

Arts-patiënt contacten in zeven huisartspraktijken

Een onderzoek naar de totstandkoming en afsluiting van contacten en het 'bakzeil halen' van de huisarts

HINKE BEUKEMA-SIEBENGA

Zeven huisartsen hebben gedurende 27 dagen gegevens geregistreerd over de totstandkoming en de afsluiting van arts-patiënt contacten en over het 'bakzeil halen' van de arts tijdens een contact. Contacten kwamen vaker tot stand op initiatief van de patiënt dan op initiatief van de huisarts. Het geslacht van de patiënt maakt hierbij geen verschil, de leeftijd daarentegen wel: bij oudere patiënten gaat het initiatief vaker uit van de arts. Ouderen worden ook vaker thuis bezocht, in 58 procent van de gevallen op initiatief van de arts. In 43 procent van de gevallen werd een vervolcontact afgesproken en in ongeveer 15 procent van de gevallen werd de patiënt gevraagd 'zo nodig' contact op te nemen. In de helft van de contacten werd geen medicatie voorgeschreven; het voorschrijven van medicatie hing niet samen met het geslacht, wel met de leeftijd van de patiënt. Aanvullend onderzoek vond slechts in 8 procent van de gevallen plaats en in bijna 10 procent van de gevallen werd de patiënt verwezen. In 1 procent van de contacten haalde de arts bakzeil.

Beukema-Siebenga H. Arts-patiënt contacten in zeven huisartspraktijken. Een onderzoek naar de totstandkoming en afsluiting van contacten en het 'bakzeil halen' van de huisarts. Huisarts Wet 1990; 33(3): 92-5.

Drs. H. Beukema-Siebenga, Vakgroep Pedagogiek, Andragogie en Onderwijskunde, Rijksuniversiteit Groningen, A-weg 30, 9718 CW Groningen.

Inleiding

In zeven Groningse huisartspraktijken is een onderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstelling:

- Op wiens initiatief komen de arts-patiënt contacten tot stand?
- Op welke wijze worden deze contacten afgesloten (afspraken vervolcontact, aanvullend onderzoek, verwijzing, voorschrijven medicatie)?
- Hoe vaak heeft de arts het gevoel dat hij 'bakzeil moet halen' voor de wensen van de patiënt?

Wij spreken van 'bakzeil halen' als de arts zich tijdens het contact gedwongen voelt tegen zijn zin iets te doen of na te laten, wat hem dan een 'narrig gevoel' oplevert. Het begrip komt enigszins overeen met het 'defensief handelen' van *Lamberts en Janssens*, die dit begrip als volgt omschrijven: 'In beginsel gaat het om slecht geneeskundig handelen, afwijkend van wat de arts zelf als goed beschouwt en wat over het algemeen ook zo wordt beoordeeld. Het komt tot stand door de dreiging aangeklaagd te worden en verantwoording te moeten afleggen'.¹ Bij 'defensief handelen' ligt de nadruk echter op de vrees van de arts voor verwijten en klachten, terwijl het bij 'bakzeil halen' meer gaat om de onmacht van de huisarts om een patiënt te overtuigen van zijn gelijk.

Methoden

Het onderzoek vond plaats in zes solopraktijken – waarvan vier apotheekhoudend – en één apotheekhoudende praktijk in een gezondheidscentrum. Gedurende twee perioden van vijf opeenvolgende werkdagen (in januari 1984 en april 1986) en één periode van zeventien werkdagen (in april/mei 1987) werden de volgende gegevens geregistreerd:

- geslacht en leeftijd van de patiënt;
- aard van het contact (consult of visite);
- initiatiefnemer van het contact (nieuwe contacten werden geregistreerd als 'initiatief patiënt', vervolcontacten als 'initiatief arts');
- afspraken voor een vervolcontact (en werd daarbij een concrete dag afgesproken?);

- voorschrijven van medicatie (continuerende medicatie, nieuwe medicatie of een combinatie van beide);
- aanvullend onderzoek buiten de spreekkamer (röntgenologisch of patholoog-anatomisch onderzoek, onderzoek in het huisartslaboratorium);
- actieve verwijzingen; verwijzingen waarvoor de patiënt alleen maar een verwijzingskaart vraagt, zijn niet geregistreerd.
- het gevoel bakzeil te hebben moeten halen (alleen in de tweede en derde periode).

Deze registratie had alleen betrekking op contacten met eigen patiënten.

Om de bevindingen nader te kunnen specificeren, hebben we de gegevens uit de derde periode uitgesplitst voor verschillende patiëntengroepen.

Resultaten

Algemeen

In totaal werden 5815 contacten geregistreerd: 1162 in de eerste periode, waarin nog acht arts en aan het onderzoek deelnamen, 1013 in de tweede en 3640 in de derde. Gemiddeld ging het om ruim 30 contacten per arts per dag in de eerste twee perioden en 32 contacten in de derde periode.

Totstandkoming contacten

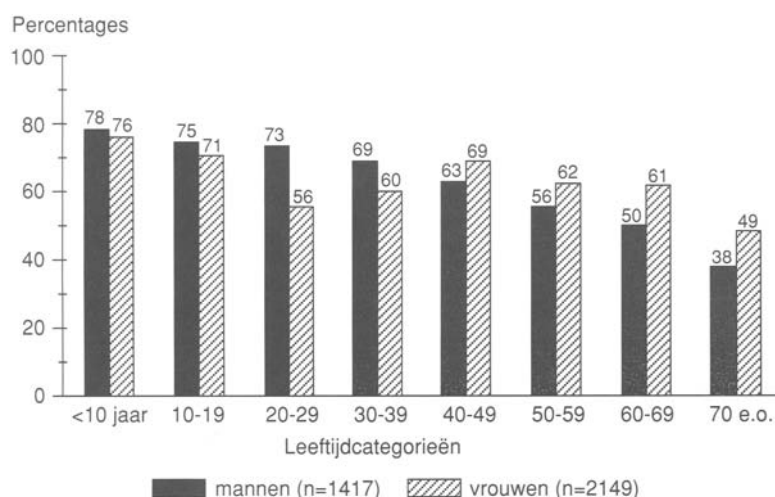
Er vonden meer nieuwe contacten dan vervolcontacten plaats (62 procent tegen 38 procent). Deze verhouding is constant over de drie perioden, maar verschilt per arts. Bij één arts ging het initiatief in slechts 25 procent van de gevallen van hemzelf uit, bij een ander was dat 45 procent.

Er werd geen samenhang gevonden tussen het geslacht van de patiënt en de initiatiefnemer. Wél werd een sterk verband gevonden met de leeftijd: hoe ouder de patiënt, des te vaker nam de arts het initiatief. Ook bij een uitsplitsing naar geslacht en leeftijd zien we een duidelijk verschil (*figuur 1*): bij de vrouwen van 20-39 jaar lag het initiatief relatief vaak bij de arts.

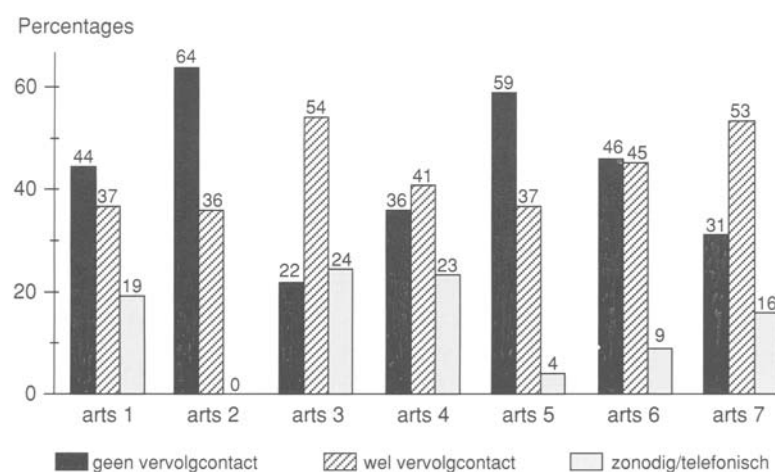
Artsen met een relatief groot aantal contacten namen gemiddeld niet vaker het initiatief tot een contact.

Bij de consulten nam de patiënt in 66 procent van de gevallen het initiatief, bij de visites was dat slechts 42 procent.

Figuur 1 Mannen en vrouwen als initiatiefnemer. Percentages per leeftijd/geslachts-categorie.



Figuur 2 Afspreken van een vervolcontact. Percentages per arts.



Afsluiting contacten

Ook het afspreken van *vervolcontacten* is voor de drie perioden vrij constant, en opnieuw zijn er aanzienlijke verschillen tussen de artsen (*figuur 2*). Gemiddeld werd bij 43 procent van de contacten een vervolcontact afgesproken; bovendien werd bij 12 tot 15 procent van de contacten het advies gegeven om 'zo nodig' weer contact op te nemen. Een telefonisch vervolcon-

tact werd slechts in 1 procent van de gevallen afgesproken. Het afspreken van vervolcontacten werd duidelijk beïnvloed door de leeftijd (*figuur 3*): met 63 procent van de mensen van 70 jaar of ouder werd een vervolcontact afgesproken, maar slechts met 24 procent van de kinderen beneden de 10 jaar. Ook het geslacht blijkt van invloed op het al dan niet afspreken van een vervolcontact. Er werden meer ver-

volcontacten afgesproken met vrouwen dan met mannen; dit geldt echter alleen voor de patiënten tot 50 jaar.

Voorts wordt relatief vaak een vervolcontact afgesproken met mensen met een continue medicatie (eventueel aangevuld met nieuwe medicijnen) (70 procent).

Ongeveer de helft van de contacten werd afgesloten met het voorschrijven van *medicatie*. In ongeveer 20 procent van de gevallen ging het om continuering van de medicatie en in een kleine 30 procent van de gevallen werden nieuwe medicijnen voorgeschreven. Ook dit gegeven is per periode constant, maar per arts nogal verschillend (*figuur 4*).

Zoals voor de hand ligt, houdt het voorschrijven van medicatie verband met de leeftijd: 66 procent van de mensen van 50 jaar of ouder kreeg medicijnen of gebruikt continu medicijnen, tegen 46 procent van de mensen die jonger waren dan 50 jaar.

Tussen geslacht en medicatie werd geen significant verband gevonden.

Bij slechts 8 procent van de contacten vond *aanvullend onderzoek* plaats, vaker bij vrouwen (10 procent) dan bij mannen (6 procent). De factor leeftijd is niet van invloed op het geslachtsverschil: van zowel de vrouwen als de mannen bij wie aanvullend onderzoek plaatsvond, was tweederde jonger dan 50 jaar. Aanvullend onderzoek hield vooral laboratoriumonderzoek en patholoog-anatomisch onderzoek in.

Minder dan 10 procent van de contacten werd afgesloten met een actieve *verwijzing*: 3 procent binnen de eerste lijn en 7 procent naar de tweede lijn. Binnen de eerste lijn werd voornamelijk verwezen naar de fysiotherapeut; het maatschappelijk werk scoorde in alle perioden minder dan 1 procent. De meeste verwijzingen naar de tweede lijn gingen naar de chirurg; de overige naar de KNO-arts, oogarts, internist, gynaecoloog en neuroloog.

Het percentage verwijzingen – zowel binnen de eerste lijn als naar de tweede lijn – was voor mannen en vrouwen gelijk. Tweederde van de patiënten die werden verwezen, was jonger dan 50 jaar. Van beide geslachten werden de meeste patiënten

naar de chirurg vewezen. Opvallend is dat geen enkele man werd verwezen naar het maatschappelijk werk.

Bakzeil halen

Het 'bakzeil halen' is in de tweede periode slechts 16 keer geregistreerd (1,5 procent van alle contacten in die periode) en in de derde periode slechts 17 keer (0,5 procent).

Beschouwing

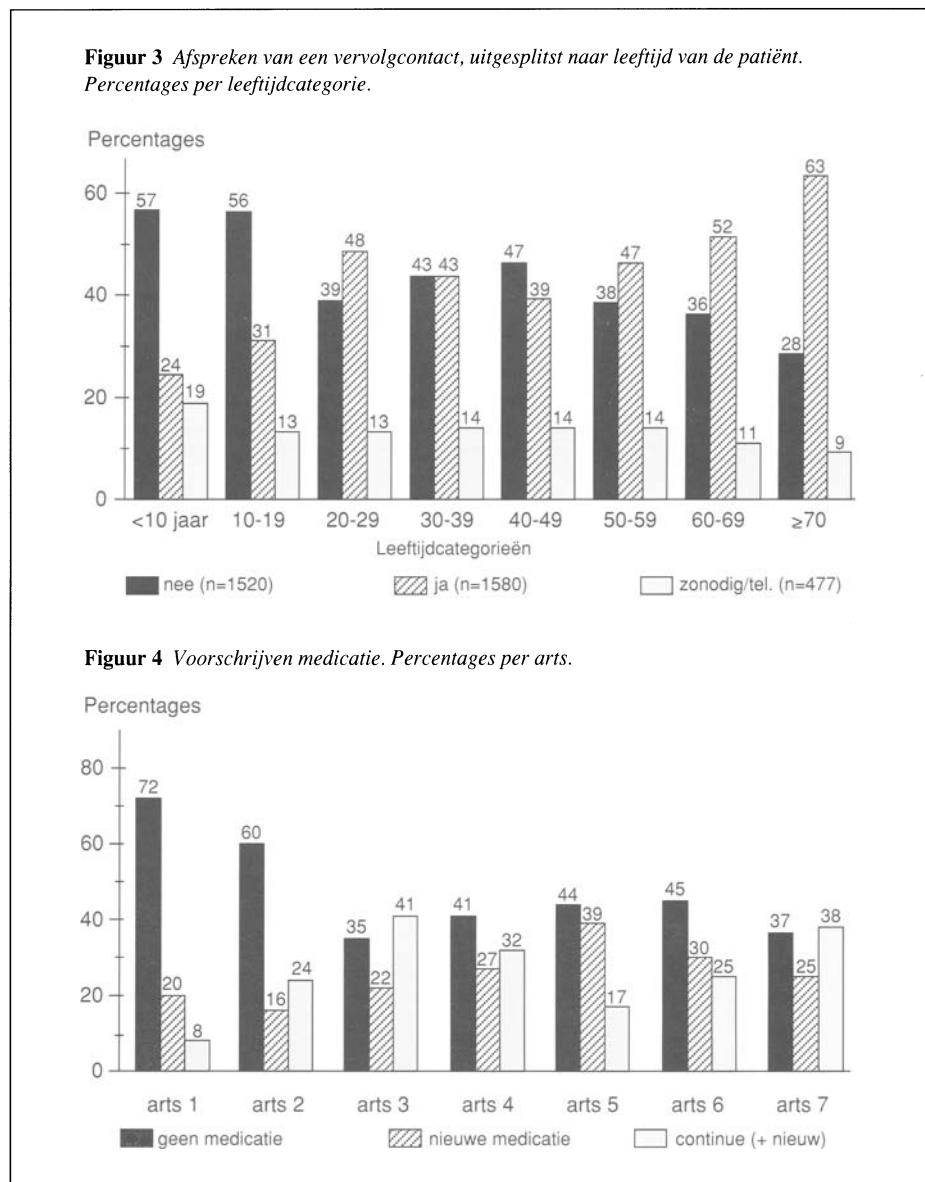
De meeste uitkomsten van de drie onderzoeksperiodes zijn vrijwel constant; daarom mogen we aannemen dat de conclusies die uit de differentiatie in de derde periode getrokken kunnen worden, ook gelden voor de eerste twee periodes.

De intra-doktervariatie was in alle drie de registratieperiodes gering. Dit komt overeen met de bevindingen in het Monitoring-project.² De inter-doktervariatie was daarentegen voor een aantal gegevens in ons onderzoek hoog.

Het aantal contacten per dag lag voor de verschillende artsen ver uiteen. De praktijkgrootte biedt daarvoor onvoldoende verklaring. Ook de aard van de praktijkpopulatie biedt vooralsnog geen aanknopingspunt; alle zeven praktijken liggen op het Groningse platteland en er zijn geen duidelijke verschillen in de samenstelling van de bevolking. Wel komen vijf van de zeven artsen in een verzorgingshuis. Voorlopig zoeken we de verklaring in persoonlijke verschillen.

Ook de verschillen tussen de artsen in de consult/visite ratio waren groot. Hier speelt zeker de persoonlijke voorkeur van de arts een rol. Voor de ene arts telt de efficiëntie van spreekuurconsulten zwaarder dan de afwisseling van visites rijden. Verder bleek de consult/visite ratio afhankelijk van de tijd van het jaar. In januari 1984 was deze verhouding 2/1; in de volgende periodes (die in het voorjaar vielen) 3/1.

In 43 procent van de gevallen sprak de arts bij de afsluiting een vervolcontact af. Dit percentage ligt wat hoger dan de 38 procent vervolcontacten die in dit onderzoek feitelijk is gerealiseerd. Bij de bespreking van



dit verschil kwam naar voren dat huisartsen soms afspreken dat de patiënt over X weken (of maanden) nog eens terug zal komen. Als de patiënt na verloop van tijd inderdaad terugkomt, is de arts die afspraak weleens vergeten. In zo'n geval zal hij dus registreren dat het om een nieuw contact gaat, terwijl het in werkelijkheid een vervolcontact is.

Bergsma heeft in 14 praktijken de in- en uitstroom van patiënten onderzocht. Het

percentage verwijzingen dat hij vond, komt vrijwel overeen met het onze. Bij Bergsma betrof het overgrote deel van de verwijzingen medisch specialisten en het percentage verwijzingen naar andere hulpverleners (fysiotherapeut, psychosociale hulpverlener, etc.) bedroeg slechts 1 procent. In ons onderzoek werd een iets groter percentage naar de eerste lijn verwezen (ruim 3 procent), maar het verschil is gering.³

Onze bevindingen over verwijzingen ko-

men ook overeen met de cijfers van het *Monitoringproject*; weliswaar werd daar 11 procent binnen de eerste lijn verwezen, maar de eerste lijn omvatte daar ook zaken als laboratorium-, röntgen- en urine-onderzoek. Wanneer wij onze definitie van de eerste lijn aanhouden, komt het percentage verwijzingen hierbinnen nagenoeg overeen.²

Veel grotere verschillen vonden we bij wat *Bergsma* het 'terugbestellen' noemt. In zijn onderzoek ging slechts 28 procent naar huis zonder een vervolgspraak. Bij ons was dat 42 procent. Daarnaast werd nog met ongeveer 14 procent afgesproken om 'zo nodig' weer contact op te nemen. Voor een aantal van deze patiënten is een vervolgspraak waarschijnlijk niet nodig geweest, zodat ons percentage patiënten zonder vervolgspraak waarschijnlijk beduidend groter is dan bij *Bergsma*.

Houden we ook nog rekening met het feit dat *Bergsma* alleen spreekuurcontacten analyseerde en wij ook visites, en dat in ons onderzoek bij spreekuurconsulten naar verhouding minder volgspraken werden gemaakt dan bij visites, dan zijn de verschillen tussen beide onderzoeken nog groter.

Evenals *Bergsma* vonden ook wij dat vaker met vrouwen dan met mannen een vervolgspraak werd afgesproken, maar dat dit verband alleen geldt voor personen jonger dan 50 jaar. Wij veronderstellen dat de verklaring hiervoor gezocht moet worden in consulten wegens zwangerschap, partus en anticonceptie.

Van de mogelijkheid tot een telefonisch vervolgspraak werd slechts door drie van de zeven artsen gebruik gemaakt. Dat bevestigt de bevinding van *Sietsma*, dat huisartsen terughoudend zijn met betrekking tot het gebruik van de telefoon.⁴

Ook met betrekking tot het voorschrij-

ven van medicatie is het interessant onze gegevens te vergelijken met de uitkomsten van ander onderzoek. Haaijer-Ruskamp maakt in haar literatuuroverzicht melding van een Engels survey, waarin twee van de drie consulten afgesloten werden met een recept; in een Nederlands artikel vond zij een percentage van 75 procent. De artsen uit ons onderzoek schreven in slechts 50 procent van de contacten medicijnen voor.⁵

Het 'bakzeil halen' kwam veel minder vaak voor dan werd verwacht.

Tijdens de bespreking van deze uitkomst werden verschillende verklaringen geopperd. Om te beginnen kan je met niemand beter over 'bakzeil halen' spreken dan met collegae; waarschijnlijk lijkt het fenomeen daardoor vaker voor te komen dan in werkelijkheid het geval is. Vervolgens maakt een contact waarin arts en patiënt conflicterende wensen of meningen hebben, veel meer indruk dan een harmonieus verlopen contact. In de beleving van de arts komen dit soort situaties daardoor waarschijnlijk vaker voor dan in werkelijkheid. Verder is het waarschijnlijk moeilijk om zwart-op-wit te zetten, dat je 'bakzeil' hebt moeten halen; je bent dan eerder geneigd om van een compromis te spreken. Dit verschijnsel is in de sociale psychologie bekend onder de naam 'dissonantie-reductie': je zoekt naar consonantie van je gedrag. En tenslotte was het begrip 'bakzeil halen' tevoren misschien niet duidelijk genoeg omschreven. Achteraf vragen we ons af of er wel geregistreerd is wat we dachten te registreren.

Overigens wijkt ons resultaat weinig af van de bevindingen van *Lamberts en Janssens*: in hun onderzoek werd defensief handelen genoteerd bij 2 procent van de consulten; de intra-doktervariatie was gering en de inter-doktervariatie was tamelijk groot.¹

Dit onderzoek was in eerste instantie bedoeld voor de zeven artsen zelf. Het doel was meer inzicht te krijgen in het eigen handelen. In veel onderzoeken gaat het om gemiddelden; wij waren juist geïnteresseerd in het unieke, in de plaats van iedere arts ten opzichte van dat gemiddelde. Sommige van onze resultaten sluiten goed aan bij de uitkomsten van ander onderzoek, maar geven daar tevens wat meer nuance aan. En dat is dan ook het aardige van dit onderzoek.

Dankbetuiging

Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij de gezamenlijke inspanning van A.C.J. Gerritsen, huisarts te Siddeburen en mevr. Z. Gerritsen-Aalfs, Tj. Hoekstra, huisarts te Bedum en mevr. T. Hoekstra-Herder, M. Maaskant, huisarts te Uithuizen en mevr. S. Maaskant-Kok, A. Ramaker, huisarts te Ezinge en mevr. T. Ramaker-Klok, I. Toonstra, huisarts te Ter Apel en mevr. A. Toonstra-Roelofs, W.E.C. Wind en mevr. P.T. Wind-Zeilstra, huisartsen te Siddeburen, en J.E. Beukema, huisarts te Winsum. De auteur van dit verslag is hen allen zeer erkentelijk voor hun steun en stimulans bij het analyseren en interpreteren van de gegevens.

Literatuur

- ¹ Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 598-602.
- ² Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ³ Bergsma J. Het bezoek aan de huisarts [1]. Naar de dokter en terug. Med Contact 1984; 22: 693-5.
- ⁴ Sietsma E. De telefoon in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1987.
- ⁵ Haaijer-Ruskamp M. Het voorschrijfgedrag van de huisarts [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984. ■

Abstract on page 121.

Marinus AMF. Inter-doctor variation in the Transition Project. Huisarts Wet 1990; 33(1): 3-7.

Two aspects of the phenomenon of inter-doctor variation in general practice are investigated in this article: how much do general practitioners differ with respect to the number and type of diagnoses that they make, and which new diagnoses are characterized by considerable or by little inter-doctor variation? The data for this analysis come from ten general practices that, up to August 1st 1988, had registered 49,217 new diagnoses in 24,030 patient years. Certain doctors appeared to use all ICPC chapters either relatively often or relatively little. Furthermore, the relative 'excess' or 'scarcity' of diagnoses is not evenly divided over all chapters, doctors showing varying patterns. Within chapters some doctors showed a preference for symptom diagnoses (component 1) and others for 'classic' diagnoses (component 7). Diagnoses with considerable inter-doctor variation include: vaginitis, tension headache, and cough; diagnoses with little inter-doctor variation include: urogenital candidiasis, hyperventilation, and low back symptoms without radiation.

Key words Epidemiology; Family practice; Inter-doctor variation; Morbidity study.

Correspondence Ms. A.F.M. Marinus, Department of General Practice, University of Amsterdam, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

Van Duijn NP. Literature investigation using a computer search. Effectiveness and efficiency of a search on sinusitis. Huisarts Wet 1990; 33(1): 9-13.

The outcome of a computer search for literature on the diagnosis of sinusitis was compared with a gold standard of 16 relevant articles. The maximum effectiveness was 75% at an efficiency of 10%. This result is in agreement with the literature. A computer search is therefore an efficient means of literature investigation with a number of significant limitations. These limitations are, among others, a consequence of differences in interpretation, inaccuracies and even mistakes in the assignment of keywords and difficulties with the formulation of adequate search procedures.

Key words Bibliography; Documentation; Medline; Sinusitis.

Correspondence N.P. van Duijn, Department of General Practice, University of Amsterdam, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

IJzermans CJ, Oskam SK. Measurement of continuity in general practice. Huisarts Wet 1990; 33(2): 51-6.

In this article three sorts of continuity are distinguished: continuity in the provider of care, in care and in time. Six continuity indices have been measured. The visit-based u index, the percentage of contacts with the most frequently visited doctor, is very suitable for the Dutch situation. As expected, this index is higher in the Netherlands than in Sweden or America. Both continuity in the provider and in care are high: 82% of all contacts and 86% of the contacts within one episode are with the same doctor. Continuity increases with patient age. The percentages quoted are underestimates because of deviations from routine in the running of the investigated practices (student education, shared practice). The relatively low continuity in some serious, chronic illnesses is striking.

Key words Continuity of care; Family practice.

Correspondence C.J. IJzermans, Department of General Practice, University of Amsterdam, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

Van den Boogaard CJM. Breast-feeding: protection or danger? A literature review. Huisarts Wet 1990; 33(2): 57-62.

There are indications that breast-feeding for at least three months without any supplementary feeding helps to prevent allergy. Under normal circumstances, transmission of environmentally dangerous substances via breast milk is unlikely to have any deleterious effects; however in the case of local pollution, dioxins and other persistent lipophilic organochlorine compounds can reach alarming concentrations. Bleeding tendencies as a consequence of vitamin K deficiency are mainly seen in exclusively breast-fed children. Early commencement of breast-feeding, if necessary supplemented with oral vitamin K, can prevent bleeding tendencies. Aids can probably be transmitted to the child via breast milk and therefore it is preferable for mothers with high virus concentrations in the blood not to breast-feed. This also possibly applies to other mothers with Aids and to mothers from high risk-groups.

Key words AIDS; Allergy and immunology; Breast feeding; Environmental pollution; Vitamin K deficiency.

Correspondence Dr. C.J.M. van den Bogaard, 268 Dorpsstraat, 2391 CK Hazerswoude, The Netherlands.

Beukema-Siebenga H. Doctor-patient contacts in seven general practices. An investigation into the establishment and termination of contacts and 'compromises' in treatment. Huisarts Wet 1990; 33(3): 93-5.

Over a period of 27 days, seven general practitioners registered data on the establishment and termination of doctor-patient contacts and on the occurrence of 'compromises' in treatment, i.e. situations where the doctor feels forced to modify plans for treatment in order to satisfy the patient. Contacts were more often initiated by the patient than by the doctor. The initiation of contacts was not influenced by the sex of the patient; age however was important, the contact being more often initiated by the doctor with older patients. Older patients were also more frequently visited at home, in 58% of cases on the doctor's initiative. Follow-up appointments were made in 43% of cases and in approximately 15% of cases the patient was asked to contact the doctor 'if necessary'. No medication was prescribed in half of the contacts; the prescription of medication was not dependent on the sex of the patient but on age. Additional investigation occurred in only 8% of cases; in 10% the patient was referred to a specialist. In 1% of cases the doctor 'compromised' in the choice of treatment.

Key words Doctor patient contact; Family practice.

Correspondence Mrs. H. Beukema-Siebenga, Vakgroep Pedagogiek, Andragogiek en Onderwijskunde, Groningen University, 30 A-weg, 9718 CW Groningen, The Netherlands.

Meijman FJ. From Aids anxiety to Hiv treatment? Trends in Aids problems in two general practices in Amsterdam, 1986-1989. Huisarts Wet 1990; 33(3): 96-7.

A survey over a course of three years in two Amsterdam general practices showed that an Aids related problem was registered in 78, 78 and 85 men and 50, 51 and 44 women, respectively. This was a new problem in approximately 70% of the men and 90% of the women. In women the vast majority of problems in all years measured could be traced back to an estimate of the risk of a possible Hiv-infection. In men however there was a shift to proven or suspected Hiv-infections. The number of symptomatic Hiv-patients appears to have more than doubled since the first year of the investigation.

Key words AIDS; Family practice; HIV-infection.

Correspondence F.J. Meijman, 125 Oude Turfmarkt, 1012 GC Amsterdam, The Netherlands.