

Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur

1. De samenhang met een aantal mogelijk verklarende variabelen

V. C. L. TIELENS, H. G. A. MOKKINK EN
H. J. M. VAN DEN HOOGEN

Het handelen van 57 huisartsen tijdens 631 consulten is onderzocht aan de hand van een bestaande registratie van vier basisvaardigheden ontstaan voor de inbreng van de patiënt, expliciteren van het eigen handelen, psychosociaal (diagnostisch) handelen en somatisch handelen en vier soorten verklarende variabelen: kenmerken van de arts, de praktijk, de klacht en de patiënt. Met behulp van (stepwise) regressie-analyses is nagegaan in welke mate de 25 verklarende variabelen samenhangen met het handelen van de huisartsen. Ondanks het grote aantal variabelen, blijft het totale percentage verklaarde variantie in het handelen van de huisarts laag. De artskenmerken hebben de meeste verklarende werking ten aanzien van het ontstaan, expliciteren en somatisch handelen. Het psychosociaal (diagnostisch) handelen hangt vooral samen met het (geschatte) risico op somatische fixatie.

Inleiding

In het onderwijs aan artsen in opleiding tot huisarts neemt de aandacht voor de consultvoering een belangrijke plaats in. De aankomende huisarts wordt onderwezen in een aantal vaardigheden die specifiek van belang worden geacht voor het adequaat uitvoeren van een huisartsconsult. Daarbij gaat het niet alleen om losstaande vaardigheden, maar ook om het in hun onderlinge samenhang toepassen van een aantal vaardigheden tegelijk.

Voor de onderwijsgevende doet zich hierbij een belangrijk dilemma voor. Enerzijds is het nodig stap voor stap de afzonderlijke vaardigheden aan te leren, hetgeen een uiteenrafelen van het consult in deelvaardigheden nodig maakt. Anderzijds is voor het consult als geheel juist de onderlinge samenhang van de vaardigheden essentieel.

Daarnaast ontmoet de onderwijsge-

vende nog twee grote problemen. Om te beginnen heeft hij behoefte aan een theorie over de kwaliteit van het spreekuurconsult. De theorie over preventie van somatische fixatie heeft de afgelopen jaren veel onderwijsgevenden belangrijk geholpen bij het richting en inhoud geven aan het onderwijs, en de bevindingen uit eerder onderzoek rechtvaardigen de plaats van deze theorie in het onderwijs. Dat wil niet zeggen dat de theorie al voldoende gevalideerd is; met name ontbreekt onderzoek naar het effect van de theorie op de gezondheid van de patiënt.

Een tweede probleem is het gebrek aan voldoende 'harde' gegevens over het handelen van huisartsen tijdens het consult en over de factoren die daarop van invloed zijn.

Tegen deze achtergrond hebben wij een onderzoek verricht naar het handelen van huisartsen tijdens spreekuurconsulten. Daarbij zijn we nagegaan hoe een groot aantal factoren samenhangt met afzonderlijke spreekuurvaardigheden, en of de verschillende vaardigheden tezamen zijn onder te brengen in een beperkt aantal typen consulten.

In een recente dissertatie is hierover uitvoerig verslag gedaan.¹ Voor de lezers van *Huisarts en Wetenschap* kan het zin hebben kennis te nemen van een aantal van de bevindingen. In dit artikel bespreken we welke samenhang er bestaat tussen een aantal omschreven wijzen van handelen en een aantal kenmerken van de arts, de praktijk, de klacht en de patiënt. Op grond van de theorie van preventie van somatische fixatie verwachten we dat vooral de kenmerken van de arts een sterke samenhang zullen opleveren.

Methoden

Het onderzoek bestaat uit een secundaire analyse van gegevens die zijn ontleend aan het project Huisarts en Somatische Fixatie.

Gegevens over het feitelijke handelen van huisartsen zijn verkregen door middel van observaties en audioband-

opnamen van twee willekeurige spreekuren van 57 huisartsen uit de regio Nijmegen en omstreken. Met het elders beschreven instrument Prevara² zijn 631 spreekuurcontacten gescoord voor vier huisartsgeneeskundige basisvaardigheden:

- ontstaan voor de inbreng van de patiënt;
- expliciteren van het eigen handelen en uitleg geven over wat er aan de hand is;
- psychosociaal (diagnostisch) handelen;
- somatisch handelen.

De gebruikte scoring maakt het mogelijk elk van de vier vaardigheden weer te geven in één getal, een *indicator*.

Via vragenlijsten voor de huisartsen en de praktijkassistenten en door directe observaties in de praktijken zijn gegevens verzameld over de huisarts, de praktijk, de klachten en de patiënten.^{3,4} De betreffende ziekenfondsen hebben gegevens over zes jaar met betrekking tot het voorschrijven en verwijzen van de 57 huisartsen beschikbaar gesteld. De aldus verzamelde gegevens maken het mogelijk vier soorten verklarende variabelen voor verdere analyses te benoemen: huisartsgebonden, praktijkgebonden, klachtgebonden en patiëntgebonden variabelen. Deze variabelen worden hieronder kort besproken. Voor meer informatie, ook over de betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte gegevens, wordt verwezen naar de dissertatie.¹ *Tabel 1* geeft een overzicht van alle verklarende variabelen en de betekenis van een lage score daarvan.

Huisartsgebonden variabelen

Onder huisartsgebonden variabelen vallen variabelen die voornamelijk door de arts bepaald worden of aan zijn persoon gebonden zijn, zoals de leeftijd van de arts, het aantal jaren ervaring als huisarts, het al dan niet apothekhoudend zijn, de betrokkenheid bij de opleiding van studenten en arts-assistenten, de door de huisarts opgegeven gemiddelde tijd die hij voor een spreekuurcontact uittrekt, de taakopvatting over de arts-patiënt relatie, het specifieke voorschrijfgedrag, het voorschrijfgedrag met betrekking tot specifieke, gerichte geneesmiddelen en tenslotte het verwijsgedrag in het algemeen.

Praktijkgebonden variabelen

Onder praktijkgebonden variabelen vallen variabelen die direct of indirect samenhangen met de praktijk of de

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.

Dr. V.C.L. Tielens, huisarts, coördinator van de Beroepsleiding; Dr. H.G.A. Mokka, socioloog; H.J.M. van den Hoogen, statisticus.

Correspondentie: Dr. V.C.L. Tielens.

praktijkvoering. Deels gaat het om variabelen die mede door gedrag van de huisarts bepaald worden, maar toch in belangrijke mate gekoppeld zijn aan de praktijk c.q. het praktijkgebouw of praktijkinrichting. Voor deze studie zijn uit de beschikbare gegevens de volgende variabelen geconstrueerd: de door de huisartsen opgegeven totale praktijkgrootte, het door de huisartsen opgegeven gemiddelde aantal patiënten per dag op het spreekuur, de afstand van het praktijkgebouw tot een ziekenhuis, de mate waarin de assistente patiëntgerichte taken, zoals oren uitspuiten, splinters verwijderen verricht, het gebruik van diagnostische hulpmiddelen zoals audiometer, ECG-apparaat, visuskaart, etc., het gebruik van therapeutische hulpmiddelen zoals vloeibare stikstof, pessarium en hyfrecator en de journaalregistratie van reeds bekende chro-

nische ziekten of aandoeningen van de patiënt.

Klachtgebonden variabelen

Naar de inhoud van de klacht zijn de klachten verdeeld in drie subgroepen: somatische klachten, psychosomatische klachten en controles. Deze driedeling is onder 'aard van de klacht' als variabele meegenomen; het volgnummer van de klacht geeft aan of de klacht als eerste of tweede in het consult genoemd wordt.

Patiëntgebonden variabelen

Leeftijd en geslacht van de patiënt zijn op de gebruikelijke manier als variabelen opgenomen. Daarnaast is telkens door de beoordelaar direct na het beluisteren van een audiobandje van een consult op een vijfpuntsschaal aangegeven hoeveel risico de patiënt naar zijn

oordeel loopt op somatische fixatie. Daarbij is zoveel mogelijk de nadruk gelegd op aspecten van de kant van de patiënt zoals: de wijze van beleving en benoeming van de klachten, de wijze waarop de patiënt de klacht hanteert in contacten met anderen, de manier waarop de patiënt zijn klachten presenteert in het consult. Deze risicoscore van de patiënt is opgenomen als patiëntgebonden variabele.

Statistiek

In het onderzoek zijn eerst de enkelvoudige correlaties nagegaan van elk van de genoemde verklarende variabelen met elk van de vier indicatoren voor het handelen van de arts. De bevindingen hierbij zullen slechts worden weergegeven voor zover ze relevant zijn in verband met de bevindingen bij de meervoudige analyses omdat we vooral in deze laatste geïnteresseerd zijn. Om de meervoudige verbanden tussen een aantal verklarende variabelen gezamenlijk en een indicator voor het handelen van de arts na te gaan, is gebruik gemaakt van (stepwise) regressie-analyses.³ Daarmee is aan te geven wat de multiple correlatiecoëfficiënt (multiple R) is, dat wil zeggen welke samenhang er bestaat tussen alle onafhankelijke variabelen tezamen en de afhankelijke variabele (de indicator). Vervolgens geeft het totale percentage verklaarde variantie (R^2) een maat voor de hoeveelheid variatie in de indicator die verklaard kan worden door alle betrokken onafhankelijke variabelen tezamen. Door de regressie-analyse stapsgewijs uit te voeren kan men tenslotte nagaan welke van de variabelen vooral van invloed zijn en welke weinig of niets meer toevoegen aan de verklarende werking van alle variabelen tezamen.

Resultaten

Tabel 2 geeft een samenvatting van de gezamenlijke verklarende werking van de vier blokken variabelen voor elk van de vier indicatoren. De gevonden percentages verklaarde variantie in het handelen van de arts zijn laag. De artskenmerken leveren de meeste verklaarde variantie op, met name in het openstaan voor de patiënt, het expliciteren van het eigen handelen en het somatisch handelen.

De kenmerken van de arts hangen meer met deze vaardigheden samen dan de praktijkkenmerken en de klachtkenmerken, terwijl de patiëntkenmerken slechts een zeer gering aandeel in de verklaarde variantie van deze drie indi-

Tabel 1 De verklarende variabelen.

Variabelen	Betekenis van een lage score
Leeftijd van de arts	jonge arts
Ervaring als huisarts	kort in de praktijk
Apotheekhoudend	nvt
Betrokkenheid bij de opleiding	nvt
Tijd per patiënt	gewend weinig tijd per patiënt uit te trekken
Taakopvatting somatisch	brede taakopvatting en gevoel van competentie op somatisch gebied
Opvattingen over risico's nemen	geen voorstander van het zekere voor het onzekere
Opvattingen over arts/patiënt relatie	voorstander van het delen van verantwoordelijkheid
Aspecifiek voorschrijfgedrag	weinig voorschrijven
Gericht voorschrijfgedrag	weinig voorschrijven
Verwijsgedrag	weinig verwijzen
Grootte van de praktijk	kleine praktijk
Aantal patiënten per dag	weinig patiënten per dag
Afstand tot het ziekenhuis	korte afstand
Patiëntgerichte taken assistente	weinig taken
Gebruik diagnostische hulpmiddelen	weinig gebruik
Gebruik therapeutische hulpmiddelen	weinig gebruik
Journaalregistratie	weinig registratie
Registratie chronische ziekten	weinig of geen registratie
Aantal klachten per consult	slechts één klacht
Volgnummer van de klacht	als eerste gemelde klacht
Aard van de klacht	nvt
Leeftijd van de patiënt	jonge patiënt
Geslacht van de patiënt	nvt
Risicoscore van de patiënt	weinig of geen risico

Tabel 2 Multiple correlaties (R) en percentages verklaarde variantie (R^2) voor de vier blokken verklarende variabelen per indicator. N = 574 à 631.

	Artskenmerken		Praktijkkenmerken		Klachtkenmerken		Patiëntkenmerken	
	multiple R	R ²	multiple R	R ²	multiple R	R ²	multiple R	R ²
Openstaan	.37	13.5	.30	9.2	.21	4.5	.12	1.6
Expliciteren	.35	12.5	.22	4.7	.08	0.7	.12	1.6
Psychosociaal handelen	.24	5.7	.22	5.0	.25	6.0	.36	13.3
Somatisch handelen	.34	11.4	.27	7.1	.23	5.1	.14	2.0

catoren hebben. Het psychosociaal (diagnostisch) handelen lijkt daarop een uitzondering te maken. Daarin zijn het vooral de patiëntkenmerken die een relatief groot deel van de variantie in het handelen bepalen, terwijl de kenmerken van de arts, praktijk en klacht er veel minder toe doen.

Tabel 3 geeft een overzicht van de vijf variabelen die bij het willekeurig invoeren de hoogste verklarende werking hebben voor respectievelijk openstaan, expliciteren, psychosociaal handelen en somatisch handelen.

Openstaan voor de patiënt

Voor het openstaan voor de inbreng van de patiënt hebben drie artskenmerken tezamen verreweg de meeste verklarende werking: jongere huisartsen, huisartsopleiders en artsen die relatief veel tijd voor een consult uittrekken, staan meer open voor de inbreng van de patiënt. Daarnaast heeft de aard van de klacht nog een duidelijke verklarende werking voor het openstaan, terwijl de journaalregistratie het enige praktijkkenmerk is dat een bijdrage levert aan de verklaarde variantie.

Opvallend is dat de attitudekenmerken van de arts en zijn voorschrijf- en verwijsgedrag nu geen verklarende werking ten aanzien van het openstaan voor de patiënt hebben; bij de enkelvoudige correlaties was dat wel het geval. Kennelijk hebben de leeftijd van de arts, de betrokkenheid bij de opleiding en de tijd per patiënt een 'sterkere' onafhankelijke werking. Zo blijkt van de praktijkkenmerken het aantal patiënten per dag – bij de enkelvoudige samenhangen een belangrijke variabele weg – te vallen als verklarende factor voor het openstaan van de arts voor de inbreng van de patiënt.

Expliciteren

Ook hier verklaren de artskenmerken de meeste variantie. Hierbij zijn, naast de leeftijd van de arts en de tijd die aan de patiënt wordt besteed, het voorschrijfgedrag en de taakopvatting op somatisch gebied van invloed. Het valt op dat de praktijkkenmerken nu geheel wegvallen als verklarende variabelen. Dit betekent dat het aantal patiënten per dag, de afstand tot het ziekenhuis en het registreren van chronische ziekten geen zelfstandige verklarende werking behouden wanneer ze tezamen worden genomen met alle variabelen. Daarentegen blijkt de risicoscore van de patiënt nog wel een geringe bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie.

Psychosociaal handelen

Bij het psychosociaal handelen overheerst de werking van de risicoscore van de patiënt. Aan patiënten met een hoog risico op somatische fixatie wordt meer psychosociale aandacht in diagnostische zin besteed. De werking van de aard van de klacht, waarvan een grote invloed verondersteld werd, wordt sterk gereduceerd. Dit is in overeenstemming met de bevindingen bij de regressie-analyse met de blokken van variabelen (tabel 2). De tijd per patiënt behoudt een zekere invloed, al is die niet van de grootte-orde van de risicoscore. Hetzelfde geldt voor de registratie van chronische aandoeningen. De bij enkelvoudige correlaties toch al niet grote invloed van leeftijd en geslacht van de patiënt op het psychosociaal handelen vervalt geheel.

Somatisch handelen

Ook voor het somatisch handelen blijken de artskenmerken de meeste variantie te verklaren. Vooral de betrokkenheid bij de opleiding speelt een relatief grote rol: huisartsopleiders scoren het hoogst, gasteren van co-assistenten het laagst en de niet-verbonden huisartsen vormen de middengroep. Jongere huisartsen en artsen die relatief meer tijd per consult uittrekken, besteden relatief meer aandacht aan het somatisch handelen dan de oudere huisartsen of artsen met een korte consultduur. De attitude-variabelen en het verwijsgedrag hebben nu geen verklarende werking meer. Ook de aard van de klacht valt als verklaring voor de variantie in het somatisch handelen, terwijl de volgorde van de klachten wél van invloed blijft: een als tweede geuite klacht krijgt minder somatische aandacht. Tenslotte blijft van de vijf praktijkkenmerken die een enkelvoudige samenhang met het somatisch handelen lieten zien, alleen de journaalregistratie een geringe in-

vloed behouden: veel registreren gaat samen met weinig somatisch handelen en veel somatisch handelen met weinig registreren.

De zelfstandige verklarende werking van onder meer het aantal patiënten per dag en de afstand tot het ziekenhuis komt te vervallen.

Beschouwing

Ondanks het vrij grote aantal in de studie opgenomen variabelen blijft het percentage verklaarde variantie in het handelen van de huisarts laag. Dat kan betekenen dat toch nog niet voldoende dan wel voldoende relevante variabelen in de studie zijn betrokken. Ook kan er sprake zijn van minder adequate operationalisaties van de gebruikte variabelen.

Hoe dat ook zij, a priori is niet te verwachten dat het complexe fenomeen van een spreekuurconsult voor 100 procent verklaard of voorspeld kan worden; daarvoor zijn er te veel verschillende factoren van invloed. Wel geeft ook dit onderzoek een aanwijzing dat vooral de kenmerken van de arts een samenhang met het handelen tijdens het spreekuur hebben. De theorie van de preventie van somatische fixatie gaat ervan uit dat de huisarts zelf een grote invloed heeft op wat er in het consult gebeurt. De bevindingen uit deze studie lijken daarmee in overeenstemming althans wat het openstaan voor de inbreng van de patiënt, het expliciteren van het eigen handelen en het uitleg geven en het somatisch handelen betreft.

Het (diagnostisch) psychosociaal handelen neemt daarbij een aparte plaats in. Dit hangt voornamelijk samen met het risico van de patiënt op somatische fixatie en veel minder met artskenmerken. Dat kan betekenen dat het psychosociaal (diagnostisch) handelen voor de huisarts een moeilijke en nog

Tabel 3 De vijf meest verklarende variabelen bij willekeurige invoer in de stepwise regressie-analyses per indicator. $N = 570$ à 614 .

Openstaan	R ²	Expliciteren	R ²
Aard klacht	4.4	Leeftijd arts	5.4
Leeftijd arts	4.3	Voorschrijfgedrag	2.5
Betrokkenheid opleiding	3.9	Tijd per patiënt	1.6
Tijd per patiënt	3.3	Taakopvatting	1.3
Journaalregistratie	1.9	Risicoscore	0.9
Psychosociaal handelen	R ²	Somatisch handelen	R ²
Risicoscore	11.1	Betrokkenheid opleiding	5.5
Registratie chronische ziekten	1.9	Volgorde klacht	3.3
Tijd per patiënt	1.8	Leeftijd arts	2.4
Aard van de klacht	0.9	Tijd per patiënt	2.3
Volgorde klacht	0.8	Journaalregistratie	1.9

Summary

Tielens VCL, Mokkink HGA, Van den Hoogen HJM. The surgery hour performance of general practitioners. 1. The correlation with a number of possibly explanatory variables. Huisarts Wet 1988; 31: 44-7.

This article discusses the correlation between a number of defined performances of general practitioners and a number of characteristics of the physician, the practice, the complaint and the patient.

The study consisted of a secondary analysis of data derived from the General Practitioner and Somatic Fixation Project. Data on the actual performance of general practitioners were obtained by observations and audio-tapes of two random surgery hours of each of 57 general practitioners. The instrument Prevara² was used to score 631 surgery hour encounters for four basic general practice skills:

- an open mind for the patient's input;
- explicitation of one's own performance and explaining what is wrong with the patient;
- psychosocial (diagnostic) performance;
- somatic performance.

The scoring system used makes it possible to indicate each of the four skills in a number: the *indicator*.

Through questionnaires for the general practitioners and the practice assistants and by direct observations in the practices, data were collected about the general practitioner, the practice, the complaints and the patients.^{3,4} The sickfund organizations involved supplied six-year data on the prescribing and referral behaviour of the 57 general practitioners. The data thus obtained make it possible to nominate four types of explanatory variables for further analyses:

- doctor-related variables;
- practice-related variables;
- complaint-related variables;
- patient-related variables.

First, the simple correlations of each of these explanatory variables with each of the four indicators of the general practitioner's performance were analysed; these will not be discussed here. In order to analyse the multiple correlations between a number of explanatory variables jointly and an indicator of the general practitioner's performance, (stepwise) regression analyses were applied.³

For an open mind to the patient's input, three doctor characteristics jointly have by far the most explanatory effect: younger general practitioners, physician-trainers and doctors who spend relatively much time on an encounter are more open to the patient's input. In addition,

the nature of the complaint also constitutes an unmistakable explanatory variable in this context.

For explicitation of one's own performance in the encounter and informing the patient, regression analysis also shows that the doctor characteristics explain most of the variance. Factors of influence in this respect are the doctor's age, the time spent on the patient as well as prescribing behaviour and the task interpretation in somatic terms.

In the psychosocial performance the effect of the patient's risk score predominates. Patients with a high risk of somatic fixation receive more psychosocial attention in the diagnostic sense. The nature of the complaint exerts far less influence than expected. The time spent on the patient and the registration of chronic diseases exert but little influence.

For somatic performance, too, the doctor characteristics prove to explain most of the variance. Particularly involvement in training plays a relatively major role: physician-trainers score highest, hosts of junior residents score lowest, and uncommitted general practitioners score in between. Younger general practitioners and those who spend relatively more time per encounter pay more attention to somatic performance than older general practitioners or those who spend less time per encounter.

Despite the fairly large number of variables included in the study, the percentage of explained variance in the general practitioner's performance remains small. Perhaps the variables considered in the study are not sufficiently numerous or not sufficiently relevant. The operationalizations of the variables used, on the other hand, may have been less than adequate. In any case one cannot expect that the complex phenomenon of a surgery-hour encounter may be fully explained or predicted: too many different factors are involved.

However, the results of this study indicate that particularly the doctor characteristics correlate with surgery-hour performance. Only the (diagnostic) psychosocial performance correlates mostly with the patient's risk of somatic fixation, and far less with doctor characteristics. This may mean that the (diagnostic) psychosocial performance of the general practitioner is a difficult and not yet sufficiently integrated skill.⁴

Key words Family practice.

Correspondence Dr. V.C.L. Tielens, Nijmegen University Department of General Practice, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen, The Netherlands.

onvoldoende geïntegreerde vaardigheid is.⁴

Uit onze bevindingen is te concluderen dat het van belang is in verder onderzoek naar het handelen van huisartsen tijdens een spreekuurconsult gebruik te maken van meervoudige analysetechnieken, waarin velerlei variabelen tezamen bekeken worden op hun verklarende werking.

Voor het onderwijs aan artsen in opleiding is veel aandacht te besteden aan elk van de vier basale vaardigheden. De aankomende huisarts dient zich bewust te worden van het feit dat temidden van de vele beïnvloedende factoren het vooral de arts zelf is die het consult bepaalt. Het uiteenrafelen van consulten en het bestuderen van afzonderlijke vaardigheden kan tijdens de opleiding (en bij onderlinge toetsing) van nut zijn. Dat neemt niet weg dat voor inzicht in het consult als geheel juist de onderlinge samenhang van de vaardigheden van grote betekenis is.

¹ Tielens VCL. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

² Mokkink HGA, Smits AJA, Grol RPTM. 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.

³ Lammers JGM, Biemans P, Bertrand AFM. Vaardigheidscurcus data-analyse; explorerend gebruik van regressie-analyses. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1980.

⁴ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1986.

⁵ Smits AJA, Mokkink HGA, Grol RPTM, e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. De samenhang tussen medisch-technische en psychosociale aspecten. Huisarts Wet 1985; 28: 121-5.

⁶ Pendleton D, Hasler J. Doctor-patient communication. London, New York: Academic Press, 1983.

Slagaders zijn de riolen van de welvaartsmaatschappij.

Stelling bij: Hoorntje JCA. Valvular pulmonic stenosis, diagnosis and therapy reviewed [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.