

# Wie zegt dat dit een goed consult is?

Kwaliteitsoordelen uit drie verschillende bronnen met elkaar vergeleken

J.M. BENSING

In totaal 103 hypertensieconsulten werden beoordeeld door drie verschillende bronnen: psychologen, patiënten en huisartsen. Getrainde psychologen scoorden de op video opgenomen consulten volgens het observatieprotocol van het Nivel. De eigen patiënt van de huisarts vulde na het consult een tevredenheidsvragenlijst in en gaf een oordeel over de 'functiebreedte' van de huisarts. Tenslotte werden de consulten beoordeeld door twaalf ervaren huisartsen op een aantal kwaliteitsaspecten en op de mate waarin de huisarts een 'huisartsgeneeskundige oriëntatie' aan de dag legde. In consulten die door collega's positief werden beoordeeld, vertoonde de huisarts vaker affectief gedrag, met name non-verbaal affectief gedrag. In deze consulten toonde de huisarts ook vaker een huisartsgeneeskundige oriëntatie. De tevredenheid van de patiënt hing alleen samen met de kwaliteit van de arts-patiënt relatie. Eerste consulten werden in een aantal opzichten anders beoordeeld dan vervolconsulten.

**Bensing JM. Wie zegt dat dit een goed consult is? Kwaliteitsoordelen uit drie verschillende bronnen met elkaar vergeleken. Huisarts Wet 1991; 34(1): 21-9.**

Mw. drs. J.M. Bensing, directeur Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Een gedeelte van het materiaal in dit artikel is verwerkt in een artikel dat zal worden gepubliceerd in *Social Science and Medicine*.<sup>1</sup>

## Inleiding

In de periode 1976-1982 is door medewerkers van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) een observatieprotocol ontwikkeld om de psychosociale hulpverlening door de huisarts te bestuderen. In een aantal onderzoeken is gebleken dat dit protocol zinvolle informatie kan opleveren. Zo weten we inmiddels dat met het protocol verschillen tussen consulten kunnen worden vastgesteld: bepaalde gedragstypen komen vaker voor in consulten waarin niet alleen over somatische, maar ook over psychosociale onderwerpen wordt gesproken.<sup>2</sup> We weten ook dat met het protocol voor iedere arts een 'communicatiestijl' kan worden vastgelegd: typerend gedrag, dat voor de individuele arts tamelijk constant is, terwijl *tussen* artsen aanzienlijke verschillen in gedrag bestaan.<sup>3,4</sup> En we weten dat het mogelijk is om met behulp van dit protocol gedragsveranderingen vast te leggen bij artsen die een specifieke training in gespreksvoering hebben gevolgd.<sup>5</sup>

Bij dit laatste onderzoek is impliciet aangenomen dat de consulten van een huisarts die Rogeriaanse communicatietechnieken gebruikt, per definitie van goede kwaliteit zijn in de ogen van andere huisartsen. Of dit inderdaad het geval is, weten we echter niet. We weten niet of een 'goed' consult vanuit het perspectief van de psychologische - Rogeriaanse - theorievorming ook als een goed consult wordt beschouwd op basis van huisartsgeneeskundige inzichten.

In dit onderzoek is nagegaan op welke wijze een aantal huisartsconsulten werd beoordeeld door drie soorten beoordeelaars:

- psychologen;
- patiënten;
- huisartsen.

Deze keuze is gemaakt op grond van de overweging dat patiënten en huisartsen vrijwel nooit tegelijk worden gebruikt als beoordeelaars van consulten. Bij opleidings- en toetsingsprojecten is 'peer review' de meest gebruikelijke vorm van kwaliteitsbeoordeling,<sup>6,7</sup> terwijl het oordeel van de patiënt dan buiten beschouwing blijft. Anderzijds wordt het oordeel van de patiënt

veelal gehanteerd als uitkomstmaat in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie,<sup>8-10</sup> maar dan ontbreekt over het algemeen een meer inhoudelijke beoordeling van het consult.

Het gaat in dit artikel om de onderlinge samenhangen tussen de oordelen uit deze drie bronnen. Het onderzoek is op te vatten als een test van de kruisvaliditeit van de verschillende beoordelingen. Geen van de bronnen wordt bij voorbaat beschouwd als 'gouden standaard'.

## Methode

### Selectie van de consulten

Ten behoeve van het project 'Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk'<sup>3</sup> zijn in 1982 en 1983 1569 huisartsconsulten opgenomen op video. De deelnemende huisartsen noteerden bovendien voor elk consult onder meer welke gezondheidsproblemen aan de orde waren geweest. Deze gezondheidsproblemen zijn later gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>11</sup>

Uit dit bestand zijn alle 103 consulten met de ICPC-codes K85, K86 en K87 (hypertensie en andere bloeddrukproblemen) geselecteerd. Deze keuze is gemaakt op grond van de volgende overwegingen:

- het gaat om consulten met een gemeenschappelijk gezondheidsprobleem; hierdoor kon heterogeniteit (een vaak miskend probleem in onderzoek naar arts-patiënt communicatie<sup>12</sup>) worden voorkomen;
- hypertensie komt zo vaak voor, dat statistische analyses mogelijk zijn;
- hypertensie is een belangrijk medisch probleem, waarbij bovendien de *kwaliteit* van de zorg in principe consequenties heeft voor de *uitkomst* van de zorg; veel gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk gaan immers toch wel over, wat de huisarts ook doet of nalaat.
- hypertensie heeft, naast somatische, ook psychosociale aspecten; hierdoor wordt recht gedaan aan de typisch huisartsgeneeskundige invulling van het kwaliteitsbegrip.

Er zijn goede redenen om aan te nemen dat de 103 geselecteerde consulten beschouwd

mogen worden als een redelijke weerspiegeling van de hypertensieconsulten die zich in de Nederlandse huisartspraktijk voordoen. In de eerste plaats komt de leeftijd- en geslachtsverdeling van de betreffende patiënten overeen met wat verwacht kan worden op basis van grootschaliger morbiditeitsonderzoek (tabel 1<sup>13 14</sup>). Vervolgens ging het – eveneens naar verwachting – in het merendeel van de gevallen om een herhaalconsult (76 procent). Ter vergelijking: in de Britse Second National Morbidity Survey bedroeg het percentage herhaalconsulten 63 procent, en in het Monitoringproject respectievelijk 95 procent (hypertensie) en 59 procent (verhoogde bloeddruk).<sup>13 15</sup> Tenslotte kwamen in het merendeel van de consulten ook andere gezondheidsproblemen aan de orde: 61 procent wanneer we afgaan op de registratie door de huisarts; 81 procent op grond van de video-observaties. Co-morbiditeit is een bekend gegeven in de huisartspraktijk.<sup>16</sup> Huisartsen behandelen tijdens een spreekuurcontact meestal meer dan één gezondheidsprobleem, en zelfs meer dan uit hun eigen registratie blijkt.<sup>17</sup> Ook hierin wijken de geselecteerde consulten niet af van het ‘gemiddelde’ hypertensieconsult.

#### Het Nivel-observatieprotocol

Voor de oordelen van de psychologen hebben we gebruik gemaakt van de observaties die destijds zijn uitgevoerd in het kader van het onderzoek van Verhaak.<sup>3</sup> Het gebruikte observatieprotocol is geënt op psychologische – vooral Rogeriaanse – theorieën, terwijl daarnaast huisartsgeneeskundige inzichten uit onder meer het Methodisch Werken zijn ingebouwd.

Voor deze studie zijn met name de variabelen geselecteerd die in het onderzoek van Verhaak samen een ‘communicatiestijl’ bleken te vormen: een communicatiestijl die sterk arts-specifiek was en waarop artsen van elkaar te onderscheiden waren.<sup>3 4</sup> Deze communicatiestijl bestaat uit negen variabelen, die conceptueel zijn te verdelen in drie groepen:

- *Affectief gedrag*, bestaande uit de mate waarin de arts de patiënt aankijkt (uitgedrukt als percentage van de tijd), de interesse die hij toont (een vijfpuntschaal), zijn specifiek volgen (zoals

‘hummen’), uitgedrukt in aantal uitingen per minuut, en tenslotte het aantal empathische uitingen per minuut (reflecties, e.d.). Deze categorie gedragingen weerspiegelt wat in psychologische theorieën wordt beschouwd als de grondhouding die nodig is in iedere hulpverleningsrelatie.<sup>18</sup>

- *Methodisch werken*, bestaande uit drie variabelen: vindt er vraagverheldering plaats; wordt er structuur aangebracht in het consult; hoe vaak wordt er gericht gezocht naar factoren buiten de klacht in engere zin?
- *Patiëntgericht gedrag*, bestaande uit twee variabelen, ontleend aan Byrne & Long,<sup>19</sup> die uitdrukking geven aan de mate waarin de arts de patiënt invloed geeft in het consult in de diagnostische en de therapeutische fase. Beide variabelen zijn gescoord op een vijfpuntschaal.

De test-hertest betrouwbaarheid varieert tussen de .44 en .88; de inter-beoordelaars-

betrouwbaarheid tussen de .35 en .89. De variabelen waarbij specifieke gedragingen moesten worden geturfd, werden (zoals ook elders is beschreven<sup>20 21</sup>) betrouwbaarder gescoord dan de variabelen waarbij om een subjectief oordeel van de observatoren werd gevraagd. Waar de betrouwbaarheid laag was, werd een controle uitgevoerd op het observator-effect. Verschillen tussen artsen verdwenen in geen enkel geval na controle op dit observator-effect, mede dankzij het feit dat de consulten van de verschillende artsen gelijkmatig waren verdeeld over de observatoren.<sup>22</sup>

In de analyses zijn de scores op elk van de negen communicatievariabelen afzonderlijk opgenomen.

#### Het oordeel van de eigen patiënt

In het kader van het project ‘Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk’ is destijds door iedere patiënt na afloop van elk consult een vragenlijstje ingevuld: aan de hand van zes

Tabel 1 Achtergrondgegevens van de hypertensieconsulten.

Leeftijd	Mannen n = 35	Vrouwen n = 68	Totaal n = 103	Nationale Studie <sup>14</sup>	Morbidity Statistics <sup>13</sup>
< 45	11	10	21 (20%)	14%	10%
45 - 64	10	23	33 (42%)	44%	47%
65 - 74	11	14	25 (24%)	27%	29%
≥ 75	3	11	14 (14%)	14%	14%

Man/vrouw-verdeling: hypertensieconsulten: 34/66; Nationale Studie 37/63; Morbidity Statistics 35/65.

Tabel 2 Factor-analyse functiebreedte (oordeel patiënt).

	Factor 1 psychische zorg	Factor 2 maatschappelijke zorg voor ouderen
Opvoedingsproblemen	.67*	.18
Huwelijksproblemen	.79*	.18
Naar het bejaardentehuis	.10	.65*
Eenzaamheid	.56*	-.15
Hulp huishouding	.02	.78*
Steun in terminale fase	.02	.74*
Seksuele voorlichting	.57*	.03
Eigenwaarde	1.99	1.40
Percentage verklaarde variantie	28,4%	20,0%

items, ontleend aan *Cassee*,<sup>23</sup> werd gevraagd naar de tevredenheid van de patiënt; aan de hand van zeven items (ontleend aan *Crebolder*<sup>24</sup>) werd gevraagd naar de 'functiebreedte' die door de patiënt aan de arts wordt toegekend ('met welke problemen ga je naar de huisarts?').

De tevredenheidsschaal leverde een betrouwbaarheidsscore op van .73 (Cronbach's alfa). Op grond hiervan is besloten de somscore in de analyse op te nemen als maat voor de tevredenheid. De functiebreedte-schaal daarentegen liet een betrouwbaarheidsscore zien van slechts .57, hetgeen te laag is om een somscore te mogen berekenen. Op grond hiervan is op deze schaal een factor-analyse uitgevoerd.

Deze analyse extraheerde twee interpreteerbare factoren, die samen ruim 48 procent van de variantie verklaren (tabel 2): factor 1 verwijst naar de functiebreedte op 'psychisch' gebied; de tweede factor naar de functiebreedte ten aanzien van de (maatschappelijke kanten van de) zorg

voor ouderen. De patiënt maakt hier blijkbaar onderscheid tussen.

Beide factorscores worden in de verdere analyses gebruikt.

#### Het oordeel van de huisartsen

Twaalf praktizerende huisartsen met een ruime praktijkervaring hebben ieder afzonderlijk een algemeen oordeel gegeven over de kwaliteit van de 103 consulten. Daarbij werden drie dimensies onderscheiden:

- medisch-technische aspecten;
- psychosociale aspecten;
- arts-patiënt relatie.

Deze driedeling is ontleend aan *Dimat-teo*.<sup>25</sup> In het door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut ontwikkelde observatieprotocol 'Prevara' is een vergelijkbare driedeling terug te vinden.<sup>26</sup>

De observator-huisartsen kregen een schriftelijke instructie en een korte training zodat de beoordeling zo uniform mogelijk zou plaatsvinden. In de schriftelijke instructie is per dimensie aangegeven welke

aspecten in het kwaliteitsoordeel moesten worden betrokken.

- Met betrekking tot de *medische* kwaliteit was dit een samenvatting van het NUHI-protocol voor de opsporing en behandeling van hypertensie, naast enige algemene kwaliteitsaspecten als het 'vermijden van overbodige handelingen', en het 'alert zijn op het ten onrechte gezond, maar ook ten onrechte ziek verklaren van de patiënt'.

- Bij de beoordeling van de *psychosociale* kwaliteit werd de observatoren gevraagd onder andere te letten op de mate waarin de arts openstaat voor en ingaat op de niet-somatische aspecten van de klacht; daarbij gaat het niet alleen om de psychosociale problemen in engere zin, maar ook om achtergronden van de klacht en om problemen die door de klacht of de behandeling worden veroorzaakt.

- Met betrekking tot de kwaliteit van de *arts-patiënt relatie* ging het uitsluitend om de wijze waarop de arts met de patiënt omgaat, met name over de mate waarin hij erin slaagt om een open, veilige en werkbaare relatie met de patiënt te creëren.

Aan de observatoren is niet gevraagd al deze aspecten afzonderlijk te turven of te waarderen, maar – de verschillende aspecten tegen elkaar afwegend – per dimensie tot één totaaloordeel te komen. Zij konden dit oordeel uitdrukken in een rapportcijfer van 0 t/m 10. Voor deze opzet is gekozen omdat uit diverse publikaties blijkt dat gedetailleerde protocollen (onder meer voor hypertensie) ver afstaan van de dagelijkse werkelijkheid,<sup>27 28</sup> en dat zelfs na afloop van een toetsingsproject een groot deel (tot 50 procent) van de handelingen die in een consensus-conferentie als 'obligaat' werden bestempeld, in de praktijk niet werden verricht.<sup>20</sup> Door de arts-observatoren te vragen wel op de verschillende kwaliteitsaspecten te letten, maar voor zichzelf een afweging te maken in één totaaloordeel, hopen we een deel van dit soort problemen te voorkomen. Een en ander staat of valt natuurlijk met de betrouwbaarheid (consistentie) van de oordelen van de verschillende observatoren.

De observatoren bleken goed uit de voeten te kunnen met de gekozen werkwijze. Ook de indeling van het artsgedrag in drie

#### Meetinstrument 'Huisartsgeneeskundige oriëntatie'

Wat is uw indruk van de algemene oriëntatie van de arts in dit consult?

Is de arts in dit consult meer gericht op 'care' of op 'cure'	care	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	cure
Is de arts meer natuurwetenschappelijk of meer gedragswetenschappelijk georiënteerd	natuurwetensch.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	gedragswetensch.
Gaat de arts zakelijk of persoonlijk met de patiënt om	zakelijk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	persoonlijk
Neemt de arts het zekere voor het onzekere of neemt hij risico's	zekere voor onzekere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	risico's
Is de arts in dit consult patiëntgericht of klachtgericht	patiëntgericht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	klachtgericht
Kiest de arts bij psychosociale problemen voor een biologische of een psychotherapeutische aanpak	biologisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	psychotherapeutisch
Is de arts in dit consult meer gericht op begeleiden en ondersteunen of op interveniëren en veranderen	begeleiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	interveniëren

dimensies bleek geen problemen op te leveren. Een variantie-analyse (ANOVA) liet bij geen van de drie kwaliteitsmaten verschillen zien tussen de observatoren, en wel verschillen tussen de consulten. De betrouwbaarheid was goed: Cronbach's alfa bedroeg voor de drie kwaliteitsmaten respectievelijk .79, .88, en .88. Op grond van deze gegevens is besloten per kwaliteitsoordeel de gemiddelde score verder in de analyses te betrekken.

De scoringsrange op de aldus verkregen tienpuntsschalen was redelijk groot: het gemiddeld oordeel over de kwaliteit van het medisch-technisch handelen varieerde tussen de 4,6 en 7,6 ( $X=6,5$ ;  $sd=0,55$ ); het psychosociaal handelen kreeg scores tussen de 3,3 en 8,0 ( $X=6,2$ ;  $sd=0,96$ ), en de kwaliteit van de arts-patiënt relatie tussen de 3,8 en de 8,1 ( $X=6,6$ ;  $sd=0,90$ ).

De twaalf huisartsen is ook gevraagd een uitspraak te doen over de *huisartsgeneeskundige oriëntatie* van de arts. Daarvoor is een nieuw meetinstrument ontworpen, bestaande uit zeven vijfpuntsschalen (*kader*). Dit meetinstrument is gebaseerd op *Verhaak's* literatuuronderzoek met betrekking tot de dimensie 'klinisch versus huisartsgeneeskundig'.<sup>3</sup>

Ook dit instrument bleek betrouwbaar met interbeoordelaars-alfa's tussen .77 en .93. Over alle beoordelaars gesommeerd, gaf de zeven-itemschaal een Cronbach's alfa van .93. Een factor-analyse over deze gesommeerde schaal extraheerde één duidelijke factor met een Eigenwaarde van 4,96 en (na rotatie) 70,9 procent verklaarde variantie.

Op grond van deze analyse is besloten om in de verdere analyses de gemiddelde score op deze schaal te gebruiken als maat voor de huisartsgeneeskundige oriëntatie van de betrokken huisarts.

## Resultaten

### Intern: huisartsen – huisartsen

De oordelen met betrekking tot de kwaliteit van het medisch-technisch handelen, het psychosociaal handelen, en het hantieren van de arts-patiënt relatie hangen sterk met elkaar samen (*tabel 3*). Wanneer een arts goed wordt beoordeeld op een van

**Tabel 3** Onderlinge relaties huisartsenoordelen.

	1	2	3
<i>Kwaliteit</i>			
1 medisch-technisch			
2 psychosociaal	.68 <sup>‡</sup>		
3 arts-patiënt relatie	.67 <sup>‡</sup>	.88 <sup>‡</sup>	
<i>Oriëntatie</i>			
4 huisartsgeneeskundig	.53 <sup>‡</sup>	.90 <sup>‡</sup>	.81 <sup>‡</sup>

<sup>‡</sup>  $p < .001$ .

**Tabel 4** Correlatie huisartsenoordelen met patiëntenoordelen.

Oordelen patiënten → Oordelen huisartsen ↓	tevredenheid	functiebreedte psychische zorg	functiebreedte maatschappelijke zorg voor ouderen
<i>Kwaliteit</i>			
– medisch-technisch	.03	.10	-.12
– psychosociaal	.19*	.34**	-.01
– arts-patiënt relatie	.30**	.30**	.04
Huisartsgeneeskundige oriëntatie	.16	.36**	-.05

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

**Tabel 5** Correlatie psychologenoordelen met huisartsenoordelen.

Oordelen huisartsen → Oordelen psychologen ↓	Kwaliteit			Oriëntatie
	medisch	psychosociaal	a-p relatie	huisartsgeneeskundig
<i>Affectief gedrag</i>				
non-verbale aandacht	.39 <sup>‡</sup>	.66 <sup>‡</sup>	.55 <sup>‡</sup>	.69 <sup>‡</sup>
interesse	.56 <sup>‡</sup>	.60 <sup>‡</sup>	.56 <sup>‡</sup>	.49 <sup>‡</sup>
aspecifiek volgen	.26**	.42 <sup>‡</sup>	.39 <sup>‡</sup>	.48 <sup>‡</sup>
empathie (verbaal)	.20	.39 <sup>‡</sup>	.35 <sup>‡</sup>	.43 <sup>‡</sup>
<i>Methodisch werken</i>				
vraagverheldering	-.03	.03	-.00	.07
structuur aanbrengen	.08	.04	.14	.02
gericht zoeken	.22*	.16*	.09	.08
<i>Patiëntgericht gedrag</i>				
in diagnostische fase	.11	.39 <sup>‡</sup>	.38 <sup>‡</sup>	.44 <sup>‡</sup>
in therapeutische fase	.04	.30**	.28**	.37 <sup>‡</sup>

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ ; <sup>‡</sup>  $p < .001$ .

deze gebieden, wordt in een aanzienlijk deel van de gevallen ook zijn handelen op de andere gebieden als goed beoordeeld. De algemene huisartsgeneeskundige oriëntatie van de arts hangt ook sterk samen met de kwaliteitsoordelen: het meest met het oordeel over de kwaliteit van het psychosociaal handelen, het minst met dat van het medisch-technisch handelen.

### Huisartsen – patiënten

Tabel 4 toont een opmerkelijk resultaat: de tevredenheid van de patiënt hangt niet samen met de kwaliteit van het medisch-technisch handelen, en ook niet met de kwaliteit van het psychosociaal handelen, maar alleen met de wijze waarop de huisarts de arts-patiënt relatie hanteert. Wanneer een patiënt tevreden is over zijn huisarts, zegt dit blijkbaar vooral iets over zijn omgangsmanieren ('a nice guy', zeggen de Amerikanen) en weinig tot niets over zijn primaire functies. Opvallend is voorts dat, wanneer een patiënt zijn huisarts een brede functie toekent op psychisch gebied, ook de kwaliteit van zijn handelen op dat gebied als 'goed' wordt beoordeeld. Ook heeft de huisarts in die gevallen vaker een huisartsgeneeskundige oriëntatie volgens zijn collega's. Wanneer een patiënt zijn arts een

brede functie toedicht met betrekking tot de maatschappelijke kanten van de zorg voor ouderen, hangt dit niet of zelfs negatief (overigens niet significant) samen met de beoordeelde kwaliteit en huisartsgeneeskundige oriëntatie.

### Huisartsen – psychologen

In tabel 5 zien we dat het affectief gedrag van de huisarts – met name de non-verbale vormen (aankijken patiënt, getoonde interesse) – sterk samenhangt met de drie kwaliteitsoordelen: wederom het meest met de kwaliteit van het psychosociaal handelen en het minst met het medisch-technisch handelen. Affectief gedrag hangt ook samen met het oordeel over de huisartsgeneeskundige oriëntatie van de arts.

Het methodisch werken van de arts – althans de mate waarin hij aan vraagverheldering doet en structuur aanbrengt in zijn consult – blijkt geen relatie te hebben met de verschillende kwaliteitsoordelen die door collega-huisartsen zijn gegeven. Het gericht zoeken hangt in lichte mate samen met het kwaliteitsoordeel over het medisch-technisch en het psychosociaal handelen van de arts.

Wanneer de huisarts volgens de psychologen veel invloed geeft aan de patiënt in de

diagnostische c.q. therapeutische fase, kan zo'n consult rekenen op een goed rapportcijfer van de huisartsen-beoordelaars, althans ten aanzien van de kwaliteit van het psychosociaal handelen en het hanteren van de arts-patiënt relatie; er is geen relatie met de medisch-technische kwaliteit. Wel tonen de video-artsen in deze consulten een huisartsgeneeskundige oriëntatie volgens hun collega's.

Om meer inzicht te krijgen in het patroon, is een serie multi-pele regressie-analyses uitgevoerd met de negen communicatievariabelen als onafhankelijke variabelen en de kwaliteitsoordelen over respectievelijk het medisch-technisch handelen, het psychosociaal handelen en het hanteren van de arts-patiënt relatie als afhankelijke variabelen (tabel 6). Ook nu blijkt bij alle drie de kwaliteitsoordelen de dominantie van het non-verbale affectieve gedrag van de huisarts: de mate waarin de arts zijn blik op de patiënt gericht heeft, en de interesse die hij toont. Overigens verschillen de proporties verklaarde variantie tussen de drie kwaliteitsoordelen aanzienlijk: de communicatievariabelen verklaren samen ongeveer 34 procent van de variantie in het oordeel over de medisch-technische kwaliteit, tegen 58

**Tabel 6** Multiple regressie met de kwaliteitsoordelen als afhankelijke en de communicatie-variabelen als onafhankelijke variabelen.

	Oordeel medische kwaliteit		Oordeel psychosociale kwaliteit		Oordeel arts-patiënt relatie		Oordeel oriëntatie	
	$\beta$	T	$\beta$	T	$\beta$	T	$\beta$	T
Non-verbale aandacht	.22	2.28*	.35	4.15**	.32	3.34**	.42	5.05 <sup>‡</sup>
Interesse	.50	5.13 <sup>‡</sup>	.42	5.44 <sup>‡</sup>	.40	4.29 <sup>‡</sup>	.28	3.51 <sup>‡</sup>
Aspecifiek volgen	.07	.68	.20	2.49*	.18	1.88	.22	2.67**
Empathie	-.02	-.17	.07	.82	.15	1.64	.13	1.53
Vraagverheldering	-.02	-.15	-.03	-.39	-.06	-.65	-.04	-.46
Structuur aanbrengen	.03	.37	-.07	-.91	.04	.47	-.09	-1.18
Gericht zoeken	.06	.62	.05	.65	-.10	-1.06	.01	.13
Patiëntgericht gedrag (diagnose)	-.00	-.09	.22	2.83**	.23	2.48*	.26	3.40**
Patiëntgericht gedrag (therapie)	-.02	-.18	.11	1.32	.10	.96	.17	1.96
Multiple R	.60		.77		.65		.77	
Adjusted R <sup>2</sup>	.34		.58		.40		.58	
F (significantie)	21.24 (p<.001)		28.21 (p<.001)		17.95 (p<.001)		27.64 (p<.001)	

\* p<.05. \*\* p<.01. <sup>‡</sup><.001.

procent van het oordeel over de psychosociale kwaliteit en 40 procent van het oordeel over de kwaliteit in het hanteren van de arts-patiënt relatie. Het oordeel van de huisartsen over de mate waarin door de arts een huisartsgeneeskundige oriëntatie wordt getoond, blijkt eveneens uitstekend voorspeld te kunnen worden door de com-

municatievariabelen, met name het non-verbale affectieve gedrag van de arts. Het percentage verklaarde variantie bedraagt hier 58 procent.

Men zou kunnen aanvoeren dat bij een chronische aandoening als hypertensie 'eerste consulten' en 'herhaalconsulten' zo-

danig van elkaar verschillen, dat de observatoren een andere weging zullen maken bij hun kwaliteitsbeoordeling. In tabel 7 zijn daarom de correlaties nogmaals berekend voor de eerste consulten en de herhaalconsulten. Daarbij moet worden aangetekend dat de beoordelaars van tevoren niet op de hoogte waren van het feit of het

**Tabel 7** Correlatie psychogenoordenen met huisartsenoordenen.

Oordelen huisartsen → Oordelen psychologen ↓	Eerste consulten (n=25)				Herhaalconsulten (n=70)			
	kwaliteit medisch	kwaliteit psychosociaal	kwaliteit a-p relatie	oriëntatie algemeen	kwaliteit medisch	kwaliteit psychosociaal	kwaliteit a-p relatie	oriëntatie algemeen
<i>Affectief gedrag</i>								
non-verbale aandacht	.16	.43*	.38*	.58**	.41 <sup>‡</sup>	.69 <sup>‡</sup>	.58 <sup>‡</sup>	.70 <sup>‡</sup>
interesse	.80 <sup>‡</sup>	.56 <sup>‡</sup>	.52**	.29	.50 <sup>‡</sup>	.59 <sup>‡</sup>	.55 <sup>‡</sup>	.52 <sup>‡</sup>
aspecifiek volgen	.57 <sup>‡</sup>	.52**	.41*	.43*	.13	.35 <sup>‡</sup>	.36 <sup>‡</sup>	.47 <sup>‡</sup>
empathie (verbaal)	.30	.64 <sup>‡</sup>	.66 <sup>‡</sup>	.64 <sup>‡</sup>	.18	.37 <sup>‡</sup>	.33**	.40 <sup>‡</sup>
<i>Methodisch werken</i>								
vraagverheldering	.38*	.42*	.32	.29	.02	.08	-.01	.12
structuur aanbrengen	-.04	-.02	.06	.18	.09	.02	.12	-.05
gericht zoeken	.32	.19	-.14	.06	.20*	.17	.19	.11
<i>Patiënt-gericht gedrag</i>								
in diagnostische fase	.10	.29	.18	.34	.07	.38 <sup>‡</sup>	.38 <sup>‡</sup>	.43 <sup>‡</sup>
in therapeutische fase	.10	.26	.14	.40**	.06	.32**	.32**	.39 <sup>‡</sup>

\* p<.05. \*\* p<.01. <sup>‡</sup>p<.001.

**Tabel 8** Correlatie psychogenoordenen met patiëntenoordenen.

Oordelen patiënten → Oordelen psychologen ↓	Totaal			Eerste consulten			Herhaalconsulten		
	tevredenheid	functiebreedte 'psychisch'	functiebreedte 'sociaal/maatschappelijk'	tevredenheid	functiebreedte 'psychisch'	functiebreedte 'sociaal/maatschappelijk'	tevredenheid	functiebreedte 'psychisch'	functiebreedte 'sociaal/maatschappelijk'
<i>Affectief gedrag</i>									
non-verbale aandacht	.01	.26*	.08	-.28	.47*	-.06	.07	.21	.09
interesse	.19*	.25*	-.13	.42*	.00	-.42*	.22	.26*	-.09
aspecifiek volgen	-.05	.16	-.09	-.33	.12	-.57**	.07	.14	.04
empathie (verbaal)	.21**	.31**	.03	.29	.47*	-.30	.22	.27*	.13
<i>Methodisch werken</i>									
vraagverheldering	.04	.12	.11	.41*	.06	.35	.03	.15	-.01
structuur aanbrengen	-.01	.24	-.04	-.04	.34	-.10	-.00	.28	.07
gericht zoeken	.32**	-.10	-.06	.47*	-.07	-.20	.31**	-.11	-.05
<i>Patiënt-gericht gedrag</i>									
in diagnostische fase	.03	.32**	.04	.10	.31	-.10	.06	.34*	.08
in therapeutische fase	-.04	.24*	-.03	.04	.12	.08	-.04	.36**	-.10

\* p<.05. \*\* p<.01.

om een eerste consult of een herhaalconsult ging.

Inderdaad zien we opmerkelijke verschillen tussen beide typen consulten. In eerste consulten wordt de beoordeelde kwaliteit minder bepaald door de mate waarin de arts invloed geeft aan de patiënt op het verloop van het consult en de behandeling; daarentegen wordt in eerste consulten meer waarde gehecht aan methodisch werken: de mate waarin de huisarts de hulpvraag verheldert, hangt samen met het kwaliteitsoordeel op medisch-technisch én op psychosociaal gebied.

### Patiënten – psychologen

De tevredenheid van de patiënt blijkt matig samen te hangen met de arts-patiënt communicatie, zoals die is gescoord met behulp van het Nivel-observatieprotocol (tabel 8). Patiënten zijn tevredener over hun arts wanneer deze gericht zoekt naar factoren buiten de klacht in engere zin ( $r=.32$ ;  $p<.01$ ). Daarnaast hangen de getoonde interesse en de (verbale) empathie samen met de tevredenheid van de patiënt.

De functiebreedte die patiënten aan hun huisarts toekennen op psychisch gebied, blijkt beter te discrimineren: patiënten kennen hun huisarts een bredere functie toe op psychisch gebied, wanneer hij in het consult veel affectief gedrag toont (verbaal en non-verbaal) en wanneer hij de patiënt veel inbreng geeft in het consult. Een multi-pele regressie-analyse met de communicatie-variabelen als onafhankelijke en de diverse patiëntenoordelen als afhankelijke variabelen toont dat geen van de communicatie-variabelen een onafhankelijke significante bijdrage levert aan het betreffende patiëntenoordeel.

Zoals uit het tweede en derde deel van tabel 8 blijkt, lijkt het type consult ook hier verschil te maken: in eerste consulten is de patiënt met name tevreden wanneer de huisarts zijn hulpvraag verheldert (methodisch werken), geïnteresseerd is en gericht doorvraagt naar andere problemen die een rol spelen bij het huisartsbezoek; in vervolggconsulten speelt alleen dit laatste een (significante) rol bij de tevredenheid van de patiënt. Daarentegen lijkt het bij vervolggconsulten juist van belang dat de arts aan de

patiënt veel ruimte geeft voor een eigen inbreng; de patiënt kent hem dan een bredere functie toe op psychisch gebied.

Overigens moeten we vanwege het kleine aantal eerste consulten in onze steekproef voorzichtig zijn met de interpretatie van deze verbanden. Om deze reden is ook een multivariate analyse per subgroep niet zinvol.

### Beschouwing

Dit onderzoek is opgezet om na te gaan in hoeverre kwaliteitsverschillen die door collega-huisartsen en patiënten worden vastgesteld, ook met het Nivel-observatiesysteem kunnen worden blootgelegd.

Wanneer we de resultaten nader beschouwen, is eerst een relativisering op zijn plaats. We hebben het onderzoek uitgevoerd op een selecte groep consulten. Weliswaar vormen deze consulten een goede weerspiegeling van het doorsnee hypertensieconsult in de huisartspraktijk, maar dat maakt ze nog niet representatief voor hét huisartsconsult. Het gaat bij hypertensie bijvoorbeeld om chronische problematiek, die wellicht andere eisen stelt aan de arts-patiënt communicatie dan acute problematiek. De resultaten uit deze studie hebben daarom slechts een beperkte geldigheid.

Voor het vaststellen van 'kwaliteit' is in dit onderzoek gekozen voor een meetprocedure waarbij de beoordelende huisartsen per dimensie (medisch-technisch handelen, psychosociaal handelen, hanteren van de arts-patiënt relatie) één totaaloordeel geven in de vorm van een rapportcijfer. Gevraagd werd bij de beoordeling een aantal (op schrift gestelde) kwaliteitsaspecten te betrekken en deze onderling te wegen. Een probleem is, dat men bij een dergelijk totaaloordeel afhankelijk is van subjectieve impressies: dit zal leiden tot een relatief lage betrouwbaarheid, wanneer de observatoren ieder voor zich andere kwaliteitsaspecten belangrijk achten.

Dat laatste blijkt niet het geval: de twaalf observatoren hebben een tamelijk consistent beeld van wat 'goede' en wat 'slechte' consulten zijn. Men dient zich daarbij wél te realiseren dat in dit onderzoek gewerkt is met een tamelijk groot panel, waarbij de

invloed van toevalligheden automatisch wordt verminderd. Uit onze uitkomsten mag niet worden afgeleid dat een kwaliteitsoordeel door slechts twee of drie ervaren huisartsen op basis van een globale instructie ook tot een betrouwbaar resultaat leidt.

Verder heeft de gebruikte kwaliteitsmaat vooral waarde als globale 'outcome-maat' en is zij slechts beperkt relevant voor (na)scholingsdoeleinden. De maat geeft immers geen informatie over de specifieke aspecten van zorg, en dus ook geen concrete aanwijzingen voor verbetering.

Er ligt hier overigens een interessante lijn voor verder onderzoek: men kan de uitkomsten van de hier gepresenteerde vorm van kwaliteitsmeting vergelijken met de uitkomsten van de traditionele methode, waarbij gedetailleerde gedragscategorieën worden geturfd of beoordeeld aan de hand van geoperationaliseerde protocollen. In de paragraaf 'Methoden' hebben we gezien dat deze werkwijze soms moeilijk te interpreteren gegevens oplevert. Wat betekent het wanneer een huisarts na afloop van een toetsingsproject nog slechts de helft van de als 'obligaat' omschreven handelingen verricht?<sup>20</sup> Betekent dit dat er bij deze huisartsen sprake is van suboptimale zorg? Of is het protocol in feite 'een samengestelde verlanglijst van alle diagnosten en behandelars',<sup>29</sup> waarbij het kwaliteitsbegrip dus is gemaximaliseerd? Of staan de protocollen te ver van de dagelijkse praktijk, doordat zich zo zelden 'zuivere' hypertensieconsulten voordoen? Of ligt het aan de gebruikte meet- en analysemethoden (meestal frequenties van gedragscategorieën), door Wasserman beschreven als 'trying to understand the game of tennis by merely counting the number of serves, slams, lobs and volleys?'<sup>30</sup>

Een vergelijking van beide meetmethoden kan meer inzicht geven in deze problematiek. Wellicht zal dan blijken dat een beschrijving van de kwaliteit van een consult met één totaalmaat (zoals hier is gemaakt) een goede aanvulling betekent op meer gedetailleerde (en dus gefragmenteerde) kwaliteitsmetingen. Een dergelijke analyse kan bijvoorbeeld nader inzicht verschaffen in de actuele vraag onder welke omstandigheden inter-doktervariatie opge-

vat moet worden als gebrek aan kwaliteit, of juist als een fenomeen waarvan de creatieve werking benadrukt moet worden.<sup>31 32</sup> Nader onderzoek lijkt gewenst.

Het op basis van een literatuurstudie ontwikkelde meetinstrument voor de 'huisartsgeneeskundige oriëntatie' van de arts bleek betrouwbaar te worden gescoord, terwijl de hoge samenhangen met de kwaliteitsoordelen en de affectieve en patiëntgerichte onderdelen van het observatieprotocol een eerste indicatie vormen voor de validiteit van het instrument. Het lijkt de moeite waard dit meetinstrument verder te testen.

Overigens is een waarschuwing op zijn plaats voor het gebruik van de terminologie 'klinisch versus huisartsgeneeskundig'; deze tegenstelling wekt de suggestie dat huisartsgeneeskunde geen klinisch vak zou zijn. Het verdient daarom wellicht de voorkeur te spreken van 'specialistisch versus generalistisch'. Een dergelijk begrippenpaar staat ook dicht bij de terminologie van het door ons ontwikkelde meetinstrument.

Terug naar de hoofdvraagstelling.

We zien allereerst dat er een sterke positieve relatie bestaat tussen het 'affectieve gedrag', zoals gemeten door de psychologen, en de kwaliteitsoordelen van de huisartsen: affectief gedrag blijkt positief te worden gewaardeerd in het medisch consult, niet alleen bij psychosociale aspecten van de hulpverlening, maar ook bij de medisch-technische hulpverlening. Tevens werd een hoge correlatie gevonden tussen affectief gedrag en de door collega's waargenomen mate van huisartsgeneeskundige oriëntatie.

Affectief gedrag is een kernbergip in allerlei psychologische theorieën, met name de Rogeriaanse theorie. Volgens deze theorie is affectief gedrag een noodzakelijke voorwaarde voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt. Als zodanig is het begrip geleidelijk geïncorporeerd in vrijwel alle psychotherapiescholen. Het wordt beschouwd als een van de zogenaamde non-specifieke factoren die werkzaam zijn in vrijwel alle vormen van psychotherapie.<sup>33</sup>

Uit het hier gepresenteerde onderzoek

blijkt dat affectief gedrag niet alleen in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in de huisartspraktijk beschouwd wordt als een basisvoorwaarde voor een goede hulpverlening. Dit geldt overigens met name voor het non-verbale affectieve gedrag: het aankijken van de patiënt en het tonen van interesse. Deze belangrijke rol voor het non-verbale affectieve gedrag is eerder door onder anderen *Dimatteo et al.*, *Streicher* en *Friedman* gesignaleerd.<sup>34-36</sup>

De arts-patiënt communicatie, zoals die wordt vastgelegd met behulp van het Nivel-observatieprotocol, speelt niet bij alle drie de kwaliteitsoordelen een even belangrijke rol: slechts een derde van de variantie in het medisch kwaliteitsoordeel wordt erdoor verklaard, tegen bijna 60 procent van de variantie in het oordeel over de kwaliteit van het psychosociaal handelen. Daarmee lijkt het observatieprotocol wel voldoende in staat om de kwaliteit van het psychosociaal handelen (en overigens ook de kwaliteit van het hanteren van de arts-patiënt relatie) vast te leggen, maar niet om de kwaliteit van het medisch-technisch handelen adequaat te omschrijven. Dat is ook niet verwonderlijk. Het observatieprotocol is immers ontworpen om meer zicht te verschaffen op de psychosociale hulpverlening van de huisarts, die nu eenmaal voor het overgrote deel verloopt via het medium van de arts-patiënt communicatie. Wellicht echter kan een grotere proportie in de kwaliteit van het medisch-technisch handelen verklaard worden met behulp van observatieprotocollen uit de meer instrumentele traditie, zoals door *Hall* en *Roter* zijn ontwikkeld.<sup>37-39</sup>

De teleurstellend lage correlaties tussen het methodisch werken en de verschillende kwaliteitsoordelen hebben ons geprikkeld tot het uitvoeren van een aantal nadere analyses. Vanuit de veronderstelling dat methodisch werken vooral belangrijk is in eerste consulten, wanneer de aard van de problematiek en de behandeling nog geheel moeten worden vastgesteld, zijn afzonderlijke analyses uitgevoerd voor beide typen consulten. Hoewel we voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies in verband met de kleine aantallen, lijken

beoordelaars bij eerste consulten inderdaad andere aspecten in hun beoordeling te betrekken dan bij herhaalconsulten. Blijkbaar wordt in eerste consulten een methodisch-technische aanpak van de huisarts gewaardeerd (ook door de patiënt), terwijl het bij langere episoden belangrijker wordt dat de huisarts veel ruimte laat voor een eigen inbreng van de patiënt. Het lijkt erop dat verschillende typen consulten om verschillende typen arts-patiënt communicatie vragen. We zijn dan ook geneigd deze resultaten vooral op te vatten als een waarschuwing tegen het door elkaar gebruiken van verschillende typen consulten bij de beoordeling van de kwaliteit. Wanneer onderzoek naar kwaliteitsbeoordeling zich zou beperken tot 'zuivere' consulten (eerste consulten waarin geen andere problematiek dan de beoogde wordt gepresenteerd) zouden de resultaten weleens een beperkte relevantie hebben voor de alledaagse werkelijkheid in de huisartspraktijk. Ook dat lijkt een onderwerp voor nader onderzoek.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. Soc Science Med, in press.
- <sup>2</sup> Bensing JM, Verhaak PFM. Ruimte voor de patiënt. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 19-33.
- <sup>3</sup> Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen [Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam]. Utrecht: Nivel, 1986.
- <sup>4</sup> Verhaak PFM. Detection of psychological complaints by general practitioners. Med Care 1988; 26: 1009.
- <sup>5</sup> Bensing JM, Sluijs EM. Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van een gespreksttraining voor huisartsen. Ned Tijdschr Psychol 1984; 39: 265-80.
- <sup>6</sup> Grol R, Mesker P, Van de Rijdt T, Touw I, Blanken K. Onderlinge toetsing huisartsen. Beknopt overzicht toetsingsprojecten. Med Contact 1984; 39: 945-9.
- <sup>7</sup> Anonymous. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1985.
- <sup>8</sup> Pendleton D, Hasler J. Doctor-patient communication. London: Academic Press, 1983.
- <sup>9</sup> Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Med Care 1985; 23: 521-38.



- <sup>10</sup> Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
- <sup>11</sup> Carter WB, Inui TS, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis II. Identifying effective provider and patient behavior. *Med Care* 1982; 20: 550-66.
- <sup>12</sup> Lamberts H, Wood M, eds. *ICPC. International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press 1987.
- <sup>13</sup> Office of Population Censuses and Surveys. *Morbidity statistics from general practice. Second national study 1971-1972*. London: HMSO, 1979.
- <sup>14</sup> Anoniem. *Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: Nivel (ongepubliceerd).
- <sup>15</sup> Lamberts H. *Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the monitoring project*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- <sup>16</sup> Van der Velde J. *Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De rol van de huisartspraktijk in Nederland*. *Med Contact* 1990; 45: 605-8.
- <sup>17</sup> Bensing JM. The use of the RFE classification system in observation studies – some preliminary results. In: Goh Lee Gan, Kee Chin Wah, eds. *Tenth WONCA World Conference on Family Medicine. Conference proceedings*. Singapore: WONCA, 1983.
- <sup>18</sup> Dijkhuis JH. *Psychotherapie, een vak voor veel beroepen*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1989; 44: 1051-64.
- <sup>19</sup> Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients*. London: HMSO, 1976.
- <sup>20</sup> Grol R, Mokkink H, Schellevis F. *Effecten van onderlinge toetsing. 1. Spreekuurgedrag van huisartsen*. *Huisarts Wet* 1986; 29: 99-103, 124.
- <sup>21</sup> Van der Ende J, Visser S, Groenier K. *Gezondheidsvaardigheden van de huisarts in opleiding*. *Huisarts Wet* 1988; 31: 375-8.
- <sup>22</sup> Verhaak PFM. *Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Tweede Interimrapport*. Utrecht: NHI/Nivel, 1979.
- <sup>23</sup> Cassée E. *Naar de dokter*. Meppel: Boom, 1973.
- <sup>24</sup> Crebolder HFJM. *Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum [Dissertatie]*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1977.
- <sup>25</sup> Dimatteo MR, DiNicola DD. Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation. *Med Care* 1981; 19: 829-39.
- <sup>26</sup> Smits A, Mokkink H, Grol R, Van Eijk J, Beek M, Mesker-Niessen J, Mesker P. *Spreekuurgedrag van huisartsen. De samenhang tussen de medisch-technische en psychosociale aspecten*. *Huisarts Wet* 1985; 28: 121-5.
- <sup>27</sup> Grol R, Tielens V, Mokkink H, Zwaard T. *Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden*. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
- <sup>28</sup> Imants J. *Huisarts en hypertensie*. Utrecht: NHI (Nivel), 1978.
- <sup>29</sup> Dunning AJ. *Het medisch handelen als proces*. *Med Contact* 1984; 39: 269-71.
- <sup>30</sup> Wasserman RC, Inui TS. *Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research*. *Med Care* 1983; 21: 279-93.
- <sup>31</sup> Lamberts H. *Interdoktervariantie en de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen*. *Huisarts Wet* 1986; 29: 146-52.
- <sup>32</sup> Meijman F. *Interdoktervariantie en protocollen*. *Huisarts Wet* 1986; 29: 131.
- <sup>33</sup> Lemmens F, Van Busschbach J, De Ridder D, Van Lieshout P. *Psychotherapie in de RI-AGG. De stand van zaken in 1988*. Utrecht: NcGv, 1988.
- <sup>34</sup> Dimatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. *Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal skills*. *Med Care* 1980; 18: 376-87.
- <sup>35</sup> Strecher VJ. *Improving physician-patient interactions: a review*. *Patient Counseling and Education* 1983; 4: 129-36.
- <sup>36</sup> Friedman HS. *Nonverbal communication between patients and medical practitioners*. *J Soc Issues* 1979; 35: 82-99.
- <sup>37</sup> Hall JA, Roter DL, Katz NR. *Task versus socio-emotional behaviors in physicians*. *Med Care* 1987; 25: 399-412.
- <sup>38</sup> Roter DL, Hall JA, Katz NR. *Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions*. *Med Care* 1987; 25: 437-51.
- <sup>39</sup> Roter DL, Hall JA. *Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients*. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 325-9. ■

### Abstract

**Bensing JM. Who says that this is a good consultation? Quality judgements from three different sources compared. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 21-29.**

This article describes how 103 consultations on hypertension were evaluated by three different sources. All consultations were recorded on video. Trained psychologists scored the consultations according to the Nivel observation protocol. The consultations were also evaluated by 12 experienced doctors on a number of aspects of quality and the degree to which the doctor showed a generalistic orientation (as opposed to a biomedical orientation). After the consultation the patient filled in a questionnaire on degree of satisfaction and gave an opinion on the 'range of care' provided by the doctor. Doctors demonstrated affective behaviour, mainly non-verbal, more often in those consultations judged positively by colleagues. In these consultations the doctor also had a more generalistic orientation. It was striking that the patient's satisfaction was only related to the quality of the doctor-patient relationship. First consultations were evaluated differently to follow-up consultations in a number of aspects.

**Key words** Consultation, Family practice; Quality assessment.

**Correspondence** Drs. J.M. Bensing, Netherlands institute of primary health care, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.