

Huisarts en verpleegster; verslag van een „pilot study“ over de vraag in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn

DOOR DR. F. J. A. HUYGEN EN TH. A. M. G. VAN THIEL, HUISARTSEN TE LENT EN ZR. H. DEGEN,
VERPLEEGSTER TE NIJMEGEN

Inleiding. De in bovenstaande titel gestelde vraag is voor de twee eerstgenoemde auteurs de laatste jaren herhaaldelijk gerezen tijdens hun dagelijkse besprekingen over de gang van zaken in de door hen verzorgde huisartspraktijk. Een oriënterende analyse van een aantal visites in 1965 gaf hun de indruk dat bij een aantal van deze visites een verpleegster waardevolle hulp had kunnen verlenen en dat zij de betreffende arts in een aantal gevallen zelfs geheel zou kunnen hebben vervangen. Een voorlopige opzet werd gemaakt voor een klein onderzoek op dit gebied door middel van een systematische analyse van een reeks visites. Dit onderzoek is echter nooit uitgevoerd omdat de initiatiefnemers zich realiseerden dat zij slechts hun eigen oordeel als criterium zouden kunnen hanteren, terwijl het toch zeer gewenst zou zijn een en ander te toetsen aan het oordeel van een verpleegster. Een moeilijk punt bleek ook de beoordeling te zijn van de belangrijke vraag of de betreffende patiënten de komst van een verpleegster al of niet zouden accepteren. Zo bleef dit vraagstuk liggen, hoewel het telkens in de discussies weer aan de orde kwam.

Er kwam verandering in deze situatie toen de derde bovengenoemde auteur — abituriente van de Hogere School voor Verplegenden te Nijmegen — zich bij ons vervoegde met de vraag of zij in januari 1967 een maand stage in onze praktijk zou kunnen lopen in het kader van het behalen van de aantekening kinderhygiëne. Zij zou daartoe een aantal zittingen op de consultatiebureaus voor zui-gelingen en kleuters en een aantal huisvisites bij zieke kinderen willen meemaken, terwijl zij tevens een indruk wilde krijgen van de gang van zaken in een huisartspraktijk. Deze gelegenheid werd dankbaar aangegrepen om een oriëntatie „pilot-study“ op te zetten over de in de titel genoemde vraag. Besloten werd dat de zuster gedurende een maand naast de spreekuren en bureauzittingen zoveel mogelijk alle visites zou meemaken. Daarna zouden wij gezamenlijk voor elke visite beoordelen of zij daarbij een taak zou hebben gehad en zo ja, wat dan de inhoud van deze taak zou zijn geweest. Tevens zou worden getracht de zuster, na een introductie in de praktijk gedurende de eerste weken, in

Samenvatting. Beschrijving van een „pilot study“, waarbij in samenwerking tussen huisarts en verpleegster gedurende een maand werd nagegaan, welke hulp de verpleegster ten aanzien van huisbezoeken de huisarts had kunnen aanbieden. Hierbij werd gevonden dat de verpleegster de huisarts bij ongeveer een van de drie visites had kunnen vervangen. In tegenstelling met de verwachtingen bleek dat dit vervangen vaker bij acuut zieken dan bij chronisch zieken, vaker bij kinderen dan bij bejaarden, vaker bij bedlegerigen dan bij ambulante patiënten, en vaker bij eerste visites dan bij retourvisites mogelijk zou zijn geweest.

de laatste weken zelfstandig visites te laten afleggen.

Algemene praktijkgegevens. Karakter. De praktijk is een zich onder de rook van een stad bevindende grote, apotheekhoudende plattelandspraktijk. De kern ervan wordt gevormd door drie dorpen; nagenoeg de gehele bevolking van ieder der drie dorpen behoort tot deze praktijk. De praktijkbevolking geeft dus een goede afspiegeling van de samenstelling van de bevolking van de verschillende dorpen. Het grootste dorp krijgt de laatste jaren in toenemende mate een verstedelijkt karakter. De periferie van de praktijk wordt gevormd door randbewoners van enkele andere dorpen, terwijl een klein gedeelte van de praktijkbevolking in de stad woont. In dat gedeelte is sprake van een duidelijke selectie, omdat de hogere sociale lagen hierin sterk overheersen. Enkele cijfers over de praktijkbevolking vindt men in de *tabellen 5 en 6*.

De praktijkstaf. De praktijk wordt verzorgd door de beide huisartsen en door twee gediplomeerde (NIPA) praktijkassistentes. Iedere dag worden alle patiënten-contacten door de beide huisartsen samen met de eerste praktijkassistente besproken. Aan dit team werd gedurende de maand januari 1967 de verpleegster toegevoegd, die alle besprekingen bijwoonde. Met de twee wijkzusters, wier wijken door deze praktijk worden bestreken, bestaat een goede verhouding. Er is een regelmatig en frequent contact, terwijl bovendien tezamen

met deze zusters de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters worden gehouden: in ieder wijkgebouw is tweemaal per maand een zitting voor zuigelingen en eenmaal per maand een zitting voor kleuters. Ook met de maatschappelijke werkers die in het praktijkgebied beschikbaar zijn, bestaat een goede samenwerking.

Het aantal visites en consulten in de praktijk. Van half november 1966 tot half februari 1967, dus gedurende ongeveer drie maanden, werden de visites en consulten in de praktijk geteld en de patiënten gesplitst in ziekenfonds- en particuliere patiënten. Deze gegevens worden vermeld in *tabel 1*.

In *tabel 2* is het aantal visites per maand vermeld, benevens het aantal dagen per maand waarop is geteld. Zaterdag, zon- of feestdagen zijn niet meegerekend. Het betreft hier derhalve volle werkdagen.

Uit deze tabel blijkt dat er in de onderzoeksperiode — de maand januari — eerder minder dan meer visites zijn afgelegd.

In *tabel 3* is het daggemiddelde uitgerekend. Op een werkdag kwamen gemiddeld ongeveer 33 patiënten op het spreekuur en werden er zeventien visites bij patiënten aan huis afgelegd. De verhouding consulten tot visites staat dus ongeveer als twee tot één. (Voor vergelijking met andere Nederlandse cijfers zie *Sanders*.) Uitgaande van de getallen uit *tabel 3* en de praktijkomvang komt men — geen rekening houdend met een seizoensinvloed — tot een totaal verrichtingscijfer van 2,6 per patiënt per jaar. In werkelijkheid zal dit getal nog iets lager liggen, omdat het seizoen wel degelijk invloed heeft. Het cijfer 2,6 is laag te noemen vergeleken met gepubliceerde cijfers uit andere praktijken (*Van der Hoeven en Hogerzeil, Sanders*). Ter verklaring van dit verschil kan in de eerste plaats worden gewezen op het karakter van de praktijkbevolking. Het is immers bekend dat het aantal verrichtingen in plattelandspraktijken lager is dan in stadspraktijken (zie onder andere *Van der Wielen en Mertens*).

In de tweede plaats zal de wijze van praktijkvoering van invloed zijn geweest. Reeds vele jaren wordt een beleid gevoerd dat erop is gericht onnodige en buitentijdse verrichtingen zo mogelijk te vermijden. Bij het aannemen van boodschappen wordt getracht zo goed mogelijk uit te maken of een visite inderdaad is geïndiceerd. Retourvisites worden alleen op een duidelijke indicatie afgelegd; in het algemeen wordt getracht het ziektegeval zo mogelijk bij het eerste consult of bij de eerste visite definitief af te handelen. Wel dient te worden opgemerkt dat het naar onze indruk in de observatieperiode vrij rustig was. Deze indruk werd bevestigd door vergelijking met de cijfers uit de visiteboekjes van de overeenkomstige periode van het jaar tevoren.

Table 1. Aantal consulten en visites gedurende de periode half november 1966 tot half februari 1967

Patiënten	Consulten	Visites	Totaal
Particulier	505	333	838
Ziekenfonds	1528	709	2237
Totaal	2033	1042	3075

Tabel 2. Aantal visites per maand gedurende de periode half november 1966 tot half februari 1967

Patiënten	2e helft november	december	januari	1e helft februari	Totaal
Particulier	89	97	109	38	333
Ziekenfonds	154	261	217	77	709
Totaal	243	358	326	115	1042
Aantal werkdagen	12	20	22	8	62

Tabel 3. Aantal consulten en visites per dag in de periode half november 1966 tot half februari 1967

Patiënten	Consulten	Visites	Totaal
Particulier	8,1	5,4	13,5
Ziekenfonds	24,6	11,4	36,1
Totaal	32,7	16,8	49,6

Het aantal visites in het tijdperk half november 1965 tot en met half februari 1966, weer over 62 volle werkdagen geteld, bedroeg 1199. Dit aantal was dus veertien procent hoger dan in de overeenkomstige periode in 1966-'67. In de maand van onderzoek — januari 1967 — werden, zoals uit *tabel 2* blijkt, 326 visites geteld gedurende 22 volle werkdagen. Dit is gemiddeld 14,8 visites per dag, dus twee visites minder dan het daggemiddelde over de periode half november 1966 tot half februari 1967 (*tabel 3*). Uit dit alles moge blijken dat in de onderzoeksperiode zeker niet meer visites dan gewoonlijk zijn afgelegd.

Het aantal visites in de maand van onderzoek. In januari 1967 zijn, los van bovenstaande gegevens, alle visites apart geteld (dus ook die op zaterdag en zondag in de eigen praktijk werden afgelegd) en op randponskaarten overgebracht. In totaal werden zo gedurende januari 347 visites geregistreerd. Hierbij waren acht spoedvisites (2,3 procent) en zes andere buitentijds aangevraagde visites (1,7 procent). Deze visites betroffen zowel kortdurende acute ziektegevallen, langdurige, chronische ziektegevallen en visites voor partus of kraambed, terwijl enkele visites om een andere reden werden afgelegd (condoleance of sociale redenen). In *tabel 4a* is de verdeling over deze rubrieken uitgezet

tegen de leeftijdscategorie van de betreffende patiënten.

Uit tabel 4b blijkt dat ruim de helft van de visites voor acute ziekten werd afgelegd en bijna een derde voor chronische ziekten. De 347 visites werden afgelegd ten behoeve van 188 patiënten. Gemiddeld werden dus per patiënt bijna twee (1,8) visites afgelegd.

In tabel 5 zijn deze patiënten ingedeeld naar geslacht en leeftijdscategorie en geplaatst tegen de achtergrond van de gehele praktijkbevolking.

Bij analyse van deze gegevens blijkt de leeftijdsverdeling van de bezochte patiënten zowel voor mannen als voor vrouwen significant te verschillen van die van de praktijkbevolking (p is in beide gevallen < 0,01). Bij de bezochte patiënten

zijn de mannen van 17 tot 64 jaar ondervertegenwoordigd, maar mannen boven 65 jaar oververtegenwoordigd. Bij de bezochte vrouwen is de leeftijdscategorie van 0 tot 16 jaar en die van 17 tot 64 jaar ondervertegenwoordigd, maar de categorie boven 65 jaar oververtegenwoordigd. Bovendien zijn er onder de bezochte patiënten meer vrouwen dan overeenkomt met de praktijksamenstelling (p < 0,01).

Het is algemeen bekend dat bejaarden meer medische hulp nodig hebben dan patiënten uit de overige leeftijdscategorieën en dat de medische consumptie van vrouwen op volwassen leeftijd hoger is dan van mannen.

In tabel 6 zijn de patiënten ingedeeld naar de aard van de ziekteverzekering. Deze cijfers lijken erop te wijzen dat meer ziekenfondspatiënten thuis

Tabel 4a. Verdeling van het aantal visites naar leeftijdsgroep en naar aard van de aandoening. Tussen haakjes de percentages van de leeftijdsgroepen.

Leeftijd	Acuut ziek	Chronisch ziek	Kraambed	Overige redenen	Totaal
0—16 jaar	59 (31,6)	1 (0,9)		1	61 (17,6)
17—64 jaar	92 (49,2)	20 (7,7)	42		154 (44,4)
65 en ouder	36 (19,2)	92 (81,4)		4	132 (38,0)
Totaal	187 (100,0)	113 (100,0)	42	5	347 (100,0)

Tabel 4b. Aard der aandoeningen per leeftijdsgroep in percentages.

Leeftijd	Acuut	Chronisch	Kraambed	Overige redenen	Totaal
0—16 jaar	96,8	1,6		1,6	100,0
17—64 jaar	59,7	13,0	27,3		100,0
65 en ouder	27,3	69,7		3,0	100,0
Totaal	53,9	32,6	12,1	1,4	100,0

Tabel 5a. Verdeling van het aantal patiënten naar leeftijdsgroep en geslacht gedurende de onderzoeksperiode en van de gehele praktijk. Tussen haakjes de percentages van de leeftijdsgroepen.

Aantallen	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Onderzoek	Praktijk	Onderzoek	Praktijk	Onderzoek	Praktijk
0—16 jaar	26 (33,8)	933 (36,1)	20 (18,0)	827 (34,0)	46 (24,5)	1760 (35,1)
17—64 jaar	31 (40,2)	1449 (56,0)	41 (37,0)	1371 (56,4)	72 (38,3)	2820 (56,2)
65 en ouder	20 (26,0)	205 (7,9)	50 (45,0)	232 (9,6)	70 (37,2)	437 (8,7)
Totaal	77 (100,0)	2587 (100,0)	111 (100,0)	2430 (100,0)	188 (100,0)	5017 (100,0)

Tabel 5b. Aantal patiënten gedurende de onderzoeksperiode en van de gehele praktijk in percentages

Percentages	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Onderzoek	Praktijk	Onderzoek	Praktijk	Onderzoek	Praktijk
0—16 jaar	56,5	53,0	43,5	47,0	100,0	100,0
17—64 jaar	43,0	51,4	57,0	48,6	100,0	100,0
65 en ouder	28,6	46,9	71,4	53,1	100,0	100,0
Totaal	41,0	51,6	59,0	48,4	100,0	100,0

zijn bezocht dan particuliere patiënten. De verschillen zijn echter statistisch niet significant ($p > 0,30$).

Tabel 6. Verdeling van het aantal patiënten naar ziekteverzekering. Tussen haakjes aantallen in procenten.

Verzekering	Onderzoek	Praktijk
Particulier	56 (29,8)	1698 (33,8)
Ziekenfonds	132 (70,2)	3319 (66,2)
Totaal	188 (100,0)	5017 (100,0)

Het eigenlijke onderzoek. Van al deze visites hebben wij gezamenlijk nagegaan of er een taak voor de zuster zou zijn geweest en zo ja, wat de aard van deze taak zou zijn. Bij de indeling werden de volgende rubrieken en criteria gebruikt.

Volledige vervanging. De zuster had de taak van de arts geheel kunnen overnemen en had kunnen volstaan met de arts hierover te rapporteren. Van deze rubriek werden alle gevallen uitgesloten waarbij onderzoekmethoden moesten worden gebruikt, welke slechts een arts kan hanteren, zoals onderzoek van hart en longen, neurologisch onderzoek, otoscopisch onderzoek en dergelijke.

Gedeeltelijke vervanging. De zuster had deze zie-tegevallen voorlopig kunnen afhandelen door zich een indruk te vormen van de aard en de ernst van de stoornis en door het geven van eenvoudige adviezen. Zij zou de patiënt daarna naar het spreekuur hebben kunnen verwijzen.

Hulp voorafgaande aan de visite door de arts. In deze rubriek werden die visites ingedeeld, waarbij het nuttig zou zijn geweest als de zuster reeds een aantal gegevens zou hebben verzameld omtrent pols, temperatuur en dergelijke. Zij zou ook hebben kunnen zorgen dat de patiënt klaar was voor het onderzoek en niet nog geheel zou moeten worden ontkleed. Het werd ook nuttig geacht wanneer zij vast urine had kunnen verzamelen en wanneer zij zich reeds, voorafgaand aan de visite door de arts, een indruk had kunnen vormen over de aard en de ernst van de stoornis. De arts zou zijn visites dan beter geïnformeerd en meer gericht kunnen hebben afgelegd, terwijl deze werkwijze hem ook tijd had kunnen besparen. Na een dergelijke „screening” door de zuster zou de visite ook kunnen zijn uitgesteld (bijvoorbeeld bij spoed- of buitentijdse boodschappen) tot een tijdstip waarop het de arts beter zou schikken in verband met zijn route.

Hulp tijdens visite door de arts. Wanneer de zuster de temperatuur had kunnen opnemen, de pols tellen, helpen bij uit- of aankleden, vasthouden van kinderen bij trommelvliesonderzoek, paracentese en dergelijke.

Geen taak. Wanneer de zuster niet of nauwelijks een gedeelte van de taak van de arts had kunnen overnemen of anderszins iets aan de dienstverlening aan de patiënt had kunnen toevoegen.

In de aard van de taak werden de volgende mogelijkheden onderscheiden:

Diagnostisch: het zich vormen van een indruk over de aard en ernst van de stoornis, temperatuur opnemen, pols tellen, urine en bloed voor onderzoek afnemen en dergelijke.

Therapeutisch: het geven van adviezen, het toedienen van injecties, het controleren van de therapie, het toezeggen van eenvoudige recepten als hoofdpijnpoeders, hoestdranken en dergelijke na overleg met de arts.

Verpleegkundig: het geven van aanwijzingen omtrent verpleging en verzorging, het leggen vanverbanden, het steriel opvangen van urine voor een kweek en dergelijke.

G.V.O.: het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, het nader uitleggen van therapeutische voorschriften, het regelen van en toezien op het dieet.

Maatschappelijk: het opsporen, signaleren en voorlopig opvangen van maatschappelijke problematiek.

Tenslotte werd bij iedere visite waarbij werd verondersteld dat er een taak voor de zuster was, genoteerd of wij de indruk hadden dat dit voor de patiënt acceptabel zou zijn geweest. Bij de beoordeling van dit punt werd uitgegaan van de vooronderstelling dat de zuster voldoende in de praktijk zou zijn geïntroduceerd, zodat het algemeen bekend zou zijn dat zij fungeerde als rechterhand van de arts. Hierbij moet echter worden aangetekend dat in een aantal gevallen de visite werd gerubriceerd als „geen taak voor de zuster” omdat het waarschijnlijk leek dat een zelfstandige visite door de verpleegster niet zou worden geaccepteerd (bijvoorbeeld visites bij hoogleraren of artsen). Dit is dus een tekortkoming van dit onderzoek. De percentages waarbij wel een taak werd aanwezig geacht moeten dus strikt genomen als minimum cijfers worden beschouwd.

Uitkomsten. In tabel 7 zijn de visites verdeeld in rubrieken die de aard van de taak van de verpleegster aangeven. Uit deze tabel blijkt dat er bij de helft van de visites een taak voor de zuster zou zijn geweest. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat in de rubriek „geen taak” vijftien gevallen zijn opgenomen, waarbij de komst van de zuster sociaal onacceptabel leek, achttien gevallen van visites in een tehuis voor bejaarden waar reeds een verpleegster aanwezig was en 27 visites voor partus en kraambed, waarbij, dikwijls om sociale redenen,

werd aangenomen dat de arts deze zelf had moeten afleggen. Strikt genomen zou er dus in sommige van deze 60 gevallen mogelijk toch wel een taak voor de zuster zijn geweest.

Tabel 7. Verdeling van de visites naar wel of geen taak voor de verpleegster en naar de aard van de taak.

Taak verpleegsters	Aantal visites	Percentage
Volledige vervanging	96	27,7
Gedeeltelijke vervanging	25	7,2
Totaal	121	34,9
Hulp vooraf	21	6,0
Hulp tijdens de visite	34	9,8
Totaal	55	15,8
Totaal wel taak	176	50,7
Geen taak	171	49,3
Totaal	347	100,0

Tabel 8 geeft een nader inzicht in de soort werkzaamheden voor de zuster. De totalen van de percentages in deze tabel bedragen meer dan honderd, omdat bij een aantal van deze visites de inhoud van de taak van de zuster meervoudig zou zijn geweest (bijvoorbeeld zowel diagnostisch als therapeutisch). Opvallend is dat bij de grote meerderheid van de visites een diagnostische taak voor de zuster werd aanwezig geacht. Verder valt op dat slechts zelden werd aangenomen dat zij een taak zou hebben gehad op het gebied van gezondheidsvoorlichting en opvoeding of op maatschappelijk gebied. Mogelijk heeft het feit dat onze zuster een ziekenhuisverpleegster was hierbij een rol gespeeld. Het aantal gevallen met een verpleegkundige taak was slechts gering. Bij de visites welke de zuster zelfstandig had kunnen afhandelen zou zij in 90 procent een diagnostische en in 52 procent een therapeutische taak hebben gehad.

Wat betreft het al of niet acceptabel zijn werd gemeend dat slechts bij vijf van de 176 visites waar de zuster een taak zou hebben gehad, de komst van de zuster door de patiënten niet zou zijn geaccepteerd. Hierbij dient echter rekening te worden gehouden met de reeds gemaakte opmerking, dat wij ons achteraf hebben gerealiseerd dat een aantal

gevallen waarbij de patiënt de komst van de zuster waarschijnlijk niet zou hebben geaccepteerd, werd ondergebracht bij de rubriek „geen taak”.

Besparing van visites voor de arts. Uit tabel 7 blijkt dat de zuster bij 96 visites de arts geheel had kunnen vervangen, terwijl zij bovendien in 25 gevallen de patiënt zonder bezwaar naar het spreekuur had kunnen verwijzen. Wanneer deze rubrieken bij elkaar worden opgeteld zou zij de arts dus 121, dat wil zeggen 35 procent van het totale aantal visites kunnen hebben besparen. Het leek ons belangwekkend na te gaan bij welke categorieën patiënten de zuster deze dienst in het bijzonder had kunnen verlenen. Daartoe werden in tabel 9 deze visites ingedeeld naar de aard van de aandoening, naar de ziekteverzekering, of het ging om een nieuwe of een oude patiënt, naar het al of niet bedlegerig zijn en naar de leeftijd van de patiënt.

Bij toetsing van deze gegevens blijkt dat de zuster de arts vaker bij acuut zieken dan bij chronisch zieken had kunnen vervangen ($p < 0,001$). Deze uitkomst verraste ons, daar zij in tegenspraak was met onze oorspronkelijke verwachting. Het onderzoek leert ons dat de grootste besparing op het aantal visites door de categorie acuut zieken zou kunnen worden geleverd. Tussen particuliere patiënten en ziekenfondsverzekerden is er wat dit betreft geen significant verschil ($p > 0,20$).

Wat betreft de categorieën oude en nieuwe patiënten blijkt dat de zuster de arts significant vaker had kunnen vervangen bij nieuwe patiënten ($p < 0,01$). Ook dit is in tegenstelling tot onze oorspronkelijke verwachting. Hetzelfde geldt wat de bedlegerigheid betreft: bij bedlegerigen had de zuster de arts significant vaker kunnen vervangen dan bij ambulante patiënten ($p < 0,02$), terwijl wij het omgekeerde hadden verwacht. Tenslotte blijken er bij toetsing verschillen te zijn in de leeftijdsverdeling van de patiënten bij wie de zuster de arts al of niet had kunnen vervangen ($p < 0,02$). Uit de tabel kan men aflezen dat — opnieuw in tegenstelling met onze oorspronkelijke verwachting — de zuster de dokter het meest frequent bij visites aan kinderen en het minst frequent bij visites aan bejaarden had kunnen vervangen.

Uit ons onderzoek blijkt dus dat de verpleegster de huisarts dikwijls behulpzaam zou kunnen zijn bij visites en dat zij hem ongeveer een derde van zijn

Tabel 8. Verdeling van het aantal visites naar soort werkzaamheden voor de verpleegster

Soort werkzaamheden verpleegster	Vervanging		Hulp vooraf of tijdens		Totaal	
	Aantal visites	Percentage	Aantal visites	Percentage	Aantal visites	Percentage
Diagnostisch	109	90,0	21	38,2	130	73,8
Therapeutisch	63	52,0	13	23,6	76	43,2
Verpleegkundig	1	0,8	22	40,0	23	13,0
Gezondheidsvoorlichting en opvoeding ..	3	2,5	0		3	1,7
Maatschappelijk	1	0,8	0		1	0,6
Totaal	121		55		176	

huisbezoeken zou hebben kunnen besparen. Om antwoord te kunnen geven op de vraag of de wijkverpleegster eventueel deze taak van de zuster had kunnen verrichten werd nagegaan, bij hoeveel van deze patiënten de wijkverpleegster reeds aan huis kwam. Dit bleek bij 24 van de 121 visites het geval te zijn. Deze 121 visites hadden betrekking op 82 patiënten. Van deze 82 patiënten werden veertien dus slechts zeventien procent reeds door de

wijkverpleegster bezocht. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat het op zich nemen van een dergelijke taak voor de wijkverpleegster een aanzienlijke extra last zou betekenen.

Tabel 9. Verdeling volgens verschillende criteria van het aantal visites waarbij de verpleegster de arts had kunnen vervangen.

a Naar de aard van de aandoening

	Aantal visites	Vervanging	
		Aantal	Percentage van het totaal
Acuut ziek	187	84	44,9
Chronisch ziek	113	25	22,1
Kraambed	42	12	28,6
Overige redenen	5	0	0
Totaal	347	121	34,9

b Naar ziekteverzekering

	Aantal visites	Vervanging	
		Aantal	Percentage van het totaal
Particulier	117	35	29,9
Ziekenfonds	230	86	37,4
Totaal	347	121	34,9

c Naar oude of nieuwe patiënt

	Aantal visites	Vervanging	
		Aantal	Percentage van het totaal
Eerste visite arts	118	54	45,8
Retourvisite	229	67	29,3
Totaal	347	121	34,9

d Naar de mobiliteit

	Aantal visites	Vervanging	
		Aantal	Percentage van het totaal
Bedlegerig	148	63	42,5
Mobiel	199	58	29,1
Totaal	347	121	34,9

e Naar leeftijd

	Aantal visites	Vervanging	
		Aantal	Percentage van het totaal
0-16 jaar	61	30	49,1
17-64 jaar	154	55	35,7
65 jaar en ouder	132	36	27,2
Totaal	347	121	34,9

Proef op de som. Tot nu toe is slechts sprake geweest van een theoretische beoordeling van de visites achteraf. Zoals in de inleiding vermeld, werden echter in de laatste weken door de zuster inderdaad zelfstandig visites afgelegd. Het belangrijkste punt wat ons hierbij interesseerde was de vraag hoe de patiënten hierop zouden reageren. In deze periode heeft de zuster 36 visites geheel zelfstandig verricht: acht nieuwe en 28 retourvisites. Dit bleek in alle gevallen door de patiënten te worden geaccepteerd. Ook achteraf hebben wij slechts positief commentaar van de patiënten vernomen. Er dient echter te worden opgemerkt dat de patiënten van de retourvisites reeds eerder door haar tezamen met de arts waren bezocht en dat bij de nieuwe visites in het merendeel van de gevallen bij het aannemen van de boodschap reeds was aangekondigd dat de zuster eerst zou komen kijken. Zes van de acht nieuwe visites bleek de zuster geheel zelfstandig te kunnen afhandelen. Hierbij ging het om: een geval van waterpokken, twee gevallen van gastro-enteritis, een patiënt met een hondebeet die na eerste hulp naar het spreekuur werd verwezen voor tetanus-immunisatie, een kind met verkoudheid en koorts en een spoedvisite bij een patiënt met een niersteen-aanval (reeds bekend als niersteenlijder), die na injectie met sulfas atropini naar het spreekuur werd verwezen. In twee gevallen moest een visite door de arts volgen.

Mevrouw A, 49 jaar, bleek een sterk jeukend exantheem te hebben. De zuster had de indruk met een allergische uitslag te doen te hebben, maar achtte onderzoek door de arts gewenst. Deze stelde als diagnose urticaria en schreef Phenegan voor. Er bestond echter tevens een lichte tonsillitis, de temperatuur was normaal. Bij de bespreking van dit geval werd als voorlopige regel vastgesteld dat de arts bij ieder exantheem (uitgezonderd de klassieke waterpokken) de patiënt zelf moet zien. Hoe juist deze regel was leerde ons het vervolg van de medische geschiedenis van dit gezin. Drie weken later bleek namelijk de zestienjarige zoon van mevrouw A een polyarthritis rheumatica acuta te hebben. Bij navraag vertelde hij een week na zijn moeder keelpijn te hebben gehad. Achteraf is dus de diagnose bij mevrouw A vermoedelijk onjuist geweest. Hier zal eerder sprake geweest zijn van scarlatina.

Mevrouw B had een boodschap gestuurd voor haar eerste kind van vijftien maanden. Dit bleek neusverkouden te zijn en te hoesten. De temperatuur was 38,5°Celsius maar het kind maakte geen zieke indruk. De moeder was opvallend nerveus en gespannen. Een voorstel tot een bezoek aan het spreekuur (het gezin beschikte over een auto) werd afgewezen omdat mevrouw B zich niet onder de mensen durfde te begeven. Als zij naar het spreekuur moest, zoals voor haar zwangerschapscontrole, was zij reeds de dag tevoren geheel overstuur. De zuster kreeg het gevoel dat de moeder niet voldoende was gerustgesteld en vroeg de dokter toch zelf nog even te gaan kijken. Bij het kind werd behalve de rinitis door de arts slechts een lichte pharyngitis vastgesteld. Een gesprek met de moeder leerde dat deze zelf tal van nerveuze klachten had: gauw huilen, hartkloppingen, anorexie en mensenschuwheid. Deze klachten bestonden reeds vanaf de jeugd. Vóór haar huwelijk was zij elders klinisch onderzocht we-

gens verdenking op hyperthyreoïdie. Er werd toen slechts een nerveuze tachycardie vastgesteld. Mevrouw B werd onderzocht en gerustgesteld, zij kreeg een sedativum. Een oriënterend gesprek bracht geen specifieke problemen aan het licht. De arts stelde als diagnose: verkoudheid bij een kind van een angstneurotische moeder.

De 28 retourvisites werden voor een grote variëteit van aandoeningen afgelegd. Ter illustratie vallen in dit verband te noemen: kraamvisites, patiënten die een kuur wegens een ulcus moesten doen, controle en bloedafname bij een patiënt met hepatitis infectiosa, controle-visites bij pneumonie-patiënten, ongevalspatiënten, na curettage voor abortus, na ontslag uit een ziekenhuis wegens diverse operaties en fracturen, patiënten met ulcera cruris, lumbago, ribfracturen, dreigend gangreen, ontstekingsprocessen, insufficiëntia cordis, pernicioze anemie enzovoort. Eenmaal werd steriele urine voor een kweek afgenomen bij een patiënt met een hardnekkige urineweginfectie.

Beschouwingen en conclusies. Het is algemeen bekend dat het tijdsprobleem het belangrijkste knelpunt in de huisartspraktijk vormt (zie bijvoorbeeld *Van der Wielen*). Dit probleem neemt in ernst eerder toe dan af daar er de laatste jaren een tendens tot groei van de gemiddelde praktijkomvang valt waar te nemen (*Geneeskundige Hoofdinспекtie*). Het is naar onze mening belangrijk om te zoeken naar maatregelen die hierin verbetering kunnen brengen. Een van deze maatregelen is het delegeren van werkzaamheden aan hulpkrachten. De studie van *Ten Cate* heeft geleerd dat een praktijkassistente een huisarts met een gemiddelde praktijkomvang twee en een half uur werk per dag kan besparen. Deze praktijkassistentes zijn in het algemeen slechts werkzaam in het praktijkhuis van de arts, dus als het ware in de binnendienst. Tot nu toe is er weinig gezocht naar tijdbesparing in de „buitendienst” door het delegeren van werk aan hulpkrachten. Het is duidelijk dat in de buitendienst een medisch hoger gekwalificeerde kracht nodig is dan in de binnendienst, daar deze veel zelfstandiger moet kunnen opereren, zich een oordeel moet kunnen vormen en (voorlopige) beslissingen moet kunnen nemen omdat de arts niet in de nabijheid is. De praktijkassistente is voor een dergelijke taak onvoldoende opgeleid. Zij heeft geen kennis en ervaring omtrent „zieke” mensen, daar zij in het algemeen slechts met ambulante patiënten die het spreekuur bezoeken in aanraking komt.

Afgezien van het gereleveerde tijdsprobleem van de huisarts eist de doelmatigheid in de samenleving er naar te streven dat door hooggekwalificeerde krachten, zoals artsen met een langdurige en kostbare opleiding, geen werkzaamheden worden verricht die ook door minder hoog gekwalificeerde krachten kunnen worden verricht. Merkwaardigerwijze is over dit praktisch en organisatorisch uiterst belangrijke onderwerp bijzonder weinig onderzoek in de huisartspraktijk verricht. Wij konden hierover slechts twee oriënterende en oppervlakkige studies

vinden, namelijk van *Crombie en Cross* en van *Richards*.

Crombie en Cross kwamen op grond van een analyse van de verrichtingen gedurende een jaar in de huisartspraktijk van eerstgenoemde, tot de conclusie dat een verpleegster de huisarts negentien procent van zijn tijd had kunnen besparen: vijftien procent door assistentie en vier procent door zelfstandig handelen. Hierbij moet echter worden aangetekend dat spreekuurbezoeken en huisvisites tezamen zijn geteld en dat de Engelse huisarts op zijn spreekuur slechts administratieve hulp heeft van meisjes die geen medische opleiding hebben gevolgd. Veel van het werk dat *Crombie* door de verpleegster had willen laten uitvoeren zou dus in Nederlandse verhoudingen door een daartoe opgeleide praktijkassistente kunnen zijn verricht. *Crombie* vermeldt dat een verpleegster de klinische verantwoordelijkheid voor ongeveer een zesde van alle ziektegevallen had kunnen overnemen en dat zij hem had kunnen assisteren bij nog eens een vierde van alle ziektegevallen.

Bij de bepaling van het aantal gevallen waarin een verpleegster de taak van de arts geheel had kunnen overnemen, bleek de aard van de ziekte belangrijk. Bij respiratoire aandoeningen bleek dit 35,5 procent te zijn, bij oor-, neus- en keelaandoeningen 25,2 procent, bij gastro-intestinale aandoeningen 17,5 procent en bij huid- en bindweefsel-aandoeningen 17,4 procent. Bij de andere categorieën aandoeningen bleek het percentage slechts gering te zijn. Ten aanzien van visites ten behoeve van bejaarden stelt *Crombie* dat een vergelijking van de tijd, nodig voor gewone huisvisites en voor visites aan instellingen waar een verpleegster aanwezig is leert, dat voor de gewone huisvisites ongeveer 50 procent meer tijd nodig was, terwijl ook het aantal visites per patiënt in de gewone praktijk (1,1) hoger was dan in de instellingen (0,8). Een en ander was onafhankelijk van het tijdverlies voor het vervoer.

Richards, een van de huisartsen van een groepspraktijk in Oxford, maakte op verzoek van het ministerie van Gezondheid in Engeland, in verband met het toenemende tekort aan huisartsen, een studiereis naar de Scandinavische landen om te bestuderen hoe men aldaar de reeds lang bestaande tekorten aan artsen en verpleegsters opving. Op deze reis werd hij vergezeld door de „health visitor” die aan de groepspraktijk was verbonden (een „health visitor” houdt als het ware het midden tussen een wijkverpleegster en een maatschappelijke werkster: zij doet slechts preventief medisch werk). Zij vonden dat in Zweden het tekort aan huisartsen had geleid tot een gemiddelde praktijkgrootte van 12000 patiënten. De huisartsen konden hun taak echter toch vervullen, omdat aan iedere huisarts drie speciaal voor werk in de huisartspraktijk opgeleide en ervaren verpleegsters waren toegevoegd. Om voor deze specifieke, een jaar durende

opleiding in aanmerking te komen, moesten deze verpleegsters 30 jaar oud zijn en over een brede ervaring beschikken. Deze verpleegsters houden zelfstandig spreekuren en zij bezoeken patiënten aan huis, beide activiteiten geschieden in nauwe samenwerking met de huisarts. De toegang tot de arts verloopt in vele gevallen via deze verpleegsters, zodat zij als een soort zeef voor de dokter fungeren.

Na hun terugkomst in Engeland werd aan de groepspraktijk te Oxford als een „pilot scheme” een gehuwde verpleegster met ziekenhuis- en bedrijfservaring toegevoegd. Deze houdt twee avonden per week zelfstandig (afspraak-)spreekuur in een kamer naast die, waarin een huisarts zitting heeft. Zij legt daar verbanden, hecht wonden en verwijdert hechtingen, zij controleert de bloeddruk, doet urine-onderzoek, spuit oren uit, geeft injecties, doet hemoglobinebepalingen en maakt cervixuitstrijkjes. De „health visitor” is bovendien een aantal van de retourvisites van de arts gaan overnemen.

Richards schrijft dat deze hulp aanzienlijke verlichting heeft gebracht in het tijdsprobleem van de artsen. Hij noemt in deze echter geen getallen. Hij betoogt dat door delegatie van werkzaamheden de werklast van de huisarts op korte termijn kan worden verlicht. Dit zou hem in staat stellen zijn specifieke vaardigheden uit te gaan oefenen zodat hij meer tijd kan besteden aan diagnostiek, geruststellen en eenvoudige psychotherapie. *Richards* meent dat er in Engeland vele ervaren gehuwde verpleegsters zijn, die gaarne enige uren per dag zouden willen werken, maar die nu niet kunnen worden ingeschakeld omdat er te weinig posities zijn waarin de werkuren kunnen worden gecombineerd met hun verantwoordelijkheden als huisvrouw. Dit zou bij inschakeling in de huisartspraktijk wel kunnen worden gecombineerd.

Behalve deze twee artikelen is er in de Engelse literatuur nog een aantal publikaties verschenen over het inschakelen van een verpleegster in de huisartspraktijk. Bij sommige daarvan werkte de zuster echter slechts in het praktijkhuis van de arts (*Rea en Weiss, Forman, Baldwin*), waar zij ongeveer hetzelfde werk deed als een Nederlandse praktijkassistente. In andere publikaties (*Boorer, Mansbridge, Swift en MacDougall*) deed de verpleegster ook wel huisbezoeken, maar er wordt geen informatie gegeven in hoeverre zij hierbij de arts verving. *Sanctuary en zijn medewerkers* vermelden dat een klein experiment werd verricht om de reactie van de patiënten te peilen wanneer de zuster de retourvisites van de dokter overnam. Hij schrijft dat deze reacties zeer gunstig waren.

* * *

Ons onderzoek betreft slechts een „pilot study”, dat wil zeggen een voorstudie die de weg kan wijzen voor het eigenlijke onderzoek. Van een dergelijke

studie mag men dus slechts aanwijzingen verwachten. Valide conclusies zijn er niet uit te trekken. Wij hebben er echter uit geleerd dat het, bij wijze van proef, inschakelen van een verpleegster in de buitendienst van een huisartspraktijk inderdaad uitvoerbaar is. Dit werd door de praktijkbevolking namelijk gemakkelijk geaccepteerd. Een goede introductie lijkt ons hierbij echter essentieel, terwijl ook veel van de tact, het aanvoelend vermogen en de organisatorische capaciteiten van de betreffende verpleegster zal afhangen.

Het lijkt ons verder van groot belang dat de verpleegster geheel is ingewerkt in de wijze van praktijkvoering van de betreffende huisarts. Een goede verstandhouding tussen huisarts en verpleegster, een systematische, nauwkeurige rapportage en geregelde onderlinge besprekingen lijken ons essentiële voorwaarden.

In de gegeven omstandigheden kregen wij duidelijke aanwijzingen dat een verpleegster de taak van de huisarts ten aanzien van visites aan patiënten aanzienlijk zou kunnen verlichten. Gezien het tijdsgebrek van de huisarts, de toenemende verkeers- en parkeerproblemen en wat dies meer zij, zijn alleen reeds op deze grond vele redenen dergelijke proefnemingen te verrichten.

Naast een tijdsbesparing voor de huisarts achten wij het zeer wel mogelijk dat de beschikbaarheid van een verpleegster kan leiden tot een betere service aan de bevolking van een huisartspraktijk. Wij kregen namelijk niet alleen de indruk dat de huisarts zijn visites beter geïnformeerd, gericht en efficiënter zou kunnen afleggen, maar ook dat de patiënten het op prijs stelden eens rustig met de verpleegster te kunnen praten. Zij kon hun raadgeven over zaken waarvoor de arts dikwijls niet wordt geraadpleegd, zoals elementaire verpleging en verzorging. Soms werden aan haar ook problemen geopenbaard, die waarschijnlijk niet aan de arts zouden zijn verteld tijdens een haastig huisbezoek. Het komt ons voor dat sommige categorieën van patiënten, zoals bijvoorbeeld onervaren, onzekere moeders en bejaarden, het op prijs zouden stellen wanneer zij „de zuster van de dokter” bij zich zouden kunnen ontbieden om met haar te overleggen of de dokter zelf moet komen of niet. Dergelijke voordelen zouden pas bij een langer durende proefneming naar voren kunnen komen. Zij bleken bijvoorbeeld te bestaan bij de evaluatie van de mening van de patiënten in „The Family Health Maintenance Demonstration” in New York (*Freidson*). Bij dit project bleken de patiënten de verpleegsters niet als een buffer, maar als een schakel in de verbinding met de dokter te beschouwen.

Wij hebben bij onze „pilot study” verschillende fouten gemaakt. Zo werd de beoordeling van de vraag of er al of niet een taak voor de zuster was onvoldoende gescheiden van de geschatte aanvaardbaarheid voor de patiënt. Verder hebben wij ons onvoldoende bij ieder geval afgevraagd of er een voorlichtende of maatschappelijke taak voor de verpleegster aanwezig was. Bij een meer definitief

onderzoek zou hiermee beter rekening moeten worden gehouden. Het lijkt ons zeker gewenst dat dergelijke beter opgezette proefnemingen worden verricht.

Wanneer deze het nut van de inschakeling van een verpleegster in de praktijk van de huisarts zullen hebben aangetoond, zal de vraag naar voren komen of een dergelijke inschakeling organisatorisch en financieel is te realiseren. Verder zal zeker moeten worden nagegaan in hoeverre de wijkverpleegster deze taak zal kunnen vervullen. Onze voorlopige indruk is, dat dit — afgezien van organisatorische problemen ten aanzien van de relatie huisarts-wijkverpleegster — een zeer aanzienlijke uitbreiding van haar taak zou betekenen, hetgeen tal van consequenties zou hebben. Het zou echter zeer grote voordelen bieden wanneer de wijkverpleegster de geschetste werkzaamheden zou verrichten, omdat zij de gezinnen soms reeds kent en reeds een vertrouwenspositie geniet. Het zou voor haar ook aantrekkelijk kunnen zijn op een dergelijke wijze veel intensiever bij ziekte in haar wijk te worden betrokken. Het onderzoek van *Bramlage* heeft aangetoond dat van de Zutphense bevolking jaarlijks slechts 1,7 procent met de wijkverpleegsters in aanraking kwam, tegen 60 procent met de arts. Het overgrote gedeelte van de morbiditeit in de wijk speelt zich dus buiten het gezichtsveld van de wijkverpleegster af. Inschakeling bij de huisarts zou de „entree” van de wijkverpleegster bij de bevolking sterk vergroten en haar meer gelegenheid geven tegelijkertijd preventief werkzaam te zijn. Haar huidige routinewerk zou dan echter door andere maatregelen als wijkverkleining, inschakeling van verpleeghulp en bejaardenverzorgsters voor was- en aankleedbeurten en dergelijke moeten worden verlicht.

Bij het denken over realisering van de geschetste werkzaamheden door een verpleegster rijzen tal van andere vragen zoals bijvoorbeeld bij hoeveel patiënten een verpleegster een dagtaak zou hebben. Men zou kunnen denken aan het gemeenschappelijke gebruikmaken van de diensten van een verpleegster door verscheidene huisartsen tezamen, met de groepspraktijk als perspectief. Men zou ook kunnen denken over ander werk dat de verpleegster hiernaast zou kunnen doen in de „binnendienst” van de huisartspraktijk bij het leiden van consultatiebureaus enzovoort. Verder rijzen vragen over de inpassing van tijdschema's van huisarts en verpleegster.

Bij sommige lezers zal de idee een verpleegster aanvragen voor visites te laten „screenen”, op weerstand stuiten. Zij dienen zich echter te realiseren

dat iets dergelijks thans reeds dikwijls door de wijkverpleegster gebeurt, bijvoorbeeld op dorpen waar geen arts is gevestigd en waar de hulp van de zuster wordt ingeroepen om te beoordelen of het nodig is dat de dokter wordt geconsulteerd. Wanneer dit in opdracht van de arts zou geschieden komt de verantwoordelijkheid voor genomen beslissingen ons inziens bij de arts te liggen. Maar hoe vaak komt een dergelijke gang van zaken niet reeds thans voor, wanneer onze praktijkassistente patiënten aan de telefoon te woord staat, raad geeft, of helpt wanneer wij afwezig zijn.

Hoe dit alles ook moge wezen, het komt ons voor dat dit problemen zijn die pas in tweede instantie aan de orde komen. Het leek ons zinvol eerst vanuit de praktijk van de huisarts na te gaan welk gedeelte van het werk in principe aan een verpleegster zou kunnen worden gedelegeerd. De onderhavige „pilot study” heeft ons geleerd dat dergelijke onderzoeken uitvoerbaar lijken en dat de uitkomsten waarschijnlijk de moeite zullen lonen.

Summary. General practitioner and nurse. Report on a pilot study examining cooperation between general practitioner and nurse over a one-month period, with special reference to the assistance which the nurse might have rendered in doing the rounds. It was found that the nurse could have deputized for the practitioner in one out of three visits. Contrary to expectations, this would have been possible more frequently with acute than with chronic patients, more frequently with children than with aged patients, more frequently with bedridden than with walking patients and more frequent at first visits than at return visits.

- Baldwin, J. T. (1967), *J. Coll. Gen. Pract.* 13, 364.
Boorer, D. (1965), *Nursing Times*, 61, 903.
Bramlage, C. A. A. (1962) *Gezondheid en Ziekte te Zutphen*, Academisch Proefschrift, Leiden.
Cate, R. S. ten (1956) *De Praktijkhulp van de Huisarts*, Academisch Proefschrift, Leiden.
Crombie, D. L. en K. W. Cross (1957) *Brit. J. prev. soc. Med.* 11, 41.
Dijkhuis, J. (1964) *De toekomst van de huisarts, huisarts en wetenschap* 7, 153-156.
Forman, J. A. S. (1962), *J. Coll. Gen. Practit.* 5, 369.
Freidson, E. (1961) *Patients Views of Medical Practice*, Russell Sage Foundation, New York.
Geneeskundige Hoofdinspectie (1967) *Medisch Contact* 22, 287.
Hoeven, J. van der en H. H. W. Hogerzeil (1956), *huisarts- en wetenschap* 8, 168.
Mansbridge, I. (1965) *Nursing Times*, 61, 1013.
Mertens, A. Th. L. M. (1953) *T. Soc. Geneesk.* 31, 347.
Rea, J. N. en M. Weiss (1962), *Med. World* 97, 291.
Richards, D. H. (1966) *Lancet* I, 41.
Sanctuary, J. C. T., G. S. Adams, G. B. Whitaker en M. J. P. Furnis (1965) *J. Coll. Gen. Practit.* 9, 55.
Sanders, H. W. A. (1966) *Medisch Contact* 21, 784.
Swift, G. en I. A. MacDougall (1964) *The Family Doctor and the Family Nurse* I, 1697.
Wielen, Y. van der (1960) *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg*, Assen.