaluatie*). Tijdens een consult kan de arts meestal niet nagaan wat die gevolgen zullen zijn. Men kan slechts verlangen dat hij met een enkel woord zijn verwachting omtrent het verloop van het probleem uitspreekt om aan de patiënt duidelijk te maken onder welke omstandigheden deze opnieuw contact moet zoeken. Dit is niet alleen beroepsmatig van belang, maar het is ook van humane betekenis: wanneer een arts laat merken dat hij in het verloop van een probleem geïnteresseerd is, geeft hij op deze wijze blijk van een patiëntgerichte instelling.

Methode

Om te beginnen was het nodig een uniforme en voor elk soort consult bruikbare beoordelingsprocedure (jurering) te ontwikkelen. Daartoe zijn de vijf besproken criteria toegepast op een aantal protocollen van geobserveerde consulten.

Vervolgens zijn deze criteria toegepast op in totaal honderd consulten van vijftig artsen (vijfentwintig huisartsen en vijfentwintig arts-assistenten in opleiding tot huisarts; twee consulten per arts). Hiertoe zijn door een geoefend arts-observator tijdens alle honderd

consulten notities en bandopnamen gemaakt, die vervolgens zijn uitgewerkt tot protocollen (inclusief achtergrondgegevens over de patiënt). Na elk consult is door de behandelend arts een lijst opgesteld met de problemen die hij bij de patiënt heeft onderkend, en die derhalve als uitgangspunt voor zijn behandeling gediend hebben.

Voor de beoordeling werd door twee juryleden (huisarts-stafleden) onafhankelijk van elkaar (en zonder de lijst van de behandelend arts) een lijst opgesteld met problemen die volgens het protocol aan de orde moeten komen:

- actuele problemen die tijdens het consult naar voren komen;
- onafgewerkte problemen uit het verleden van de patiënt, die van invloed kunnen zijn op de actuele problemen.

Uit deze twee lijsten is een definitieve probleemlijst samengesteld, die als uitgangspunt voor de verdere beoordeling heeft gefungeerd. Beide beoordelaars hebben op grond van deze probleemlijst, het protocol en de probleemlijst van de behandelend arts, onafhankelijk van elkaar, per probleem vastgesteld of de arts tijdens het consult wel (1 punt) of niet (geen punt) aan elk van de vijf criteria heeft voldaan. Nadat een onafhankelijk derde jurylid (psycholoog-staf lid) de mate van overeenstemming tussen de beoordelingen had bepaald, zijn eventuele discrepanties besproken.

Tabel 2. ETA-correlaties.

| Criteria | I | II | III | IV | V | Criterium-totaal-correlatie |
|---|---|------|------|------|------|-----------------------------|
| I Probleemdefinitie | - | 0,22 | 0,24 | 0,24 | 0,15 | 0,62 |
| II Feed-back | | - | 0,45 | 0,42 | 0,33 | 0,74 |
| III Directe probleemgerichte activiteit | | | - | 0,69 | 0,40 | 0,86 |
| IV Professionele aanvaardbaarheid | | | | - | 0,37 | 0,81 |
| V Evaluatie | | | | | - | 0,77 |

totdat een eensgezind jury-oordeel was bereikt. Zo'n eensgezind oordeel kwam in alle gevallen tot stand.

Per probleem kan de score variëren van 0 tot 5. De score per consult bedraagt het gemiddelde van de probleemscores en kan dus eveneens variëren van 0 tot 5. In tabel 1 wordt een en ander geïllustreerd met een consult waarbij een 30-jarige, gehuwde vrouw volgens de jury drie problemen presenteert. Voor het eerste probleem krijgt de huisarts vier punten; hij krijgt 1 punt voor:

- criterium I, omdat de probleemdefiniëring van de arts herkenbaar is in die van de jury (jury: „patiënte kan niet bukken door rugpijn”; arts: „patiënte heeft lage rugpijn”);
- criterium II, omdat hij mondeling op de klacht is ingegaan (arts zegt: „hoe lang heeft u al last van uw rug?”);
- criterium III, omdat hij lichamelijk onderzoek heeft verricht (arts onderzoekt de rug van patiënte);
- criterium IV, omdat zijn activiteiten volgens de jury professioneel aanvaardbaar zijn (arts geeft houdingsadviezen en schrijft vijf dagen paracetamol voor). Voor criterium V krijgt de arts 0 punten, omdat hij geen stappen heeft ondernomen om zijn hulpverlening te evalueren (arts zegt *niet* tegen patiënte, dat zij terug moet komen, indien de klachten langer dan bijvoorbeeld veertien dagen aanhouden).

Resultaten

Uit tabel 2 blijkt dat de criteria elkaar over het algemeen weinig overlappen en dat alle criteria een onderscheidbare bijdrage leveren aan de totaalbeoordeling. Zoals te verwachten viel, bestaat er een aanzienlijke samenhang (0,69) tussen de directe probleemgerichte activiteit en de professionele aanvaardbaarheid daarvan. Het feed-back- en het evaluatiecriterium hangen elk in redelijke mate samen met beide laatstgenoemde criteria (0,37-0,45), en met elkaar (0,33). De minste samenhang (0,15-

0.24) bestaat tussen het probleemdefinitie-criterium en de overige criteria.

Er is een empirisch verband tussen het voldoen aan één criterium en het voldoen aan alle criteria. Het feit dat die samenhang gemiddeld 0.76 is, betekent dat de vijf criteria als groep homogeen zijn. Dit komt eveneens tot uiting in de berekende interne consistentiebetrouwbaarheid van 0.73 (Spearman-Brown). Uit een nadere analyse (variantie) blijkt, dat de criteria directe probleemgerichte activiteit en professionele aanvaardbaarheid het meest bijdragen tot de totale beoordelingsscore; het criterium probleemdefinitie draagt het minst bij en het feedback- en het evaluatiecriterium nemen een tussenpositie in. Interessant is de driedeling die hieruit spreekt met betrekking tot de mate waarin aan de verschillende criteria in de (onderzochte) groep huisartsen is voldaan (medisch-technisch, patiënt-informerend, methodisch-ordenend). Uit de berekende standaard-meetfout (0.71) is af te leiden, dat bij een (hypothetisch) groot aantal herhaalde jurybeoordelingen het gemiddeld aantal criteria waaraan dan door de artsen voldaan wordt, 3.95 (in plaats van 4) zal zijn.

Op grond van literatuur (Murray et al.; Steinwachs et al.) is geen duidelijk verschil te verwachten tussen ervaren en minder ervaren artsen (of andere hulpverleners). Toch moet nagegaan worden in hoeverre de groep huisartsen en de groep arts-assistenten in opleiding tot huisarts verschillen; als deze groepen te sterk verschillen, kunnen zij bij verdere statistische analyse immers niet als een homogene groep worden beschouwd.

Hiertoe is getoetst met de X^2 -toets op 5 procent-niveau. Beide groepen artsen verschillen niet significant in de mate waarin zij aan de criteria voldoen (tabel 3). Uit een nadere beschouwing van het cijfermateriaal blijkt dat dit geldt, ongeacht of het om somatische, psychische of andere problemen gaat en ongeacht het aantal problemen per consult. Bij geen van beide groepen bestaat voorts een significant verband tussen de twee consulten.

Uit de interbeoordelaar betrouwbaarheid ($\rho=0.81$), berekend voor de onafhankelijk verrichte beoordelingen, blijkt dat voorafgaand aan het unanieme juryoordeel reeds een hoge mate van overeenstemming tussen de beoordelaars heeft bestaan.

Uitgaande van de protocollen van alle honderd consulten, zijn de artsen volgens de jury geconfronteerd met 223

Tabel 3. De mate waarin aan de criteria is voldaan door huisartsen en arts-assistenten tijdens hun probleembehandeling. Percentages.

| Criteria | Huisartsen (N=121 problemen) | Arts-assistenten (N=102 problemen) |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| I Probleemdefinitie | 70 | 74 |
| II Feedback | 92 | 90 |
| III Direct probleemgerichte activiteit | 84 | 92 |
| IV Professionele aanvaardbaarheid | 73 | 81 |
| V Evaluatie | 52 | 62 |

Tabel 4. De samenhang tussen de criteria (I). Percentages.

| Criteria | Wel II | Wel III | Wel IV | Wel V | Aantal problemen absoluut |
|--|--------|---------|--------|-------|------------------------------|
| Geen probleemdefinitie (I) | 81 | 75 | 64 | 44 | 63 |
| Geen feedback (II) | | 40 | 20 | 5 | 20 |
| Geen directe probleemgerichte activiteit (III) | | | 0 | 4 | 28 |
| Geen professionele aanvaardbaarheid (IV) | | | | 23 | 52 |
| Geen evaluatie (V) | | | | - | 97 |

Tabel 5. De samenhang tussen de criteria (II). Percentages.

| Criteria | Wel II | Wel III | Wel IV | Wel V | Aantal problemen absoluut |
|---|--------|---------|--------|-------|------------------------------|
| I Wel probleemdefinitie | 95 | 93 | 83 | 61 | 160 |
| II Wel feedback | | 92 | 83 | 62 | 203 |
| III Wel directe probleemgerichte activiteit | | | 88 | 64 | 195 |
| IV Wel professionele aanvaardbaarheid | | | | 67 | 171 |
| V Wel evaluatie | | | | - | 126 |

problemen, wat neerkomt op ruim twee per consult. Bij ongeveer een derde van die consulten hebben de artsen één probleem aangeboden gekregen, bij een derde twee en bij een derde drie of meer problemen.

De artsen voldoen gemiddeld aan vier van de vijf criteria. Naarmate het probleem aanbod per consult toeneemt, vermindert het aantal criteria waaraan wordt voldaan. Bij één probleem draagt dit aantal ongeveer vijf, bij twee problemen vier en bij drie of meer problemen drie. Bij ongeveer driekwart van het probleem aanbod is aan minstens vier criteria voldaan, bij een kwart aan hoogstens drie.

Van de 223 problemen waarvan volgens de jury tijdens de consulten sprake is geweest (jury-probleemlijst), is ongeveer een kwart niet door de artsen gede-

finieerd (28 procent). Op een van de tien problemen is niet mondeling ingegaan (9 procent). In 13 procent van de gevallen zijn geen directe probleemgerichte activiteiten ondernomen, terwijl bijna een kwart van de problemen volgens beroepsgenoten niet aanvaardbaar is behandeld (23 procent). In ongeveer vier van de tien gevallen is niet de intentie tot evaluatie getoond (43 procent). Dit laatste kan betekenen dat de arts de patiënt in het ongewisse laat over het verdere beleid en dat hij het als vanzelfsprekend beschouwt, dat deze zal terugkomen als het probleem niet is opgelost. Bovendien laat hij niet merken dat het verloop ervan zijn aandacht heeft. Wellicht is dit laatste ook nog van invloed op de bereidheid van de patiënt de voorschriften van de arts op te volgen (patiënt compliance).

In de tabellen 4 en 5 worden de criteria onderling vergeleken. In 40 procent van de gevallen gaan de artsen niet mondeling in op de problemen, maar ondernemen zij wel activiteiten die op die problemen betrekking hebben. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat de patiënt het verband niet ziet tussen de activiteiten van de arts en de problemen die hij heeft gepresenteerd, hetgeen tot misverstanden kan leiden.

Volgens de artsen zelf zijn tijdens de consulten 160 problemen aan de orde geweest. Hebben de artsen een probleem eenmaal gedefinieerd, dan is bijna altijd feed-back gegeven (95 procent) en directe probleemgerichte activiteit vertoond (93 procent). Bovendien is die activiteit doorgaans professioneel aanvaardbaar (83 procent) en is in bijna tweederde (61 procent) van de gevallen geëvalueerd.

Is het probleem niet door de artsen gedefinieerd, dan voldoen zij in mindere mate aan de gestelde criteria (tabel 4). Dit laatste ondersteunt het belang van een probleemgerichte registratie in welke vorm dan ook. Het is echter opmerkelijk dat de artsen, zonder de problemen genoteerd te hebben, toch nog mondeling ingaan op vier van de vijf problemen (81 procent), in driekwart van de gevallen probleemgerichte activiteiten ondernemen (75 procent) en tweederde van de problemen op professioneel aanvaardbare wijze behandelen (64 procent); in slechts 44 procent van de gevallen tonen zij de intentie tot evaluatie.

Tenslotte nog enkele opmerkingen over de bruikbaarheid van de ontwikkelde methode. Het verzamelen van de gegevens voor het protocol is relatief eenvoudig maar enigszins tijdrovend. De beoordeling van deze protocollen blijkt geen moeilijkheden op te leveren voor een ervaren jury, dat wil zeggen dat de beoordelaars vertrouwd zijn met de richtlijnen volgens welke zij de criteria moeten toepassen. Om dit laatste te realiseren, is echter enige training nodig. Het is mogelijk gebleken de vijf criteria toe te passen op vijf tot tien consulten per uur.

Bespreking

Bij de ontwikkelde methode is ervan uitgegaan, dat de huisarts aan vijf criteria behoort te voldoen. Het blijkt dat de onderzochte groep huisartsen gemiddeld aan vier criteria heeft beantwoord. Naarmate tijdens een consult meer problemen naar voren gebracht worden,

blijkt per probleem aan minder criteria te worden voldaan en krijgt de ontwikkelde methode een duidelijk discriminerende werking. Vanuit de praktijk bezien (tijdsdruk, gebrekkige probleempresentatie door patiënt en dergelijke) is dit te verwachten, hetgeen een ondersteuning vormt voor de validiteit van de methode.

De medisch-technische kant, de „harde kern” van het dagelijks werk (criteria III en IV) en het minimum waaraan de huisarts moet voldoen, komt bij de juring van de onderzochte groep het duidelijkst tot uiting. De methodisch-orde-nende kant, met zijn tamelijk formele aspecten (criterium I), die in de dagelijkse praktijk vaak impliciet (en daardoor verborgen) zijn, komt in de juring het minst naar voren. De patiënt-informerende kant, de „zachte kern” (criteria II en V), waarvan zeker de laatste tijd het belang wordt benadrukt, komt ook in de juring redelijk tot uiting.

Nu de bruikbaarheid van de methode is aangetoond, kan deze gebruikt worden om de probleemgerichte werkwijze van verschillende subgroepen van artsen aan een nader onderzoek te onderwerpen. Weliswaar is het niet altijd eenvoudig met een jury te werken, maar men ontkomt er vaak niet aan (Hulka et al.; Murray et al). Het meningsverschil dat soms tussen de juryleden ontstaat, is evenwel constructief, aangezien het leidt tot een bezinning op wat men van de huisarts mag verwachten bij zijn hulpverlening.

De laatste jaren komt bij de huisarts de wens naar voren beter geïnformeerd te worden over het eigen functioneren. Deze methode lijkt een aanzet te vormen tot intercollegiale toetsing. Intercollegiale toetsing omvat evenwel meer dan een onderlinge beoordeling aan de hand van vijf criteria. Met name het vierde criterium, de professionele aanvaardbaarheid (kwaliteit) van de probleemgerichte activiteiten, zal in dat geval nader gespecificeerd moeten worden. Een dergelijke toetsing kan dan bijvoorbeeld via onderlinge praktijkobservatie uitgevoerd worden door een groepje huisartsen, waarbij om beurten één arts geobserveerd wordt en de anderen als jury fungeren. Wellicht is het ook mogelijk een model te ontwerpen voor toepassing in de beroepsopleiding tot huisarts.

Samenvatting. In dit artikel wordt gerapporteerd over een eenvoudige methode om de probleemgerichte werkwijze van

de huisarts te meten. Hiertoe zijn vijf criteria opgesteld die op elk consult van toepassing zijn, en waaraan iedere huisarts volgens de auteurs moet kunnen voldoen. Van de arts wordt ten minste verwacht dat hij de problemen van de patiënt noteert, dat hij er mondeling op ingaat, dat hij activiteiten onderneemt die daar direct betrekking op hebben, dat die activiteiten voor beroepsgenoten aanvaardbaar zijn, en dat hij de intentie tot evaluatie vertoont.

Deze criteria zijn toegepast op de protocollen van honderd consulten van vijftig huisartsen. Uit de resultaten blijkt dat de ontwikkelde methode redelijk betrouwbaar en bruikbaar is, en dat zij de mogelijkheid biedt tot intercollegiale toetsing.

Summary. Evaluation of encounters in general practice.

This article reports on a simple method of measuring the problem-oriented approach in general practice. For this purpose five criteria were formulated which apply to every encounter and which, according to the authors, every general practitioner should meet. The general practitioner is expected at least to make notes on all the patient's problems, to discuss these with the patient, to develop activities in direct relation to these problems, in a manner which is acceptable to his colleagues, and to show the intention to evaluate.

These criteria were applied to the protocols of one hundred encounters submitted by fifty general practitioners. The results show that this method is effective and reliable, and enables inter-doctor audit.

D'Zurilla, T. J. and M. R. Goldfried. Problem solving and behaviour modification. (1971) *J. abnorm. soc. Psychol.* **78**, 107-126.

Future. The — general practitioner. *Royal College of General Practitioners, London*, 1972.

Geldorp, G. van, K. Hoekman en L. Krol. Medisch probleem oplossen. *Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam*, 1978.

Hulka, B., F. Romm, G. Pakerson et al. Peer review in ambulatory care: use of explicit criteria and implicit judgments. (1979) *Med. Care* **17/3** suppl.

Hulshof, R. E. Hulpverleners door de huisarts: een probleemoplossende aanpak. *Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden*, 1980.

Vervolg literatuur op p. 443.