

Het woord bij de daad gevoegd

Huisarts-patiënt communicatie: een integraal onderdeel van de werkstijl van de huisarts

H.G.A. MOKKINK
E.H. VAN DE LISDONK
A.J.A. SMITS

In de theorievorming en in het onderzoek ten aanzien van somatische fixatie en de mogelijkheden tot preventie daarvan nemen het hanteren van de huisarts-patiënt relatie en de communicatieve vaardigheden van de huisarts een centrale plaats in. Nagegaan wordt in hoeverre uit de theorie afgeleide stellingen door bevindingen uit een drietal projecten ondersteund worden. Geconcludeerd wordt dat de communicatieve vaardigheden niet los staan van het overige professioneel handelen: een doelgerichte arts-patiënt communicatie vormt de basis van de 'geïntegreerde' werkstijl. Met name de communicatieve aspecten van de werkwijze van de huisarts bleken in gewenste richting veranderd na deelname aan een programma voor intercollegiale toetsing. De geïntegreerde werkstijl (met een terughoudend verwijfs- en specifiek voorschrijfbelijkheid) bleek niet ten koste te gaan van de gezondheidstoestand van patiënten. Voorts bleek de werkstijl van de huisarts samen te hangen met de subjectieve gezondheidsbeleving van patiënten en met aspecten van ziektegedrag.

Mokkink HGA, Van de Lisdonk EH, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts-patiënt communicatie: een integraal onderdeel van de werkstijl van de huisarts. Huisarts Wet 1991; 34(7): 340-5.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 HJ Nijmegen; telefoon 080-516.337.

Dr. H.G.A. Mokkink, socioloog; Dr. E.H. van de Lisdonk, huisarts; Dr. A.J.A. Smits, psycholoog.

Inleiding

In de theorievorming en in het onderzoek ten aanzien van somatische fixatie en de mogelijkheden tot preventie daarvan nemen het hanteren van de huisarts-patiënt relatie en de communicatieve vaardigheden van de huisarts een centrale plaats in. De theorie over preventie van somatische fixatie bouwt voort op de systeemtheorie en heeft betrekking op de wijze waarop mensen (verschillend) omgaan met ziekten en problemen en wat de effecten daarvan kunnen zijn. Somatische fixatie is daarbij gedefinieerd als het proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen door patiënten, door hun sociale omgeving en/of door professionele hulpverleners. Hierdoor worden patiënten meer dan nodig afhankelijk van (medische) hulpverlening. In de meest extreme vorm kan dit leiden tot het vastlopen in het medisch kanaal.¹ De theorie heeft betrekking op iedere confrontatie met ziekte, klachten, onlustgevoelens etc., en op iedere reactie daarop, zowel door de patiënt zelf, als door mensen uit zijn omgeving en door professionele hulpverleners. Het gaat dan ook niet om een eenvoudig en direct waarneembaar verschijnsel dat met een meetinstrument in één score kan worden uitgedrukt.

In de theorie worden drie kringlopen onderscheiden: de interne (hoe reageert de patiënt op de eigen klachten), de externe (hoe reageert de primaire leefomgeving op de zieke en de ziekte) en de arts-patiënt kringloop (hoe reageert de (huis)arts op de zieke en de ziekte) (*figuur*). Binnen de laatste twee kringlopen speelt communicatie (of het ontbreken daarvan) een belangrijke rol. In overeenstemming met de definitie die *De Groot* heeft gegeven van een 'theorie', is de theorie over preventie van somatische fixatie enerzijds gebaseerd op opvattingen over de doelstelling van de gezondheidszorg, en is het anderzijds mogelijk uit de theorie empirisch toetsbare hypothesen te deduceren.²

In deze bijdrage willen we nagaan in hoeverre hypothesen, toegespitst op de huisarts-patiënt communicatie en het overig

professioneel handelen van de huisarts, al dan niet zijn bevestigd:

- In hoeverre hangt een adequate huisarts-patiënt communicatie samen met het medisch handelen en de attitudes van de huisarts?
- In hoeverre is de werkwijze van de huisarts veranderbaar?
- Wat is de samenhang tussen de werkwijze van de huisarts en kenmerken van patiënten?

Methode

Voor de beantwoording van de vraagstellingen hebben we geput uit de bevindingen van een drietal onderzoeksprojecten die het afgelopen decennium zijn uitgevoerd aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Op pagina 343 wordt een overzicht gegeven van de opzet van de projecten en de gemeten variabelen. Voor een meer gedetailleerde beschrijving verwijzen we naar eerdere publikaties.³⁻¹⁵

In alle drie de projecten zijn met behulp van dezelfde observatiemethoden en dezelfde analyses op ziekenfondsgegevens groepen huisartsen onderzocht. De onderzoekspopulatie uit het tweede project werd gevormd door huisartsen uit het eerste project die aan een programma voor intercollegiale toetsing hebben deelgenomen. In het laatste project, waarin een andere groep huisartsen is benaderd, is tevens een steekproef van patiënten van deze huisartsen onderzocht. Een belangrijke overweging hierbij was de volgende: het eerste project mag wellicht aannemelijk maken dat een bepaalde werkwijze van de huisarts samengaat met minder afhankelijkheid van medische hulpverlening bij patiënten, maar het is de vraag of dit niet ten koste gaat van hun gezondheidstoestand.

Resultaten die al eerder zijn gepubliceerd, vermelden we niet in tabellen, niet eerder gepubliceerde uitkomsten wel.

Resultaten

Samenhang tussen aspecten van de werkwijze

De samenhang tussen de diverse aspecten van de werkwijze is weergegeven door middel van een typologie van 'werkstijlen van

huisartsen'. De volgende overweging speelde een belangrijke rol bij de keuze voor deze constructie als analysetechniek. Elke huisarts ontwikkelt bepaalde routines en patronen in zijn handelen. In dergelijke patronen ligt zijn persoonlijke huisartsgeneeskundige ervaring als het ware opgeslagen. De huisarts kan eruit putten in nieuwe, vergelijkbare situaties. Zonder dergelijke routines en patronen zou het werk van de huisarts ondoenlijk zijn en zijn handelen willekeurig en onvoorspelbaar.

Het is bekend dat er grote verschillen tussen huisartsen bestaan met betrekking tot de aanpak van gewone, veel voorkomende klachten en problemen. Eerder werd de hypothese geformuleerd dat 'sommige routines een gunstige invloed hebben op het voorkomen of doorbreken van processen van somatische fixatie, terwijl andere routines somatische fixatie juist bevorderen'.³ Op basis van theorie en literatuur werd verondersteld dat er slechts één dimensie aan de diverse aspecten van huisartsgeneeskundig handelen ten grondslag zou liggen: een huisarts die positief scoort, scoort positief op alle aspecten.¹⁶

Deze verwachting werd bevestigd in een factoranalyse: een adequate huisarts-patiënt communicatie gaat samen met een

adequate medische aanpak (veel adequaat en weinig overbodig handelen) en met een terughoudend verwijs- en specifiek voorschrijfbeleid.⁶ Daarnaast bracht de analyse een tweede dimensie aan het licht. Hierin gaat een niet-adequate arts-patiënt communicatie samen met veel medisch handelen (veel adequaat en veel overbodig) en een hoog specifiek voorschrijfgedrag. Deze factor weerspiegelt de neiging om veel (zelf) te doen, maar niet gericht: zonder voldoende verduidelijking en uitleg en zonder voldoende open te staan voor de inbreng van de patiënt.

Van hieruit werd een typologie van werkstijlen opgesteld:

- De *geïntegreerde* werkstijl: een patiënt- en doelgerichte aanpak (goede arts-patiënt communicatie), veel obligate en weinig overbodige medische diagnostiek, terughoudend verwijs- en specifiek voorschrijfbeleid.
- De werkstijl van de *doener*: een weinig patiënt- en doelgerichte aanpak, veel obligate en ook veel overbodige medische diagnostiek, en een royaal verwijs- en specifiek voorschrijfbeleid.
- De *minimum*-werkstijl: een weinig patiënt- en doelgerichte aanpak, weinig (obligate en overbodige) medische dia-

gnostiek, een royaal specifiek voorschrijfbeleid (*minimum+recept*-werkstijl) of een royaal verwijsbeleid (*minimum+verwijskaart*-werkstijl) of in beide royaal.⁷

Werkstijl – attitudes

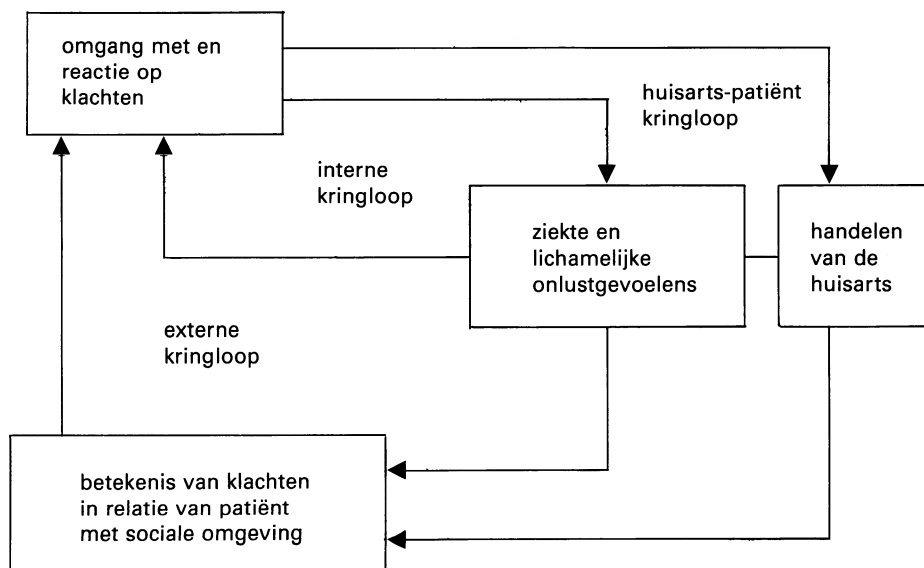
Tabel 1 geeft de Pearson-correlaties tussen de scores op de werkstijlen en de attitudes van huisartsen, gemeten in project 1. Er is een duidelijk contrast tussen de positieve correlaties bij de geïntegreerde werkstijl en de negatieve correlaties bij de andere werkstijlen. Naarmate huisartsen meer volgens de geïntegreerde werkstijl werkten, hadden zij een ruimere taakopvatting, waren zij minder defensief bij medische risicosituaties, stonden zij meer open voor externe controle, bijvoorbeeld in de vorm van onderlinge toetsing, waren zij meer voorstander van een open arts-patiënt relatie op basis van gelijkwaardigheid en hadden zij een duidelijker communicatie met de specialist.

Voor de overige werkstijlen gold het omgekeerde. Bij de doener valt met name op dat deze niet openstaat voor inbreng van buitenaf (zoals patiënten en collegae) en zich meer defensief opstelt. Bij de minimum-werkstijlen vallen met name de meer beperkte taakopvatting en de gebrekkige communicatie met de specialist op (wat vooral voor de minimum+verwijskaart-werkstijl geldt; de correlaties zijn hier respectievelijk $-.41$ en $-.39$).

Veranderbaarheid van de werkwijze

In het tweede project is bestudeerd in hoeverre deelname aan een programma van intercollegiale toetsing van het NUHI van invloed is op de werkwijze van de huisarts.⁹ De deelnemers bleken in een aantal opzichten meer volgens de criteria te zijn gaan werken, vooral met betrekking tot de anamnese, het geven van voorlichting en advies, het verhelderen van de hulpvraag aan het begin van het contact, het stimuleren van de inbreng van de patiënt en de systematische opbouw van het consult.¹⁰ Daarnaast was er bij anamnese en lichamelijk onderzoek een kleine toename van het aantal overbodig geachte handelingen. Deelnemers vertoonden na afloop van het toetsingsprogramma een significant lager

Figuur Kringlopen-model: de betrokkenheid van de huisarts bij het ontstaan van en omgaan met klachten en ziekten.¹



aspecifiek voorschrijfgedrag vergeleken dan niet-deelnemers.¹¹

Werkstijl – aandoeningen bij de patiënten

In project 3 zijn bij aselecte steekproef van patiënten uit de onderzochte praktijken (20 vrouwen van 50-64 jaar) metingen verricht, onder meer om na te gaan of een op preventie van somatische fixatie gerichte werkwijze van de huisarts niet ten koste zou gaan van hun gezondheidstoestand. Onder meer zijn 18 in de betreffende leeftijd-geslachtscategorie veel voorkomende aandoeningen en risicofactoren gemeten.

Bij 15 hiervan werd geen statistisch significante samenhang aangetroffen met de werkstijl van de huisarts; bij drie was dat wel het geval (tabel 2). Naarmate huisartsen meer volgens de geïntegreerde werkstijl werkten, werden naar verhouding minder onbekende en/of niet behandelde patiënten met diabetes mellitus, chronische bronchitis en met hartritme stoornissen aangetroffen. Bij de andere werkstijlen werd een tegenovergesteld verband aangetroffen. Samenhangen met het vóórkomen van de overige aandoeningen ontbraken of tenderden wel in dezelfde richting, maar waren dan niet significant.

Werkstijl – gezondheidsbeleving en ziektegedrag van patiënten

Naarmate werkstijl van een huisarts meer overeenkomst vertoonde met de geïntegreerde werkstijl, voelden de patiënten zich meer gezond, ervoeren zij minder klachten, hadden zij meer vertrouwen in hun eigen mogelijkheden om zelf alledaagse klachten en problemen op te lossen en riepen zij minder de hulp van de huisarts in (tabel 3). Ten aanzien van de werkstijl van de doener en de minimum-werkstijlen werd het tegenovergestelde beeld aangetroffen.

Werkstijl – satisfactie van patiënten

Er werd geen significante samenhang aangetroffen tussen de werkstijl van de huisarts en de satisfactie van de patiënten (tabel 3).

Beschouwing

Wij verbinden de volgende conclusies aan de diverse bevindingen:

- De communicatieve vaardigheden van

Tabel 1 Werkstijl en attitudes van huisartsen (Pearson-correlaties, n=57).

	Geïntegreerde werkstijl	Werkstijl doener	Minimum-werkstijl
Taakopvatting	.33*	-.10	-.36**
Opvatting m.b.t. het nemen van medische risico's	.38**	-.25*	-.30*
Opvatting m.b.t. externe controle	.32*	-.45**	-.25
Opvatting over de huisarts-patiënt relatie	.36**	-.45**	-.19
Communicatie met medische specialisten	.29*	-.14	-.35**

* p<.05; ** p<.01.

Tabel 2 Werkstijl en de gezondheidstoestand van patiënten (Pearson-correlaties, n=75).

	Geïntegreerde werkstijl	Werkstijl doener	Minimum-werkstijl
Diabetes	-.19	.32**	.06
Chronische bronchitis	-.25*	.35**	.16
Hartritme-stoornissen	-.28*	.19	.23*

* p<.05; ** p<.01.

Tabel 3 Werkstijl en opvattingen en ziektegedrag van patiënten (Pearson-correlaties, n=75).

	Geïntegreerde werkstijl	Werkstijl doener	Minimum-werkstijl
Oordeel over eigen gezondheid	.24*	-.34**	-.16
Aantal klachten VOEG	-.38**	.35**	.28*
Opvatting t.a.v. zelfzorg bij alledaagse klachten	.30*	-.25*	-.28*
Aantal malen huisarts bezocht	-.41**	.35**	.32**
Satisfactie met zorg door huisarts	-.06	.04	.08

* p<.05; ** p<.01.

de huisarts staan niet los van het medisch handelen: ze vormen een substantieel onderdeel van de werkstijl van de huisarts. Een goede arts-patiënt communicatie is geen op zichzelf staand doel, maar wordt pas relevant in de context waarbinnen deze communicatie plaatsvindt.

Een patiënt- en doelgerichte communicatie bleek samen te gaan met (volgens de tevoren geformuleerde criteria) gewenst medisch handelen. Deze bevinding lijkt in strijd met bevindingen uit ander onderzoek, waarin sprake is van hetzij een psy-

chosociale hetzij een medisch gerichte aanpak van de huisarts, of waarin geen verband wordt gevonden.^{17 18} Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het verschillende analyiseniveau. Op consultniveau kan er duidelijk sprake zijn van een van beide benaderingen; ook onze gegevens wezen in die richting.¹⁵ Wanneer echter gekeken wordt naar de werkwijze over een groot aantal consulten, dan wordt geen of/of-verband maar juist een en/en-verband aangetroffen. Ook elders werd dit verband aangetroffen.¹⁹

De drie projecten

1 Preventie van somatische fixatie, 1980-1985^{3-8 12}

Populatie

57 solo-werkende huisartsen, medewerkers van het ziekenfonds BAZ te Nijmegen met ten minste 300 BAZ-verzekerden in hun praktijk aangevuld met enkele huisartsen van het ziekenfonds RZR te Doorwerth.

Gemeten variabelen

- Op basis van praktijk-observatie (20 consulten per huisarts) en achteraf beoordeling aan de hand van 23 medisch technische protocollen en beoordelings schalen voor de overige vaardigheden:

- adequaat medisch handelen: percentage obliagaat verrichte handelingen; overbodig medisch handelen: aantal verrichte overbodige handelingen per consult;
- psycho-sociaal handelen;
- openstaan voor de inbreng van de patiënt;
- expliciteren eigen handelen.

- Attitudes van huisartsen (schriftelijke vragenlijsten):

- taakopvatting;
- opvattingen over het nemen van medische risico's;
- opvattingen ten aanzien van externe controle;
- opvattingen over de huisarts-patiënt relatie;
- communicatie met de specialist.

- Verwijsgedrag en voorschrijfgedrag (onderscheiden in specifiek en gericht voorschrijfgedrag (8)) op basis van ziekenfondsgegevens.

Design

Eenmalige meting in 1981, cross-sectioneel.

Onderzoeksteam

M. Beek, J. van Eijk, F. Huygen, R. Grol, G. van Mierlo, H. Mookink en A. Smits.

2 Toetsingsproject, 1982-1987⁹⁻¹¹

Populatie

- 43 van de 57 huisartsen uit project 1 die ingingen op de uitnodiging aan een omvangrijk programma voor intercollegiale toetsing deel te nemen.

Gemeten variabelen

Observaties en ziekenfondsgegevens, idem project 1.

Design

Voormeting (1981) en nameting na afloop van deelname aan het toetsingsprogramma (1984), prospectief.

Onderzoeksteam

R. Grol, P. Mesker, F. Schellevis en H. Mookink.

3 Preventie van somatische fixatie door huisartsen en de gezondheidstoestand van patiënten, 1985-1990

Populatie

- Aselecte steekproef van 75 solo-werkende huisartsen, gestratificeerd naar verwijscijfer en urbanisatiegraad, medewerkers van het ziekenfonds RZR te Doorwerth, minimaal 5 jaar werkzaam in huidige praktijk.

- Per praktijk een aselecte steekproef van 15 vrouwelijke RZR-verzekerden, leeftijd 50-64 jaar, tenminste 5 jaar als patiënt bij huidige huisarts ingeschreven.

Gemeten variabelen

- Bij huisartsen: observaties en ziekenfondsgegevens, idem project 1

- Bij patiënten:

- 18 in de betreffende leeftijd-geslachtcategorie veel voorkomende aandoeningen en risicofactoren, gemeten middels anamnese en eenvoudig lichamelijk onderzoek bij patiënte thuis, en lab-bepalingen.
- mening over eigen gezondheid (CBS-vraag);
- aantal ervaren klachten (verkorte VOEG);
- opvattingen ten aanzien van zelfzorg bij alledaagse klachten (23);
- aantal malen de huisarts bezocht in afgelopen 3 maanden;
- satisfactie met de geleverde zorg, vragenlijst 13 items.

Design

Eenmalige meting (winter 1986-'87), cross-sectioneel.

Onderzoeksteam

J. van Eijk, F. Huygen, W. Meyboom, H. Mookink, A. Smits en J. van Son.

- Met name de communicatieve aspecten van de werkwijze lijken in de gewenste richting veranderbaar door middel van toetsing.

- De geïntegreerde werkwijze kan worden beschouwd als een aanpak die onnodige afhankelijkheid van medische hulpverlening bij patiënten tegengaat. Voor de werkwijze van de doener en de minimum-werkwijze geldt het tegendeel. Ook anderen benadrukken het belang hiervan.^{20 21}

- Een geïntegreerde werkwijze (met onder meer een terughoudend specifiek voorschrijf- en verwijzbeleid) lijkt niet ten koste te gaan van de gezondheidstoestand van patiënten. Men zou zelfs kunnen stellen dat er aanwijzingen zijn voor het tegenovergestelde. Gegeven de cross-sectionele onderzoekspopulatie mag echter geen oorzaak-gevolg relatie worden gelegd. *Horder & Moore* maken gewag van eenzelfde verband.²²

- Met de subjectieve gezondheidsbeleving en aspecten van ziektegedrag van patiënten worden sterkere verbanden aangetroffen. In een uitgebreide literatuursearch werd geen vergelijkbaar onderzoek gevonden. Wel vond *Van de Lisdonk* een verband tussen de verwachtingen van patiënten ten aanzien van de dokter en hun medische consumptie.²³

- Patiënten van huisartsen met een geïntegreerde werkwijze zijn niet meer, maar ook niet minder tevreden over hun huisarts dan patiënten van huisartsen met een andere werkwijze. Het meten van satisfactie bij patiënten is niet eenvoudig.²⁴ Kwaliteit van communicatie wordt in de literatuur vooral afgemeten aan de satisfactie van patiënten.^{25 26} De vraag lijkt gewettigd of dit criterium niet te beperkt is. Communicatie die gepaard gaat met terughoudendheid in medisch ingrijpen, leidt immers niet tot meer ontevredenheid, ook al wordt niet alles wat de patiënt vraagt of verwacht, gehonoreerd.

Elk onderzoek kent sterke en zwakke punten, zo ook de hier beschreven studies. Een punt van zorg vormt de betrouwbaarheid van de metingen, met name van de communicatieve vaardigheden van de huisarts. In een *pilot study* bleek de betrouwbaarheid hiervan matig. Op basis van deze ervaring

zijn maatregelen voorgesteld en toegepast.³ Voorts brengt de methode van observatie van willekeurig gekozen consulten met zich mee dat de voorkennis die de huisarts heeft van de patiënt, te weinig bij de beoordeling wordt betrokken. De continuïteit van zorg is daardoor te weinig belicht.

Ook dient gewezen te worden op de cross-sectionele opzet van het eerste en derde project. Het is bekend dat een dergelijke opzet nauwelijks conclusies in termen van oorzaak-gevolg toelaat; hooguit kunnen achteraf vooronderstellingen ontzenuwd worden met behulp van toetsen op schijnverbanden. Ten aanzien van het derde project kan men bijvoorbeeld de vraag stellen of de werkstijl van de huisarts een bepaald gedrag bij de patiënt veroorzaakt of omgekeerd. Misschien kiezen patiënten een huisarts met een werkstijl waarbij zij zich het best thuis voelen.

Ervan uitgaande dat de artskeuze voor patiënten in een stad aanzienlijk ruimer is dan voor patiënten op het platteland, hebben we de analyses herhaald voor stads- en plattelandspraktijken afzonderlijk; de resultaten verschilden niet noemenswaardig, hetgeen bovenstaande vooronderstelling minder plausibel maakt.

Overigens zijn we van mening dat de vraag naar oorzaak en gevolg slechts een beperkte relevantie heeft; het lijkt een kip-of-ei-vraag. Uit onze bevindingen blijkt dat huisarts en patiënt elkaar in de interactie en via de arts-patiënt communicatie in een bepaalde richting beïnvloeden. De huisarts reageert op de verwachtingen van de patiënt; tegelijkertijd schept hij verwachtingen, bijvoorbeeld door zijn voorschrijfgedrag. De vraag is dan ook niet wie de oorzaak of de schuldige is. Interessanter is de vraag of huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor (het voorkómen van) dergelijke processen zoals die uit de bevindingen tot uitdrukking komen. De beroepsvereniging heeft preventie van somatische fixatie in haar takenpakket geaccepteerd.

Naar onze mening zijn er ook enkele sterke punten aan te wijzen in de gekozen opzet. Het lijkt plausibel dat het observeren van huisartsen in hun eigen spreekkamer tijdens consulten met eigen patiënten een

meer valide beeld geeft van hun feitelijke handelen dan vragenlijst- of simulatiemethoden. Onmiskenbaar een sterk punt in de opzet is het feit dat het onderling onafhankelijke metingen betreft: observaties bij huisartsen door observatoren, vragenlijsten door huisartsen ingevuld, ziekenfondsgegevens via ziekenfondsadministratie verzameld en onafhankelijke metingen bij patiënten (de huisartsen wisten niet welke patiënten aan het onderzoek meededen). Dit betekent dat eventuele meetfouten, bijvoorbeeld ten gevolge van onbetrouwbaarheid in de meetprocedure, niet-systematisch zijn en onafhankelijk van elkaar. *Random* meetfouten hebben een verlagend effect op de hoogte van de samenhang. Dat desondanks toch significante verbanden werden gevonden, duidt erop dat een belangrijk mechanisme is onderkend.

Uit de bevindingen blijkt dat de grote verschillen tussen huisartsen in voorschrijven en verwijsgedrag vooral te maken hebben met de wijze waarop huisartsen reageren op niet-ernstige, self-limiting aandoeningen.⁸ Deze vormen de overgrote meerderheid van de klachten waarvoor mensen hulp van de huisarts inroepen. Doorgaans gaat het om klachten die ook zonder medische bemoeienis overgaan. Huisartsen weten dit, maar zij weten ook dat zij voor de moeilijke opgave staan om die enkele ernstige, maar behandelbare aandoening bijtijds te onderkennen. Deze twee taken vormen de kern van het huisartsgeneeskundig vak en vergen telkens weer veel deskundigheid, diagnostisch inzicht en vaardigheid. De bevindingen wijzen uit dat het aandacht besteden aan de ene taak niet ten koste hoeft te gaan van de andere taak. Integendeel, het luisteren naar de patiënt, openstaan voor zijn inbreng en voldoende uitleg geven vormen een voorwaarde voor een adequate medische aanpak. Arts-patiënt communicatie is niet een doel op zichzelf, maar ontleent zijn relevantie aan de context van het (medisch) problem-solving proces.²⁷

Verrassend was dat in de gegevens niet één maar verschillende werkstijlen konden worden onderscheiden. Met name het onderscheid tussen de geïntegreerde werkstijl en de doener-werkstijl is interessant, omdat hiermee een nuancering wordt aange-

bracht ten aanzien van het medisch handelen zoals dat door middel van protocollen is gemeten. Indien alleen gelet wordt op de mate waarin een huisarts daadwerkelijk de handelingen uitvoert die in een protocol of standaard vermeld staan, krijgt men geen volledig en juist beeld van de werkwijze. Pas in combinatie met de arts-patiënt communicatie – kortom, wanneer het woord bij de daad wordt gevoegd – krijgt het zijn waarde.

Dit lijkt ook van belang voor het huidige NHG-standaardenbeleid. Wanneer huisartsen uitsluitend gestimuleerd zouden worden te doen wat in een standaard staat, loopt men het gevaar huisartsen te stimuleren zich een doener- of een minimum-werkstijl eigen te maken. Toekomstig onderzoek naar de werkwijze dient naar onze mening dan ook breed te worden opgezet. Dit houdt in:

- aandacht voor de integratie van de relevante aspecten van huisartsgeneeskundig handelen;
- naast aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing van cruciale beslismomenten in contacten of processen van hulpverlening, ook aandacht voor de werkstijl van de huisarts;
- nadruk op de continuïteit in de huisarts-patiënt relatie.²⁸

Literatuur

- ¹ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- ² De Groot AD. Methodologie. 's-Gravenhage: Mouton & co, 1971.
- ³ Mokkink H, Smits A, Grol R. Prevara: een observatieinstrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. Ned Tijdschr Psychol 1982; 37: 35-50.
- ⁴ Mesker-Niesten JJLM, Mokkink HGA, Mesker PJR, et al. Een protocolaire benadering van rugpijn. Huisarts Wet 1983; 26(suppl 7): 41-8.
- ⁵ Tielens VCLMG, Mokkink HGA, Mesker PJR. Het medisch-diagnostisch handelen van de huisarts. Huisarts Wet 1985; 28: 44-8.
- ⁶ Smits AJA, Mokkink HGA, Grol RPTM. Spreekurgedrag van huisartsen. Huisarts Wet 1985; 28: 121-5.
- ⁷ Mokkink HGA, Tielens VCLMG, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen van huisartsen. Een explorierend onderzoek naar ver-

- schillende werkstijlen van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 72-6.
- ⁸ Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
 - ⁹ Grol RPT. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
 - ¹⁰ Grol R, Mokkink H, Schellevis F. Effecten van onderlinge toetsing. 1. Spreekuurgedrag van huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 99-103, 124.
 - ¹¹ Grol R, Mokkink H, Van Deursen J, Teunissen A. Effecten van onderlinge toetsing. 2. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 141-5, 152.
 - ¹² Tielens VCLMG. Consulten van huisartsen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
 - ¹³ Grol R, Van Eijk J, Mokkink H, et al. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. *Gezondheid & Samenleving* 1985; 6: 31-40.
 - ¹⁴ Grol R, Mokkink H, Van Eijk J, et al. De onzekere huisarts. Een studie naar onzekerheid bij medische beslissingen en de gevolgen daarvan voor het huisartsgeneeskundig handelen. *Med Contact* 1985; 40: 1400-2.
 - ¹⁵ Smits A, Mokkink H, Meyboom W, Van Son J, Van Eijk J. Preventie van somatische fixatie door huisartsen en de gezondheidstoestand van hun patiënten. Eindverslag. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1990.
 - ¹⁶ Sluijs EM. Huisarts. In: Sluijs EM, Dopheide JP, Van der Zee J, red. Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: Nivel, 1985.
 - ¹⁷ Hall JA, Roter DL, Katz NR. Task versus social-emotional behaviour in physicians. *Med Care* 1987; 25: 399-412.
 - ¹⁸ Kuyvenhoven MM. Quality of performance of general practitioners confronted with patients' non-specific complaints [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
 - ¹⁹ Dimatteo M, Dinnicola D. Sources of assessment of physicians performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation. *Med Care* 1981; 19: 829-42.
 - ²⁰ White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
 - ²¹ Porter M, Gorman D. Approaches to somatization. *Br Med J* 1989; 298: 1332-3.
 - ²² Horder J, Moore GT. The consultation and health outcomes [Editorial]. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 442-3.
 - ²³ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
 - ²⁴ Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978; 12: 283.
 - ²⁵ Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Med Care* 1987; 25: 437.
 - ²⁶ Savage R, Armstrong D. Effect of general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *Br Med J* 1990; 301: 968-70.
 - ²⁷ Lamberts H, Hofmans-Okkes IM. Het gesprek met de patiënt: niet alleen voor de dokter een puzzle. *Huisarts Wet* 1987; 30: 134-6.
 - ²⁸ Ruane TJ, Brody H. Understanding and teaching continuity of care. *J Med Educ* 1987; 62: 969-74.