

**DOKTERS IN BEELD:  
een beschrijving van 2690  
huisconsulten aan de hand van  
observatie van klachten en ver-  
richtingen**

P.F.M. Verhaak

April 1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-  
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verhaak, P.F.M.

Consulten in beeld: een beschrijving van 2690 huisconsulten aan de hand van observatie van klachten en verrichtingen / P.F.M. Verhaak.  
- Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-044-7

SISO 604.2 UDC 614.23:364.444

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg / huisconsulten; onderzoek.

# INHOUD

<b>1. INLEIDING</b>	<b>1</b>
<b>2. REPRESENTATIVITEIT</b>	<b>4</b>
2.1. Inleiding	4
2.2. De huisartsen	4
2.3. Patiënten	7
2.4. Klachten	10
2.5. Het tijdseffect	14
2.6. Conclusie	15
<b>3. MATERIAAL BESCHRIJVING</b>	<b>16</b>
3.1. Inleiding	16
3.2. Gegevens met betrekking tot het consult	16
3.3. Gegevens met betrekking tot de klacht	19
<b>4. PATIËNTEN</b>	<b>26</b>
4.1. Inleiding	26
4.2. Duur van het consult bij verschillende patiënten	28
4.3. De afloop van het consult bij verschillende soorten patiënten	30
4.4. Discussie	31
<b>5. KLACHTEN</b>	<b>32</b>
5.1. Klachten nader bekeken	32
5.2. Klacht en patient	41
5.3. De klacht en de duur van het consult	45
5.4. Afronding van het consult met verschillende klachten	46
5.5. Discussie	47
<b>6. VERRICHTINGEN</b>	<b>50</b>
6.1. Inleiding	50
6.2. Verrichtingen bij verschillende klachten	50
6.3. Verrichtingen bij verschillende soorten artsen	57
6.4. Verrichtingen bij verschillende soorten patiënten	59
6.5. Verrichtingen in relatie met de duur van consulten	59
6.6. Verrichtingen en de afloop van het consult	61
6.7. Discussie	62

<b>7. GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN -OPVOEDING</b>	63
7.1. Inleiding	63
7.2. Discussie	66
<b>8. DE DUUR VAN HET CONSULT</b>	68
8.1. Inleiding	68
8.2. Een multivariate verklaring van de consultduur	68
8.3. Consultduur onder verschillende omstandigheden	70
<b>9. HET CONSULT: EINDE OF NIEUW BEGIN</b>	72
<b>10. SAMENVATTING</b>	74
<b>LITERATUUR</b>	77
<b>PUBLICATIES UIT DE VIDEOTHEEK</b>	79
<b>BIJLAGEN</b>	81

## 1. INLEIDING

In maart 1975 werd voor het eerst in de historie van het Nederlands huisartsen instituut (NHI) de camera op de huisarts en patiënt gericht. Dit was het begin van een traditie van 'video-onderzoek' op het NHI en later op zijn opvolger, het NIVEL, die tot op de dag van vandaag heeft voortgeduurd. De eerste onderzoeken hadden een evaluerend karakter. Om vast te stellen of het gedrag van huisartsen veranderde onder invloed van gesprekstraining, intensieve samenwerking per psychologen of consultatiebijeenkomsten, werd op gezette tijden een video-opname van het spreekuur gemaakt. Dit betrof altijd een willekeurige dag met willekeurige patiënten, zodat die consulten gezien kunnen worden als een doorsnee van wat een huisarts aan patiënten en klachten te zien krijgt. Ongeveer een derde van de consulten is uit deze onderzoeken afkomstig. De laatste serie opnamen had geen evaluatief oogmerk; het enige doel was om een doorsnee beeld van het handelen van huisartsen te verschaffen.

Dit onderzoek heeft geleid tot tal van publicaties op het gebied van arts-patiënt communicatie, methodisch werken, (psychosociale) hulpverlening in de huisartspraktijk, effectonderzoek, onderzoek naar verschillen tussen artsen en aspecten van het medisch-technisch handelen (zie literatuurlijst).

Een belangrijk bijproduct van deze onderzoeksactiviteiten is de collectie op videoband vastgelegde consulten. In mei 1984 werd - voorlopig - de laatste opname bijgeschreven onder nummer 2690. Deze collectie heeft betrekking op 59 huisartsen.

Per onderzoek is achtergrondinformatie bij de consulten verzameld over arts en patiënt. Deze informatie is deels verschillend van onderzoek tot onderzoek, afhankelijk van de te beantwoorden vraag. In een aantal opzichten is echter naar een zekere standaardisatie gestreefd, zodat met name betreffende klachtomschrijving en -beoordeling door de huisarts voor alle consulten in principe dezelfde informatie beschikbaar is.

Ook bracht ieder onderzoek met een nieuwe probleemstelling weer nieuwe observatieprotocollen met zich mee. Maar hierbij geldt eveneens dat een groot aantal gegevens betreffende patiënt(en), klachten en verrichtingen **altijd** genoteerd werden.

Door zo het onderzoeksmateriaal van verschillende onderzoeken te bewaren en in zekere zin gestandaardiseerd te verwerken, kon lang-

zamerhand een groot bestand worden opgebouwd. Een bestand dat overigens nog uit te breiden is, enerzijds door nieuwe consulten op te nemen, anderzijds door de reeds opgenomen consulten op nieuwe kenmerken te onderzoeken. De omvang van het huidige bestand maakt het mogelijk om uitspraken te doen met betrekking tot het klachten- en patiëntenaanbod in de huisartspraktijk en de verrichtingen van huisartsen in antwoord hierop. De variatie aan vraag- en aanbodzijde is zodanig, dat de effecten hiervan met een zekere mate van generaliseerbaarheid onderzocht kunnen worden. Hiermee komt een unieke schat aan gegevens beschikbaar voor onderzoek. Meestal is het zo, dat gegevens die op deze schaal verzameld worden, slechts vast te leggen zijn met behulp van een of andere vorm van (zelf-)registratie. Hiermee is onmiddellijk de beperking van dergelijke gegevens aangegeven: alleen die onderwerpen die zich **eenduidig** laten vaststellen, kunnen in **globale** termen worden vastgelegd. Zo gauw het gaat om zaken die enige interpretatie vereisen ('arts geeft advies', 'verrichting geschiedt op verzoek van patiënt'), of die om details vragen ('duur van het consult', 'alle klachten, in woorden van de patiënt'), of waarbij het eigen handelen in het geding is ('wordt werking van medicijn uitgelegd?'), schiet zelfregistratie als methode te kort (vgl. Nelson e.a., 1975). Observatie is de aangewezen methode om dergelijke onderwerpen vast te leggen. Observatie vergt echter tijd, hetgeen ertoe leidt dat dergelijk onderzoek meestal op kleine aantallen betrekking heeft. De combinatie van de aard van de gegevens (specifiek en gedetailleerd) en de grote schaal waarop ze verzameld zijn, is derhalve tamelijk bijzonder.

Het bijzondere karakter blijkt onder meer uit het feit dat regelmatig verzoeken tot het NIVEL gericht worden om dergelijke gegevens te leveren: 'kunt u een indicatie geven van de duur van consulten van bejaarde patiënten?', of 'hoe groot is het aandeel van 1-4 jarigen in de workload van huisartsen, met wat voor klachten komen ze en welke verrichtingen worden er gedaan?'. Ook worden er in lopende discussies regelmatig stellingen geponeerd, die de gedachte ontlokken dat deze vrij simpel binnen deze videotheek getoetst kunnen worden. Het leek daarom nuttig een compleet overzicht van klachtenaanbod en verrichtingen gedurende huisartsconsulten, zoals dat door ons is vastgelegd, te vervaardigen. Dit te meer, omdat het niet zo simpel is als het lijkt om deze gegevens 'sec' aan derden te verschaffen.

Het gaat om gegevens die omwille van specifieke onderzoeken bij

bepaalde groepen artsen verzameld zijn. Het gaat ook om gegevens die in de loop van tien jaar zijn verkregen; tien jaar, waarin het een en ander veranderd is, zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde. We kunnen de gegevens dan ook niet zonder meer presenteren als een random-steekproef van huisartsconsulten. Vandaar dat een bundeling van de cijfers met de mogelijke beperkingen ervan, als gewenst wordt ervaren. Op basis van de door ons aangegeven afwijkingen en overeenkomsten met de Nederlandse situatie, is het voor een ieder mogelijk de hier gepresenteerde overzichten op hun waarde te schatten.

We gaan in dit rapport in op de representativiteit van de gegevens. In hoofdstuk 2 behandelen we de vertegenwoordiging van diverse soorten huisartsen, patiënten en klachten in het bestand.

Hoofdstuk 3 biedt vervolgens een overzicht van de vastgelegde gegevens: de manier waarop diverse begrippen geoperationaliseerd en gemeten zijn, en de frequentie waarmee ze voorkomen.

In de daarop volgende hoofdstukken komen achtereenvolgens aan de orde: patiënten, klachten en verrichtingen. Per thema wordt gezien hoe dit met andere gegevens samenhangt en welke relaties er zijn met de duur van het consult en de beëindiging van het consult (waarbij de vraag belangrijk is of patiënten worden terugbesteld). Waar dit relevant is wordt de relatie met arts- en praktijkkenmerken in beschouwing genomen. We sluiten dit rapport af met twee capita selecta, waarin gegevens uit alle vorige hoofdstukken in hun onderlinge samenhang bekeken worden; deze handelen over factoren die de duur van het consult bepalen en het arts-patiënt contact in longitudinaal perspectief.

## 2. REPRESENTATIVITEIT

### 2.1. Inleiding

Wanneer de videotheek in alle opzichten een random-steekproef uit de populatie huisartsconsulten zou zijn, zouden op basis van de geregistreerde gegevens - bij een voldoende groot aantal - uitspraken over het klachtenaanbod en het handelen in 'de' Nederlandse huisartspraktijk gedaan kunnen worden. Dat we ons niet in deze ideale situatie bevinden, kan toegeschreven worden aan de volgende beperkingen:

- de **59 huisartsen** waarvan consulten beschikbaar zijn hoeven niet in alle opzichten representatief te zijn voor 'de' Nederlandse huisarts;
- de **patiënten** waarvan de consulten zijn opgenomen hoeven niet in alle opzichten representatief te zijn voor de 'gemiddelde' patiënt die een huisarts bezoekt;
- het **klachtenaanbod** hoeft geen getrouwe afspiegeling te zijn van het morbiditeitspatroon dat landelijk gepresenteerd wordt;
- vraag en aanbod in de huisartspraktijk zijn **in de tijd** aan veranderingen onderhevig. Consulten van tien jaar geleden hoeven niet in ieder opzicht representatief te zijn voor het huidige gedragsrepertoire.

Tekortkomingen op ieder van deze punten brengt bepaalde beperkingen met zich mee, wanneer we de gegevens uit de videotheek naar grotere groepen willen generaliseren. We zullen daarom op ieder van de genoemde punten nader ingaan, en de frequentie waarmee arts-, patiënt- en klachtkenmerken in de videotheek voorkomen vergelijken met andere, zo mogelijk meer representatieve, gegevens die beschikbaar zijn.

Het probleem van mogelijke veranderingen in de tijd laat zich niet oplossen door simpele vergelijking met andere gegevens. Wel is het goed om een inzicht te hebben in de mate waarin tijdseffecten een rol spelen. Op dit punt gaan we in een aparte paragraaf in.

### 2.2. De huisartsen

Kaartje 2.1 geeft de spreiding van de huisartsen die in de videotheek vertegenwoordigd zijn over Nederland aan. We zien dat de



Figuur 2.1.: spreiding van huisartspraktijken over Nederland



opnamen niet gelijkmatig over Nederland verdeeld zijn: artsen uit het noorden en oosten van het land ontbreken vrijwel geheel.

Tabel 2.1 geeft de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats aan.

Tabel 2.1.: vestigingsplaats van videotheek praktijken vergeleken met landelijke cijfers

vestigingsplaats	aantal artsen	aantal artsen* in Nederland (percentage) per 1-1-86	aantal consulten	aantal* inwoners (percentage)
platteland	3 ( 5%)	(11%)	166 ( 6%)	12%
verstedelijkt platteland	4 ( 7%)	(22%)	243 ( 9%)	23%
forensengemeenten	24 (41%)	(14%)	1006 (37%)	15%
kleine stad	1 ( 2%)	(10%)	61 ( 2%)	11%
middelgrote stad	3 ( 5%)	(16%)	127 ( 5%)	16%
grote stad	24 (41%)	(27%)	1087 (40%)	24%

\* Bron: Hingstman en Boon (1986)

Het is duidelijk dat het huidige consultbestand in grote trekken afkomstig is uit grote steden en forensengemeenten, veelal tegen een grote stad aangeleggen. Deze categorieën, met name de laatste, zijn sterk oververtegenwoordigd. Alle andere, met name het verstedelijkt platteland en de middelgrote stad zijn ondervertegenwoordigd.

Tabel 2.2.: vestigingswijze van videotheekartsen vergeleken met landelijke cijfers

	videotheek	Nederlandse situatie per 1-1 86*
multidisciplinair samenwerkingsverband	12 (20%)	7%
monodisciplinair samenwerkingsverband (groepspraktijk en associaties)	24 (41%)	37%
solo	23 (39%)	56%

\* Bron: Hingstman en Boon (1986)

Bezien we de vestigingswijze (tabel 2.2), dan zien we eveneens een sterke vertekening: de videotheek bevat 17% minder solistisch werkende huisartsen dan men zou verwachten, terwijl een vijfde van alle videotheekartsen in een gezondheidscentrum werkzaam is: landelijk is dit slechts 7%.

Een derde kenmerk waarop we artsen uit de videotheek kunnen vergelijken met 'de' Nederlandse huisarts is de leeftijd. Zie tabel 2.3. De gemiddelde leeftijd van de videotheekarts is drie jaar lager dan de gemiddelde artsenleeftijd in Nederland. De jongste categorie (onder de 35 jaar) is in de videotheek oververtegenwoordigd, de daaropvolgende ondervertegenwoordigd, de groep 45-54 jarigen is weer oververtegenwoordigd terwijl de oudste groep daarentegen nauwelijks voorkomt in de videotheek.

Tabel 2.3.: leeftijd van videotheekartsen op het moment van opname, vergeleken met de leeftijdsopbouw van Nederlandse artsen per 1-1-86\*

leeftijd	videotheek	Nederland*
jonger dan 35 jaar	20 (34%)	21%
35-44 jaar	22 (37%)	46%
45-54 jaar	16 (27%)	16%
55 jaar of ouder	1 (2%)	17%

\* Bron: Hingstman en Boon (1986)

Het moge duidelijk zijn dat de videotheek, gelet op de vertegenwoordigde artsen, in genen dele representatief is voor Nederland. We zullen echter eerst aan de vertegenwoordiging van patiënten en klachten aandacht besteden, voordat we conclusies trekken over mogelijke generaliseerbaarheid van gegevens.

### 2.3. Patiënten

De consulten die in de videotheek zijn opgenomen, hebben betrekking op ruim 3200 patiënten. In hoeverre vertegenwoordigen zij de bevolking van Nederland, die de huisarts bezoekt?

Een vertekening in dit opzicht kan het gevolg zijn van twee selectie-mechanismen. In de eerste plaats kan als gevolg van een ge-

brek aan representativiteit van de praktijken - we wijzen op de oververtegenwoordiging van forensengemeenten en grote steden - een patiëntenpopulatie in beeld gebracht zijn die niet overeenkomt met wat men op nationaal niveau zou verwachten.

Een tweede selectiemechanisme heeft te maken met de wijze van materiaalverzameling: de patiënten werd van te voren toestemming tot opname gevraagd en men kon dit weigeren. Dit toestemming vragen geschiedde bij de oudere onderzoeken door de huisarts, hetgeen blijkbaar een dermate dwingend karakter had dat slechts sporadisch een patiënt medewerking weigerde; in meer recent onderzoek werd door de onderzoeksmedewerker schriftelijk om toestemming gevraagd. Dit had tot gevolg dat hierbij 18% van de patiënten deelname weigerde. Voor zover mogelijk zijn de karakteristieken van deze weigeraars geanalyseerd en beschreven (Verhaak, 1986). Het percentage mannen onder de weigeraars is kleiner dan dat onder de deelnemers (34% van de weigeraars is man, 38% van de deelnemers), maar dit zou de totale verdeling naar geslacht nauwelijks veranderen. Er is geen verschil in de gemiddelde leeftijd tussen deelnemers en weigeraars. Er is wel een verschil in gepresenteerd klachtenaanbod. Hierop komen we in de volgende paragraaf terug.

Om een indruk van de vertekening die deze selectie heeft veroorzaakt te geven, zijn leeftijd en geslacht van de patiënten op video vergeleken met een aantal bekende verdelingen.

Het meest algemene beeld verkrijgen we uit de gezondheidsenquête '81-'82. Hieruit is het aantal contacten per 100 personen in de bevolking per leeftijds/geslachtscategorie bekend (CBS, 1984). In combinatie met de bevolkingsopbouw per 1 januari 1982 (CBS, 1982) kan zo de verdeling van huisartsencontacten over diverse leeftijds/geslachtsgroepen berekend worden (Tabel 2.4, derde en zesde kolom). Van alle bezoekers van de in de videotheek opgenomen consulten is leeftijd en geslacht bekend. Dit hoeven niet altijd patiënten te zijn: soms vergezellen ouders hun kinderen, zonder zelf klachten naar voren te brengen; echtparen kunnen samen komen, terwijl het een klacht van één van beiden betreft, en oudere patiënten worden wel eens door een kind vergezeld, dat zelf geen klachten heeft. In tabel 2.4 worden die bezoekers van consulten vermeld, die zelf ook minstens één klacht uitten (kolom 1-2 en kolom 4-5).

Bij mannen en vrouwen zien we dezelfde trend (bij vrouwen meer extreem): in de videotheek zijn de leeftijdsgroep 30-50 jarigen wat oververtegenwoordigd, de mensen boven de 60 jaar ondervertegenwoor-

digd. De twee trends lopen echter redelijk parallel. Waarschijnlijk moet de relatieve ondervertegenwoordiging van ouderen toegeschreven worden aan veelvuldiger visites die aan huis worden afgelegd.

Tabel 2.4.: leeftijds/geslachtsverdeling van patiënten in het videotheekbestand en verdeling zoals verwacht op basis van CBS-cijfers (in procenten van het totaal)

leeftijd	mannen			vrouwen		
	videotheek		CBS	videotheek		CBS
	n	%	%	n	%	%
0- 9	127	4.4%	6.2%	126	4.4%	6.1%
10-19	108	3.9%	4.4%	175	6.0%	5.6%
20-29	167	5.7%	5.8%	373	12.8%	11.6%
30-39	220	7.5%	6.3%	343	11.8%	7.7%
40-49	161	5.5%	5.1%	258	8.8%	6.7%
50-59	176	6.0%	5.4%	217	7.4%	7.0%
60-69	102	3.5%	4.1%	143	4.9%	4.6%
70+	95	3.3%	4.6%	120	4.1%	8.6%

Tabel 2.5.: leeftijd en geslacht, per gestelde diagnose, respectievelijk klacht (in procenten)

	videotheek		Ommoord 1984*	
	n	%	n	%
<b>leeftijd:</b>				
0- 4	154	3.2%	3308	2.3%
5-14	304	6.4%	9061	6.3%
15-24	636	13.3%	16109	11.2%
25-44	1680	35.2%	34375	23.9%
45-64	1291	27.1%	43580	30.3%
65+	701	14.7%	36820	25.6%
(onbekend	5)			
<b>geslacht:</b>				
man	1720	36 %	54512	37.9%
vrouw	3050	64 %	89318	62.1%
(onbekend	1)			

\* Bron: Lamberts (1984)

Een andere vergelijking is vergelijking van leeftijd en geslacht per gepresenteerde klacht, zoals Lamberts (1984) die presenteert, en zoals deze zich in de videotheek bevinden. Hier kan dezelfde persoon dus meerdere malen meetellen (namelijk als er meer klachten door deze persoon worden gepresenteerd).

In tabel 2.5 wordt deze verdeling met de door ons aangetroffen verdeling vergeleken.

Ook hier is weer sprake van een ondervertegenwoordiging van bejaarde patiënten en een relatief veelvuldige aanwezigheid van 25-45 jarigen in de videotheek. Overigens moet gesteld worden dat de 65-plussers in het monitoringproject van Lamberts ook ten opzichte van de CBS-cijfers sterk oververtegenwoordigd zijn (25.6% tegenover 16.9%). Gezien het feit dat wat betreft de urbanisatiegraad de praktijken uit het monitoringproject dezelfde bias vertonen als de videotheekpraktijken, kan de ondervertegenwoordiging van bejaarden in dit geval niet worden toegeschreven aan een te stedelijke populatie. Ook bij Lamberts echter zijn de thuisbezoeken inbegrepen: ze maken 10% van de populatie uit. Waarschijnlijk zitten hier relatief veel bejaarden bij.

#### **2.4. Klachten**

In deze paragraaf schetsen we het in de videotheek vastgelegde klachtenaanbod, en vergelijken dit met andere bronnen. Ook vergelijken we de door ons geregistreeerde handelingen van de artsen met de verrichtingen zoals die elders geregistreeerd zijn.

De eerder beschreven selectie van artsen en patiënten kan doorwerken in het klachtenaanbod. We memoreerden in de vorige paragraaf het fenomeen dat patiënten hun medewerking weigerden. Zo'n weigering bleek bij analyse onder meer te maken te hebben met het type klacht. Het overzicht op de volgende pagina geeft per klachtenrubriek aan hoeveel patiënten deelnamen en hoeveel er weigerden. Deze analyse is gebaseerd op een van de onderzoeken waarvoor video-opnamen werden gemaakt. In dit onderzoek vulde de arts ook met betrekking tot weigeraars in wat hun klacht was. Dit geschiedde uiteraard anoniem.

We zien zo dat bij psychosociale, sociale en gynaecologische klachten vaker in de laatste onderzoeken toestemming tot opname werd geweigerd.

Ik welke mate heeft dergelijke selectieve weigering het klachtenaan-

Tabel 2.6.: klachten van weigeraars en deelnemers vergeleken\*

	deelnemers (N=2429)	weigeraars (N=450)
algemeen	10.3%	7.7%
bloed	1.1%	-
spijsvertering	5.8%	7.1%
oog	2.3%	2.6%
oor	5.4%	3.1%
bloedsomloop	7.6%	7.7%
ledematen	18.1%	10.4%
neurologie	4.3%	4.2%
psyche	6.3%	11.5%
ademhaling	12.8%	9.2%
huid	8.4%	8.4%
endocryn	1.7%	2.6%
urinewegen	2.1%	1.8%
vrouwelijk genitaal systeem	10.3%	18 %
mannelijk genitaal systeem	0.9%	1.1%
sociaal	2.4%	4.6%

\* Analyse betreft 60% van het videotheekbestand

bod dat we in deze studie presenteren, vertekend? Hiertoe dienen we de door ons geregistreerde klachten te vergelijken met andere bronnen. In hoofdstuk 3 zal worden uiteengezet dat iedere gepresenteerde klacht (hetgeen één of meerdere bij elkaar horende symptomen kan zijn) is geclassificeerd binnen het Reason for Encounter systeem. Dit systeem is ook door Lamberts (1982) gehanteerd.

In een vooronderzoek in het kader van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, registreerden 14 huisartsen gedurende  $\pm$  2 maanden (januari-maart 1986) al hun contacten, waaronder de klachten waarmee de patiënt op het spreekuur verscheen. Deze zijn gecodeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC), een classificatie die in grote lijnen vergelijking met RFE mogelijk maakt.

Wanneer we de 36 meest voorkomende redenen voor contact uit deze twee onderzoeken vergelijken met de redenen voor contact die in de videotheek genoemd worden, dan zien we het resultaat dat in tabel 2.7 weergegeven wordt.

Tabel 2.7.: de meest voorkomende klachten (25 keer of meer) uit de videotheek vergeleken met Lamberts' RFE classificaties en de NIVEL-haalbaarheidsstudie.

videotheek (N=4771)	Lamberts (N=7503)*	haalbaarheidsonderzoek NIVEL 1986 (N=14708)
1. bloeddrukcontrôle	1. bloeddrukcontrôle	1. hoesten
2. anticonceptiva	2. hoesten	2. bloeddrukcontrole
3. klachten rug	3. anticonceptiva	3. koorts
4. hoesten	4. ongecompl. hypertensie	4. algemene slapte/moeheid
5. verkoudheid	5. angstig, nerveus	5. hoofdpijn
6. huiduitslag	6. medicatie bloedsomloop	6. anticonceptiva
7. hoofdpijn	7. psychofarmaca	7. keelpijn
8. medicatie algemeen	8. keelpijn	8. buikpijn, gelocaliseerd
9. keelpijn	9. algemene slapte, moeheid	9. klachten rug
10. buikpijn, gelocaliseerd	10. buikpijn, gelocaliseerd	10. verkoudenheid
11. klachten hand, vinger	11. klachten, laag in de rug	11. pijn aan oor
12. klachten been	12. klachten been	12. huiduitslag
13. klachten knie	13. hoofdpijn	13. huidirritatie
14. klachten, voet, teen	14. huidirritatie	14. klachten voet, teen
klachten arm	15. klachten rug	klachten been
menstruele klachten	16. buikpijn, algemeen	16. duizeligheid
17. verandering huidweefsel	17. medicatie luchtwegen	17. klachten knie
algemene slapte, moeheid	18. klachten nek	18. klachten nek
19. pijn aan oor	19. alg. gevoel van ziekte	19. pijn borst
20. verstopt oor	20. pijn aan oor	20. verandering huidweefsel
21. angstig, nerveus	21. klachten voet, teen	21. klachten schouder
22. alg. gevoel van ziek zijn	22. klachten knie	22. slaapstoornissen
duizeligheid	23. duizeligheid	23. klachten hand
24. pijn hoofd, aangezicht	24. verwonding huid	24. abnormaal sputum
medicatie huid	25. ademhalingsproblemen	verstopte neus
26. psychofarmaca	26. verandering huidweefsel	26. angstig, nerveus
pijn borst	27. gezinsproblemen	27. verwonding huid
28. klachten nek	28. problemen met werk	28. klachten arm
29. klachten, laag in de rug	29. agressief gevoel	29. diarhee
30. zwangerschap	30. huiduitslag	30. wratten
31. klachten schouder	31. koorts	31. klachten mond
huidirritatie	32. med. van genitaal stelsel	32. doofheid
33. slaapstoornissen	33. klachten schouder	33. menstruele klachten
34. verzoek verwijsk. oogarts	34. medicatie huid	34. maagpijn
35. problemen met werk	35. gewichtstoename	35. pijnlijke mictie
36. medicatie luchtwegen	36. diarhee	36. klachten enkel

\* Lamberts, 1982



72% van de door ons veelvuldig gesignaleerde klachten is ook door Lamberts frequent aangetroffen; dit geldt voor 69% van de klachten uit de haalbaarheidsstudie. Van Lambert's top-15 bevinden zich 13 klachten in de bovengenoemde lijst frequent gesignaleerde videotheekklachten. Uit de top-25 van de haalbaarheidsstudie staan 22 klachten in deze lijst. Bezien we de verschillen: in de videotheek komt de **diagnose** ongecompliceerde hypertensie (nr. 4 bij Lamberts) veel minder voor: vier gevallen. In tegenstelling tot alle andere veel voorkomende RFE-classificaties betreft het hier een diagnose; een registrerende huisarts zal deze veel vaker noteren dan een observerende niet-arts, die het bijvoorbeeld als een verzoek om bloeddrukmeting registreert. Ook het veel voorkomen van een aantal specifieke medicijn-categorieën bij Lamberts, waar de video-observatoren een veelvuldig 'medicatie algemeen' tegenover plaatsen, is te verklaren uit de informatie-achterstand die men als observator ten opzichte van de arts heeft.

De haalbaarheidsstudie onderscheidt zich van de gegevens uit de videotheek in die zin dat door deze artsen verzoeken om medicatie veel minder als klacht zijn genoteerd. Deze artsen waren - in tegenstelling tot de artsen die voor Lamberts materiaal verzamelden en de videotheek-observatoren - niet getraind in het omschrijven van klachten als 'reden voor contact'; daarom beperkten ze zich waarschijnlijk meer tot 'echte' symptomen en ziekten. Voorts valt in de haalbaarheidsstudie het frequent noteren van 'koorts' als klacht op. Wellicht is het jaargetijde daar debet aan.

Al met al levert deze vergelijking de indruk op dat de klachten zoals ze door ons zijn verzameld en benoemd vergelijkbaar zijn met het door deelnemers aan het monitoringproject en de haalbaarheidsstudie beschreven klachtenpatroon. (N.B. de tien artsen die in Lamberts project participeerden zijn naar urbanisatiegraad van de praktijk op dezelfde wijze afwijkend van de Nederlandse situatie als de 'video-artsen').

In de hierboven aangehaalde haalbaarheidsstudie tekenden de artsen voor 14.708 consulten aan welke handelingen ze verrichtten. Vergelijking met door ons geobserveerde verrichtingen (gepercenteerd naar het aantal consulten) leidt tot het volgende (tabel 2.8):

Bloeddrukmeting is vaker geobserveerd dan geregistreerd. Gezien het ondubbelzinnige karakter van deze handeling zal er geen sprake zijn

Tabel 2.8.: percentage consulten waarin een verrichting geregistreerd werd (haalbaarheidsstudie) danwel geobserveerd werd (videotheek)

	videotheek (N = 2690)	haalbaarheidsstudie (N = 14.708)
bloeddrukmeting	20.1%	15.7%
bloedonderzoek intern	3.6%	1.4%
urine-onderzoek	6.1%	5.3%
externe aanvraag diagnostiek	10 %	12 %
prescriptie medicijnen	42 %	44 %
EHBO/kleine chirurgie	1.5%	2.7%
injecties/vaccinaties	2.2%	2.0%

van overrapportage door de observatoren; het lijkt voor de hand liggend, dat een registrerende arts dit wel eens en passant doet en vervolgens vergeet te noteren. Vergelijking van andere handelingen leidt tot een bemoedigend resultaat: de mate waarin diverse verschijnselen zijn waargenomen lijkt overeenkomstig de realiteit te zijn.

## 2.5. Het tijdseffect

Het feit dat de opnamen gedurende tien jaar tot stand gekomen zijn, is een extra complicerende factor in de discussie over de representativiteit ervan. Immers, in sommige opzichten kunnen gegevens van decennia terug nog als 'geldig' beschouwd worden, in andere opzichten moeten we misschien een beeld van vijf jaar terug al als gedaateerd beschouwen. We kunnen hierover geen definitieve uitspraken doen, wel kunnen we aangeven in hoeverre het verschil in 'leeftijd' van de opname samengaat met verschillen in arts-, patiënt- en klachtkenmerken.

De vertekening in vestigingsplaats is bij oude opnamen en opnamen van recente datum ongeveer even groot, wanneer we kijken naar de oververtegenwoordiging van grote steden. De oververtegenwoordiging van forensengemeenten is in het oude bestand veel opvallender dan in

de nieuwere consulten, waar het platteland wat beter is vertegenwoordigd.

In het oude bestand domineren de groepspraktijken (twee van de drie onderzoeken hadden betrekking op groepspraktijken). In het nieuwe bestand zijn gezondheidscentra sterk oververtegenwoordigd (33% van alle onderzochte praktijken).

Wat de praktijkkenmerken betreft zou een verschil in tijd dus door een ander accent van urbanisatiegraad of praktijkvorm veroorzaakt kunnen worden.

Uit vergelijking van leeftijds/geslachtsverdeling van oude en nieuwe consulten blijkt dat deze twee groepen in dat opzicht niet significant van elkaar verschillen: de gemiddelde leeftijd in de 'oude' groep is 41 jaar, in de 'jonge' groep 40 jaar. In de 'oude' groep is 65% vrouw, in de 'jonge' groep 62%.

## 2.6. Conclusie

Onze conclusie met betrekking tot de representativiteit van het materiaal luidt als volgt. Men kan de videotheek niet zien als een goede doorsnede van 'het' consult in de Nederlandse huisartspraktijk anno 1980. Daarvoor zitten er te veel haken en ogen aan vast. De belangrijkste generalisatieproblemen komen in onze ogen voort uit de wat eenzijdige vertegenwoordiging van bewoners van steden en moderne groeigemeenten; dit heeft mede tot gevolg dat de wat grootschaliger voorzieningenvorm in ons bestand is oververtegenwoordigd: de groepspraktijk en het gezondheidscentrum.

Wanneer we naar de patiënten en hun klachten kijken is het beeld meer representatief: vergelijking met andere bronnen leert ons dat we in de videotheek een patiëntenpopulatie verzameld hebben die overeenkomt met wat men kan verwachten aan patiënten die de dokter op het spreekuur bezoeken. Dit laatste is van belang: de visite, de mensen die thuis verpleegd worden (die  $\pm$  10% van de activiteiten van een huisarts uitmaken) blijven buiten beschouwing; met name bij de bejaarde patiënt moeten we ons realiseren dat we maar een deel van de bestaande problemen te zien krijgen.

### 3. MATERIAAL BESCHRIJVING

#### 3.1. Inleiding

De videotheek bevat 2690 consulten, afkomstig van 59 huisartsen. In deze consulten treden 3227 personen op, waarvan er 2917 ook daadwerkelijk klachten presenteren. (Een patiënt kan namelijk ook begeleid worden door ouder, echtgenoot of kind, zonder dat de laatste klachten heeft; vaak echter blijkt degene die in eerste instantie begeleider is, vervolgens ook zelf klachten te presenteren). In totaal worden in deze consulten 4771 klachten gepresenteerd hetgeen tot een gemiddelde van 1.77 klachten per consult leidt. Dit is iets meer dan Lamberts (1984) als resultaat van het monitoringsproject vermeldt (1.55), waarbij we aantekenen dat het daarom om zelfregistratie door de huisarts ging. Zie ook paragraaf 3.3.

We zullen in dit hoofdstuk de gegevens die in de videotheek zijn opgeslagen, bespreken. Het betreft in de eerste plaats gegevens die op het **consult** betrekking hebben: duur, patiënten die in het consult voorkomen, wijze van beëindiging, et cetera. We zagen echter dat een consult meerdere klachten kan bevatten. Daarom zijn ook één aggregatieniveau lager, met betrekking tot iedere **klacht** afzonderlijk gegevens vastgelegd.

We zullen de gegevens van deze twee aggregatieniveaus afzonderlijk behandelen.

#### 3.2. Gegevens met betrekking tot het consult

Van ieder consult is de totale tijd vastgelegd, met behulp van een stopwatch.

De duur van de consulten is weergegeven in tabel 3.1.

Leeftijd en geslacht van alle in het consult voorkomende patiënten zijn door de arts tijdens de opnamen genoteerd. In tabel 3.2 staan achtereenvolgens de leeftijds- en geslachtsverdeling van alle personen die de huisarts bezoeken en van alle personen die ook klachten presenteren.

Het aandeel van vrouwen en van 30-39 jarigen loopt iets terug, wanneer we ons beperken tot personen die zelf klachten presenteren: de moeders die hun kinderen begeleiden.

Tabel 3.1.: duur van in de videotheek opgenomen consulten die volledig zijn\* ( $\bar{x}=7'42''$ )

duur	n	%	duur	n	%
0 - 3 minuten	395	15%	19 - 21 minuten	33	1%
4 - 6 minuten	801	31%	22 - 24 minuten	22	1%
7 - 9 minuten	668	25%	25 - 27 minuten	10	0%
10 - 12 minuten	402	15%	28 - 30 minuten	7	0%
13 - 15 minuten	181	7%	31 minuten en langer	8	0%
16 - 18 minuten	93	4%			

\* Van 70 consulten wordt de opname voortijdig afgebroken.

Tabel 3.2.: leeftijd en geslacht van patiënten

	alle personen		alle personen met klachten	
	n	%	n	%
0 - 9	319	10%	249	9%
10 - 19	289	9%	283	10%
20 - 29	584	18%	540	19%
30 - 39	697	22%	563	19%
40 - 49	452	14%	419	14%
50 - 59	400	12%	393	14%
60 - 69	254	8%	245	8%
70 - 79	192	6%	190	7%
80 en ouder	26	1%	25	1%
man	1240	38%	1157	40%
vrouw	1983	62%	1759	60%

Er kunnen meer personen, al dan niet met klachten in het consult optreden. In tabel 3.3 is weergegeven hoeveel consulten betrekking hebben op één, twee, drie en vier personen, respectievelijk patiënten (= personen met klachten).

Zoals gezegd kunnen in één consult meerdere klachten aan de orde zijn. (Zie voor een exacte definitie van 'klacht' de volgende paragraaf). De hierna volgende tabel geeft aan met welke frequentie klachten in een consult gepresenteerd worden, wanneer we afgaan op de waarneming van de observatoren.

Tabel 3.3.: aantal consulten met 1, 2, 3, respectievelijk 4 bezoekers of patiënten

	personen		patiënten	
	n	%	n	%
1 persoon	2228	83%	2319	86%
2 personen	394	15%	334	12%
3 personen	62	2%	35	1%
4 personen	6	0%	2	0%

Tabel 3.4.: aantal klachten per consult ( $\bar{x}=1.77$ )

consulten met	n	%
1 klacht	1322	49%
2 klachten	835	31%
3 klachten	387	14%
4 klachten	118	4%
5 klachten en meer	28	1%

Een volgend gegeven dat van ieder consult bekend is, is het eventuele vervolg dat aan het consult gegeven wordt: per consult werd vastgesteld of de arts het terugkomen van de patiënt ter sprake bracht, en zo ja, met welke specificaties. In tabel 3.5 staan de diverse scoringsmogelijkheden en hun frequentie van voorkomen aangegeven.

Tenslotte is op consultniveau door de observatoren aangegeven of een aantal onderwerpen betreffende gezondheidsrisico's en gezond gedrag ter sprake komen. Dit zijn onderwerpen die vaak los van een concrete klacht naar voren worden gebracht, en daarom op het niveau van het consult worden gescoord. Vastgesteld is, of over zo'n onderwerp gepraat is in het consult. Dit kan variëren van een losse opmerking 'rookt u?' tot een uitpuddend advies inzake een rustiger leven leiden. Zie voor een verdere uitwerking Van Busschbach (1986). De frequentie van voorkomen staat in tabel 3.6 weergegeven.

Tabel 3.5.: terugbestellen van de patiënt

consulten waarin	n*	%
patiënt wordt terugbesteld	1261	48%
- nieuwe datum wordt genoemd	( 784)	(30%)
- "terugkomen als klacht niet overgaat"	( 280)	(11%)
- terugkomen voor uitslag	( 73)	( 3%)
- terugkomen zonder specificatie	( 124)	( 5%)
patiënt wordt niet terugbesteld	1221	47%
patiënt moet telefonisch contact opnemen	151	6%

\* Het terugbestellen kan in 71 consulten niet vastgesteld worden.

In enige consulten met meer klachten worden twee mogelijkheden aangekruist.

Tabel 3.6.: frequentie waarmee onderwerpen met betrekking tot (on-)gezond leven ter sprake kwam

	n	%*
roken	103	4%
alcohol	49	2%
veiligheid	9	0%
voeding	220	8%
sport en beweging	195	7%
rust	243	9%

\* 'Advies' was te observeren in 2622 consulten.

### 3.3. Gegevens met betrekking tot de klacht

Zoals gezegd is er in de videotheek sprake van 4771 klachten. Tot één klacht worden klachten of symptomen gerekend, die als zinvolle eenheid beschouwd worden. Deze zinvolle samenhang kan gesuggereerd worden door de arts, door de patiënt of door de observatoren, in deze volgorde van belangrijkheid. Dat wil zeggen: als de arts twee klachten als onderdelen van één geheel behandelt, worden ze beschouwd als behorend tot één klacht. Als de patiënt twee klachten als onderdeel van hetzelfde syndroom presenteert, worden ze als één klacht beschouwd, wanneer de arts dit niet tegenspreekt. Als de ob-

servator twee klachten als bij elkaar behorend opvat, worden ze als één klacht beschouwd, wanneer de arts en de patiënt dit niet tegen spreken.

Naar aanleiding van één klacht kunnen door de patiënt verschillende symptomen, klachten, omschrijvingen en dergelijke naar voren worden gebracht.

Van iedere klacht zijn de verschillende bijbehorende symptomen zo integraal mogelijk opgenomen. De meest significant naar voren tredende omschrijving werd gebruikt als 'benaming' van de klacht. Bijvoorbeeld: 'ik voel me verkouden, mijn neus zit dicht, ik heb keelpijn en moet steeds hoesten' werd benoemd als 'verkouden', met als mede-gepresenteerde klachten: 'verstopte neus', 'keelpijn', 'hoesten'. Klachten, zoals deze in de videotheek zijn opgenomen, zijn weergegeven in de woorden van de patiënt. Het betreft dus een verzameling 'klachten' of 'redenen voor doktersbezoek'. Hoewel we ook de omschrijving van de klacht door de huisarts altijd geregistreerd hebben, is deze niet bruikbaar, omdat een huisarts niet iedere gepresenteerde klacht blijkt op te merken, laat staan te registreren. Voor een uitgebreide analyse van dit fenomeen verwijzen we naar Verhaak (1983, 20-22, 1984, 48-52, 1986, 94-97).

De categorisering van klachten en sub-klachten vond plaats met behulp van de zogenaamde Reasons For Encounter classificatie. (Zie Lamberts, 1982). Over de frequentie waarmee diverse klachten voorkomen wordt uitvoerig gerapporteerd in hoofdstuk 5.

Naast de omschrijving is per klacht vastgesteld of het een nieuwe klacht of een al langer bestaande klacht was, dan wel of het ging om de opleving van een klacht waarmee de patiënt al eens eerder zijn huisarts geraadpleegd had. Dit kan vrijwel altijd eenduidig worden vastgesteld op grond van de geobserveerde klachtpresentatie. De frequentie waarmee deze drie mogelijkheden voorkwamen staat in tabel 3.7 weergegeven.

Ook wordt in deze tabel aan twee andere aspecten van de klacht aandacht besteed. Per klacht is door de observatoren aangegeven of de patiënt hiervoor de arts bezocht of dat het ter sprake komen van de klacht een min of meer toevallig karakter had. Dit onderscheid bleek nodig omdat het begrip 'klacht' niet zonder meer eenduidig is vast te stellen. Aan de observator was opdracht gegeven iedere klacht en hulpvraag te registreren. Dit leidde er echter toe dat ook terloopse opmerkingen over klachten uit het verleden en klachttuitingen in de trant van "...nu ik hier toch ben, kan het kwaad dat ik voor die



Tabel 3.7.: soorten klachten

klachten	n*	%
nieuwe klachten	2312	49%
oude klachten	2021	42%
opleving oude klacht	425	9%
primaire klacht	3854	81%
secundaire klacht	904	19%
initiatief arts	666	14%
initiatief patiënt	4092	86%

\* van 13 klachten kan dit niet vastgesteld worden.

huiduitslag de zelf die u aan mijn dochter hebt voorgeschreven gebruik?" geregistreerd worden. Wanneer de observator duidelijke aanwijzingen had dat de patiënt niet voor die klacht de huisarts bezocht, gaf hij de betreffende klacht de karakterisering 'secundair'. Een tweede karakteristiek dat hiermee samenhang was de aanduiding 'initiatief van de arts': sommige klachten worden geuit omdat de arts ernaar vraagt. ("Hoe is het nu met je inwonende schoonmoeder?"). Ook hierbij speelt de vraag of de patiënt de daaruit voortvloeiende klacht uit eigen beweging zou hebben geuit. De frequentie waarmee deze kenmerken werden waargenomen staan eveneens in tabel 3.7.

Per klacht kan worden vastgesteld of er medicatie voor werd geschreven; uit de bewoordingen en wijze van instrueren van de arts konden de observatoren afleiden of het een nieuw dan wel herhaalrecept betrof. Het was niet mogelijk stelselmatig de aard van de medicatie vast te stellen: hiervoor geschiedde het te vaak dat de arts volstond met: "ik zal je iets geven" of iets dergelijks. Een uitzondering maakten we voor slaapmiddelen en kalmerende middelen: uit de aard van het gesprek was wel op te maken of de arts psychofarmaca voorschreef.

Tabel 3.8 geeft het voorschrijfpatroon, aldus vastgesteld, in de videotheek weer.

Per klacht werd ook vastgesteld of de arts de patiënt naar een andere hulpverlener verwees. Het type hulpverlener werd genoteerd. In tabel 3.9 staat naar welke instanties werd verwezen.

Tabel 3.8.: frequentie waarmee voor een klacht medicijnen zijn voorgeschreven

medicijn*:	n	%	% t.o.v. sub totaal
nieuw recept	1235	26%	
(waarvan psychofarmaca	65	1%	5%)
herhaalrecept	731	16%	
(waarvan psychofarmaca	79	2%	11%)
geen recept	2712	58%	

\* bij 93 klachten kon niet vastgesteld worden of een medicijn werd voorgeschreven.

Tabel 3.9.: aantal geobserveerde verwijzingen en advies tot raadpleging

	verwijzingen	waarvan herhaalverwijzingen	advies tot raadpleging		verwijzingen	waarvan herhaalverwijzingen	advies tot raadpleging
oogheelkunde	54	5	3	AMW	6	-	3
chirurgie/EHBO	39	4	2	fysiotherapeut	104	30	4
interne geneeskunde	23	3	2	wijkverpleging	-	-	1
gynaecologie	21	4	2	vroedvrouw	2	-	2
K.N.O.	34	4	0	diëtiste	6	-	1
dermatologie	20	3	1	overig eerstelijns	15	3	10
orthopaedie	18	3	3				
urologie	12	3	1	RIAGG (inclusief			
neurologie	6	1	1	SPD/JPD/MOB/LGV)	8	1	-
psychiatrie	1	-	2	CAD	1	1	-
cardiologie	11	4	2	overige AGGZ	7	2	5
overig medisch specialisten	30	2	4	overig	-	-	17

Het percentage herhaalverwijzingen naar de fysiotherapeut is opvallend hoog: 29%, in vergelijking met het percentage herhaalverwijzingen van alle overige categorieën: 14%.

Het moge duidelijk zijn, dat het hier gaat om alle verwijzingen die ter sprake komen in een consult, en die tot een contact met de in-

stantie waarnaar verwezen wordt, zullen leiden. In het geval van medisch specialisten zal die verwijzing ook wel geëffectueerd worden, omdat het gepaard gaat met het schrijven van een verwijskaart. Verwijzingen naar AMW, AGGZ en dergelijke, zijn als zodanig genoteerd, wanneer concreet werd afgesproken dat iemand naar een dergelijke instantie zou gaan. Wanneer wel over de mogelijkheid om een ander te raadplegen wordt gesproken, maar dit niet tot een verwijzing in de stricte zin leidt, is het apart genoteerd. Dit geschiedde in 23 consulten voor medisch specialisten, in 21 consulten voor eerstelijns hulpverleners, in 5 consulten voor AGGZ-instanties en in 17 consulten voor overigen. Bij mogelijkheden, anders dan medisch specialisten en fysiotherapeut is relatief vaak sprake van een advies tot raadpleging in plaats van verwijzing: dit geeft aan, dat in deze gevallen een minder 'sluitende' en ondubbelzinnige afspraak met de patiënt wordt gemaakt dan bij de verwijzing naar de specialist. Per klacht werd vastgesteld welke verrichtingen plaatsvonden: een onderscheid werd gemaakt in diagnostisch hulponderzoek binnen en buiten de praktijk, instrumentele behandeling en voorlichtingsactiviteiten naar aanleiding van de klacht.

De categorieën, die gehanteerd zijn in tabel 3.10 en 3.11 zijn afkomstig van de Process Code for Primary Care (NAPCRG, 1981), de hoofdstukken 'procedures', 'diagnostic procedures', 'röntgen diagnostiek' en 'clinisch laboratorium', voor zover van toepassing in de huisartspraktijk. De categorieën zijn vaak ook samenvoegingen van meer gedetailleerde uitwerkingen van de Process Code.

Tabel 3.10 geeft aan bij hoeveel gepresenteerde klachten diagnostisch onderzoek binnen werd verricht dan wel verwezen werd voor diagnostiek onderzoek elders.

Naar aanleiding van 273 van de 4771 gepresenteerde klachten ( $\pm 6\%$ ) laat de huisarts diagnostiek buiten de praktijk verrichten: meestal bloed- of röntgenonderzoek. In totaal wordt naar aanleiding van 998 van de gepresenteerde klachten (21%) één of meer van de hiervoor weergegeven onderzoeken verricht. Bloeddrukmeting is veruit de meest voorkomende diagnostische categorie.

We hebben ook een aantal instrumentele verrichtingen onderscheiden en aangetekend hoe vaak de huisarts deze toepaste. 'EHBO' en 'oor uitspuiten' spreken voor zich. 'Injecties' is vager: de handeling als zodanig is goed observeerbaar, maar een nadere nuancering (intramusculair of subcutaan en therapeutisch of prophylactisch) is moeilijk te maken, omdat de nodige informatie ontbreekt en ook omdat

het vaak buiten beeld geschiedt. Dit laatste is er ook de reden van dat 'gynaecologische handelingen' niet nader gespecificeerd worden.

Tabel 3.10.: verrichte diagnostiek of verzoek tot diagnostiek

type onderzoek:	in huisarts- praktijk	buiten huis- artspraktijk
urine-onderzoek	163	24
bloedonderzoek	97	109
uitstrijkje	44	12
ander klinisch-chemisch onderzoek	7	8
röntgen/scan/echografie	-	130
allergie-test	3	-
EEG	-	-
EKG	4	13
endoscopie	-	-
oogtest	29	3
gehoortest	16	1
bloeddrukmeting	541	-
gewichtsmeting	145	-
zwangerschapsonderzoek	18	-

Tabel 3.11.: voorkomen van instrumentele handelingen in de huisarts-  
praktijk

EHBO-handelingen	41
oor uitspuiten	38
injecties	58
'gynaecologische handelingen'	11
overig	14

Wanneer we ons realiseren dat het om 4771 klachten gaat, dan is het aandeel van het 'echte' handelen in de huisartspraktijk maar marginaal te noemen. Slechts in 6% van de consulten (naar aanleiding van 3.6% van de klachten) is hiervan sprake.

Ten slotte is gekeken in hoeverre huisartsen ter behandeling 'huismiddeltjes' aanraden die niet op recept verkregen hoeven te worden, of door de patiënt uit te voeren handelingen betreffen. Bij 13% van

de klachten worden dergelijke adviezen gegeven. De meest voorkomende adviezen betreffen dieet (waaronder bijvoorbeeld zemelen, beschuit, rijstwater, geraspte appel, warme melk), oefeningen, houdingsadviezen, compressen en ijs tegen zwellingen, zout water of gekookt water als ontsmetting, oren met slaolie druppelen en allerlei tips met betrekking tot babyverzorging. Een dergelijke vorm van 'behandelen' komt dus bij meer dan twee maal zoveel klachten voor als de hiervoor besproken instrumentele behandeling die meer uitsluitend tot het vakterrein van professionele hulpverleners wordt gerekend.

## 4. PATIËNTEN

### 4.1. Inleiding

Van alle patiënten die in de opgenomen consulten aanwezig zijn, is leeftijd en geslacht vastgelegd. Leeftijds- en geslachtsverdeling van de hele populatie kwam in hoofdstuk 3 ter sprake. Nu willen we ons bezighouden met de vraag of leeftijd en geslacht ook van invloed zijn op het consultverloop. Voordat we dit doen besteden we eerst wat meer aandacht aan de leeftijds- en geslachtsopbouw.

In tabel 4.1 worden leeftijd en geslacht van alle aanwezige personen en van alle patiënten die ook klachten presenteren op elkaar betrokken. We zien dan dat de aangetroffen verhouding tussen mannen en vrouwen met de leeftijd te maken heeft.

Tabel 4.1.: man-vrouw verhouding bij verschillende leeftijdscategorieën en bij verschillende definities van 'patiënt'

	alle aanwezigen					alleen patiënten				
	man		vrouw		m:v	man		vrouw		m:v
	n	%	n	%		n	%	n	%	
0- 9	158	13%	160	8%	.99	127	11%	126	7%	1.01
10-19	110	9%	179	9%	.61	108	9%	175	10%	.62
20-29	183	15%	400	20%	.46	167	14%	373	21%	.45
30-39	236	19%	461	23%	.51	220	19%	343	20%	.64
40-49	167	14%	285	14%	.59	161	14%	258	15%	.62
50-59	180	15%	220	11%	.81	176	15%	217	12%	.81
60-69	106	9%	148	7%	.72	102	9%	143	8%	.71
70-79	85	7%	107	5%	.79	84	7%	106	6%	.79
80+	12	0%	14	0%	.86	11	0%	14	0%	.79

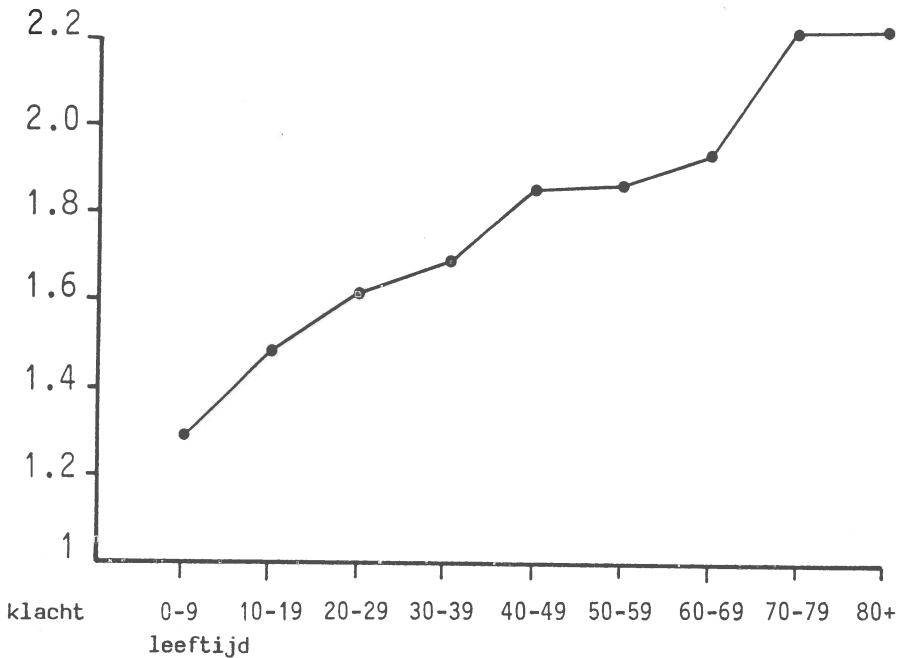
Bij kinderen zijn de aantallen jongens en meisjes gelijk, het relatieve overwicht van vrouwen neemt van 10 tot 40 jaar sterk toe en is voor een deel weer verdwenen boven de 50 jaar. Letten we niet op alle aanwezige bezoekers, maar alleen op diegenen die minstens ook één klacht presenteren, dan blijven tussen de 20 en 30 jaar vrouwen

even sterk in de meerderheid, maar neemt tussen de 30 en 50 jaar het relatieve aandeel van mannen toe.

Het veel frequentere bezoek van 20-30 jarige vrouwen moet toegeschreven worden aan het feit dat binnen die leeftijdsgroep vrouwen meer met klachten naar de huisarts gaan (pilcontrole), maar in de daarboven liggende leeftijdscategorie ligt het voor een deel aan hun vaker voorkomende begeleidende rol.

Leeftijd en geslacht hangen ook samen met het aantal klachten dat gepresenteerd wordt. Deze samenhang staat met betrekking tot leeftijd weergegeven in grafiek 4.1, waaruit blijkt dat het gemiddeld aantal klachten met de leeftijd toeneemt.

Grafiek 4.1.: gemiddeld aantal klachten per leeftijdscategorie



Mannen presenteren ook minder klachten dan vrouwen: 1.61 tegenover 1.87 per consult. Het resultaat is dat in een leeftijds/geslachtsverdeling die per klacht in plaats van per consult wordt weergegeven (tabel 4.2) de vrouwen en ouderen oververtegenwoordigd zijn in vergelijking met de verdeling in tabel 4.1 waar iedere bezoeker respectievelijk patiënt maar één keer meetelt. Hiermee dient rekening ge-

houden te worden in het volgende hoofdstuk waar we analyses op klachtniveau presenteren.

Tabel 4.2.: leeftijds/geslachtsverdeling op het aggregatieniveau van de klacht

	man	%	vrouw	%	m:v
0- 9	158	9%	154	5%	1.03
10-19	137	8%	256	8%	.54
20-29	222	13%	601	20%	.37
30-39	312	18%	558	18%	.56
40-49	241	14%	498	16%	.48
50-59	282	16%	424	14%	.67
60-69	172	10%	291	10%	.59
70-79	175	10%	236	8%	.74
80+	21	1%	32	1%	.66

#### 4.2. Duur van het consult bij verschillende patiënten

In deze en volgende paragrafen wordt de leeftijd en het geslacht van de **woordvoerder** gehanteerd, wanneer we de relatie tussen patiënt- en consultkenmerken, zoals de duur of de afloop bestuderen. Bestuderen

Tabel 4.3.: leeftijd en geslacht van de woordvoerder in verband met duur van het consult

leeftijd:	n	duur van het consult		
		$\bar{x}$	s.d.	mediaan
0-19	214	6'13''	3'54''	5'26''
20-39	1202	7'28''	4'43''	6'35''
40-59	822	8'25''	5'12''	7'35''
60+	442	8'10''	4'28''	7'27''
geslacht:				
man	994	7'26''	4'38''	6'35''
vrouw	1695	7'58''	4'54''	7'02''



we het verband tussen patiënt- en klachtkenmerken, dan gebruiken we de leeftijd en het geslacht van de patiënt die de betreffende klacht heeft.

Met de leeftijd neemt de gemiddelde consultatieduur toe, tot de derde categorie althans: vanaf 40 jaar blijft de duur ongeveer gelijk. Consulten met 0-19 jarige woordvoerders en met 20-30 jarigen zijn significant korter dan die van ouderen, terwijl ook het verschil tussen beide groepen significant is. Verder duren de consulten met een mannelijke woordvoerder significant korter dan die met een vrouwelijke (alle verschillen zijn met t-toetsen getoetst;  $p < .05$ ). Voor een deel worden deze verschillen verklaard door het gemiddeld aantal klachten dat bij vrouwen hoger ligt dan bij mannen, en dat met het stijgen van de leeftijd toeneemt (grafiek 4.1). We zien dan ook in tabel 4.4 de verschillen tussen de diverse leeftijds- en geslachtscategorieën afnemen wanneer het aantal klachten gecontroleerd wordt.

Tabel 4.4.: patiëntkenmerken in relatie tot duur, na controle voor het aantal klachten

leeftijd:	1 klacht		2 klachten		3 klachten en meer	
	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$
0-19	138	5'12''	53	7'21''	23	9'36''
20-39	651	6'22''	352	8'01''	199	10'04''
40-59	373	6'57''	263	8'44''	185	11'00''
60+	151	7'00''	164	8'00''	126	9'47''
geslacht:						
man	559	6'11''	300	8'26''	133	10'24''
vrouw	760	6'42''	535	8'02''	400	10'16''

Wanneer er één klacht gepresenteerd wordt is er nog sprake van een significant verschil tussen mannen en vrouwen, en tussen 0-19 jarigen en de overige categorieën. Bij 2 klachten verschillen alleen de 0-19 jarigen van de 40-59 jarigen en bij 3 klachten of meer duren de consulten van de 40-59 jarigen significant langer dan die van de 60-plussers.

Uit tabel 4.4 komt duidelijk naar voren dat vrouwen en ouderen relatief veel vaker meer klachten presenteren, en daaraan hun hogere gemiddelde consultduur danken.

### 4.3. De afloop van het consult bij verschillende soorten patiënten

In hoofdstuk 3 onderscheidde we een aantal manieren waarop het consult beëindigd kan worden. In de helft van de consulten werd de patiënt op een of andere manier terugbesteld. In de andere helft was daar geen sprake van. De onderstaande tabel laat zien hoe dit bij patiënten van verschillende leeftijd en bij mannen en vrouwen in zijn werk ging.

Tabel 4.5.: wijze van beëindiging per leeftijdscategorie

wijze van beëindiging	leeftijd woordvoerder:				totaal
	0-19	20-39	40-59	60+	
patiënt wordt terugbesteld	76(36%)	518(44%)	419(52%)	243(57%)	1256(48%)
- nieuw datum wordt genoemd	39(19%)	305(26%)	263(33%)	173(40%)	780(30%)
- terugkomen als klacht niet overgaat	28(13%)	134(11%)	82(10%)	36( 8%)	280(11%)
- terugkomen voor uitslag	6( 3%)	26( 2%)	28( 3%)	12( 3%)	72( 3%)
- terugkomen zonder specificatie	3( 1%)	53( 5%)	46( 6%)	22( 5%)	124( 5%)
patiënt wordt niet terugbesteld	127(60%)	585(50%)	343(42%)	163(38%)	1218(46%)
patiënt moet tele- fonisch contact opnemen	7( 3%)	72( 6%)	47( 6%)	24( 6%)	150( 6%)

De tendens is duidelijk: naarmate men ouder is wordt men meer terugbesteld, en wel op een specifieke datum. Dit wordt overigens niet verklaard met het percentage herhaalklachten dat met de leeftijd

monotoon stijgt, zoals we in het hoofdstuk over klachten zullen zien. Wanneer we voor dit laatste controleren, blijft er een relatie tussen leeftijd en terugbestellen bestaan.

Mannen en vrouwen worden even vaak gevraagd nog eens terug te komen. Bij vrouwen gebeurt dit iets vaker gespecificeerd met een nieuwe datum, bij mannen vaker 'als de klacht nog niet over is'. Het al dan niet maken van een nieuwe afspraak is door Bergsma (z.j.) bij ongeveer 600 patiënten geregistreerd. Hij vermeldt eveneens het toenemen van afspraken met de leeftijd van de patiënt, evenals de toenemende specificatie van de datum hiervoor door de arts. In tegenstelling tot onze bevindingen, treft Bergsma meer afspraken bij vrouwen aan. Wel overeenkomstig is het resultaat dat bij vrouwen vaker de datum expliciet genoemd wordt.

#### 4.4. Discussie

De oudere patiënt (60 jaar en ouder) maakt ongeveer 15% van het patiëntenaanbod bij de huisarts uit. Dit percentage komt overeen met het aandeel van 60-jarigen en ouder in de totale bevolkingsopbouw tussen 1976 en 1984. Toch constateerden we in hoofdstuk 2 een vermoedelijke onderrapportage van ouderen (o.a. als gevolg van een relatief groot aantal niet door ons geregistreerde visites). Dat ouderen toch niet ondervertegenwoordigd zijn ligt, behalve aan hun gezondheidstoestand, ook aan het feit dat ze vaker door de arts terugbesteld worden (vgl. 4.3). In termen van werkbelasting is er zelfs sprake van een groter aandeel. Omdat ouderen meer klachten presenteren, nemen ze ongeveer 20% van alle klachten voor hun rekening en duren hun consulten langer dan die van jonge patiënten.

Aangezien deze groep de komende 40 jaar zowel in absolute als relatieve zin zal blijven toenemen (en in 2030 meer dan 25% van de bevolking zal bevatten (WVC, 1986)), kunnen we verwachten dat in de toekomst meer dan een derde van alle klachten op het spreekuur van de huisarts door patiënten boven de 60 jaar gepresenteerd zullen worden en dat zowel gemiddelde duur als het percentage terugbestelcontacten zal blijven toenemen als gevolg van deze vergrijzing.

Aangezien het geslacht van de patiënt veel minder van invloed is op de gemeten aspecten van de werkbelasting en de verwachte toekomstige verandering in geslachtsverhouding minder drastisch dan die in de leeftijdsopbouw, zijn in dit opzicht minder verschuivingen te verwachten.

## 5. KLACHTEN

### 5.1. Klachten nader bekeken

In 3.3 is gedefinieerd wat in het videotheekbestand onder een klacht is verstaan. We roepen in herinnering dat bij elkaar horende symptomen en klachten onder één noemer zijn vastgelegd. Dit werd gecategoriseerd in het Reasons for Encounter systeem. De Reason for Encounter Classificatie deelt de klacht eerst in één van 16 hoofdstukken in. In zo'n hoofdstuk wordt gespecificeerd op welk lichaamsdeel of functioneringssysteem de klacht betrekking heeft. In de videotheek komen deze 16 hoofdstukken met de volgende frequentie voor:

Tabel 5.1.: voorkomen van de 16 RFE-hoofdstukken

	n	%		n	%
algemeen	764	16%	psyche	287	6%
bloed	43	1%	ademhaling	482	10%
spijsvertering	275	6%	huid	417	9%
oog	150	3%	endocryn	86	2%
oor	197	4%	urinewegen	75	2%
bloedsomloop	359	8%	vr. genitaal	479	10%
ledematen	745	16%	mnl. genitaal	30	1%
neurologie	173	4%	sociaal	207	4%

Deze frequenties komen in grote lijnen overeen met de rapportage van Lamberts, Meads en Wood (1984): Pearson's rangcorrelatie-coëfficiënt, waarmee overeenkomst in rangvolgorde van de 16 hoofdstukken wordt uitgedrukt bedraagt .88 bij vergelijking met  $\pm$  90.000 RFE-classificaties, wereldwijd verzameld in 8 landen in het kader van de RFE-field trial, en .97 bij vergelijking met de  $\pm$  15.000 in Nederland geregistreerde RFE's. Slechts in één opzicht verschillen onze resultaten opvallend van de door Lamberts in Nederland geregistreerde klachten: het hoofdstuk ademhaling komt bij ons ongeveer tweemaal zo vaak voor!

Binnen het RFE-systeem wordt ook nader aangegeven wat de aard van de

reden voor komst was. Patiënten komen namelijk niet altijd met klachten, maar ook voor een recept, een uitslag, een verwijsbrief, et cetera.

Onderstaand overzicht geeft weer met welke frequentie de verschillende redenen om contact met de arts op te nemen voorkwamen:

Tabel 5.2.: waarom zoeken patiënten contact met de arts?

	n	%	% (Lamberts, Meads, Wood)
- symptomen, klachten	2653	55,6%	(59%)
- diagnostiek	556	11,7%	(10.3%)
- behandeling/medicatie	428	9.0%	( 8.8%)
- uitslag	112	2.3%	( 2.6%)
- administratief	100	2.1%	( 2.6%)
- bekende ziekte	336	7.0%	(12.7%)
- anders	586	12.3%	( 4%)

Op zich is het een aardige constatering dat huisartsen maar in + 60% van alle gevallen bij een symptoom, klacht of ziekte hulp moeten bieden. De overige 40% betreft het verzoek om medicijnen, om een diagnostische verrichting of een verwijskaart. Ook vallen hier de gevallen onder dat van een klacht gezegd wordt 'dat het nog niet over is', zonder dat er een concrete hulpvraag aan verbonden is (dergelijke gevallen zijn binnen de categorie 'anders' ondergebracht).

In tabel 5.3 is zichtbaar gemaakt hoe deze diverse redenen om contact met de arts zoeken over de verschillende hoofdstukken zijn verdeeld.

Niet ieder onderwerp brengt dezelfde soort vragen met zich mee. Problemen met de bloedsomloop en gynaecologie leiden vaak tot vragen om diagnostiek (bloeddrukmeting respectievelijk uitstrijkje zijn hier in het geding). Problemen die het oog betreffen leiden regelmatig tot administratieve verzoeken (verwijskaart). Bloedziekten, huidziekten en ziekten met betrekking tot de urinewegen worden vaak als zodanig naar voren gebracht: het betreft dan een bekende ziekte die in het verleden al gediagnostiseerd is. Op het gebied van de spijsvertering, botten en spieren, neurologie, de psychische en sociale

klachten wordt de arts meestal geconfronteerd met klachten en symptomen.

Tabel 5.3.: verschillende redenen om contact te zoeken per hoofdcategorie\*

hoofdstuk:	symp- tomen	diag- nos- tiek	behan- deling	uit- slag	admini- stratief	beken- de ziekte	andere
algemeen (n=764)	48%	5%	13%	5%	2%	4%	22%
bloed (n=43)	12%	12%	16%	21%	-	23%	16%
spijsvertering (n=275)	68%	1%	8%	4%	2%	6%	12%
oog (n=150)	61%	3%	3%	-	17%	7%	9%
oor (n=197)	64%	9%	9%	1%	2%	9%	8%
bloedsomloop (n=359)	13%	63%	8%	2%	1%	8%	5%
botten/spieren (n=745)	73%	2%	4%	2%	2%	4%	13%
neurologie (n=173)	70%	1%	9%	1%	1%	10%	8%
psyche (n=287)	71%	-	14%	-	1%	14%	-
ademhaling (n=482)	59%	6%	6%	1%	(1)	11%	17%
huid (n=417)	54%	1%	13%	1%	1%	23%	8%
endocryn (n=86)	41%	15%	16%	5%	4%	6%	14%
urologie (n=75)	39%	5%	11%	12%	4%	19%	11%
vr. genitaal (n=479)	41%	40%	10%	2%	1%	1%	5%
ml. genitaal (n=30)	47%	17%	10%	3%	7%	-	17%
sociaal (n=207)	86%	-	-	-	2%	-	12%

\*N.B. Er is horizontaal gepercentageerd. Dit zal ook in de volgende tabellen, waarin de 16 hoofdstukken met andere kenmerken in verband worden gebracht, het geval zijn.

In hoofdstuk 3 zagen we dat bijna de helft van alle klachten een nieuwe klacht betrof. In tabel 5.4 zien we dat dit niet voor alle klachten in dezelfde mate geldt: relatief vaak niet nieuw zijn klachten met betrekking tot bloed (vergelijk het relatief grote aantal 'bekende ziekten'), de bloedsomloop (veel bloeddrukcontroles zijn in principe herhaalcontacten) en het endocryn systeem. Relatief

vaak nieuw zijn oogklachten, klachten met betrekking tot het mannelijk genitaal systeem en sociale klachten. Klachten met betrekking tot neurologie betreffen nogal eens de opleving van oude klachten.

Tabel 5.4.: status van de klacht, per klachtcategorie

	nieuwe klacht		herhaalklacht		opleving oude klacht	
	n	%	n	%	n	%
algemeen	385	51%	327	43%	48	6%
bloed	15	35%	24	56%	4	9%
spijsvertering	132	48%	107	39%	35	13%
oog	109	73%	26	17%	15	10%
oor	108	55%	62	31%	27	14%
bloedsomloop	62	17%	281	78%	16	4%
ledematen	364	49%	292	39%	88	12%
neurologie	79	46%	60	35%	34	20%
psyche	123	43%	140	49%	23	8%
ademhaling	271	56%	164	34%	46	10%
huid	243	58%	123	30%	50	12%
endocryn	32	38%	51	60%	2	2%
urologie	32	43%	39	52%	4	5%
vr. genitaal	205	43%	248	52%	24	5%
mn. genitaal	22	73%	6	20%	2	7%
sociaal	130	63%	70	34%	7	3%

Van iedere klacht werden nog twee kenmerken beoordeeld. We legden vast of de patiënt de klacht uit zichzelf naar voren bracht of dat de klacht naar voren kwam omdat de arts hiernaar vroeg. In de tweede plaats beoordeelden we of de klacht een van de redenen was voor de patiënt om de arts te raadplegen (deze klachten noemden we 'primaïr') of dat deze min of meer toevallig ter sprake kwam: "o ja, nu ik hier toch ben, .....", de zogenaamde secundaire klacht. 14% van alle klachten worden op initiatief van de arts gepresenteerd, 19% wordt als secundair betiteld. Wanneer we dit per klachtenhoofdstuk bezien (tabel 5.5) dan is het percentage klachten dat op initiatief van de arts wordt gepresenteerd hoog te noemen bij 'bloedsomloop', 'psyche', 'endocryn' en 'sociaal'. Dat het de arts is die regelmatig naar psychische en sociale problemen informeert, en zo een stukje van de beruchte ijsberg boven water krijgt zal niemand

verbazen. Bij bloedsomloop speelt een belangrijke rol dat dit in het merendeel van de gevallen een bloeddrukcontrole betreft, waartoe de arts nogal eens de initiatiefnemer is. Het hoofdstuk 'endocryn', waarbinnen overigens niet zo veel klachten vallen, bevat de klachten en symptomen betreffende voeding, te dik worden en dergelijke, een onderwerp dat ook nogal eens naar aanleiding van vragen van de arts ter sprake komt.

Tabel 5.5.: Status van de klacht, per klachtcategorie

	% primair	% ini- tiatief arts		% primair	% ini- tiatief arts
algemeen	76%	14%	psyche	76%	19%
bloed	91%	14%	ademhaling	83%	9%
spijsvertering	83%	11%	huid	75%	6%
oog	78%	5%	endocryn	67%	21%
oor	88%	12%	urologie	83%	17%
bloedsomloop	86%	35%	vr. genitaal	88%	13%
ledematen	85%	10%	mn. genitaal	83%	7%
neurologie	87%	5%	sociaal	71%	26%

Letten we op het percentage klachten waarvan de indruk bestaat dat men daarvoor eigenlijk niet naar de huisarts ging, dan gaat het deels om dezelfde klachten: 'psyche', 'sociaal', 'endocryn'; daarnaast wordt dit oordeel relatief vaak uitgesproken over de categorieën 'algemeen' en 'huidklachten'.

Het moge duidelijk zijn dat de bepaling wanneer iets een klacht is minder vanzelfsprekend is dan op het eerste oog lijkt. Wanneer we ons beperken tot klachten, symptomen en ziektes die door de **patiënt** voor het eerst gepresenteerd worden, waarbij de indruk bestaat dat de patiënt hiervoor ook contact met de huisarts zocht, dan houden we slechts 32% van ons materiaal over. Op basis van deze 'echte' klachten is de verdeling over de 16 klachthoofdstukken ook enigszins anders. In tabel 5.6 staat weergegeven hoe deze verdeling verschuift, naarmate aan de definitie van een klacht strengere criteria worden verbonden.

Naarmate we ons in de definitie stricter tot klachten en diagnoses



Tabel 5.6.: frequentie waarmee klachtcategorieën op verschillende wijze gedefinieerd vertegenwoordigd zijn

	1 (n=4771)	2 (n=3874)	3 (n=2553)	4 (n=1526)
A. algemeen	16%	15%	14%	15%
B. bloed	1%	1%	1%	0%
D. spijsvertering	6%	6%	7%	7%
F. oog	3%	3%	3%	4%
H. oor	4%	5%	5%	5%
K. bloedsomloop	8%	8%	3%	2%
L. ledematen	16%	16%	20%	19%
N. neurologie	4%	4%	5%	4%
P. psyche	6%	6%	7%	5%
R. ademhaling	10%	10%	12%	12%
S. huid	9%	8%	10%	11%
T. endocryn	2%	2%	1%	1%
U. urinewegen	2%	2%	2%	1%
X. vr. genitaal	10%	11%	7%	7%
Y. mnl. genitaal	1%	1%	1%	1%
Z. sociaal	4%	4%	5%	5%

1: alle redenen voor contact

2: alle primaire redenen voor contact

3: alle primaire klachten, symptomen en diagnoses

4: alle primaire klachten, symptomen en diagnoses, die op initiatief van de patiënt als nieuwe klacht werden gepresenteerd.

beperken, zien we de rol van klachten met betrekking tot bloedsomloop en gynaecologie afnemen (veel diagnostische redenen voor contact) en die met betrekking tot botten en spieren, huid en ademhaling toenemen. Toevoeging van het criterium 'primaire klacht' brengt geen verandering in de onderlinge verhouding teweeg. Er is niet een bepaald type klachten dat relatief zo vaak terloops naar voren gebracht wordt, dat het op de onderlinge klachtenverdeling van invloed is. De eis dat de klacht 'nieuw' moet zijn, doet het aandeel van de psychische klachten afnemen.

Tenslotte kunnen we het beeld van het klachtenaanbod meer reliëf geven door nauwkeuriger te kijken naar de sub-klachten die onder de noemer van één klacht geschaard zijn. Zoals uiteengezet is in 3.3 is

tot één klacht een geheel aan klachten en symptomen gerekend, dat als zinvolle eenheid beschouwd kan worden. 'Ik voel me verkouden, mijn neus zit dicht, ik heb keelpijn en moet steeds hoesten' werd zo als 'verkouden' (in RFE-termen A-17) geclassificeerd. Als subklachten zijn ook verstopte neus (R-12), keelpijn (R-21) en hoesten (R-17) genoteerd, maar deze subklachten zijn tot nu toe buiten beschouwing gebleven en zullen dat na deze paragraaf ook weer blijven. Thans zullen we echter stilstaan bij de vraag welke categorieën hoofd- en subklachten vaak samengaan.

Hiertoe is in bijlage II een uitgebreide tabel (B.1) opgenomen waarin in klachtencategorieën uitgedrukt is welke uit welke categorieën de subklachten afkomstig zijn die een bepaalde hoofdklacht vergezellen.

Uit deze tabel kunnen we opmaken dat bepaalde klachtencategorieën vaak samen 'clusteren'. Wat meer schematisch is dit in schema 5.1 weergegeven.

Schema 5.1.: hoofdklachten (verticaal) en de categorieën waaruit frequent met hen samengaande subklachten afkomstig zijn (horizontaal)

	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	X	Y	Z
algemeen	X	X					X	X	X	X						
bloed	X	X				X			X							X
spijsvertering	X	X							X			X				
oog				X												
oor	X				X					X						
bloedsomloop	X					X		X	X			X				X
ledematen	X						X									
neurologie	X	X	X			X	X	X	X	X						X
psyche	X	X					X	X	X	X						X
ademhaling	X				X					X						
huid											X					
endocryn						X						X				
urinewegen	X	X											X	X		
vr. genitaal	X													X		
ml. genitaal															X	
sociaal	X						X		X							X

Verticaal staan de 16 klachtcategorieën waarin de hoofdklacht is ingedeeld, horizontaal staan dezelfde 16 categorieën maar nu met betrekking tot de subklachten. Wanneer subklachten uit een bepaalde categorie met een bepaalde frequentie in combinatie met een hoofdklacht worden aangetroffen, is dit met een kruisje weergegeven. Als grenswaarde is aangenomen dat de betreffende combinatie minstens 5% van de frequentie waarmee de hoofdklacht is aangetroffen moet uitmaken. Een leesvoorbeeld (men raadplege hierbij de bijlage). De hoofdklacht is 764 maal gecategoriseerd binnen de categorie 'algemeen'. Deze hoofdklacht ging 358 maal gepaard met subklachten uit de categorie 'algemeen, bijgevolg: een kruisje; 7 maal ging ze gepaard met subklachten uit de categorie 'bloed', geen kruisje; 45 maal met subklachten uit de categorie ademhaling: 45/764 is 5.9%, dus een kruisje etcetera.

Horizontaal lezen we nu af welke hoofdklachten veel en welke weinig vergezeld gaan van subklachten uit andere klachthoofdstukken. Relatief gezien gaan klachten uit de hoofdstukken 'algemeen', 'bloed', 'bloedsomloop', 'neurologie' en 'psyche' vaak gepaard met klachten uit andere categorieën. Bij 'oog', 'ledematen', 'huid', 'endocryn' en 'vrouwelijk en mannelijk genitaal', is dit slechts zelden het geval.

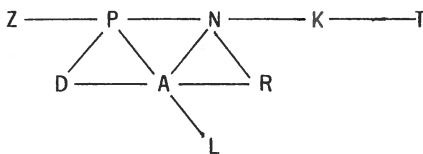
Verticaal zien we het type subklachten dat bepaalde hoofdklachten veel 'vergezelt'. Frequent treffen we 'algemeen', 'spijsvertering', 'ledematen', 'psyche', 'ademhaling' en 'sociaal' aan. Klachten uit de hoofdstukken 'algemeen' en 'psychisch' hebben een breed spectrum-karakter: ze gaan gepaard met velerlei subklachten en treden zelf bij veel verschillende hoofdklachten als subklacht op. Huidklachten vormen het andere uiterste: slechts 12% gaat met andere dan huidklachten gepaard en geen enkel andere hoofdklacht heeft meer dan 5% subklachten uit de categorie 'huid' bij zich.

Uit het schema laten zich enige clusters afleiden: Wanneer we een relatie tussen twee klachtcategorieën aannemen, wanneer de ene categorie in meer dan 5% van de waarnemingen als subklacht bij de andere categorie optreedt en vice versa (oftewel als bij categorie X en Y zowel een Y-kruisje op de X-rij als een X-kruisje op de Y-rij getekend is in schema 5.1), dan geeft schema 5.2 weer hoe de relaties tussen de klachtcategorieën uitgedrukt kunnen worden.

De algemene, psychische en neurologische klachten nemen de meest centrale plaats in. Ze zijn vaak gecombineerd met elkaar en met spijsverterings- en ademhalingsklachten. Meer perifeer staan de klachten met betrekking tot bloedsomloop, endocryn systeem en

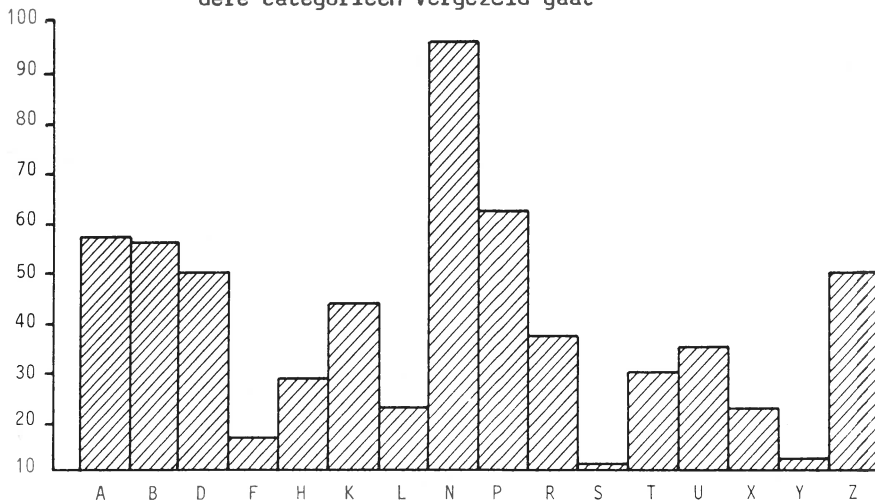
ledematen. De andere 8 hoofdcategorieën leiden een solitair bestaan.

Schema 5.2.: relaties tussen klachtencategorieën



In grafiek 5.1 en 5.2 vatten we tenslotte het kwantitatieve aspect van tabel B.1 samen. Tabel 5.1 laat zien hoeveel subklachten uit **andere** categorieën een hoofdklacht uit een bepaalde categorie vergezellen. Tabel 5.2 laat zien hoe vaak subklachten uit één categorie een hoofdklacht uit andere categorieën vergezellen.

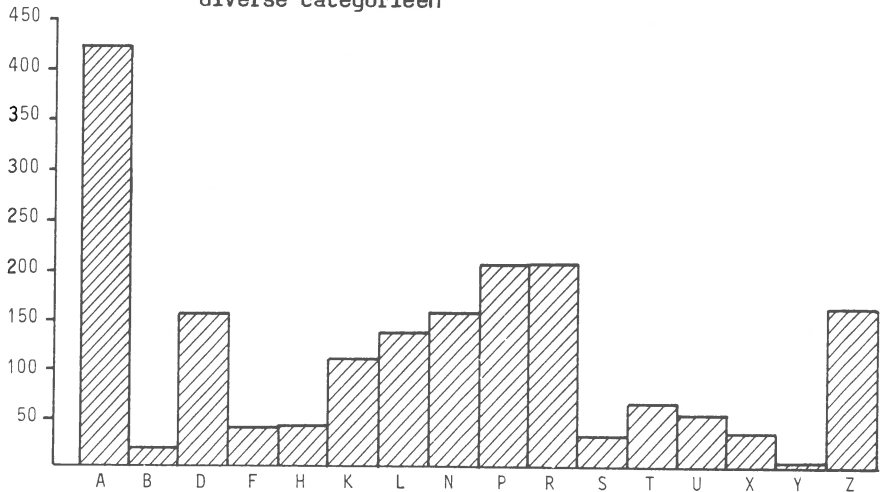
Grafiek 5.1a.: percentage hoofdklachten dat van subklachten uit andere categorieën vergezeld gaat



Grafiek 5.1a geeft het aantal categorie-vreemde subklachten als percentage van het aantal hoofdklachten. We zien dat hoofdklachten met betrekking tot neurologie relatief ontzettend vaak gepaard gaan met andere subklachten. In wat mindere mate geldt dit ook voor 'algemeen', 'bloed', spijsvertering', 'bloedsomloop', 'psyche' en 'sociaal'.

Oogklachten, huidklachten en klachten over het mannelijk genitaal systeem gaan bijna nooit samen met anderssoortige symptomen.

Grafiek 5.1b.: absolute frequentie van voorkomen van subklachten uit diverse categorieën



In grafiek 5.1b kwantificeren we de 'afkomst' van categorievreemde subklachten. Zeer vaak worden algemene klachten als subklacht bij een hoofdklacht uit een andere categorie gebruikt. Verder vervullen psychische klachten en klachten over het ademhalingsstelsel deze rol erg vaak, gevolgd door spijsverteringsklachten, neurologische en sociale klachten.

Grafieken 5.1a en 5.1b leren ons niet meer dan schema 5.1, maar ze geven een indruk van de kwantitatieve verschillen.

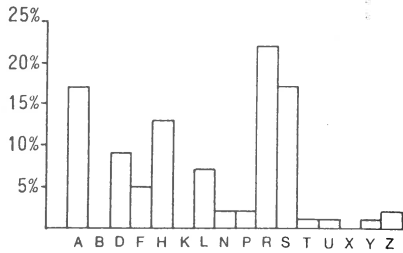
## 5.2. Klacht en patiënt

In grafiek 5.2.a tot en met 5.2.h staat weergegeven hoe de verschillende klachtcategorieën binnen diverse **leeftijdsgroepen** voorkomen. Bekijken we het patroon per klachtencategorie, dan kunnen we de volgende bevindingen noteren. Klachten met betrekking tot de hoofdstukken 'algemeen', 'spijsvertering', 'botten en spieren' en 'neurologie' komen per leeftijdscategorie ongeveer zo vaak voor als men op grond van de leeftijdsverdeling zou verwachten.

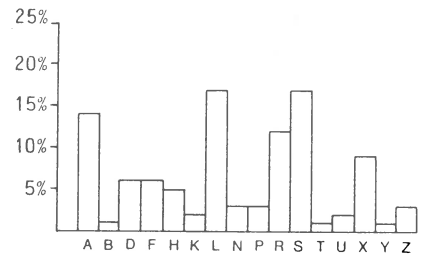
De problemen met betrekking tot bloedsomloop, psychische klachten, endocryn systeem en urologie komen vaker voor naarmate men ouder wordt. Het omgekeerde geldt voor huidklachten en klachten met betrekking tot het bloed (54% van deze laatste treffen we bij de 20-40 jarigen, die 36% van de populatie uitmaken).

Grafiek 5.2.: verdeling van klachthoofdstukken per leeftijdsgroep  
(zie voor de betekenis der letters 5.5)

5.2.a.: 0-19 jarigen (H=313)



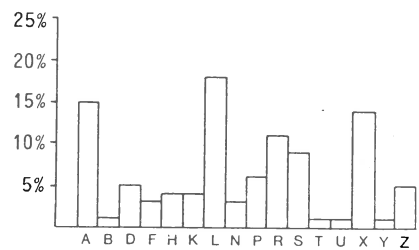
5.2.b.: 10-19 jarigen (N=393)



5.2.c.: 20-29 jarigen (H=823)



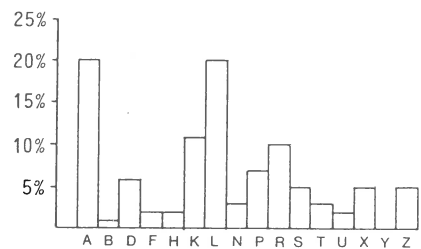
5.2.d.: 30-39 jarigen (N=870)



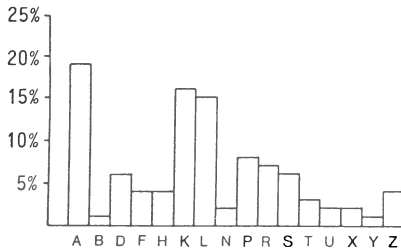
5.2.e.: 40-49 jarigen (H=739)



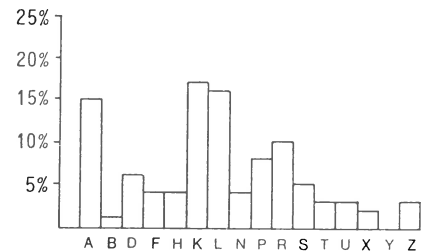
5.2.f.: 50-59 jarigen (N=704)



5.2.g.: 60-69 jarigen (H=463)



5.2.h.: 70+ (N=464)



Oogklachten laten twee pieken zien: 0-20 jarigen en de 70 jarigen en ouder. Oorklachten en problemen met de luchtwegen vertonen een piek bij de 0-10 jarigen om verder relatief gelijk te lopen met de totale leeftijdsverdeling.

Gynaecologische redenen om naar de dokter te gaan komen voor rekening van de 20-50 jarigen en sociale problemen zien we vooral bij de 30-60 jarigen.

Bezien we de relatie tussen leeftijd en dat wat we eerder de aard van de reden noemden (tabel 5.7), dan zien we dat het belang van klachten en symptomen, en in mindere mate ook voor reeds eerder gediagnostiseerde ziekte, afneemt naarmate de patiënt ouder wordt. Het verzoek om een behandeling - meestal medicijnen - komt daarentegen relatief steeds vaker voor naarmate de patiënten ouder zijn. Ook met het verzoek om diagnostiek zien we dit, zij het dat het verzoek om een uitstrijkje, dat hieronder valt, al eerder voor een piek bij de 20-30 jarigen heeft gezorgd.

Tabel 5.7.: percentages uit verschillende leeftijdscategorieën die om een bepaalde reden naar de huisarts gaan

	klachten, symptomen	diag- nostiek	behande- ling, medicatie	uitslag	admini- stra- tief	ziek- te	andere
0 - 9	70%	6%	4%	0%	1%	11%	8%
10 - 19	67%	8%	5%	0%	3%	10%	6%
20 - 29	58%	14%	8%	2%	2%	6%	10%
30 - 39	55%	10%	8%	2%	2%	8%	15%
40 - 49	56%	11%	9%	3%	2%	6%	14%
50 - 59	53%	12%	10%	4%	3%	7%	12%
60 - 69	47%	15%	14%	3%	3%	5%	14%
70 - 79	45%	16%	14%	2%	2%	6%	15%
80 jaar							
en ouder	43%	13%	25%	2%	2%	6%	10%

In de vorige paragraaf onderscheiden we nog drie andere aspecten van de klacht: we maakten een onderscheid tussen primaire en secundaire klachten, klachten die op initiatief van de arts en van de patiënt ter sprake kwamen, en eerste en herhaalklachten (waarbij bij deze laatste indeling ook nog de mogelijkheid bestond dat een oude klacht

zich opnieuw manifesteerde). In tabel 5.8 staat weergegeven in hoeverre leeftijd hierbij een rol speelde.

Tabel 5.8.: percentage klachten per leeftijdscategorie dat als primair, initiatief van de patiënt of nieuw beschouwd werd

	primaire klachten	klachten op initiatief van de patiënt	eerste klacht	herhaal klacht	opleving oude klacht
0 - 9	87%	89%	66%	27%	7%
10 - 19	87%	88%	64%	28%	8%
20 - 29	85%	86%	52%	40%	7%
30 - 39	79%	87%	52%	38%	10%
40 - 49	80%	88%	48%	42%	10%
50 - 59	81%	85%	40%	49%	11%
60 - 69	79%	82%	37%	55%	8%
70 - 79	75%	85%	38%	55%	7%
80 jaar en ouder	74%	83%	38%	59%	4%

De conclusie uit deze tabel kan vrij eenduidig getrokken worden: naarmate patiënten ouder zijn worden klachten vaker als secundair beschouwd, worden ze iets vaker gepresenteerd omdat de arts er naar vroeg, en gaat het veel vaker om herhaalcontacten.

Met betrekking tot het **geslacht** van de patiënt zijn er minder verschillen in klachtpresentatie tussen mannen en vrouwen te vermelden dan met betrekking tot leeftijd het geval was.

Letten we op de klachthoofdstukken dan zijn er twee gevallen waarin de verdeling tussen mannen en vrouwen meer dan 5% afwijkt van de totaalverdeling: oorklachten zijn ongeveer 50-50 verdeeld terwijl bij ademhalingsklachten de verdeling tussen mannen en vrouwen 45-55 is (totaal: 36-64). Dit zijn de klachtengroepen waarbij de jeugd een relatief groot aandeel heeft. Zoals we in het vorig hoofdstuk zagen, wordt het aantal vrouwen pas vanaf  $\pm$  20 jaar groter dan dat van mannen. De aard van de reden voor komst verschilt in twee opzichten voor mannen en vrouwen: vrouwen nemen 75% van de verzoeken om diagnostiek voor hun rekening (het verzoek om uitstrijkjes valt hieronder!) en slechts 57% van de doktersbezoeken waarbij men om een uitslag komt.



Klachten van mannen worden iets vaker als primair betiteld (84% van hun klachten) dan die van vrouwen (80% primair). Het initiatief ligt in beide gevallen even vaak bij de patiënt.

Mannen ten slotte hebben vaker eerste contacten dan vrouwen (52% versus 46%) en minder vaak herhaalcontacten of het opleven van oude klachten.

### 5.3. De klacht en de duur van het consult

Om te kunnen onderzoeken of bepaalde klachten meer tijd in beslag nemen dan andere, is per klachtencategorie nagegaan hoe lang consulten duren waarin klachten uit één hoofdcategory optreden. Omdat niet van een klacht, maar alleen van een consult bepaald kan worden, wat het tijdsbeslag is, zijn alleen die gevallen in beschouwing genomen waarin de twee samenvallen: de consulten met slechts één klacht. Zie tabel 5.9.

Tabel 5.9.: gemiddelde duur en mediaan (in minuten) van consulten waarin slechts één klacht is geregistreerd, per klacht

klacht	n	$\bar{x}$	mediaan
algemeen	198	6'34''	5'30''
bloed	10	-	-
spijvertering	86	7'31''	6'35''
oog	32	4'42''	4'10''
oor	75	4'03''	3'35''
bloedsomloop	86	6'19''	5'30''
ledematen	254	6'12''	5'36''
neurologie	53	7'34''	7'07''
psyche	59	10'47''	9'43''
ademhaling	151	5'44''	4'43''
huid	108	4'48''	3'57''
endocryn	10	-	-
urologie	25	6'27''	6'00''
vr. genitaal	128	6'52''	6'30''
mnl. genitaal	10	-	-
sociaal	39	10'41''	8'53''

Ogen, oren, ademhaling en huid kosten weinig, psychische en sociale

klachten veel tijd. Althans, wanneer we ons beperken tot die klachten die als enige in een consult optreden. Vooral bij psychische en sociale klachten maakt het nogal een verschil of het de enige klacht in het consult is, of dat naast andere klachten ook psychosociale problematiek ter sprake komt. Relatief komen psychosociale klachten ook niet veel als enige klacht voor: 21% van de psychische en 19% van de sociale klachten komen als enige klacht in het consult voor. Alleen spijsverteringsklachten zitten even laag in dit opzicht, de andere komen in 25% à 35% als enige voor (vergelijk tabellen 5.1 en 5.9).

Stappen we af van de consulten met één klacht, en nemen we de tijdsduur van consulten waarin een bepaalde klacht ook voorkomt als indicator voor de tijd die bepaalde klachten kosten, dan neemt voor iedere onderscheiden klachtencategorie de gemiddelde tijd met één à twee minuten toe, behalve voor de psychische en sociale klachten. De toename is logisch, want nu worden (gemiddeld langer durende) consulten met meer klachten ook meegeteld. Dat deze toename juist bij psychische en sociale klachten niet optreedt, wijst erop dat de spreiding van de duur van de consulten met meer dan één klacht groot is.

We kunnen de conclusie uit tabel 5.9 dat psychische en sociale klachten relatief veel tijd van de arts eisen weliswaar handhaven, maar moeten ervoor waken lange gemiddelde tijdsduur te extrapoleren naar iedere keer dat deze problemen in het consult ter sprake komen.

Overigens wordt de duur van een consult door een aantal factoren bepaald, waarvan de aard van de klacht er maar één is: in hoofdstuk 8 komen we hierop terug met een meer complexe verklaring, waarin tevens patiëntenkenmerken en uitgevoerde handelingen betrokken zijn.

#### **5.4. Afronding van het consult met verschillende klachten**

Op dezelfde wijze als in het vorige hoofdstuk gekeken is naar het verband tussen de wijze waarop het consult werd afgerond en de leeftijd en het geslacht van de patiënt, is ook bekeken hoe deze afronding per klachttype kan verschillen. Teneinde het aantal te onderzoeken combinaties niet zo groot te maken dat er in een aantal gevallen te weinig cases over blijven onderscheiden we hier slechts drie categorieën: patiënt wordt terugbesteld, moet telefonisch contact opnemen, of wordt niet terugbesteld. Teneinde het terugbestellen rechtstreeks aan de klacht te kunnen relateren beperken we ons

weer tot consulten met één klacht.

Uit tabel 5.10 trekken we de conclusie dat sommige klachten (die vaak ook frequenter herhaalklachten binnen hun gelederen tellen) vaker tot het terugbestellen van de patiënt leiden (bloedsomloop, psyche, urologie, gynaecologie) dan andere (oog, huid, sociaal). Hoe een en ander met andere factoren samenhangt bespreken we verder in hoofdstuk 9.

Tabel 5.10. afronding van consulten, uitgesplitst naar klacht

klacht	n	terugbesteld	niet terugbe- steld	moet tel. con- tact opnemen
algemeen	189	98 (52%)	84 (44%)	7 (4%)
bloed	10	-	-	-
spijsvertering	83	42 (51%)	37 (45%)	4 (5%)
oog	32	11 (34%)	20 (63%)	1 (3%)
oor	71	37 (52%)	34 (48%)	0
bloedsomloop	82	61 (74%)	21 (26%)	0
ledematen	250	99 (40%)	135 (54%)	16 (6%)
neurologie	53	24 (45%)	27 (51%)	2 (4%)
psyche	56	35 (63%)	19 (34%)	2 (4%)
ademhaling	150	68 (45%)	80 (53%)	3 (2%)
huid	103	37 (36%)	66 (64%)	0
endocryn	10	-	-	-
urologie	24	13 (54%)	6 (25%)	5 (21%)
gynaecologie	124	68 (55%)	46 (37%)	11 (9%)
ntl. genitaal	10	-	-	-
sociaal	36	13 (36%)	21 (58%)	2 (6%)

## 5.5. Discussie

Het klachtenpatroon dat in dit hoofdstuk beschreven is, lijkt een goede representatie te vormen van hetgeen een doorsnee huisarts voorgeschoteld krijgt (vergelijk hoofdstuk 2 en onze vergelijking met Lamberts en anderen (1984) die we in 5.1 maakten). De manier van classificeren, waarbij de uitingen van de patiënt het uitgangspunt zijn, heeft wel tot gevolg dat alleen een indirecte vergelijking met andere morbiditeitsgegevens mogelijk is. Dergelijke vergelijking kan echter wel tot belangwekkende aanvullingen leiden.

Classificatie van de reden van komst in de woorden van de patiënt leert ons bijvoorbeeld dat ook chronische ziekten meestal niet als zodanig gepresenteerd worden. Uit de top-10 die Voorn (1983) presenteert van chronische ziekten komen sommige ziekten in onze classificatie maar zelden als zodanig benoemd voor, vaker dan 19 keer (0,4% van alle klachten) wordt er niet een gepresenteerd. Een enkele ziekte, als hypertensie, is wel eenvoudig af te leiden uit het wel zeer frequent voorkomende 'verzoek om bloeddrukmeting'. De meeste anderen blijven echter in de anonimiteit, en komen in de RFE-classificatie als verzoek om medicijn of algemene klachten. Daarnaast achten we het echter zeer wel mogelijk dat chronische zieken tal van andere klachten presenteren, die meer zijdelings of geheel niet direct met hun ziekte te maken hebben en in ziekteclassificaties min of meer onopgemerkt blijven.

Hoewel chronische ziekten als zodanig zelden gepresenteerd worden, is het percentage klachten waarvoor een patiënt klaarblijkelijk al eerder zijn arts bezocht heeft hoog: ongeveer de helft. Dit is - zeker in de jongere leeftijdsgroepen - meer dan op grond van Voorn's analyses verwacht zou mogen worden: hij presenteert een verhouding nieuwe:oude klachten van 3:1 (en bij jongeren meer dan 10:1). Wel neemt bij hen evenals in onze registratie het belang van bestaande klachten met de leeftijd sterk toe.

Een verklaring voor dit verschil zal in de eerste plaats liggen in de strenge norm die in de Nijmeegse continue morbiditeitsregistratie (CMR) waaraan Voorn zijn gegevens ontleent wordt gehanteerd bij de definitie van chronische klacht: ze werden alleen genoteerd als de aandoening nog aanwezig was en in behandelend of anticiperend opzicht de aandacht van de arts vroegen. Tevens is het niet geheel duidelijk of in de CMR een geval een patiënt met een ziekte of een consult van die patiënt betreft. Is het eerste het geval dan betekent dit een reductie van het aantal herhaalgevallen ten opzichte van onze registratie.

We achten het echter naar aanleiding van de grootte van het verschil niet onwaarschijnlijk dat veel klachten waarvoor men de huisarts raadpleegt niet nieuw zijn, maar niet als chronische ziekte wordt opgemerkt.

Vermeldenswaard is het resultaat van de analyses hoe klachten clusters vormen. Op basis hiervan kan men twee ongeveer even grote groepen klachten onderscheiden: één groep klachten die gemakkelijk in één symptoom zijn uit te drukken: oog-, oor- en huidklachten, klach-

ten met betrekking tot ledematen en geslachtsorganen vormen hiervan het grootste deel.

Daarnaast zijn er klachten en symptomen die vaak onderling verweven gepresenteerd worden: het gaat hier om een vermenging van neurologische, respiratoire, spijsverterings- psychische en sociale klachten alsmede de algemene klachten.

Dit vormt de grote groep klachten waarbij van de huisarts veel geëist wordt op het gebied van probleemverheldering ('waarvoor komt de patiënt nu precies?') en waar blijkbaar de kans het grootst is dat er misverstanden optreden.

Een ander opvallend aspect van het geregistreerde klachtenpatroon is het feit dat 40% van alle redenen om naar de huisarts te gaan niet verwoord zijn als symptoom, klacht of ziekte. Het gaat dan om verzoeken om iets te regelen of te controleren. Dit regelen en controleren neemt toe met de leeftijd. Dit sluit niet uit dat klachten of (de kans op) ziekte de achtergrond van zo'n verzoek vormt: zie het verzoek om bloeddrukcontrole. Het geeft wel aan dat het symptoom-diagnose-therapie model vaak niet meer dan een ideaal typische benadering van het huisartsenconsult is.

Het klachtenpatroon in de breedste zin van het woord verschuift op de volgende manier met ouder worden: oudere patiënten vragen meer gelijk om diagnostiek, behandeling en medicatie en komen minder met een klacht, symptoom of ziekte. Het zijn vaker verzoeken die een zeker chronisch karakter hebben. Ook bestaat iets vaker de indruk dat het uitspreken van de klacht een secundair karakter heeft: de patiënt zou voor die klacht niet speciaal de huisarts bezocht hebben. Hetgeen weer te maken heeft met het grotere aantal klachten dat oudere patiënten in één consult naar voren brengen.

Gezien de verwachte verschuiving in leeftijdsopbouw, die we in 4.4 bespraken, zal bovengenoemd klachtenpatroon de komende decennia een groter deel van het aanbod op het huisartsenspreekuur gaan uitmaken.

## 6. VERRICHTINGEN

### 6.1. Inleiding

De volgende diagnostische en therapeutische handelingen zijn per klacht geregistreerd:

- diagnostiek binnen het consult (bijvoorbeeld bloeddrukmeting, uitstrijkje, gewichtsmeting);
- diagnostiek buiten het consult (bijvoorbeeld bloedonderzoek, röntgenonderzoek);
- instrumentele handelingen (injecties, verbinden en dergelijke);
- medicijnen voorschrijven;
- verwijzen naar andere hulpverleners of adviseren om een andere hulpverlener te raadplegen.

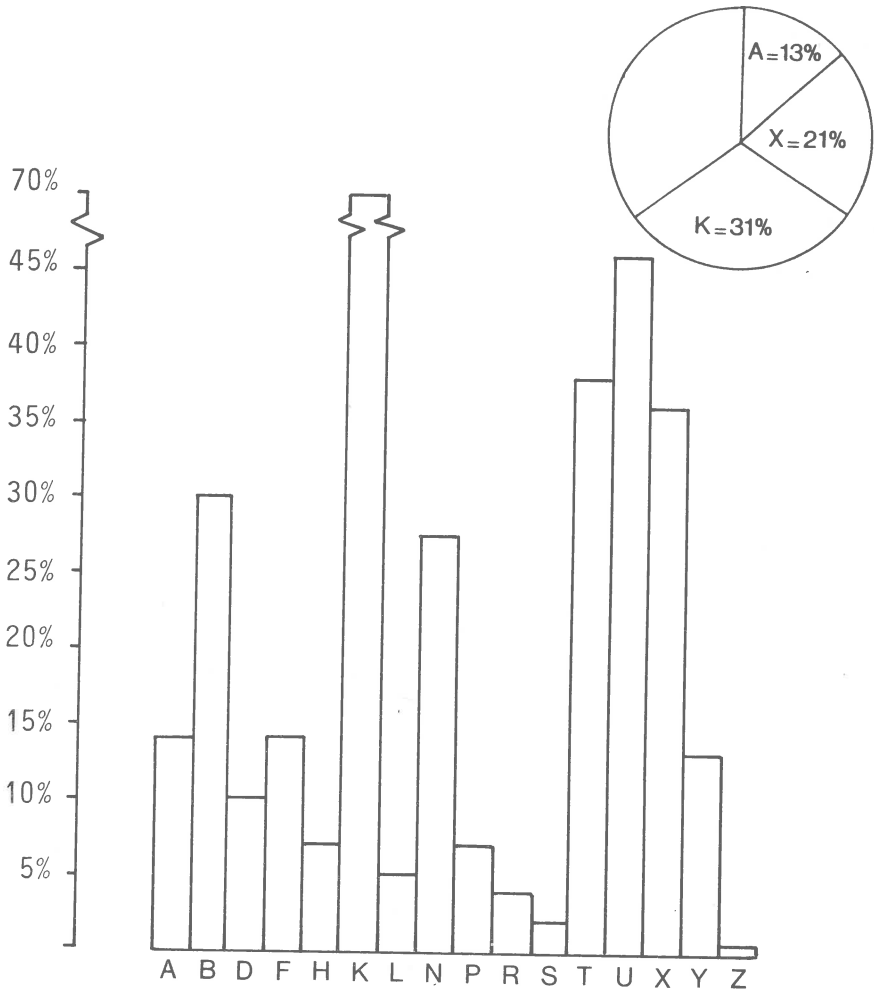
In hoofdstuk 3 werd de frequentie waarmee deze aspecten van behandeling en diagnostiek voorkwamen, vermeld. In het kader van dit hoofdstuk bezien we in hoeverre het patiënten- en klachtenaanbod hierop van invloed is. Tevens gaan we, evenals in de vorige hoofdstukken, na in hoeverre de duur van het consult door het plaatsvinden van bepaalde handelingen wordt beïnvloed, en of deze handelingen ook van invloed zijn op eventuele vervolgspraken.

### 6.2. Verrichtingen bij verschillende klachten

Diagnostische bepalingen **binnen de praktijk** (de belangrijkste zijn bloeddrukmeting, bloed- en urine-onderzoek en gewichtsmetingen) worden verricht ten behoeve van 17% van alle klachten. Ze vinden relatief veel plaats wanneer klachten met betrekking tot bloed, bloedsomloop, neurologie, urologie, endocryn systeem en gynaecologie gepresenteerd worden. Diagnostiek ten behoeve van klachten met betrekking tot bloedsomloop, gynaecologie en algemene klachten vormt het grootste deel (64%) van alle diagnostische verrichtingen binnen het consult, zie grafiek 6.1 (men moet zich hierbij realiseren dat deze laatste maat een functie is van de relatieve frequentie waarmee diagnostiek bij een bepaalde klachtencategorie wordt toegepast en van de frequentie waarmee die categorie voorkomt. Wanneer een klacht binnen het endocryn systeem gecategoriseerd wordt vindt er wel vaak diagnostiek plaats, maar deze klachten komen niet zoveel voor.

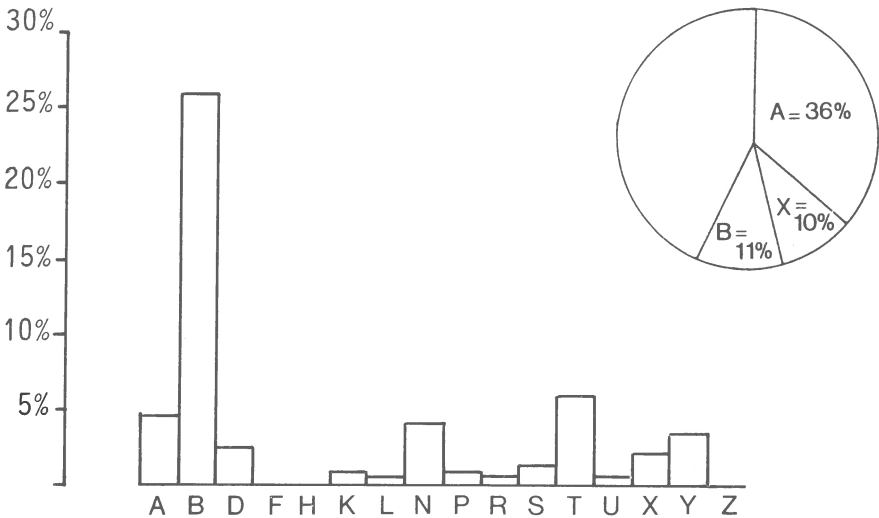
Andersom geschiedt diagnostiek bij een klacht uit het hoofdstuk algemeen niet zo vaak, maar deze klachtengroep is de frequentst voorkomende).

Grafiek 6.1.: percentage diagnostiek binnen consulten per klachthoofdstuk (staafdiagram) en aandeel van diverse klachthoofdstukken in diagnostiek binnen het consult (circeldiagram) (voor aanduiding klachthoofdstuk: 5.5)



In grafiek 6.2 tot en met 6.4 is voor bloeddrukcontrôle, bloedonderzoek en urine-onderzoek apart weergegeven hoe vaak dit bij diverse klachtenhoofdstukken gebeurt. Bloeddrukmeting, de meest frequent voorkomende vorm van diagnostiek, gebeurt (behalve als vanzelfsprekend bij bloedsomloop) vaak bij klachten met betrekking tot neurologie, endocryn systeem, en gynaecologie. Bij deze twee laatste zien we relatief ook vrij veel urine-onderzoek, terwijl deze vorm van diagnostiek als enige verantwoordelijk is voor de toppositie van urologie in grafiek 6.1. Bloedonderzoek ten slotte maakt dat bij de klachtengroep 'bloed' vaak diagnostiek plaatsvindt. Alle drie de vormen van diagnostiek vinden, behalve voor de genoemde groepen, vaak plaats ten behoeve van klachten van algemene aard, omdat er daar zo veel van zijn.

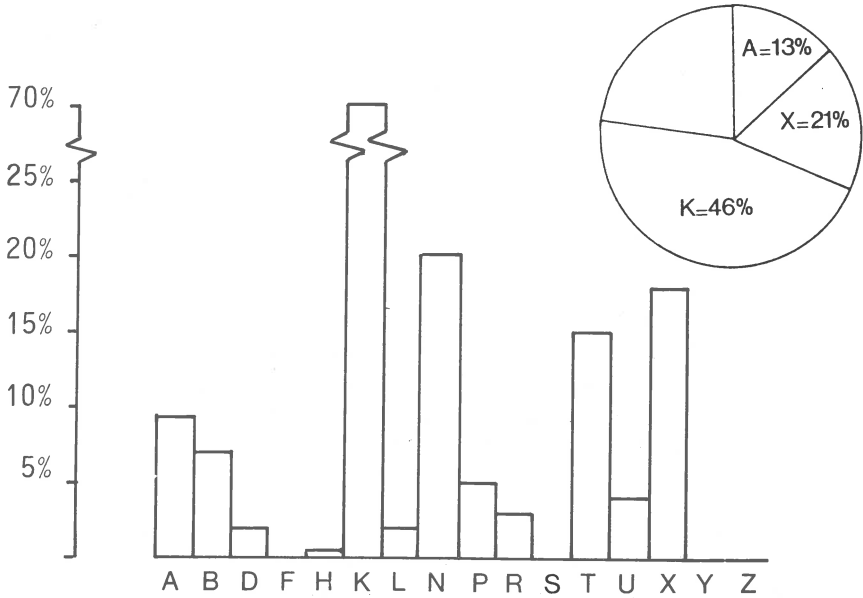
Grafiek 6.2.: bloedonderzoek



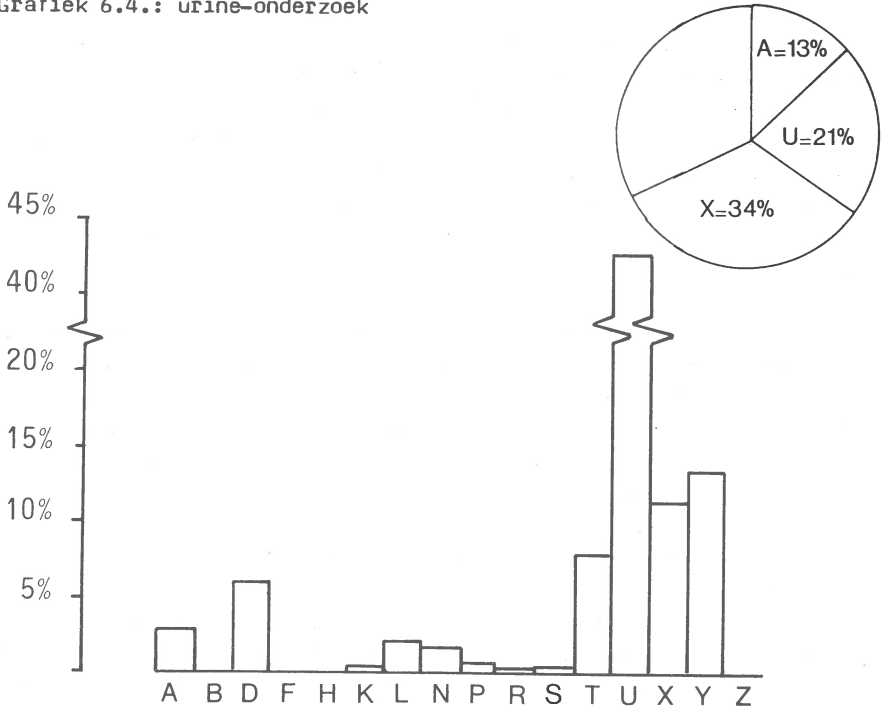
Diagnostiek **buiten het consult** wordt in veel minder gevallen aangevraagd: voor 5.6% van alle klachten gebeurde dit. Voor klachten met betrekking tot bloed, spijsvertering en urologie gebeurde het vaker dan 10%. Wanneer diagnostiek buiten de praktijk wordt aangevraagd, is het meestal voor algemene klachten, klachten betreffende botten en spieren (deze twee categorieën komen vaak voor), en voor spijsverteringsklachten (grafiek 6.5).



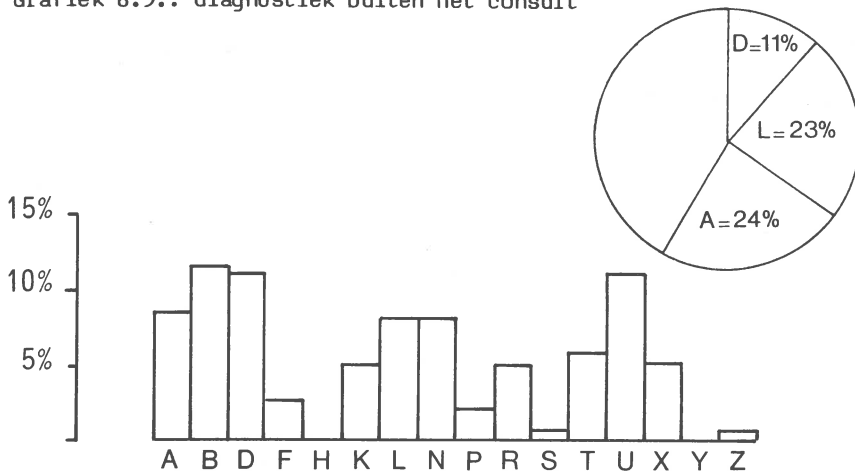
Grafiek 6.3.: bloeddrukmeting



Grafiek 6.4.: urine-onderzoek



Grafiek 6.5.: diagnostiek buiten het consult



Kijken we naar twee veel voorkomende vormen, dan zien we dat voor klachten betreffende bloed vaak bloedonderzoek aangevraagd wordt en voor botten en spieren vaak röntgenonderzoek.

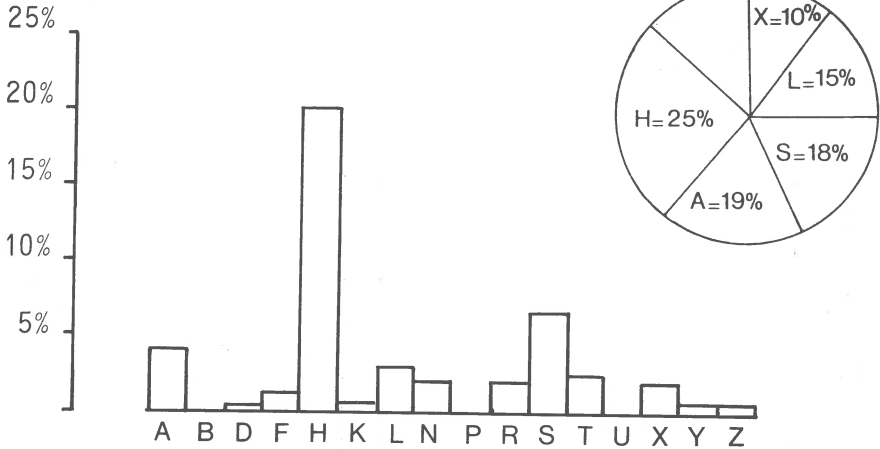
In tabel 5.2 maakten we een onderscheid naar soort hulpvraag: een klacht of symptoom, een verzoek om diagnostiek, behandeling, uitslag of administratieve handeling, of om een bekende ziekte. Wanneer de patiënt met klachten of symptomen komt vindt relatief minder diagnostiek buiten het consult plaats, komt hij met een bekende ziekte dan gebeurt dit nauwelijks. Ook diagnostiek binnen het consult vindt maar zelden plaats wanneer mensen met een bekende ziekte bij de arts komen.

Slechts 3.4% van alle klachten leiden ertoe dat de arts **instrumentele handelingen** uitvoert als hechten, verbinden, oren uitspuiten en dergelijke. Twee klachtengroepen komen boven dat gemiddelde uit: 20% van alle oorklachten vormen een aanleiding om de oren uit te spuiten of schoon te maken, en naar aanleiding van 7% van de huidklachten is er sprake van instrumentele behandeling. Van al het instrumenteel handelen heeft een kwart op oorklachten betrekking, en 15 tot 20 procent op algemene, huid-, en bot- en spierklachten (grafiek 6.6).

Om instrumentele handelingen wordt vaak als zodanig gevraagd door de patiënt: ze gebeuren relatief weinig naar aanleiding van klachten en symptomen en al helemaal niet naar aanleiding van de presentatie van

bekende ziekten. Veel voorkomende redenen om contact te zoeken die tot een instrumentele handeling leiden, zijn 'verzoek om oor uit te spuiten' of 'verzoek om hechtingen te verwijderen'.

Grafiek 6.6.: instrumentele behandeling

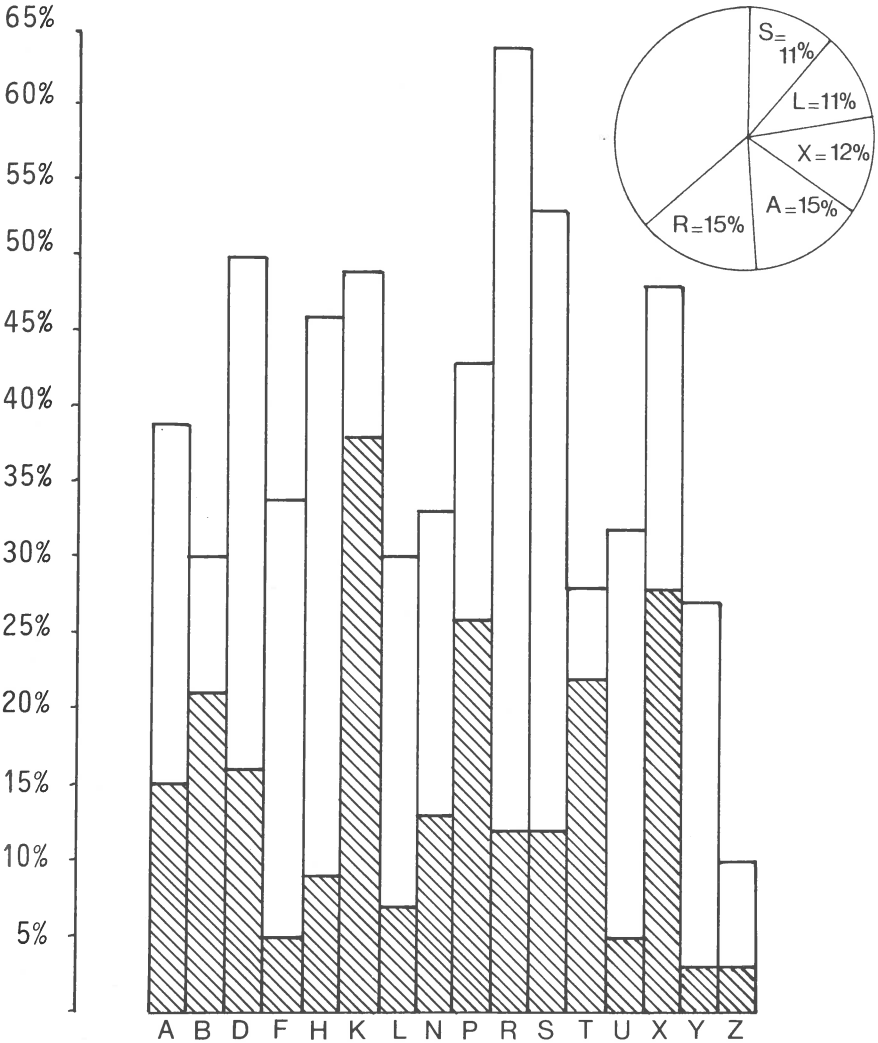


Voor 42% van alle klachten wordt een **medicijn** voorgeschreven, waarvan ongeveer  $\frac{1}{3}$  een herhaalrecept is. Letten we op grafiek 6.7, dan zien we dat klachten betreffende spijsvertering, ademhaling en huid in meer dan 50% van de gevallen met medicijnen worden behandeld. Voor klachten van bloed, ledematen, endocryn systeem, mannelijk geslachtsorgaan en sociale klachten krijgt men in minder dan 30% van de gevallen medicijnen voorgeschreven. Wanneer het gaat om bloed, bloedsomloop, psyche, endocryn systeem en gynaecologie, dan worden er vaker herhaalrecepten uitgeschreven dan nieuwe recepten. Voor oor, oog, ledematen, ademhaling, huid, urologie, en mannelijk geslachtsorgaan is de proportie herhaalrecepten relatief gering. Dit loopt overigens parallel met de verdeling van oude en nieuwe consulten over de diverse klachtencategorieën. Van alle uitgeschreven medicijnen is 15% bestemd voor algemene klachten en ook 15% voor de ademhalingsklachten. Ongeveer 10% gaat vervolgens naar botten- en spierklachten, huidklachten en gynaecologische klachten.

43% van alle psychische klachten wordt op een of andere manier met medicijnen behandeld. 70% hiervan zijn psychofarmaca, dat wil zeggen dat 30% van alle psychische klachten met psychofarmaca worden behandeld. Maar psychofarmaca worden, zij het in geringe mate ook bij

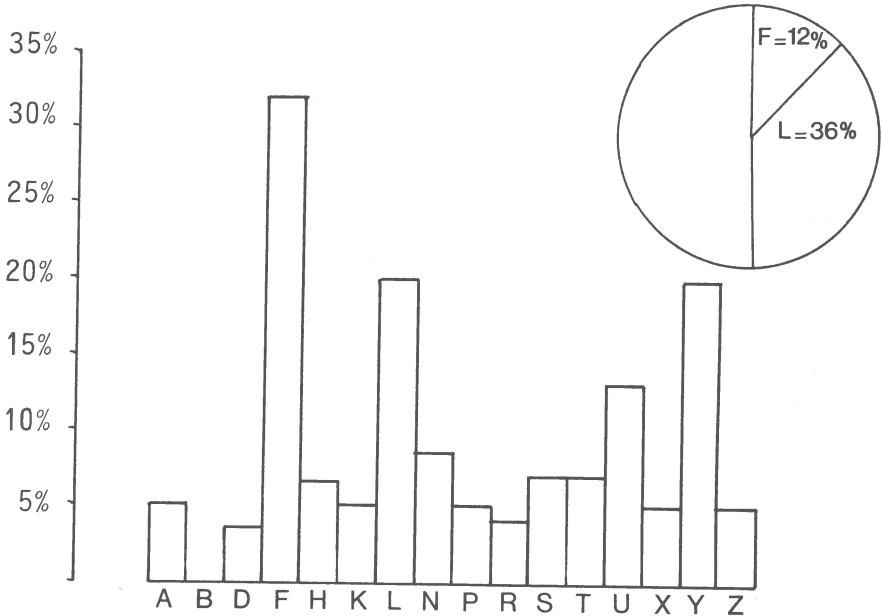
andere klachten voorgeschreven: de psychische klachten vormen 63% van het totaal aan klachten waarvoor psychofarmaca worden voorgeschreven. Onder andere bij sommige klachten uit de hoofdstukken algemeen (2%), botten en spieren (2%), neurologie (3%) en sociaal (6%) worden deze recepten uitgereikt.

Grafiek 6.7.: medicijnen voorschrijven (waarvan herhaalrecepten gearceerd zijn)



Een **verwijzing** vindt plaats in bijna 9% van alle gevallen. Relatief vaak worden klachten met betrekking tot oog (32%), botten en spieren (20%), mannelijk geslachtssysteem (20%) en urologie (13%) verwezen. Aangezien de laatste twee klachtengroepen weinig frequent voorkomen, kunnen we stellen dat verwezen patiënten vooral klachten uit de twee eerste categorieën presenteren: ze maken ongeveer 50% van alle verwijzingen uit (grafiek 6.8).

Grafiek 6.8.: verwijzingen



Verwijzingen met betrekking tot botten en spieren betroffen in 60% van de gevallen verwijzingen naar de fysiotherapeut, in 10% verwijzingen naar chirurgie en EHBO, en in 10% verwijzingen naar orthopedie. 23% van deze verwijzingen waren herhaalverwijzingen, (met name de fysiotherapeut neemt die voor zijn rekening), de patiënt was er al eerder onder behandeling geweest. Verwijzingen met betrekking tot oog gaan alle naar de oogarts.

### 6.3. Verrichtingen door verschillende soorten artsen

In hoofdstuk 2 is vastgesteld dat de 59 huisartsen niet representatief voor de nederlandse populatie genoemd kunnen worden. Aangezien

verrichtingen, zoals hier besproken, door de situatie waarin een huisarts verkeert of het voorzieningsaanbod ter plaatse beïnvloed kan worden (een gezondheidscentrum zou meer laboratorium faciliteiten kunnen hebben dan een solistisch werkende arts), gaan we voor enige onderscheiden verrichtingen na in hoeverre ze verschillen, al naar gelang urbanisatiegraad, vestigingswijze of anciënniteit van de opname verschilt.

Tabel 6.1.: hoeveelheid laboratoriumonderzoek, verwijzingen en instrumentele behandeling bij huisartsen in verschillende omstandigheden

	laboratorium- onderzoek			verwijzing		instrumentele behandeling		medicatie (per klacht)
	N	n	%	n	%	n	%	%
platteland	409	47	(11)	51	(12)	30	(7)	37
forensen- gemeente	1006	85	(8)	157	(16)	72	(7)	41
kleine stad	188	16	(9)	33	(18)	8	(4)	41
grote stad	1087	87	(8)	153	(14)	55	(5)	40
solist	1123	71	(6)	172	(15)	87	(8)	41
groeps- praktijk	999	101	(10)	135	(14)	50	(5)	41
gezondheids- centrum	568	59	(10)	87	(15)	27	(5)	35
consult voor 1980	983	81	(8)	144	(15)	43	(4)	43
consult na 1980	1707	150	(9)	250	(15)	122	(7)	38

Huisartsen op het platteland doen iets meer aan laboratoriumonderzoek en instrumentele behandeling, ze verwijzen wat minder en schrijven bij relatief minder klachten medicijnen voor. Het gebrek aan alternatieve voorzieningen is zichtbaar. Overigens is het percentage verwijzingen in de grote stad ook laag ten opzichte van de beide andere categorieën; dit is tegen verwachting. Bij solistisch werkende huisartsen zien we minder laboratoriumonderzoek en meer in-

strumentele behandeling. In gezondheidscentra schrijft men iets minder medicijnen voor. In het verrichtingenpakket is door de tijd heen weinig verandering. Het percentage instrumentele behandeling is relatief hoog na 1980. Dit is tegen de verwachting, maar we moeten niet vergeten dat in de recentere consulten het platteland iets beter vertegenwoordigd is (vgl. 2.5). Met medicatie zijn de later opgenomen artsen wat terughoudender. Overigens zijn de verschillen dusdanig klein dat het door ons beschreven beeld naar aanleiding van de videotheek in een landelijk representatieve steekproef niet veel anders zou zijn.

#### **6.4. Verrichtingen bij verschillende soorten patiënten**

Over de relatie tussen leeftijd en geslacht van de patiënt en de verrichtingen kunnen we kort zijn. Deze is vrijwel nimmer opzienbarend: laboratoriumonderzoek, medicatie, injecties, verwijzingen en oren uitspuiten komen bij alle leeftijds- en geslachtscategorieën gelijkelijk voor. Uitstrijkjes worden hoofdzakelijk bij vrouwen tussen de 20 en 50 jaar gemaakt, zwangerschapscontrole bij vrouwen tussen de 20 en 30 jaar. EHBO zien we vooral bij jeugdigen: de 0-20-jarigen (15% van de klachten) nemen 32% van de EHBO-verrichtingen voor hun rekening. Bloeddrukmeting stijgt monotoon met de leeftijd.

Het aantal verschillende verrichtingen bij één klacht neemt ook toe met de leeftijd en is hoger voor vrouwen dan voor mannen. Dit levert, in combinatie met het feit dat voor het aantal klachten per consult dezelfde relaties bestaan, grond voor de veronderstelling dat bij vrouwen en ouderen door een toenemend aantal verrichtingen de workload zal stijgen.

#### **6.5. Verrichtingen in relatie met de duur van consulten**

Om na te gaan of het uitvoeren van bepaalde verrichtingen de duur van het consult systematisch beïnvloedt, is van een aantal veel voorkomende handelingen bekeken of consulten waarin ze voorkwamen nu langer duurden dan consulten waarin ze niet voorkwamen. In tabel 6.2 staat van een aantal verrichtingen weergegeven hoe lang een consult waarin deze verrichtingen voorkomen gemiddeld duurt en of er sprake is van een significant langere duur van deze consulten dan van consulten waarin die verrichting niet voorkomt.

Tabel 6.2.: duur van het consult bij aan- en afwezigheid van diverse verrichtingen

verrichting:	consult waarin verrichting voorkomt			consult waar verrich- ting niet voorkomt		signifi- cantie van verschil
	n	$\bar{x}$	s.d.	$\bar{x}$	s.d.	
bloed-, urine- onderzoek	231	9'27''	4'54''	7'36''	4'46''	p .05
oogonderzoek	29	8'23''	4'12''	7'46''	4'49''	n.s
uitstrijkje	44	12'34''	5'26''	7'41''	4'46''	p .05
bloeddrukmeting	536	8'32''	4'32''	7'31''	4'51''	p .05
zwangerschaps- onderzoek	18	9'23''	4'08''	7'45''	4'49''	n.s
EHBO	40	6'56''	6'18''	7'47''	4'47''	n.s
injectie	57	8'17''	5'45''	7'45''	4'47''	n.s
oor uitspuiten	38	6'00''	4'07''	7'47''	4'49''	p .05
medicijnen voor- schrijven	1556	7'51''	4'27''	7'39''	5'15''	n.s
verwijzing	394	9'26''	5'15''	7'29''	4'40''	p .05

Consulten waarin laboratoriumonderzoek moet geschieden, een uitstrijkje wordt gemaakt, de bloeddruk gemeten wordt of een verwijzing plaatsvindt duren langer, consulten waarin een oor wordt uitgespo-ten, korter dan gemiddeld.

Zoals we reeds naar aanleiding van analoge paragrafen in vorige hoofdstukken schreven, kan over de invloed op de consultduur pas iets zinnigs gezegd worden wanneer diverse aspecten met elkaar in verband zijn gebracht. Een bloeddrukmeting zien we bijvoorbeeld meer bij oudere patiënten optreden, zodat nog helemaal niet gezegd hoeft te zijn dat de handeling op zich nu tijdrovend is. Voor een analyse van alle relevante verklarende variabelen verwijzen we naar hoofdstuk 8.



## 6.6. Verrichtingen en de afloop van het consult

De afloop van het consult is interessant in relatie tot daarin voorkomende verrichtingen, omdat deze laatste een vervolgsconsult kunnen induceren (EHBO: kom terug om hechtingen te verwijderen, lab: kom terug voor de uitslag) of juist voorkomen: een verwijzing als alternatief voor voor terugbestellen. In hoeverre dit het geval is zien we in tabel 6.3.

Tabel 6.3.: de relatie tussen de aanwezigheid van een verrichting en het terugbesteld worden

verrichting:	n	afronding			moet tele- fonisch contact opnemen		
		terug- besteld		niet terug- besteld			
bloed-, urine-onderzoek	231	116	(50%)	70	(30%)	42	(18%)
oogonderzoek	29	10	(35%)	18	(62%)	0	(0%)
uitstrijkje	44	19	(43%)	15	(34%)	11	(25%)
bloeddrukmeting	536	337	(63%)	160	(30%)	26	(5%)
zwangerschapsonderzoek	18	14	(78%)	3	(17%)	1	(6%)
EHBO	40	18	(45%)	20	(50%)	1	(3%)
injectie	57	34	(60%)	22	(39%)	1	(2%)
oor uitspuiten	38	11	(29%)	24	(63%)	1	(3%)
medicatie	1556	805	(52%)	665	(43%)	76	(5%)
verwijzing	394	118	(30%)	254	(64%)	22	(6%)

Wanneer we in aanmerking nemen dat de patiënt in 48% van alle gevallen wordt terugbesteld, in 47% niet, en in 6% telefonisch contact moet opnemen, dan kunnen we constateren dat bloeddrukmeting, zwangerschapsonderzoek en injecties de kans op een vervolgonderzoek vergroten, onderzoek of behandeling van ogen en oren, alsmede een verwijzing de kans op een vervolgsconsult verlagen. Telefonisch contact opnemen wordt vooral bewerkstelligd door het verrichten van laboratoriumonderzoek en het maken van uitstrijkjes, hetgeen geheel in de lijn der verwachtingen ligt.

## 6.7. Discussie

De belangrijkste bezigheden in de zin van hoeveelheid bestede tijd, van een huisarts zijn diagnostiek en therapie, zo blijkt uit het observatie-onderzoek van Boots (1983) en van Zutphen (1984). Toch wordt hierbij tegenwoordig zelden meer een instrument ter hand genomen. Dat het gesproken woord, samen met een klinische blik en enige handoplegging de belangrijkste instrumenten van de huisarts vormen, kan men reeds opmaken uit nauwkeurige bestudering van resultaten die genoemde auteurs presenteren: de tijd besteed aan 'laboratorium-onderzoek' maakt ongeveer 10% van de tijd besteed aan diagnostiek uit, de tijd besteed aan 'therapeutische handelingen' ongeveer 7% van de tijd. De rest is 'anamnese', 'advies', 'gesprek' en dergelijke. En, slechts in 6.7 consulten op de 100 wordt bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek zelf verricht. Lamberts (1984) meldt  $\pm$  7% laboratoriumonderzoek en 0.3% behandelkamer. Dit beeld, van hoofdzakelijk pratende doktoren wordt in de videotheek bevestigd. Laboratoriumonderzoek komt bij nog geen 5% van de klachten voor, het instrumentele handelen nog minder. De behandeling die de huisarts er, naast zijn praten, op na houdt, is, het voorschrijven van medicijnen, dat bij vrijwel iedere klachtencategorie een frequent gehanteerde vorm van behandeling is. Lamberts (1984) vermeldt dat maximaal 53% van de klachten medicinaal behandeld wordt (hierbij is 30.9% 'symptomatische behandeling' inbegrepen, waaronder ook andere dan medicinale behandeling zou kunnen vallen). Medicatie lijkt in een aantal gevallen een vrij autonome vorm van therapie te worden: meer dan 60% van de recepten op het gebied van bloedziekten, bloedsomloop, psyche en endocryn systeem zijn herhaalrecepten; hier vervult de arts meer een regelende en controlerende functie dan dat hij deze therapie in werking zet.

Verwijzingen, wanneer we ze in kwantitatieve zin bekijken, zijn wel klachtgebonden: ogen en ledematen (fysiotherapeut, chirurg) nemen bijna de helft van alle verwijzingen in beslag. Of verwijzen een verlichting voor de huisarts betekent is nog maar de vraag: een consult waarin verwezen wordt duurt langer; de kans dat de patiënt spoedig daarop terugkeert is echter geringer: de patiënt wordt minder vaak terugbesteld.

## 7. GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING

### 7.1. Inleiding

In ruim een kwart van de consulten komen onderwerpen met betrekking tot een (on)gezonde levensstijl ter sprake. (Voor het gemak spreken we in dit kader over GVO, hoewel het die pretentie lang niet altijd hoeft te hebben.) Of het hier om terloopse opmerkingen gaat of om verdergaande vormen van voorlichting, die we met recht patiënteneducatie mogen noemen, valt op grond van deze globale weergave niet uit te maken. Ook is niet bekend of het klachtgebonden informatie is, of als meer algemene gezondheidsvoorlichting en -opvoeding betiteld kan worden.

We zullen in dit hoofdstuk nagaan in hoeverre dergelijke onderwerpen bij bepaalde patiënten vaker ter sprake kwamen, in hoeverre ze met bepaalde klachten geassocieerd zijn en of het feit dat die onderwerpen zijn aangeroerd ook in het tijdsbeslag van de arts terug te vinden is.

Tabel 7.1 toont in hoeverre er een samenhang bespeurd kan worden in het ter sprake brengen van bepaalde thema's en patiëntenkenmerken.

Tabel 7.1.: percentage van diverse leeftijds- en geslachtscategorieën waarbij specifieke onderwerpen ter sprake worden gebracht

	0-19	20-39	40-59	60+	M	V
voeding (N=219)	5%	7%	10%	12%	7%	9%
alcohol (N=49)	1%	1%	3%	3%	4%	1%
roken (N=103)	5%	3%	5%	4%	6%	3%
sport en beweging (N=194)	13%	8%	5%	8%	8%	7%
rustig aan doen (N=243)	5%	9%	11%	9%	12%	8%

Naarmate men ouder wordt is voeding vaker onderwerp van gesprek. Sport- en beweging komt bij de jongste leeftijdscategorie vaker ter sprake dan bij de overigen. Het rustig aan doen wordt vaker besproken naarmate men ouder wordt, maar heeft zijn top bij 40-59 jaar.

In het algemeen komen bij mannen dergelijke onderwerpen meer ter sprake dan bij vrouwen; relatief gezien wordt er vier keer zo veel over roken, twee keer zo veel over alcohol en anderhalf keer zo vaak over het rustig aan doen gesproken met mannen dan met vrouwen.

Aangezien het ter sprake komen van deze onderwerpen per consult werd genoteerd, beperken we ons, wanneer we dit per klacht bekijken, weer tot de consulten waarin slechts één klacht gepresenteerd werd (vgl. tabel 5.9, 5.10). Sommige minder vaak voorkomende klachtenhoofdstukken worden weer achterwege gelaten.

Tabel 7.2.: relatie tussen voorlichting en klacht: percentage consulten met een bepaalde klacht waarin een onderwerp te sprake komt

klachten hoofdstuk	voeding	alcohol	roken	sport/beweging	rust
algemeen (N=199)	6	2	6	5	11
spijsver- tering (N=86)	31	-	4	1	10
oog (N=32)	-	-	-	-	-
oor (N=75)	-	-	-	1	-
bloedsomloop (N=86)	12	2	7	4	14
botten/ spieren (N=251)	2	1	2	18	16
neurologie (N=53)	4	2	2	9	21
psyche (N=59)	3	10	9	2	9
ademhaling (N=151)	1	-	11	3	10
huid (N=108)	2	-	-	3	2
vrouwelijk genitaal (N=128)	4	-	1	2	2
sociaal (N=39)	6	-	3	3	11

Tabel 7.2 wekt het vermoeden dat GVO-achtige zaken meestal naar aanleiding van specifieke klachten aan de orde worden gesteld. Roken komt vooral aan de orde wanneer er sprake is van ademhalingsklachten, klachten betreffende de bloedsomloop en psychische klachten. Naar alcoholgebruik wordt vooral geïnformeerd wanneer er sprake is van psychische klachten (N.B. Alcoholisme is een klacht uit het RFE-hoofdstuk psyche). Kwaliteit en kwantiteit van de voeding zien we ter sprake komen naar aanleiding van spijsvertering en bloedsom-

loop en sport en beweging naar aanleiding van klachten betreffende de ledematen en neurologie (dit laatste verband is minder voor de hand liggend). Het meest over veel verschillende klachten gespreid is het thema 'rust'. Op basis van deze gegevens achten we het niet waarschijnlijk dat gezonde leefgewoontes erg frequent 'zonder meer' ter sprake komen.

De tijd die het ter sprake brengen van deze aspecten kost, staat weergegeven in tabel 7.3. Als referentiepunt staat ook de gemiddelde duur van consulten vermeld, waarin GVO niet aangetroffen wordt.

Tabel 7.3.: gemiddelde duur van consulten waarin de onderscheiden onderwerpen ter sprake komen

	N	$\bar{x}$	s.d.	mediaar
voeding ter sprake	220	9'06"	4'38"	8'32"
alcohol ter sprake	49	11'26"	6'05"	11'00"
roken ter sprake	103	8'56"	4'36"	8'02"
sport- en beweging ter sprake	195	9'23"	4'59"	8'18"
rust ter sprake	243	8'27"	4'14"	7'57"
geen van genoemde onderwerpen ter sprake	1920	7'29"	4'50"	6'30"

Het aansnijden van dergelijke onderwerpen vergt enige extra tijd; dit geldt niet zo sterk voor een onderwerp als 'het rustiger aan doen', dat bij een relatief breed scala van klachten aan de orde komt, zoals we in tabel 7.2 zagen, maar veel meer voor voorlichting die nogal met specifieke klachten verbonden is, zoals voorlichting betreffende alcohol, voeding en sport- en beweging. Dit roept de vraag op of het niet zozeer het geven van voorlichting op zich is, dat tijd vergt, maar meer het type klacht dat dergelijke voorlichting met zich meebrengt als alcoholisme, maag/darmklachten of sportblessures.

Tenslotte is het in het kader van de recente nadruk die op GVO en gezond leven is komen te liggen, interessant om na te gaan in hoeverre de bestudeerde activiteiten de laatste 5 jaar meer voorkomen dan de daaraan voorafgaande 5 jaar. In tabel 7.4 vergelijken we de consulten uit 1975-1980 met die uit 1982-1984.

Tabel 7.4.: percentage consulten met GVO in twee periodes

	1975-1980 (N=923)	1982-1984 (N=1699)
voeding	9%	8%
alcohol	2%	2%
roken	4%	4%
sport en beweging	6%	8%
rust	9%	9%

Het verschil is minimaal; in feite is het zo klein dat we kunnen stellen dat in dit opzicht geen verandering in de tijd heeft plaatsgevonden, de afgelopen 10 jaar. Dit is in zoverre opvallend dat wanneer we letten op klachtgebonden informatie over diagnose, prognose etc. en informatie over behandeling er wel degelijk sprake lijkt te zijn van een toename (vgl. Van Busschbach en Verhaak, 1987).

## 7.2. Discussie

Veel ziekten zijn multicausaal bepaald en kunnen slechts bestreden worden wanneer mensen hun levensstijl daarbij aan willen passen. In dit opzicht worden gezondere voeding, meer beweging, minder stress, niet roken en een vermindering van de alcoholconsumptie genoemd (vgl. WVC, 1983). Later, in de nota 2000 (WVC, 1986) wordt de belangrijke rol van preventie op deze gebieden nog eens benadrukt. In de discussie hierover kiezen huisartsen nogal eens een klachtgebonden benadering en zien zich niet als GVO-instantie (KNMG, 1979). Artsen rapporteren over hun routine met betrekking tot het informeren naar rook- en drinkgewoontes als volgt: 32% respectievelijk 15% doet dat meestal of altijd, ongeacht de klacht; wanneer klachten hiertoe aanleiding geven zeggen ze echter allemaal dit meestal of altijd te doen (Verhaak en De Vries, 1987). De eerste cijfers lijken nog aan de optimistische kant, wanneer we zien dat maar in 2% van de consulten alcohol, in 4% roken ter sprake komt, waarvan het grootste deel klaarblijkelijk naar aanleiding van klachten geschiedde. We kunnen deze vergelijking alleen maar met de nodige slagen om de arm maken, gezien het verschillend aggregatieniveau van de twee onderzoeken (wat zegt een arts te doen bij zijn patiënten versus wat zien we in één specifiek consult gebeuren), maar de vergelijking met de

beleidsdoelstellingen laat maar één conclusie toe: de huisarts licht patiënten in consulten zeker niet systematisch voor over riskante en gezonde leefgewoonten. Dit geldt voor roken en drinken, maar ook voor de andere onderzochte kenmerken.

## 8. DE DUUR VAN HET CONSULT

### 8.1. Inleiding

In de voorafgaande hoofdstukken is telkens in beschouwing genomen of de duur van het consult beïnvloed werd door patiënt- of klachtenkenmerken of door bepaalde verrichtingen die in het consult geschieden. We zullen thans nagaan hoe deze factoren in hun onderlinge samenhang de duur van het consult beïnvloeden. Tevens onderzoeken we of de duur van het consult afhangt van praktijkvorm en urbanisatiegraad van de plaats van vestiging. Ten slotte bezien we de duur van consulten in de loop van de tijd.

### 8.2. Een multivariate verklaring van de consultduur

Van belang bleken de volgende factoren: leeftijd en geslacht van de patiënt (consulten van ouderen en vrouwen duren langer), het aantal

Tabel 8.1.: regressie-analyse op tijdsduur

onafhankelijke variabele:	afhankelijke variabele: duur van het consult	
	$\beta$	F
aantal klachten	.24	144.9
psychosociale klachten aanwezig	.18	98.2
verwijzing	.15	68.1
laboratoriumverrichting	.09	25.2
voorlichting	.09	26.0
oogklachten aanwezig	-.07	13.9
oorklachten aanwezig	-.04	4.6
leeftijd woordvoerder	n.s.	
huidklachten aanwezig	n.s.	
bloeddrukmeting	n.s.	
oor uitspuiten	n.s.	
geslacht woordvoerder	n.s.	
$R^2$	.43	

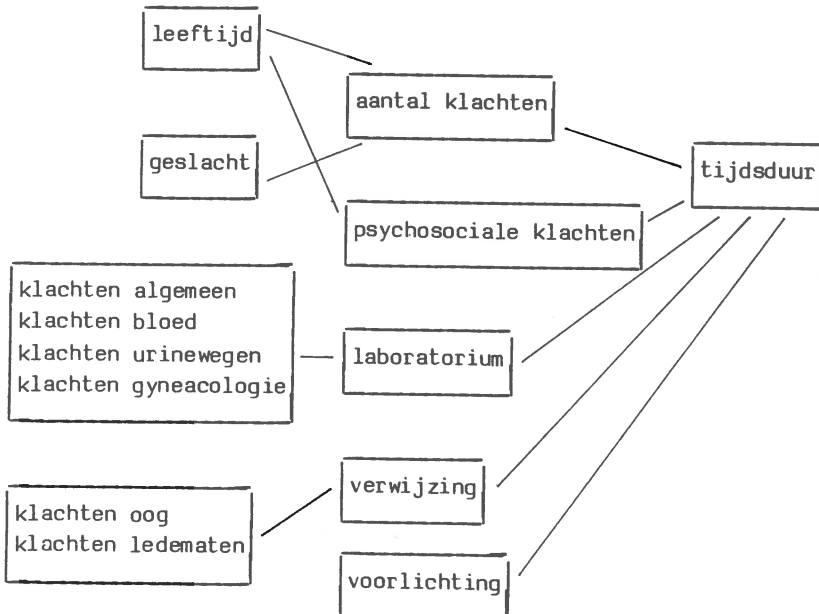


klachten in het consult, de aanwezigheid van psychosociale klachten (duren langer), van oog-, oor- en huidklachten (duren korter), het doen van laboratoriumonderzoek, meten van de bloeddruk en verwijzen en het geven van voorlichting (al deze verrichtingen verlengen de consultduur. De uitkomst die een regressie-analyse met deze variabelen opleverde staat in tabel 8.1. (de correlatie staat in bijlage II, B.2, weergegeven).

Wanneer we de analyse stapsgewijs volgen, dan blijkt invoering van het aantal klachten de invloed van geslacht, leeftijd en bloeddrukmeting fors te doen verminderen, terwijl ook de invloed van psychosociale klachten afneemt (de bivariate correlatie hiervan met consultduur was .26). Toch blijft het resterende effect van deze laatste factor de belangrijkste tweede invloed, die overigens onafhankelijk is van de overige variabelen. De overige toevoegingen veranderen eveneens weinig aan de relatieve invloed van de rest.

Bezien we de belangrijkste factoren die een onafhankelijke invloed op de duur van het consult uitoefenen, en kijken we welke consultkenmerken hier op hun beurt invloed op uitoefenen.

Schema 8.1.



Het aantal klachten hangt samen met het geslacht en de leeftijd van de patiënt; verder is de kans op bloeddrukmeting groter naarmate het klachtenaantal toeneemt (oudere patiënten!). Psychosociale klachten komen vaker voor bij oudere patiënten. Verwijzingen zien we vaak bij klachten van de ledematen en oogklachten. In dit kader moeten we overigens opmerken dat de resterende directe negatieve invloed van oogklachten slecht te rijmen valt met de langere duur die verwijsconsulten vergen. Blijkbaar zijn consulten waarin andere dan oogklachten verwezen worden bijzonder arbeidsintensief, òf oogklachten waarbij niet verwezen wordt duren bijzonder kort.

Laboratoriumonderzoek komt vaak voor bij bloedklachten, klachten met betrekking tot urinewegen, gynaecologie en algemene klachten.

In schema 8.1 zien we dan hoe de consultduur op de beschreven directe en indirecte manier beïnvloed wordt.

### 8.3. Consultduur onder verschillende omstandigheden

In tabel 8.2 staat de gemiddelde consultduur weergegeven van consulten die zich in verschillende type plaatsen en/of praktijken afspeelen, en van consulten die ouder dan 5 jaar zijn en van recenter datum.

Tabel 8.2.: consultduur (in minuten) onder diverse omstandigheden

	n	$\bar{x}$	s.d.	mediaan
platteland	409	7'39''	4'09''	7'09''
forensengemeente	1006	7'18''	4'25''	6'25''
(kleine) stad	188	7'42''	4'22''	6'47''
grote stad	1086	8'15''	5'23''	7'14''
solist	1123	7'17''	4'35''	6'16''
groepspraktijk	999	7'39''	4'42''	7'00''
gezondheidscentrum	567	8'56''	5'13''	7'56''
consult voor 1980	983	6'29''	4'12''	5'55''
consult na 1980	1706	8'30''	4'59''	7'31''

Consulten in grote steden blijken langer te duren dan die in anderssoortige gemeenten; in gezondheidscentra duren ze langer dan bij so-

listen en monodisciplinair werkenden en consulten lijken de laatste jaren langer te zijn gaan duren.

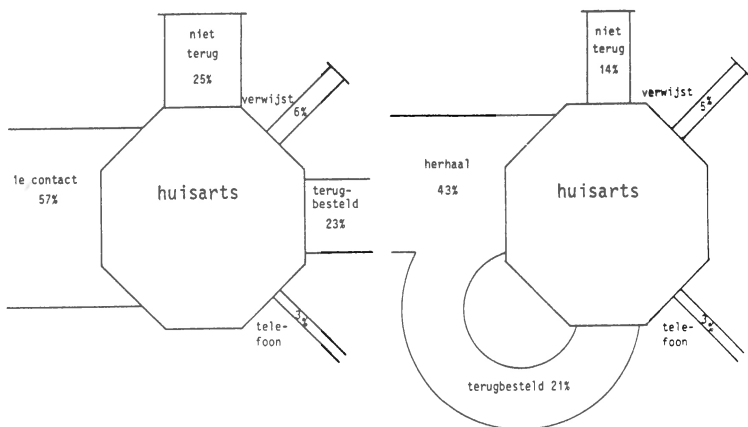
Aangezien we in hoofdstuk 2 opmerkten dat praktijktypen urbanisatiegraad en datum van video-opname niet at random verdeeld waren, is het mogelijk dat sommige van de hier geconstateerde verschillen op hetzelfde effect berusten: misschien wordt de langere duur van consulten in een gezondheidscentrum uitsluitend veroorzaakt door de meer recente datum van opname.

Daarnaast is het mogelijk dat sommige van de eerder genoemde effecten hun werking doen gelden: misschien presenteert men in gezondheidscentra meer klachten per consult of meer psychische problemen.

## 9. HET CONSULT: EINDE OF NIEUW BEGIN

Aan het eind van dit cijfermatig overzicht willen we enige aandacht besteden aan het longitudinale aspect van arts-patiënt contacten. Vaak is het consult niet meer dan één momentopname uit een reeks van elkaar beïnvloedende gebeurtenissen. Hierin vervult de arts een sturende rol: hij kan een patiënt verwijzen naar een andere hulpverlener, hij kan een patiënt zelf onder behandeling houden en hem op een afgesproken moment terug laten komen, en hij kan geen vervolgspraak maken: de reeks van contacten is voorlopig beëindigd.

Schema 9.1 geeft weer hoe we ons dit proces kunnen voorstellen:



Uit onze gegevens leiden we af dat 57% van de klachten voor het eerst gepresenteerd worden. 25% komt voor het eerst en wordt niet terugbesteld en 6% komt voor het eerst en wordt verwezen; hier verdwijnt de huisarts weer uit het vizier. De overige 26% bestaat uit 23% die wordt terugbesteld en 3% die later telefonisch contact moet opnemen.

43% van de klachten betreffen een herhaalconsult. Deze 43% bestaat uit 14% die niet terugbesteld wordt en 5% verwezenen. 3% moet telefonisch contact opnemen en de overige 21% wordt opnieuw terugbesteld. Gemiddeld zit dus 21% van alle patiënten in het kringetje van herhaalcontacten die weer terugbesteld worden.

Tabel 9.1 laat enige kenmerken zien van de patiënten die zich in de verschillende fasen van het proces bevinden:

Tabel 9.1.: leeftijd, geslacht van patiënten en duur van consulten in diverse fasen van het arts-patiënt contact

	gem. leeftijd	% mannen	gem. duur
A. 1e contact, niet terug	35.1	39%	7'54''
B. 1e contact, verwezen	38.7	40%	9'03''
C. 1e contact, terug	39.1	38%	9'17''
D. herhaal, niet terug	41.6	33%	8'09''
E. herhaal, verwezen	41.2	40%	8'19''
F. herhaal, terug	46.2	35%	8'09''

De 25% die in één keer 'afgehandeld' kan worden is relatief jong en vaak man; deze consulten duren relatief kort.

In de herhaalconsulten is men in het algemeen ouder en vaker vrouw. Met name de 20% chronische patiënten is ouder. Herhaalconsulten duren niet langer dan gemiddeld. De meeste tijd is de arts kwijt met nieuwe klachten die 'in de molen terecht komen'.

## 10. SAMENVATTING

In dit rapport zijn 2690 consulten van 59 huisartsen beschreven. Deze verzameling is, wanneer we haar vanuit het perspectief van het voorzieningen aanbod bezien, niet representatief voor het huisartsenaanbod rond 1980; de hier besproken vraag naar diensten van de huisarts komt beter overeen met de vraag waarvan in deze periode in het algemeen sprake was. Het is daarom beter mogelijk om algemene conclusies over klachten en patiënten te trekken dan over verrichtingen, waar de arts als persoon duidelijker zijn stempel op kan leggen en deze niet-representatieve steekproef een verdraaid beeld van de werkelijkheid kan geven. Overigens bleek in hoofdstuk 6 het verschil in verrichtingen tussen diverse soorten artsen mee te vallen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de gegevens die in de videotheek geregistreerd zijn. Zonder nadere analyse komen we tot de volgende impressie: een consult duurt gemiddeld bijna 8 minuten; 15% van de consulten zijn 'binnenloperij's' en duren korter dan 3 minuten, 5% duurt langer dan een kwartier. Relatief veel patiënten zijn 20 tot 40 jaar. Er zijn anderhalf keer zo veel vrouwen dan mannen. In 14% van alle consulten is er sprake van meer dan één patiënt, in ongeveer de helft van alle consulten wordt er meer dan één klacht gepresenteerd. Ongeveer de helft van alle klachten zijn nieuwe klachten. Relatief veel voorkomende klachtencategorieën zijn algemene klachten, klachten met betrekking tot ledematen, klachten met betrekking tot ademhaling en met betrekking tot gynaecologische problemen. Tiesamen vormen deze 52% van het klachtenaanbod. Het woord 'klacht' dekt de lading overigens niet volledig, want slechts 62% van alle redenen om contact te zoeken wordt gepresenteerd als klacht, symptoom of ziekte. De overige 38% slaat op het verzoek om medicatie, verwijskaarten, uitslagen of om te melden dat klachten over zijn.

Ongeveer de helft van alle klachten gaat vergezeld van nevenklachten uit andere lichaamsgebieden of fysiologische stelsels: klachten en subklachten op het gebied van spijsvertering, ademhaling, neurologie, psyche en sociale omgeving worden vaak binnen één klachtencomplex in verschillende combinaties gepresenteerd. Daartegenover staan klachten met betrekking tot ogen, oren, huid, ledematen en genitaal systeem, die meestal op zichzelf staan en weinig anderssoortige nevenklachten met zich meebrengen.

De arts verricht voor ongeveer 20% van alle klachten diagnostisch onderzoek en laat dit voor een andere 6% buitenshuis doen. Zijn behandeling betreft voor maar liefst 42% van alle klachten een medicijn. Instrumentele handelingen als EHBO, oor uitspuiten, injecties geven zien we slechts in 6% van de consulten; twee keer zo vaak geeft de arts adviezen, zoals diëet voorschriften, oefeningen e.d. Tenslotte kan hij verwijzen; dit doet hij bij 15% van alle klachten, het meest naar de fysiotherapeut. Het consult eindigt in de helft van de gevallen met een - al dan niet expliciete - nieuwe afspraak.

In de hoofdstukken 4 tot en met 9 worden een aantal van deze hier genoemde aspecten nader uitgediept. De gemiddelde duur van het consult is vooral afhankelijk van het aantal en het soort klachten. Wat dit laatste betreft moet op de psychische en sociale klachten gewezen worden, die, vooral als ze als enige gepresenteerd worden, veel tijd kosten. Indirect heeft leeftijd een duidelijk consultverlengend effect, omdat oudere patiënten vaker meer klachten en vaker psychosociale klachten hebben.

Hoewel veel patiënten tussen de 20 en 40 jaar zijn, loopt dit relatieve overwicht vooral bij mannen terug wanneer we per klacht naar leeftijd en geslacht kijken. Nemen we hierbij ook de inhoud van de klacht in beschouwing dan zien we kinderen vaak met oor, oog- en huidklachten en met luchtwegaandoeningen. Naarmate de patiënt ouder wordt nemen eerst gynaecologische en sociale klachten en klachten met betrekking tot bloed toe, later stoornissen van bloedsomloop en endocryn systeem, en psychische en urinewegklachten.

Met de leeftijd neemt ook het percentage aandoeningen dat men presenteert af en het percentage verzoeken om medicatie, verwijzing etc. toe. Naarmate men ouder wordt eindigt het consult ook vaker met het terugbestellen van de patiënt.

Een nadere analyse van het klachtenaanbod (hoofdstuk 5) leert dat het relatieve voorkomen van bepaalde klachtencategorieën nogal afhankelijk is van de wijze waarop men een klacht definiëert. Wanneer het brede begrip 'reden om contact op te nemen' wordt verengd tot 'symptoom, klacht, diagnose', neemt het aandeel van 'bloedsomloop' en 'gynaecologie' af en van 'ledematen' en 'ademhaling' toe.

Het soort klacht is ook van invloed op de werkbelasting, zowel direct als indirect. Sommige klachten (neurologie, psyche, sociaal) kosten relatief veel tijd, andere (oog, oor, huid, ademhaling) weinig. Hierbij is overigens mede sprake van een contaminatie met de

eerder besproken verbanden tussen leeftijd enerzijds en klacht en duur anderzijds.

Indirect betekenen klachten met betrekking tot bijvoorbeeld bloedsomloop en psyche een extra belasting omdat men met die klachten vaak terugbesteld wordt. Bloedsomloop klachten zijn typisch chronisch. 78% van deze klachten zijn herhaalklachten, in 71% van de gevallen vertrekt de patiënt weer met een nieuwe afspraak.

Oog- en huidklachten vormen de tegenpool: slechts 17% respectievelijk 30% zijn herhaalklachten en in beide gevallen wordt 34% terugbesteld.

In een ander opzicht zijn gynaecologische klachten belastend: ze kunnen aanleiding zijn voor zwangerschapsonderzoek of het maken van een uitstrijkje: beide tijdrovende bezigheden. Patiënten met klachten betreffende ogen en ledematen lopen een grotere kans op een verwijzing: als een verwijskaart moet worden uitgeschreven komt dat ook op  $\pm 1 \frac{1}{2}$  minuut extra te staan.

Voor het overige is er over verrichtingen door de huisarts niet zo veel te vermelden. Ze kosten niet veel extra tijd en zijn uit de aard der zaak vrij goed voorspelbaar (veel bloeddrukmetingen bij oudere mensen en bij klachten betreffende bloedsomloop). Dit laatste is hooguit in negatieve zin opmerkelijk: het begrip anticiperende geneeskunde (v.d. Dool, 1970) heeft nog niet echt ingang gevonden in de nederlandse huisartsenpraktijk. Bloeddrukmeting, urine-onderzoek, of een uitstrijkje zonder dat de klachten of het verzoek van de patiënt hier aanleiding toe gaven, treffen we niet veel aan.

Eenzelfde conclusie trokken we naar aanleiding van de gegeven voorlichting. Ook deze lijkt veelal geïnspireerd door het - toevallige - klachtenaanbod en niet door de behoefte aan systematische voorlichting aan de gehele populatie die tot een risicogroep behoort.

Kortom, de nederlandse arts zoals wij hem in de videotheek aantreffen is een curator. De patiënt vraagt en de arts willigt zijn verzoeken in. Op zo'n moment kan een langdurige surveillance op gang gezet worden. In het laatste hoofdstuk zagen we dat 20% van de patiënten chronisch is, in die zin dat ze voor het consult terugbesteld worden en dat in het consult een nieuwe afspraak gemaakt wordt. In die zin is de huisarts een drug (als we ons een dergelijk pars pro toto mogen permitteren): de patiënt begint er uit vrije wil aan, maar het is lastig om er vanaf te komen.



## LITERATUUR

- BERGSMA, J., "'t Spreekuur". Naar de huisarts en terug. Tilburg, Vakgroep Klin. Psych. en Psychotherapie. z.j.
- BOOTS, J.M.J., Het werk van de huisarts. z.p. z.n. 1983, proefschrift Maastricht
- BUSSCHBACH, J.T. VAN, Patiëntenvoorlichting gemeten. Utrecht, NIVEL. 1986
- BUSSCHBACH, J.T. VAN, P.F.M. Verhaak. Patiëntenvoorlichting bekeken: een obseratie-onderzoek naar de patiëntenvoorlichting in het arts-patiënt gesprek. Gezondheid & Samenleving; 7, 1987, no. 1, p. 11-22
- CBS, Statistisch Zakboek 1982, s'-Gravenhage, staatsuitgeverij, 1982
- CBS, Huisartscontacten in 1 jaar, naar leeftijdscategorie, geslacht en verzekeringsvorm; G.E. 1981 en 1982, Maandberichten Gezondheid, (1984), 10, p. 8
- DOOL, C.W.A. VAN DEN, Opsporing van chronische ziekten in de huisartspraktijk; mogelijkheden tot secundaire preventie. Huisarts en Wetenschap 13 (1970), p. 3-9
- HINGSTMAN, L., H. BOON, Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1986, Utrecht, NIVEL, 1986
- KNMG, Rapport van de studiegcommissie gezondheidsbevordering. Medisch Contact 34, 1979, 6, p188-194
- LAMBERTS, H., Redenen om naar de huisarts, te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for Encounter classificaties. Huisarts en Wetenschap 25 (1982), 8, p. 301-310
- LAMBERTS, H., S. MEADS, M. WOOD, waarom gaat iemand naar de huisarts? Huisarts en wetenschap 27 (1984), 7, p 234-244
- LAMBERTS, H., Morbidity in general practice. Utrecht, Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers B.V., 1984
- NAPCRG-1, A process code for Primary Care. International Field Trial Version. Richmond, Virginia, North American Primary Care Research Group, 1981
- NELSON, E.C., A.R. JACOBS, P.E. BREER. A study of the validity of the task method of job analysis. Medical Care, 13, (1975), 2, p. 104-113
- VERHAAK, P.F.M., Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek, 1<sup>e</sup> interimrapport, Utrecht, NIVEL, 1983
- VERHAAK, P.F.M., Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek, 2<sup>e</sup> interimrapport, Utrecht, NIVEL, 1984

- VERHAAK, P.F.M., Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1986, proefschrift Rotterdam
- VERHAAK, P.F.M., P.J. DE VRIES. Meningen over preventie. Utrecht: NIVEL, 1987
- VOORN, Th. B., Chronische ziekten in de huisartspraktijk, Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1983
- WVC. Volksgezondheid bij beperkte middelen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- WVC. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- ZUTPHEN, W.M. VAN. De taken van de huisarts. z.p., z.n., 1984, proefschrift Maastricht

- BENSING, J.M. The use of the RFE classification system in observation studies. Conference Proceedings Tenth WONCA - World Conference on family medicine, 20th-24th may, 1983
- BENSING, J.M., R. KLUVER, H. SCHUT, P.F.M. VERHAAK. Konsultatieproject Eindhoven: eindevaluatie. Utrecht, NHI, 1980
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK. Konsultatieproject Eindhoven: gespreksgedrag. Utrecht, NHI, 1980
- BENSING, J.M., P.F.M. VERHAAK. Ruimte voor de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden; 37, 1982, no. 1, p. 19-33
- BENSING, J.M., E.M. SLUIJS. Evaluation of an interview training course for General Practitioners. Social Science & Medicine; 20, 1985, no. 7, p. 737-744
- BUSSCHBACH, J.T. VAN, Patiëntenvoorlichting gemeten. Utrecht, NIVEL, 1986
- BUSSCHBACH, J.T. VAN, P.F.M. VERHAAK. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid; 41, 1986, no. 5, p. 475-492
- BUSSCHBACH, J.T. VAN, P.F.M. VERHAAK. Patiëntenvoorlichting bekeken: een observatie-onderzoek naar de patiëntenvoorlichting in het arts-patiëntgesprek. Gezondheid & Samenleving; 7, 1987, no. 1, p. 11-22
- BUYS, R., E.M. SLUIJS, P.F.M. VERHAAK. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. Social Science & Medicine; 19, 1984, no. 7, p. 683-690
- IMANTS, J. Huisarts en hypertensie: een observatie-onderzoek. Utrecht, NHI, 1979
- SANAVRO, F. Huisartsconsulten in gezondheidscentra en solopraktijken. In: De eerstelijns onderzocht. W.G.W. Boerma en L. Hingstman (eds); Deventer, van Loghum Slaterus, 1985, p.84-90
- SLUIJS, E.M., F.E. DEN HOED. Het meten van methodisch werken. Utrecht, NHI, 1982
- SLUIJS, E.M. Is methodisch werken meetbaar?: methodisch werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag. Huisarts en Wetenschap; 26, 1983, no. 8, p. 290-292
- SLUIJS, E.M. Is methodisch werken meetbaar?: bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorïeën. Huisarts en Wetenschap; 26, 1983, no. 8, p. 293-296

- VERHAAK, P.F.M. Evaluatie SPEECH: een evaluatie van de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in Capelle aan de IJssel. Utrecht, NHI, 1979. Eindrapportage
- VERHAAK, P.F.M. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Utrecht, NHI, 1983 en 1984. Eerste en tweede interim-rapport
- VERHAAK, P.F.M. Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts wat de ander niet ziet? Gezondheid & Samenleving; 5, 1984, no. 4, p. 242-251
- VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1986. Proefschrift Rotterdam
- VERHAAK, P.F.M. Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study. Social Science & Medicine; 23, 1986, no. 6, p. 595-604
- VERHAAK, P.F.M. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten of patiënten, uitgedrukt in tijd. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 17, p. 558-562

## **BIJLAGEN**

Bijlage 1: observatieformulier

Bijlage 2: tabellen

# Bijlage 1: observatieformulier

Datum:  
Observator:

PSH 176  
21-11-83

band-nr.	band-nr.

ALGEMEEN DEEL

arts :  
consultnr:  
ronde :  
bandnr(s):

teller begin  
teller eind  
totaal tijd

leeftijd      man      vrouw

P1			
P2			
P3			
P4			

TERUGBESLIED

patiënt moet tel. contact opnemen

ja -  gespecificeerd  
 als klacht niet over is  
 uitslag  
 ongespecificeerd

nee -  tenzij klacht niet over is  
 niet ter sprake

medicijn voorgeschreven:

ja -  nieuw recept      nee -   
 herhaal recept

Advies arts om..... te raadplegen  
wordt er verwezen:      nee -

ja -  1e verwijzing, code .....  
 herhaal ,, , code .....

komen de volgende onderwerpen ter sprake:  neen

<input type="checkbox"/> voeding	<input type="checkbox"/> roken	<input type="checkbox"/> sport en beweging
<input type="checkbox"/> alcohol	<input type="checkbox"/> veiligheid	<input type="checkbox"/> 'het rustig aan doen'

Patiënt onder behandeling voor, code:.....

CLUSTER I

	RFE	contact 1e. herhaal	opleving oude klacht	initiatief arts pat.	pri- mair	secun- dair										
klacht a	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
klacht b	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
klacht c	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	
klacht d	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

wordt medicijn voorgeschreven: psychofarmaca

ja -      nieuw recept  → → →       nee -   
          herhaal recept

wordt verwezen:

ja -  1e verwijzing } → naar:      (code invullen)      nee -   
          herhaalverwijzing }

	ja: code invullen	nee
is er sprake van diagnostisch hulp- onderzoek buiten de praktijk	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>
is er sprake van diagnostisch hulp- onderzoek binnen de praktijk	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>
is er sprake van instrumentele behan- deling	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>
is er sprake van patiëntenvoorlichting als zelfstandige activiteit	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/>

worden huismiddeltjes aangeraden

nee     ja,

wordt verwezen naar zelfhulpgroepen

nee     ja,

Bijlage 2: tabellen

B.1.: het samengaan van hoofdklachten (verticaal) en subklachten uit 16 klachtencategorieën (bijlage bij 5.1)

	aantal	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	X	Y	Z	TOTAAL	TOTAAL (excl. eigen categorie)
algemeen	764	358	7	45	13	18	34	42	41	43	133	10	9	10	8	1	18	432	790
bloed	43	6	10	1	-	-	4	2	1	4	-	-	1	-	-	-	5	24	34
spijsvertering	275	44	-	169	-	1	5	3	9	21	5	4	14	11	8	-	12	137	306
oog	150	6	-	3	66	2	-	2	6	1	2	1	-	-	-	-	3	26	92
oor	197	24	-	2	1	81	2	-	5	1	15	3	2	-	-	-	2	57	138
bloedsomloop	359	42	1	7	1	-	126	4	21	28	10	2	18	4	4	-	17	159	285
ledematen	745	57	2	6	-	4	10	373	14	18	9	5	7	6	2	1	29	170	543
neurologie	173	42	1	14	10	7	12	17	57	28	12	1	3	-	1	-	17	165	222
psyche	287	40	1	20	2	-	10	15	19	185	14	1	2	-	7	-	47	178	363
ademhaling	482	93	1	18	3	5	6	10	25	6	280	-	3	2	-	1	7	180	460
huid	417	19	-	6	3	2	1	2	-	6	2	175	1	4	1	1	2	50	225
endocryn	86	3	1	2	-	-	6	2	3	3	1	-	52	1	2	-	2	26	78
urinewegen	75	9	1	4	1	1	2	2	-	1	-	-	-	35	5	-	-	26	61
vr. genitaal	479	25	3	16	2	-	11	14	3	11	-	6	5	11	201	1	4	112	313
mnl. genitaal	30	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	10	1	4	14	14
sociaal	207	12	1	9	3	-	5	17	8	37	7	-	1	3	-	-	87	103	90
TOTAAL		780	29	322	105	121	234	505	212	394	490	208	118	88	240	15	253		
TOTAAL (exclusief eigen categorie)		422	19	153	39	40	108	132	155	209	210	33	66	53	39	5	166		

B.2.: correlatiematrix van variabelen die in de regressie-analyse op tijdsduur (hoofdstuk 8) zijn gebruikt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. duur	.05											
2. geslacht woordvoerder	.11	X										
3. leeftijd woordvoerder	.32	.14	X									
4. aantal klachten	-.00	-.01	.01	X								
5. oogklachten	-.05	-.01	-.02	.06	X							
6. oorklachten	.01	.02	-.18	.23	-.00	X						
7. huidklachten	.26	.05	.11	.27	-.00	-.06	X					
8. psycho-sociale klachten	.11	.09	.01	.06	-.03	-.03	-.02	X				
9. laboratoriumonderzoek	.10	-.10	.25	.18	-.02	-.06	-.07	.03	X			
10. bloeddrukmeting	-.04	-.03	-.00	.00	.01	.43	-.03	-.04	-.03	X		
11. oor uitspuiten	.16	-.01	.03	.11	.16	-.01	-.02	.01	-.03	-.06	X	
12. verwijzing	.13	-.07	.05	.10	-.03	-.09	-.05	.05	.00	.08	-.06	X
13. G.V.O.												-.03