

# De analyse van één dag praktijkvoering\*; een explorerend onderzoek van de spreekuurgesprekken\*\*

DOOR W. ELTING, HUISARTS TE EMMEN

*Motto:* „Heeft iemand met spreken zich vergist  
Ten wort met geen spony uytgewist.”

(Jacob Cats)

*Inleiding.* Bij het doordenken over het onderwerp van de door het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) uitgeschreven prijsvraag: „De analyse van één dag praktijkvoering’ wordt men geconfronteerd met de vraag: hoe kan een analytisch onderzoek betreffende de praktijkvoering van een huisarts op één dag zodanig zin hebben, dat het een bijdrage kan leveren tot het wetenschappelijke onderzoek over de huisartspraktijk in het algemeen.

Bij de beantwoording van deze vraag blijkt dat drie problemen zich voordoen:

1 Ten aanzien van het onderwerp praktijkvoering. Analyse van dit onderwerp heeft wellicht weinig zin omdat de verschillende facetten van de praktijkvoering reeds uitvoerig zijn bestudeerd zoals uit talrijke publikaties blijkt. Bovendien betreft het de praktijkvoering van één huisarts.

2 Ten aanzien van de tijdsduur. Het onderzoek is beperkt tot één dag en zal, wanneer uitgevoerd in één huisartspraktijk weinig zin hebben, behalve voor die bepaalde praktijk.

3 Ten aanzien van de onderzoeker. De bedoeling is dat het onderzoek door de onderzoeker zelf in zijn eigen praktijk zal worden verricht. Aangezien hij nauw is betrokken bij eigen praktijk en praktijkvoering zal voor een zo objectief mogelijke analyse iemand anders moeten worden ingeschakeld. Bestudering en analyse van praktijkvoering kan dus door middel van daarbij aanwezige observateurs gebeuren. Ook dit blijkt echter subjectieve elementen in zich te bergen.

In de literatuurbespreking wordt op bovengenoemde problemen nader ingegaan.

\* Een antwoord op de in 1969 door het N.H.G. uitgeschreven prijsvraag „Analyse van één dag praktijkvoering”.

\*\* Dit onderzoek kwam tot stand in overleg met mejuffrouw dr. M. van der Leeuw, psychologe, verbonden aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit Utrecht, en met de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.

*Samenvatting.* In de inleiding wordt aangegeven welke overwegingen hebben geleid tot de keuze de gesprekvoering van de huisarts tot onderwerp van onderzoek te maken. Na formulering van de doelstelling volgt enige achtergrondinformatie over de praktijk van de onderzoeker en vervolgens een literatuurbespreking gesplitst in een algemeen en een specifiek gedeelte. Het begrip praktijkvoering komt in het algemene gedeelte ter sprake, tevens hoe de gesprekvoering als onderdeel van de praktijkvoering mag worden beschouwd. In het specifieke gedeelte volgt een bespreking van de literatuur die betrekking heeft op het eigenlijke onderzoek.

Dit onderzoek kan worden beschouwd als een exploratieve studie („pilot study”), waarbij de spreekuurgesprekken van één dag in één huisartspraktijk werden geanalyseerd. Het betrof een kwantitatieve beoordeling van 23 spreekuurgesprekken, geanalyseerd met behulp van een systeem van gesprekkenmerken (categorieënsysteem).

De beoordeling geschiedde door een onafhankelijke beoordelaar, die de gesprekuitingen van de arts afzonderlijk in het categorieënsysteem turfde. De resultaten van het onderzoek werden per categorie vermeld. Opvallend was het grote aantal informatieve opmerkingen en gesloten vragen van de arts, met daarnaast weinig empathische reacties. In de tweede helft van de gesprekken werd tweemaal zoveel informatie gegeven als in de eerste helft. Daarnaast wordt ingegaan op de verschillen tussen ochtend- en middagsprekuren. In de beschouwing werden de beperkingen van deze studie genoemd; tevens worden wegen aangegeven voor verder onderzoek.

Bovenstaande overwegingen hebben geleid tot het besluit de gesprekvoering tot onderwerp van dit onderzoek te maken. De gesprekvoering is te registreren met een bandrecorder en kan door een onafhankelijke beoordelaar worden geanalyseerd. Door deze registratietechniek en door het niet-persoonlijk in de praktijk aanwezig behoeven te zijn van de beoordelaar, lijkt een zo objectief mogelijke methode van onderzoek gewaarborgd.

De keuze van de gesprekvoering houdt echter in dat de vrijheid werd genomen zich niet aan het onderwerp van de prijsvraag te houden, althans in-

dien aldaar onder praktijkvoering hetzelfde wordt verstaan als in de literatuur. Wanneer echter aan het begrip praktijkvoering een ruimere betekenis wordt toegekend, zal ook de gesprekvoering hieronder vallen. In de literatuurbespreking zal hierop nader worden ingegaan.

In dit onderzoek gaat het erom te weten te komen wat zoal gebeurt tijdens de gesprekken welke de arts voert. Met behulp van een aan de psychologie ontleende methode zullen de spreekuurgesprekken van één dag worden geanalyseerd.

Alvorens de daarbij gehanteerde methode te bespreken, wordt eerst ingegaan op de formulering van de doelstelling, op enige achtergrondinformatie over de praktijk waarin het onderzoek plaatsvond en op een bespreking van literatuurgegevens. Na een uiteenzetting van de methodiek volgen de resultaten van het onderzoek met de bespreking daarvan, vervolgens komen de beschouwingen en conclusies aan de orde en tenslotte de samenvatting.

*Doelstelling.* Deze bestond uit het exploreren van wat gebeurt tijdens de spreekuurgesprekken van één dag door middel van analyse van deze gesprekken verdeeld over een aantal nader te noemen categorieën, om zo te komen tot een kwantitatieve beoordeling van „het spreken” van de huisarts-onderzoeker.

#### *Achtergrondinformatie*

*Algemene praktijkgegevens.* De praktijk is een grote, niet-apotheekhoudende, 3 700 personen tellende praktijk. Het praktijkhuis ligt in het centrum van een plaats waar dertien huisartsen praktiseren. De patiënten zijn over de gehele plaats verdeeld.

Het praktijkgedeelte bevindt zich aan de achterzijde van het huis, het heeft een aparte patiënteningang. De ruimteverdeling is als volgt: hal, assistentekamer met loket, wachtkamer en een door de hal van de wachtkamer gescheiden spreekkamer, met aan de ene zijde een onderzoekkamer/kleedkamer en aan de andere zijde een donkere kamer.

Spreekuren worden volgens afspraak gehouden (twee patiënten per kwartier) van 8.00 tot 9.15 uur en van 14.00 tot 15.00 uur. Er is een praktijkassistente die een volledige dagtaak heeft. Van 13.00 tot 13.30 uur is het „eigen” telefoonhalfuur, hierin neemt de arts zelf de telefoon aan. Van 13.30 tot 14.00 uur worden — ook op afspraak — kleine, vaak plotseling ontstane aandoeningen gezien zoals wondjes, een pijnlijk oor en wat dies meer zij.

In de overblijvende tijd worden de visites gereden. De dagtaak van de arts eindigt omstreeks 18.00 uur. Een tot twee avonden per week worden enkele patiënten gezien voor een wat langer durend

gesprek, vooral bij psychische en/of sociale problematiek. Het gemiddelde aantal consulten per dag over een jaar berekend is 28; het gemiddelde aantal visites per dag over een jaar is 18.

De medische administratie geschiedt met behulp van de N.H.G.-werkkaart. Specialistenbrieven worden in mappen bewaard.

*Enkele gegevens over het medische werk op de dag van het onderzoek.* Er waren die dag 23 consulten, waarvan tien op het ochtendspreekuur en dertien op het middagspreekuur. In het totaal werden twintig visites afgelegd. Een overzicht van de spreekuurpatiënten is te vinden in *tabel 1*. In het kort is daarin vermeld of de patiënt de eerste keer met een klacht kwam of dat het een herhalingsconsult betrof; verder wordt aangegeven de leeftijd, de voornaamste klacht, de diagnose ondergebracht in grove categorieën en de therapeutische handeling. Om de anonimiteit te waarborgen werd het beroep niet vermeld.

#### *Literatuurbespreking*

*Inleiding.* In de literatuur werd, voor zover was na te gaan\*, de methode van gesprekanalyse zoals in dit onderzoek gebruikt, nog niet toegepast in de huisartspraktijk, althans niet met het doel om te komen tot een kwantitatieve beoordeling. Wel wordt in de „leersituatie” aan gesprekanalyse gedaan, dat wil zeggen in de medische opleiding en in studiegroepen van huisartsen voor medische psychologie. Het behoeft wellicht geen betoog dat vooral in de psychologie en ook in de psychiatrie analytisch onderzoek van het gesprek wordt toegepast, aangezien hier het gesprek immers een der belangrijkste „instrumenten” is.

De meer specifieke literatuurbespreking betreft deze gesprekvoering en gesprekanalyse voor zover het voor dit onderzoek van belang is. In de algemene literatuurbespreking wordt nader aangegeven wat onder praktijkvoering wordt verstaan en hoe een ruimere betekenis aan dit begrip kan worden gegeven, zodat de gesprekvoering hierin een plaats kan vinden.

*Algemene literatuur.* Ten Cate schrijft over het begrip praktijkvoering: „Tot de praktijkvoering behoort alles wat nodig is om de arts in staat te stel-

\* Bij de inzending van dit antwoord op de N.H.G.-prijsvraag was het boek van *Van Lidth de Jeude*: „De huisarts in de maalstroom der emoties” (Uitg. H. E. Stenfert Kroese N.V., Leiden, 1971) nog niet verschenen. Uit genoemd boek blijkt dat *Van Lidth de Jeude* reeds een soort categorieënsysteem hanteerde waarin zowel de aard van de aandoening waarvoor de patiënt de huisarts consulteert, alsook de benaderingswijze van de arts worden gerubriceerd. Hij doet dit ook in kwantitatieve zin.

Tabel 1. De spreekuurpatiënten.

patiënt nummer	E of H*	M of V**	Leeftijd in jaren	Voornaamste klacht	Waarschijnlijkheidsdiagnose	Therapeutische gedrag
1	H	M	40	Nerveus, pijn rechterflank	Nervositeit en/of niersteen	Afwachten, eventueel terugkomen
2	E	V	19	Geïrriteerd, nerveus	Nervositeit	Sedativum, terugkomen
3	H			Angst voor zwangerschap; nerveus	Nervositeit	Anticonceptiepil en tranquillizer
4	H	M	26	Heesheid; hoesten	Laryngitis, tracheïtis; nervositeit	Behandeling klaar, stoomdruppels
5	H	V	25	Nerveus, gespannen, angstig	Nervositeit	Tranquillizer; terug voor gesprek
6	H	V	1½	Blauw-rode arm	Koude-reactie?	Gerustgesteld, afwachten, eventueel terugkomen
7	E	M	16	Voetklachten	Plat-spreidvoeten	Verwijzing orthopedisch chirurg
8	H	M	11	Rugklachten	Plat-spreidvoeten	Verwijzing orthopedisch chirurg
9	H	V	21	Halfzijdige hoofdpijn; galbulten	Migraine; nervositeit	Ergotamine-preparaat; terugkomen
10	H	V	42	Langdurig ongesteld; nerveus	Menorrhagie; nervositeit	Afwachten, terugkomen
11	E	V	1½	Blaar rechter wijsvinger	Pustel	Incisie, steriel verband, eventueel terugkomen
12	H	V	33	Controle enkel na contusie	Bijna genezen contusie	Stevig verband nog 14 dagen
13	H	V	2	Controle panaritium; incisie	Genezend panaritium	Steriel verband
14	H	M	54	Pijn rechter onderbeen, dik, warm	Trombose? (Arterio-veneuze fistel)	Verwijzing internist
15	H	V	61	Zuurbranden, opboeren, gejaagd	Hernia diaphragmatica; hyperthyreoidie	Verwijzing internist; slaapmiddel, eventueel terugkomen
16	H	V	33	Nerveuze klachten; vage pijn in benen	Nervositeit	Gerustgesteld, sedativum
17	H	V	46	Moe, wat depressief, nerveus, aambeien	Nervositeit	Gesprek, anti-depressivum, zetpillen
18	E	M	77	Pijn rechter bovenarm; blaasjes	Herpes zoster	Strooipoeder
19	H	M	14	Nerveus; jeugdpuistjes	Nervositeit; acne	Sedativum, schudsel
20	H	V	46	Maagpijn, zuurbranden, opboeren; nerveus	Hernia diaphragmatica; nervositeit	Verwijzing röntgenoloog
21	H	V	41	Controle anticonceptiepil	Preventieve behandeling	Anticonceptiepil
22	E	V	26	Neusverkouden, nerveus	Verkoudheid, nervositeit	Neusdruppels, tranquillizer
23	E	M	47	Rood, pijnlijk rechteroog	Keratitis marginalis	Oogzalf en oogdruppels; terugkomen (evt. oogarts)

\* E = eerste consult; H = herhalingsconsult.      \*\* M = man; V = vrouw.

len zijn dagelijkse medische werkzaamheden te verrichten, met uitsluiting van dit medische werk zelf". Hij verdeelt de praktijkvoering in een technologisch en een organisatorisch gedeelte waarbij de volgende onderverdeling wordt gemaakt (tabel 2).

Zoals in de inleiding werd vermeld is dit technisch-organisatorisch gedeelte van de praktijkvoering reeds uitvoerig onderzocht onder andere door *Ten Cate* en door *Saan*. Ook heeft de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G. belangrijk werk op dit gebied verricht; de resultaten hiervan zijn in verschillende rapporten besproken. Verder onderzoek in één huisartspraktijk over een tijdsduur van één dag lijkt daarom niet waardevol. Het zou hoogstens een aantal tekortkomingen in de praktijkvoering — of in de efficiency daarvan — van de individuele arts kunnen opleveren, die verder van weinig algemeen belang zijn.

Tevens is de onderzoeker zelf, zoals reeds gesteld, niet geschikt zijn eigen praktijkvoering te bestuderen en te observeren. Een en ander bleek zelfs met behulp van artsen-observateurs moeilijk uitvoerbaar te zijn.

Uit referaten van *Ten Cate* en *Oliemans* blijkt dat in Engeland, Amerika en Australië artsen (een of twee) aan de hand van een van tevoren opgesteld aantal factoren, de praktijkvoering in huisartspraktijken hebben geanalyseerd en beoordeeld naar kwaliteit.

Zo werden onder andere beoordeeld de anamnese, het fysische onderzoek — bijvoorbeeld of het onderzoek voldoende uitgebreid was, of de juiste onderdelen van het lichaam werden onderzocht, of de vaardigheid voldoende was —, de therapie, preventieve werkzaamheden, de praktijkinrichting en het medische kaartstelsel.

In Nederland heeft *Van der Wielen* een dergelijk onderzoek over twee dagen bij 268 huisartsen

verricht met behulp van artsen-enquêteurs, die zelf ervaring als huisarts hadden. *Hogerzeil* heeft aan dit onderzoek een kritische beschouwing gewijd, met name wat betreft de methodiek en de objectiviteit.

Bij dit soort onderzoekingen bleek dat de persoonlijke indruk van de observateur, mede omdat hij „lijfelijk” bij de praktijkvoering aanwezig was en omdat hij ervaring had met het object van onderzoek, in de beoordeling een rol ging spelen.

*Bergsma* vermeldt in zijn verslag van een onderlinge observatie van de praktijkvoering door huisartsen, dat de indrukken welke deze artsen van elkaanders praktijk gaven, duidelijk emotioneel waren gekleurd. Het betreffende onderzoek had echter niet de pretentie objectief te willen zijn.

In het voorafgaande werd vermeld wat volgens *Ten Cate* tot de praktijkvoering behoort. Onzes inziens zegt het woord praktijkvoering ook iets over „bezigheid” in de praktijk. „Voeren” wil zeggen „ bezig zijn”, het geeft een activiteit aan. Bij *Van Dale* worden zes omschrijvingen van het woord „voeren” aangetroffen, waaronder „uitoefenen en de leiding hebben van”. Een en ander betreft het bezig zijn van de huisarts in de praktijk, dat wil zeggen zijn doen en laten hierin, zijn handelen en spreken. Wij zijn geneigd dit laatste ook tot de praktijkvoering te rekenen; het gaat immers om „instrumenten” die nodig zijn om het medische werk te verrichten. In dat opzicht kan de gesprekvoering tot de praktijkvoering worden gerekend.

*Bremer* en *Van Westreenen* noemen „handelen en spreken” de middelen welke de huisarts gebruikt om zijn doel, onder andere diagnose, therapie en preventie, te bereiken. Door gebruik te maken van een classificatie zoals beschreven door *Scott en medewerkers*, komen zij tot een eigen indeling van de „werkzaamheden” van de huisarts; anamnese opnemen, onderzoeken, behandelen, voorschrijven,

Tabel 2. Indeling van de praktijkvoering volgens *Ten Cate*

	Praktijkvoering Bouw en inrichting van praktijkruimte	Organisatorisch
Technologisch		
Instrumentarium		Spreekuurorganisatie
Sterilisatie		Visiterijden
Laboratorium		Assistentie
Medische administratie		Organisatie van waarnemingen
Financiële administratie		Organisatie van keuringen en controles
Apotheek		Organisatie van preventief werk

adviseren, verklaren of uitleggen, gesprek, therapeutisch luisteren, registreren (een en ander met diverse onderverdelingen).

Het onderzoek dat *Bremer en Van Westreenen* over deze werkzaamheden verrichtten, betrof een analyse van 2 630 huisarts-patiënt-contacten. Er werd nagegaan hoe de verschillende werkzaamheden, uitgedrukt in procenten, over deze contacten waren verdeeld. Uit de resultaten van hun onderzoek blijkt onder andere dat in 78 procent van de arts-patiënt-contacten door de arts een (auto-) anamnese werd afgenomen.

Ook het adviseren, verklaren of uitleggen en dergelijke zal de arts sprekend moeten uitvoeren. Het blijkt dus dat het spreken een grote plaats inneemt in de werkzaamheden van de huisarts. Dit was mede een reden om juist de gespreksvoering tot onderwerp van dit onderzoek te maken.

*Specifieke literatuur.* Van de communicatie tussen mensen is het verbale gedeelte zeer belangrijk. Met name geldt dit voor de dienstverlenende beroepen, in casu de huisarts, waarin steeds meer mensen met problemen moeten worden geholpen.

Zoals reeds werd aangegeven is uit diverse onderzoekingen gebleken dat in het werk van de huisarts het spreken met de patiënt een grote plaats inneemt. *Brouwer en Dijkhuis* gaan daarop uitvoerig in. Zij stellen: „In de wijze waarop de huisarts met zijn patiënten praat, wordt iets duidelijk van de wijze waarop hij als arts functioneert; de wijze van praten is een uitdrukking van zijn wijze van functioneren”.

Hoe is dan de wijze van praten? Wat gebeurt in dat spreken van de huisarts met zijn patiënt? Wil men daarover iets te weten komen, dan zullen die gesprekken nader moeten worden onderzocht, in onderdelen worden uiteen „gerafeld” en verder worden geanalyseerd.

Het bespreken van probleem-patiënten en van de arts-patiënt-relatie gebeurt reeds jarenlang in de studiegroepen voor medische psychologie (Balint groepen). Meestal brengt de huisarts daar zelf het verhaal van de patiënt met wie hij „vastzit”. Wil echter het gesprek met de patiënt objectief kunnen worden bestudeerd, dan moet een dergelijk gesprek reproduceerbaar zijn. De bandopname is daarvoor het middel bij uitstek.

In de verslagen van sommige van bovengenoemde studiegroepen wordt vermeld, dat ook beoordeling van op de band opgenomen gesprekken plaatsvindt (onder andere *Janssen; Vaessen; Blijham*). Men achtte dit van bijzonder belang om tot een betere gespreksvoering te komen.

Uit de mededelingen van *Brouwer en Dijkhuis* blijkt dat ook *Brouwer* in zijn praktijk regelmatig gesprekken op de band opnam.

*Bruins en Vriezen-de Jager* vermeldden hoe zij in hun werkgroep voor therapeutische gespreksvoering systematisch, zin voor zin, het gesprek analyseerden en beoordeelden ;zij wijzen hierbij erop hoe leerzaam dit is. Als hulpmiddel bij dit analyseren van op de band opgenomen gesprekken, gebruikten zij een aantal criteria zoals deze in de literatuur over gesprekstechniek worden genoemd. Later gingen zij ook spreekurgesprekken analyseren (*Vriezen-de Jager en Bruins; Blijham*).

*Van Lidth de Jeude* gaf aan hoe psychologen enkele spreekuren van huisartsen bijwoonden. Zij kwamen tot de volgende karakteristiek als algemene indruk van het spreekuur: „Veelal het beeld van loven en bieden”. Op hun aanraden gingen huisartsen spreekuren van collegae bijwonen. Hiervan werd nauwkeurig verslag gemaakt. Deze verslagen werden geanalyseerd. Het bleek dat de huisarts op een aantal klachten van de patiënt niet inging („onwelkome klachten”).

Door huisartsen wordt dus aan gesprekanalyse gedaan met het doel tot een betere gespreksvoering te komen met name om te leren goed naar de patiënt te luisteren en oor te hebben voor datgene wat de patiënt in wezen bedoelt te zeggen; ook om hem te laten merken dat een en ander bij de arts is overgekomen. Bij dit alles is zelfkennis noodzakelijk voor het beter hanteren van de arts-patiënt-relatie (*Dokter*), waarbij de arts zich dient te realiseren dat eigen spreken, houding, gedrag, irritaties (*Dokter en Voorhoeve*) op deze relatie van invloed zijn.

Ook in de medische opleiding wordt door co-assistenten in de psychiatrie sinds kort de gespreksanalyse beoefend met het doel de gespreksvoering beter te hanteren. Daartoe worden onder andere fragmenten beluisterd van gesprekken welke co-assistenten op de afdeling met patiënten hadden gevoerd en die op de band waren opgenomen (*Vriezen-de Jager*).

*Barbee en medewerkers* verrichtten in Amerika een onderzoek onder medische studenten, waarbij het om een kwantitatieve beoordeling door getrainde beoordelaars van anamnestiche gesprekken ging. Van deze eveneens op de band opgenomen gesprekken werd de ziektegeschiedenis op zich en de „interview”-techniek beoordeeld. De bedoeling van dit onderzoek was op deze wijze te komen tot een evaluatie van de gebruikte „trainings”-methode in de anamnese-techniek.

Van een wetenschappelijke toepassing van de gesprekanalyse is tot nu toe vooral in de psychologie gebruik gemaakt. *Neuteboom* ontwierp een categorieënsysteem aan de hand van literatuurgegevens en van de ervaringen opgedaan tijdens de opleiding gespreksvoering ten behoeve van studenten in de psychologie aan de Vrije Universiteit te

Amsterdam. Bedoeld is een systeem voor het beoordelen van de uitingen van de psycholoog (interviewer) in het gesprek met de cliënt: gedeelten van het gesprek worden geïsoleerd en geclassificeerd. Zodoende kan een lijst van categorieën worden opgesteld (reactiemogelijkheden van de interviewer).

Het streven was erop gericht dat dit categorieën-systeem zou kunnen worden gehanteerd zonder dat een speciale opleiding van de beoordelaar was vereist. Het had betrekking op probleemgesprekken, met name op het eerste gesprek dat de psycholoog met de cliënt voerde. De taak van de psycholoog hierbij was „de cliënt op adequate wijze behulpzaam te zijn bij het zo scherp mogelijk onder woorden brengen wat hem nu eigenlijk dwars zit”. Met behulp van het categorieënsysteem werd „elke uiting van de psycholoog, die zich bevindt tussen een daaraan voorafgaande en daaropvolgende uiting van de cliënt, afzonderlijk in één van de categorieën ingedeeld”. Elke uiting werd als het ware in een bepaalde categorie geturfd.

Gesprekkenmerken komen ook voor in het boek van *Froelich and Bishop*, dat handelt over de medische ondervragingstechniek. Deze kenmerken, hoewel grotendeels overeenkomend met de categorieën in het systeem van *Neuteboom*, zijn meer toegespitst op de medische situatie. Ook *Brouwer* en *Dijkhuis* vermelden diverse gesprekkenmerken.

Uit de literatuur blijkt dat gesprekanalyse in de huisartspraktijk voornamelijk in de „leersituatie” wordt toegepast. Het moet echter ook hier mogelijk zijn gesprekken — in ons onderzoek spreekuur-gesprekken — door middel van een wetenschappelijke methode te analyseren, waarbij wordt gebruik gemaakt van een categorieënsysteem.

#### *Methode van onderzoek*

*Keuze van de dag.* Alvorens de onderzoeksmethodiek te bespreken, dient te worden aangegeven op welke dag het onderzoek heeft plaatsgevonden. Dit moest een volkomen willekeurige dag zijn, waarbij geen selectie van patiënten vooraf kon plaatsvinden. De assistente maakte normaal afspraken (dus zonder de arts erin te kennen). Op 23 december 1970 werd een halve dag en op 26 februari 1971 een hele dag proefgedraaid. De bedoeling van deze proefonderzoekingen was de mogelijkheden van een goede registratie na te gaan. Op 2 maart 1971 volgde het eigenlijke onderzoek. Pas een dag van te voren werd besloten om deze dag te nemen, zodat de meeste afspraken reeds waren gemaakt. De volgende dag kwamen die patiënten nog erbij, die op de dag zelf om een afspraak verzochten. De keuze van de dag van het onderzoek had dus geen invloed op het patiëntenaanbod.

*Registratiemethode.* Met behulp van een verdekt opgestelde bandrecorder werden alle spreekuur-gesprekken van die ene dag opgenomen. Deze bandrecorder kan op een zeer lage snelheid (2,4) draaien, waardoor hij tijdens de gesprekken niet behoefde te worden gehanteerd. Tijdens de middagpauze moest alleen de spoel worden omgekeerd om op het andere spoor het middagspreekuur te kunnen registreren.

Zoals reeds opgemerkt werd de bandrecorder verdekt opgesteld. De patiënten wisten dus niet dat letterlijk werd opgenomen wat zij zeiden. Het is juist de patiënt te vragen of het is toegestaan het gesprek op de band op te nemen en uit te leggen wat het doel is van een dergelijke registratie. In dit onderzoek is hiervan echter afgezien daar het te tijdrovend leek bij 23 gesprekken dit elke keer weer te vragen, met bovendien het risico dat dit het spreken zou kunnen beïnvloeden. Het verantwoord hanteren van de geregistreerde gegevens werd gewaarborgd door het beroepsgeheim. Bovendien werden de banden vóór de beoordeling anoniem gemaakt.

*Gesprekanalytische methode.* In dit onderzoek zal worden gebruik gemaakt van een methode voor gesprekanalyse, zoals deze in de psychologie werd ontwikkeld. Bedoeld is de analyse van gesprekken met behulp van een categorieënsysteem. In de literatuurbespreking is aangegeven wat onder een dergelijk systeem wordt verstaan (*Neuteboom*). Dit systeem leek toepasbaar op de situatie waarin de huisarts in zijn werk verkeert. Ook de patiënt moet op een adequate manier worden geholpen met het duidelijk onder woorden brengen van datgene wat hem eigenlijk kwars zit. Het doet niet ertoe of dit in het psychische, sociale of somatische vlak ligt.

Er zijn wel veranderingen in het genoemde categorieënsysteem aangebracht. Gesprekkenmerken, zoals deze in de huisartssituatie vaak voorkomen, zijn eraan toegevoegd, enkele andere categorieën zijn weggelaten. Zo is een beoordelingssysteem ontstaan, aangepast aan dit onderzoek, zonder dat het de pretentie wil hebben compleet of volledig geschikt te zijn voor het gesprek van de huisarts met de patiënt.

In het nu volgende categorieënsysteem kunnen dus de meeste verbale uitingen van de arts, waarvan elk zich bevindt tussen een daaraan voorafgaande en een daaropvolgende uiting van de patiënt, afzonderlijk in een van de categorieën worden ingedeeld. Elke categorie zal waar nodig, worden toegelicht met een voorbeeld.

#### *Categorieënsysteem*

##### *Naar de inhoud*

1 Is de openingsvraag klachtgericht of niet? Zo niet, is de vraag dan op de patiënt gericht of niet?

Of begint de patiënt zelf met de klacht? Het betreft hier de eerste uitspraak van de arts na de begroeting.

Klachtgericht is bijvoorbeeld „Wat scheelt eraan?"; patiëntgericht is „Hoe gaat het ermee?" Onder niet op de klacht en niet op de patiënt gerichte vragen worden onder meer opmerkingen over het weer verstaan.

2 Vragen naar onderwerpen, niet direct verband houdend met het consult.

Dit betreft het vragen naar gezins- of familieleden van de patiënt. Aangezien de huisarts tevens gezinsarts is, zal het nogal eens voorkomen dat hij informeert naar andere leden van het gezin of van de familie.

Verder is het mogelijk dat wordt gevraagd naar andere onderwerpen die vroeger met de patiënt zijn besproken. Ook kan het voorkomen dat de huisarts refereert aan vroegere klachten.

3 Informatie

De arts geeft informatie aan de patiënt, hetzij omdat hij de patiënt iets onder de aandacht wil brengen, hetzij in antwoord op een vraag van de patiënt. Het kan een inlichting zijn, een uitleg, een voorlichting en wat dies meer zij. „Ja, weet u, als hoofdpijn alleen 's morgens optreedt, kan dat op verhoogde bloeddruk wijzen". Ook wordt beoordeeld hoe vaak informatie in de eerste helft respectievelijk in de tweede helft van het gesprek voorkomt.

4 Interpretatie

Hieronder wordt verstaan het deformerende van de gedachte van de patiënt en het daaraan een richting geven die niet wordt gerechtvaardigd door hetgeen de patiënt zegt. De arts geeft veronderstellenderwijs bewijs van inzicht in de klacht van de patiënt door hem op verbanden te wijzen (oorzaak en gevolg) waarover de patiënt zelf (nog) niet heeft gesproken. „U krijgt die hoofdpijn omdat u 's avonds altijd drie pilsjes drinkt". (De patiënt heeft in zijn verhaal wel verteld dat hij 's avonds meestal drie pilsjes drinkt, maar hij heeft zelf geen verband met de hoofdpijn gezocht.)

Onder deze categorie interpretatie vallen ook de vooronderstellingen en suggestieve vragen.

Vooronderstellingen. De arts neemt als vanzelfsprekend aan dat iets juist is, terwijl dit niet wordt geverifieerd. „U gebruikt zeker aspirine als u hoofdpijn hebt".

Suggestieve vragen. Hierin wordt het antwoord reeds aangegeven (gesuggereerd). Patiënt: „Ik had gisteravond toch weer zo'n last van hoofdpijn". Arts: „Zo, gisteravond weer. Was u wel rustig of was u wat zenuwachtig, wat nerveus?" Patiënt: „Ja, ik was wat nerveus".

5 Empathische reactie

Een dergelijke reactie betreft opmerkingen of vragen die ingaan op de gevoelens of belevingen van de patiënt, waaruit blijkt dat de arts ernaar streeft te voelen of te beleven zoals de patiënt voelt of beleeft, terwijl hij tevens probeert dit weer te geven. Empathische reacties kunnen iets zeggen over het invoelende vermogen van de arts en ook over diens acceptatie van de gevoelsuitingen van de patiënt. De arts laat blijken dat hij het feitelijke probleem goed opmerkt en dat hij ook begrijpt wat dit voor de patiënt betekent. Patiënt: „Die hoofdpijn blijft maar doorzeuren. Niet alleen ikzelf lig er 's nachts vaak van wakker, maar het vervelendste is, dat mijn man dan ook niet goed kan slapen". Arts: „Ik begrijp dat het niet meevalt voor u om 's nachts wakker te liggen door die hoofdpijn, maar u vindt het vooral vervelend dat uw man dan ook niet goed kan slapen?"

6 Waardeoordeel

De arts geeft een waardeoordeel. Hij normeert. Hij geeft een eigen of een algemene norm aan en hij betwijfelt de opvattingen of gedragingen van de patiënt. „Merkwaardig dat u nooit aspirines gebruikt bij hoofdpijn; dat doet toch iedereen".

7 Gesprekbeëindiging

Hoe wordt het gesprek na het korte spreekuurcontact beëindigd? De meest voorkomende mogelijkheden zijn de volgende.

Een recept.

Een verwijzing, bijvoorbeeld naar een specialist.

Laten terugkomen. Dit betekent „moeten" terugkomen ter controle, omdat zulks medisch noodzakelijk is. „U moet (of: wilt u dan) met veertien dagen terugkomen voor controle om te zien of het weg is".

Laten terugkomen wanneer het niet goed gaat („Gaat het niet, dan kunt u altijd terugkomen") of wanneer de uitkomst van het laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld van de urine) niet normaal blijkt te zijn.

Behandeling, na het einde van het gesprek.

*Naar de vorm*

1 Open — minder open — gesloten vragen

Open vragen zijn vragen die de patiënt alle vrijheid geven in de beantwoording. Hij kan doorgaan zoals hij zelf verkiest. De arts vraagt: „Hoezo?" of „Vertelt u er eens wat meer van".

Minder open vragen: de patiënt wordt minder vrijheid gelaten in de beantwoording. Arts: „Wat voor soort pijn is het?"

Gesloten vragen: de patiënt kan alleen met ja of neen antwoorden. Het zijn tevens directe vragen. Arts: „Hebt u de medicijnen ingenomen?" Het verloop van deze vragen binnen het gesprek — hoe

vaak voorkomend respectievelijk in de eerste en in de tweede helft van het onderhoud — wordt ook nagegaan.

## 2 Diverse vragen tegelijkertijd

Hieronder vallen ook de „of-of” vragen. Arts:

Tabel 3. Verdeling van artsuitspraken volgens verschillende criteria

Naar inhoud		Ochtend	Middag	Totaal
Categorie	Onderverdeling			
Openingsvragen	.....	10	13	23
	Klachtgericht	3	1	4
	Patiëntgericht	6	7	13
	Niet-patiëntgericht	—	2	2
	Patiënt begint zelf	1	3	4
Vragen naar andere onderwerpen		7	12	19
	Gezins- of familieleden	—	1	1
	Andere onderwerpen	1	5	6
	Vroegere klachten	6	6	12
Informatie	.....	91	221	312
	Eerste helft	12	92	104
	Tweede helft	79	129	208
Interpretatie	.....	28	22	50
Empathische reactie	.....	6	—	6
Waardeoordelen	.....	3	13	16
Gespreksbeëindiging	.....			30
	Recept	4	9	13
	Verwijzing	2	3	5
	Terugkomen	4	2	6
	Eventueel terugkomen	2	1	3
	Behandeling	—	—	3

Naar vorm		Ochtend	Middag	Totaal
Categorie	Onderverdeling			
Open vragen	.....	59	39	98
	Eerste helft	43	29	72
	Tweede helft	16	10	26
Minder open vragen	.....	39	18	57
	Eerste helft	21	8	29
	Tweede helft	18	10	28
Gesloten vragen	.....	127	103	230
	Eerste helft	79	65	144
	Tweede helft	48	38	86
Diverse vragen tegelijkertijd	....	16	15	31
Rijtje vragen	.....	16	9	25
Interrupties	.....	16	8	24
Herhalingen	.....	31	9	40
	Eerste helft	21	8	29
	Tweede helft	10	1	11
Totale aantal artsuitspraken	...	385	502	887

„Kon u vanwege de hoofdpijn niet meer slapen of was het meer dat u veel lag te piekeren of woelde uw man misschien erg?” (drie vragen tegelijkertijd). De patiënt geeft meestal slechts antwoord op de laatste vraag.

## 3 Rijtje vragen

Drie vragen of meer, waarop alleen met ja of neen is te antwoorden. Dit zijn dus gesloten, directe vragen. Arts: „Is het een stekende hoofdpijn?” Patiënt: „Neen”. Arts: „Is het een borende hoofdpijn?” Patiënt: „Ja”.

## 4 Interrupties

De patiënt niet laten uitspreken; het spreken van de patiënt „afkappen” bijvoorbeeld midden in een zin.

## 5 Herhaling

Geheel of gedeeltelijk herhalen wat de patiënt zegt. Patiënt: „Ik heb 's morgens altijd hoofdpijn”. Arts: „U hebt 's morgens altijd hoofdpijn”. Een herhaling doet een patiënt vaak verder spreken over het onderwerp waarmee hij bezig is.

*Beoordeling.* De gesprekanalyse werd verricht door een onafhankelijke beoordelaar. Deze kende dus de onderzoeker en de patiënten niet. Elke gespreksuiting van de arts werd door de beoordelaar steeds in een bepaalde categorie van genoemd categorieënsysteem geturfd.

*Resultaten van het onderzoek en discussie.* De resultaten zijn samengevat in tabel 3. Bij de bespreking van de resultaten staan achter de diverse categorieën tussen haakjes de afkortingen vermeld, zoals gebruikt in figuur 1. De getallen geven de som aan van de uitingen van de arts, per categorie, over 23 spreekuurgesprekken.

### Naar de inhoud

#### 1 Openingsvragen (Opvr. = 23).

De openingsvragen waren voor meer dan de helft (13) op de patiënt gericht. Klachtgerichte vragen kwamen duidelijk minder voor (4). Dit staat mogelijk in verband met het feit dat van de dertien patiëntgerichte vragen elf daarvan bij een herhalingsconsult voorkwamen. Komt de patiënt voor dezelfde klacht bij de arts, dan is deze wellicht eerder geneigd te vragen „Hoe gaat het er mee?” dan „Wat scheelt eraan?”, daar hij zich dit laatste herinnert van het vorige consult.

#### 2 Vragen naar andere onderwerpen (V.R.M.O. = 19).

Van de twaalf referenties aan vroegere klachten kwamen tien bij herhalingsconsulten voor. Bij vier patiënten kwam het vragen naar andere onderwerpen in het geheel niet ter sprake. Slechts eenmaal werd geïnformeerd naar gezins- of familieleden.



3 Informatie (Inform. = 312).

Er werd veel informatie gegeven: in de tweede helft (208) van het gesprek tweemaal zoveel als in de eerste helft (104). Dit lijkt verklaarbaar omdat de arts in de tweede helft van het gesprek meer uitleg, inlichtingen, voorlichtingen, adviezen en dergelijke zal geven.

4 Interpretatie (Int. = 50).

Een onderverdeling van de verschillende vormen van interpretatie (zie categorieënsysteem) werd in de beoordeling niet afzonderlijk geturfd.

5 Empathische reactie (Emp. = 6).

Empathische reacties kwamen verhoudingsgewijs die dag zeer weinig voor. Gezien het grote aantal „nerveuze” patiënten (11) hadden meer van deze reacties mogen worden verwacht.

6 Waardeoordelen (Wa. = 16).

7 Gespreksbeëindiging (Beëind. = 30).

Voor de onderverdeling zie gegevens tabel 3.

Naar de vorm

1 Open — minder open — en gesloten vragen (O = 98; M.O. = 57; G = 230)

In de eerste helft van het gesprek blijken drie maal zo vaak open vragen (72) voor te komen als in de tweede helft van het gesprek (26), hetgeen vrij logisch lijkt. Enigszins verwonderlijk is het daarom dat in de eerste helft ook duidelijk meer gesloten vragen voorkomen (144 tegenover 86 in de tweede helft).

2 Meer vragen tegelijkertijd (V.V. = 31). Geen bijzonderheden.

3 Rijte vragen (R. = 25). Geen bijzonderheden.

4 Interrupties (I. = 24). Geen bijzonderheden.

5 Herhalingen (H. = 40).

Deze werden weer verdeeld over de eerste en tweede helft van het gesprek. In de eerste helft komen herhalingen bijna driemaal zo vaak voor als in de tweede helft (respectievelijk 29 en 11). Het totale aantal artsuitspraken was 887.

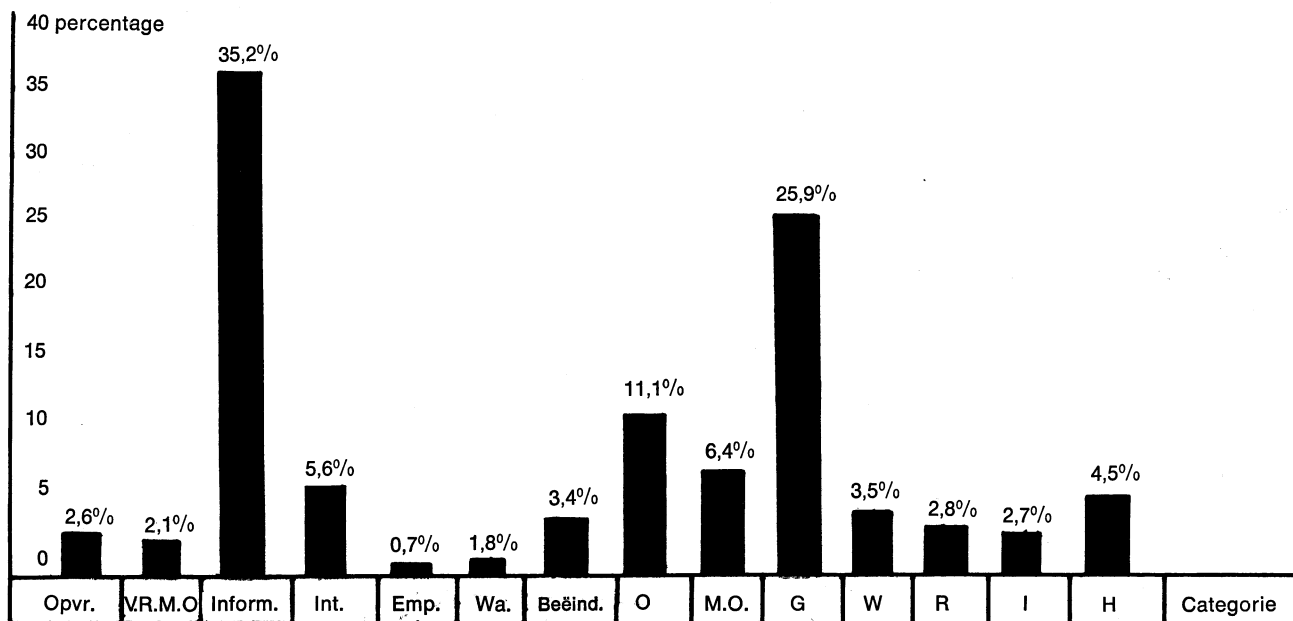
In *figuur 1* wordt in een staafdiagram een procentuele verdeling gegeven van de uitingen van de arts. De categorieën staan in afkortingen vermeld.

Uit deze figuur blijkt dat van het totale aantal artsuitspraken 35,2 procent tot de informatie behoort; verder dat er 25,9 procent gesloten vragen voorkomen. Dit zijn twee opvallende kenmerken. Daarnaast waren er zeer weinig empathische reacties (0,7 procent) en ook weinig waardeoordelen (1,8 procent), interrupties (2,7 procent), rijtjes vragen (2,8 procent), verscheidene vragen tegelijkertijd (3,5 procent) en vragen naar anderen (2,1 procent). Er was uiteraard één openingsvraag per gesprek.

In *tabel 3* worden de gesprekuitingen verdeeld naar het ochtend- en het middagspreekuur. In het kort wordt op de aldaar vermelde cijfers ingegaan.

Het vaker voorkomen van bepaalde artsuitspraken in de gesprekken die 's middags werden gevoerd is mede te verklaren omdat het spreekuur 's middags 52 minuten langer duurde dan 's ochtends. Er werden drie patiënten meer gezien dan 's morgens; bovendien duurden enkele gesprekken en onderzoeken vrij lang.

*Figuur 1. Procentuele verdeling van de gesprek-uitingen van de arts. Voor verklaring van de afkortingen raadplege men de tekst.*



Het totale aantal artsuitspraken was 's morgens 385 en 's middags 502. Des te meer zullen die uitspraken opvallen die desalniettemin 's morgens vaker voorkomen dan 's middags. Zo zijn er 's ochtends meer interpretaties en empathische opmerkingen ('s middags in het geheel niet); ook meer open — minder open — en gesloten vragen, rijtjes vragen, interrupties en herhalingen.

Waardeoordelen werden 's middags viermaal zo vaak gegeven als 's morgens.

Wat de verschillen tussen de eerste en de tweede helft van de uitingen bij de vergelijking van ochtend- en middagspreekuur betreft, valt op dat in de tweede helft van de gesprekken 's ochtends meer dan zesmaal zoveel informatie voorkomt, tegenover 's middags bijna anderhalf maal zoveel en dat in de eerste helft van de gesprekken 's middags achtmaal zo vaak herhalingen voorkomen als in de tweede helft, tegenover 's morgens tweemaal zo vaak.

*Beschouwing.* Het is algemeen bekend dat de gesprekvoering een belangrijk en wezenlijk onderdeel is van de werkzaamheden van de huisarts. In de literatuurbespreking werd dit reeds nader aangegeven. Dit was mede een van de redenen om een nadere bestudering van de spreekurgesprekken tot onderwerp van dit onderzoek te maken. Bovendien waren deze gesprekken gemakkelijk te registreren, waardoor een zo objectief mogelijke methode van analyse werd bereikt. Zodoende kon een aantal kenmerken van deze gesprekken kwantitatief worden vastgelegd. Een dergelijk onderzoek is, althans voor zover bekend, in de huisartspraktijk tot nu toe niet uitgevoerd.

Dit onderzoek is om verschillende redenen beperkt, aangezien het de gesprekken van één dag betreft. Gesprekken op andere dagen, afhankelijk van de stemming van arts en patiënten, afhankelijk ook van het „patiëntenaanbod” kunnen anders verlopen.

Steeds werd de som der „gesprekuitingen” verdeeld in categorieën weergegeven. Er werd geen rekening gehouden met de aard der aandoening (diagnose) of andere patiënttypering. Men kan zich voorstellen dat een gesprek — uitingen — karakteristiek zoals in het staafdiagram in *figuur 1* wordt weergegeven bij een typisch somatische patiënt er anders uitziet dan bij een patiënt met emotionele problematiek.

Ook de opstelling van een bandrecorder kan van invloed zijn geweest op het reageren van de arts. Het categorieënsysteem behoeft wellicht verbetering; de beoordeling door diverse beoordelaars zal ongetwijfeld aan objectiviteit kunnen winnen.

Gezien deze beperkingen mogen de resultaten van dit onderzoek niet worden gegeneraliseerd; algemeen geldende conclusies zijn hieruit niet te

trekken. Een dergelijke exploratie („pilot study”) kan wel aanleiding geven tot verder onderzoek. Dit zou kunnen bestaan uit een algemene exploratie van de gesprekvoering door huisartsen met bijvoorbeeld als doelstelling het vergroten van de kennis over en het verdiepen van het inzicht in de verbale wijze waarop de huisarts de klacht van de patiënt tegemoet treedt om van daaruit te kunnen komen tot verbetering van de gesprekvoering. De methode van analyse met behulp van een categorieënsysteem zou kunnen worden gebruikt.

De op deze wijze vastgelegde gesprekkenmerken kunnen in verband worden gebracht met andere meetbare factoren of kenmerken van arts of patiënt. Zoals *Cassee* het verband tussen het gedrag van de huisarts en de tevredenheid van de patiënt onderzocht, zou hier het verband tussen de wijze van gesprekvoering door de arts (het vóórkomen van de verschillende categorieën) en de tevredenheid van de patiënt kunnen worden nagegaan. Het meten van satisfactie blijkt overigens moeilijk te zijn.

Interessant is daarnaast om te weten te komen of verband bestaat tussen het vaak voorkomen van bepaalde gesprekkenmerken, bijvoorbeeld interrupties, vooronderstellingen, waardeoordelen en kenmerken van de patiënt zoals leeftijd (bejaarde, kind), sociale klasse, geslacht, aard der aandoening en het al dan niet ernstig ziek zijn.

Ook kan worden gezocht naar verbanden tussen persoons- en milieukenmerken van de arts en zijn wijze van gesprekvoering. Bestaat een relatie tussen het veelvuldig voorkomen van bepaalde gesprekkenmerken en bijvoorbeeld de persoonlijkheid van de huisarts, zijn al dan niet deelnemen aan een studiegroep voor medische psychologie, de grootte van zijn praktijk, het houden van een afspraakspreekuur, zijn sociale belangstelling en wat dies meer zij?

De mate van autoritair ingesteld zijn van de huisarts is gemeten door *Heydendaal*. Er werd verband gelegd met onder andere de wijze van praktijkvoering van de huisarts. Dit zou tevens kunnen gebeuren ten aanzien van de gesprekvoering.

Het moet op deze manier mogelijk zijn meer inzicht te verkrijgen in de gesprekken zoals de huisarts deze dagelijks voert, wat hij zoal daarin zegt en wat dit voor de patiënt betekent. Dit inzicht wordt dan in „maat en getal” vastgelegd. Meestal wordt in de literatuur over gesprekvoering door de huisarts beschreven hoe hij dat gesprek idealiter zou moeten voeren, terwijl nauwelijks onderzoek werd verricht over dat wat „ideaal” is.

Genoemde onderzoekingen van *Cassee* en *Heydendaal* (psychologen) zijn een voorbeeld van hoe een wetenschappelijke methode kan worden toegepast bij het onderzoek naar het functioneren van de

huisarts. Vaker is reeds erop gewezen, dat samenwerking met en hulp van vertegenwoordigers van andere (gedrags)wetenschappen noodzakelijk is om tot verdieping van de wijze van het functioneren van de huisarts te komen en om wetenschappelijk onderzoek te doen in en over de huisartspraktijk (*Cornelissen; Huygen*).

Met het hierboven beschreven exploratieve onderzoek wordt getracht aan te tonen hoe met behulp van gesprekanalyse bestudering van de wijze van gesprekvoering mogelijk is en hoe dit in de toekomst kan plaatsvinden. De realisering van verder onderzoek zal moeilijk zijn, maar is naar onze mening wel uitvoerbaar.

*Summary. Analysis of one day in general practice. A pilot study of surgery interviews.* The introduction outlines the considerations underlying the choice of subject: the interview procedure of the general practitioner. The problem definition is followed by some background information on the investigator's own practice, whereupon a review of the literature is divided into a general and a specific part. The concept of practice procedure is discussed in the general part, which also considers the interview procedure as an aspect of practice procedure. The specific part presents a discussion of the literature pertinent to this study.

This study can be regarded as a pilot study which analyses the surgery interviews of one day in one general practice. It presents a quantitative analysis of 23 surgery interviews, assessed with the aid of a system of interview marks (system of categories).

The assessment was made by an independent evaluator who marked the practitioner's interview contributions separately in the system of categories. The results thus obtained are presented per category. A striking finding was the large number of informative remarks and closed questions contributed by the practitioner, with few empathic reactions besides. In the latter half of the interviews, twice as much information was given as in the former half.

The discussion considers the limitations of this study and outlines possible approaches for further investigation.

- Barbee, R. A., S. Feldman en L. W. Chosy (1967) The quantitative evaluation of student performance in the medical interview. *J. Med. Educ.* 3, 238.
- Bergsma, J. J. (1966) huisarts en wetenschap 9, 82.
- Blijham, R. (1968) huisarts en wetenschap 11, 186.
- Bremer, G. J. en E. van Westreenen (1964) huisarts en wetenschap 7, 2.
- Brouwer, E. en J. H. Dijkhuis. Praten met patiënten. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1967.
- Bruins, C. P. en E. L. Vriezen-de Jager (1968) huisarts en wetenschap 11, 289.
- Cassee, E. Th. (1969) huisarts en wetenschap 12, 97.
- Cate, R. S. ten (1958) huisarts en wetenschap 2, 31.
- Cate, R. S. ten. De praktijkvoering van de huisarts. H. C. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1963.
- Cate, R. S. ten. De praktijkvoering van de huisarts. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Onder redactie van G. J. Bremer, J. C. van Es en A. Hofmans. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.
- Cornelissen, R. L. (1961) huisarts en wetenschap 4, 136.
- Dokter, H. J. (1967) huisarts en wetenschap 10, 142.
- Dokter, H. J. en N. A. J. Voorhoeve (1962) huisarts en wetenschap 5, 280.
- Froelich, R. E. and F. M. Bishop. Medical interviewing. A programmed manual. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1969.
- Heydendaal, P. H. J. M. (1969) huisarts en wetenschap 12, 391.
- Hogerzeil, H. H. W. (1960) huisarts en wetenschap 3, 443.
- Huygen, F. J. A. (1967) huisarts en wetenschap 10, 82.
- Janssen, A. A. M. E. (1969) huisarts en wetenschap 12, 140.
- Lidth de Jeude, A. H. van (1965) huisarts en wetenschap 8, 407.
- Neuteboom, P. M. C. Opleiding in gesprekvoering. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1966.
- Oliemans, A. P. (1966) huisarts en wetenschap 9, 186.
- Saan, M. Efficiency in de praktijkvoering van de huisarts. J. B. Wolters, Groningen, 1966.
- Scott, R., J. A. D. Anderson and A. Cartwright. (1960) *Brit. med. J.* II, 293.
- Vaessen, M. L. J. (1969) huisarts en wetenschap 12, 143.
- Vriezen-de Jager, E. L. (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 514.
- Vriezen-de Jager, E. L. en C. P. Bruins (1970) huisarts en wetenschap 13, 161.
- Wielen, Y. van der. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Van Gorcum & Comp. n.v., Assen, 1960.