

# Behandelt de huisarts vrouwen anders dan mannen?

V. TIELENS, M. BEEK, R. KOOPMANS, Y. VAN TRIER EN H. MOKKINK\*

Om inzicht te krijgen in eventuele verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen van mannelijke huisartsen bij mannen en bij vrouwen, is een secundaire analyse uitgevoerd van eerder verzameld materiaal. De analyse had betrekking op 955 aan de huisarts gepresenteerde klachten, betrekking hebbend op 16 verschillende protocol-klachten, die tezamen ongeveer 45 procent van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit uitmaken. Er blijken nauwelijks verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen bij mannen en vrouwen te bestaan. Voorzover er echter verschillen optreden, blijken die nagenoeg steeds in het voordeel van mannelijke patiënten. De aard van de klachten, en de leeftijd van de patiënten of artsen blijken hierop niet van invloed te zijn, evenmin als het aantal klachten per consult. Wel blijken er, onafhankelijk van de sekse van de patiënt, grote verschillen in kwaliteit tussen de afzonderlijke contacten.

## Inleiding

De laatste jaren is in velerlei studies aandacht besteed aan de maatschappelijke ongelijkheid van mannen en vrouwen. Daarbij is ook de arts-patiënt relatie in dit opzicht bekeken. Van de kant van de vrouwenbeweging wordt naar voren gebracht dat mannelijke artsen hun vrouwelijke patiënten minder serieus nemen, hen op een sekse-stereotype wijze benaderen en mogelijk zelfs minder zorgvuldig medisch-technisch behandelen.

Literatuurgegevens hierover zijn echter niet altijd eenduidig en hebben vaak meer betrekking op het psychosociaal handelen van de huisarts dan op het medisch-technisch handelen. Over het geheel genomen blijkt uit de literatuur niet dat er grote verschillen zouden bestaan in de behandeling van mannelijke en vrouwelijke patiënten. In een aantal

onderdelen van het consult komen echter wel verschillen naar voren. Zo krijgen vrouwen meer informatie, meer medicatie – met name psychofarmaca – en worden zij vaker verwezen of terugbesteld.<sup>1-6</sup>

Onze eigen onderzoekservaringen sluiten hier slechts gedeeltelijk op aan. Uit één onderzoek bleek dat vrouwen bij psychosociale onderwerpen zeker niet minder serieus genomen worden dan mannen; uit een tweede studie kwam naar voren dat het geslacht van de patiënt geen rol speelt bij het aantal door de huisarts verrichte medisch-diagnostische handelingen.<sup>7 8</sup>

In hoeverre mannelijke huisartsen in medisch-technisch opzicht mannen en vrouwen kwalitatief verschillend behandelen, wordt uit de literatuur onvoldoende duidelijk. Daarom besloten we daar nader onderzoek naar te doen. We wilden nagaan of er verschillen in kwaliteit bestaan bij het medisch handelen bij vrouwelijke en mannelijke patiënten en in hoeverre eventuele verschillen in kwaliteit samenhangen met de aard van de klachten, de verschillende stappen in het consult, de leeftijd van de patiënt en/of de arts en tenslotte het aantal per consult gepresenteerde klachten.

## Methoden

### Secundaire analyse

Om de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van huisartsen na te gaan, hebben we een secundaire analyse uitgevoerd van gegevens die verzameld zijn in het kader van project 'Preventie van Somatische Fixatie'.<sup>9</sup> In dit project zijn tijdens twee willekeurige gesprekken door middel van audiobandjes en niet-participerende observaties gegevens verzameld over het medisch handelen van huisartsen in de dagelijkse praktijk. De gegevens zijn verzameld bij 57 solistisch werkzame huisartsen uit Nijmegen en omgeving. Wat betreft leeftijd, jaar van vestiging, urbanisatiegraad, omvang en opbouw van de praktijk en het al dan niet apotheekhoudend zijn, blijken deze huisartsen in grote lijn representatief voor de Neder-

landse huisartsen. De enige vrouwelijke huisarts hebben wij voor onze studie buiten beschouwing gelaten, zodat onze populatie uit 56 mannelijke huisartsen bestaat.

Voor onze analyse hebben we de contacten met kinderen onder de vijftien jaar buiten beschouwing gelaten, evenals klachten die alleen bij vrouwen of alleen bij mannen kunnen voorkomen. Om enigszins betrouwbare uitspraken te kunnen doen, hebben we de protocolklachten die door een van beide geslachten minder dan vijf maal gepresenteerd werden, eveneens buiten deze studie gehouden.

Aan de hand van deze criteria selecteerden wij uit de oorspronkelijke 1265 klachten 955 klachten, verdeeld over 16 protocolklachten. Van deze klachten werden er 529 (55 procent) door vrouwen en 426 (45 procent) door mannen gepresenteerd (tabel 1).

### Indicatoren voor de kwaliteit

Het meten van de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van huisartsen is een moeilijke zaak. Dat hangt onder andere samen met de grote verscheidenheid in morbiditeit. Niet alleen de aard van de aandoeningen, maar ook de ernstgraad en het al dan niet acuut of chronisch zijn variëren sterk. Daar komt bij dat zelfs over het adequaat-zijn van het medisch-technisch handelen bij één omschreven aandoening de meningen van huisartsen sterk uiteen kunnen lopen. In de literatuur zijn dan ook nagenoeg geen bruikbare instrumenten beschreven voor het gedetailleerd en tegelijkertijd integraal meten van het medisch-technisch handelen van huisartsen. Veelal beperkt men zich tot enkele aspecten, zoals het geven van voorlichting, de medicatie of het terugbestellen van de patiënt.<sup>10</sup>

In het project 'Preventie van Somatische Fixatie' zijn door een twintigtal huisartsen voor 24 veel voorkomende klachten protocollen opgesteld (*bijlage*). Deze protocollen maken het mogelijk gedetailleerd per stap in het consult aan te geven of een handeling, gezien de aanwezige condities, obligaats, overbodig of facultatief geacht wordt.<sup>11</sup> Daarbij worden normen gehanteerd, die samenhangen met theoretische overwegingen over preventie van somatische fixatie.

Om de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de huisarts nader aan te geven, hebben wij aan de hand van de oorspronkelijke gegevens de volgende vijf variabelen geconstrueerd:

\* V. Tielens, huisarts, M. Beek, psychologe, en H. Mokka, socioloog, zijn verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; R. Koopmans en Y. van Trier werkten aan dit onderzoek mee in het kader van een wetenschappelijke stage aan het NUHI.

**Tabel 1 – Table 1.** De 955 klachten (aantallen) – The 955 complaints (numbers).

Complaints	Men	Women
<i>Predominantly somatic</i>		
– diarrhoea, nausea, vomiting	11	6
– otalgia	13	16
– hearing loss	20	18
– muscular and articular complaints	44	59
– sore throat	22	29
– cough, first presentation	34	34
– micturition complaints	14	21
– knee-joint complaints	23	19
– ocular and visual complaints	13	26
Subtotal	194	228
<i>Predominantly psychosomatic</i>		
– chest pain	31	10
– dizziness	10	21
– back and hip-joint complaints	39	39
– headache	36	62
– abdominal pain	27	41
Subtotal	143	173
<i>Check-ups</i>		
– check-up hypertension	74	109
– exacerbated cough	15	19
Subtotal	89	128
Total	426	529

1. *Voldoende*-score: het percentage verrichte obligate handelingen. Naarmate dit percentage hoger is, heeft de huisarts meer conform het protocol gehandeld.

2. *Teveel*-score: het aantal per klacht verrichte handelingen met de kwalificatie overbodig, facultatief of conditie onbekend. Dit is een maat voor het inadequaate, overbodig handelen van de huisarts.

3. *Algemeen handelen*-score: het percentage van de verrichte handelingen die onder alle omstandigheden obligaat zijn (handelingen met een algemeen karakter, vooral bedoeld om globaal oriënterend op een klacht in te gaan). Hoe hoger dit percentage, des te meer heeft de arts zich algemeen georiënteerd over de aard van de klachten.

4. *Specifiek handelen*-score: het percentage van de verrichte handelingen die alleen onder bepaalde condities obligaat zijn (handelingen met een specifiek karakter, gericht op één of slechts enkele differentieel-diagnostische mogelijkheden). Hoe hoger dit percentage, des te gericht is de arts te werk gegaan.

5. *Score bekend geworden condities*: het percentage van de in de loop van het consult verhelderde condities. Een lage score hierop betekent dat veel condities door nalatigheid van de arts onbekend gebleven zijn; daarmee is het een maat

voor het adequaat en effectief verlopen van vooral de op verheldering gerichte fase van het consult.

De eerste twee variabelen zijn zowel voor het totale consult als voor elke afzonderlijke stap (anamnese, lichamenlijk onderzoek, laboratorium, voorlichten, therapie, verwijzen, terugbestellen) te berekenen. De andere drie zijn alleen geschikt om te gebruiken voor het hele consult.

Met deze variabelen is een vrij genuanceerde beoordeling mogelijk van de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de arts gedurende het consult.

#### Specificerende variabelen

Voor de leeftijd van de patiënt en de huisarts hebben we drie categorieën aangehouden. Om de invloed van de aard van de klacht te beoordelen, hebben we de 16 protocol-klachten volgens gangbare principes ingedeeld in drie groepen: overwegend somatische klachten, overwegend psychosomatische klachten en controles. Deze laatste groep omvat, door de selectie van de contacten die we hebben moeten toevoegen, alleen de controle bij hypertensie en exacerbatie van hoesten.

#### Analyse

Om na te gaan hoe groot de betekenis

van eventuele verschillen in medisch-technisch handelen bij mannelijke en vrouwelijke patiënten is, hebben we de zogenaamde èta-waarde berekend. Deze èta is een associatiemaat en geeft de mate weer van het verschil in kwaliteit van het handelen bij mannelijke en vrouwelijke patiënten, rekening houdend met de verschillen binnen elke subgroep op zichzelf.

De èta kan alle waarden tussen 0 en 1 aannemen. Hoe hoger de èta, des te groter is het deel van de gevonden verschillen dat door het geslacht van de patiënt wordt verklaard. Of de gevonden verschillen ook van praktische, klinische betekenis zijn, is niet zonder meer af te leiden uit de hoogte van de èta. Dat hangt meer af van de soort handeling waar het om gaat.

Deze associatiemaat hebben we eerst toegepast op alle gegevens en daarna op uitsplitsingen naar leeftijd van patiënt en huisarts om aldus eventuele specificaties te vinden.

#### Betrouwbaarheid en validiteit

Voor een uitvoerige beschrijving van de betrouwbaarheid en validiteit van de meetinstrumenten uit het project 'Preventie van Somatische Fixatie' verwijzen we naar de betreffende literatuur.<sup>9, 12</sup> Hier volstaan we met aan te geven dat de betrouwbaarheid van de medisch-technische handelingen zeer hoog bleek. De validiteit van de metingen achten wij voldoende, vooral ook omdat het hier gaat om het handelen van huisartsen tijdens normale gesprekken in hun eigen praktijk. Dit verhoogt de validiteit in vergelijking met metingen via simulatietechnieken, papieren patiënten-casus of medische archieven, zoals veelal in onderzoeken op dit gebied het geval is.<sup>10</sup> Het beperkte aantal protocolklachten betekent natuurlijk wel een zekere inperking van het meten van het huisartsgeneeskundig handelen.

#### Resultaten

Uit de lage èta-waarden in *tabel 2* kan geconcludeerd worden dat er nagenoeg geen verschil in kwaliteit is bij het handelen bij mannen en vrouwen. Voor zover er verschillen zijn, blijkt echter dat de huisartsen bij mannelijke patiënten over het algemeen beter scoren. Dit gaat overigens ook gepaard met een iets hogere teveelscore bij mannen. De relatief hoge standaarddeviaties betekenen verder dat tussen de individuele contacten grote verschillen bestaan, die met andere factoren dan het geslacht van de patiënt samenhangen.

Bij nadere specificatie van deze resultaten blijken noch de leeftijd van de patiënt en de arts, noch het aantal per consult gepresenteerde klachten van invloed te zijn. Steeds zijn er slechts minimale verschillen in kwaliteit, maar steeds blijken deze in het voordeel van mannen.<sup>17</sup>

Bekijken we echter de samenhang met de aard van de klachten en de verschillende stappen in het consult, dan komt een meer genuanceerd beeld naar voren, met name voor de voldoende-score en de teveel-score (tabel 3).

Nog steeds blijft het gaan om slechts kleine verschillen, maar de betere voldoende-score bij mannen komt nu vooral tot uiting bij psychosomatische klachten of controles. Bij nadere opsplitsing van de verschillende stappen van het consult blijkt verder dat het vooral de anamnese is, die bij mannelijke patiënten meer aandacht krijgt, evenals – zij het in mindere mate – het voorlichten en terugbestellen. Deze zijn te zien als verbale activiteiten van de huisarts, in tegenstelling tot lichamelijk onderzoek, laboratorium en therapie, die meer te zien zijn als echt medisch-technische handelingen. Ten aanzien van deze technische handelingen in strikte zin maken de huisartsen praktisch geen onderscheid (lichamelijk onderzoek), geven ze meer aandacht aan vrouwen (laboratorium), of wisselt de aandacht naar gelang de aard van de klachten (therapie).

De teveel-score is vooral bij mannen met psychosomatische klachten te vinden en blijkt voor het grootste deel veroorzaakt te worden door een teveel aan medicamenteuze therapie en terugbestellen. Bij een nadere analyse hiervan komt naar voren dat het gaat om zowel facultatieve therapie als overbodige therapie en dat dit nagenoeg geheel op conto komt van de jonge huisartsen (30-39 jaar).<sup>17</sup>

Een nadere analyse per protocolklacht gaf geen wezenlijke verandering in het bovengeschrevene. De èta's zijn voor sommige protocolklachten weliswaar hoger, maar mede door de kleinere aantallen zijn er geen significante verschillen die afwijken van de reeds gevonden trend. Alleen bij een exacerbatie van hoesten krijgen de vrouwen iets meer aandacht dan de mannen.

### Beschouwing

Uit onze analyses blijkt dat de verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch

**Table 2 – Table 2.** Gemiddelde scores, standaarddeviaties en èta-waarden voor de vijf kwaliteits-indicatoren bij alle gepresenteerde klachten – Mean scores, standard deviations and eta-values of the five quality indicators for all complaints presented.

	Men (n=426)		Women (n=529)		eta
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. Sufficient	45.9	19.3	43.3	18.9	.07 <sup>a</sup>
2. Too much	3.0	3.7	2.8	2.7	.06
3. General intervention	50.9	21.4	48.0	21.6	.07 <sup>a</sup>
4. Specific intervention	31.0	30.8	29.0	29.7	.03
5. Conditions known	78.3	20.8	74.4	23.2	.08 <sup>a</sup>

□ Signifies that the physicians performed more interventions for male than for female patients.  
<sup>a</sup> p < .05.

**Table 3 - Table 3.** Verschillen in kwaliteit van medisch-technisch handelen bij mannen en vrouwen, weergegeven in èta-waarden – Differences in quality of medical-technical performance in men and women, presented in eta-values.

	Sufficient			Too much		
	S	PS	C	S	PS	C
Anamnesis	.10 <sup>a</sup>	.09	.07	.03	.09	.03
Physical examination	.02	.00	.07	.06	.04	.09
Laboratory studies	.19	.22	.07	.03	.10	.12
Information and advice	.08	.03	.00	.04	.02	.04
Therapy	.09	.04	.11	.05	.21 <sup>b</sup>	.07
Re-appointment	.05	.12	.05	.00	.19 <sup>b</sup>	.04
Entire encounter	.08	.04	.04	.04	.11	.02

□ Signifies that the physicians performed more interventions for male than for female patients.  
 ○ Signifies that the physicians performed more interventions for female than for male patients.  
<sup>a</sup> p < .05; <sup>b</sup> p < .01.

S = somatic; PS = psychosomatic; C = check-up

nisch handelen van mannelijke huisartsen bij mannelijke en vrouwelijke patiënten slechts klein zijn, en niet van praktische klinische betekenis. Mannelijke patiënten krijgen mogelijk een iets adequatere en uitgebreidere behandeling dan vrouwelijke patiënten: hoewel er slechts op enkele punten kon worden aangetoond dat dit verschil niet op toeval berust, bleek uit het merendeel der analyses dat er een tendens in deze richting is te bespeuren. De gevonden verschillen lijken ons echter te klein om in het algemeen te kunnen spreken van een sekse-stereotypisch handelen van mannelijke huisartsen.<sup>13</sup>

Dat deze tendens vooral tot uitdrukking komt in de verbale activiteiten van de huisarts, zou verklaard kunnen worden met de veronderstelling dat mannen en vrouwen hun klachten op verschillende manieren presenteren, terwijl de huisarts daar dan weer op verschillende manieren op reageert.<sup>19</sup> Dat is echter uit ons materiaal niet verder na te gaan.

Opvallend zijn onze bevindingen met betrekking tot psychosomatische klachten. In tegenstelling tot gegevens uit de literatuur(4,6) geven de huisartsen uit ons onderzoek bij dergelijke klachten aan mannelijke patiënten significant vaker facultatieve of overbodige medica-

menteuze therapie, terwijl zij bij vrouwelijke patiënten significant meer laboratoriumbepalingen (laten) doen. In hoeverre dit een door stereotypische vooroordelen ingegeven handelen is, zou verder onderzocht moeten worden.

In grote lijnen komen de resultaten van deze studie nog het meest overeen met het onderzoek van Armitage, die vaststelde dat mannen een uitgebreidere medische aandacht krijgen.<sup>1</sup> Onze bevindingen zijn evenwel veel minder eenduidig en uitgesproken dan die van haar. Uit onze studie komt naar voren dat de iets uitvoeriger medische aandacht die mannen krijgen, vooral betrekking heeft op de verbale activiteiten van de huisarts, zoals anamnese, voorlichten en terugbestellen. Uit eerdere publikaties blijkt verder dat bij mannelijke patiënten minder aandacht aan psychosociale factoren wordt geschonken dan bij vrouwen.<sup>7 14 15</sup>

De combinatie van deze twee bevindingen kan er op duiden dat de huisarts-patiënt communicatie bij mannelijke patiënten mogelijk meer klachtgericht is, terwijl de communicatie bij vrouwelijke patiënten meer gericht is op belevingsaspecten.<sup>19</sup> Dit zou aansluiten op de bevinding van verschillende auteurs,

## Synopsis

Tielens V, Beek M, Koopmans R, Van Trier Y, Mokkink H. Do GP's treat women differently from men? *Huisarts Wetn* 1986; 29: 204-8.

**Introduction.** The literature does not show that on the whole there is much difference between the treatment of male and female patients. In certain respects, nevertheless, dissimilarities emerge. For instance, women are given more information and more medication – especially psychotropic drugs – and they are referred or given re-appointments more often.<sup>2-6</sup> The literature fails to show clearly whether there is a qualitative difference in medical-technical respect between the ways male GP's treat men and women.

The questions studied were: whether there are differences in quality between medical performance in regard to female and male patients, and to what extent such differences, if any, are related to the nature of the complaints, the various steps in consultation, the patient's and/or the physician's ages and finally, the number of complaints presented per consultation.

**Methods.** As part of the project 'Prevention of Somatic Fixation', protocols were drawn up for 24 frequently presented complaints.<sup>9</sup> On the basis of these protocols, five variables were devised:

1. Sufficient-score; as this percentage is larger, the GP has acted more in conformity with the protocol.
2. Too much-score; this is a measure of inadequate, superfluous interventions by the GP.
3. General intervention-score; the larger this percentage, the more the GP has generally oriented himself concerning the nature of the complaints.
4. Specific intervention-score; the larger this percentage, the more specifically the GP has intervened.
5. Detected/known conditions-score; a criterion of the adequate and effective performance during the stage of the consultation aimed mostly at elucidation.

Subsequently, to check the quality of GP's medical-technical performance we have carried out a secondary analysis of previously collected data on the medical performance in daily practice of 57 GP's. For this analysis, contacts with children under 15 years and complaints that can occur only in women or only in men have been excluded. In order to achieve some degree of reliability in our conclusions we have also excluded from the study the 'protocol complaints' presented less than five times by either sex. On the basis of these criteria we selected 955 complaints (table 1).

**Results.** The low eta-values in table 2 justify the conclusion that there is virtually no difference in quality in performance in regard to men and to women. To the

extent there are differences at all, however, it appears that the GP's in general score better with male patients. On the other hand, this is also associated with a slightly higher too much-score with men. The relatively high standard deviations further signify that there are important differences between individual contacts which relate to other factors than the patient's sex.

Further analysis of these results show that neither the age of patient or physician, nor the number of complaints presented per consultation are relevant. All along the line, there are only minimal differences in quality, but these constantly turn out to be to the men's advantage.<sup>17</sup>

However, when we examine the relationships with the nature of the complaints and the various steps in the consultation, a more discriminative picture emerges, especially where the sufficient-score and the too much-score are concerned (table 3). The differences are still minor, but the better sufficient-score with male patients now applies mostly to somatic complaints and less to psychosomatic complaints and check-ups. When we consider the various steps in the consultation singly, we find that it is especially the history-taking that is given more attention with male patients, while the same applies, although to a less degree, to information and re-appointments. These should be regarded as GP's verbal activities, unlike physical examination, laboratory and treatment, which should be classified rather as truly medical-technical activities. Where these strictly technical activities are concerned, GP's either make virtually no difference between men and women (physical examination), or they give more attention to women (laboratory) or their attention varies according to the nature of the complaints (treatment).

The too much-score appears mostly in regard to male patients with psychosomatic complaints, and is due largely to excesses in medication and re-appointments. More thorough analysis of this element shows that both optional and superfluous treatment are involved here, and that the excess is practically entirely accounted for by young GP's 30-39 years.<sup>17</sup>

**Discussion.** In the main, the results of this study tend to agree with Armitage's conclusion that men receive more extensive medical attention than women.<sup>1</sup> However, our findings are much less unequivocal and pronounced than hers. The differences observed in our opinion are too slight to confirm the concept of a general sex-stereotypical performance of male GP's.<sup>13</sup>

**Keywords:** Medical behavior; Sex behavior.

**Address of authors:** Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 184, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

dat vrouwen vaker, naast hun lichamelijke klachten, ook psychosociale problemen presenteren.<sup>2 3 16 17</sup>

Omdat het onderzoek is uitgevoerd bij een beperkt aantal huisartsen uit één regio, zijn de uitkomsten niet zonder meer generaliseerbaar naar alle huisartsen. Ook de gehanteerde onderzoeksinstrumenten (spreekuurbandjes en observaties beoordeeld aan de hand van protocollen) hebben hun beperkingen. Zo zijn er slechts 16 protocolklachten beschouwd, die ongeveer 45 procent van de gepresenteerde klachten in de huisartspraktijk uitmaken; de overige klachten zijn buiten beschouwing gebleven. Verder is de kwaliteit van het handelen bepaald aan de hand van de normen en criteria die zijn vastgelegd in deze protocollen. Het is zeer wel denkbaar dat andere normen en criteria andere uitkomsten geven.

Evenmin is met dit instrument na te gaan in hoeverre bijvoorbeeld voorkennis over een patiënt van invloed is op de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de huisarts. Zo'n invloed is zeer wel denkbaar, maar moeilijk te objectiveren. Wij hebben ons daarom beperkt tot alleen nieuwe klachten (met uitzondering van de controle van hypertensie of exacerbatie van hoesten); voorkennis over de patiënt zal immers een kleinere rol spelen bij nieuwe klachten dan bij herhaalconsulten voor dezelfde klacht.

Hoewel wij in onze studie geen belangrijke verschillen hebben gevonden in de behandeling van mannen en vrouwen, is wel naar voren gekomen dat er sterke verschillen bestaan tussen de afzonderlijke consulten, ongeacht de sekse van de patiënt. Dit kan een verklaring zijn voor de klacht dat sommige patiënten zich niet serieus genomen voelen. Deze klacht wordt mogelijk onder invloed van velerlei sociaal-culturele invloeden eerder geuit door vrouwen dan door mannen.<sup>13</sup> Dat zou kunnen verklaren waarom uit de kring van de vrouwenbeweging geopperd wordt dat mannelijke artsen hun vrouwelijke patiënten minder serieus nemen.

## Bijlage

Voor het beoordelen van de kwaliteit van het medisch-technisch handelen van de huisarts zijn beoordelingsprotocollen opgesteld voor 24 veel voorkomende klachten. Deze protocollen zijn op-

gebouwd uit acht steeds terugkerende stappen in het consult:

- anamnese;
- lichamenlijk onderzoek;
- eigen laboratoriumonderzoek;
- laboratoriumonderzoek elders, röntgenonderzoek en dergelijke;
- voorlichten en adviseren;
- therapie;
- doorverwijzen;
- terugbestellen.

Vanwege de kleine aantallen zijn eigen laboratoriumonderzoek en laboratoriumonderzoek elders in deze studie samengevoegd.

Voor elk van de protocol-klachten is geïnventariseerd welke handelingen per deelactiviteit van het consult uitgevoerd kunnen worden. Daarbij is rekening gehouden met de differentieel-diagnostische en therapeutische mogelijkheden van de betreffende klacht. Van elke handeling is aangegeven of ze Obligaat, overbodig of facultatief geacht wordt.

Daarbij is rekening gehouden met het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde condities. Op die manier kan aan elke handeling in het protocol een van de volgende kwalificaties worden aangegeven:

- altijd Obligaat;
- altijd facultatief;
- altijd overbodig;
- onder conditie Obligaat, anders overbodig;
- onder conditie Obligaat, anders facultatief;
- onder conditie facultatief, anders overbodig;

<sup>1</sup> Armitage K, Scheinderman L, Bass R. Response of physicians to medical complaints in men and women. *JAMA* 1979; 20: 2186-7.

<sup>2</sup> Verbrugge LM, Steiner RP. Physician treatment of men and women patients; sex bias or appropriate care? *Med Care* 1981; 18: 609-32.

<sup>3</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnose related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>4</sup> Meens J, Wien F. De vrouw in het nauw [Doctoraalscriptie]. Nijmegen, 1976.

<sup>5</sup> Cooperstock R. Sex-differences in psychotropic drug use. *Soc Sci Med* 1978; 12B: 179-86.

<sup>6</sup> Lapp J, Pihl R, Hamel J, Marinier R. Effect of patient's demand for drugs on physician prescribing. *Int J Psychiatry Med* 1984; 28: 49-53.

<sup>7</sup> Smits A, Beek M, Laseur M, Hendriks T, e.a. Sexe-specifiek gedrag van de huisarts. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 154-160.

<sup>8</sup> Tielens VCL, Morkink H, Mesker P. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 44-8.

<sup>9</sup> Smits A, Morkink H, Mesker P. Eindrapport Project Preventie van Somatische Fixatie, deel 4: Spreekuurgedrag Prevara. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

<sup>10</sup> Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156-82.

<sup>11</sup> Mesker-Niessen J, Morkink H, Mesker P, e.a. Een protocollaire benadering van rugklachten. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26 (supp 7): 41-8.

<sup>12</sup> Morkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 35-50.

<sup>13</sup> Lagro-Janssen T. De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 369-72.

<sup>14</sup> Mc Cranie E, Horowitz A, Martin R. Alleged sex-role stereotyping in the assessment of women's physical complaints: a study of general practitioners. *Soc Sci Med* 1978; 12: 111-6.

<sup>15</sup> Colameco S, Becker L, Simpson M. Sex bias in the assessment of patients complaints. *J Fam Pract* 1983; 6: 1117-21.

<sup>16</sup> Philips DL, Segal BE. Sexual status and psychiatric symptoms. *Am Sociol Rev* 1969; 34: 58-62.

<sup>17</sup> Gove WR, Tudor J. Adult sex role and mental illness. *Am J Soc* 1973; 78: 812-7.

<sup>18</sup> Van Trier Y, Koopmans R. Sexe-specifiek handelen van de huisarts? [Keuzestageverslag]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

<sup>19</sup> Stewart M. Patient characteristics which are related to the doctor-patient interactions. *Family Practice* 1985; 1: 30-6.

Literatuur bij:  
Kleijnen e.a., Lichamenlijk onderzoek, pp. 201-3.

<sup>1</sup> Van der Horst F, Vierhout N, Meulders W. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 2. Analyse van een consult. *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 325-31.

<sup>2</sup> De Geus CA, Von Höfen R, Metsemakers JFM. Huisarts en computer. Op weg naar een geautomiseerd registratiesysteem voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. *Med Contact* 1984; 40: 1289-90.

<sup>3</sup> Metsemakers JFM, De Geus CA, Kleijnen JGVM. Waarvoor raadplegen patiënten hun huisarts. Rapport 2. Maastricht: Registratienet Huisartspraktijken, 1985.

<sup>4</sup> Lamberts H, Meads S, Wood H. Waarom gaat iemand naar de huisarts? Een internationale studie met de Reason For Encounter Classification. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 234-44.

<sup>5</sup> Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, e.a. Registratie in de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 229-34.

<sup>6</sup> Leclercq RMFM, De Geus CA. De LO-codelijst. *Huisarts en Wetenschap*; 28: 235-8.

<sup>7</sup> Tabachnik BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Northridge: California State University, 1983.

<sup>8</sup> Lamberts H. Huisartsgeneeskundig handelen per diagnose: een model uit het monitoringproject. *Huisarts en Wetenschap* 1983; 26: 438-47.

## Nota bene

De bewering dat de eerstelijnspsycholoog de meest geschikte figuur is om zogenaamde 'functionele klachten' te behandelen, berust op een bewijs uit het ongerijmde.

Stelling bij: Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam]. Utrecht: NIVEL, 1986.

Catgut is als hechtmateriaal obsoleet. Stelling bij: Roodenburg JLN. CO<sub>2</sub>-laserchirurgie van leukoplakie van het mondslijmvlies [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.