

Kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts bij genitale en seksuele klachten

L. WIGERSMA

Op grond van de literatuur mag worden aangenomen dat bij de hulpverlening bij seksuele en genitale klachten schaamtegevoelens en taboes een rol spelen, met als gevolg keuze- en communicatieproblemen. Hierdoor kan het bereiken van overeenstemming tussen arts en patiënt over de diverse aspecten van de hulpverlening worden belemmerd, waardoor de kwaliteit van de hulpverlening nadelig wordt beïnvloed. Om na te gaan in hoeverre dit in de huisartspraktijk inderdaad het geval is, werd een onderzoek verricht in dertien Amsterdamse huisartspraktijken met behulp van consultregistratie en gepaarde, consultgebonden vragenlijsten. Artsen en patiënten waren het in hoge mate eens over de contactredenen, maar met betrekking tot de presentatie van de klachten en het gepercipieerde nut van het consult waren er aanwijzingen voor communicatieproblemen; deze lijken vooral samen te hangen met de aard van de klacht c.q. de wijze waarop de patiënt daarmee omgaat. De arts lijkt hier weinig aan te kunnen veranderen. Kwaliteit in de zin van overeenstemming tussen arts en patiënt kan goed worden onderzocht en beschreven, evenals het relatieve aandeel van arts en patiënt in de kwaliteit. Dit kan belangrijke implicaties hebben voor het beleid van kwaliteitsbevordering.

Wigersma L. Kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts bij genitale en seksuele klachten. *Huisarts Wet* 1992; 35(2): 53-6.

Dr. L. Wigersma, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam; telefoon 020-566.4606

Inleiding

Kwaliteit van medische zorg is direct gerelateerd aan de mogelijkheden om met de zorg een bepaald doel te bereiken. De kwaliteit is beter, naarmate het doel – een bepaalde situatie – hoger wordt gewaardeerd dan andere situaties.^{1,2} Deze omschrijving van kwaliteit biedt nadrukkelijk plaats aan de doelstellingen en het oordeel van de patiënt en aan de mate van overeenstemming tussen arts en patiënt over het te bereiken resultaat. De professe kan haar eigen opvatting van kwaliteit geven, maar de kwaliteit van een medische handeling kan pas in alle opzichten worden vastgesteld, als ook het doel voor de patiënt helder is en er zicht is op de mate van overeenstemming tussen arts en patiënt c.q. het oordeel van de patiënt.^{1,3}

In het contact tussen patiënt en arts over genitale klachten en seksuele problemen kunnen – door de aard van de klachten – schaamte, conflicterende waardensystemen en taboes een rol spelen.⁴⁻⁷ Patiënten met een geslachtsziekte kiezen meestal voor een bepaalde hulpverleningsinstantie op grond van het belang dat zij hechten aan anonimiteit (meestal gerelateerd aan schaamte), eerdere goede ervaringen met deze instantie en veelal ongefundeerde negatieve opvattingen over andere instanties.⁸ Seksuele problemen worden in een groot aantal gevallen in het geheel niet aan een hulpverleningsinstantie voorgelegd.⁹⁻¹¹ Het is aannemelijk dat schaamte, taboes en de negatief gekleurde verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening bij dergelijke klachten niet alleen de keuze voor een hulpverlener en de klachtpresentatie kunnen beïnvloeden, maar ook de arts-patiënt communicatie. Dit kan leiden tot verschillen in opvatting over de aard van het probleem en de doelen van het hulpverleningscontact, en een negatief oordeel van de patiënt, met nadelige consequenties voor de zorgkwaliteit.

Om vast te stellen in hoeverre dergelijke problemen zich in de huisartspraktijk ook werkelijk voordoen, is in een aantal Amsterdamse praktijken de mate van overeenstemming tussen huisartsen en patiënten onderzocht met betrekking tot de volgende aspecten:

- de contactredenen;
- het bestaan van seksuele c.q. genitale klachten op dit moment en in het voorgaande jaar;
- het al dan niet bekend zijn bij de arts van zulke klachten in het voorgaande jaar.

Tevens werd de subjectieve opbrengst van het consult voor de patiënt ('Hoeveel heeft u aan dit consult gehad?') vergeleken met het oordeel van de huisartsen hierover.¹²

Het vaststellen van de feitelijke aard en omvang van eventuele communicatieproblemen bij genitale en seksuele klachten was een belangrijk doel van dit onderzoek. Minstens zo belangrijk was het doel om na te gaan of het begrip 'kwaliteit van de hulpverlening' zoals boven omschreven, meetbaar en te operationaliseren is, en of er op grond daarvan conclusies kunnen worden geformuleerd over het relatieve aandeel van beide partijen in de kwaliteit. Dat kan van groot belang zijn voor toekomstig beleid inzake 'quality assessment' en 'quality assurance' in de huisartsgeneeskunde.

Methode

In dertien goed over de stad verdeelde Amsterdamse huisartspraktijken met een totale populatie van 23.510 patiënten (11.883 vrouwen, 11.627 mannen) werden door de huisartsen gedurende een jaar alle contacten met een nieuwe klacht over de geslachtsorganen of een nieuw seksueel probleem geregistreerd. De registratie omvatte de contactreden(en), de diagnose(n) en de interventies.

Daarnaast moesten zowel huisarts als patiënt na het consult een nagenoeg identieke vragenlijst invullen met vragen over de huidige klacht (open vraag en meerkeuzevraag), soortgelijke klachten in het voorgaande jaar en het oordeel over de opbrengst van het consult. Patiënten met een genitale klacht die blijkt de (voorlopige) diagnose niet beruiste op een seksueel overdraagbare aandoening waren daarbij uitgesloten. De patiënten werd gevraagd de ingevulde lijst terug te sturen; gezien de strikte anonimiteit was het niet mogelijk non-respondenten een herinneringsoproep te zenden.

Een concept-vragenlijst werd getest bij

tien huisartsen en elf leken die niet aan het onderzoek deelnamen. Zij begrepen de vragen goed en beantwoordden ze adequaat.

De contactredenen, die door zowel de artsen als de patiënten woordelijk waren weergegeven, werden door de onderzoeker gecodeerd met behulp van de ICPC.¹³

Resultaten

Aan 316 patiënten werd een lijst uitgereikt; de respons bedroeg 51 procent, zij het dat niet alle vragen door iedereen waren beantwoord. Respondenten met een diagnose in de ICPC-hoofdstukken B (Hiv-problemen) en P (hoofdzakelijk seksuele problemen) waren ondervertegenwoordigd ten opzichte van degenen die de lijst hadden ontvangen, en respondenten met een diagnose in hoofdstuk X (vrouwelijke geslachtsorganen) waren oververtegenwoordigd (tabel 1). Er was een grote inter-praktijkvariatie, zowel ten aanzien van het uitreiken als ten aanzien van het terugsturen van de lijsten. Tussen de aantallen uitgereikte en geretourneerde lijsten bestond echter geen samenhang.

De 144 respondenten noemden allen één contactreden; de huisartsen noemden er vaak meer dan één. De opgaven van de artsen stemden in 44 procent van de gevallen exact overeen met de opgave van de patiënten, en waren voor de rest merendeels goed vergelijkbaar. Slechts 20 contactredenen (10 procent van de opgaven van de artsen) waren niet (duidelijk) gerelateerd aan de door de patiënt opgegeven contactredenen (tabel 2).

Artsen en patiënten verschilden aanmerkelijk in hun opgaven over het bestaan van

Artsen en patiënten verschilden aanmerkelijk in hun opgaven over het bestaan van

Tabel 1 Verdeling van de eerste diagnoses over de ICPC-hoofdstukken bij alle patiënten (I), de patiënten die de vragenlijst ontvingen (II), en de patiënten die de lijst ingevuld terugstuurden (III). Afgeronde percentages.

ICPC-hoofdstuk	I n=575	II n=316	III n=160
A Algemeen	4	4	6
B Hiv-problemen	5	5	2
D Buik, tractus digestivus	1	1	1
P Seksuele problemen	14	19	16
S Huid	3	4	2
U Urinewegen	8	8	7
X Vrouwelijke genitalia	46	43	50
Y Mannelijke genitalia	16	15	15
Z Relatieproblemen	3	3	2

Tabel 2 Contactredenen per ICPC-hoofdstuk, zoals op de vragenlijst aangegeven c.q. door de huisartsen geregistreerd. Aantallen.*

ICPC-hoofdstuk	Door patiënt aangegeven	Door de arts geregistreerd			totaal
		identiek	vergelijkbaar	anders	
B	2	2	2		4
P	28	7	29	1	37
U	6	1	5		6
X	67	37	57	6	100
Y	20	12	11	4	27
Z	3	–	4	1	5
Rest	18	5	10	8	23
Totaal	144	64	118	20	202

* 16 patiënten hebben geen contactredenen ingevuld.

Tabel 3 Vergelijking van antwoorden van 150 patiënten en hun huisartsen op twee vragen met betrekking tot klachten op seksueel gebied in het afgelopen jaar.

Arts Was de patiënt het afgelopen jaar met seksuele problemen bij u?
Patiënt Had u het afgelopen jaar seksuele problemen?

Arts	Patiënt		
	ja	nee	totaal
ja	24	15	39
nee	56	55	111
totaal	80	70	150

Arts Was de patiënt het afgelopen jaar met seksuele problemen bij u?
Patiënt Heeft u het afgelopen jaar met de huisarts over seksuele problemen gesproken?

Arts	Patiënt		
	ja	nee	totaal
ja	20	2	22
nee	35	23	58
totaal	55	25	80

seksuele problemen en/of klachten over de geslachtsorganen in het voorafgaande jaar (tabel 3). Bij de klachten die door de patiënten wel en door de huisartsen niet werden genoemd, ging het vooral om klachten over de vrouwelijke geslachtsorganen (met

name vaginale klachten als afscheiding en jeuk) en in mindere mate om seksuele problemen (tabel 4). De redenen die werden genoemd om de klachten niet bij de huisarts te melden, liepen uiteen: bij psychoseksuele klachten werden schaamte

(4×), taboe (3×) en communicatieproblemen (2×) genoemd; bij klachten van de mannelijke genitalia ging het steeds om schaamte. Bij klachten van de vrouwelijke geslachtsorganen werden controle bij de specialist (3×), angst voor gynaecologisch onderzoek (3×) en taboe (2×) genoemd.

Volgens de consultregistratie hadden 28 respondenten een seksueel probleem als contactreden; 54 respondenten meldden echter in de vragenlijst dat zij ten tijde van het consult seksuele problemen hadden.

Volgens patiënten én artsen had slechts een kleine meerderheid (circa 55 procent) van de consulten 'veel' nut gehad. Tussen de oordelen van patiënten en huisartsen over de afzonderlijke consulten bestond bovendien een aanzienlijke discrepantie: in 40 procent van de gevallen waren patiënt en arts het niet eens over het nut (tabel 5). Bij het oordeel van de patiënt speelde de aard van de klacht een belangrijke rol (tabel 6).

Beschouwing

Naast een grote overeenstemming over de contactreden (analoog aan de bevindingen van Hofmans-Okkes¹⁴), heeft dit onderzoek ook duidelijke discrepanties tussen patiënten en huisartsen aan het licht gebracht: de oordelen en bevindingen van beide groepen over de diverse aspecten van de hulpverlening bij genitale en seksuele klachten blijken nogal uiteen te lopen. Hoewel niet zeker is dat deze bevindingen uitsluitend verband houden met de aard van de hulpvragen, levert het materiaal wél duidelijke aanwijzingen op voor een samenhang. Zo bestaat er kennelijk een grote terughoudendheid ten aanzien van het presenteren van psychoseksuele problemen en eveneens, zij het in mindere mate, ten aanzien van genitale klachten. De redenen die daarvoor worden opgegeven – met name schaamte, taboe en angst – lijken direct te maken te hebben met de 'delicate' aard van de hulpvraag. Opmerkelijk is ook de discrepantie met betrekking tot het oordeel over het nut van het consult; daarbij lijkt de aard van de klacht doorslaggevend te zijn.

Overeenstemming tussen arts en patiënt werd in deze reeks consulten dus zeker niet in alle opzichten bereikt, en dit hangt waarschijnlijk in belangrijke mate samen met de

Tabel 4 Klachten op seksueel/genitaal gebied in het afgelopen jaar. Alleen door patiënt ingevuld (56 patiënten, 86 klachten) c.q. door patiënt als bewust niet besproken opgegeven (25 patiënten, 34 klachten). Aantallen.

ICPC- hoofdstuk	Betreft	Alle n=86	Niet besproken n=34
B	HIV-problemen	1	1
D	Buik, tractus digestivus	2	1
P	Seksuele problemen	17	13
S	Huid	1	1
U	Urinewegen	7	2
X	Vrouwelijke genitalia	52	11
Y	Mannelijke genitalia	5	4
Z	Relatieproblemen	1	1

Tabel 5 Verdeling van antwoorden van 154 patiënten en hun huisartsen op een vraag met betrekking tot het nut van het consult (154 valide patiëntlijsten).

Arts Denkt u dat de patiënt geholpen is na dit consult?

Patiënt Hoeveel heeft u eraan gehad om met de huisarts te spreken over deze klachten?

Arts	Patiënt		
	veel	matig/weinig weet niet	totaal
ja	53	31	84
enigszins/nee/ weet niet	30	40	70
totaal	83	71	154

Tabel 6 Antwoorden op de vraag 'hoeveel heeft u eraan gehad om met de huisarts te spreken over deze klachten?' per ICPC-hoofdstuk. Percentages.

ICPC-hoofdstuk/ aantal RFE's	Veel	Matig/weinig weet niet
B (n= 6)	67	33
P (n= 36)	50	50
U (n= 7)	14	86
X (n=142)	54	46
Y (n= 42)	62	38
Z (n= 4)	100	–
Totaal (N=242)*	54	46

* Inclusief 'rest' (n=5).

aard van de klacht c.q. de wijze waarop de patiënt met die klacht omgaat. De kwaliteit van de zorg wordt hierdoor nadelig beïnvloed, zonder dat de huisarts daar veel aan kan veranderen.

Tenslotte kan geconcludeerd worden dat het goed mogelijk is, de mate van overeenstemming tussen huisartsen en patiënten over een aantal aspecten van de hulpverlening te meten. Het gaat hierbij ten dele om objectieve, ten dele om subjectieve maten, die echter alle tot de erkende criteria voor kwaliteit behoren.^{1 2 14} Op grond van dergelijke metingen zijn uitspraken te doen over de kwaliteit van de hulpverlening en het relatieve aandeel daarin van (huis)artsen en patiënten. Dit kan van groot belang zijn voor de validiteit van onderzoek en beleid dat gericht is op kwaliteitsverbetering in de huisartsgeneeskunde.

Literatuur

- ¹ Steffen GE. Quality medical care. A definition. *JAMA* 1988; 260: 56-61.
- ² Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
- ³ Lamberts H. Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 146-52.
- ⁴ Oppenheimer C, Catalan J. Counselling for sexual problems. Ethical issues and decision-making. *Practitioner* 1981; 225: 1623-33.
- ⁵ Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd W,

red. Seksuologie voor de arts. Alphen a/d Rijn, Brussel: Samsom Stafleu, 1987.

- ⁶ Markus AC, Murray Parkes C, Tomson P, Johnston M. Psychological problems in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- ⁷ Bancroft J. Human sexuality and its problems. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1989.
- ⁸ Leenaars PEM, Weert-van Oene GH, Schrijvers AJP. Eindrapportage Circuitkeuze van SOA-patiënten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
- ⁹ Nease DE, Liese BS. Perceptions and treatment of sexual problems. *Fam Med* 1987; 19: 468-70.
- ¹⁰ Houge DR. Sex problems in family care. *Fam Pract Res J* 1988; 7: 135-40.
- ¹¹ Leiblum SR, Rosen RC. Sexual desire disorders. New York: Guilford Press, 1988.
- ¹² Wigersma L. Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit. Lelystad: Meditekst, 1990.
- ¹³ Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁴ Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.

Abstract

Wigersma L. Quality of the care offered by the general practitioner for genital and sexual complaints. *Huisarts Wet* 1992; 35(2): 53-6.

The literature suggests that feelings of shame and taboos are important factors in the handling of patients with genital or sexual complaints; this leads to problems with choices and communication. It also becomes more difficult for physician and patient to reach agreement about various aspects of the care to be given and this, in turn, reduces the quality of this care. To check the extent of this problem in general practice, a survey based on consultation records and paired, consultation-linked questionnaires was carried out in 13 general practices in Amsterdam. Physicians and patients reached a high degree of agreement about the reasons for encounter, but there were indications of communication problems with respect to presentation of complaints and the perceived benefit of the consultation. These problems were primarily related to the nature of the complaint and the manner in which the patient dealt with the latter. There is little the physician can change here. Quality, in the sense of doctor-patient agreement, as well as the respective contributions of doctor and patient to quality of the care, can be investigated and described properly. This can have important implications for an approach to quality improvement.

Key words Quality assessment; Family practice; Genital diseases; Sex disorders; Sexually transmitted diseases.

Correspondence Dr. L. Wigersma, Department of General Practice, University of Amsterdam, 15 Meibergdreef, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands.