

Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten

Het ontwikkelen van instrumenten voor het meten van huisartsgeneeskundig handelen

M. M. KUYVENHOVEN, H. M. JACOBS,
F. W. M. M. TOUW-OTTEN EN J. C. VAN ES*

Huisartsen handelen zeer verschillend bij vage klachten. Om deze verschillen te meten zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld: een aantal schriftelijke simulatieconsulten (vijf patiënten met vage klachten, een instructiepatiënt en een testpatiënt met een acute appendicitis) en een beoordelingsprocedure met betrekking tot de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen (geeft de huisarts voldoende aandacht aan de relevante lichamelijke aspecten; is er kans op onnodige schade?). De simulatieconsulten blijken subjectief en objectief een goed beeld te geven van het handelen van de negentien deelnemende huisartsen, terwijl de betrouwbaarheid van de beoordelingsprocedure hoog is. Het handelen van de deelnemende huisartsen blijkt betrekkelijk stabiel. De conclusie van het onderzoek luidt, dat de twee meetinstrumenten gezamenlijk betrouwbaar en valide discrimineren tussen huisartsen die 'veel' en huisartsen die 'weinig' kans op onnodige schade induceren.

Inleiding

Vage klachten, zoals moeheid, lage rugpijn of buikpijn, zijn over het algemeen moeilijk te interpreteren klachten; ze verwijzen niet duidelijk naar een bepaald ziektebeeld.

Van de huisarts wordt primair verwacht dat hij onderscheid maakt tussen mogelijke symptomen van een ernstige aandoening en niet-ernstige problematiek. Daarnaast moet hij kunnen beoor-

delen of de voordelen van een bepaald beleid zullen opwegen tegen de eventuele nadelen. Over de wijze waarop hij dat moet doen, bestaat echter veel minder eenstemmigheid en bijgevolg zijn op dit gebied grote verschillen in gedrag mogelijk.

Om deze verschillen te kunnen meten, zijn op het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht twee meetinstrumenten ontwikkeld:

- een aantal schriftelijke simulatieconsulten;
- een procedure om de kwaliteit van de hulpverlening tijdens deze consulten te meten (geeft de huisarts voldoende aandacht aan de relevante lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht; is er kans op onnodige schade ten gevolge van het gevoerde beleid?).

In dit artikel beschrijven wij de ervaringen en het gedrag van negentien huisartsen bij deze simulatieconsulten en de daaropvolgende beoordelingsprocedure. Na een betrouwbaarheidsanalyse van de beoordelingen wordt ingegaan op de samenhang tussen beide aspecten en de stabiliteit in het gedrag bij de verschillende patiënten. Voorts wordt het gedrag tijdens de simulatieconsulten vergeleken met het feitelijke gedrag van de negentien deelnemers. Daartoe wordt nagegaan, in hoeverre huisartsen die in de praktijk weinig c.q. veel kans op onnodige schade introduceren, dit eveneens doen bij de simulatieconsulten.

Methoden

De onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit negentien huisartsen (zowel solisten als 'samenwerkers') uit het midden en oosten van het land. Alle deelnemers waren per 31 december 1978 minimaal vijf jaar gevestigd en geen van hen was op dat moment ouder dan 60 jaar. Slechts één deelnemer was (als huisartsopleider) betrokken bij de opleiding.

De simulatieconsulten

Er waren zeven simulatieconsulten, één

met een instructiepatiënt met sinusitis, vijf met patiënten met vage klachten en één met een patiënt met een duidelijk herkenbare, ernstige lichamelijke problematiek (acute appendicitis) (*kader* op p. 66). Deze laatste patiënt diende als test om na te gaan of de huisartsen problemen die zij in de praktijk vrijwel zeker zullen herkennen, ook herkennen in een simulatieconsult.

Alle patiënten werden gepresenteerd als nieuwe of vrijwel nieuwe patiënten, met een klacht waarbij de huisarts nog niet eerder betrokken was geweest, zodat hij vrijwel blanco aan het consult begon. Echte patiënten zijn hierbij als inspiratiebron gebruikt.

Het afnemen van de anamnese en het doen van onderzoek geschiedt bij deze methode door het kiezen van opties, die geformuleerd zijn als vragen. Deze vragen worden gepresenteerd in de vorm van een 'menukaart'. Via 'doorvraagbrieven' kan zeer gedetailleerde informatie worden opgezocht in een multimap (ongeveer 1.000 vragen en antwoorden per patiënt). Dit is noodzakelijk, omdat huisartsen zeer uiteenlopende diagnostische procedures hanteren. Daarnaast schenken zij ook aandacht aan de beleving van de klachten door de patiënt en het psychosociale en intrapsychische functioneren.

De huisarts kan op elk gewenst moment het consult afbreken en een 'beleid' formuleren door met een cassette-recorder op te nemen wat hij in de praktijk tegen de patiënt zou zeggen. Hij kan ook een verwijsbrief of een recept schrijven en hij kan laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's aanvragen.

Na de consulten vond een gericht interview met de huisartsen plaats om inzicht te krijgen in hun ervaringen bij de simulatie. Tijdens dit interview werden de 'afsluitingen' van de consulten beluisterd om de gevoelens, ervaringen en gedachten zo goed mogelijk in de herinnering te roepen.^{2,4} Daarna werd de huisarts gevraagd of hij in de praktijk een consult op dezelfde wijze afsloot als in de simulatie. Deze interviews zijn op geluidscassette opgenomen en naderhand gecodeerd.

Tenslotte ontvingen de huisartsen voor het begin van het tweede consult feedback op alle elementen van hun beleid.

De beoordeling

Drie huisarts-stafleden hebben onafhankelijk van elkaar de diagnostiek en het beleid van de negentien huisartsen beoordeeld met betrekking tot hun aan-

* Mevrouw drs. M. M. Kuyvenhoven, drs. H. M. Jacobs en mevrouw dr. F. W. M. M. Touw-Otten zijn allen socioloog en werkzaam bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht; mevrouw Touw-Otten is tevens hoofd van de sectie wetenschappelijk onderzoek. Prof. dr. J. C. van Es is hoofdredacteur van *Medisch Contact* en hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; ten tijde van het onderzoek was hij hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

De titel van het onderzoeksverslag luidt: *Hulpverlening door de huisarts bij vage klachten* [UHI-form 2.1, 2.2 en 2.3]. Utrecht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1980, 1981. De drie delen zijn voor f 10,- te bestellen bij het instituut (Bijlhouwerstraat 6, 3511 LD Utrecht; telefoon 030-31 38 02). Eerder werd over dit onderzoek gepubliceerd in *Family Practice*.¹

Het onderzoek is tot stand gekomen met subsidie nr. 78-479 van het Praeventiefonds.

dacht voor lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht. Ze hebben hun oordeel gegeven op een vijfpuntschaal die loopt van 'volstrekt onvoldoende' tot 'zeer goed'.

Vijftien huisartsen (zeven stafleden van huisartseninstituten en acht actieve NHG-ers) hebben onafhankelijk van elkaar de kans op onnodige schade van het beleid beoordeeld, eveneens op een vijfpuntschaal ('geen kans op onnodige schade' tot 'een zeer grote kans op onnodige schade'). Inhoudelijk komt dit begrip nauw overeen met het begrip 'somatische fixatie'.⁵

Betrouwbaarheidsanalyse

Om de betrouwbaarheid van de twee beoordelingsprocedures vast te stellen, is met behulp van variantie-analyse nagegaan in welke mate verschillen tussen de toegekende scores moesten worden toegeschreven aan expert- of patiëntgebonden verschillen, dan wel aan verschillen tussen de negentien huisartsen. Hierbij is de intra-class correlatiecoëfficiënt als betrouwbaarheidsmaat gebruikt.⁴ Tevens is nagegaan of er een samenhang tussen de beide aspecten in het gedrag bestond, en of de huisartsen stabiel waren in hun gedrag bij verschillende patiënten met vage klachten.

Simulatie en werkelijkheid

Om het gedrag in de simulatie en in de werkelijkheid te kunnen vergelijken, is gebruik gemaakt van de volgende voorschrijf- en verwijsggegevens:

- de hoeveelheid per ziekenfondsverzekerde voorgeschreven geneesmiddelen in de volgende drie groepen: analgetica + antirheumatica, hypnotica/sedativa + tranquillizers, en neuroleptica + antidepressiva;
- de hoeveelheid verwijzingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden naar interne specialismen (interne geneeskunde, cardiologie, maag-, darm- en stofwisselingsziekten, longziekten, reumatologie).

Huisartsen die *weinig* voorschrijven in deze drie groepen geneesmiddelen en *weinig* verwijzen naar interne specialismen, nemen minder vaak therapeutische beslissingen met een kans op onnodige schade dan huisartsen die *veel* voorschrijven en *veel* verwijzen (*bijlagen*). Daarom wordt verondersteld dat huisartsen die *weinig* voorschrijven en *weinig* verwijzen, minder kans op onnodige schade introduceren dan huisartsen die *veel* voorschrijven en *veel* verwijzen.

Nagegaan is of er een sterke samenhang bestaat tussen de voorschrijf- en verwijsggegevens enerzijds en de scores

voor de kans op onnodige schade in de simulatie anderzijds. Hierbij wordt gebruik gemaakt van Kendall's *coefficient of concordance* (W); deze maat brengt de samenhang tussen meer dan twee ordeningen tot uitdrukking.⁶ Tevens wordt nagegaan of deze samenhang ongeveer even sterk is als de per definitie sterke samenhang tussen de voorschrijven en verwijsggegevens bij de *consistente* huisartsen (*kader op deze pagina*).

Huisartsen die weinig voorschrijven en veel verwijzen en vice versa, de *alternerende* huisartsen, blijven buiten de vergelijking, evenals de *inconsistente* huisartsen, bij wie immers geen eenduidig te interpreteren relatie tussen voorschrijf- en verwijsggedrag bestaat.

De negentien huisartsen die met de simulatie gewerkt hebben, praktiseren in vier gemeenten. De gegevens van één gemeente bleken echter onbruikbaar, zodat de gegevens van de drie huisartsen uit deze gemeente in de vergelijking tussen simulatie en werkelijkheid niet worden gebruikt.

Resultaten

De verbatim protocollen van de hulpverlening van de negentien huisartsen

wekten bij de ervaren huisartsen-beoordelaars een zeer realistische indruk.

De deelnemers zelf herkenden in de simulatie een groot aantal gevoelens die zij in de praktijk ervaren, zoals gevoelens van onzekerheid bij de interpretatie van bevindingen. Ze vormden zich veelal een levendig beeld van de simulatiepatiënten. Desalniettemin misten ze de fysionomie van de echte patiënt en het non-verbale contact. Het is even wennen aan schriftelijke patiënten.

Bij de testpatiënt werd door alle huisartsen de diagnose 'acute buik' of 'acute appendicitis' gesteld. Allen verwezen de patiënt naar de chirurg. In de wijze waarop het consult werd afgesloten, kwamen verschillen tussen de huisartsen tot uitdrukking; zo bestelde de één een ambulance en liet een ander de patiënt naar huis gaan om zich per taxi naar het ziekenhuis te laten vervoeren.

Bij elk van de vijf patiënten met vage klachten hanteerden de huisartsen verschillende diagnostische en therapeutische procedures: soms werd een uitgebreide anamnese afgenomen, soms een beperkte; soms werd veel aandacht gegeven aan de wijze waarop de patiënt de klacht beleefde of aan het psychosociaal functioneren van de patiënt, en soms

De zeven simulatiepatiënten

- Man, 28 jaar, ongehuwd, geen kinderen, hoofdpijnklaften sinds een week (instructiepatiënt: patiënt met een sinusitisachtig beeld).
- Mevrouw A, 28 jaar, één kind, buikpijnklaften sinds een dag of tien.
- Mevrouw B, 36 jaar, gehuwd, drie kinderen, rugklachten sinds twee weken met uitstraling naar rechter kuit en voet sinds twee dagen.
- Man, 32 jaar, gehuwd, twee kinderen, ernstige buikpijn sinds enkele uren (testpatiënt: patiënt met een acute appendicitis).

- Mevrouw C, 27 jaar, ongehuwd, geen kinderen, sinds een maand malaise-achtige klachten, waarvan ze in het verleden vaker last heeft gehad. Op zevenjarige leeftijd nefrectomie links.
- D, man, 30 jaar, gehuwd, geen kinderen, sinds anderhalve maand pijn in rechter elleboog ter hoogte van epidondylus lateralis.
- Mevrouw E, 41 jaar, sinds een half jaar gescheiden, drie kinderen, sinds een week of vijf last van moeheid, buikpijn en onregelmatig vaginaal bloedverlies.

Definities

- *Consistente* huisartsen zijn huisartsen die weinig voorschrijven in de drie groepen geneesmiddelen en weinig verwijzen naar interne specialismen, én huisartsen die veel voorschrijven en veel verwijzen. De eersten worden 'consistent sobere', en laatsten 'consistent royale' huisartsen genoemd. Bij deze huisartsen bestaat (per definitie) een sterke positieve samenhang tussen de voorschrijf- en verwijsggegevens.
- *Alternerende* huisartsen zijn huisartsen die veel voorschrijven in de drie geneesmiddelen groepen en weinig verwijzen naar interne specialismen, én

huisartsen voor wie het omgekeerde geldt. Het is mogelijk, dat er bij deze huisartsen een dusdanige wisselwerking tussen voorschrijven en verwijzen bestaat, dat deze gedragsaspecten een alternatief voor elkaar vormen.

- *Inconsistente* huisartsen zijn huisartsen die veel voorschrijven in één geneesmiddelen groep, middelmatig in een tweede en weinig in een derde. Deze huisartsen hebben geen eenduidig te interpreteren relatie tussen hun voorschrijf- en verwijsggegevens.

Zie verder *bijlage 2*.

weinig. De verschillen in therapeutische procedures betroffen onder meer verschillen in medicatie, verwijzen en terugbestellen.

De huisartsen hadden de indruk dat anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek in de simulatieconsulten soms uitgebreider waren dan in werkelijkheid het geval zou zijn: de grote hoeveelheid beschikbare vragen stuurt de arts om meer vragen te stellen (het 'cueing-probleem'). Voor zover de deelnemers meer vragen op lichamelijk gebied stelden, hadden die betrekking op één bepaald aspect van de klacht; het ging dus niet om het uitzoeken of napluizen van verschillende aspecten. Door meer vragen te stellen, zocht men een steviger basis voor een diagnose die er al was.

Daarnaast hadden de huisartsen de indruk dat ze op psychosociaal gebied meer vragen stelden dan gewoonlijk. Naast de beschikbaarheid van veel vra-

gen op dit gebied, gaf de relatief geringe tijdsdruk daartoe ruime mogelijkheden. Hierbij kan een neiging tot het tentoonspreiden van wenselijk gedrag een rol hebben gespeeld: sommige artsen vermoedden dat het onderzoek zich richtte op de psychosociale aspecten van de hulpverlening.

Bij het afsluiten van het consult speelde het cueing-probleem geen rol, doordat de huisartsen volledig vrij waren op elk gewenst moment het consult af te sluiten, zonder dat daarvoor beleidsalternatieven werden geboden. De huisartsen ervoeren dit als een prettige werkwijze; ze herkenden zichzelf goed in de aldus vastgelegde therapeutische procedures. Uit hun antwoorden blijkt voorts dat hun therapeutische procedures sterk overeenkwamen met wat ze in de praktijk doen.

De voor het tweede consult gegeven feedback voldeed goed. Het feit dat de informatie-pool in het tweede consult

identiek was, werd echter door sommigen als storend ervaren. Een huisarts staakte in twee gevallen het tweede consult, omdat hij alleen explorerend diagnostisch te werk kan gaan en niet psychotherapeutisch.

De beoordeling

De betrouwbaarheid van de beide beoordelingsprocedures is hoog ($r = .83$ respectievelijk $.89$).

Als naar de afzonderlijke patiënten wordt gekeken, ontstaat een meer gedifferentieerd beeld. De beoordelingsprocedures leveren bij de patiënten A, B en C over beide aspecten van het gedrag betrouwbare scores op ($.80 < r < .91$). Bij patiënt D wordt slechts een zeer geringe differentiatie onderkend met betrekking tot het aandacht geven aan lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht. Hierdoor en door het geringe aantal experts wordt de invloed van toevallige meetfouten bij de scores voor deze patiënt tamelijk groot. Bij patiënt E is de betrouwbaarheid van de scores voor de kans op onnodige schade laag; vermoedelijk zijn de experts het oneens over de ernst van de klachten.

De analyse is verder beperkt tot de patiënten A, B en C.

De huisartsen blijken bij deze drie patiënten verschillend te handelen.⁷ Een illustratie daarvan biedt het gedrag van de huisartsen 4 en 12 bij patiënt A (zie pp. 68 en 69).

Bij twee patiënten is er een samenhang tussen de twee onderzochte aspecten van de hulpverlening: de huisartsen die voldoende aandacht besteden aan de lichamelijke aspecten van de klachten, induceren minder kans op onnodige schade dan de huisartsen die onvoldoende aandacht besteden aan de lichamelijke aspecten van de klacht (Kendall's tau respectievelijk $-.26$ en $-.25$). Bij de derde patiënten bestaat geen samenhang (Kandall's tau $-.04$).

De huisartsen zijn relatief stabiel in hun aandacht voor de lichamelijke aspecten van klachten. Bij de drie patiënten is de *inter*-individuele variabiliteit veel groter dan de *intra*-individuele variabiliteit (de mate waarin de – voldoende of onvoldoende – aandacht voor de lichamelijke aspecten bij één patiënt indicatief is voor het gedrag bij volgende patiënten). Wat betreft de kans op onnodige schade is de *inter*-individuele variabiliteit ongeveer gelijk aan de *intra*-individuele variabiliteit; hier is de stabiliteit in gedrag dus geringer dan bij de aandacht voor lichamelijke aspecten (tabel 1).

Tabel 1. De geschatte proportie verklaarde variantie in het gedrag van de 19 huisartsen bij de patiënten A, B en C.

	Aandacht voor lichamelijke aspecten	Kans op onnodige schade
Inter-individuele variabiliteit (W^2 y/p)	.47	.18
Intra-individuele variabiliteit (W^2 y(c x p) (W^2 y/c)	.15 } .03 } .18	.15 } .02 } .17

y = expertscore; c = casus; p = huisarts.

Tabel 2. De samenhang (Pearson produkt-moment-correlatiecoëfficiënt) tussen het voorschrijfgedrag^a in 1977 en 1978, en het verwijsgedrag^b in 1977 en 1978.

	Plaats A (n = 59)	Plaats B (n = 24)	Plaats C ^c (n = 12)
Analgetica + antirheumatica	.89	.87	
Hypnotica/sedativa + tranquillizers	.90	.95	
Neuroleptica + antidepressiva	.71	.91	
Verwijzingen	.87	.67	.94

^a De per ziekenfondsverzekerde hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen (drie groepen). ^b Het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfondsverzekerden naar interne specialismen. ^c Voorschrijfgegevens over 1977 ontbreken. Alle correlaties zijn significant bij $\alpha \leq .05$.

Tabel 3. De rangcorrelaties (Spearman rangcorrelatiecoëfficiënt) tussen de scores voor 'kans op onnodige schade' en het voorschrijf- en verwijsgedrag^{a b} van consistente en alternerende huisartsen.

	Consistent (n = 9)	Alternerend (n = 6)	Beide (= 15)
Analgetica + antirheumatica	.43	— .07	.11
Hypnotica/sedativa + tranquillizers	.52	— .28	.09
Neuroleptica + antidepressiva	.27	— .55	— .17
Verwijzingen	.57	.27	.39

^{a b} zie tabel 2.

De intra-individuele variabiliteit bestaat bij beide aspecten grotendeels uit een interactie-effect tussen huisarts en patiënt. Het casus-gebonden effect is gering.

De samenhang met het gedrag in werkelijkheid

Uit een analyse van de samenhang tussen de voorschrijf- en verwijsgegevens in 1977 en 1978 van alle huisartsen in de drie onderzochte gemeenten blijkt dat het om stabiele aspecten van de hulpverlening gaat (tabel 2). De meeste huisartsen (54 procent) zijn *consistente* huisartsen, de *alternerende* huisartsen vormen een minder grote groep (34 procent) en er zijn weinig *inconsistente* huisartsen (12 procent). Er zijn geen aanwijzingen, dat het veel of weinig voorschrijven in de drie groepen geneesmiddelen samenhangt met 'het aantal ziekenfondsverzekerden' of 'het al dan niet werkzaam zijn in samenwerkingsverband'. Dit is evenmin het geval bij de verwijzingen naar interne specialismen.

Negen van de zestien proefpersonen zijn *consistente* huisartsen, zes zijn *alternerend*, terwijl er één *inconsistent* is. De verhouding tussen deze drie typen huisartsen in de onderzoeksgroep komt overeen met de verhouding in de drie betreffende gemeenten (bijlagen 1 en 2). In de onderzoeksgroep zijn de *consistent royale* huisartsen enigszins onder- en de *consistent sobere* huisartsen enigszins oververtegenwoordigd. Dit heeft geen consequenties voor de vergelijking tussen het gedrag in de werkelijkheid en in de simulatie, omdat de samenhang wordt uitgedrukt in een rangcorrelatiemaat.

Bij de negen *consistente* huisartsen bestaat er een sterke samenhang tussen de scores voor 'de kans op onnodige schade' en de voorschrijf- en verwijsgegevens (.62). Die samenhang is ongeveer even sterk als de samenhang tussen de voorschrijf- en verwijsgegevens (.69). Uit de afzonderlijke rangcorrelaties (tabel 3) blijkt dat deze samenhang gebaseerd is op positieve samenhangen tussen de afzonderlijke gegevens en de scores voor 'de kans op onnodige schade'. Dit betekent dat de huisartsen die in werkelijkheid weinig (c.q. veel) analgetica + antirheumatica, hypnotica/sedativa + tranquillizers, en neuroleptica + antidepressiva voorschrijven én weinig (c.q. veel) verwijzen naar interne specialismen, inderdaad in de simulatie vaak weinig (c.q. veel) kans op onnodige schade induceren.

Uit deze bevindingen wordt geconcludeerd, dat de beide metingen – het

gedrag in de simulatie en de voorschrijf- en verwijsgegevens – op een gemeenschappelijke noemer in de hulpverlening wijzen, en dat deze gemeenschappelijke noemer het induceren van een kans op onnodige schade betreft.

Beschouwing

Inhoudsvaliditeit

Simulatie ten behoeve van onderzoek is een aantrekkelijke methode, omdat het feitelijke verloop van een klacht in twee

Het handelen van twee huisartsen tijdens het eerste consult van patiënt A

Huisarts 4	Huisarts 12
Anamnese	
Vragen met betrekking tot de aard van de klacht, tractus digestivus, urinewegen, genitaal apparaat, menstruatie, gezichtsvermogen en historie klacht.	Vragen met betrekking tot de aard van de pijn, tractus digestivus, mictie en andere klachten.
Lichamelijk onderzoek	
Inspectie, auscultatie, percussie, palpatie van de buik; slagpijn in nierloge, 'hoesten', rectaal toucher, vaginaal toucher en speculum onderzoek, loslaat-pijn.	Inspectie en palpatie van de buik, loslaat-pijn en 'hoesten'.
Laboratoriumonderzoek	
Bloedbezinking, leukocytenaantal; urine; sediment.	Urine; sediment; bloed in faeces.
Klachtbeleving	
Vragen zoals 'bang voor iets ernstigs?', 'wat denkt u er zelf van?'	'Piekert u over uw buik?'
Context klacht en psychosociaal functioneren	
Vragen naar samenhang van de klacht met angst, vrijen, verhuizing, vakanties, weekend; wat haar man ervan vindt; relatie met echtgenoot, down zijn.	
Therapeutische procedures	
Hij legt uit dat haar buikpijn veroorzaakt wordt door krampstoestanden van de dikke darm en dat er niets acuuts aan de hand is. Hij geeft voorlopig voor tien dagen poeders om 'die krampstoestanden minder te maken' (recept: extr. belladonnae 0,010 en Papaverine HCL 0,030, 30 poeders 3 dd 1 na het eten). Hij adviseert haar haar temperatuur in de gaten te houden. Als die oploopt moet ze eerder terugkomen. Hij zegt over tien dagen met haar verder te willen praten. Hij vermoedt namelijk dat de verandering van omgeving, de verhuizing en alles toch iets te maken zou hebben met het feit, dat ze weer last van haar buik heeft gekregen.	De huisarts vertelt de patiënte, dat er mogelijk sprake is van een chronische prikkeling van de blinde darm. Hij schrijft haar een recept voor (zonder verdere uitleg). Als daarmee de pijn verdwijnt, hoeft ze zich verder niet ongerust te maken. Anders moet ze terugkomen (recept: Papaverine HCL 0,030 3 dd 1).

Huisarts 4 gaat bij patiënt A na of er gynaecologische, mictie- of intestinale problemen zijn. Hij vraagt haar of ze bang is voor iets ernstigs en wat ze zelf denkt dat er aan de hand is (klachtbeleving). Tevens gaat hij na of er samenhang bestaat tussen haar klacht en haar psychosociaal functioneren. In het tweede consult legt hij de patiënte uit wat haar mankeert, schrijft haar spasmolytica voor en maakt duidelijke afspraken.

Huisarts 12 schenkt in zijn anamnese

en onderzoek aandacht aan problemen van tractus digestivus en mictie. Hij legt de patiënt uit, dat ze last heeft van een chronische prikkeling van de blinde darm en schrijft haar een spasmolyticum voor. In het tweede consult legt hij andere accenten. Hij stelt enige vragen over het verloop van de klacht en besteedt veel aandacht aan haar intrapsychisch functioneren. Bij de afsluiting zegt hij haar wat somber en lusteloos te vinden en schrijft een neurolepticum voor.

of meer consulten in een kortere tijdsperiode 'getelescopeerd' kan worden. Bovendien is de meting bij simulatie gestandaardiseerd, doordat de proefpersonen met identieke patiënten worden geconfronteerd.

Acteurssimulatie, waarbij de 'patiënt' door een acteur/actrice wordt gespeeld,

wordt door artsen en onderzoekers als meer levensecht ervaren dan geschreven simulaties.⁸⁻¹⁰ In het medisch onderwijs speelt deze methode dan ook een grote rol; niet alleen diagnostische en therapeutische vaardigheden, maar ook communicatieve vaardigheden komen in acteurssimulaties tot hun recht.¹¹⁻¹³

Het handelen van twee huisartsen tijdens het tweede consult van patiënt A

Huisarts 4	Huisarts 12
Anamnese	
Vragen met betrekking tot het verloop van de pijn, defecatiepatroon, eetgewoonten, urinewegen, genitaal apparaat.	Vragen met betrekking tot het verloop van de klacht, mictie en of de tijd tussen de menstruaties is veranderd.
Lichamelijk onderzoek	
Inspectie, auscultatie, percussie en palpatie van de buik.	Palpatie van de buik.
Laboratoriumonderzoek	
Klachtbeleving	
	'Piekt u vaak over uw buikpijn', 'wordt de pijn erger bij piekeren?'
Context en psychosociaal functioneren	
Ongeveer dezelfde vragen als in het eerste consult.	Vragen met betrekking tot het hebben van problemen, down, neerslachtig, lusteloos zijn, huilbuien.
Therapeutische procedures	
Hij legt uit dat het een bekend feit is, dat deze klachten samenhangen met nervositeit en spanningen. Tijdens het consult is gebleken dat zij weleens wat down en lusteloos is. Het zou goed zijn als haar geestelijke spanningen zouden verminderen, dan zou haar pijn waarschijnlijk ook verminderen. Hij benadrukt dat het een lastige maar onschuldige aandoening is. Hij geeft haar een dieet (omdat dit de laatste tijd wordt aangeraden) en pillen die specifiek op de dikke darm werken dan de poeders van de vorige keer. Hij vraagt haar over drie weken terug te komen om te kijken hoe of het gaat. Hij geeft aan kalmerende tabletten niet nodig te vinden en bij voortduren eventueel een internist in te willen schakelen (<i>recept</i> : Duspatal 60 dragees 3 dd 1 vóór het eten en een cellulose verrijkt dieet).	Hij zegt dat hem de buik toch eigenlijk wel erg meevalt, omdat de pijn er niet altijd is en omdat het bloedonderzoek geen afwijking vertoonde. Hij merkt op dat ze wel wat lusteloos en somber is. Om haar stemming te stabiliseren geeft hij haar pilletjes (naast de oude pilletjes om de darmen rustig te houden). Hij geeft daarbij geen verdere uitleg dan wat betreft het aantal dat ze per dag moet slikken. Hij raadt haar aan als de pijn niet verdwijnt terug te komen (<i>recept</i> : Orap 10 tabl. 1 dd 1; Papaverine HCL 0,030 3 dd 1).

Huisarts 4 besteedt ruim voldoende aandacht aan de lichamelijke aspecten van de klacht, terwijl huisarts 12 dit onvoldoende doet. De kans op onnodige schade voor de patiënt wordt bovendien groot geacht; het voorschrijven van een neurolepticum voor de duur van tien dagen bij een dergelijke patiënt met vage lusteloosheidsklachten is niet geïndiceerd.

Ook bij huisarts 4 vinden de experts dat er kans op onnodige schade voor de patiënt is. Deze kans achten zij echter

kleiner dan bij huisarts 12. Mogelijk speelt de overweging van huisarts 4 om de patiënt eventueel te verwijzen naar een internist, een rol bij het oordeel van de experts over de kans op onnodige schade. Het feit dat de beoordeling van huisartsen die patiënten verwezen hebben, hoger uitvalt dan de beoordeling van huisartsen die dat niet deden, vormt hiervoor een aanwijzing; de experts achten de kans op onnodige schade van het beleid van een huisarts groter als de patiënten worden verwezen.

Het effect van de interactie tussen acteur en arts is echter niet volledig te controleren; daarom is in dit geval gekozen voor een geschreven simulatie om een zo zuiver mogelijk beeld van de diagnostische en therapeutische procedures van huisartsen te krijgen. De consequentie hiervan was, dat de communicatieve aspecten in de arts-patiënt relatie niet onderzocht konden worden.

In de hier beschreven simulatie is de arts volledig vrij te switchen tussen de rubrieken en vragen, terwijl hij het consult kan beëindigen op een wijze die sterk overeenkomt met de praktijksituatie; het cueing-probleem in de diagnostische en therapeutische procedures wordt daardoor sterk gereduceerd.^{8 14} De realiteitswaarde van ons instrument is dan ook aanzienlijk groter dan die van de Patient Management Problems (PMP's) en de Interactieve Patiënten Simulatie van *Gerritsma en Smal*.¹⁵

De proefpersonen stellen, volgens hun eigen zeggen, tijdens de simulatieconsulten meer vragen en doen meer diagnostisch onderzoek dan ze gewend zijn. Dit is een bekend probleem van simulaties.¹⁶ Meer vragen betekent meestal meer vragen met betrekking tot één aspect van de klacht: men toetst niet twee of meer verschillende hypothesen, maar probeert een steviger basis te vinden voor de diagnose die men al heeft. Verder is er een vertekening van de wijze waarop de proefpersonen aandacht geven aan psychosociale aspecten van de klachten: er is een neiging hieraan meer aandacht te besteden dan in de werkelijkheid. Het beleid dat de huisarts aan het eind van elk consult formuleert, benadert tenslotte sterk de realiteit.

Samenvattend kan op grond van de ervaringen van de proefpersonen worden geconcludeerd, dat de toegepaste simulatie een goed beeld geeft van de wijze waarop huisartsen te werk gaan bij patiënten met vage klachten.

De beide kwaliteitsaspecten

Zowel het geven van aandacht aan de relevante aspecten van de klachten als het induceren van een kans op onnodige schade blijken relatief stabiele gedragsaspecten. Dit is in tegenstelling tot de bevindingen uit Amerikaans onderzoek, waarbij echter uiteenlopende problemen zijn opgenomen.^{10 17 18} De door ons gevonden stabiliteit heeft dan ook vermoedelijk te maken met het feit dat de simulatieconsulten slechts betrekking hadden op patiënten met vage klachten. Een aanwijzing hiervoor is de bevinding dat de intra-individuele varia-

biliteit in het gedrag van de huisartsen slechts voor een zeer klein deel samenhangt met verschillen in patiënt-problematiek; het merendeel berust op persoonsgebonden factoren.

Wij concluderen dan ook dat de toegepaste simulatie een algemene indruk geeft van de therapeutische en diagnostische procedures van de proefpersonen bij patiënten met vage klachten. De geselecteerde voorschrijf- en verwijsgegevens wijzen op stabiel gedrag: als een huisarts bijvoorbeeld in 1977 veel analgetica + antirheumatica voorschrijft, doet hij dit in 1978 vrijwel zeker ook. Dit is in overeenstemming met de uitkomsten van eerdere analyses bij kleinere aantallen huisartsen.^{19 20}

Er bestaat een samenhang tussen de beide kwaliteitsaspecten bij twee van de drie patiënten. Een soortgelijke samenhang tussen kwaliteitsaspecten is ook door andere onderzoekers gevonden. Zo vonden *Smits e.a.* een samenhang tussen 'het vermijden van overbodige handelingen' en 'het verrichten van noodzakelijke handelingen'. Deze aspecten maken deel uit van een gedragspatroon waartoe ook 'psychosociale aandacht', 'aandacht voor de inbreng van de patiënt' en 'het expliciteren van het eigen handelen' behoren.²¹ *Van Sta-veren* constateerde een samenhang tussen persoonsgericht gedrag en geneeskundig gericht gedrag of wel 'het schouderklopje komt niet in plaats van, maar naast het hanteren van de stethoscoop'.²² En ook in het monitoringproject zijn enkele zinvolle samenhangen tussen aantallen contacten en problemen en diagnostische en therapeutische verrichtingen naar voren gekomen.²³

Begripsvaliditeit

De conclusie dat het ontwikkelde meetinstrument betrouwbaar en valide discrimineert tussen huisartsen die relatief veel, en huisartsen die relatief weinig kans op onnodige schade induceren, wordt met enige voorzichtigheid gepresenteerd, omdat onze bevindingen slechts betrekking hebben op een gering aantal huisartsen. De samenhang tussen de geselecteerde voorschrijf- en verwijsgegevens en de scores voor de kans op onnodige schade in de simulatie betekent dat relevante verschillen in de werkelijkheid zich ook in de simulatie voordoen. Met andere woorden: is sprake van partiële isomorfie met de werkelijkheid met betrekking tot een relevant onderdeel in de simulatie. Deze bevinding vormt een bijdrage aan de begripsvaliditeit van het ontwikkelde meetinstrument.

Een belangrijke ondersteuning voor de begripsvaliditeit vormen de bevindingen van *Mokkink*. Diens analyse van voorschrijf- en verwijsgegevens ondersteunt de waarde van de door ons geselecteerde voorschrijf- en verwijsindicatoren; deze indicatoren blijken groten-deels overeen te komen met de door *Mokkink* beschreven dimensies in het verwijsgedrag en het voorschrijfgedrag, met name ten aanzien van specifieke geneesmiddelen.¹⁹

Daarnaast constateert *Mokkink* een samenhang tussen voorschrijf- en verwijsgedrag en een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze.²⁴ Deze samenhang komt inhoudelijk overeen met de door ons geconstateerde samenhang tussen de geselecteerde voorschrijf- en verwijsindicatoren en de kans op onnodige schade.

Bijlage 1. De kwartielplaatsen van de 16 huisartsen met betrekking tot het voorschrijf- en verwijsgedrag in hun regio's.

	Kwartiel-plaatsen	Plaats A (n = 49)	Plaats B (n = 24)	Plaats C (n = 12)	Totaal
Analgetica + antirheumatica	1	2	—	1	3
	2	3	3	1	7
	3	1	3	1	5
	4	1	—	—	1
Hypnotica/ sedativa + tranquillizers	1	—	2	1	3
	2	3	3	1	7
	3	2	—	1	3
	4	2	1	—	3
Neuroleptica antidepressiva	1	1	—	1	2
	2	2	2	1	5
	3	2	3	1	6
	4	2	1	—	3
Verwijzingen	1	3	3	2	8
	2	2	1	—	3
	3	—	1	—	1
	4	2	1	1	4

Bijlage 2. De indeling van de 16 proefpersonen en de huisartsen in de betreffende regio's naar consistentie van het voorschrijf- en verwijsgedrag. Percentages.

	Proefpersonen (n = 16)		Alle huisartsen (n = 95)	
Consistent sober	44	} 56	26	} 52
Consistent royaal	12		26	
Alternerend (voorschrijven +/verwijzen -)	19	} 38	17	} 33
Alternerend (voorschrijven -/verwijzen +)	19		16	
Inconsistent	6		15	

Consistent voorschrijven is als volgt gedefinieerd: de hoeveelheid per ziekenfondsverzekerde voorgeschreven geneesmiddelen bevindt zich voor minstens twee groepen in hetzelfde kwartiel. *Weinig* voorschrijven/verwijzen is als volgt gedefinieerd: de hoeveelheid per ziekenfondsverzekerde voorgeschreven geneesmiddelen c.q. verwijzingen bevindt zich in het eerste of tweede kwartiel; bevindt deze hoeveelheid zich in het derde of vierde kwartiel, dan wordt gesproken van *veel* voorschrijven/verwijzen.

Tot slot

Tot slot enige opmerkingen over de plaats van de door ons ontwikkelde meetprocedure ten opzichte van de kwaliteitsmetingen die aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut zijn ontwikkeld in het kader van het project Huisarts en Somatische Fixatie.^{5 12 21 25}

De Nijmeegse meetprocedure is gebaseerd op vier 'basisvaardigheden': gericht en systematisch werken, hanteren van de arts-patiënt relatie, adequaat somatisch handelen en adequaat psychosociaal handelen. Deze basisvaardigheden zijn geoperationaliseerd als:

- aandacht voor de inbreng van de patiënt;
- expliciteren van het eigen handelen;
- vermijden van onvoldoende medische zorg;

- vermijden van overbodige medische zorg;
- aandacht voor psychosociale aspecten.

Dit is een ruimer domein dan de twee hier beschreven aspecten – 'voldoende aandacht voor de lichamelijke aspecten' en 'kans op onnodige schade?' – die vergelijkbaar zijn met 'vermijden van onvoldoende medische zorg' en 'vermijden van overbodige medische zorg'. Twee andere aspecten – 'aandacht voor klachtbeleving' en 'aandacht voor psychosociale aspecten' – hebben wij wegens betrouwbaarheidsproblemen in de meetprocedure buiten beschouwing gelaten.²⁶ Deze problemen zijn inmiddels opgelost en de twee andere aspecten zullen in toekomstig onderzoek worden betrokken. Communicatieve vaardigheden tenslotte zijn met de hier beschreven simulatie niet te meten.

De betrouwbaarheid van de beoordelingen van 'vermijden van onvoldoende medische zorg' en 'vermijden van overbodige medische zorg' is hoog, net als de betrouwbaarheid van de twee door ons beschreven beoordelingen. De betrouwbaarheid van de drie niet-medische aspecten is laag tot matig,²⁵ maar dit probleem is op te lossen door met 10 à 15 contacten per huisarts te werken of vergelijkingen tussen groepen huisartsen te trekken.

Onafhankelijk van elkaar hebben de Nijmeegse onderzoekers en wij vastgesteld, dat er een samenhang bestaat tussen enerzijds de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen in enkele geneesmiddelen groepen c.q. de hoeveelheid verwijzingen naar enkele specialisten en anderzijds preventie van somatische fixatie/voorkomen van kans op onnodige schade. Deze overeenstemming vormt een belangrijke pijler voor de begripsvaliditeit van de ontwikkelde meetinstrumenten.

Dankbetuiging

Onze dank gaat uit naar alle huisartsen die aan dit project hebben meegewerkt, met name drs. M. M. van Nunen, de negentien proefpersonen en de beoordelaars. Verder zijn we dr. J. G. M. Gerritsma en dr. J. A. Smal erkentelijk voor hun methodologische adviezen bij de constructie van de simulatie. D. J. C. Maatsch, director of the Office of Medical Education Research and Development, Michigan State University, danken we voor de bijdrage die hij heeft geleverd aan de opzet van de beide beoordelingsprocedures, en drs. J. Dessens, socioloog (Rijksuniversiteit Utrecht) voor zijn statistische adviezen met betrekking tot de variantiecomponenten-analyse.

Tenslotte gaat onze dank uit naar de betrokken ziekenfondsen voor hun voorschrijf- en verwijzingsgegevens, naar mevrouw E. M. A. van Hijfte (destijds doctoraal studente farmacie) en dr. J. Ph. L. Koperberg, beiden voormalige medewerkers, en naar prof. dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde (Rijksuniversiteit Utrecht), voor hun medewerking aan de analyse van de voorschrijf- en verwijzingsgegevens.

- Kuyvenhoven MM, Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, Van Es JC. A written simulation of patient doctor encounters. *Fam Pract* 1984; 1: 14-29.
- Merton RK, Fiske M, Kendall P. The focused interview. New York: Columbia University Press, 1952.
- Kagan N. Can technology help us toward reliability in influencing human interaction. *Educ Technol* 1973; 13: 44-52.
- Kagan N. Influencing human interactions; eleven years with IPR. *Can Counsellor* 1975; 9: 74-97.
- Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- Hays WL. Statistics for the social sciences. 2nd ed. London: Holt, Rinehart and Winston, 1977.
- Kuyvenhoven MM. De kwaliteit van de hulpverlening door huisartsen bij patiënten met vage klachten. In: Boerma WGM, Hingstman R, red. De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
- Goran MJ, Williamson JW, Gonnella JS. The validity of patient management problems. *J Med Educ* 1973; 48: 171-7.
- De Dombal FT, Horrocks JC, Staniland JR, et al. Simulation of clinical diagnoses. A comparative study. *Br Med J* 1971; ii: 575-7.
- Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1978.
- Hannay DR. Postgraduate examinations for general practice in Canada and the United Kingdom. *Lancet* 1979; ii: 28-30.
- Pieters HM, Jacobs HM. Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. Een gedetailleerde consultobservatie. *Med Contact* 1983; 38: 1539-42.
- Bouchier FG, Palmer WH, Page G, Barriault R, Seely J. The evaluation of clinical competence. *Can Fam Physician* 1980; 26: 151-2.
- McCarthy WA. An assessment of the influence of cueing items in objective examinations. *J Med Educ* 1966; 41: 263-6.
- Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.
- Tielens VCL, Mookink H, Mesker P. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 44-8.
- McGuire CH, Page G. The assessment of clinical performance by written and oral simulation. Report to the Faculty. Chica-

go: University of Illinois College of Medicine, Center for Educational Development, 1972-1973.

- Norman GR. Objective measurement of clinical performance [Interne publikatie]. Hamilton, Canada: Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics McMaster University, 1983.
- Mookink H. Over het voorschrijf- en verwijzingsgedrag van huisartsen. [Eindrapport project 'Preventie van somatische fixatie', deel 2]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
- Lamberts H. Primary health care monitoring project. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 293-305.
- Smits A, Mookink H, Grol R, e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. De samenhang tussen de medisch-technische en psychosociale aspecten. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 121-5.
- Van Staveren G. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1984.
- Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 424-30.
- Mookink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen van huisartsen. Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29: 72-6.
- Grol R, Mookink H, Smits A, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985; 2: 128-35.

Nota bene

Door stelselmatig patiënten die somatiseren aan te moedigen om in plaats hiervan te psychologiseren dringt de hulpverlener zijn eigen normen aan hen op en neemt hij hen niet serieus.

Stelling bij: Kortmans FAM. Problemen in transculturele communicatie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

Het verdient aanbeveling om op de verpakking van fluoridetabletjes te vermelden dat inname tegelijkertijd met melkproducten de opname uit het maag-darmkanaal vertraagt en tevens aan te geven dat naast het slikken van deze tabletjes poetsen met een fluorhoudende tandpasta tot de leeftijd van 4 jaar niet gewenst is.

Stelling bij: Van der Laan-Klamer SM. The involvement of various liver cells in the clearance of immune complexes from the circulation [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.