

## Beschouwingen over het verrichtingscijfer\*

DOOR DR. B. J. M. AULBERS, DR. A. P. OLIEMANS, HUISARTSEN EN R. P. PHILBERT MEDISCH STUDENT

*Inleiding.* Reeds jarenlang poogt men het werk van de huisarts in maat en getal uit te drukken. Hierbij gaat men uit van het contact tussen huisarts en patiënt, gemakshalve synoniem gesteld met het begrip verrichting. Dit begrip wekt echter financiële associaties die bij de praktijkanalyse juist geen onderwerp van onderzoek zijn. Een nadere omschrijving over de term verrichting is nog niet gegeven, maar enige leden van de Commissie Praktijkvoering (C.P.V.) houden zich hiermede thans bezig. Tot nu toe worden de termen contact en verrichting als gelijkwaardig beschouwd en zonder meer met elkaar afgewisseld. De inhoud van het contact tussen huisarts en patiënt kan echter sterk verschillen, variërend van het uitschrijven van een verwijskaart voor de oogarts tot het leiden van een bevalling.

Vele onderzoekers-huisartsen gebruiken het aantal contacten met hun patiënten als uitgangspunt voor beschouwingen over hun werk. Om vergelijkingen mogelijk te maken wordt het totale aantal contacten per jaar uitgedrukt per patiënt: dit is het verrichtingscijfer of verrichtingsgetal. Dit getal geeft dan een indruk over de medische consumptie in deze praktijk casu quo bevolking, streek of seizoenen.

Verrichtingscijfers vertonen onderling sterke verschillen die zich moeilijk lenen voor een verklaring. De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek hierdoor zeer geboeid, heeft gepoogd meer gegevens over de verschillende verrichtingscijfers te verzamelen uit het Intermitterend Morbiditeits-Onderzoek (I.M.O. *Oliemans en de Waard*). Iedere I.M.O.-deelnemer had in één jaar viermaal gedurende één week het aantal contacten met de patiënten van zijn praktijk geteld; van hen was de samenstelling naar leeftijd en geslacht bekend. Dit verrichtingsgetal werd gestandaardiseerd, zodat een onderlinge vergelijking mogelijk werd. Het leek dus eenvoudig na te gaan, welke factoren hierop van invloed waren.

*Literatuur.* *Schalm* luidde in 1965 de alarmbel over de toekomst van de geneeskundige voorzieningen. Zijn rapport over een onderzoek bij vijf huisartsen te Arnhem is gebaseerd op het registreren van het aantal contacten gedurende 1 000 werkdagen: dit bleken 45 000 spreekuur- en 21 000 visitecontacten te zijn. Hiervan uitgaande berekende *Schalm* globaal de tijdsduur en het inkomen van de (overbelaste) huisarts. Het rapport is een oproep tot

*Samenvatting.* Uit de gegevens die verkregen zijn bij het Intermitterend Morbiditeitsonderzoek in 52 Nederlandse Huisartspraktijken (1967) zijn grote verschillen in het aantal verrichtingen bij de deelnemers gevonden. Dergelijke verschillen zijn ook uit de literatuur bekend. De schrijvers zijn nader ingegaan op de factoren, die het aantal verrichtingen van een huisarts kunnen beïnvloeden.

Om de verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw te elimineren, werden de gevonden verrichtingscijfers betrokken op naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde getallen. Deze betrekking werd Q-getal genoemd.

Bij het intermitterend morbiditeitsonderzoek werden ondanks deze standaardisatie toch nog grote verschillen in Q-getallen gevonden. De oorzaken van deze verschillen zijn slechts voor een klein deel te achterhalen. Zo is uit een klein onderzoek door de leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek gebleken, dat er geen duidelijke relatie bestaat tussen praktijkgrootte en het aantal contacten. De schrijvers menen dat nieuwe praktijk-analytische onderzoeken meer inzichten kunnen geven in de werkwijze van de Nederlandse huisartsen.

bezinning, want de medische consumptie, hier uitgedrukt in het aantal verrichtingen per patiënt, vertoont een duidelijk groeiende tendens. Deze toename had *Rube* al in 1957 aangetoond; *Fuldauer* heeft dit later in 1966 nog eens bevestigd.

*Van der Hoeven en Hogerzeil* analyseerden het werk van de huisarts door te berekenen hoeveel patiënten de Nederlandse huisarts gemiddeld op het spreekuur en op zijn visiteronde zag. Als basis diende hierbij weer het aantal contacten per patiënt per jaar, zoals andere onderzoekers ook hadden gedaan. Als conclusie komt onder andere naar voren dat het aantal contacten, welke een huisarts aan zijn praktijk besteedt, merkwaardig constant blijft. Hoewel zijn zorgen zich in de loop van de tijd over meer patiënten uitstrekken, verandert het totale aantal contacten met zijn patiëntengroep als geheel slechts weinig.

*Sanders* wijdde een diepgaande beschouwing aan de verschillende verrichtingscijfers. Hierop baseert hij zijn bepaling van de optimale praktijkomvang van de Nederlandse huisarts. Hij noemt tevens vele factoren die zijns inziens het verrichtingscijfer beïnvloeden. Een hierop aansluitende discussie met *Festen* over de gemiddelde praktijkomvang lijkt te

\* Uit de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.

berusten op het hanteren van verschillende criteria bij de uitgangstelling aangaande het gemiddelde verrichtingscijfer. Een verschil in verrichtingsgetal van  $1/2$  (dus bijvoorbeeld  $4\frac{1}{2}$  verrichting per patiënt per jaar in plaats van 4) lijkt op het eerste gezicht gering; verdere analyse resulteert bij een praktijk van 3 000 zielen echter in een verschil van 1 500 contacten per jaar. De verschillen tussen de individueel gevonden verrichtingsgetallen zijn overigens veel groter dan  $1/2$ !

Mertens stelde in 1953 in zijn praktijk een verrichtingscijfer vast van 2,6, terwijl Van Deen ongeveer tegelijkertijd een veel hoger verrichtingscijfer vond, namelijk 6,2. Individueel vastgestelde uitkomsten zullen altijd grote verschillen kunnen vertonen; deze cijfers worden hier echter genoemd om een en ander nader te illustreren. Het verschil in de verrichtingscijfers tussen van Deen en Mertens kan mogelijk worden verklaard door het verschil in de respectievelijke praktijkgrootte: Mertens telde bij 4 901 patiënten in het totaal  $2,6 \times 4 901 = 12 700$  contacten; Van Deen kwam bij 2 080 patiënten op  $6,2 \times 2 080 = 12 900$  contacten. Het aantal contacten per jaar vertoont opvallend weinig verschil, een verschijnsel dat men meermalen kan constateren.

Alle onderzoekers hanteren echter als basis voor verdere beschouwingen en berekeningen het aantal verrichtingen (consulten en visites) per patiënt per jaar. Ook buiten Nederland en vooral in Groot-Brittannië wordt het verrichtingscijfer gebruikt als vergelijkingsmateriaal. In een „Report from general practice” geeft Wright een opsomming van de verschillen, terwijl hij daarnaast tevens poogt deze te analyseren.

In het algemeen kunnen uit genoemde en andere publikaties enige samenvattende conclusies worden getrokken:

1 Het gemiddelde aantal verrichtingen per patiënt per jaar schommelt meestal tussen vier en vijf, maar er zijn variaties naar boven en naar beneden mogelijk, zoals blijkt bij Van Deen en Mertens.

2 Het verrichtingscijfer is zeer duidelijk afhankelijk van bepaalde patiënt-gebonden factoren, zoals leeftijd en geslacht, sociale klasse en vestiging in stad of platteland.

3 Er lijkt enig verband te bestaan tussen de praktijkgrootte en het verrichtingscijfer, doch dit is zeker niet rechtlijnig.

4 Het afspraakspreekuur beïnvloedt wel de consult/visite-verhouding, maar nauwelijks het verrichtingscijfer.

5 Het totale aantal contacten tussen huisarts en patiënten per jaar verandert in de loop der tijd slechts weinig, aangenomen dat de praktijk enigszins is gestabiliseerd, dus niet in de eerste jaren na overname of na vrije vestiging.

6 Uitgaande van een vaste tijd welke de arts voor zijn praktijk „beschikbaar” stelt, zal deze tijd wor-

den opgedeeld door een vrij constant blijvend aantal verrichtingen.

7 Ondanks alle publikaties en pogingen blijven bij de verschillende verrichtingscijfers nog vele vraagtekens staan, die volgens dit literatuuroverzicht tot nader onderzoek aansporen.

*Beschouwingen en eigen onderzoek.* Globaal genomen kunnen de verschillen in de verrichtingscijfers worden veroorzaakt door vele factoren, die deels op de arts zijn terug te voeren („arts-gebonden”), deels op de praktijkpopulatie (patiënt-gebonden”) en deels op uitwendige omstandigheden.

Wanneer zoals bij het I.M.O. is gedaan, uitsluitend de consulten en visites voor de eigen patiënten tot de verrichtingen van de huisarts worden gerekend, kunnen deze als volgt worden ingedeeld (Pel, persoonlijke mededeling):

1 Nieuwe consulten en visites, waarbij het initiatief uitgaat van de patiënt (bij het I.M.O. circa een derde van alle contacten).

Dit dagelijkse aanbod is van vele factoren afhankelijk die grotendeels niet „arts-gebonden” zijn; zij zijn moeilijk meetbaar in een eenvoudig onderzoek. Zeer duidelijk is overigens de invloed van leeftijds- en geslachtsopbouw van de praktijk. Volgens praktijkanalytische gegevens uit het I.M.O. (Aulbers en de Waard) raadplegen volwassen vrouwen tweemaal zo vaak hun arts dan volwassen mannen; 24 procent van het aantal verrichtingen is bestemd voor kinderen van nul tot vijftien jaar, die 30 procent van de populatie uitmaken, terwijl 15 procent van het aantal verrichtingen is bestemd voor de bejaarden, die 9 procent van de bevolking uitmaken.

2 Herhalingsconsulten en -visites, waarbij de huisarts zelf bepaalt of en zo ja, hoe vaak deze verrichtingen nodig zijn.

Deze verrichtingen zijn grotendeels „arts-gebonden”, maar andere factoren die hierop betrekking hebben zijn onder meer: a het verwachtingspatroon van de praktijk; b de urbanisatiegraad; c de afstand van de praktijk tot een specialistisch centrum; d de sociale opbouw van de praktijk; e de financiële relatie: ziekenfonds- of particuliere patiënt; f de wijze van begin van de praktijk: overname of vrije vestiging en g de ervaring van de arts, uitgedrukt in aantal jaren praktijk.

3 Contacten met een overwegend preventief karakter, waarbij het initiatief grotendeels van de arts uitgaat.

Hiertoe kunnen pre- en postnatale zorg, consultatiebureau, pilcontroles en periodiek geneeskundig onderzoek (P.G.O.) worden gerekend. Volgens de uitkomsten van het I.M.O. kan men gemiddeld 8,3 procent van de verrichtingen bij deze categorie onderbrengen.

Tot de andere factoren die van invloed kunnen zijn op het werk van de huisarts kan men rekenen: het seizoen, namelijk 's winters meer visites, 's zomers meer consulten; het uitbreken van epidemieën;

een groot of klein aantal bevallingen in de praktijk; speciale belangstelling van de huisarts: hij zal meer aandacht (willen) besteden aan zaken die zijn duidelijke interesse hebben.

Een van ons (*Philbert*) heeft enige van de genoemde factoren bij het I.M.O. nader geanalyseerd. Om de „storende” factoren van leeftijds- en geslachtsopbouw van de praktijken te elimineren is hij op een indirecte standaardisatie overgegaan. Hierbij zijn de leeftijds- en geslachtsspecifieke contact-„rates” van de gehele groep I.M.O.-deelnemers toegepast op de naar leeftijd en geslacht onderscheiden populatie van iedere arts op zichzelf. Dit leidt tot een gestandaardiseerd getal voor iedere arts afzonderlijk, dat dan in verhouding kan worden gebracht tot het actuele gevonden getal per arts. Deze verhouding wordt uitgedrukt als:

$$Q = \frac{\text{acutele aantal contacten}}{\text{aantal contacten na standaardisatie naar leeftijd en geslacht}}$$

De standaardisatie om tot het Q-getal te geraken,

is als volgt toegepast: Van iedere deelnemer aan het I.M.O. is berekend hoeveel contacten hij had besteed aan elke leeftijdsgroep van telkens 5 jaren, zowel voor mannen als voor vrouwen. Arts A heeft bijvoorbeeld  $C_{1A}$  contacten besteed voor  $P_{1A}$  jongens van 0 t/m 4 jaar uit zijn praktijk,  $C_{2A}$  contacten voor  $P_{2A}$  jongens van 5 t/m 9 jaar,  $C_{3A}$  contacten voor  $P_{3A}$  jongens van 10 t/m 14 jaar enzovoort tot en met de hoogste leeftijdsgroep. Voor de vrouwen is dezelfde verdeling gemaakt. Totaal heeft A  $\Sigma C_A$  contacten nodig gehad voor  $\Sigma P_A$  patiënten (dit is zijn totale praktijkpopulatie). Arts B heeft voor dezelfde leeftijds- en geslachts categorieën nodig gehad:  $C_{1B}$  contacten voor  $P_{1B}$  personen,  $C_{2B}$  contacten voor  $P_{2B}$  enzovoort.

Alle deelnemers tezamen hebben  $C_1 (= C_{1A} + C_{1B} + C_{1C} \dots + C_{1X})$  contacten besteed aan hun  $P_1 (= P_{1A} + P_{1B} + P_{1C} \dots + P_{1X})$  jongens van 0 t/m 4 jaar. De totale „contact-rate” voor deze groep van alle deelnemers is  $R_1 = \frac{C_1}{P_1}$ . Voor arts A is het te verwachten aantal contacten voor de 0

Schema berekening Q-getal bij het I.M.O.

Arts	Mannen								Vrouwen						Totaal per arts (m+v)	
	0 t/m 4 jr.		5 t/m 9 jr.		10 t/m 14 jr.		75 jr. en ouder		0 t/m 4 jr.		5 t/m 9 jr.		75 jr. en ouder			
	aantal contacten	praktijkpopulatie	aantal contacten	praktijkpopulatie												
	C	P	C	P	C	P	...	C	P	C	P	C	P	...	C	P
A	$C_{1A}$	$P_{1A}$	$C_{2A}$	$P_{2A}$	$C_{3A}$	$P_{3A}$						$C_{nA}$	$P_{nA}$		$\Sigma C_A$	$\Sigma P_A$
B	$C_{1B}$	$P_{1B}$	$C_{2B}$	$P_{2B}$	$C_{3B}$	$P_{3B}$						$C_{nB}$	$P_{nB}$		$\Sigma C_B$	$\Sigma P_B$
C	$C_{1C}$	$P_{1C}$	$C_{2C}$	$P_{2C}$	$C_{3C}$	$P_{3C}$						$C_{nC}$	$P_{nC}$		$\Sigma C_C$	$\Sigma P_C$
D	$C_{1D}$	$P_{1D}$	$C_{2D}$	$P_{2D}$	$C_{3D}$	$P_{3D}$						$C_{nD}$	$P_{nD}$		$\Sigma C_D$	$\Sigma P_D$
E	enzovoort								enzovoort						enzovoort	
X	$C_{1X}$	$P_{1X}$	$C_{2X}$	$P_{2X}$	$C_{3X}$	$P_{3X}$						$C_{nX}$	$P_{nX}$		$\Sigma C_X$	$\Sigma P_X$
	$C_1$	$P_1$	$C_2$	$P_2$	$C_3$	$P_3$						$C_n$	$P_n$		$\Sigma C$	$\Sigma P$

$R_1 = \frac{C_1}{P_1}$

$R_2 = \frac{C_2}{P_2}$

$R_3 = \frac{C_3}{P_3}$

$R_n = \frac{C_n}{P_n}$

$R_1 = \frac{C_1}{P_1}$  = „contact-rate” voor 0 t/m 4-jarige jongens

Het te verwachten aantal contacten van arts A is dan:

$$Q_A = \frac{C_A}{E_A} = \frac{\text{werkelijk aantal contacten}}{\text{verwacht aantal contacten}}$$

$R_1 \times P_{1A}$  voor 0 t/m 4-jarige jongens  
 $R_2 \times P_{2A}$  voor 5 t/m 9-jarige jongens  
 $R_3 \times P_{3A}$  voor 10 t/m 14-jarige jongens

enzovoort

$E_A$

t/m 4-jarige jongens  $R_1 \times P_{1A}$ , voor de volgende leeftijdsgroepen is dit  $R_2 \times P_{2A}$ ,  $R_3 \times P_{3A}$  . . . . enzovoort. Het totaal aantal te verwachten contacten voor de gehele praktijk is dan de som van al deze getallen:  $E_A = R_1 \times P_{1A} + R_2 \times P_{2A} + R_3 \times P_{3A} + \dots + R_n \times P_{nA}$ .

Het Q-getal, dat behoort bij arts A is dan:

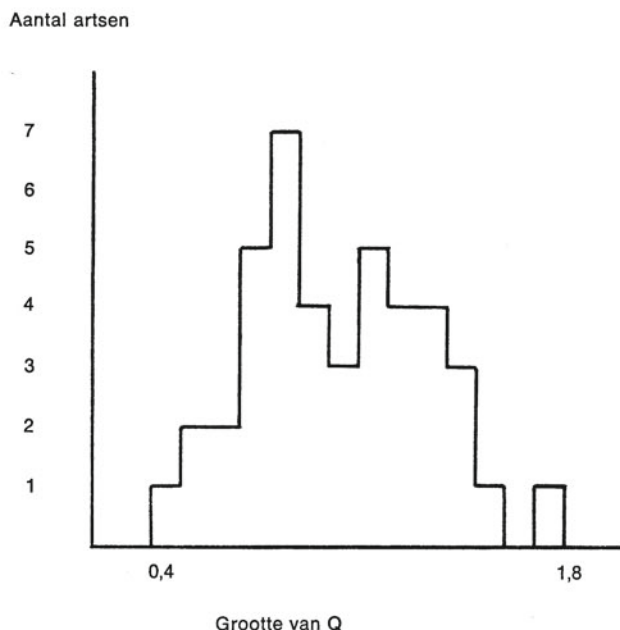
$$Q_A = \frac{C_A}{E_A} = \frac{\text{werkelijk aantal contacten}}{\text{verwacht aantal contacten}} \text{ (zie schema).}$$

Voor een gemiddelde praktijk is  $Q = 1$ . De deelnemers aan het I.M.O. blijken zeer grote onderlinge verschillen te vertonen (figuur 1): de uiterste waarden 0,4 en 1,7 — in aantallen contacten per jaar per 1 000 patiënten uitgedrukt, respectievelijk 1 751 en 7 254 — zijn zelfs meer dan een factor 4 verschillend!

Vervolgens heeft Philbert gezocht naar een correlatie tussen de waarden van Q en de ervaring van de arts, uitgedrukt in het aantal jaren praktijk (figuur 2). Een correlatie is hierbij niet gevonden.

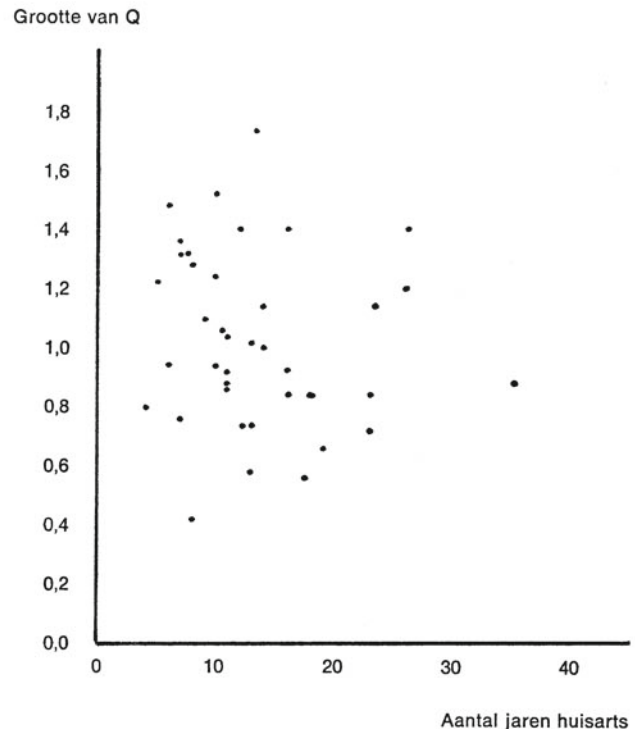
In figuur 3 zijn de Q-getallen samengevat voor praktijken die meer, respectievelijk minder dan 5 km van een specialistisch centrum of ziekenhuis zijn verwijderd. Hieruit blijkt een tendens tot toeneming van de waarde voor Q te bestaan bij een grotere afstand tot een dergelijk centrum; de verschillen zijn echter niet duidelijk significant, volgens de toets van Kendall is de kans op een toevallige correlatie gelegen tussen 5 en 10 procent. Deze verschillen lijken zeker plausibel, want bij een grotere afstand tot een specialistisch centrum zal de huisarts zelf meer (moeten) doen.

Voor de verhoudingen in de verschillende plaat-

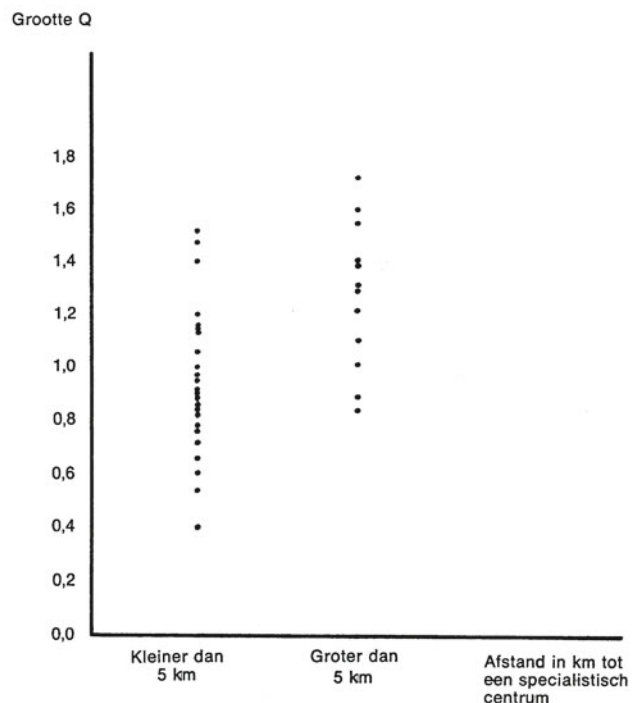


Figuur 1. Verdeling van de Q-getallen bij de deelnemers aan het I.M.O.

sen van vestiging ziet men enige verschillen tussen stad en platteland. Terwijl de gemiddelde waarde Q voor artsen uit de grote stad 1,04 bedraagt, is deze waarde voor de kleine stad 0,97 en voor het platte-



Figuur 2. Verband tussen Q-getallen en ervaring van de huisartsen.



Figuur 3. Verband tussen Q-getallen en de afstand tot een specialistisch centrum.

land 1,10. Een verklaring hiervoor is niet gemakkelijk te vinden. Overigens verschillen deze waarden enigszins van de uitkomsten van het verwijzingsonderzoek van *Van Es en Pijlman*, die in 1968 juist een veel hoger verrichtingscijfer vonden voor huisartsen uit de kleine stad.

Over de invloed van de sociale opbouw van de praktijk op de contactfrequentie zijn geen gegevens uit het I.M.O. beschikbaar, omdat de sociale klasse niet bij dit onderzoek is genoteerd. Wellicht zijn enige verschillen aan te wijzen tussen de contactfrequentie van ziekenfonds- en particuliere patiënten, maar opvallend groot zijn deze zeker niet. Bij het I.M.O. werd 76 procent van de verrichtingen besteed aan de ziekenfondspatiënten, die 70 procent van de Nederlandse bevolking uitmaken.

Veel grotere verschillen vindt men voor de verhoudingen tussen nieuwe en herhalingsverrichtingen. Wordt het I.M.O. als geheel gezien, dan is 67 procent van alle verrichtingen genoteerd als herhalingsverrichtingen. Zoals hierboven is gesteld, zijn vooral deze verrichtingen „huisarts-gebonden”, de nieuwe juist niet. Theoretisch kan men verwachten, dat het percentage herhalingsverrichtingen behalve van de bovengenoemde factoren, vooral afhankelijk is van de eigen instelling van de arts, van zijn werklust en toewijding of van zijn behoefte aan zekerheid of service-verlening, kortom van zijn motivatie. Een nadere analyse van dergelijke „arts-gebonden” factoren is een bijzonder moeilijke zaak, die alleen kan worden onderzocht in samenwerkingsverband met andere disciplines bijvoorbeeld in samenwerking met een sociaal-psycholoog.

Zijn de grote verschillen in de Q-getallen terug te voeren tot verschillen in de verhouding van de nieuwe ten opzichte van de oude verrichtingen? Wanneer de uiterste waarden voor de verhouding Q, die meer dan een factor 4 verschillen, nader worden beschouwd, kan men enige veronderstellingen maken voor de praktijkvoering van deze „extremisten”. Voor de arts met een laag Q-getal kan men het volgende veronderstellen: 1 hij heeft een grote praktijk zodat hij zal trachten de herhalingsverrichtingen te beperken; 2 hij heeft minder behoefte aan herhalingsverrichtingen door een grotere zekerheid; 3 hij besteedt aan elke verrichting meer tijd; 4 hij houdt meer vrije tijd over. Dit laatste is onwaarschijnlijk, omdat de tijd welke de meeste artsen aan hun praktijk besteden niet zoveel verschilt en zeker geen factor 4.

Voor de arts met een hoog Q-getal geldt dan het omgekeerde: 1 hij heeft een kleine praktijk en zal trachten meer service te verlenen; 2 hij heeft meer behoefte aan herhalingsverrichtingen; 3 hij kan aan elke verrichting minder tijd besteden; 4 de veronderstelling, dat hij veel minder vrije tijd overhoudt is minder waarschijnlijk (zie boven). De factoren, genoemd onder de punten 1 en 2 zijn zeker van belang, want eerder in dit artikel is reeds melding gemaakt van het feit, dat het totale aantal contacten tussen arts en patiënten per jaar in de loop van de tijd aan weinig veranderingen onderhevig is. Over de factor tijd per verrichting zijn wij veel minder ingelicht.

Ook het I.M.O. geeft helaas geen uitkomsten over de werktijden van de huisarts in zijn praktijk, noch

Tabel 1: Basis-gegevens van praktijk-analytisch onderzoek bij 8 artsen, gedurende één week verzameld.

arts	praktijk-grootte	aantal contacten in telweek	bestede tijd in uren	contacten		telefonische contacten
				oud	nieuw	
A	3650	274	38	136	138	40
B	3350	172	30 <sup>1/2</sup>	84	88	11
C	3000	224	25	109	115	26
D	2750	223	42	109	114	29
E	2500	183	22 <sup>1/2</sup>	98	85	18
F	4000	380	39 <sup>1/2</sup>	169	211	34
G	3500	315	42	173	142	27
H	1700	209	18	107	102	18

Tabel 2: Verhoudingscijfers berekend uit de gegevens van een praktijk-analytisch onderzoek bij 8 artsen gedurende één week.

arts	praktijk-grootte	spreekuur: visite	nieuw: oud	aantal contacten per 1000 pat.	bestede tijd per 1000 pat.	aantal c. per uur
A	3650	3	1,01	75	10 uur	7,5
B	3350	2	1,05	51	9 uur	5,5
C	3000	4	1,06	75	8 uur	9
D	2750	4	1,05	71	15 uur	5
E	2500	4	0,87	73	9 uur	8
F	4000	4	1,25	95	10 uur	9,5
G	3500	5	0,82	90	12 uur	8,5
H	1700	7	0,95	123	10 uur	12,5

over het aantal verrichtingen per tijdseenheid. Het is echter niet te verwachten dat deze twee factoren zoveel zullen uiteenlopen als de waarden van de Q-getallen doen veronderstellen.

Om enige oriëntatie over de werktijden van de verschillende huisartsen te verkrijgen, werd een klein onderzoek opgezet onder de leden van de C.W.O., die gedurende eenzelfde willekeurige week in 1969 al hun verrichtingen en tevens de daaraan bestede tijd noteerden (bijlage, tabel 1 en 2).

Uit dit onderzoek blijkt geen duidelijke relatie te bestaan tussen de praktijkgrootte en het aantal contacten, behalve bij arts H, die een kleine praktijk heeft met een hoog verrichtingscijfer. Het aantal contacten is omgerekend tot verrichtingscijfers per jaar. Men zou echter een meer uitgesproken relatie tussen deze twee grootheden verwachten. Er is overigens geen verband aan te tonen tussen de praktijkomvang en de bestede tijd: deze loopt volgens de gegevens uiteen van 18 tot 42 uur. Overigens heeft arts H naast zijn huisartspraktijk nog een functie als bedrijfsarts, terwijl arts E tevens een aanzienlijke controlepraktijk heeft.

Ook lijkt geen verband te bestaan tussen het verrichtingscijfer en de verhouding oud ten opzichte van nieuw, terwijl men volgens het bovenstaande be- toog iets dergelijks juist zou verwachten. Het geheel heeft trouwens betrekking op een proefonderzoek, waarvan de gegevens moeilijk zijn te interpreteren. Deze resultaten zijn desondanks toch gepubliceerd, om aan te tonen van hoe groot belang een nieuw onderzoek op praktijkanalytisch gebied kan zijn. Inmiddels bereidt een werkgroep, bestaande uit enige leden van de C.W.O. en de C.P.V. een nieuw onderzoek voor, dat vooral gegevens over de werklust van de Nederlandse huisarts poogt te verzamelen.

Welke collegae willen hieraan meedoen of anders gezegd: wie neemt de handschoen op?

*Summary. Considerations on the patients consulting rate.* The data obtained in the Intermittent Morbidity Study made in 52 general practices in The Netherlands (1967) have shown considerable differences in contact rate between the participants. Similar differences can be found in the literature. The authors have analysed the factors which can influence the contact rate of a general practitioner.

In order to eliminate differences in age and sex distribution, the contact rates found were related to figures standardized for age and sex. This relationship was called Q-figure.

In the intermittent morbidity study, great differences in Q-figures were found in spite of this standardization. Only a few of the causes of these differences could be identified. A small-scale study made by members of the Research Committee of the Netherlands Association of General Practitioners, for example, showed that there is no distinct correlation between practice size and contact rate. The authors maintain that new practice-analysing studies could give a more profound insight into the procedures followed in general practices in The Netherlands.

Aulbers, B. J. M. en F. de Waard (1970) huisarts en wetenschap 13, 171

Deen, K. J. van Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Academisch proefschrift, Groningen, 1952.

Es, J. C. van en H. R. Pijlman (1970) huisarts en wetenschap 13, 433

Festen, H. (1966) Ziekenfondsgids 20, 869.

Fuldauer, A. (1966) Medisch Contact 21, 167

Hoeven, J. van der en H. H. W. Hogerzeil (1965) huisarts en wetenschap 8, 168

Mertens, A. T. L. M. (1953) T. soc. Geneesk. 31, 347.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift, 1969

Oliemans, A. P. en F. de Waard (1969) huisarts en wetenschap 12, 309

Ruhe, H. A. M. Een huisartspraktijk in 1938 en 1954. Academisch proefschrift, 1957

Sanders, H. W. (1966) Medisch Contact 21, 784 en 1123

Schalm, L. (1965) Medisch Contact 20, 896

Wright, H. J. Report from general practice no VIII „General practice in S.W. England”, 1968