

# Consultduur in de huisartspraktijk

Een studie naar de consultduur in relatie tot patiënt- en klachtkenmerken en de kwaliteit van het handelen van de huisarts

H.G.A. MOKKINK  
C.M.A.M. SCHELLEKENS  
V.C.L. TIELENS

**Mokkink HGA, Schellekens CMAM, Tielens VCL. Consultduur in de huisartspraktijk. Een studie naar de consultduur in relatie tot patiënt- en klachtkenmerken en de kwaliteit van het handelen van de huisarts. Huisarts Wet 1993; 36(9): 285-90.**

**Samenvatting** Uit een secundaire analyse van 1048 op audioband opgenomen consulten uit 75 huisartspraktijken blijkt dat de consultduur het langst was bij patiënten van 40-59 jaar, in het bijzonder bij de groep van 50-54 jaar. Patiënten die hun eigen gezondheidstoestand minder goed vonden, mensen met een hoger opleidingsniveau en mensen met alleen lagere school hadden langere consulten. De contactfrequentie, het geslacht van de patiënt en praktijkgrootte hadden geen significante samenhang met de consultduur. Naarmate het aantal gepresenteerde klachten toenam, nam ook de duur van het consult toe. Consulten met psychosociale signalen duurden langer dan consulten zonder zulke signalen. De indicatoren voor het huisartsgeneeskundig handelen lieten alle hetzelfde beeld zien: naarmate de arts meer deed, was de consultduur langer. Dit komt terug in de relatie tussen consultduur en werkstijl: de 'doener' zag zijn vele (vaak overbodige) handelen weerspiegeld in een langere consultduur; de beide 'minimumstijlen' zijn geassocieerd met kortere consulten; de huisarts met de geïntegreerde werkstijl heeft een 'gemiddelde' consultduur.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen; telefoon 080 - 616337.  
Dr. H.G.A. Mokkink, socioloog; Drs. C.M.A.M. Schellekens, destijds wetenschappelijk stagiaire; Dr. V.C.I. Tielens, huisarts.  
Correspondentie: Dr. H.G.A. Mokkink.

## Inleiding

De duur van huisartsconsulten varieert sterk; dat geldt niet alleen op groepsniveau (inter-doktervariatie), maar ook op het niveau van de individuele huisarts (intra-doktervariatie). Het is dan ook aannemelijk dat de consultduur niet alleen wordt bepaald door de arts, maar dat ook patiëntgebonden factoren een rol spelen; daarbij valt te denken aan kenmerken als leeftijd, sociale klasse, geslacht en de aan- of afwezigheid van psychosociale problematiek.<sup>1</sup>

In dit onderzoek is de relatie tussen enerzijds consultduur en anderzijds een aantal arts-gebonden en patiëntgebonden factoren onderzocht, aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Wat is de gemiddelde consultduur en wat is de variatie daarin?
- Welke samenhang bestaat tussen de consultduur en enkele kenmerken van de patiënt en diens klacht?
- Welke samenhang bestaat tussen de duur van het consult en aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen en de werkstijl van de huisarts?

## Methode

Het onderzoek is een secundaire analyse van gegevens die verzameld zijn in een omvangrijke observatiestudie van gesprekken van huisartsen in de periode november 1986 tot en met februari 1987.<sup>2</sup>

## Huisartsen

Het onderzoek werd verricht onder huisartsen die waren verbonden aan het Gelderse ziekenfonds Rijn IJsselland te Doorwerth. De deelnemende huisartsen moesten ten minste vijf jaar werkzaam zijn als huisarts en minimaal 1000 ziekenfondsverzekerden in hun praktijk hebben. Uit de 181 huisartsen die aan deze criteria voldeden, werd een steekproef van 75 solo werkende huisartsen getrokken, gestratificeerd naar urbanisatiegraad (stad versus platteland) en verwijsgedrag (onder versus boven de mediaan). Deze huisartsen kregen een vragenlijst voorgelegd, waarin onder meer werd gevraagd naar de praktijkgrootte. Voorts werden audio-opnamen

gemaakt en werden observaties verricht door voor dit doel getrainde observatoren. Handelen dat niet op de band kon worden vastgelegd, zoals lichamelijk onderzoek, werd apart geregistreerd op formulieren. Het handelen van de huisarts werd beoordeeld aan de hand van het observatie-instrument PREVARA, dat zowel een gedragswetenschappelijk als een medisch-technisch deel omvat.<sup>3,4</sup> Het medisch-technische deel bestaat uit 24 protocollen die betrekking hebben op 24 klachten. Er werd naar gestreefd per huisarts ten minste 15 consulten te observeren, die betrekking hadden op een 'protocolklacht'.

De consultduur is gemeten aan de hand van de tellerstanden aan het begin en het einde van elk consult. Omdat de band aan het einde sneller loopt dan aan het begin, moest hiervoor worden gecorrigeerd. Dat is gebeurd door bij een willekeurige C-90 cassette na te gaan hoeveel tijd verstreek tussen elke 50 nummers van de tellerstand. Op basis hiervan is een formule opgesteld, waarmee voor elke tellerstand kon worden berekend hoeveel seconden waren verstreken vanaf stand 0. De duur van elk consult kon zo betrouwbaar worden vastgesteld; het resultaat is steeds afgerond tot op een halve minuut nauwkeurig. De gemiddelde waarden zijn uitgedrukt met decimalen (en dus niet met seconden).

## Patiënten

De patiëntgegevens zijn verkregen door aan alle patiënten ouder dan 15 jaar, die de Nederlandse taal beheersten, een vragenlijst mee te geven. Hierin werd onder meer gevraagd naar de algemene gezondheidstoestand, de hoogst afgemaakte opleiding, de contactfrequentie gedurende de laatste twee maanden en de reden van komst (waarbij de patiënt maximaal drie redenen kon aangeven). Ook werd gevraagd in hoeverre de patiënten vonden dat de arts daar voldoende aandacht aan had besteed. Met betrekking tot de tevredenheid over het consult werden vier vragen gesteld, elk met vijf antwoordmogelijkheden:

- voelde u zich op uw gemak tijdens dit bezoek aan de dokter?
- gaf de dokter u de kans om te vertellen en te vragen wat u op uw hart had?

- vond u het duidelijk wat de dokter u vertelde?
- heeft de dokter voldoende tijd voor u genomen?

### Indicatoren voor het handelen van de huisartsen

De volgende indicatoren voor de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op contactniveau zijn gebruikt:

- Twee indicatoren voor het medisch-technische handelen:
  - voldoende somatisch handelen, met als maat het percentage verrichte obligate handelingen;
  - inadequaat handelen, met als maat het aantal per consult verrichte overbodige handelingen.
- Vijf gedragswetenschappelijke indicatoren. Deze zijn gebaseerd op een factoranalyse op de gedragswetenschappelijke items van PREVARA.<sup>5</sup>
- Eén indicator voor het psychosociaal handelen. Deze is ontstaan door factoranalyse op de items die gescoord zijn wanneer er aanleiding was tot psychosociaal handelen.

Over de constructie van de werkstijlen, die men kan beschouwen als een maat voor de kwaliteit van het handelen op het niveau van de huisarts, is reeds eerder gepubliceerd.<sup>6,7</sup>

### Analyses

Bij de analyses is gebruik gemaakt van frequentieverdelingen en enkelvoudige variantie-analyse. De verbanden worden uitgedrukt in de associatiemaat eta, die kan variëren van 0 tot 1 (volmaakt verband).

Met de variabelen opleiding en leeftijd van de patiënt, het aantal gepresenteerde klachten, het presenteren van klachten met in het algemeen een lange consultduur en de werkstijlen van de huisarts is een stepwise regressie-analyse uitgevoerd.

### Resultaten

Van de 1087 contacten uit deze studie waren er 39 opgenomen op verschillende banden; van de overige 1048 kon de consultduur betrouwbaar worden vastgesteld.

Hiervan hadden er 160 betrekking op een controle; de overige waren nieuwe contacten.

De duur van de consulten varieerde van 1 tot 32 minuten, met een gemiddelde van 8,0 minuten (standaarddeviatie 4,3). Bijna de helft van de consulten duurde korter dan 7 minuten; bijna 20 procent duurde minstens 12 minuten.

Het aantal consulten per huisarts varieerde van 10 tot 15. De gemiddelde consultduur per huisarts varieerde van 4,7 tot 13,5 minuten; de gemiddelde standaardafwijking per huisarts bedroeg 2,8 minuten.

### Patiënt-kenmerken

Van de 1048 patiënten viel een deel af op grond van de selectiecriteria; de respons onder de overige patiënten bedroeg 70 procent (n=541). Deze groep komt qua geslacht overeen met de totale onderzoekspopulatie; hun gemiddelde leeftijd ligt wat hoger. De non-respondenten waren niet verder te traceren.

De leeftijd van de patiënten varieerde van 0 tot 99 jaar, met een gemiddelde van 39 jaar. Tot aan de leeftijdscategorie 45-64 jaar neemt de consultduur toe, daarna neemt zij weer af (tabel 1). Patiënten van

**Tabel 1** Consultduur naar leeftijd van de patiënt (n=1048)

Leeftijd in jaren	%	Gemiddelde duur
0- 4	7	7,0
5-14	8	7,0
15-24	13	7,3
25-44	30	8,3
45-64	24	8,5
65-74	12	8,1
75-99	4	8,0

eta = 0,12, p<0,05

**Tabel 2** Consultduur naar opleiding van de patiënt (n=536)

Hoogst afgemaakte opleiding	%	Gemiddelde duur
Lagere school	26	8,5
MULO/MAVO/LBO	43	7,9
MBO/HAVO/VWO	23	7,8
HBO/WO	9	10,3

eta = 0,17, p<0,01

**Tabel 3** Consultduur naar de door de patiënt ervaren gezondheidstoestand (n=536)

Algemene gezondheidstoestand	%	Gemiddelde duur
Zeer goed	14	7,2
Goed	52	8,2
Gaat wel	22	8,3
Soms goed/slecht	13	9,4

eta = 0,13, r = 0,12, p<0,03

**Tabel 4** Consultduur naar gepresenteerde protocolklacht (n=748)

Klacht	%	Gemiddelde duur
Pijn op de borst	4	10,8
Diarree/braken/misselijkheid	1	10,3
Buikpijn	6	9,6
Rug- en heupklachten	8	9,4
Duizeligheid	3	9,0
Vaginale klachten	3	8,3
Diabetes controle	2	8,0
Nek/arm/schouderklachten	9	7,9
Mictieklachten	2	7,8
Ziek kind (t/m 10 jaar)	4	7,8
Hoofdpijn	7	7,7
Knieklachten	4	7,6
Vermoeden hypertensie	1	7,5
Hoesten exacerbatie	5	6,9
Oorpijn	4	6,1
Hoesten eerste presentatie	8	6,0
Trauma enkel	2	6,0
Hypertensie controle	12	5,9
Oog- en visusklachten	4	5,5
Keelpijn	4	5,4
Doofheid	3	4,9
Controle otitis media	2	4,8

eta = 0,39, p&lt;0,001

**Tabel 5** Consultduur naar aantal gepresenteerde klachten (n=1048)

Aantal klachten	%	Gemiddelde duur
1	71	7,3
2	21	9,2
≥3	8	10,9

eta = 0,27, r = 0,27 en p&lt;0,001

**Tabel 6** Consultduur naar reden van komst; tussen haakjes het percentage patiënten dat het betreffende item als reden van komst opgaf (n=541)

Reden van komst	niet	wel	
Zorgen over de klachten (55)	7,9	8,5	n.s.
Last en hinder van de klachten (59)	8,0	8,4	n.s.
Wilde weten wat er aan de hand is (60)	7,9	8,5	n.s.
Wilde praten over problemen of zorgen (9)	8,2	8,9	n.s.
Controle klacht, uitslag onderzoek (35)	8,4	8,0	n.s.
Wilde goed onderzocht worden (23)	8,0	9,1	p<0,01
Wilde uitleg/advies over klacht (44)	7,5	9,1	p<0,01
Wilde geneesmiddel tegen klacht (36)	8,6	7,7	p<0,02
Wilde doorgestuurd worden (13)	8,3	8,2	n.s.

50-54 jaar hadden gemiddeld de langste consulten. In tegenstelling tot wat in de literatuur beschreven is, werd deze langere duur niet verklaard door een oververtegenwoordiging van vrouwen in deze groep, noch door langere consulten bij vrouwen. Het geslacht van de patiënt en de contactfrequentie gedurende de laatste twee maanden hingen niet significant samen met verschillen in consultduur.

Patiënten met een HBO- of een academische opleiding en patiënten met alleen lagere school hadden langere consulten dan mensen met een modaal opleidingsniveau (tabel 2). Mensen die hun gezondheid 'zeer goed' vonden, hadden gemiddeld kortere consulten dan mensen die hun gezondheidstoestand minder goed vonden (tabel 3).

De aard van de klacht vertoonde een vrij sterke samenhang met de consultduur (tabel 4). Van de controles duurden die voor diabetes mellitus het langst. De klachten op KNO-gebied en wegens hoesten duurden korter dan gemiddeld. De vijf klachten met de langste consultduur zijn vrijwel alle klachten met een langere differentiële diagnose, waarvoor meer lichamelijk onderzoek nodig is, of waarbij psychosociale factoren een grotere rol kunnen spelen.<sup>8</sup> Consulten waarin twee of drie klachten werden gepresenteerd, en consulten waarin sprake was van psychosociale signalen, duurden langer (tabel 5).

Van de negen onderzochte contactredenen hadden er slechts drie een significant verschil in consultduur tot gevolg (tabel 6). Bij patiënten die zeiden dat zij eens goed onderzocht wilden worden, duurde het consult gemiddeld ruim een minuut langer. Ook bij patiënten die kwamen voor uitleg of advies, waren de consulten langer. Als de patiënt kwam voor een geneesmiddel, duurde het consult gemiddeld bijna een minuut korter.

De overgrote meerderheid van de patiënten (83-98 procent) was van oordeel dat de huisarts voldoende aandacht aan hun contactredenen besteedde. De antwoorden spreiden te weinig voor verdere analyse. In de vier gevallen waarin de patiënt een geneesmiddel tegen de klacht wilde, en vond dat de arts daar te weinig aandacht

aan besteedde, duurde het consult twee keer zo lang als gemiddeld.

Ook de antwoorden op de vier vragen met betrekking tot de tevredenheid van de patiënt vertoonden weinig spreiding. Factoranalyse liet wel een duidelijke factor zien (ladingen >0,74; Crombach's Alpha = .86). De tevredenheid correleerde niet met de consultduur; bij langere consulten was er geen sprake van meer tevredenheid.

### Huisartsgeneeskundig handelen

Bij de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op consultniveau zien we dat alle indicatoren een gelijksoortig beeld laten zien. De consultduur nam toe naarmate de arts meer handelingen verrichtte, obligaats of overbodig (tabellen 7 en 8). Ook wanneer er op gedragswetenschappelijk en psychosociaal gebied aan meer items aandacht werd besteed, nam de consultduur toe (tabel 9). De gevonden variantie in consultduur werd meer verklaard door het feit dat de consulten afkomstig waren van verschillende huisartsen (eta = 0,47, p<0,01), dan door het feit dat in de consulten verschillende klachten werden gepresenteerd (eta = 0,35, p<0,01). De praktijkgrootte correleerde niet met de consultduur.

Tabel 10 geeft de samenhang weer tussen de werkstijl van de huisarts en diens gemiddelde consultduur. Het consult van de 'doener' duurt gemiddeld ruim een minuut langer en dat van de huisarts met de 'minimum-werkstijl' duurt ruim een minuut korter dan het consult van de huisarts met de 'geïntegreerde werkstijl' en de huisarts uit de 'middengroep'.

De mogelijkheid bestaat dat deze verschillen zijn toe te schrijven aan case-mix. Daarom is een regressie-analyse uitgevoerd met de gemiddelde consultduur als onafhankelijke en de werkstijl van de huisarts en patiënt-kenmerken als afhankelijke variabelen. Als eerste stap is gekeken naar de enkelvoudige samenhang tussen de werkstijl van de huisarts en de patiënt-kenmerken (percentage vrouwen, gemiddelde leeftijd en opleiding, gemiddeld aantal protocolklachten met langere consultduur en gemiddeld aantal gepresenteerde klachten per consult). In één geval werd

**Tabel 7** Consultduur naar percentage verrichte obligate handelingen (n=743)

Percentage verrichte obligate handelingen	%	Gemiddelde duur
0,0 - 33,3	12	5,9
33,3 - 40,9	8	6,8
40,9 - 47,1	10	6,2
47,1 - 52,2	10	6,6
52,2 - 56,5	10	7,3
56,5 - 61,5	11	6,9
61,5 - 66,7	11	7,7
66,7 - 71,4	9	8,4
71,4 - 78,3	10	8,6
78,3 - 100,0	10	9,1

eta = 0,25, r = 0,24 en p<0,001

**Tabel 8** Consultduur naar aantal overbodige handelingen (N = 743)

Aantal verrichte overbodige handelingen	%	Gemiddelde duur
-	50	6,7
1	25	7,1
2	14	7,9
≥3	11	9,6

eta = 0,22, r = 0,21 en p<0,001

**Tabel 9** Consultduur naar gedragswetenschappelijke indicatoren

Indicator	N	Score gemiddelde duur		eta	p
		laag	hoog		
Openstaan inbreng patiënt	1025	6,8	9,5	0,31	<0,001
Hulpvraag verhelderen	1036	7,4	8,7	0,15	<0,001
Uitleg geven	1037	7,0	9,0	0,24	<0,001
Structuur aanbrengen	1031	7,6	9,3	0,18	<0,001
Continuïteit	1031	6,4	8,4	0,19	<0,001
Psychosociaal handelen	211	9,0	11,5	0,25	<0,001

**Tabel 10** De gemiddelde consultduur, verdeeld naar werkstijl (n=75)

Werkstijl	%	Gemiddelde duur
Geïntegreerd	13	8,1
Doener	21	9,4
Minimum	33	7,0
Niet in te delen	32	8,3

eta = 0,42 en p<0,01

**Tabel 11** Stepwise regressie-analyse met gemiddelde consultduur als afhankelijke variabele (n=75)

	Multiple R
Minimum-werkstijl	0,36
Werkstijl doener	0,42
Consulten met meer dan één klacht	0,47
Totaal	0,48

een significante samenhang aangetroffen: bij huisartsen met een minimum-werkstijl bleken de patiënten tijdens de geobserveerde consulten significant minder klachten te presenteren. De stepwise regressie-analyse gaf als eerste verklarende factor te zien het al dan niet hebben van een minimum- respectievelijk doener-werkstijl en vervolgens het percentage patiënten met twee of meer klachten (tabel 11).

## Beschouwing

Bij het trekken van conclusies moet men bedenken dat de consultduur tot op de halve minuut nauwkeurig gemeten is. De gegevens zijn verkregen bij huisartsen uit één regio en zijn niet noodzakelijkerwijs representatief voor de totale Nederlandse huisartsenpopulatie. Bovendien is uitsluitend gekeken naar klachten waarvoor een protocol beschikbaar is, en zijn dus vele klachten buiten beschouwing gebleven. Veel verbanden zijn in twee richtingen te interpreteren: duurt het consult langer doordat er meer klachten worden gepresenteerd, of spoort de arts in langere consulten meer klachten op?

In zekere zin geldt dit ook voor de gedragswetenschappelijke indicatoren. De gevonden verbanden zijn over het algemeen niet erg sterk. In de praktijk spelen echter veel meer variabelen een rol dan hier zijn onderzocht. Dat neemt niet weg dat toch enkele opmerkelijke verbanden zijn gevonden. Het verband tussen de consultduur en de leeftijd van de patiënt komt overeen met wat in de literatuur beschreven is. Patiënten tussen van 40-59 jaar

hebben langere consulten. Vooral patiënten van 50-54 jaar bleken hiervoor verantwoordelijk. Ook de opleiding van de patiënt hangt samen met de consultduur. Met name hoger opgeleiden, maar ook mensen met alleen lagere school blijken langere consulten te hebben. Dit komt maar ten dele overeen met wat in de literatuur beschreven is – een langere consultduur bij de hogere sociale klassen. Hoewel sociale klasse weliswaar niet gelijk is aan opleidingsniveau, hangen beide variabelen sterk met elkaar samen. In het kader van dit onderzoek is niet gekeken of deze verschillen verklaard kunnen worden door bijvoorbeeld het meer geven van uitleg aan deze twee groepen of het meer vragen stellen door de hoger opgeleiden. Een andere verklaring voor de langere consultduur bij de hoger opgeleiden kan gezocht worden bij de huisarts die in hen een gesprekspartner vindt van het eigen opleidingsniveau.

Van alle variabelen bleek de huisarts de belangrijkste verklarende variabele te zijn: hij bepaalt in hoge mate de consultduur; dit is in overeenstemming met eerder onderzoek.<sup>9</sup> Waarschijnlijk spelen persoonlijke instelling en managementaspecten hierbij een belangrijke rol. Uit de regressie-analyse mag men concluderen dat het gevonden verband tussen de werkstijl van de huisarts en de consultduur geen artefact is. Dat patiënten bij huisartsen met een minimum-werkstijl in het algemeen minder klachten presenteren, zou weleens samen kunnen hangen met die werkstijl. Daarnaast lijkt de huisarts in staat te zijn de consultduur aan te passen aan de omstandigheden van het consult, zoals:

- de aard van de klacht: eenvoudige klachten worden sneller afgewerkt dan complexere problemen;
- de aanwezigheid van psychosociale signalen: wanneer deze aanwezig zijn wordt er meer tijd uitgetrokken;
- reden van komst: als men komt voor een recept duurt het consult korter dan wanneer men komt voor uitleg of een uitvoerig onderzoek;
- de gezondheidstoestand: aan mensen die zich minder gezond voelen besteedt de arts meer tijd dan aan mensen die zich over het algemeen gezond voelen;
- het aantal klachten: wanneer er meer klachten gepresenteerd worden, wordt er meer tijd aan het consult besteed.

Uit het materiaal komt een beeld naar voren van de huisarts die heel genuanceerd omgaat met het uittrekken van tijd voor het consult; dit is in overeenstemming met eerdere bevindingen.<sup>9</sup> Dat deze efficiënte manier van 'time-management' slechts ten dele slaagt, blijkt uit de grote verschillen tussen de gemiddelde consultduur van de artsen en de relatie tussen de consultduur en de werkstijl van de huisarts. De artsen met een 'geïntegreerde werkstijl' weten dit te combineren met een efficiënt omgaan met de tijd. Daarentegen blijken de 'doeners' meer tijd nodig te hebben voor een consult, terwijl dit niet gepaard gaat met een toename van de kwaliteit. De huisartsen met de minimum-werkstijl zien weliswaar kans om de consulten kort te houden, maar laten hierbij noodzakelijke handelingen na. Een belangrijke conclusie hieruit kan zijn dat het creëren van meer tijd, bijvoorbeeld door praktijkverkleining, niet per se leidt tot een toename van de kwaliteit.<sup>1</sup> Maar ook dat een kwaliteitsverbetering niet zonder meer hoeft te leiden tot onacceptabel langere consulten.

Bij de kwaliteit van het handelen op consultniveau laten de acht indicatoren voor huisartsgeneeskundig handelen alle een gelijksoortig beeld zien. Naarmate de arts meer doet, duurt het consult langer. De indicatoren voor het openstaan en het psychosociale handelen verklaren de verschillen in consultduur het beste. Het blijkt dat de 'betere' consulten langer duren. De

indicator voor het overbodig handelen toont echter aan dat langer niet per definitie beter betekent. Dit komt overeen met de resultaten op huisartsniveau.

De tevredenheid van de patiënt, zoals hier gemeten, is waarschijnlijk geen goed criterium voor de kwaliteit van het handelen van de huisarts, omdat patiënten in het algemeen erg tevreden zijn of hun ontevredenheid niet gemakkelijk uiten, zoals overigens ook uit de literatuur blijkt. Daarbij komt dat de relatie tussen tevredenheid van de patiënt, kwaliteit en duur van het consult niet steeds eenduidig is.<sup>9,10</sup> Over sommige langer durende consulten blijken patiënten minder tevreden of zij voelen zich daarin minder op hun gemak. Mogelijk zijn de patiënten in die consulten het minder eens met het beleid van de huisarts.<sup>9</sup>

### Literatuur

- 1 Hofmans-Okkes IM. Hoe lang duurt een goed consult? 1. Een literatuuronderzoek naar de relatie tussen lengte en kwaliteit van consulten. *Huisarts Wet* 1991; 34: 6-13.
- 2 Mookink 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: 340-5.
- 3 Mookink H, Smits A, Grol R. PREVARA: een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van somatische fixatie. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 35-50.
- 4 Grol RPTM, Mesker PJR, red. *Huisarts en onderlinge toetsing*. Utrecht: Bunge, 1986.
- 5 Smits AJA, Meyboom WA, Mookink HGA, et al. Medical versus behaviour skills: an observation study of 75 general practitioners. *Fam Pract* 1991; 8: 14-8.
- 6 Mookink HGA. *Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 7 Mookink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. *Werkstijlen van huisartsen. Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen*. *Huisarts Wet* 1986; 29: 72-6.
- 8 De Haan M. *Vage klachten: wat verstaan patiënten en huisartsen er onder?* *Huisarts Wet* 1982; 25: 190-5.
- 9 Hofmans-Okkes IM. *Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten*. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 10 Bensing J. *Doctor-patiënt communication and the quality of care* [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.