

## 6.7. Sancties

Aan het niet naleven van vigerende kwaliteitsbepalingen zouden gerichte consequenties moeten worden verbonden bijv. in de vorm van voorschriften te verbinden aan een erkenning en door toepassing van sancties in de overeenkomsten- .q. tariefsfeer.

Door de ontwikkeling in het veld van de gezondheidszorg van een functioneel stappenplan voor een doelmatig en doeltreffend kwaliteitsbeheer kan worden voorkomen dat de overheid genoodzaakt wordt zelf de kwaliteitsbewaking en -bevordering te organiseren. Dit voorkomt tevens dat vanuit het Staatstoezicht instructies worden geformuleerd, die snel het karakter van pseudo-wetgeving krijgen.

## NOTEN

1. Tweede Kamer, zitting 1965-1966, 8457, nr. 3, p. 20-21.
2. Handelingen Tweede Kamer, zitting 1967-1968, p. 279.
3. Tweede Kamer, zitting 1976-1977, 14181, nr. 4, p. 54, zitting 1979-1980, 14181, nr. 9, p. 46 en zitting 1980-1981, 14181, nr. 17, p. 19.
4. Tweede Kamer, UCV-38, 26 januari 1981, p. 31.
5. Zie o.a. Tweede Kamer, zitting 1965-1966, nr. 5, p. 9-10; zitting 1967-1968, nr. 21, p. 2; Handelingen Tweede Kamer, 24 oktober 1967, p. 261.
6. Tweede Kamer, zitting 1982-1983, 16817, nr. 25a, p. 1-2; Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 16817, nr. 8, p. 9-10.
7. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, nrs. 1-2.
8. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16224, nr. 2, p. 13.
9. Dit besluit is op 17 mei 1978 aangepast met het oog op een feitelijke correctie.

## SUMMARY

Quality control in health care has various dimensions and can take various forms. Governmental responsibility in this respect takes four forms: legislation, indirect ruling, influencing and repressive control. For health care institutions indirect ruling through norms of accreditation is extremely important. A description is given of the system within which these norms function. The norms of accreditation are in force since 1977. An enquiry into the follow-up given to some of these norms by general hospitals shows that they are not (fully) lived up to. Some recommendations are formulated for quality control by health care institutions.

## LITERATUUR

- Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht**, Onderzoek naar invulling van erkenningseisen Ziekenfondswet/Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (H. D. C. Roscam Abbin eindred.). Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1985
- Leenen, H. J. J.**, Gezondheidszorg en recht. Samsom, Alphen a/d Rijn 1981, pp. 233-245
- Roscam Abbing, H. D. C.**, Rechten van de patiënt en wettelijke ziektekostenverzekeringen. T. Gezondheidsr. 4 (1984) 161-173
- Roscam Abbing, H. D. C.**, Ziekenhuisveiligheid gevat in juridische kaders, Studiedag verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid in relatie tot ziekenhuisveiligheid. Mei 1985, Stichting Meduatie/NZI, Utrecht 1985a, nr. 437, pp. 5-21
- Roscam Abbing, H. D. C.**, Grondrechten in de gezondheidszorg en wetgeving (sbeleid). T. Gezondheidsr. 6 (1985b). 313-327
- Rosendaal, A. T. T.**, Erkenning van ziekenhuizen. T. Gezondheidsr. 3 (1981) 89-104
- Ziekenfondsraad**, Advies inzake eisen voor erkenning van ziekenhuizen. Amstelveen 1984, nr. 254

## CORRESPONDENTIEADRES

Mw. prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing, Capaciteitsgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg, postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-888772

T. Soc. Gezondheidsz. 64 (1986) 558-562

# BEWERKELIJKHEID VAN HUISARTS-CONSULTEN MET VERSCHILLENDE KLACHTEN OF PATIËNTEN, UITGEDRUKT IN TIJD

P. F. M. Verhaak

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

*In dit artikel wordt een onderzoek weergegeven, waarin onderzocht is waarom het ene huisartsenconsult langer duurt dan het andere. Er is nagegaan in hoeverre dit aan het type klachten dat gepresenteerd wordt ligt, in hoeverre het met leeftijd en geslacht van de patiënt te maken heeft, en of het voorkomen van bepaalde verrichtingen een beslissende invloed op de duur van het consult uitoefenen. Dit is geschiedt op basis van op videoband opgenomen consulten (N=2517), waarvan de betreffende gegevens in de loop van de tijd systematisch vastgelegd zijn.*

*Consulten van vrouwen en van oudere patiënten blijken langer te duren dan die van mannen en jongeren; dit wordt grotendeels veroorzaakt door het feit dat eerstgenoemden vaker meerdere klachten tijdens één consult presenteren. Ook psychische en sociale klachten vergen meer tijd van de arts. Ten slotte blijken consulten waarin de patiënt voorgelicht wordt over de achtergrond van zijn klachten, of over de therapie langer te duren. Consulten waarin diagnostische of therapeutische verrichtingen geschieden, duren niet langer dan gemiddeld. Er was geen sprake van een interactie tussen de verschillende gevonden verklaringen. In de conclusie wordt nader ingegaan op de steeds terugkerende verschillen tussen artsen in dit opzicht.*

## INLEIDING

De tijd die een huisarts aan patiëntenzorg besteedt en de inspanning die diverse aspecten van deze zorg kosten zijn een interessant doch weinig onderzocht fenomeen. Boots (1983), Hull (1984) en Van Zutphen (1984) hebben in globale categorieën beschreven waaraan een huisarts zijn tijd besteedt. Uit dergelijk onderzoek weten we hoeveel procent van de werktijd aan diagnostische activiteiten besteed wordt, hoeveel tijd in begeleiding gaat zitten, wat administratie aan tijd kost, en zo voorts.

In dergelijk onderzoek wordt met over-all cijfers gewerkt; men krijgt geen inzicht in de wijze waarop onder invloed van patiënt- en klachtkenmerken de workload van een huisarts kan variëren.

In onderzoek naar de communicatie tussen artsen en patiënten is wel incidenteel aandacht geschonken aan consultduur in relatie tot andere kenmerken van het consult (Bain 1976, 1979, Pendleton en Bochner 1980). Consulten met psychische klachten, vage klachten en chronische klachten duurden langer; artsen praten langer dan gemiddeld met patiënten met een hoge sociaal-economische status en met vrouwen (vooral omdat deze categorieën patiënten meer uitleg vroegen en kregen).

De vraag: 'welke factoren bepalen de lengte van een consult?', kan op basis van deze bevindingen slechts zeer ten dele beantwoord worden. In de eerste plaats weten we nauwelijks hoe het nu komt dat bijvoorbeeld consulten met vrouwelijke patiënten langer duren. Welke invloed heeft het klachtenaanbod hierop? Bestaat er een interactie tussen leeftijd en geslacht van de patiënt? In de tweede plaats vragen we ons af waarom bepaalde klachten tot langere consulten aanleiding geven. Brengen bepaalde klachten vaker tijdsintensieve verrichtingen met zich mee, die zo'n klacht tot een bewerklijker geheel maken? Een antwoord op dergelijke vragen is interessant om de volgende redenen. Wetenschappelijke nieuwsgierigheid is een eerste reden. We weten dat er grote verschillen tussen artsen zijn, maar kennen daar geen bevredigende verklaringen voor. Het is ook in maatschappelijk opzicht nuttig om een beter inzicht te hebben in factoren die de taak van een arts (uitgedrukt in tijdsdruk) verzwaren; wanneer men denkt aan een meer gedifferentieerde honorering is het nuttig om te weten onder welke omstandigheden de duur van consulten toeneemt. In het hier beschreven onderzoek gaan we na hoe patiëntkenmerken, klachtkenmerken en verrichtingen in een consult, in onderlinge samenhang de duur van consulten bepalen.

## 2. ONDERZOEKSMATERIAAL

We willen deze vraag onderzoeken aan de hand van 2517 op videoband opgenomen consulten, afkomstig van 55 huisartsen. Deze consulten zijn verzameld ten behoeve van een aantal onderzoeken die tussen 1975 en 1985 door ons zijn uitgevoerd. De video-opnamen van deze vier onderzoeken zijn bewaard, en van ieder consult is altijd een aantal kenmerken vastgesteld met betrekking tot patiënt (leeftijd, geslacht, aantal), klacht (aard, aantal, nieuw of herhaal), verrichtingen en consult (duur, arts, vindplaats). Dit maakt het mogelijk om snel consulten met bepaalde kenmerken te identificeren en voor verder onderzoek te bestuderen, of, wat hier het geval is, om het gehele bestand voor secundaire analyses te gebruiken.

Alle bestudeerde kenmerken in dit onderzoek zijn afkomstig van pure observatie (zonder dat kennis bestaat van hetgeen voorafging, over achtergronden van de patiënt en over andere zaken die voor de huisarts onuitgesproken wel duidelijk zijn). Alleen leeftijd van de patiënt werd door de huisartsen genoteerd. Classificatie van de klachten

geschiedt in termen van gepresenteerde symptomen (in het merendeel van de gevallen) of diagnoses, in die gevallen dat de patiënt met een diagnose bij de arts binnenkomt hetgeen in herhaalconsulten regelmatig het geval is. We gaan dus af op de klacht zoals de patiënt deze heeft verwoord. De aard van het materiaal legt zo enige beperkingen op. Men moet afgaan op wat te zien is; informatie achteraf is niet in te winnen.

De consulten vormen een random steekproef van de consulten van de betrokken huisartsen: per arts werden gedurende een aantal dagen alle consulten op videoband vastgelegd, tenzij de patiënt toestemming weigerde (dit was het geval in  $\pm 7\%$  van alle consulten). De onderzoeken ten behoeve waarvan de consulten werden opgenomen hadden betrekking op de algemene handelwijze van de huisarts, en waren niet op specifieke patiënt- of klachtengroepen gericht.

De praktijken waarin de consulten zijn opgenomen, zijn niet representatief voor Nederland, wanneer we letten op de praktijkvorm en de plaats van vestiging. Relatief tellen we veel gezondheidscentra en weinig solo-artsen en veel praktijken in forensengemeenten en grote steden. Cijfers uit dit onderzoek moeten we niet zonder meer generaliseren naar landelijk niveau.

Een aspect van het materiaal dat nadere aandacht verdient, is het tijdsverloop tussen de eerste opname (januari 1975) en de laatste (december 1983). In de loop van de tijd kunnen artsen zich anders zijn gaan gedragen; tevens is het zo dat in de loop van de tijd het aantal patiënten dat toestemming voor video-opname weigerde, toegenomen is. Dit als gevolg van een strictere procedure, waarbij schriftelijke toestemming vooraf door onderzoekers werd gevraagd in plaats van mondelinge toestemming aan het begin van het consult door de arts.

Ook het klachtenaanbod dat in de videotheek aan de orde komt, is vergeleken met bekende morbiditeitscijfers. Aangezien klachten gecodeerd zijn in de Reasons for Encounter classificatie is vergelijking mogelijk met de cijfers die Lamberts (1982) presenteert met betrekking tot  $\pm 7500$  klachten van tien artsen, gecodeerd in het RFE-systeem. Zowel bij Lamberts als in de videotheek zijn er 36 soorten klachten die in meer dan 0,6% van alle gevallen voorkomen. Vergelijken we beide lijsten dan wordt 71% van Lamberts' categorieën ook bij ons aangetroffen. Van Lamberts' top-15 ontbreekt slechts één categorie in onze lijst van 36 meest voorkomende klachten. Hoewel de cijfers van Lamberts niet landelijk representatief genoemd kunnen worden, geeft deze overeenkomst wel aan dat sociaal-wetenschappelijk geschoolde observatoren de klachten van de patiënt in dezelfde termen benoemen als huisartsen. Voorts wekt het de indruk dat in de videotheek de in Nederland veel voorkomende klachten vertegenwoordigd zijn.

Kortom, we beschikken over 2517 consulten van 55 huisartsen, die niet representatief zijn voor Nederland. In deze consulten komen klachten naar voren die men in een doorsnee huisartspraktijk kan verwachten.

Aan het bezwaar van de onevenredige vertegenwoordiging van praktijksoorten en vestigingsplaatsen, alsmede van het verschillende tijdstip van opname zullen we tegemoet komen, door telkens na te gaan in hoeverre deze variabelen invloed uitoefenen op de door ons bestudeerde samenhang tussen consultduur enerzijds en patiënt- en klachtkenmerken, en verrichtingen anderzijds.

De volgende variabelen gebruiken we in onze analyse (schema 1).

De achtergrondvariabelen gebruiken we ter controle (we gaan na of effecten van de verklarende variabelen toegeschreven moeten worden aan het feit dat één (of meer) van de achtergrondkenmerken zowel geassocieerd is met de verklarende variabele als met de duur van het consult (te

Schema 1. Gebruikte variabelen

achtergrondvariabelen	verklarende variabelen	te verklaren variabele
praktijkkenmerken	patiëntkenmerken	duur van het consult
samenwerkingsvorm	leeftijd	
urbanisatiegraad	geslacht	
anciënniteit van het consult	klachtkenmerken	
	soort klacht	
	aantal klachten/consult	
	verrichtingen binnen consult	
	diagnostiek	
	instrumentele behandeling	
	voorlichtingsactiviteiten	

verklaren variabele).

Van de verklarende variabelen onderzoeken we eerst of deze op zich de consultduur beïnvloeden, vervolgens gaan we na in hoeverre er sprake is van een wisselwerking tussen de verklarende variabelen onderling.

### 3. RESULTATEN

Bezien we eerst de afhankelijke variabele. De gemiddelde consultduur bedraagt 7'43". In het genoemde onderzoek van Van Zutphen was dit 7'. Zoals uit tabel 1 blijkt is er sprake van een scheve verdeling van de variabele 'duur van het consult'. De mediaan is dan ook wat lager: 6'50".

Tabel 1. Duur van de consulten

	N	%
0 - 3 minuten	400	16%
4 - 6 minuten	776	31%
7 - 9 minuten	630	25%
10 - 12 minuten	383	15%
13 - 15 minuten	167	7%
16 - 30 minuten	153	6%
31+ minuten	7	0%

De 55 artsen verschillen in dit opzicht: de mediaan van de laagst scorende arts bedraagt 3'23", die van de hoogst scorende 11'04". Het verschil tussen de artsen, getoetst met een  $X^2$ -toets, waarbij de tijdsduur in 4 kwartielen is verdeeld, is significant ( $X^2=455$ ,  $df=162$ ,  $p < .001$ ). Voorts is er sprake van een toegenomen duur van consulten, naarmate ze van recentere datum zijn. Zoals gezegd zijn de opnamen afkomstig van vier verschillende onderzoeken. Bij de eerste drie onderzoeken ( $N=876$ ) waarvan de opnamen plaatsvonden tussen januari 1975 en december 1978, ligt de mediaan op 6'; in het laatste onderzoek ( $N=1641$ ) waarvan de opnamen dateren van september 1982 tot december 1983, op 7'29". Het verschil tussen beide perioden is significant ( $X^2=120$ ,  $df=3$ ,  $p < .001$ ).

Binnen de beide perioden zijn de verschillen tussen de artsen overigens ook significant.

Ook met betrekking tot de andere achtergrondvariabelen zijn er verschillen. In de grote stad ligt de mediaan van de consulten ongeveer een minuut hoger dan in forensenge-meenten en een halve minuut hoger dan op het platteland of in de kleinste steden. Deze verschillen blijven bestaan wanneer we ons beperken tot artsen waarvan de consulten in één periode zijn opgenomen.

De mediaan van consulten in gezondheidscentra ligt ruim een minuut hoger dan die van solisten en monodisciplinair samenwerkenden. Deze verschillen worden echter wel deels veroorzaakt door de anciënniteit: in de eerste periode zitten relatief veel monodisciplinair samenwerkenden, in de tweede veel gezondheidscentra.

De geconstateerde verschillen tussen artsen blijven

bestaan wanneer we ons beperken tot één urbanisatiegraad of één type praktijk. Gezien deze invloed van achtergrondvariabelen op consultduur zullen we bij de volgende bevindingen nagaan of deze invloed een rol speelde.

Gaan we nu over tot de centrale vraag van ons onderzoek: heeft de variatie in de duur van het consult te maken met de door ons onderscheiden verklarende variabelen? Letten we eerst op leeftijd en geslacht.

Tabel 2. Relatie tussen leeftijd en geslacht van de patiënt en consultduur (in minuten/sec.)

Leeftijd	man (36.8%)		vrouw (63.2%)	
	mediaan	(N)	mediaan	(N)
0 - 19 (13%)	5'08"	(N= 70)	5'44"	(N=128)
20 - 39 (45%)	6'	(N=365)	6'45"	(N=774)
40 - 65 (36%)	7'07"	(N=375)	7'48"	(N=540)
65+ (10%)	7'28"	(N=113)	7'21"	(N=142)

De duur van consulten neemt toe naarmate de patiënt ouder wordt; consulten van vrouwen duren langer dan die van mannen. We vinden deze samenhang zowel in de oude als in de nieuwe consulten. Ook binnen iedere praktijkvorm en binnen gebieden van één urbanisatiegraad vinden we steeds dat oudere patiënten en vrouwen langere consulten hebben. De verschillen in consultduur tussen de 55 artsen die we constateerden zouden ontstaan kunnen zijn door een ander patiëntenaanbod. Dit blijkt niet zo: herhaling van de eerder genoemde toets voor uitsluitend mannen, vrouwen, jonge en oude patiënten leverden opnieuw significante verschillen tussen artsen op.

Tabel 3. Relatie tussen het voorkomen van verrichtingen en duur van het consult (in minuten/sec.)

verrichting	% van de consulten waarin de verrichting voorkomt	mediaan van de consulten waarbij dit optreedt
diagnostiek binnen consult	66%	6'59"
instrumentale behandeling	6%	6'30"
voorlichting	8%	8'08"

Wanneer we op de diverse verrichtingen die in het consult plaats kun vinden, letten, dan zien we dat het verrichten van diagnostiek in het consult, zoals bloeddrukmeting, oogspiegelen en dergelijke de duur van het consult niet doet toenemen. In 66% van de consulten komt dit voor; deze consulten duren even lang als consulten waarin deze verrichtingen niet voorkomen.

Consulten waarin instrumentele behandeling als wondverzorging, oor uitspuiten en dergelijke voorkomt, duren iets korter. Een huisarts verricht deze handelingen niet (meer) zo vaak. Wel kosten consulten waarin de arts uitgebreid op voorlichtingsaspecten ingaat meer tijd: de mediaan van deze consulten ligt meer dan een minuut hoger dan van alle consulten. Het gebeurt echter in minder dan 10% van de consulten. Ten slotte letten we op de invloed van het type klacht dat gepresenteerd wordt en het aantal klachten dat in een consult optreedt. Het laatste beïnvloedt - vanzelfsprekend zouden we willen zeggen - de duur van het consult (zie tabel 4). De mediaan loopt op van vijf en een halve minuut in consulten met één klacht tot bijna elf minuten in consulten met vier klachten of meer.

Omdat alleen per consult en niet per klacht de tijd bekend is, beperken we onze analyse van het effect van het type klacht op de duur van het consult tot consulten met één klacht.

Consulten waarin psychische of sociale klachten aan de orde komen duren relatief lang. Oog-, oor-, ademhalings-

Tabel 4. Gemiddelde duur (in minuten/sec.) van consulten met 1, 2, 3 en meer klachten.

aantal klachten	N	mediaan
1	1234	5'30"
2	783	7'16"
3	357	8'56"
4 en meer	141	10'42"

Tabel 5. Duur, patiëntkenmerken en verrichtingen per klachtencategorie

Klachten-categorie	N	mediaan	leef-tijd	% vrouwen	% instru-menteel	% dia-gnostiek	% voor-lichting
algemeen	177	5'21"	38,4	62%	6%	58%	6%
spijsvertering	80	6'35"	37,5	61%	1%	48%	11%
oog	30	4'10"	32,7	40%	7%	73%	7%
oor	67	3'55"	33,0	55%	28%	93%	9%
bloedsomloop	80	5'23"	51,9	46%	3%	81%	9%
bewegingsapp.	240	5'32"	37,4	46%	6%	58%	3%
zenuwstelsel	52	7'04"	34,7	50%	2%	59%	6%
psychisch	54	9'47"	39,6	50%	--	18%	4%
ademhaling	144	4'49"	38,8	52%	2%	77%	4%
huid	105	4'00"	33,3	58%	17 %	59%	5%
urinewegen	25	6'00"	40,9	72%	--	24%	16 %
gynaecologie	121	6'23"	30,7	100%	6%	67%	19 %
sociaal	35	9'00"	41,5	57%	--	17%	--

en huidklachten duren relatief kort. De rangorde tussen de duur van de diverse klachtsoorten is bij oude en nieuwe consulten goeddeels gelijk. Het klachtenaanbod tussen de onderscheiden praktijkkenmerken blijkt niet zodanig te verschillen dat in feite urbanisatiegraad of praktijkvorm verantwoordelijk waren voor deze verschillen.

Kortom, zowel de achtergrondkenmerken als de verklarende patiënt- en klachtkenmerken, alsmede het geven van voorlichting beïnvloeden de duur van het consult. Verrichtingen op diagnostisch en therapeutisch terrein hebben een dergelijk effect niet. De achtergrondkenmerken en de verklarende variabelen zijn onafhankelijk van elkaar: patiënt- en klachtkenmerken hebben in stads- en plattelandspraktijken, in solopraktijken en gezondheidscentra steeds eenzelfde soort effect.

De laatste vraag is, in hoeverre er tussen de patiënt en klachtkenmerken onderling een relatie bestaat, die maakt dat bepaalde patiënten of klachten tot langere consulten aanleiding geven. Wanneer bij voorbeeld alle psychische klachten van vrouwen afkomstig zijn, en bovendien veel voorlichting met zich meebrengen, terwijl consulten van vrouwen bij andere klachten even lang duren als die van mannen, dan zouden we kunnen zeggen dat de langere duur van consulten van vrouwen door het soort klachten dat ze presenteren veroorzaakt wordt.

In tabel 5 staat daarom per klachtencategorie weergegeven wat de duur is, wat de gemiddelde leeftijd van de patiënten met die klacht is, het percentage vrouwen met die klacht, en het percentage consulten met die klacht waarin een bepaalde verrichting voorkomt. We beperken ons weer tot consulten met één klacht.

Kijken we eerst naar de combinatie van klacht- en patiëntkenmerken: We zien dat klachten die het meeste tijd vergen niet door de oudste categorie patiënten gepresenteerd worden, terwijl het aandeel van vrouwen hier gemiddeld is. Wel krijgt men de indruk dat de klachten die in het algemeen kort duren, meer door jongere patiënten worden gepresenteerd. Nemen we over de hele linie de samenhang van de per klachtengroep geaggregeerde duur, leeftijd en het percentage vrouwen in beschouwing, dan is er geen sprake van enig significant verband.

Leeftijd en geslacht hangen daarentegen sterk samen met het aantal klachten dat in een consult gepresenteerd wordt. Bijna 60% van de jongeren komt met één klacht bij de

huisarts; dit is bij slechts 40% van de patiënten boven de 40 jaar het geval. 56% van de mannen presenteert één klacht, en 45% van de vrouwen. Wanneer we voor het aantal klachten controleren dan verdwijnen de verschillen in duur van de consulten van diverse leeftijds/geslachtscategorieën grotendeels.

Ten slotte hebben we gekeken of bepaalde klachten verrichtingen met zich meebrachten die de duur van het consult verlengen. We zien dat klachten waarbij veel diagnostiek wordt verricht, of waarbij veel instrumentele handelingen worden verricht, zich hooguit door een korte gemiddelde duur van het consult kenmerken. Het meer tijd vergende voorlichten vindt vooral plaats bij klachten betreffende urinewegen en bij gynaecologische klachten, die een gemiddelde hoeveelheid tijd kosten.

#### 4. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

We willen aan deze analyses de volgende samenvattende en concluderende opmerkingen verbinden.

De lengte van consulten lijkt de afgelopen tien jaar toegenomen te zijn. Consulten in grote stadspraktijken duren relatief gesproken langer dan op het platteland en in forensengemeenten. Omdat we maar 55 artsen in ons onderzoek konden betrekken, moeten resultaten in dit opzicht niet gegeneraliseerd worden. Het is echter van belang op te merken dat deze effecten niet de verklaring vormen van verschillen in consultduur die we bij patiënten van verschillende leeftijd en geslacht en bij verschillende klachten aantreffen. Bij constanthouding van de genoemde achtergrondvariabelen bleven de verschillen bestaan.

Welke zijn deze verschillen? Consulten van oudere mensen duren langer, en dit komt vooral omdat deze groep patiënten meestal met meerdere klachten tegelijk naar de huisarts gaat. Met het aantal klachten neemt de duur van het consult vanzelfsprekend toe. Wanneer we rekening houden met het aantal gepresenteerde klachten is het verschil in tijd die aan diverse leeftijdsgroepen besteed wordt goeddeels verdwenen. Hetzelfde geldt voor het geslacht van de patiënt: vrouwelijke patiënten vergen meer tijd omdat ze meer klachten presenteren; vrouwen komen niet systematisch frequenter met tijdsintensieve klachten.

Er is één type klacht dat duidelijk meer tijd kost: psychische en sociale klachten vormen een groep die tijdsintensief is. Voor het overige is het moeilijk om een onderscheid tussen klachten te maken. Opvallend is dat de duur van het consult nauwelijks te relateren valt aan specifiek te omschrijven handelingen: bloeddrukcontroles of pilconsulten duren niet langer dan gemiddeld; consulten waarbij de arts binnen het consult diagnostiek moet verrichten of handelingen moet verrichten als het uitspuiten van een oor, een hechting verwijderen of iets dergelijks hebben alle een gemiddelde duur.

Voorlichting geven, weinig specifiek te omschrijven, kost wel meer tijd. Het komt niet zo veel voor, en het valt op dat klachten waarbij het relatief vaak gebeurt, als geheel genomen niet bijzonder tijdrovend zijn, terwijl de genoemde klachten die wel veel tijd vergen, psychische en sociale problemen, weinig voorlichtingspraktijken met zich meebrengen.

En ten slotte blijft bij alle analyses de arts steeds naar voren komen als determinant van de consultduur. Voor welk aspect men ook controleert, deze verschillen worden er niet kleiner op.

Deze resultaten zijn zeker niet in tegenspraak met de incidentele literatuurgegevens waaraan we in de inleiding refereerden (voor zover we over de betreffende variabelen beschikken). Dezelfde patiënt- en klachtencategorieën (vrouwen, psychische klachten) komen naar voren als tijdrovend. Onze resultaten voegen echter vooral in negatieve

zin kennis toe omtrent de oorzaken hiervan: in het algemeen presenteren vrouwen en ouderen niet in zodanige mate tijdrovende klachten, dat we het klachtenaanbod verantwoordelijk kunnen stellen voor de langere duur van consulten met vrouwelijke patiënten. Het brengt ons dan ook tot de conclusie dat het patiënten- of klachtenaanbod maar zeer ten dele de duur van het consult bepaalt, terwijl de verrichtingen die dit met zich meebrengt er als groep al helemaal weinig toe doet.

De geconstateerde verschillen tussen artsen komen uit een andere bron voort dan hun patiënten- of klachtenaanbod. In een ander onderzoek, waarbij de handelwijze van de arts centraal stond, kwamen we tot een typologie van verschillende 'stijlen van werken', die waarschijnlijk beter verklaart waarom de ene arts meer tijd aan consulten kwijt is dan de andere (Verhaak 1986).

We maakten een onderscheid tussen een open en een gesloten wijze van communiceren, die door artsen gehanteerd kan worden. Een open communicatiestijl staat voor een empathische houding, voor een actieve wijze van gespreksvoering, en voor een ruime inbreng die men aan de mening van de patiënt gunt. Al deze kenmerken hingen sterk samen met de duur van het consult; hoe opener de communicatiestijl, hoe langer het consult duurde. Opvallend was dat artsen door één stijl getypeerd konden worden; ze vertoonden die stijl onafhankelijk van het soort klachten of het soort patiënt; naarmate deze stijl meer open was, duurden consulten bij de ene arts dan ook stelselmatig langer dan bij de andere arts, die er een meer gesloten stijl op na hield. Een dergelijke communicatiestijl hing op zijn beurt weer samen met meer algemene opvattingen, die men tot de persoonlijkheid van de arts zou kunnen rekenen: een open wijze van communiceren zag men meer bij 'persoonsgerichte' huisartsen, een gesloten communicatiewijze bij de zogenaamde klinisch georiënteerde arts.

We veronderstellen dat deze factor, niet betrokken in dit onderzoek, een belangrijk deel van de constant opduikende verschillen tussen de artsen zou kunnen verklaren. Dit

laatste niet in het minst, omdat we het plausibel achten dat de genoemde open consultatiestijl patiënten aanmoedigt om meer klachten te presenteren. We hopen in de toekomst hierop terug te kunnen komen.

#### SUMMARY

Duration of the consultation is the subject of this article. We have examined which aspects are responsible for the longer duration of some consultations of general practitioners: patient's characteristics (sex, age), type of complaints, or the interventions of the doctor during the consultation (diagnostic or treatment). 2517 videotaped consultations were used for this purpose.

Consultations with female and elderly patients last longer than consultations with men and young people. This is due to the fact that the first mentioned utter more complaints in one consultation than the others. Consultations in which psycho-social complaints are presented, have also a longer duration than average. Finally, those consultations in which the doctor educates the patient take more time than consultations where this is not the case. There was no interaction between the several explanations that we mentioned.

In our conclusions, attention has been paid to the differences between general practitioners, regarding the duration of their consultations.

#### LITERATUUR

- Bain, D. J. G., Doctor-patient communication in general practice. *Med. Educ.* 10 (1976) 125-131  
 Bain, D. J. G., The relationship between time and clinical management in family practice. *J. Fam. Pract.* 8 (1979) 551-559  
 Boots, J. M. J., Het werk van de huisarts. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1983  
 Hull, F. M., The GP's use of time. *Update* 26 (1983) 1243-1252  
 Lamberts, H., Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts en Wetenschap* 25 (1982) 301-310  
 Pendleton, D. A. & S. Bochner, The communication of medical information in general practice consultations as a function of patient's social class. *Soc. Sc. & Med.* 14a (1980) 669-673  
 Verhaak, P. F. M., Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. NIVEL Utrecht, 1986, proefschrift Rotterdam  
 Zutphen, W. M. van, De taken van de huisarts. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1984

#### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. P. Verhaak, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

## DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN HAAR RISIKOGROEPEN

H. J. F. R. Hamers, G. A. M. Driessen  
 Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie

T. 9444

*Met behulp van een psychiatrisch case register werden voor onderscheiden leeftijds-, geslachts- en burgerlijke staat categorieën de administratieve incidentiecijfers (per 1000 inwoners in de desbetreffende categorieën) bepaald. Hieruit bleek dat er enkele risikogroepen in de populatie aanwezig zijn: sommige categorieën komen meer dan verwacht met de GGZ in aanraking, andere minder.*

*De resultaten bevestigen in grote lijnen de bevindingen van eerder loketonderzoek, maar ook die van bevolkingsonderzoeken lijken daarmee in tegenspraak met longitudinaal bevolkingsonderzoek waaruit men voorzichtig konkludeert dat sociale factoren geen etiologische kracht hebben. Aan deze tegenspraak is kort aandacht besteed.*