Hoe lang duurt een goed consult?

1. Een literatuuronderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van huisartsconsulten

INGE HOFMANS-OKKES

Voor dit literatuuronderzoek naar de samenhang tussen lengte en kwaliteit van huisartsconsulten werden negentien studies geraadpleegd. In veel gevallen bleek de lengte van consulten alleen indirect te zijn vastgesteld (aantal afspraken per uur), terwijl voor de kwaliteit zeer verschillende criteria werden gehanteerd: naast het oordeel van de patiënt en de arts, ook een reeks van – niet altijd overtuigende – outcome- en processmaten. Op grond van de gevonden literatuur is het niet mogelijk te besluiten tot een rechte samenhang tussen lengte en kwaliteit van consulten. Dat betekent dat korte consulten in beginsel goed kunnen zijn, en omgekeerd, dat lange consulten niet goed hoeven zijn. Een dergelijke conclusie heeft een hoge face-validity: in veel gevallen vraagt een consult niet veel tijd. In het algemeen lijken patiënten het hiermee eens te zijn.

Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? 1. Een literatuuronderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van huisartsconsulten. Huisarts Wet 1991; 34(1): 6-13.

Drs. I.M. Hofmans-Okkes, taalkundige, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

Het ene consult duurt langer dan het andere; huisartsen en patiënten weten dat uit ervaring. Daarbij spelen niet alleen kenmerken van individuele patiënten en hun problemen een rol, maar ook opvattingen van de dokter (die zich bijvoorbeeld manifesteren in het aantal afspraken per uur) en de gewoonten die in een bepaald land (en in een bepaalde tijd) heersen.[1-5] Zo werd voor Nederland een aantal jaren geleden een gemiddelde consultduur van rond de zeven minuten gemeld;[1 6-8] inmiddels zou dat zijn opgelopen tot acht minuten.[9] In het Verenigd Koninkrijk lijkt het gemiddelde consult wat korter te duren, zo'n zes minuten.[10 11] Maar voor België wordt rond de vijftien minuten gemeld,[12 13] terwijl in Zweden een consult gemiddeld twintig minuten in beslag neemt.[3] Al deze cijfers hebben overigens betrekking op consulten in de spreekkamer: huisbezoeken duren gemiddeld beduidend langer.

In Engeland leidt de relatief korte consultduur al jaren tot discussies, waarbij de (grote) gemiddelde praktijkomvang vaak als oorzaak wordt genoemd. Talrijke coryfeeën van de Britse huisartsgeneeskunde hebben zich in dit debat gemengd. *Horder*, destijds voorzitter van The Royal College, beschreef 'the ubiquitous five-minute appointment system'[14] als 'a national disgrace', een opvatting die werd gesteund door *Tudor Hart*;[15 16] *Fry* daarentegen vond dat binnen het Britse systeem van huisartsgeneeskundige zorg – waarin continuïteit zo'n belangrijke rol speelt – een dergelijke gemiddelde consultduur zeer wel te verdedigen is, en 'far from a national disgrace'.[17]

Maar ook in Nederland is soms kritiek te horen op de tijd die beschikbaar is voor een consult. Zo verscheen naar aanleiding van het recente Nivel-onderzoek in de *Consumentengids* een kritische beschouwing onder de titel 'De dokter is een haastig mens', waarin gesteld wordt dat voor veel patiënten nauwelijks twee minuutjes overblijven tussen begroeting en afscheid;[18] net als in de Britse discussie wordt hier een te grote praktijkomvang als voornaamste boosdoener genoemd. Ook binnen de onderhandelingen tussen overheid, ziektekostenverzekeraars en huisartsen worden praktijkomvang, gemiddelde consultduur, kwaliteit en inkomen steeds met elkaar in verband gebracht.[19 20] Men lijkt het er algemeen over eens dat een langere consultduur tot meer kwaliteit zal leiden, en dat daarom praktijkverkleining wenselijk is.

In verschillende onderzoeken is echter vastgesteld dat het verband tussen praktijkomvang en consultduur allerminst eenduidig is.[11 21-23] Achter de *gemiddelde* consultduur gaat een enorme variatie schuil. Om te beginnen vragen sommige typen patiënten en consulten door hun aard natuurlijk meer tijd dan andere.[1 5 24-28] Belangrijker is echter de bevinding dat de feitelijke duur van een consult vooral wordt bepaald door de *taakopvatting* van de individuele huisarts: huisartsen verschillen in de hoeveelheid tijd die ze in beginsel per patiënt uittrekken en in hun wijze van consultvoeren.[12 29] Het lijkt dan ook sterk afhankelijk van de individuele dokter hoe door een eventuele praktijkverkleining 'vrijgekomen' tijd zal worden gebruikt, en het is in geen geval zeker dat een gemiddeld langere consultduur daar het gevolg van zal zijn.[30]

Waar het bij dit alles om draait, is natuurlijk de aard van de relatie tussen de *lengte* en de *kwaliteit* van een consult. Heeft lengte iets met kwaliteit te maken? Zijn – zoals de critici van korte consulten kennelijk vinden – lange consulten beter dan korte? En hoe lang moeten ze dan wel zijn? Verloopt de communicatie tussen arts en patiënt beter in langere consulten? Zijn patiënten tevredener over lange consulten? Wordt tijdens langere consulten betere of meer zorg gegeven? Verlopen ze in een betere sfeer?

Of maakt de lengte eigenlijk weinig uit? Of – sterker nog – zijn langere consulten helemaal niet beter?

In deze literatuurstudie wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken op dit terrein.

Literatuur

Relevante literatuur is gezocht via de index van *Huisarts en Wetenschap*, via Famli (rubrieken: physician-patient relations, time) en via een Medline-search van 1990 terug tot 1984 (trefwoorden: time, length, dura-

tion, encounter, consultation, family practice, family physician); door verwijzingen werd verdere literatuur opgespoord. Terwille van de actualiteit van de uitkomsten is alleen literatuur van na 1975 opgenomen. Bij 'dubbelpublikaties' is alleen het primaire artikel geraadpleegd.

In totaal werden 19 onderzoeken gevonden. Twee daarvan nemen een speciale plaats in. Het ene beschrijft niet alleen contacten met huisartsen, maar ook met internisten en gynaecologen;[2] het andere vergelijkt consultgedrag van 'residents' (arts-assistenten in opleiding) en 'faculty members' (opleiders) in een academisch Family Medical Center.[31] De andere zeventien hebben uitsluitend betrekking op consulten in huisartspraktijken.

Deze 19 onderzoeken lopen sterk uiteen in opzet, omvang, gehanteerde kwaliteitsnormen, methode van tijdmeting en de mate waarin ze harde conclusies toestaan. De belangrijkste kenmerken en resultaten zijn weergegeven in het schema op de pagina's 8 en 9.

Daarnaast bleek nogal wat literatuur beschikbaar die op zichzelf geen rechtstreeks antwoord op de onderzoeksvraag geeft, maar wel verhelderend is bij de bestudering van het onderwerp. Daaronder valt onderzoek naar de samenhang tussen consultlengte en andere dan *kwaliteits*factoren, onderzoek waaruit is af te leiden hoe patiënten in het algemeen over de lengte van consulten denken, en een aantal 'hartekreten' over dit onderwerp. Deze publikaties zijn voor een deel vermeld in de Inleiding en/of de Beschouwing.

Tevredenheid van patiënten

In zeven onderzoeken werd de kwaliteit van het consult (mede) vastgesteld aan de hand van het oordeel c.q. de tevredenheid van de betrokken patiënten.

Kent Smith et al. vonden in een klein onderzoek in de Verenigde Staten onder patiënten die voor de eerste keer een polikliniek bezochten, dat de tevredenheid van de patiënten toenam met de lengte van het consult; de gemiddelde consultduur was 34 minuten.[2]

Hull & Hull melden op grond van een vragenlijst-onderzoek onder ruim 1100 patiënten in 25 huisartspraktijken dat 91 procent de beschikbare tijd voldoende had gevonden; dat percentage steeg – maar niet belangrijk – met de duur. Overigens werd niet de feitelijke lengte van elk consult gemeten, maar werd uitgegaan van het aantal afspraken dat de betreffende huisarts per uur maakte. Op de vraag of de patiënten zich in staat hadden gevoeld hun probleem goed te vertellen, antwoordde 57 procent 'very well indeed' en 36 procent 'fairly well'. Bij langere consulten waren deze cijfers hoger, maar pas bij een duur van 8 minuten konden de onderzoekers een écht belangrijk verschil vaststellen. Dit alles weerhoudt hen er overigens niet van te concluderen dat '...these findings support the view that patients are dissatisfied with the time given to them..'.[31]

Morrell et al. verrichtten een experimenteel onderzoek, waarin het aantal afspraken per uur systematisch werd gevarieerd (12, 9 en 6 per uur); ook zij maten de duur van afzonderlijke consulten aan het aantal afspraken per uur. Zij stelden vast dat patiënten bij langere consulten iets minder klaagden over 'te weinig tijd' en iets vaker vonden dat ze de ruimte hadden gekregen al hun zorgen naar voren te brengen; er is echter geen sprake van belangrijke verschillen.[4]

Ridsdale et al. voerden een onderzoek uit dat in grote lijnen een replicatie was van het onderzoek van *Morrell et al.*, maar dan met twaalf, zes en vier afspraken per uur. Zij stelden vast dat patiënten bij twaalf consulten per uur belangrijk vaker klaagden over te weinig tijd dan bij vier consulten per uur; de antwoorden van de patiënten verschilden echter niet op andere maten, zoals op de vraag of alles goed uitgelegd kon worden, of ze genoeg informatie hadden gekregen en of ze voldoende gelegenheid hadden gehad om eventuele bezorgdheid te bespreken.[34]

Klein Buller & Buller konden in een vragenlijstonderzoek onder 219 patiënten die in de voorafgaande maand een bezoek aan een polikliniek hadden gebracht (bij een huisarts, een internist of een gynaecoloog), geen relatie vaststellen tussen de door de patiënten gepercipieerde duur van het consult en hun waardering voor de communicatie met de dokter.[32]

Andersson & Matsson (Zweden[3]) en *Rashid et al.* (Verenigd Koninkrijk[33]) vergelijken de tevredenheid van artsen en patiënten met de duur van het consult; opmerkelijk is de overeenkomst tussen hun uitkomsten, terwijl de gemiddelde consultduur in het Zweedse onderzoek 21 minuten was en in het Britse ongeveer 5 minuten. In beide onderzoeken bleek de overgrote meerderheid van de patiënten tevreden over de beschikbare tijd: respectievelijk 94 procent en 92 procent; bovendien vond respectievelijk 96 procent en 94 procent van de patiënten dat ze alles hadden kunnen zeggen c.q. dat de dokter het probleem goed had begrepen. Binnen het Zweedse onderzoek werd verder nog vastgesteld dat een langere duur van het consult (de consultduur varieerde van 4 tot 60 minuten) geen grotere tevredenheid bij de patiënten te zien gaf.

Tevredenheid van artsen

In vijf onderzoeken is (ook) het oordeel van de artsen over het consult als maat voor de kwaliteit gehanteerd.

Knight onderzocht het oordeel van een aantal huisartsen over de samenhang tussen praktijkgrootte en consultduur. Zij stelde vast dat artsen naarmate ze minder consulten per uur hadden, vaker van mening waren dat langere consulten tot meer kwaliteit leiden.[22]

Ook in het attitude-onderzoek van *Wilson* bleek een groot aantal artsen (72 procent) van mening dat ze betere zorg zouden kunnen geven als ze meer tijd per patiënt konden uittrekken.[35]

Morrell et al. (zie boven) stelden vast dat artsen na spreekuren met twaalf consulten per uur in 23 procent van de gevallen klaagden over tijdgebrek; bij negen consulten per uur was dat 6 procent en bij zes consulten per uur 2 procent. Met behulp van een meetinstrument dat het gevoel van 'stress' bij de deelnemers moest meten, konden geen verschillen tussen de verschillende condities worden aangetoond.[4]

Uit de onderzoeken van *Andersson & Matsson* en *Rashid et al.* bleek dat de dokters kritischer waren over de kwaliteit van het consult dan de patiënten.

Rashid et al. vergeleken voor elk consult de antwoorden van arts en patiënt. Beiden bleken het vaak eens te zijn: op de vraag of er genoeg tijd beschikbaar was geweest, antwoordden arts en patiënt in 216 van de 250 gevallen identiek; in 15 procent van de gevallen vond de dokter dat er niet genoeg tijd aan het consult was besteed, tegen 8 procent bij de patiënten. Over de vraag of de dokter het 'echte probleem' had achterhaald, waren arts en patiënt het ook in 216 gevallen eens, maar de dokter vond in 33 procent van de gevallen dat het 'echte probleem' niet was achterhaald, tegen 14 procent bij de patiënten.[32]

Andersson & Matsson hebben de antwoorden van arts en patiënt niet per consult vergeleken, maar geven alleen percenta-

De 19 onderzoeken naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van consulten

Onderzoek	Criterium kwaliteit	Omvang	Tijdmeting	Soort onderzoek	Conclusies
Thomas 1978[41]	komt patiënt binnen een maand terug?	200 consulten 1 dokter	feitelijke tijd	experiment: 5 c.q. 10 minuten bij 'zelfde' klacht	maakte niets uit
Murray et al. 1978[42]	frequentie recept antibiotica en tranquillizers c.q. alleen advies	899 consulten 12 dokters (& studenten)	feitelijke tijd	secundaire analyse: vergelijking lange en korte consulten ('tutorials')	bij langere significant minder recepten en méér alleen advies
Verby et al. 1979[36]	score arts op instrument interviewvaardigheid	118 consulten 17 dokters	feitelijke tijd	experiment: andere consultstijl na peergroup review?	consulten werden beter en langer
Pendleton & Bochner 1980[24]	score arts op consultvaardigheid, i.h.b. verstrekken van informatie	79 consulten 6 dokters	feitelijke tijd	video-opnamen, consultanalyse	lengte vooral bepaald door dokter, minder door 'aanbod'
Kent Smith et al. 1981[2]	score 'verbaal gedrag' arts oordeel patiënt	29 consulten 11 dokters	feitelijke tijd	video-opnamen, consultanalyse en interview patiënten	naarmate langer meer tevredenheid, vooral wegens 'genoeg informatie'
Hughes 1983[39]	verwijzen, voorschrijven, terugbestellen; komt patiënt binnen maand terug?	520 patiënten 6 dokters	feitelijke tijd	vergelijking korte met iets langere consulten	bij kortere consulten iets meer recepten, iets meer patiënten retour
Hull & Hull 1984[31]	oordeel patiënt	1112 patiënten 25 dokters	aantal afspraken/u	vragenlijstonderzoek onder patiënten	91% vond tijd voldoende, 93% kon alles zeggen; conclusie is toch: te weinig tijd
Wilson 1985[35]	oordeel arts	156 dokters	gemiddelde door dokters opgegeven tijd per consult (c.q. 7 minuten)	enquête onder dokters	72% dokters zou meer tijd per consult willen om betere zorg te geven
Morrell et al. 1986[4]	lichamelijk onderzoek, voorschrijven; hoeveel problemen vastgesteld? patiënten snel retour? oordeel patiënt oordeel arts	780 consulten 5 dokters	aantal afspraken/u	experiment: consulten van 5, 7,5 en 10 minuten; audio; interview arts en patiënt	bij langer: meer besproken, artsen en patiënten tevredener, niet significant; geen verschil outcome
Thomassen 1986[6]	kwaliteit consulten, m.n. 'communauteit'	315 consulten 52 praktijken	feitelijke tijd	secundaire analyse audiobanden TRIPT-project	licht positieve samenhang tussen lengte en communauteit

ges. De artsen vonden van 23 procent van de consulten dat ze niet lang genoeg hadden geduurd; in gevallen waarin de dokter dacht dat de klacht van de patiënt een psychosociale achtergrond had, was dit zelfs 84 procent. Van de patiënten vond slechts 6 procent dat het consult te kort had geduurd.[3]

Andere outcome- c.q. process-maten

In dertien studies werd het kwaliteitsoordeel gebaseerd op één of meer door de onderzoeker gepostuleerde en gescoorde normen; in vier daarvan[2 4 32 34] zijn bovendien het oordeel van patiënt en/of dokter in het onderzoek betrokken. Bij deze outcome- of process-maten gaat het om criteria die betrekking hebben op *wat* de dokter doet (voorschrijven, verwijzen, lichamelijk onderzoek), *hoe* hij dat doet (empathisch of niet, directief of niet), en op algemene kenmerken van de communicatie. De criteria die daarbij zijn aangelegd, lopen nogal

De 19 onderzoeken naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van consulten (vervolg)

Onderzoek	Criterium kwaliteit	Omvang	Tijdmeting	Soort onderzoek	Conclusies
Roland et al. 1986 [38]	score arts en patiënt op instrument voor meting verbaal gedrag	623 consulten 5 dokters	aantal afspraken/u	analyse audiomateriaal Morrell et al.	meer vragen dokter, meer mededelingen patiënt bij langere consulten
Knight 1987[22]	oordeel arts	316 dokters	aantal afspraken/u	vragenlijstonderzoek over lengte consulten en praktijkgrootte	dokters met minder afspraken vonden vaker dat bij meer tijd consulten beter zouden zijn
Tielens 1987[37]	score op instrument 'type consult'	631 consulten 57 dokters	feitelijke tijd	secundaire analyse audiobanden project Somatische Fixatie	naarmate langer, beter consult; toch zijn korte consulten vaak goed en lange niet altijd
Klein Buller & Buller 1987[32]	oordeel patiënt	219 patiënten n.a.v. consult met huisarts, internist of gynaecoloog	door de patiënt geschatte duur	vragenlijst, schriftelijk of telefonisch voorgelegd	geen verband tussen waardering van 'communication style' en lengte consult
Andersson & Matsson 1989[3]	oordeel patiënt oordeel arts	160 patiënten 7 dokters	feitelijke tijd	vragenlijst meteen na consult ingevuld door arts en patiënt	langere consulten maakten niet tevredener; patiënten waren positiever dan dokters
Howie et al. 1989[40]	aandacht voor psychosociale problemen vs. voorschrijven	1787 consulten, 85 dokters	feitelijke tijd	vaststelling relatie lengte en 'process of care'	bij dokters met gemiddeld langere consulten meer aandacht voor psychosociale problemen
Rashid et al. 1989[33]	oordeel patiënt oordeel arts	250 patiënten 4 dokters	aantal afspraken/u (ca. 12)	vragenlijst meteen na consult ingevuld door arts en patiënt	tamelijk grote tevredenheid, maar te weinig preventieve zorg; patiënten zijn positiever dan dokters
Ridsdale et al. 1989[34]	lichamelijk onderzoek, voorschrijven; hoeveel problemen vastgesteld? patiënten snel retour? oordeel patiënt	961 consulten 2 dokters	aantal afspraken/u	experiment: consultduur van 5, 10 en 15 min; audio, interview arts en patiënt	bij 5 min: minder vragen en antwoorden en meer klachten over duur; verder geen verschil
Wilson 1989[43]	'open' analyse effecten	350 consulten 2 dokters	feitelijke tijd	onderzoek naar effecten van overgang van 8 naar 6 afspraken/u	feitelijk consult werd 1 min. langer; langere wachttijd; meer (niet significant) bespreking 'life-style'

uiteen en weerspiegelen de verschillende opvattingen van de onderzoekers.

• In drie onderzoeken uit deze categorie wordt een 'interactie-schaal' als maat gehanteerd. Daarbij worden eerst diverse aspecten van de communicatie (typen vragen, hoe lang elk van de gesprekspartners aan het woord is geweest enz.) beoordeeld door één of meer 'raters'. De uitkomsten worden vervolgens in verband gebracht met de duur van het gesprek.

Verby et al. stelden vast dat dokters na peer-group review veel beter scoorden op het gebruikte meetinstrument, en dat dit gepaard ging met een toegenomen consultduur.[36]

Thomassen vond een zwakke samenhang tussen langere consulten en de door hem gehanteerde kwaliteitsnorm 'communauteit'.[6]

Pendleton & Bochner onderzochten of 'informatie geven' als norm voor kwaliteit een relatie had met de consultlengte. Dit was niet het geval: consulten verschilden in lengte, maar dat hing niet samen met de hoeveelheid gegeven informatie.[24]

• In vijf onderzoeken wordt een relatie gelegd tussen interventies en de wijze waarop het gesprek zich voltrekt.

Tielens hanteerde in zijn consultanalyse zowel maten voor het verloop van de communicatie, als ook variabelen als voorschrijven en verwijzen; hij vond een licht positieve samenhang tussen lengte en de door hem gehanteerde norm voor kwaliteit.[37]

Morrell et al. constateerden dat in langere consulten meer problemen werden besproken,[4] maar deze bevinding werd niet bevestigd door het replicerend onderzoek van *Risdale et al.*[34]

Roland et al.[38] en *Ridsdale et al.*[34] vonden bij langere gesprekken meer taaluitingen dan bij kortere: méér vragen (vooral van de dokter) en méér antwoorden (vooral van de patiënt). Verder waren er geen verschillen: in beide onderzoeken werd in langere consulten niet meer of minder voorgeschreven, verwezen of lichamelijk onderzoek gedaan en lieten de patiënten geen ander terugkom-gedrag zien dan bij korte consulten.

Kent Smith et al. stelden in hun consultanalyse vast, dat de grotere tevredenheid over langere consulten vooral samenhing met het feit dat de patiënten het gevoel hadden meer informatie te hebben gekregen.[2]

• Een laatste groep onderzoekers meet de kwaliteit uitsluitend af aan outcome-maten: de interventies, of hoe het de patiënt verder vergaat.

Hughes onderzocht de outcome van ruim 500 consulten in twee vergelijkbare huisartspraktijken met een afspraakspreekuur van respectievelijk zes en twaalf consulten per uur. Daarbij werd gekeken of patiënten in de twaalf-per-uur-praktijk vaker werden verwezen (dat was niet zo), of ze vaker binnen een maand weer terug kwamen en vaker een recept kregen (dat was wél zo).[39]

In het onderzoek van *Howie et al.* werd de kwaliteit van bijna 1800 eerste consulten wegens een luchtwegaandoening beoordeeld. Dat gebeurde aan de hand van het criterium of er aandacht werd geschonken aan psychosociale problemen ('beter') dan wel een recept voor antibiotica werd gegeven ('minder goed'). De resultaten werden vervolgens in verband gebracht met de variabele 'consultduur'. Of er sprake was van een psychosociale achtergrond, en of daarop dan werd ingegaan, werd steeds door de dokter gerapporteerd. Bij langere consulten (>9 minuten) werd vaker gesproken over psychosociale problemen dan bij korte consulten (<6 minuten), ongeacht het aantal afspraken per uur. In die gevallen waarin psychosociale problemen werden besproken, werden minder antibiotica voorgeschreven. De onderzoekers concluderen dat – gemeten aan hun kwaliteitscriterium – lange consulten beter zijn dan korte. Daarbij stellen ze vast dat de 'goede' consulten (gemiddeld langer, gemiddeld meer psychosociale inhoud, minder antibiotica) evenredig verdeeld waren over de artsen, ongeacht het aantal afspraken per uur.[40]

Thomas hanteerde als norm of patiënten na langere c.q. kortere consulten binnen vier weken al of niet terugkwamen, en constateerde geen verschil.[41]

Murray et al. merken op dat er in 'tutorials' (spreekuren waarbij ervaren huisartsen samen met huisartsen in opleiding patiënten zien en de consulten nabespreken) grote verschillen bestonden in gemiddelde duur van de consulten. Vervolgens bleek dat in de kortere consulten significant meer recepten voor antibiotica en tranquillizers werden voorgeschreven, en dat klachten of problemen significant minder vaak met alleen advies werden afgedaan; dit verschil gold voor nieuw aangeboden klachten en kon niet worden toegeschreven aan verschillen in aangeboden morbiditeit, klachten of leeftijd/geslachtsverdeling van de patiënten.[42]

Wilson tenslotte wilde in een explorerende studie vaststellen wat er gebeurde als in plaats van acht nog maar zes afspraken per uur werden gemaakt; hij kon geen enkel verschil tussen beide condities vaststellen.[43]

Beschouwing

Het oordeel van patiënten

Op grond van de hier besproken literatuur mag voor wat betreft het oordeel van de patiënten niet geconcludeerd worden dat langere consulten zonder meer beter zijn. Wel zijn er aanwijzingen dat in spreekuren op vijf-minuten-basis meer klachten bestaan over de beschikbare tijd.

Natuurlijk is dat een kwaliteitsoordeel dat serieus genoemen moet worden, maar er moeten wel enkele kanttekeningen bij geplaatst worden: de gevonden verbanden zijn niet altijd even overtuigend, en hier en daar lijken de getrokken conclusies niet zonder meer gelegitimeerd. In één van de onderzoeken zijn de gevonden verbanden tussen de tevredenheid van de patiënt en de consultlengte in feite erg zwak.[4] In een replicerend onderzoek werd weliswaar bevestigd dat patiënten bij korte consulten belangrijk vaker klagen over de beschikbare tijd, maar die uitkomst werd vervolgens gemitigeerd door andere resultaten van hetzelfde onderzoek. Patiënten binnen de verschillende condities bleken nauwelijks te verschillen in hun oordelen over andere belangrijke kwaliteitskenmerken (genoeg ruimte om alles uit te leggen over de klachten, voldoende informatie gekregen). Kennelijk hing de variabele *lengte* niet rechtstreeks met deze oordelen samen.[34] Voor

zowel het onderzoek van *Morrell et al.* als dat van *Ridsdale et al.* geldt overigens als methodologisch bezwaar dat de onderzoeksopzet (waarbij de beschikbare tijd per consult systematisch werd gevarieerd) gemakkelijk geleid kan hebben tot uitkomsten die vooral op een artefact berusten: huisartsen die opeens meer (of minder) tijd per consult beschikbaar hebben, gaan zich zonder twijfel anders dan anders gedragen. De waargenomen effecten moeten dan ook ten minste gedeeltelijk worden toegeschreven aan allerlei weinig inzichtelijke aspecten van proefpersoon-gedrag.

De conclusie van *Hull & Hull* dat patiënten vinden dat ze te weinig tijd krijgen, is op grond van hun resultaten niet staande te houden. Uit hun onderzoek blijkt juist dat patiënten in overgrote meerderheid wél vonden dat er voldoende tijd beschikbaar was geweest; ze klaagden dat ze het moeilijk hadden gevonden alles naar voren te brengen – maar dat is iets heel anders. Opnieuw geldt dat *lengte* kennelijk niet rechtlijnig verband houdt met andere aspecten van (ervaren) kwaliteit.[31]

Het onderzoek van *Kent Smith et al.*, dat wel een belangrijke positieve relatie aantoont tussen lengte en tevredenheid, is erg klein, en uitsluitend gebaseerd op eerste en gemiddeld tamelijk lange consulten in een Family Medical Center; dat maakt de uitkomsten niet zonder meer generaliseerbaar.[2]

Verder moet hier nog een tweetal algemene problemen met dit type onderzoek worden belicht.

In de eerste plaats is een aantal van de genoemde onderzoeken voor de variabele 'consultduur' gebaseerd op het aantal afspraken per uur en niet op de feitelijke duur. Daardoor is de duur van de individuele consulten dus niet bekend, en kunnen geen conclusies worden getrokken over de relatie tussen consultduur en tevredenheid van de patiënt.

Een tweede opmerking betreft de interpretatie van de uitkomsten. Als in een bepaald onderzoek 10 procent van de patiënten vindt dat de bestede tijd niet voldoende was, dan mag men daar niet uit concluderen dat langere consulten dus tot meer tevredenheid zullen leiden.[45] Een veranderd beleid zou er immers heel wel toe kunnen leiden dat een veel groter deel van de patiënten het consult dan te lang zal vinden. Overigens wordt binnen de hier besproken literatuur nergens rekening gehouden met die mogelijkheid.

Dat patiënten in het algemeen tevreden zijn met de duur van consulten, blijkt ook uit recent onderzoek met heel andere onderzoeksvragen. *Lowenthal et al.*[47] en *Harrison*[48] deden onderzoek waarbij de patiënten bij het maken van de afspraak zelf mochten aangegeven hoe lang ze nodig dachten te hebben. Bij *Lowenthal et al.* konden 200 patiënten kiezen uit 5 minuten, 10 minuten, of langer; bij *Harrison* konden 309 patiënten kiezen uit 5, 10 of 15 minuten. In beide onderzoeken kozen vrijwel alle patiënten (respectievelijk 97 en 90 procent) voor een consult van 5 of 10 minuten.

De hier besproken literatuur over patiëntoordelen geeft de indruk dat patiënten in het algemeen tamelijk tot zeer tevreden zijn over de lengte van consulten. Twee recente Nederlandse dissertaties bevestigen deze uitkomst.

Verhaak vond in een onderzoek onder bijna 1500 patiënten dat 99 procent(!) van de patiënten van oordeel was dat de dokter voldoende (56 procent), veel (25 procent) of zelfs heel veel (18 procent) tijd beschikbaar had.[44] *Van der Grinten* noemt als resultaat van zijn enquête onder ruim 500 patiënten die zojuist een bezoek aan hun huisarts hadden gebracht, dat ruim 90 procent de bestede tijd voldoende vond en van mening was dat ze alles hadden kunnen zeggen wat ze wilden.[45] Hoewel deze patiënt-oordelen niet gecorreleerd zijn aan de feitelijke duur van de consulten, zijn dergelijke uitkomsten toch van belang voor het algemene beeld van het effect van de factor 'tijd' op het door de patiënt ervaren hulpverleningsproces.

Opvallend is dat het oordeel van de patiënt relatief weinig is gebruikt als norm voor een 'goed consult'; in slechts zeven van de negentien onderzoeken is de patiënten naar hun oordeel gevraagd. Het lijkt belangrijk om in onderzoek op dit terrein een prominente plaats toe te kennen aan het oordeel van de patiënt, in samenhang met de feitelijke consultduur. Hoe onmisbaar de informatie is die alleen maar door de patiënt zelf gegeven kan worden, blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek als dat van *Howie et al.*; daarin wordt voor de relevantie van de bespreking van psychosociale factoren in individuele consulten afgegaan op het oordeel van de dokter. Het zal geen nader betoog behoeven dat de gegevens hieromtrent sterk aan waarde zouden winnen als de patiënt daarover zelf ook was geraadpleegd.

Het oordeel van artsen

Op grond van de literatuur moet worden geconcludeerd dat bezorgdheid over een te korte duur van het consult meer bij artsen leeft dan bij patiënten. Helaas geeft de literatuur geen exact inzicht in de precieze relatie tussen de tevredenheid van de arts en de feitelijke duur van de individuele consulten: er worden steeds gemiddelden gegeven, gebaseerd op het aantal afspraken per uur. Gunstige uitzondering is het onderzoek van *Andersson & Matsson*.[3] Niettemin lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat dokters in het algemeen vinden dat (te) korte consulten leiden tot geringere kwaliteit, en dat hun eigen beleid in dezen beter zou kunnen. Ze lijken daarover kritischer te zijn dan patiënten.

Andere outcome- en process-maten

Ook uit de laatste groep onderzoeken is geen gelegitimeerde conclusie te trekken omtrent de relatie tussen lengte en kwaliteit van consulten.

In vijf onderzoeken werden alleen zwakke[6 34] of helemaal geen correlaties vastgesteld.[21 38 40] Bij een aantal andere is niet zonder meer duidelijk waarom sommige kenmerken als norm voor 'kwaliteit' werden beschouwd. Dat geldt voor 'terugkomgedrag van de patiënt',[36 38] waarbij de onderzoekers ervan uitgaan dat consulten beter zijn geweest als patiënten *niet* binnen een maand terugkomen. Dat geldt ook voor de correlaties met voorschrijf- en onderzoekgedrag van de dokter,[31 35 36] zoals in het onderzoek van *Howie et al.* waarbij men ervan uitgaat, dat bij luchtwegaandoeningen praten zonder meer is te verkiezen boven het voorschrijven van antibiotica.

Ook van de bevinding dat er meer vragen en antwoorden en in het algemeen meer taaluitingen werden gemeten in langere consulten,[33 38] is de relatie met 'kwaliteit' onduidelijk: de kennelijke onderliggende, maar discutabele opvatting is dat veel taaluitingen per consult een blijk van hoge kwaliteit vormen.

Soms worden tegenstrijdige resultaten gemeld, waarbij niet is uit te maken welke uitkomst beslissend geacht moet worden·4 [31] En tenslotte is in één onderzoek[41] niet duidelijk in hoeverre het resultaat – een sterk positieve relatie tussen consultlengte en minder voorschrijven – beïnvloed is door andere factoren, omdat het niet om gewone consulten gaat maar om 'tutorials'.

In veel onderzoek wordt een grote spreiding gevonden voor de gemiddelde consultduur per arts; daaruit zou geconcludeerd kunnen worden dat dokters bereid en in staat zijn flexibel met hun tijd om te gaan. Het onderzoek van *Howie et al.* 1989 ondersteunt – onbedoeld – deze stelling; daarbij bleek immers dat dokters, ongeacht het aantal consulten dat ze per uur in hun agenda hadden staan, langer met patiënten praatten als ze dachten dat psychosociale problemen een rol speelden.

Op grond van de hier besproken literatuur is het niet mogelijk te besluiten tot een rechte samenhang tussen lengte en kwaliteit van consulten. Dat betekent dat korte consulten in beginsel goed kunnen zijn, en omgekeerd, dat lange consulten niet goed hoeven zijn. Een dergelijke conclusie heeft een hoge face-validity: voor een groot aantal consulten is ongetwijfeld niet erg veel tijd nodig; patiënten lijken het daarmee in het algemeen ook eens te zijn.

Voor verder onderzoek op dit terrein verdient het aanbeveling per consult patiëntgebonden gegevens (reden voor komst, wensen vooraf, oordeel over het consult), informatie van de huisarts (diagnose, oordeel over het consult) in verband te brengen met kenmerken van het consult, waaronder in ieder geval de feitelijke duur.

Literatuur

1 Verhaak PFM. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten of patiënten, uitgedrukt in tijd. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1986; 64: 558-62.

2 Kent Smith C, Polis, E, Hadac RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. J Fam Pract 1981; 12:283-8.

3 Andersson SO, Matsson B. Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients. Fam Pract 1989; 6: 130-4.

4 Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. Br Med J 1986; 292: 870-3.

5 Westcott R. The length of consultations in general practice. J R Coll Gen Pract 1977; 27: 552-5.

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

7 Van Zutphen WM. De taken van de huisarts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg 1984.

8 Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Resultaten van een functie-analyse in 93 huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg 1983.

9 Van der Zee J. De nationale studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. Medisch Contact 1990; 19: 611-4.

10 Fleming DM. Consultation length (letter). J R Coll Gen Pract 1987; 37: 179.

11 Butler JR. How many patients? Occasional paper on social administration 64. London: Bedford Square Press 1980.

12 De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de RU Gent [Dissertatie]. Gent: Centrum voor de Huisartsopleiding 1989.

13 De Smet R. Tijds- en financiële analyse van een groepspraktijk. In: Heyrman J (ed). Huisartspraktijk in Vlaanderen. Een doorlichting van het patiëntenaanbod, klachten en ziektebeelden met advies voor praktijkregistratie. Leuven, Amersfoort: Acco: 1984. 75-88.

14 Buchan IC, Richardson IM. Time study of consultations in general practice. Scottish Health Service studies 27. Edinburg: Scottish Home and Health Department 1973.

15 Donald AG. Oasis or beachhead. James Mackenzie lecture 1985. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 558-64.

16 Hart JT. General practice workload, needs, and resources in the National Health Service. J R Coll Gen Pract; 1976: 26, 885-92

17 Fry J. In defence of the 5-10 minute consultation. Update 1986: 192-3.

18 Anoniem. De dokter is een haastig mens. Consumentengids 1990; 394-5.

19 'Rapport van der Ven'. Advies uitgebracht aan de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. 's-Gravenhage: 1966.

20 Paardekooper & Hoffman, accountants. Uitkomsten Verrichtingen/Tijdsbestedings-enquête. Rapport aan het Centrale Bestuur van de LHV. Utrecht: 1981.

21 Calnan M, Butler JR. The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. Soc Sci Med 1988; 36: 435-41.

22 Knight R. The importance of list size and consultation length as factors in general practice. J R Coll Gen Pract 1987:; 37: 19-22.

23 Wilkin D, Metcalfe DHH. List size and patient contact in general medical practice. Br Med J 1984; 289: 1501-45.

24 Pendleton DA, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' class. Soc Sci Med 1980; 14: 669-73.

25 Hall JA, Roter D, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-75.

26 Raynes N, Cairns V. Factors contributing to the length of general practice consultations. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 496-8.

27 Stewart M. Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. Fam Pract 1984; 1:30-6.

28 Bensing JM, Sluijs EM. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. NHI-bijdrage aan de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel I. Utrecht: NHI 1984.

29 Meyboom WA. Praktijkverkleining en werkbelasting. Huisarts Wet 1979; 22: 441-2.

30 Horobin G, McIntosh J. Time, risk and routine in general practice. Sociol Health Illness 1983; 5: 312-31.

31 Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner: the patient's view. J R Coll Gen Pract 1984; 34: 71-5.

32 Klein Buller M, Buller DB. Physicians' communication style and patients satisfaction. J Health Soc Behav 1987; 28: 375-88.

33 Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. Br Med J 1989; 299: 1015-6.

34 Ridsdale L, Carruthers M, Morris M, Ridsdale J. Study of the effect of time availability on the consultation. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 488-91.

35 Wilson AD. Consultation length: general practitioners' attitudes and practices. Br Med J 1985; 290: 1322-4.

36 Verby JE Holden P Davis RH. Peer review of

consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. Br Med J 1979; 1: 1686-1688.
[37] Tielens VCLMG. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit 1987.
[38] Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJF et al. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. Br Med J 1986; 292: 874-6.
[39] Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. J R Coll Gen Pract 1983; 33: 143-7.
[40] Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. Br Med J 1989; 298: 1008-10.
[41] Thomas, KB. Time and the consultation in general practice. Br Med J 1978; 283: 1000.
[42] Murray TS, Barber JH, Hannay DR. Consulting time and prescribing rates. Update 1978: 969-73.
[43] Wilson A. Extending appointment length; the effect in one practice. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 24-5.
[44] Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen [Dissertatie Rotterdam]. Utrecht: Nivel 1986.
[45] Van der Grinten RF. Inbreng van patiënten. Een onderzoek van spreekuurkontakten [Dissertatie]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut 1988.
[46]. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978; 12: 283-92.
[47] Lowenthal L, Bingham E. Length of consultation: how well do patients choose? J R Coll Gen Pract 1987: 198-9.
[48] Harrison AT. Appointment systems: evaluations of a flexible system offering patients limited choice. Br Med J 1988; 296: 685-6.

■

Abstract

Hofmans-Okkes I. How long does a good consultation last? 1. A literature search on the relationship between length and quality of consultations in general practice. Huisarts Wet 1991; 34(1): 5-13.

Nineteen studies were consulted for this investigation of the relationship between length and quality of consultations in general practice. In many cases it appeared that the length of consultations had only been determined indirectly (number of appointments per hour), while very different criteria were used to define quality: as well as judgements of the doctor and patient, a series of sometimes unconvincing measurements of outcome and process. It is not possible to decide that there is a direct relationship between length and quality of consultations on the basis of the studies consulted. This means that short consultations can in principle be good and, alternatively, that long consultation are not necessarily good. Such a conclusion has a high face validity: many consultations do not require much time. In general, patients seem to agree to this conclusion.

Key words Consultation; Family practice; Physician patient relation; Time.

Correspondence Drs. I.M. Hofmans-Okkes, Department of General Practice, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.

Hoe lang duurt een goed consult?

2. Een onderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van 200 huisartsconsulten

INGE HOFMANS-OKKES

In dit artikel wordt de relatie tussen de lengte en de kwaliteit van 200 consulten van tien huisartsen onderzocht. Daarnaast is voor 30 consulten globaal nagegaan wie de duur van het consult bepaalde, de huisarts of de patiënt. Voor 'kwaliteit' werden twee criteria gehanteerd: (1) het al dan niet volledig achterhalen van de contactreden(en) door de huisarts, en (2) het oordeel van de patiënt over de communicatie tijdens het consult. In de geanalyseerde consulten bleek dat de aldus gedefinieerde 'kwaliteit' een omgekeerde relatie vertoonde met de duur van het consult. Deze uitkomst geeft geen steun aan de opvatting dat goede hulpverlening door huisartsen lange consulten vraagt. Uit de globale analyse van dertig consulten bleek dat zowel de huisarts als de patiënt initiatieven namen om het gesprek te beëindigen. Deze uitkomst staat haaks op de conclusies uit eerder conversatie-analytisch onderzoek, waarin het beëindigen van het gesprek altijd wordt beschreven als een initiatief van de huisarts.

Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? 2. Een onderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van 200 huisartsconsulten. Huisarts Wet 1991; 34(1): 14-20.

Drs. I.M. Hofmans-Okkes, taalkundige, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

Er is vaak gesuggereerd dat problemen in de communicatie tussen arts en patiënt voor een deel te verklaren zouden zijn uit tijdgebrek. Al in 1972 probeerden *Korsch & Negrete* de 'gaps in communication' die zij eerder hadden vastgesteld in consulten van kinderartsen, te relateren aan de beschikbare tijd. Tegen hun verwachtingen in bleek echter, dat patiënten over langere consulten volstrekt niet tevredener waren: het leek er eerder op dat een relatief lange duur van een consult juist een aanwijzing vormde voor een problematisch gesprek.[1]

Sindsdien is nog talrijke malen onderzoek gedaan naar de gang van zaken tijdens huisartsconsulten vanuit de hypothese dat consulten (volgens enigerlei meetinstrument) 'beter' zouden blijken naarmate ze langer duurden. Het onderzoek dat hierover thans beschikbaar is, laat echter geen gefundeerd oordeel toe, onder meer als gevolg van een aantal methodologische tekortkomingen.[2] In dit artikel wordt een onderzoek beschreven waarin is geprobeerd deze bezwaren zoveel mogelijk te ondervangen.

Kwaliteit

Eén van de problemen waarvoor eerdere onderzoekers zich gesteld zagen, was de noodzaak om één of meer criteria voor 'kwaliteit' te kiezen. Voor het hier beschreven onderzoek zijn twee criteria gekozen: het *achterhalen van de contactreden door de huisarts*, en het *oordeel van de patiënt over de communicatie*.

- Goede geneeskundige zorg vereist dat de dokter een helder beeld heeft van de redenen waarom een patiënt naar het spreekuur is gekomen. Dat geldt bij uitstek in de huisartsgeneeskunde, waar het vaak niet gaat om eenduidige diagnosen die min of meer automatisch tot een bepaalde interventie leiden, maar minstens zo vaak om klachten of problemen waarbij het beleid vooral wordt bepaald door de individuele wensen en voorkeuren van de patiënt. Hoe belangrijk het achterhalen van de contactreden is, valt uit verschillende onderzoeken op te maken: er is een positieve relatie gevonden tussen een precieze vaststelling van de contactreden en een aantal positieve kenmerken van consulten: een zinvolle behandeling en een gunstig beloop,[4-6] satisfactie van de patiënt,[7] compliantie[1 8] en een betere verhouding tussen arts en patiënt.[8-10] Het goed en volledig achterhalen van de contactreden geldt algemeen als een centrale waarde in de huisartsgeneeskunde, en in de huisartsopleiding wordt aan dat aspect van het professioneel handelen dan ook veel aandacht besteed.[3] Er zijn dus sterke argumenten om het al dan niet achterhalen van de contactreden(en) te beschouwen als een voorwaarde voor goede hulpverlening, en dus als een belangrijk criterium voor de 'kwaliteit' van consulten. En het zal duidelijk zijn dat er maar één manier is om vast te stellen, in hoeverre de contactreden achterhaald is: door het aan de patiënt te vragen.

- Daarnaast is natuurlijk ook het oordeel van de patiënt over het consult zelf een belangrijk criterium voor 'kwaliteit'; het gaat hier immers om een consument die een dienst vraagt van een professional. Dat oordeel (in de literatuur vaak aangeduid met de weinig omschreven term 'satisfactie') kan op talrijke manieren worden onderzocht.[11 14] In het hier beschreven onderzoek was het de bedoeling een globaal beeld te krijgen van de mate waarin de patiënten het consult (inclusief de duur ervan) als geslaagd beschouwden.

De twee gekozen criteria staan niet los van elkaar: verwacht mag worden dat tussen het al dan niet achterhalen van de contactreden door de huisarts en het oordeel van de patiënt over het consult een sterke positieve relatie zal worden gevonden.

Duur

In de literatuur wordt met betrekking tot de duur van het consult veelal het beeld van een belangenstrijd geschetst: afhankelijk van het perspectief van de auteur wordt geklaagd over dokters die te weinig tijd per patiënt zouden uittrekken, of over patiënten die op het laatste moment nog een nieuw probleem aan de orde willen stellen ('deurknop-fenomeen'). In die visie zou de arts naar een zo kort mogelijk consult streven, en de patiënt naar een zo'n lang mogelijk consult.

In dit verband rijst de vraag wie nu eigenlijk de duur van een consult bepaalt. Is dat de dokter, die meestal onder de druk van een strak tijdschema moet werken? Of is het de patiënt, die door de voortschrijdende 'pro-to-professionalisering' weet dat een consult niet langer dan een minuut of tien kan duren?

Inzicht in de wijze waarop een consult feitelijk wordt beëindigd, en in de mechanismen die daarbij een rol spelen, kan duidelijk maken of zo'n belangenstrijd inderdaad bestaat. Bovendien is een beter begrip van dit fenomeen van belang voor de interpretatie van eventueel gevonden correlaties van de variabele *consultduur*.

Onderzoeksvragen

1 In welke mate achterhalen huisartsen de contactreden(en) van patiënten juist en volledig?
2 Welke relatie bestaat tussen de duur van consulten en het correct achterhalen van de contactreden(en)?
3 Welke relatie bestaat tussen de duur van consulten en het oordeel van de patiënt over het consult (inclusief de duur ervan)?
4 Hangt het al dan niet goed en volledig achterhalen van de contactreden samen met een positief c.q. negatief oordeel van de patiënt over het consult?
5 Wie bepaalt de duur van een consult?

Methode

Dataverzameling

Het onderzoek is uitgevoerd bij tien huisartsen die in het kader van het Transitieproject[15] gedurende minstens één jaar van elk consult de contactredenen, de diagnosen en de interventies hebben geregistreerd. Als richtlijn voor het registreren en coderen van de contactreden gold de definitie van de *reason for encounter* (RFE) van de International Classification of Primary Care (ICPC): '...the statement of the reason why a person enters the health care system with a demand for care. The term written down and classified by the provider represents the clarification of the reason so that the statement is recognizable by the patient as an acceptable description of his/her demand for care'.[16]

Van 200 routine-consulten zijn de volgende gegevens verzameld.

- *Volledig ingevulde consultformulieren.* De huisartsen registreerden zoals gewoonlijk elk consult; per consult werden maximaal drie contactredenen gecodeerd met behulp van de ICPC, die hiervoor een bruikbaar en betrouwbaar instrument is gebleken.[17] Onmiddellijk na het consult werden de gegevens van het consultformulier ingevoerd in een computerprogramma, dat speciaal voor dit onderzoek is ontwikkeld.
- *Interviews met de patiënten.* De patiënten werden meteen na het consult of later op dezelfde dag door mij geïnterviewd. Alle antwoorden werden direct ingevoerd in het bovengenoemde programma. Allereerst werd gevraagd naar de reden(en) voor komst; de antwoorden werden verbatim ingetypt. Daarna kreeg de patiënt de titels voorgelegd van de contactredenen die door de dokter waren vastgelegd; daartoe werden de ICPC-codes 'terugvertaald' naar de corresponderende titels: als de huisarts 'N01' als contactreden had gecodeerd, werd de patiënt dus gevraagd in hoeverre 'hoofdpijn' inderdaad de reden voor zijn komst was. Daarbij konden de patiënten kiezen uit vier antwoordcategorieën: 'helemaal juist', 'bijna helemaal juist', 'bijna helemaal onjuist' en 'helemaal onjuist'. Verder kregen de patiënten zeven vragen voorgelegd met telkens vier of vijf antwoordcategorieën omtrent hun oordeel over het consult; deze vragen gingen onder meer over de mate waarin zij alles hadden kunnen zeggen of vragen, ze zich begrepen hadden gevoeld, ze zich op hun gemak hadden gevoeld, en wat ze vonden van de duur van het consult.
- *Video-opnamen van de consulten.* Deze gegevens werden gebruikt als bron van informatie over de feitelijke gang van zaken tijdens het consult, over de precieze duur van het consult en over de wijze waarop het consult was beëindigd.

Het onderzoek vond plaats tussen 10 april en 31 oktober 1989; de onderzoeksdagen werden door het toeval bepaald en vielen op alle dagen van de werkweek. In beginsel werden per huisarts hele spreekuren geregistreerd, net zo lang tot circa twintig cases verzameld waren. De patiënten werden door middel van een brief in de wachtkamer op de gebeurtenissen voorbereid; als ze de spreekkamer binnenkwamen, vroeg de huisarts of ze akkoord gingen met deelname aan het onderzoek. In de spreekkamer was een vaste videocamera zodanig opgesteld, dat arts en patiënt beiden in beeld waren; weigerde een patiënt medewerking, dan zette de huisarts de camera tijdelijk uit.

Bewerkingen en analyse

1 Voor de beantwoording van vraag 1 waren drie informatiebronnen beschikbaar:

- De feitelijke bespreking van de contactreden, zoals die was waar te nemen op de videoband. Alle consulten zijn naar hun inhoud vergeleken met de informatie die de dokter had gecodeerd, en met gegevens uit het interview met de patiënt. Deze procedure was vooral van belang voor consulten waarin een verschil van mening leek te bestaan, en voor de bepaling van het al of niet bestaan van een 'instrumentprobleem' (zie hierna).
- Het oordeel van de patiënt over de codes die de dokter had genoteerd (van 'helemaal juist' tot 'helemaal onjuist').
- Wat de patiënt tijdens het interview na het consult zelf zei omtrent de contactreden; zoals gezegd zijn deze formuleringen letterlijk genoteerd. De mate van overeenstemming hiervan met wat de dokter had gecodeerd, is beoordeeld door een panel, bestaande uit drie medewerkers van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam: een huisarts die goed was ingevoerd in de ICPC, een psycholoog en de onderzoeker. Bij de beoordeling zijn de volgende categorieën gebruikt:
  - 'volmaakte' overeenstemming;
  - arts en patiënt hebben het 'grosso modo' over hetzelfde, maar ze verschillen in benoeming en/of perspectief;
  - er is geen enkele code te vinden die verwijst naar wat de patiënt hier zegt.

Op twee niveaus is vastgesteld in hoeverre arts en patiënt het eens waren over de contactreden(en): *per contactreden* en *per consult*. Vaak hebben patiënten meer dan één contactreden: het Transitieproject geeft een gemiddelde van 1,6 contactrede-

nen per consult.[15] Dat betekent dat échte overeenstemming over de contactreden alleen maar kan bestaan als *alle* contactredenen goed zijn gecodeerd. Ook het oordeel van de patiënt over het consult kan alleen maar zinvol per consult worden gemeten: patiënten vormen hun oordeel eerder over het consult als geheel dan 'per contactreden'.

Voor de bepaling van de resultaten per consult zijn de consulten ingedeeld in drie groepen:

- Volledige overeenstemming (géén scores die verschil van mening aangeven).
- Geen volledige overeenstemming (ten minste één score die een verschil van mening aanduidt).
- Instrumentprobleem: consulten waarbij de scores een verschil van mening aangeven, dat in feite (blijkens de videotape) geen rol heeft gespeeld. Dat gold bijvoorbeeld voor gevallen waarin een patiënt in het interview een contactreden noemde die de dokter kennelijk had vergeten op te schrijven, maar die tijdens het consult wel degelijk was afgehandeld. Of gevallen waarin de patiënt vier (of nog meer) contactredenen had, die dus niet allemaal gecodeerd konden worden. Uiteraard is er in zulke gevallen wel iets mis, maar de aard daarvan is geheel anders dan in gevallen waarin tijdens het consult contactredenen echt gemist werden. Bij de vergelijking van consulten met en zonder volledige overeenstemming is deze groep consulten buiten beschouwing gelaten.

2 Ter beantwoording van vraag 2 is een vergelijking gemaakt tussen de gemiddelde duur van consulten mét en consulten zonder volledige overeenstemming over de contactreden(en).

De duur van een consult werd precies gemeten (minuten en seconden) aan de hand van de video-opname; de uitkomsten zijn telkens op halve minuten naar boven afgerond.

3 Voor de beantwoording van vraag 3 zijn eerst de scores op de zeven vragen naar het oordeel van de patiënten over het consult gesommeerd; patiënten konden maximaal 31 punten en minimaal 7 punten toekennen. Vervolgens zijn op grond van die scores drie groepen geformeerd: die met het meest positieve (n=66) en het meest negatieve oordeel (n=66) en de tussengroep (n=68). Voor elk van deze groepen werd de gemiddelde consultduur vastgesteld.

4 Ter beantwoording van vraag 4 werd de samenhang vastgesteld tussen de resultaten bij de vragen 2 en 3.

Bij de significantie-tests in het kader van de onderzoeksvragen 2, 3 en 4 is een Mann-Whitney U-test uitgevoerd.

5 Ten behoeve van vraag 5 is gespreksanalytisch onderzoek verricht, bestaande uit een globale analyse van de video-opnamen van drie willekeurige consulten per huisarts, in totaal dus van dertig consulten. Onderzocht is wie van beide gespreksdeelnemers signalen gaf voor de (naderende) beëindiging van het gesprek. Daarbij ging het om signalen van allerlei aard: het gesproken woord zelf naar betekenis en intonatie, maar ook non-verbale uitingen (tas pakken, opstaan, jas dichtknopen, enz.).

Resultaten

1 *In welke mate achterhalen huisartsen de contactredenen van patiënten juist en volledig?*

De huisartsen codeerden 385 contactredenen (1,9 per consult), terwijl de patiënten er bij de open vraag spontaan 335 noemden (1,6 per consult).

Uit de panel-beoordeling van de coderingen van de contactredenen en de antwoorden van de patiënten op de open vraag blijkt dat tussen huisarts en patiënt een grote overeenstemming over de contactreden bestond (*tabel 1*). Die overeenstemming blijkt ook als gekeken wordt naar het oordeel van de patiënten over de gecodeerde contactredenen (*tabel 2*).

Op consultbasis bestond in 136 gevallen volledige overeenstemming, terwijl in 41 gevallen (over ten minste één contactreden) geen overeenstemming bestond. Bij 23 consulten was er een instrumentprobleem. Als we deze laatste categorie buiten beschouwing laten, bestond dus bij 77 procent van de resterende 177 consulten *volledige* overeenstemming.

2 *Welke relatie bestaat tussen de duur van consulten en het correct achterhalen van de contactreden(en)?*

De consultduur (*figuur 1*) liep sterk uiteen: van nog geen 2 tot ruim 32 minuten. Ruim 70 procent van de consulten duurde tussen de 5 en 15 minuten; de gemiddelde duur was 10,5 minuten.

Consulten met volledige overeenstemming over de contactreden (n=136) duurden gemiddeld 10,0 minuten; consulten zonder volledige overeenstemming (n=41) duurden gemiddeld 12,2 minuten. Dit verschil is statistisch significant (p=.0008).

3 *Welke relatie bestaat tussen de duur van consulten en het oordeel van de patiënt over het consult (inclusief de duur ervan)?*

De antwoorden op de zeven vragen naar het oordeel van de patiënten over het consult vertoonden een hoge interne consistentie (Cronbach's alfa .82). De gemiddelde score was 25.9 (SD 3.7; range 12-31).

Bij een indeling in de drie 'beoordelingsgroepen' correspondeerde een langere gemiddelde duur van de consulten met een negatiever oordeel van de patiënten (*figuur 2*). Ook deze verschillen zijn significant (p=.0029).

Opvallend is het oordeel van de patiënten over de *lengte* van het consult: daarbij was – anders dan bij de andere zes vragen – zo goed als geen spreiding te zien. Vrijwel alle patiënten (90 procent) kozen de meest positieve optie en zeiden de duur 'precies goed' te hebben gevonden. Ter vergelijking: de meest positieve optie werd bij de andere vragen slechts in respectievelijk 12, 26, 26, 71, 51 en 68 procent van de gevallen gekozen.

4 *Hangt het goed en volledig achterhalen van de contactreden samen met een positief oordeel van de patiënt over het consult?*

Een positief oordeel over het consult vertoonde een significante positieve samenhang met overeenstemming over de contactreden (p=.0001).

5 *Wie bepaalt de duur van een consult?*

In de onderzochte dertig consulten werden uitingen (zowel verbaal als non-verbaal) die als een 'bel voor de laatste ronde' konden worden opgevat, min of meer gelij-

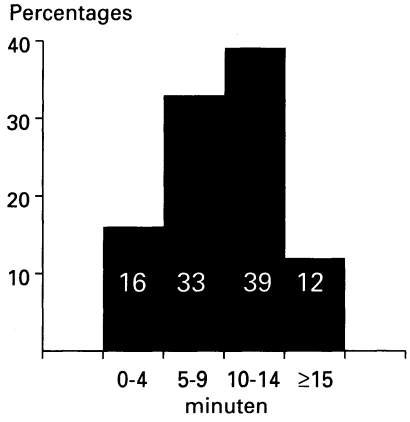
Tabel 1 *Overeenkomst tussen de coderingen van de contactredenen en de antwoorden van de patiënten op de open vraag. Afgeronde percentages (n=335 contactredenen).*

Volledige overeenkomst	61%
Redelijke overeenkomst	27%
Geen overeenkomst	12%

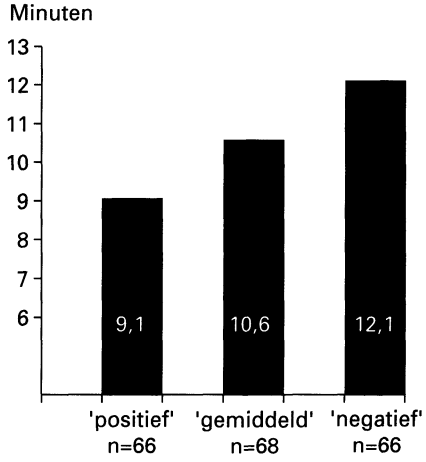
Tabel 2 *Oordeel van de patiënten over de gecodeerde contactredenen. Afgeronde percentages (n=385 contactredenen).*

Helemaal juist	80%
Bijna helemaal juist	7%
Bijna helemaal onjuist	4%
Helemaal onjuist	9%

Figuur 1 *Relatieve frequentieverdeling van de 200 consulten naar duur (gemiddelde duur per consult 10,5 minuten).*



Figuur 2 *De gemiddelde consultduur voor de drie beoordelingsgroepen (p=. 0029).*



kelijk door beide partijen geuit. Zowel arts als patiënt initieerden het einde van het gesprek door dingen te zeggen als: 'goed..', 'nou...', of 'OK', 'dus dan moet ik hiermee naar de assistente' of 'dus u begint vanmiddag nog met die tabletten'. Ook non-verbale signalen bleken een rol te spelen: één van beiden staat op, begint een jas aan te trekken of dicht te knopen, of er valt een stilte, waarna de huisarts zegt: 'dat was het?', ofwel de patiënt: 'OK, dat was het'.

Wat vooral opviel was de volstrekte harmonie waarmee het gesprek in het algemeen tot een natuurlijk einde kwam. Dat wordt geïllustreerd door het feit dat het in een aantal consulten eigenlijk niet valt uit te maken wie van beiden het einde van het gesprek inluidt: het consult is duidelijk afgerond en beide partijen zeggen min of meer tegelijkertijd iets als: 'nou goed'.

In slechts één van de consulten is er enige indicatie van een 'belangenstrijd'; reeds in de tweede minuut zegt de dokter dat de patiënt zoveel problemen naar voren brengt, dat die wellicht niet allemaal binnen dit consult besproken zullen kunnen worden: 'anders loop ik te veel uit'.

Opmerkelijk is verder dat zich in het onderzochte materiaal twee voorbeelden voordeden van 'een omgekeerd deurknopfenomeen': de patiënt is al op weg naar de deur en dan stelt de huisarts nog een vraag (en verlengt aldus de duur van het consult).

Beschouwing

In dit onderzoek is allereerst vastgesteld dat de betrokken huisartsen in het algemeen zeer adequaat de contactredenen van de patiënten achterhalen. Daarbij moet worden opgemerkt dat het hier om een 'bijzondere' groep artsen gaat, die niet alleen bereid waren aan dit onderzoek deel te nemen, maar ook ten minste een jaar al hun consulten te registreren en te coderen, en van wie er zeven betrokken zijn bij de universitaire huisartsopleiding.

De uitkomst van onderzoeksvraag 4 geeft duidelijk steun aan de opvatting dat het goed en volledig achterhalen van de contactreden(en) belangrijk is: de sterke positieve samenhang met een positief oordeel van de patiënten is daarvoor een duidelijke aanwijzing. Overigens zullen deze twee criteria nooit een volledig rechte samenhang met elkaar onderhouden: overeenstemming over de contactreden is wel noodzakelijk, maar op zichzelf nog niet voldoende voor een goed consult.

Opvallend is het feit dat de huisartsen meer contactredenen codeerden (1,9 per consult) dan de patiënten zeiden te hebben (1,6), terwijl het gemiddelde in het Transitieproject ook 1,6 is; wellicht registreerden de huisartsen iets meer contactredenen dan anders en hebben we hier te maken met een licht Hawthorne-effect.

Kwaliteit en duur

Een negatieve samenhang werd gevonden tussen de *kwaliteit* (zoals voor dit onderzoek geoperationaliseerd) en de *duur* van het consult. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat lange consulten 'slecht' zijn en korte consulten 'goed'; de conjuncte meting van tijd binnen dit onderzoek staat zulke uitspraken niet toe. Verantwoorde uitspraken over de relatie tussen tijd en kwaliteit zou onderzoek vereisen waarbij 'identieke' proefpersonen aan verschillende condities van consultduur zouden worden blootgesteld – en zulk onderzoek lijkt wel bijzonder lastig op te zetten. Anderzijds geeft dit onderzoek zeker geen steun aan de opvatting dat consulten beter zijn als ze langer duren.

De gevonden negatieve samenhang tussen kwaliteit en duur zou wellicht kunnen worden verklaard door te veronderstellen dat lange consulten naar hun *aard* moeilijk zijn, bijvoorbeeld doordat er veel problemen, of bijzonder moeilijke problemen aan de orde zijn; daarbij valt dan primair te denken aan psychosociale problemen.[18-20] Dat zou de vaststelling dat in lange consulten significant vaker iets mis gaat, bijna tot een tautologie reduceren: iets moeilijks vraagt

in het algemeen nu eenmaal meer tijd dan iets eenvoudigs. Wanneer er veel of moeilijke problemen aan de orde zijn, en de bespreking daardoor langer duurt, is er vervolgens een relatief grote kans dat er iets mis gaat. En misschien zou het nog slechter zijn gegaan als het consult niet zo lang had geduurd. Tegen deze achtergrond is onderzocht in hoeverre de duur van consulten verklaard kon worden door het aantal contactredenen of doordat in het consult (volgens arts en/of patiënt) psychosociale problematiek een rol speelde.

Zoals uit de *tabellen 3* en *4* blijkt, dragen deze factoren inderdaad bij aan de verklaring van de consultduur.

In *tabel 5* zien we echter dat na correctie nog steeds een groot onverklaard verschil *per dokter* blijft bestaan. Kennelijk hebben ook de werkwijze en de taakopvatting van de huisarts veel invloed op de consultduur. Uit de eerste kolom van *tabel 5* blijkt dat de huisartsen in dit onderzoek zeer sterk van elkaar verschillen in gemiddelde consultduur. Dat deze cijfers niet alleen berusten op min of meer toevallige omstandigheden, blijkt uit het feit dat ze in redelijke overeenstemming zijn met de gehanteerde afspraaksystemen: bij de dokters 6 en 7 vier afspraken per uur, en bij de andere dokters zes. Deze verschillen zijn weliswaar geringer wanneer de consulten met psychische of sociale problematiek buiten beschouwing worden gelaten, maar ze blijven aanzienlijk (*tabel 5*, tweede kolom). Ook als het aantal contactredenen als factor in de analyse wordt betrokken (*tabel 5*, derde kolom), blijkt dat weliswaar de totale gemiddelde consultduur conform het voorafgaande oploopt met het aantal contactredenen, maar ook dat het beeld *per dokter* tamelijk onevenwichtig is. *Tabel 6* tenslotte laat zien dat, als voor beide factoren tegelijk is gecorrigeerd (aard van de problemen én aantal contactredenen), de totale gemiddelde duur weer oploopt met het aantal, maar dat de individuele huisartsen aanzienlijk verschillen in gemiddelde consultduur. De oorzaken die men gewoonlijk aanwijst voor een langere consultduur, vormen dus maar een gedeeltelijke verklaring voor de gesignaleerde verschillen.

Lengte van consulten lijkt kortom ook in hoge mate afhankelijk van de opvattingen

Tabel 3 *De gemiddelde consultduur naar het aantal door de patiënt genoemde contactredenen.*

Aantal contactredenen	Gemiddelde duur in minuten
1	9,3
2	11,6
3	11,8

Tabel 4 *De gemiddelde consultduur naar het wel of niet voorkomen van psychische of sociale problemen (ICPC-hoofdstukken P en Z) in de diagnose of de contactreden.*

P of Z in Rfe/diagnose	Gemiddelde duur in minuten
Wél (n= 41)	13,1
Niet (n=159)	9,1

Tabel 5 *Gemiddelde consultduur (in minuten) per arts.*

Nummer arts	Alle consulten	Exclusief psychosociale problemen	Naar aantal contactredenen volgens de patiënt		
			1	2	3
1	8,4	8,6	8,4	8,6	8,0
2	10,8	10,4	9,6	12,0	12,0
3	10,3	9,8	7,9	12,6	15,0
4	8,8	8,3	8,1	8,7	11,0
5	9,2	8,7	7,9	11,0	10,8
6	15,0	14,5	17,2	13,9	12,0
7	13,6	12,1	11,9	17,8	13,3
8	8,3	8,0	7,6	7,9	13,0
9	9,4	8,5	6,1	10,8	12,7
10	12,5	10,3	9,3	16,4	20,0
Alle artsen	10,5	9,9	9,4	12,0	12,8

Tabel 6 *Gemiddelde consultduur bij consulten zonder psychosociale problemen (in minuten per arts, naar aantal contactredenen.*

Nummer arts	Aantal contactredenen volgens de patiënt		
	1	2	3
1	8,4	8,6	10,7
2	9,6	12,0	12,0
3	7,9	12,0	15,0
4	8,2	8,7	10,7
5	7,9	10,7	10,7
6	17,8	13,9	12,0
7	11,6	19,0	12,3
8	7,6	7,9	13,0
9	6,1	9,3	12,7
10	9,3	17,2	20,0
Alle artsen	9,3	11,3	12,1

van de dokter die in veel meer dan de consultduur tot uitdrukking komen – zoals overigens ook elders is gesuggereerd.[21 22] In wezen is deze gedachte ook in overeenstemming met de opmerkelijke uitkomst dat vrijwel alle patiënten de consultduur als optimaal beoordeelden. Als patiënten een negatief oordeel over het consult hebben, wijten ze dat vrijwel nooit aan de duur ervan. Het gaat patiënten dus duidelijk om andere dingen: wát er gebeurt en hoe de dokter het consult voert, veeleer dan hoe lang het allemaal duurt.

Overigens: de hier verzamelde gegevens geven geen inzicht in de eventuele effecten van het feit dat het hier om afspraakspreekuren gaat. In theorie zou het mogelijk zijn dat patiënten weten dat ze bij hun huisarts per consult op 10 c.q. 15 minuten 'recht hebben', wat hun oordeel over de duur zou kunnen beïnvloeden.

Gespreksanalyse

De resultaten die in dit onderzoek gevonden zijn met betrekking tot de beëindiging van het consult, moeten met enige terughoudendheid bezien worden: het gaat hier om een globale analyse van dertig consulten. Anderzijds worden binnen gespreksanalytisch onderzoek vaak conclusies getrokken op grond van veel minder waarnemingen. Non-verbale handelingen bleken vaak een rol te spelen bij het afsluiten van het gesprek; dat onderstreept het feit dat binnen gespreksanalytisch onderzoek het gebruik van *video*-materiaal verre de voorkeur verdient boven het gebruik van *audio*-materiaal.

Opmerkelijk is hoezeer de hier beschreven harmonieuze en door beide partijen tot stand gebrachte afsluiting van het consult afwijkt van wat er op dit terrein tot dusverre gerapporteerd is.

Byrne & Long, die als de grondleggers van de bestudering van huisartsconsulten mogen worden beschouwd, beschrijven in hun 'early classic' het consult als een gesprek dat zich in een min of meer vaste fasering voltrekt; ... 'In 95% of all consultations studied it may be safely argued that the doctor is in charge of the 'how' as well as the 'what'; over de laatste fase van het consult merken ze op: 'the consultation is terminated usually by the doctor'.[23]

Latere onderzoekers onderschrijven deze opvatting in opmerkelijke eenstemmigheid. *Ten Have* betoogt dat de huisarts tijdens het hele consult de teugels van de conversatie stevig in handen heeft; ook de afsluiting van het gesprek is volgens hem het privilege van de dokter: '....een klasse van handelingen waarmee de arts een bespreking kan afronden, het uitschrijven van een recept, het geven van een instructie, het voorstellen en uitschrijven van een verwijzing, zeggen dat het tijd is.'[24] Op hoeveel consulten of waarnemingen deze uitspraken precies zijn gebaseerd is overigens niet duidelijk.[25]

Ook *Meeuwesen* en *Schaap & Meeuwesen* nemen bij hun analyse als uitgangspunt dat het consult een 'asymmetrisch gesprek' is waarbij in alle fasen de arts een overwegende invloed heeft op de gang van zaken.[26 27] *Fisher* is ook van oordeel dat de dokter de eindfase inluidt: 'again the switch to this phase is initiated by the doctor.[28] Haar onderzoek heeft betrekking op 43 consulten van vrouwen met family medicine residents; niet duidelijk is of deze observatie voor al deze consulten geldt. *Haft-van Rees* tenslotte neemt in haar beschrijving van de stand van zaken op dit onderzoeksterrein deze opvatting ook zonder meer over: 'de afsluitingsfase wordt ingezet door de arts'.[29]

Waar de 'kwaliteit' van consulten sterk bepaald lijkt door hoe het consult verloopt, is nader gespreksanalytisch onderzoek op dit terrein van groot belang. Om van werkelijk toegepast belang te zijn voor de huisartsgeneeskunde moet het daarbij dan vooral gaan om de vraag welke kenmerken van gesprekken wél en welke niet bijdragen aan een goed verloop van het gesprek. Het ligt voor de hand om bij de beoordeling daarvan ook het oordeel van de patiënten te betrekken: zíj zijn de belangrijkste (eigenlijk zelfs de enige) bron van informatie over de contactreden, over de mate waarin die adequaat is achterhaald en afgehandeld, en over de vraag of het consult voldeed aan hun bedoelingen en verwachtingen.

Dankbetuiging

Met dank aan Bas van den Brink te Amsterdam voor zijn hulp bij de vervaardiging van het computerprogramma en de statistische bewerking.

Literatuur

1 Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. Scientific American 1972; 227: 66-74.
2 Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? 1. Een literatuuronderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van consulten. Huisarts Wet 1991; 34(1): 6-13
3 Tielens VCLMG. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
4 Bass MJ, Buck C, Turner L, et al. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J Fam Pract 1986; 23: 43-7.
5 Campion P. Communication: learning from our patients. Practitioner 1987: 231: 1056-62.
6 Starfield B, Wary C, Hess K, et al. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. Am J Public Health 1981; 71: 127-31.
7 Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. Soc Sci Med 1987; 24: 351-7.
8 Barber B. Communication between doctor and patient: what compliance research shows. In: Alatis JA, Tucker GR, eds. Language in public life. Washington DC: George Washington University Press, 1979: 119-25.
9 Brown J, Stewart M, McCracken E, McWhinney IR, Levenstein J. The patient-centered clinical method. 2. Definition and application. J Fam Pract 1986; 2: 75-80.
10 Mishler EG. The discourse of medicine: dialectics of interviews. Norwood NJ: Ablex, 1984.
11 Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physician's behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. Med Care 1987; 25: 437-51.
12 Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological studies of consumer satisfaction with medical care. Soc Sci Med 1978; 12: 283-92.
13 Hall JA, Roter D, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care 1988; 26: 657-75.
14 Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. Med Care 1988; 26: 393-402.
15 Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitiemodel in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 3-11. Supplementen. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1 augustus 1988 – 1 januari 1990.

[16] Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford, etc: Oxford University Press 1989.
[17] Van der Horst F, Metsemakers J, Vissers F, Saenger G, De Geus C. The Reason-for-Encountermode of the ICPC: reliable, adequate, and feasible. Scand J Prim Health Care 1989; 7: 99-103.
[18] Westcott R. The length of consultations in general practice. J R Coll Gen Pract 1977; 27: 552-5.
[19] Raynes NV, Cairns V. Factors contributing to the length of general practice consultations. J R Coll Gen Pract 1980; 30: 496-8.
[20] Verhaak PFM. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten of patiënten, uitgedrukt in tijd. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1986; 64: 558-62.
[21] Stewart M, Brown JB, Weston WW. Patient-centred interwiewing part III: Five provocative questions. Can Fam Physician 1989; 35: 159-61.
[22] Tucket D, Boulton M, Olson C, Williams A. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock, 1985.
[23] Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. London: Department of Health and Social Security: 1978 (1: 1976).
[24] Ten Have P. Sequenties en formuleringen. Aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekuurgesprekken [Dissertatie UvA]. Dordrecht: Foris 1987.
[25] Hofmans-Okkes, I. Sequenties en formuleringen [Boekbespreking]. Huisarts Wet 1988; 31: 310-1.
[26] Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens medische consulten. Een wetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988.
[27] Meeuwesen W, Schaap C. Het uiteenlopend perspectief van arts en patiënt(e) tijdens het medisch interview. In: Scholtens A, Springorum D, red. Gespreksanalyse. Uitgangspunten en methoden in gespreksanalytisch onderzoek. Overasselt: Springorum, 1986: 195-217.
[28] Fisher S. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. Sociology of Health and Illness 1984; 6: 1-29.
[29] Haft-van Rees MA. Taalgebruik in gesprekken. Inleiding tot gespreksanalytisch onderzoek. Leiden: Nijhoff, 1989.

■

Abstract

Hofmans-Okkes I. How long does a good consultation last? 2. A study of the relationship between length and quality in 200 consultations in general practice. Huisarts Wet 1991; 34(1): 14-20.

In this article the relationship between the length and the quality of 200 consultations with ten general practitioners is investigated. Who determined the length of the consultation was also checekd in 30 consultations. Two criteria were used to define 'quality': 1) the doctor's degree of success in finding out the reason(s) for encounter and 2) the patient's opinion on communication during the consultation. In the consultations analysed it appeared that this 'quality' was inversely related to the duration of the consultation. This result offers no support to the idea that good care by the doctor requires long consultations. From the overall analysis of 30 consultations it appeared that both the patient and the doctor took initiatives to end the consultation. This result is in contrast to conclusions from earlier conversation analysis research where ending the conversation was always described as an initiative of the doctor.

Key words Consultation; Family practice; Physician patient relation; Reason for encounter; Time.

Correspondence Drs. I.M. Hofmans-Okkes, Department of General Practice, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.