

# Medische verrichtingen en de huisartspraktijk\*

DOOR J. VAN DER HOEVEN, HUISARTS TE EINDHOVEN EN DR. H. H. W. HOGERZEIL, ARTS TE EINDHOVEN

*Inleiding.* Vele onderzoekers hebben over de verrichtingen in huisartspraktijken gepubliceerd, in Nederland onder meer *Mertens* en *Buma*. De British Medical Association (B.M.A.) liet een der secretarissen, *Hadfield*, een aantal artsen bezoeken en stelde op deze wijze een onderzoek in. Ook door middel van een „postal inquiry” — (1953) Brit. med. J. II, Suppl. 131 — bij een groot aantal Britse huisartsen won genoemde vereniging informatie over alles wat de huisartspraktijk aangaat. *Bradford Hill* had in 1938 een soortgelijk onderzoek gedaan.

In Nederland leidde *Querido* als directeur van het Centraal Bureau voor de Openbare Gezondheidszorg een breed spectrum onderzoek naar de zorg voor de volksgezondheid in Amsterdam. *Kreger* bewerkte de gegevens betreffende de huisartsen, *Jansen-Emmer* analyseerde hun werk in verband met verschillende gezinsfactoren. *Van der Wielen* publiceerde in opdracht van de organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek (T.N.O.) een groot onderzoek over huisartspraktijken in Nederland. *Van Deen* analyseerde uitvoering de factor tijd en verrichting, *Hogerzeil* (1954) vergeleek verrichtingen en resultaat der behandeling. *Ruhe* bestudeerde het werk van de huisarts in een plattelandspraktijk voor en na de oorlog.

Alles tezamen bestaat er dus reeds een omvangrijke literatuur op dit gebied, waaruit blijkt, dat de verkregen uitkomsten op belangrijke punten met elkaar overeenstemmen. Een en ander moet van invloed zijn bij het beantwoorden van de vraag, of het zin heeft door een nader onderzoek, met name in één praktijk, nog nieuwe gegevens te verzamelen. *Stassen* heeft er reeds in 1953, naar aanleiding van zijn onderzoek in 1947, op gewezen, dat een onderzoek in één praktijk de onderzoeker zeer veel arbeid kost. Bovendien zijn de resultaten van een dergelijk onderzoek alleen bruikbaar indien men over een groot aantal praktijken als onderzoekveld beschikt. Wij hebben dan ook het gerichte onderzoek in één praktijk, dat zich vooral op de tijdconsumptie richtte (*Van der Hoeven*), geplaatst tegen de achtergrond van een routineonderzoek over alle praktijken die tezamen één ziekenfonds vormen (*Philips' Ziekenfonds*). Als nader vergelijkingsmateriaal hebben wij de gegevens gebruikt die, zoals hierboven aangegeven, in de literatuur worden vermeld.

*Gericht onderzoek in één huisartspraktijk* (*Van der Hoeven*). *Onderzoeksmethode.* Gedurende een

\* Uit de Philips Medische Dienst.

jaar (12 maart 1962 tot 13 maart 1963) werd de tijdsduur van consulten en visites genoteerd aangaande iedere tiende ziekenfondspatiënt. Als tijdsduur van het consult werd gerekend: de duur van het bezoek van de patiënt vanaf binnenkomst in de spreekkamer tot vertrek uit de spreekkamer, dit echter alleen voor die tijd dat de arts met de patiënt in contact was.

Wanneer tijdens het bezoek van de patiënt werd opgebeld, of wanneer de patiënt alleen in de onderzoekkamer verbleef, werd de tijdopname onderbroken. Het schrijven van uitgebreide brieven of het voeren van langdurige telefoongesprekken over de patiënt buiten diens aanwezigheid werd als consult gerekend. Keuringen werden niet meegeteld. Als visitetijd werd gerekend: de tijd vanaf het verlaten van de auto tot het wederom instappen. Indien twee patiënten in één huis werden bezocht, werd de tijd voor de tweede patiënt afgetrokken en geen tweede visite gerekend. Partussen werden niet meegeteld, evenmin als consulten of visites daarvoor.

Behalve de normale visites werden ook de „zan”-visites genoteerd, waarmede irregulaire visites worden bedoeld. (Van zaterdag 0.00 uur tot zondag 24.00 uur, en avond- of nachtvisites van 19.00 uur tot 08.00 uur). Zo werd dus van iedere patiënt genoteerd: de datum van het onderzoek; de duur van het consult, de visite, de zan-visite; de diagnose en de tijdsduur der verrichting.

*Representativiteit van de steekproef.* Het onderzoek bleef om administratieve redenen beperkt tot ziekenfondsverzekerden. Het was niet doenlijk bovengenoemde gegevens van alle patiënten in de praktijk gedurende een jaar te verzamelen, zodat met een tienprocentige steekproef moest worden volstaan. Deze steekproef werd als volgt verkregen: iedere tiende patiënt, alfabetisch doorgeteld, werd uit het kaartsysteem in het onderzoekregister opgenomen. Dit aantal bedroeg 307 patiënten, zodat men theoretisch de praktijk op 3070 ziekenfondsverzekerden moet stellen. Volgens de opgave van het ziekenfonds bedroeg het totaal echter 2810 verzekerden, zodat er een verschil ontstond van 260 patiënten. De 307 getrokken kaarten werden met de administratie van het ziekenfonds vergeleken. Hierbij bleek, dat 26 personen wel in het kaartsysteem van de huisarts als verzekerden voorkwamen, maar niet in de administratie van het ziekenfonds werden aangetroffen. Hieruit blijkt, dat een administratief ingesteld arts, zelfs al wordt hij ge-



Tabel 1. Gemiddelde aantal consulten, visites en zan-visites per leeftijdsgroep met de hiervoor benodigde gemiddelde tijd. Gemiddelde aantal verrichtingen per persoon. Percentage zonder medische consumptie.

Leeftijd	0/2	3/15	16/25	26/35	36/45	46/55	56/65	> 65	Totaal
Aantal patiënten	10	49	35	41	33	42	55	18	263
Aantal consulten	37	82	143	134	130	230	267	72	1095
Gemiddelde aantal consulten per patiënt	0,4	1,6	4,1	3,2	4,1	5,5	7,3	4,0	4,16
Gemiddelde tijd per consult (in minuten)	2,7	2,0	2,4	2,3	3,4	2,2	2,2	2,5	2,5
Aantal visites	30	37	42	32	29	56	39	14	279
Gemiddelde aantal visites per patiënt	3,0	0,7	1,2	0,7	0,9	1,3	1,0	0,8	1,0
Gemiddeld aantal minuten per visite	5,0	5,0	5,3	5,1	4,5	4,3	5,5	5,0	5,3
Aantal zan-visites	4	1	2	1	2	6	1	5	22
Gemiddelde aantal zan-visites per patiënt	0,4	0,01	0,1	0,02	0,07	0,1	—	0,3	0,1
Gemiddeld aantal minuten per zan-visite	6,3	3,0	4,2	6,2	5,0	5,2	—	6,2	5,5
Totaal aantal verrichtingen	71	120	187	167	161	292	307	91	1396
Gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt	7,1	2,4	5,0	4,0	5,0	6,0	8,6	5,1	5,3
Geen medische consumptie	—	10	7	7	8	10	4	8	54
Percentage per leeftijdsgroep	—	22	20	19	24	24	7,5	20,5	20,5

Tabel 2. Aantal verrichtingen per aantal patiënten.

Aantal patiënten	Aantal verrichtingen per persoon	Totaal aantal verrichtingen
54	0	0
34	1	34
34	2	68
25	3	75
16	4	64
16	5	80
14	6	84
9	7	63
2	8	16
7	9	63
3	10	30
4	11	44
9	12	108
6	13	78
4	14	56
5	15	75
5	16	80
3	17	51
1	18	18
2	19	38
3	20	60
1	21	21
—	22	—
1	23	23
—	24—25—26	—
1	27	27
—	28—29—30	—
1	31	31
1	32	32
—	32/37	—
1	38	38
1	39	39
Totaal 263		1396

hulp door een geroutineerde assistente, toch niet mag vertrouwen op zijn kaartstelsel, wanneer hij dit voor een cijfermatig onderzoek wil gebruiken.

Op 12 maart 1962 werd dus met 281 patiënten het onderzoek begonnen. In het onderzoekjaar verdwenen uit deze groep achttien patiënten door verhuizing, salarisstijging tot boven de loongrens enzovoort, waardoor zij niet meer tot de bij de huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerden behoorden. Hierdoor bleven uiteindelijk 263 patiënten over, waarvan de gegevens konden worden bewerkt.

Men mag niet stellen dat de 281 patiënten met wie het onderzoek begon een representatieve steekproef vormden voor deze praktijk, maar men mag er wel van uitgaan, dat de 307 oorspronkelijke kaarten aselekt waren getrokken. Het bleek niet mogelijk de gegevens bij het ziekenfonds te betrekken daar de verzekerden niet per huisarts waren geadministreerd.

#### Bewerking van de gegevens

*Aantal verrichtingen.* Van de 263 op 13 maart 1963 overgebleven patiënten werd per leeftijdsgroep het totaal en het gemiddelde aantal consulten, visites en zan-visites nagegaan, met de tijd die hiervoor nodig was. Hierdoor ontstond tabel 1.

Met de criteria die wij voor het begrip consult en visite hanteerden en met de tijdsfactoren, die wij in dit onderzoek daarvoor aanhielden bedroeg de gemiddelde tijd per consult 2,5 minuut en per visite 5,3 minuut. In het onderzoekjaar vroeg 20,5 procent der patiënten niet om medische hulp. De patiënten in de leeftijdsgroepen van 0-2 jaar en van 56-65 jaar eisten het hoogste en die in de leeftijdsgroep van 3-15 jaar het laagste aantal verrichtingen. *Backet en Fry* komen tot soortgelijke resultaten, maar in hun

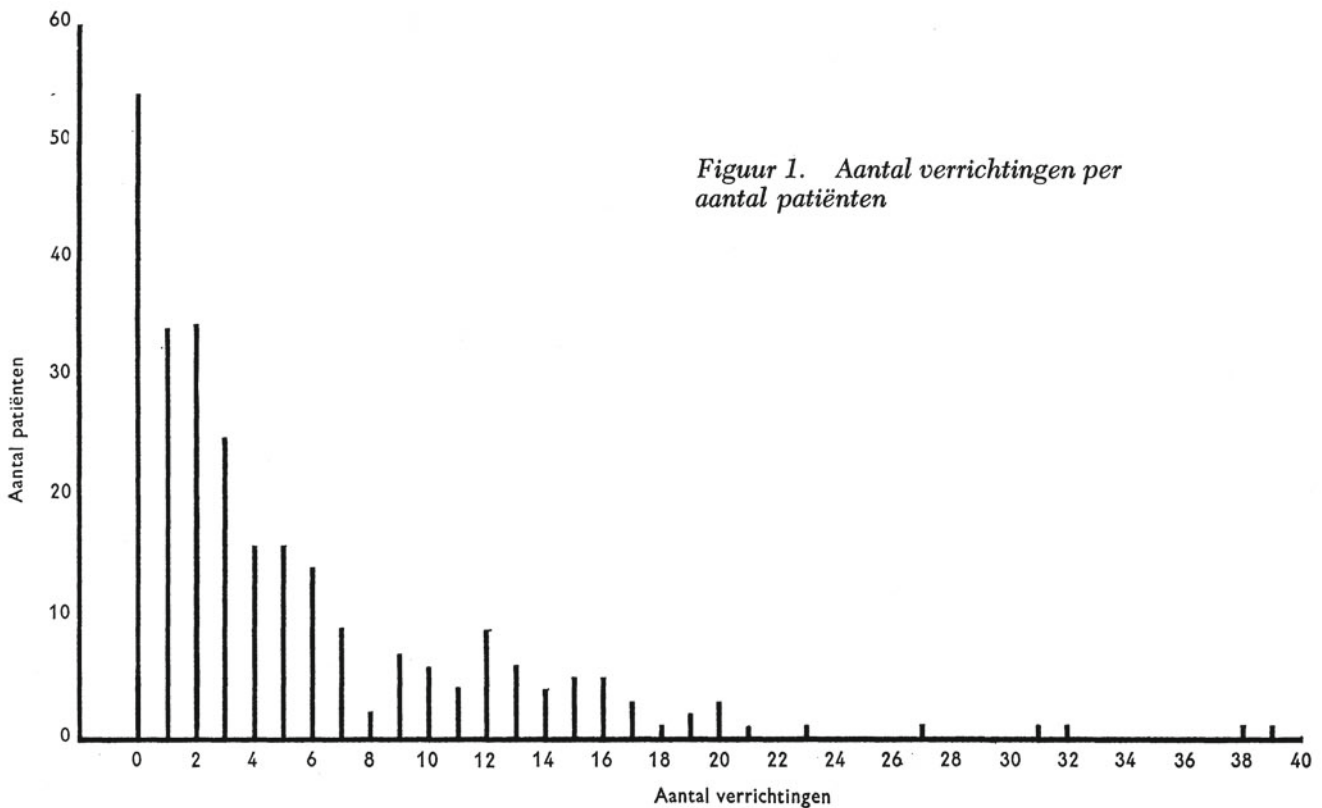
gegevens bestaat een met de leeftijd toenemende stijging. Het gemiddelde aantal verrichtingen per ingeschrevene bedroeg 5,3 per jaar.

*Verhouding hoeveelheid werk tot aantal patiënten.* Backet heeft er reeds op gewezen, dat een betrekkelijk klein gedeelte der patiënten een relatief grote hoeveelheid werk van de huisarts vraagt. Dit is begrijpelijk daar juist de ernstige patiënten veel zorg van de arts behoeven. In ons eigen onderzoek hebben wij het aantal verrichtingen met het aantal patiënten dat dit aantal verrichtingen nodig had in tabel en grafiek gebracht (tabel 2, figuur 1).

Wanneer men het totale aantal verrichtingen op honderd procent stelt en dat vergelijkt met het totale aantal patiënten, dan krijgt men, wanneer men de honderd procent verrichtingen in groepen van twintig procent splitst, tabel 3 en figuur 2.

Tabel 3. Het aantal verrichtingen en het aantal patiënten, aan wie deze verrichtingen werden gegeven, uitgedrukt in gesummeerde percentages van het totale aantal verrichtingen, respectievelijk het totale aantal ingeschrevene patiënten.

Verrichtingen	Patiënten
20	65
40	81
60	90
80	96
100	100



Wij zien hieruit, dat enerzijds 81 procent der patiënten 40 procent der verrichtingen, en anderzijds 19 procent der patiënten 60 procent der verrichtingen opeist.

*Routine onderzoek in alle huisartspraktijken van het Philips' Ziekenfonds.* De huisartsen van het Philips' Gezondheidscentrum verzorgen alle patiënten van het Philips' Ziekenfonds. Een aantal praktijk-verrichtingsgegevens wordt centraal geregistreerd. Deze registratie beoogt als routine een aantal basis-verrichtingsgegevens per jaar te verschaffen. Incidenteel kunnen op deze basis op speciale indicatie andere gegevens worden verzameld.

Als routine worden verzameld: het aantal consulten per dag; het aantal visites per dag (totaal, nieuw en oud); het aantal avond- (18.00 tot 23.00 uur) en nachtvisites (23.00 tot 8.00 uur) per dag; het aantal partussen per jaar; de duur van het spreekuur berekend vanaf de komst tot het vertrek van de arts.

Alle gegevens hebben alleen betrekking op bij het ziekenfonds ingeschrevenen. Dit waren in:

1962: 40363 patiënten en 14 huisartsen, gemiddeld 2882 patiënten per arts.

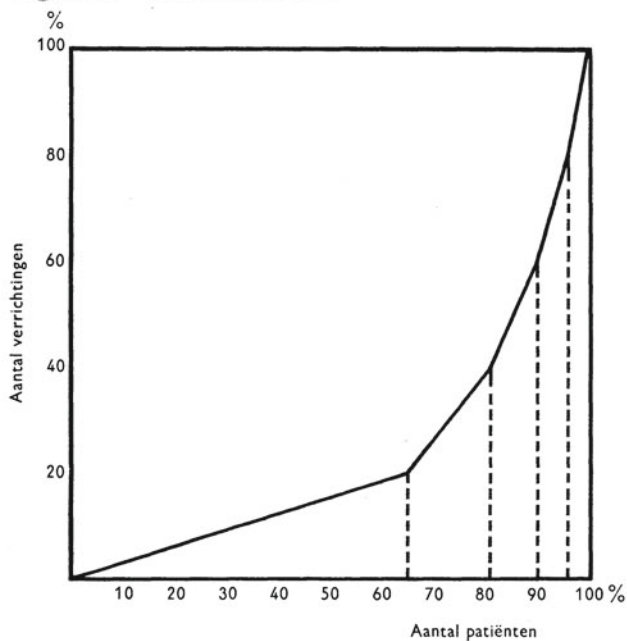
1963: 40145 patiënten en 15 huisartsen, gemiddeld 2676 patiënten per arts.

In 1962 werden de gegevens alleen verzameld vanaf april tot december. Het is mogelijk dat door het ontbreken van de registratie der voorjaarstop het jaar 1962 lagere totaalwaarden aangeeft dan het jaar 1963, waarin geen interpolatie nodig was. De tijd per consult werd berekend als: tijd begin tot

Figuur 1. Aantal verrichtingen per aantal patiënten



Figuur 2. Zie tekst tabel 3



einde spreekuur aantal behandelde patiënten. Dit is een andere berekening dan wanneer men per consult de werkelijk benodigde tijd per patiënt telkens individueel registreert zoals Van der Hoeven, Van Deen en Van der Wielen deden.

De volgende uitkomsten werden met de bovenbeschreven registratie verkregen.

Tabel 4. Aantal verrichtingen in 1962 en 1963. De gemiddelde tijd per consult.

Aantal verrichtingen per huisarts per dag *		
	1962	1963
Totaal .....	50,6	48,5
Visites .....	16,1	16,0
Consulten .....	34,5	32,3
Aantal verrichtingen ‰ ingeschrevenen per dag *		
Totaal .....	17,7	18,1
Visites .....	5,7	5,6
Consulten .....	12,0	12,5
Aantal verrichtingen/ingeschrevene per jaar		
Totaal .....	4,0	4,3
Visites .....	1,0	1,4
Consulten .....	3,0	2,9
Tijd per consult .....	4,6	4,3

\* Alle gegevens zijn gebaseerd op vijf werkdagen per week.

Tabel 5. Verhouding tussen de kwartalen en de hoeveelheid verrichtingen. Gegevens uit de literatuur vergeleken met die van het Philips' Ziekenfonds.

Onderzoek	Jaar	Eerste kwartaal	Tweede kwartaal	Derde kwartaal	Vierde kwartaal
Bradford Hill .....	1938	138	112	100	109
Stassen .....	1947/48	150	146	100	151
Mertens .....	1948/49	170	104	100	126
Buma .....	1950	119	104	100	113
Philips' Ziekenfonds .....	1962/63	171,8	113	100	135,6

De invloed van het kwartaal op het aantal verrichtingen. Verschillende onderzoekers (Buma (1952), Bradford Hill, Fry, Mertens en Stassen) hebben de verhouding tussen de kwartalen en de hoeveelheid verrichtingen nagegaan. In tabel 5 hebben wij de gegevens voor 1963 van het Philips' Ziekenfonds en de gegevens van de zojuist genoemde onderzoekers vergeleken.

Uit onze cijfers over de visites in 1963 blijkt duidelijk, dat in het eerste kwartaal het meeste werk werd vereist.

Mertens vermeldt bij zijn getallen het voorkomen van een griep epidemie in het voorjaar van 1949. In 1950 is er praktisch geen top in de influenzasterfte geweest (Centraal Bureau voor de Statistiek), zodat men mag verwachten, dat er in het onderzoek van Buma betreffende 1950 weinig epidemische verheffingen voorkomen, waardoor zijn kwartaalcijfers gelijkvormiger werden.

In het algemeen kan men stellen, dat in het eerste kwartaal het grootste en in het derde kwartaal het kleinste aantal verrichtingen valt. Epidemische infectieziekten zullen hierbij zeker van invloed zijn. 1949 en 1963 vertoonden in het eerste kwartaal een duidelijke top voor deze ziekten. Een dergelijke top werd in 1950 niet waargenomen.

Vergelijkend onderzoek van één praktijk (Van der Hoeven) en alle praktijken van het Philips' Ziekenfonds. In het (kleine) materiaal uit één praktijk (Van der Hoeven) vinden we een gemiddelde spreekuur-consulttijd van 2,5 minuten, berekend volgens de criteria zoals eerder beschreven. Van Deen vindt 5,8 minuten per consult, hij gebruikt echter andere criteria. De status wordt door hemzelf opgezocht en wellicht beoogt hij in zijn onderzoek een andere diagnose-volledigheid, zoals bijvoorbeeld de classificatie der stabiliteit-typen.

De gemiddelde consulttijd berekend voor alle huisartspraktijken (Philips' Ziekenfonds) bedroeg voor 1962: 4,6 minuten en voor 1963: 4,3 minuten. Berekent men de gemiddelde consulttijd in de onderzochte éénmans praktijk op de manier zoals voor alle praktijken werd beschreven, dan vindt men voor 1962: 3,7 minuten en voor 1963: 3,7 minuten.

Het is merkwaardig te zien, dat in alle huisartspraktijken het gemiddelde aantal ingeschrevenen daalt (1962: 2882 en 1963: 2676), maar dat de gemiddelde tijd per consult ook daalt. Het zal interessant zijn dit in de komende jaren verder te ver-



volgen. Men kan er nu reeds uit besluiten, dat men voorzichtig moet zijn met een rechtlijnig denken en dat men niet zonder meer moet veronderstellen dat vermindering der praktijkgrootte automatisch vermeerdering der consulttijd per patiënt tot gevolg zal hebben.

Van der Wielen vindt in zijn onderzoek 4,2 minuten per spreekuurconsult en 5,4 minuten per visiteconsult. Van Deen vindt voor de visitetijd bij de patiënt aan huis 6,5 minuten en ons eigen onderzoek in één praktijk geeft aan 5,5 minuten. Wij hebben geen cijfers beschikbaar over de gemiddelde visitetijd van alle praktijken van het Philips' Ziekenfonds.

Wij kunnen nu de gegevens van één praktijk en die uit alle praktijken van het betrokken ziekenfonds samenvatten en deze omrekenen tot een daggemiddelde per huisarts. Als tijd per consult namen wij de gemiddelde tijd, zoals deze uit alle praktijken werd berekend. Als visitetijd namen wij de tijd berekend uit gegevens over één praktijk, daar geen andere gegevens beschikbaar waren.

#### Consulten:

gemiddeld aantal ingeschrevenen per huisarts 2775;  
gemiddeld aantal consulten per duizend per dag 12;  
gemiddelde duur van het spreekuurconsult 4,6 minuten;  
spreekuurtijd Philips' Medische Dienst gemiddeld per dag  $2,775 \times 4,6 \times 12 = 154,5$  minuten = 2,5 uren.

Wanneer men in de literatuur de opgegeven tijd per spreekuurconsult nagaat dan bestaat hierin geen uniformiteit. De wijze van berekening zal hierbij een rol spelen. De onderzoeken geven als uitkomst een tijdsduur van 3 tot 5,8 minuten per consult.

Wanneer wij een vuistregel voor een beleid zouden willen opstellen, zou men hiervoor in het algemeen als volgt mogen rekenen: twaalf consulten per duizend per dag en een duur van vijf minuten per consult, geeft een spreekuurwerkijd per duizend van 60 minuten.

Uit vele onderzoeken in verschillende landen gedurende verschillende jaren blijkt, dat twaalf consulten per duizend per dag een „fysiologisch” verrichtingsgetal is in de huidige arts-patiënt-relatie en bij de huidige geneeskundige zorg.

*Visites.* Het is moeilijk een betrouwbaar gegeven te verschaffen voor de gemiddelde visitetijd bij de patiënt aan huis. De in de literatuur opgegeven tijd varieert tussen 5,3 en 6,5 minuten. Het lijkt alsof er voor het aantal visites per duizend per dag ook een soort „fysiologisch” cijfer bestaat en wel zes visites per duizend per dag. Wij kunnen nu weer een globale berekening voor de totale gemiddelde visitetijd, aan huis bij de patiënt, per huisarts per dag maken: gemiddelde aantal patiënten per huisarts: 2775; gemiddelde aantal visites per duizend per dag: 5,7; gemiddelde visitetijd, aan huis bij de patiënt: 5,3 minuten.

*Irregulaire visites.* Een belangrijke factor in het werk van de huisarts vormen de spoedboodschappen, met als gevolg de irregulaire, niet te „plannen” visites. Hierover konden de volgende gegevens worden verzameld: bij een eigen onderzoek in één praktijk werd gevonden 0,1 visite per patiënt per jaar of wel 0,26 per duizend per dag. Dit betrof echter avond-, nacht- en spoedboodschappen, en tevens de visites op zaterdag en zondag. In de gezamenlijke huisartspraktijken van het Philips' Ziekenfonds vonden wij 209 avond- of nachtvisites per huisarts per jaar, hetgeen overeenkomt met 0,2 avond- of nachtvisites per duizend per etmaal.

*Cargyll* geeft op: 300 irregulaire visites, exclusief partussen, maar inclusief irregulaire dagvisites voor 2500 patiënten per jaar, minus de vier weken vakantie. Dit komt ongeveer overeen met 0,4 irregulaire visites per duizend per dag. *Clyne* gaf een uitvoerig overzicht van de literatuur betreffende avond- en nachtvisites. Daaruit kan men opmaken dat zelden dezelfde criteria worden aangelegd, zodat de uitkomsten slecht vergelijkbaar zijn.

De gegevens van het onderzoek over alle patiënten (40363) van het Philips' Ziekenfonds gedurende 1962 en van een onderzoek uit 1956 over alle inwoners van een stad, waaraan alle daar werkzame huisartsen medewerkten (*Hogerzeil* 1957-1958) kunnen ons wellicht een indruk geven van de orde van grootte van avond- en nachtvisites (18.00-23.00 uur en 23.00-7.00 uur).

Philips' Ziekenfonds 1962: 209 avond- of nachtvisites per 365 dagen per huisarts met gemiddeld 2775 ingeschrevenen, exclusief partussen; 0,2 avond- of nachtvisites per duizend per etmaal.

Hogerzeil 1956: 1273 avond- of nachtvisites eerste halfjaar 1956 voor 58535 personen, exclusief partus; 0,12 avond- of nachtvisites per duizend per etmaal.

In het algemeen kan men stellen dat de huisarts op duizend patiënten gemiddeld eenmaal per vijf dagen een avond- of nachtvisite maakt, exclusief partus. Dit lijkt een klein getal, maar omdat het geregeld, ongeregeld optreedt, is het een belangrijke factor.

*Partussen.* Ook deze moeten wij tot de irregulaire factoren in de praktijk rekenen. Het aantal partus dat de huisarts doet zal sterk afhangen van zijn affectie en interesse voor dit aspect van de geneeskunde. Onze gegevens over alle praktijken van het Philips' Ziekenfonds geven aan: zestien partus per huisarts per jaar. Berekent men het aantal partus, dat de Nederlandse huisarts per jaar doet, dan komen wij op 30 tot 35 per jaar (240 000 geboorten, waarvan 37 procent door de vroedvrouw geleid wordt, de rest door 4600 huisartsen).

Uit het bovenstaande krijgt men een indruk van de hoeveelheid verrichtingen, volgens onze gegevens, per duizend patiënten, per huisarts, per jaar. In het thans volgende gedeelte zal worden nagegaan wat in de literatuur wordt vermeld over de medische consumptie door de patiënt en de verrichtingen door de (huis-)arts.



De belangrijkste uitkomsten der literatuurgegevens staan in *tabel 6* vermeld. De kolommen vermelden de uitkomsten der aantallen verrichtingen per duizend patiënten per dag, het percentage personen dat geen consumptie vraagt, het gemiddeld aantal verrichtingen per persoon per jaar en de gemiddelde tijd per consult en per visite. De literatuurgegevens beperken zich tot Nederland en Engeland. De tabel is verder ingedeeld naar onderzoeken in één praktijk, door één arts en naar onderzoeken in verschillende praktijken, waarbij de uitkomsten als totaal werden bewerkt.

*Literatuurgegevens over onderzoeken in één huisartspraktijk.* De gegevens verzameld in één praktijk door één onderzoeker zullen beïnvloed worden door de praktijkgrootte, de geografische omstandigheden en de subjectieve gerichtheid van de onderzoeker. Mertens, Stassen en Fry, artsen met grote praktijken hebben minder verrichtingen per duizend patiënten per dag en de medische consumptie per persoon per jaar is laag. Mertens betiteld zijn publikaties als „enkele gegevens uit een zeer grote dorpspraktijk”. De sociografische omstandigheden in het praktijkmateriaal van Ruhe zijn typisch voor die van een plattelandspraktijk. Dit geldt ook voor het materiaal van Stassen en Mertens. Ruhe vermeldt als aantal verrichtingen per persoon per jaar voor 1938: 1,7 en voor 1954: 2,5.

Deze getallen hebben betrekking op zijn totale praktijk. Voor zijn fondspatiënten geldt in 1936/38 4,0 verrichtingen per persoon per jaar.

Wellicht ten overvloede mag worden gesteld dat een geringe behoefte aan medische hulp per patiënt niet mag worden uitgelegd als een onvoldoende geneeskundige zorg door de betrokken arts. Sociaal-economische en cultuur-antropologische patronen spelen hierbij een rol. Deze zijn van invloed op het criterium dat het begrip medische zorg bepaalt; zij liggen eveneens in belangrijke mate ten grondslag aan de motivering der geneeskundige behoefte. De huisartsen die hun praktijkervaringen bewerkten beschikten niet altijd over deskundige hulp bij het analyseren en interpreteren van hun waarnemingen. Het valt op dat, niettegenstaande al deze factoren, een aantal der eenmanspraktijken een grote overeenkomst in uitkomsten te zien geeft.

*Literatuurgegevens over onderzoeken in verschillende huisartspraktijken.* Wanneer een buitenstaander een simultaanonderzoek verricht in verschillende praktijken door gebruik te maken van administratieve gegevens (Philips), door enquêteurs in te schakelen (T.N.O./Van der Wielen), door onpersoonlijke formulieren te zenden (B.M.A./Bradford Hill/Logan) of door een combinatie van deze methoden te bezigen (Querido/Kreger) dan zullen de desbetreffende huisartsen subjectief minder be-

*Tabel 6. Medische consumptie door de patiënt en verrichtingen door de huisarts in Nederland en Engeland.*

Onderzoek-jaar	Onderzoeker	Aantal patiënten	Verrichtingen 0/00				Percentage geen verrichtingen	Tijd per verrichting		
			Consulten per dag	Visites per dag	Consulten + visites per dag	Consulten/visites ratio		Consulten	Visites	Verrichtingen per persoon per jaar
<i>Eén praktijk</i>										
1947/48	Stassen	3673	5,4	2,0	7,4	2,5	28,0	—	—	3,0
1948	Van Deen	2080	12,0	9,5	21,5	1,36	—	5,8	6,5	—
1948/49	Mertens	4901	5,6	3,0	8,6	1,8	—	—	—	2,6
1948	Visser	800	12,0	6,4	18,4	2,1	—	—	—	5,5
1950	Buma/Bak	2342	—	—	14,1	—	29,6	—	—	4,2
1950/51	Backet	3084	10,0	6,5	16,5	1,8	28,0	—	—	5,0
1951	Fry	4456	9,0	2,0	11,0	4,5	25,0	—	—	3,28
1952/53	Jansen-Emmer	3491	—	—	14,5	—	23,6	—	—	4,4
1954	Hogerzeil	2775	12,0	4,9	16,9	2,4	—	—	—	5,0
1962/63	Van der Hoeven	2810	13,7	4,0	17,7	3,4	20,5	2,5	5,3	5,3
<i>Verscheidende praktijken</i>										
1936	British Medical Association, Engeland	1590207 5418 artsen	—	—	—	—	—	—	—	5,13
1938	Bradford Hill, Engeland	6218752 patiënten 270 praktijken	13,2	4,0	17,2	3,3	—	—	—	5,0
1950/51	Querido/Kreger, Amsterdam	160 < 3000 patiënten 110 > 3000 patiënten	17 totaal	11 totaal	28 totaal					
1953-60	Van der Wielen, Nederland	268 praktijken	13	5	18	2,6		3,0	—	—
1955	Logan, Engeland	106 praktijken 382829 patiënten	—	—	—	—	—	4,2	5,4	—
1962	Philips' Gezondheidscentrum, Eindhoven	40363 patiënten	12	5,7	17,7	2,1	—	4,6	—	4,0



trokken zijn in het onderzoek. Het grote aantal deelnemende artsen en patiënten maakt het mogelijk een waarheidsgetrouw beeld te vormen. In een aantal grote onderzoeken werd bovendien gestreefd naar een aselechte steekproef uit de populatie, waarbij zowel voor de praktijkgrootte als voor de sociografische praktijkomstandigheden en tevens voor een aantal andere variabelen, „veiligheden” in het onderzoek werden ingebouwd.

Het meest imponerende en verbazingwekkende in deze door verschillende onderzoekers verkregen uitkomsten is de gevonden overeenkomst. Aangezien deze onderzoeken op geheel verschillende tijdstippen zijn verricht, blijken de uitkomsten ook in de tijd constant te zijn. De getallen van de British Medical Association en die van Bradford Hill betreffen 1936/38, die van Querido en Kreger 1950, die van Logan 1955 en die van Philips 1962/63. Al deze uitkomsten zijn vrijwel gelijk. Het lijkt alsof het aantal verrichtingen per duizend personen door de huisarts per dag en de behoefte aan medische hulp van de patiënt per jaar in de loop van 25 jaar niet zijn veranderd.

Onze eerste reactie op deze uitkomsten is, dat het niet waar kan zijn: de getallen kunnen niet zo precies kloppen, ze zijn onjuist berekend, fout geïnterpreteerd of onvergelykbaar. Wanneer men zich realiseert, dat juist in de laatste 25 jaar chemotherapie, antibiotica en tuberculostatika ter beschikking kwamen, immunisatie uitgebreid werd toegepast, specialistische anesthesie in ieder ziekenhuis regel werd en de antitrombose therapie tot stand kwam, dan wil men niet geloven, dat dit alles de medische consumptie niet zou hebben verminderd. De gebleken constantheid is overigens merkwaardig, als men meent dat de medische consumptie en het aantal medische verrichtingen steeds toenemen.

Men kan ook als overweging doen gelden dat de arbeidscapaciteit van de huisarts constant is zodat de hoeveelheid werk die de patiënt vraagt wordt bepaald door de hoeveelheid arbeid die de arts menselijkerwijs gesproken kan geven.

Hoe men over een en ander moge denken, men zal zich moeten refereren aan deze cijfers, welke betrekking hebben op uitkomsten verkregen uit één praktijk en uit verschillende praktijken, zowel in Nederland als in Engeland, welke volgens goede statistische normen zijn bewerkt. Uit dit materiaal blijkt, dat 70 tot 80 procent der bevolking tenminste eenmaal per jaar een geneeskundig contact heeft, dat de gemiddelde medische consumptie per jaar vier tot vijf verrichtingen per persoon bedraagt en dat per duizend personen zeventien tot achttien verrichtingen per dag worden uitgevoerd. Deze gegevens verschaffen een uitgangspunt voor verdere beschouwingen.

In de eerste plaats kan men bovengenoemde gegevens gebruiken voor een onderzoek naar een efficiënte praktijkvoering, afgestemd op de speciale taak van de arts. Bij een dergelijk organisatie-onderzoek is een aantal variabelen betrokken voor de beoordeling waarvan de arts advies van niet-medici

nodig zal hebben. Bij het verdere uitstippelen van zijn medische beleid zal hij moeten beschikken over morbiditeitsgegevens. De geneeskunde van de huisarts vormt een onderdeel van de volksgezondheidszorg. Een werkelijk verantwoord plan zal daarom moeten worden opgebouwd, in een gesprek tussen alle geneeskundige groepen en in overleg met andere deskundigen.

Er is een tweede punt waarop bovengenoemde cijfers onze aandacht richten, namelijk op de enorme mogelijkheden welke de geneeskunde heeft voor preventie en preventieve adviezen, gezondheidsvoorlichting en hulp bij de opbouw van een positieve gezondheidszorg. De Nederlandse huisartsen zien gezamenlijk ongeveer 220 000 personen per dag. Dit betreft alleen de individuele contacten. Bij ieder individu behoort echter een gezin en een milieu-situatie. Wie heeft er beter gelegenheid dan de huisarts, hier ongemerkt en onopvallend een preventief advies te geven en daardoor een positieve gezondheidsbeïnvloeding te bewerkstelligen bij de acht tot tien miljoen mensen met wie hij ieder jaar weer een speciaal contact onderhoudt?

Wanneer men een manier zou willen bedenken om individueel gerichte preventie en gezondheidsvoorlichting te geven aan een bevolking dan zou men er met geen enkele methode in slagen een dergelijk intensief contact, dat vaak nog emotioneel bijzonder gunstig ligt en zeer ontvankelijk is voor positieve adviezen, te bereiken. Ook hierbij echter zou een wel doordacht plan nodig zijn. Daarbij zou wellicht zelfs begonnen moeten worden met het geven van voorlichting aan de artsen hoe deze mogelijkheden kunnen worden benut, zonder dat er schade wordt aangericht en grensoverschrijdingen plaatsvinden.

Ook op dit terrein dient men de huisartsen te beschouwen als een groep die mede de gezondheid der bevolking verzorgt. Wanneer men denkt aan medische consumptie, geneeskundige behoefte der bevolking en een aangepast beleid, dan vormen de huisartsen een deel van het geheel waarin ziekenhuizen en specialisten, consultatiebureau-artsen en militairgeneeskundigen, bedrijfsartsen en controlerend geneeskundigen, artsen van inrichtingen, medische adviseurs, keurende artsen en vele andere groepen, samenwerken.

Wanneer de huisarts per dag 1,8 procent der bevolking ziet, dan zal de totale geneeskundige zorg zeker het dubbele aantal bereiken. Ook andere artsen zien niet alleen de individuen. De bedrijfsarts werkt in het werkmilieu en beïnvloedt het bedrijf of de bedrijfsafdeling en ditzelfde geldt mutatis mutandis voor alle geneeskundigen. Een enkel cijfer kan dit nog adstrueren. Het gemiddelde ziekteverzuimpercentage per dag bedraagt rond vijf procent der werkende bevolking. Wanneer men deze arbeidsbevolking op vier miljoen personen stelt, zijn er per dag ongeveer 200.000 personen afwezig wegens ziekte. Zij allen hebben hierbij een contact met de bedrijfsarts of de controlerend geneeskundige. Door ongevallenverzuim komen hier nog 30 000 per-



sonen bij. Misschien beseffen wij nog te weinig welke mogelijkheden wij als geneeskundigen gezamenlijk hebben.

Er is een derde punt en wel een dat iedere arts direct aanspreekt: de patiënt, de mens als homo patiëns, die ons bezoekt met een ziekte, een ziekteprobleem, een defect, een stoornis, een afwijking of een onuitgesproken vraag. Wij kunnen ook ten aanzien van de patiënt niet voorbijgaan aan het constant blijven der cijfers over de laatste 25 jaar. Het is een feit dat bepaalde ziekten in frequentie zijn afgenomen, maar niettemin blijkt dat de medische consumptie constant bleef.

Men kan niet anders concluderen dan dat de symptomatologie verandert maar dat de klacht, de geneeskundige behoefte onverminderd blijft bestaan. Men zou uit deze cijfers ook af kunnen leiden dat het een illusie is te veronderstellen dat de medische consumptie zal verminderen. De behoefte aan geneeskundige hulp schijnt een menselijke eigenschap te zijn die zich afhankelijk van tijdsperiode en medisch-culturele omstandigheden, in een verschillende symptomatologie manifesteert. Bij een gelijk blijven der medische consumptie, maar een teruggaan in frequentie van bepaalde ziekten, zal zich een nieuw morbiditeitspatroon openbaren.

*Conclusie:* voorlopig kunnen wij stellen, dat er een duidelijk en omschreven beeld naar voren treedt uit de kwantiteit der medische consumptie en dat hieruit drie belangrijke aanwijzingen volgen voor verder onderzoek, namelijk: ten eerste het uitstippelen van een efficiënte geneeskundige zorg; vervolgens de mogelijkheid als geneeskundige gebruik te maken van de zeer frequente en intensieve contacten met vrijwel de gehele bevolking voor het geven van geneeskundige preventie, gezondheidsvoorlichting en behandeling der gezonde bevolking; en ten derde het maken van een analyse van de verschuiving der ziektepatronen, waarbij de klacht, de behoefte aan medische consumptie, blijft, maar de symptomatologie, het morbiditeitspatroon, verandert.

*Samenvatting.* Bij een onderzoek in een ziekenfondshuisartspraktijk en in alle huisartspraktijken van een ziekenfonds, en bij een literatuuronderzoek over onderzoekingen in één en in vele huisartspraktijken in Nederland en Engeland werden de volgende uitkomsten gevonden. Duizend patiënten vragen zeventien tot achttien verrichtingen per dag; duizend patiënten

vragen gemiddeld twaalf consulten en zes visites per dag; de bevolking vraagt gemiddeld vier tot vijf verrichtingen per persoon per jaar; 70 tot 80 procent der bevolking heeft tenminste eenmaal per jaar een medisch contact met een huisarts; duizend patiënten vragen eenmaal per vijf dagen een avond- of nachtvisite; duizend patiënten vragen een spreekuurtijd van een uur per dag; duizend patiënten vragen 36 minuten visitetijd per dag, exclusief de rijtijd.

*Summary. Medical actions in general practice.* A study made in a panel practice and in all general practices covered by a given sickness insurance agency, and a review of the literature concerning studies in a single and in many general practices in the Netherlands and England, yielded the following results. One-thousand patients require seventeen to eighteen actions per day; one-thousand patients require an average of twelve consultations and six visits per day; the population requires an average of four to five actions per person per year; 70-80 percent of the population have at least one medical contact with the general practitioner per year; one-thousand patients require one evening or night visit per five days; one-thousand patients require a consulting-room time of one hour per day; one-thousand patients require 36 minutes' visiting time per day, not including travelling time.

- Bracket, E. M., J. A. Heady en J. C. G. Evans (1954) Brit. med. J. I, 109.
- Bradford Hill, A. (1951) J. Royal Statist. Soc., series A (General), I, 1.
- Buma, J. T. (1952) Med. Contact 7, 151.
- Buma, J. T. en L. Bak (1952) T. soc. Geneesk. 30, 327.
- Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, Leiden.
- Cargyll, D. (1963) Lancet II, 1112.
- Clyne, M. B. en A. Lask (1961) Night calls; a study in general practice. Tavistock Publ., London.
- Deen, K. J. van, (1952) Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen. Hoitsema, Groningen.
- Fry, J. (1952) Brit. med. J. II, 249.
- Hadfield, S. J. (1953) Brit. med. J. II, 683.
- Hogerzeil, H. H. W. (1954) Resultaten in een huisartsenpraktijk. Academisch proefschrift, Utrecht. J. J. Tijl, Zwolle.
- Hogerzeil, H. H. W. (1957-1958) huisarts en wetenschap 1, 25.
- Jansen-Emmer, E. M. (1958) Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Academisch proefschrift, Amsterdam. De Haan, Zeist.
- Kreger, A. (1952) T. soc. Geneesk. 30, 85.
- Logan, W. P. D. (1958) Morbidity statistics from general practice. Vol. 1 (General) H.M.S.O., London 1958.
- Mertens, A. Th. L. M. (1953) T. v. Soc. Geneesk. 31, 347.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. V. Gorcum en Comp. n.v., Assen.
- Stassen, W. (1953) T. soc. Geneesk. 31, 191.
- Visser, H. J. F. (1952) Med. Contact 7, 185.
- Wielen, Y. van der, (1960) De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. V. Gorcum en Comp. n.v., Assen.