

Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur

2. Een typologie van consulten

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

In dit onderzoek zijn vijf typen consulten geconstrueerd op basis van gegevens over 631 spreekuurcontacten van 57 huisartsen. Deze typen onderscheiden zich van elkaar door de verschillende combinaties van indicatoren voor het handelen van de huisarts. Onderscheid is gemaakt tussen all-round consulten, minimum-consulten, somatische consulten, psychosociale consulten en een middengroep. Deze typen consulten blijken vooral samen te hangen met kenmerken van de arts en niet met kenmerken van de klacht of de patiënt. De tijd die de arts gewend is uit te trekken voor een spreekuurconsult, lijkt het meest bepalend. Weinig tijd gaat vaker samen met het minimum-type en minder vaak met het all-round en het psychosociale type. Het efficiënt benutten van de beschikbare tijd voor een consult speelt een grote rol. Ook de taakopvatting op somatisch gebied, de leeftijd van de arts en de betrokkenheid bij de opleiding laten een duidelijke samenhang zien met de verschillende typen.

Inleiding

Bij observaties en analyses van spreekuurconsulten van huisartsen is ons opgevallen dat enerzijds elk consult een eigen, uniek accent heeft, terwijl anderzijds veel consulten volgens een aantal vaste patronen lijken te verlopen. Uit eerder onderzoek was ons al duidelijk geworden dat het mogelijk is een aantal werkwijzen van huisartsen te onderscheiden, op basis van gegevens over de attitude van de arts en over zijn spreekuur-, voorschrijf- en verwijsgedrag.¹ In dit verband rijst natuurlijk de vraag of er ook verschillende typen consultvoering te onderscheiden zijn. Daartoe is explorierend onderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstelling:

- Is het mogelijk consulten van huisartsen onder te brengen in een aantal typen?

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

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

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

- Hoe zijn deze typen verdeeld over de huisartsen?
- Welke samenhang bestaat er tussen de typen consulten en een aantal kenmerken van de arts, de praktijk, de klacht en de patiënt?

Methoden

Voor het onderzoek is een secundaire analyse uitgevoerd van gegevens ontleend aan het project Huisarts en Somatische Fixatie. Uit observaties van spreekuurgedrag, uit vragenlijsten en uit ziekenfondscijfers over verwijzen en voorschrijven bij 57 huisartsen uit de regio Nijmegen is een groot aantal variabelen geconstrueerd. Deze variabelen zijn te onderscheiden in scores voor:

- vier basale huisartsgeneeskundige vaardigheden;
- attitudes;
- verwijs- en voorschrijfgedrag;
- praktijkvoeringskenmerken.²⁻¹⁰

In het onderzoek zijn alleen klachten opgenomen die met ten minste tien consulten waren vertegenwoordigd. Verder zijn consulten met meer dan twee gerepresenteerde klachten buiten beschouwing gelaten. Door deze selectie bleven 631 van de oorspronkelijke 815 consulten over voor nadere analyse.¹ De betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte gegevens is elders uitvoering besproken.^{5 9 11}

Voor de constructie van de typen consulten is gebruik gemaakt van de scores voor de vier basale huisartsgeneeskundige vaardigheden. Ten aanzien van het somatisch handelen is daarbij onderscheid gemaakt in:

- ‘voldoende somatisch handelen’ (geeft aan in welke mate de arts de verplichte geachte somatische handelingen ook verricht en is een maat voor de somatische aandacht);
- ‘inadequaat somatisch handelen’ (een maat voor overbodig somatisch handelen);
- ‘algemeen oriënterend handelen’ (geeft aan in hoeverre het somatisch handelen van de arts algemeen van aard is, meer gericht op het genereren

van verschillende hypothesen dan op het gericht toetsen van één hypothese);

- ‘specifiek handelen’ (betreft handelingen die gericht zijn op één of slechts enkele differentieel-diagnostische mogelijkheden);
- ‘breedheid van handelen’ (een maat voor het adequaat en effectief handelen).¹¹

Resultaten

Typen

Het bleek mogelijk om vijf typen consulten te construeren, op basis van verschillende combinaties van indicatoren voor het huisartsgeneeskundig handelen.

- De *all-round consulten* (17 procent) hebben als hoofdkenmerken ‘veel openstaan voor de patiënt’ en ‘explicitere van het eigen handelen’. Daarnaast scoren deze consulten voor alle andere somatische indicatoren duidelijk boven het gemiddelde. Dat betekent dat in deze consulten gemiddeld genomen veel algemeen en specifiek somatisch wordt gehandeld en dat veel relevante somatische condities worden verhelderd. Dat gaat overigens ook gepaard met relatief veel overbodige c.q. inadequate somatische handelingen. In de all-round consulten wordt gemiddeld genomen meer psychosociaal gehandeld dan in de minimum-, somatische en middengroep-consulten. De all-round consulten komen naar voren als consulten waarin de huisarts op een geïntegreerde manier aandacht besteedt aan de inbreng van de patiënt, aan het geven van uitleg over eigen handelen en de situatie, aan algemeen en specifiek somatisch handelen en aan eventuele psychosociale aspecten.

- In de *minimum-consulten* (29 procent) wordt slechts weinig aandacht besteed aan het voorwaardenscheppend handelen, terwijl het somatisch handelen over de hele linie genomen duidelijk onder het gemiddelde blijft. Dit gaat gepaard met gemiddeld weinig aandacht voor psychosociale aspecten.

- De *somatische consulten* (19 procent) scoren weinig tot slecht ten aanzien van zowel het openstaan en expliciteren als (gemiddeld genomen) het psychosociaal handelen, maar scoren voor het somatisch handelen duidelijk boven het gemiddelde. Dit komt vooral tot uitdrukking in het algemeen somatisch handelen en het aantal verhelderde somatische condities. Ook hier zien we gemiddeld meer inadequate somatische handelingen.

- De *psychosociale consulten* (10 procent) zijn over de hele lijn de tegenpool van de somatische consulten. Hierin is relatief veel aandacht voor het openstaan en expliciteren en wordt veel psychosociale aandacht besteed. Daar staat tegenover de hele linie weinig somatisch handelen, wat vooral tot uitdrukking komt in specifiek somatisch handelen. In deze groep wordt gemiddeld genomen het minste aantal inadequate somatische handelingen verricht maar wordt ook het minste aantal somatische condities verhelderd.

- De *middengroep* (25 procent) blijkt wat het openstaan, expliciteren en het somatisch handelen betreft gemiddeld genomen een duidelijke middenpositie in te nemen. Dit type consult gaat wel gemiddeld voor de hele groep gepaard met weinig psychosociaal handelen.

Verdeling over de huisartsen

Tabel 1 laat zien hoe de vijf typen over de 57 artsen verdeeld zijn. Bij 26 huisartsen (46 procent) valt de helft of meer van hun contacten in één type. Dat verschijnsel is niet gelijkmatig verdeeld over de vijf typen. Zo valt bij 12 huisartsen de helft of meer van de consulten onder het minimum-type, terwijl bij slechts één huisarts de helft van zijn consulten onder het psychosociale type valt. Ook het aantal artsen dat helemaal geen contacten van een bepaald type heeft, varieert sterk.

Een derde van de artsen heeft geen enkel all-round consult, een vijfde van de artsen geen enkel somatisch consult en 44 procent van de artsen geen enkel psychosociaal consult. Ook de spreiding van het aantal typen consulten dat één arts laat zien, blijkt vrij groot te zijn. Twaalf huisartsen hebben consulten van alle vijf de typen, tegenover vijftien huisartsen wier consulten over slechts drie typen zijn verdeeld.

Verklarende variabelen

In tabel 2 is voor een aantal verklarende variabelen de contingency-coëfficiënt weergegeven. Dat is een associatiemaat die met name goed bruikbaar is bij nominale variabelen zoals deze type-indeling. De rangorde in deze associatiemaat geeft enige indicatie voor de rangorde in de verklarende werking van de verschillende variabelen.

Uit deze tabel blijkt dat vooral de arts-kenmerken belangrijk zijn. De verbanden met de praktijk-kenmerken van de registratie zijn moeilijk te interpreteren, doordat ze niet lineair blijken te zijn. Van de arts-kenmerken hangt de tijd die de arts volgens zijn eigen opgave

gewend is voor een consult uit te trekken, het sterkst samen met de typen consulten. Kennelijk is dit een variabele die een niet onbelangrijke voorspellende waarde heeft voor het handelen van de arts.

De consulten die afkomstig zijn van wat men zou kunnen noemen de 'snelle dokters' (gemiddelde tijd 6-8 minuten), blijken relatief vaker van het minimum-type en minder vaak van het all-round of het psychosociale type. Om hierop meer zicht te krijgen zijn we ook de samenhang van de typen consulten met de werkelijke duur van de consulten nagegaan. Daarbij werd een evenredig verband gevonden tussen de duur van de consulten en het aantal all-round en psychosociale consulten, en een omgekeerd verband tussen de duur en het aantal minimum-consulten. Van de andere kant echter blijkt 55 procent van de all-round consulten en 63 procent van de psychosociale consulten niet langer te duren dan 8 minuten, terwijl 20 procent van de minimum-consulten langer dan 8 minuten duurt. Het efficiënt benutten van de beschikbare tijd voor een consult speelt kennelijk een grote rol.

De tweede belangrijke verklarende variabele is de taakopvatting van de arts op somatisch gebied in combinatie met het gevoel van competentie op dat gebied. Zo blijken in de consulten van artsen met een brede taakopvatting relatief meer all-round consulten, somatische consulten en consulten uit de middengroep voor te komen. De consulten van de artsen met een smalle taakopvatting zijn relatief vaker van het minimum-type.

Hoe jonger de arts, des te groter het aandeel van de all-round consulten; hoe ouder de arts, des te meer consulten van het minimum-type.

Huisartsopleiders laten relatief vaker all-round consulten zien en het minst een minimum-type. De consulten van de artsen met een laag specifiek voorschrijfgedrag zijn vaker van het all-round type of het middengroep-type en minder vaak van het minimum-type of het somatische type. Voor de consulten van de artsen met het hoogste specifiek voorschrijfgedrag ligt dat precies andersom.

De samenhang met het verwijsgedrag van de artsen is vrijwel hetzelfde als bij het specifieke voorschrijven.

Tabel 1 De verdeling van de vijf typen consulten over de 57 huisartsen.

Typen	Aantal huisartsen met	
	≥50% van de contacten in betreffende type	0 contacten in desbetreffende type
All-round	4	19
Minimum	12	5
Somatisch	4	11
Psychosociaal	1	25
Middengroep	5	2

Tabel 2 De samenhang van de verklarende variabelen met de typen consulten, uitgedrukt in de contingency-coëfficiënt.

	Contingency-coëfficiënt	Significantie p ≤ .05
Tijd per consult	.28	+
Taakopvatting	.25	+
Leeftijd van de arts	.23	+
Betrokkenheid bij opleiding	.23	+
Aspecifiek voorschrijfgedrag	.22	+
Journal-registratie	.21	+
Registratie chronische ziekten	.19	+
Verwijsgedrag	.18	ns
Aard van de klacht	.13	ns
Volgorde van de klacht	.12	ns
Risicoscore van de patiënt	.11	ns
Aantal klachten per consult	.10	ns

Summary

Tielens VCL, Mokkink HGA, Van den Hoogen HJM. Surgery hour performance of general practitioners. 2. A typology of consultations. *Huisarts Wet* 1988; 31: 89-92.

Is a typology of general practice consultations feasible? If so, how are consultation types distributed over general practitioners and what is the correlation between consultation types and a number of characteristics of the doctor, the practice, the complaint and the patient?

It proved possible to construct five consultation types on the basis of different combinations of *indicators* of general practice performance.

- The main characteristics of *allround consultations* (17 percent) are 'much openness to the patient' and 'explicitation of one's performance'. In addition, these consultations score unmistakably above the mean for all somatic indicators; this, however, is associated with relatively many superfluous or inadequate somatic activities. Moreover, there is relatively much psychosocial performance.

- In *minimum consultations* (29 percent) little attention is paid to conditioning performance, while somatic performance in general clearly remains below the mean. This is associated with, on average, little attention for psychosocial aspects.

- The *somatic consultations* (19 percent) score low to very low in terms of openness and explicitation as well as psychosocial performance, but the score for somatic performance is clearly above the mean. Again, there are relatively many inadequate somatic activities.

- The *psychosocial consultations* (10 percent) are generally the opposites of the somatic consultations. Openness and explicitation receive relatively much attention and much psychosocial attention is given to the patient. On the other hand there is but little somatic performance throughout, and this is manifest especially in specific somatic performance. On average, the smallest number of somatic conditions is elucidated in this group, but the number of inadequate somatic activities is the smallest as well.

- The *middle group* (25 percent) occupies an unmistakable intermediate position in terms of openness, explicitation and somatic performance. This consultation type also entails but little psychosocial performance.

Fifty percent or more of the consultations of 26 general practitioners (46 percent) are of a single type. This phenomenon is not evenly distributed over the five types. Fifty percent or more of the consultations of 12 general practitioners are of the

minimum type, versus only one general practitioner with 50 percent psychosocial consultations of a given type at all, varies widely per type. One-third have not a single allround consultation, one-fifth have not a single somatic consultation, and 44 percent have not a single psychosocial consultation. The number of consultation types per doctor also varies widely. Twelve have consultations of all five types, while the consultations of 15 doctors are of only three different types.

Doctor characteristics prove to be the major explanatory variable in this typology. The time reported to be spent on one consultation correlates most closely with the consultation types reported. The consultations of the 'quick doctors' (average time per consultation 6-8 minutes) are more often of the minimum type and less frequently of the allround or the psychosocial type. A positive correlation was likewise found between consultation duration and the number of allround and psychosocial consultations, while a negative correlation was found between duration and the number of minimum consultations. On the other hand, 55 percent of the allround consultations and 63 percent of the psychosocial consultations take no more than 8 minutes, whereas 20 percent of the minimum consultations take more than 8 minutes.

The second explanatory variable is the doctor's task interpretation in somatic terms, combined with his sense of competence in this field. Doctors with a broad task interpretation proved to have more allround consultations, somatic consultations and consultations of the middle group. The consultations of doctors with a narrow task interpretation are more frequently minimum consultations.

The next explanatory variable is age: the younger the doctor, the larger the relative number of allround consultations; the older the doctor, the larger the relative number of minimum consultations.

Trainer-physicians have relatively many allround consultations and the smallest number of minimum consultations. Consultations and the smallest number of minimum consultations. Consultations of doctors with a low non-specific prescription score are more often allround or middle group consultations and less frequently consultations of the minimum or the somatic type. The reverse applies to doctors with the highest non-specific prescription score.

Key words Family practice.

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

Beschouwing

In de voorgaande analyse is het mogelijk gebleken met het beschikbare materiaal een typologie van consulten te construeren. Enerzijds is a priori te zeggen dat elk consult gekenmerkt wordt door velerlei specifieke aspecten, anderzijds zijn er enkele vaste patronen waarlangs de consulten verlopen. Het lijkt erop dat huisartsen een beperkt aantal routines hebben ontwikkeld, waarmee zij de complexiteit van elk consult benaderen.

Bij de verdeling van de consulten in vijf typen moet een belangrijke restrictie worden gemaakt. Het gaat hier om relatieve verschillen tussen de consulten. De typen zijn geconstrueerd door een min of meer willekeurige driedeling van afzonderlijke indicatoren voor het handelen van de arts. Was gekozen voor een vierdeling, dan zou de verdeling van de consulten over de typen anders zijn. De grenzen tussen de typen zijn dus verschuifbaar. Dat brengt met zich mee dat de kwantitatieve bevindingen omtrent de typen niet zo belangrijk zijn. Het gaat in deze studie meer om de aard en de trend van de kwalitatieve bevindingen. Daarbij komt dat de consulten alleen onderling vergeleken konden worden. Er ontbreekt voornamelijk een objectieve maatstaf waarmee in absolute zin een uitspraak over de kwaliteit van een consult gedaan kan worden. In die zin is de type-indeling meer te zien als een hulpmiddel om inzicht te krijgen in het complexe fenomeen van een consult.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de arts voornamelijk zelf uitmaakt welk type consult het in een specifiek geval wordt. Het feit dat de invloed van de patiënt slechts in beperkte mate kon worden meegenomen, moet deze bevinding relativeren. Uit studies die zijn opgezet vanuit het gezichtspunt van de patiënt of die de onderlinge interactie tussen patiënt en arts centraal stellen, komt de betekenis van de patiënt meer naar voren. Ook dan echter blijkt de invloed van de arts erg groot.¹³⁻¹⁵

Tot slot kan gezegd worden dat de typologie van consulten een verdieping en nuancering geeft van ons inzicht in de routines in het handelen van huisartsen. In die zin is het een aanvulling op de bevindingen over de werkwijzen van huisartsen.¹ Meer inzicht in de feitelijke routines van artsen is ons inziens zeer relevant voor de opleiding van huisartsen, waar de routines gevormd worden en voor de onderlinge toetsing die gericht dient te zijn op het verbeteren

van de routines. Ook voor een juiste interpretatie van gegevens afkomstig uit arts-patiënt contacten is meer inzicht in de complexiteit van consulten relevant.

Promoveren door huisartsen II

G.J. BREMER

¹ Mokkink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen en huisartsen. Huisarts Wet 1986; 29: 72-6.

² Tielens VCL, Mokkink HGA, Van den Hoogen HJM. Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur. 1. De samenhang met een aantal mogelijk verklarende variabelen. Huisarts Wet 1988; 31: 44-7.

³ 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.

⁴ Mesker-Niessen JLM, Mokkink HGA, Mesker PJP, e.a. Een protocollaire benadering van rugpijn. Huisarts Wet 1983; 26 (suppl 7): 41-8.

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

⁶ Grol RPTM, Van Eijk JThM, Mokkink HGA, e.a. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving 1985; 6: 31-40.

⁷ Grol RPTM, Tielens VCL, Mokkink HGA, e.a. Attitude-changes in the vocational training of general practitioners. Med Educ 1985; 60: 479-86.

⁸ Tielens VCL, Beek M, Koopmans R, Van Trier Y. Behandelt de huisarts vrouwen anders dan mannen? Huisarts Wet 1986; 29: 204-8.

⁹ Tielens VCL, Mokkink HGA, Mesker P. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. Huisarts Wet 1985; 28: 44-8.

¹⁰ Mesker P, Mesker-Niessen J. In de kaart gekeken. In: Vruchten van een Nijmeegse boom. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

¹¹ Tielens VCL. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

¹² Grol RPTM, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

¹³ Thomassen JFM. Consultanalyse. Communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1986.

¹⁴ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1986.

¹⁵ Van der Grinten R. Inbreng van de patiënt tijdens het spreekuurcontact [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.

In de periode 1980 – 1987 promoveerden in Nederland 35 huisartsen tot doctor in de geneeskunde; 19 van hen waren verbonden aan een van de universitaire huisartseninstituten.

Inleiding

In 1981 publiceerde ik in *Huisarts en Wetenschap* een lijst van dissertaties geschreven door huisartsen in de periode 1900 – 1979. Van de in totaal 237 studies voldeden er 110 aan minstens één van de volgende twee criteria:

- de studie moest hebben plaatsgevonden in de eigen praktijk;
- de bewerkte gegevens moesten zijn verkregen met de hulp van huisartsen.¹

Een dergelijke indeling van het materiaal bleek niet eenvoudig, omdat sommige begrippen moeilijk te omschrijven waren. Nu het begrip huisarts sinds een aantal jaren gedefinieerd kan worden, ligt het voor de hand de reeks uit te breiden met modern materiaal en daarbij slechts dissertaties op te nemen die geschreven zijn door 'huisartsen' en het onderwerp van de studie niet meer als criterium te hanteren.

Net als het vorige overzicht bevat de lijst slechts studies waarvan de auteur huisarts was op het moment van de promotie. Dat sloot enkele interessante boeken uit, zoals de dissertatie van Kocken,² die geen huisarts meer was toen hij promoveerde. Ieder ander criterium had echter weer andere bezwaren. In de volgende reeks van 35 dissertaties staan dus ook studies vermeld die niet in de huisartspraktijk zijn bewerkt; verder zijn er acht dissertaties waarbij niet een hoogleraar huisartsgeneeskunde als promotor optrad.

Enkele opmerkingen zijn in verband met een juiste beoordeling van deze lijst relevant.

Prof. dr. G. J. Bremer, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

- De gang van zaken bij een promotie is geregeld in artikel 15 van de nieuwe Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs en in de artikelen 115-127 van het Academisch Statuut (Algemeen Deel). Sinds enkele jaren zijn de promotieelementen van de universiteiten dan ook min of meer uniform. Vrijwel overal worden nu ad hoc promotiecommissies benoemd die de dissertaties moeten fatteren.

- Het komt vrijwel niet meer voor dat de begeleiding plaatsvindt door één promotor; meestal zijn er verscheidene promotores en vaak ook nog een of meer referenten.

- Dat een arts-assistent zijn promotieonderzoek tijdens zijn beroepsopleiding verricht, is slechts eenmaal voorgekomen (Dogterom 1983). Afgezien van het feit dat wetenschappelijk onderzoek tijdens de beroepsopleiding tot voor kort in Nederland nauwelijks gestimuleerd werd, lijkt de opmerking van Huygen juist: een belangrijke reden waarom huisartsen zo weinig promoveren moet gezocht worden in de uiterst korte beroepsopleiding.³ Wat dat betreft ziet de toekomst er wat rooskleuriger uit.

- Huisartsen die zijn verbonden aan de universitaire huisartseninstituten, maken een steeds groter deel uit van het totaal aantal promoverende huisartsen (tabel).⁴ In de periode 1980-1987 waren 19 van de 35 promoverende huisartsen verbonden aan een instituut. Promoveren door vrij gevestigde huisartsen komt weinig meer voor: zestien in acht jaar. Op een populatie van 6000 huisartsen is dat niet veel.

Enkele oorzaken zijn wel te noemen. Promoveren kost tijd en dus geld. De economische situatie van de Nederlandse huisarts is op het ogenblik niet rooskleurig. Daar komt nog bij dat momenteel het hebben van de doctorstitel de positie van een individuele huisarts op geen enkele manier verbetert. Misschien vergroot het wel de kans om in een andere baan benoemd te worden. Dit betekent overigens wel dat de universiteit voor een groot deel de desbetreffende promotiekosten voor haar rekening neemt.