

# Weekenddienst

DOOR K. VAN DER MEER, HUISARTS TE GRONINGEN\*

*Inleiding.* De continuïteit in de zorg welke de huisarts zijn patiënten kan bieden, wordt tijdens weekends veelal ondergebracht in een weekenddienst. Deze waarneming veroorzaakt soms onvrede, zowel bij de patiënten als bij de huisartsen. Het doel van het onderzoek waarover in hetgeen volgt wordt bericht is, op grond van gegevens verzameld tijdens tien weekends, oorzaken voor deze onvrede te vinden en zo mogelijk een bijdrage te leveren tot het verbeteren van de bestaande situatie.

*Het veld van onderzoek.* Het onderzoek heeft betrekking op twee weekendgroepen (A en B) in een grote stad. In beide groepen nemen de huisartsen de weekenddienst bij toerbeurt op zich. In 1971 werd in groep A gedurende vijf weekends de dienst door schrijver dezes waargenomen en in 1972 geschiedde dit in groep B. Groep A omvatte zeven praktijken met in totaal ongeveer 18 000 zielen. De weekenddienst begon zaterdagmorgen om negen uur en eindigde maandagmorgen om acht uur (47 uur). Groep B omvatte vijf huisartspraktijken met in totaal ongeveer 14 000 patiënten. De dienst in deze groep begon zaterdagmorgen om tien uur en eindigde zondagavond om 24 00 uur (38 uur).

*De verrichtingen.* In totaal werden gedurende de bovengenoemde tien weekends 236 verrichtingen gedaan, 136 in groep A en 100 in groep B. Uitsluitend consulten en visites werden als verrichting geregistreerd. Telefonische adviezen — die overigens weinig talrijk waren — werden buiten beschouwing gelaten.

De meeste verrichtingen komen na telefonisch overleg tot stand. Indien de eigen huisarts geen weekenddienst heeft, kan de patiënt via het antwoordapparaat of via de centrale dokterstelefoon naar de dienstdoende arts worden verwezen. Het spreekt vanzelf dat deze verwijzing zo direct mogelijk moet zijn: het antwoordapparaat dient een juiste tekst uit te zenden en direct te verwijzen; de centrale dokterstelefoon moet goed zijn geïnformeerd; wijzigingen in het weekendrooster moeten tijdig aan alle betrokkenen worden medegedeeld.

\* Verbonden aan de groepspraktijk van de afdeling Huisartsgeneeskunde te Groningen (Hoogleraar-directeur Prof. Dr. K. J. van Deen).

*Samenvatting.* In twee waarnemingsgroepen werd door de auteur een onderzoek gedaan naar het functioneren van de weekenddienst. Een waarnemingsgroep moet voor een arts die het gehele weekend dienst doet niet meer dan twintigduizend zielen omvatten. Voor grotere groepen dienen meer artsen beschikbaar te zijn.

Grotere praktijken geven absoluut en relatief meer werk per weekend. Het verrichtingsgetal (aantal verrichtingen per duizend zielen) bedroeg voor beide weekendgroepen ongeveer 1.45. Bij accepteren van vrijwel alle aanvragen om hulp bedroeg het aantal onnodige verrichtingen in beide weekendgroepen ongeveer 10 procent.

De hoge visite-percentages (70) pleiten voor een geregionaliseerd werkterrein en tegen een „polikliniek huisartsgeneeskunde” tijdens de weekends. De waarnemer-huisarts ziet een breed scala van aandoeningen. Er is een spreiding van geringe tot zeer ernstige stoornissen in de gezondheidstoestand. Mannen en vrouwen vroegen evenveel verrichtingen. De percentages in de drie urgentiegraden en het percentage consulten is voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk. Kinderen en jonge volwassenen vroegen relatief meer verrichtingen in de weekenddienst; het percentage consulten lag hoger, terwijl de urgentiegraad gemiddeld lager was.

Een werkschema voor het gehele weekend (vaste begintijden voor consulten en visites) geeft rust in de praktijk en in het artsengezin.

In *tabel 1* zijn onder andere weergegeven het totale aantal verrichtingen, het gemiddelde aantal per weekend en het gemiddelde aantal verrichtingen per weekend per duizend patiënten (verrichtingsgetal) in groep A en B.

Opmerkelijk is het geringe verschil tussen de gemiddelde verrichtingsgetallen in beide weekendgroepen (1,51 en 1,43). De duur van de diensten verschilde nogal doordat in groep A ook de nacht van zondag op maandag aan de weekenddienst was toegevoegd. Het viel echter op dat gedurende de nachten slechts weinig verrichtingen werden gevraagd.

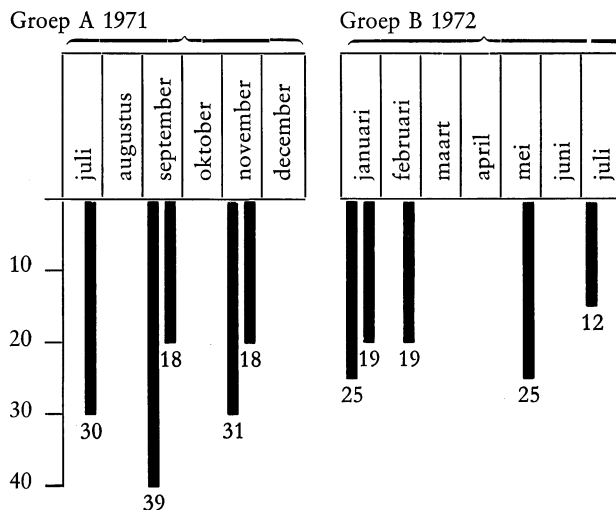
In *tabel 2* zijn de aantallen verrichtingen per weekend weergegeven. In beide weekendgroepen is een vrij grote spreiding van het aantal verrichtingen per weekend te zien. Een duidelijke seizoensinvloed blijkt hieruit niet. *Hofmans* behandelde in een

weekenddienst van 24 uur negentien patiënten in een weekendgroep van ongeveer 27 000 zielen. Dit betekent een verrichtingsgetal van 1,40 per duizend patiënten in een situatie van een heel weekend. Het aantal verrichtingen dat een weekendarts krijgt aangeboden, zal afhangen van het aantal patiënten van de groep artsen. Een getal van 1,45 per duizend zielen lijkt een redelijke benadering van de te verwachten kwantiteit.

In de stad waar het onderzoek waarover thans wordt gerapporteerd werd verricht, meldden vele patiënten met kleine verwondingen of contusies maar soms eveneens patiënten met ernstige traumata, zich zonder tussenkomst van de huisarts voor eerste hulp in ziekenhuizen. Tijdens de tien weekenddiensten werd vrij veel traumatologie behandeld, dit betrof ruim tien procent van alle verrichtingen. In groep A viel verloskundige hulp buiten de weekenddienst, in groep B nam de weekendarts ook de obstetrie waar. Het leiden van een bevalling vraagt over het algemeen veel tijd. Het verlenen van verloskundige hulp is niet te verenigen

met een drukke weekenddienst. Tijdens de periode van het onderzoek werd geen verloskundige hulp gevraagd.

Tabel 2. Weekenddienstkalender van een huisarts met het aantal verrichtingen voor elk weekend.



Tabel 1. Het aantal patiënten, de duur van de dienst, het totale aantal verrichtingen, het gemiddelde aantal verrichtingen per weekend en het verrichtingsgetal in de weekendgroepen A en B.

Weekend-groep	Aantal patiënten	Duur dienst	Totaal aantal verrichtingen gedurende vijf weekends	Gemiddelde aantal per weekend	Gemiddeld verrichtingsgetal
A	18 000	47 uur	136	27	1,51
B	14 000	38 uur	100	20	1,43

Tabel 10. Enkele diagnoses in de weekenddienst volgens de gemodificeerde E-lijst (Oliemans). De tussen haakjes geplaatste cijfers zijn absolute aantallen.

Urgentiegraad I	Urgentiegraad II	Urgentiegraad III
codenummer	codenummer	codenummer
458 Febris e causa ignota (10)	304 Braken of diarree (5)	240 Verkoudheid (3)
011 Mazelen (9)	241 Verkoudheid met koorts (5)	275 Tandwortelabces (2)
247 Bronchitis (8)	495 Oppervlakkige verwondingen (5)	306 Vage buikklachten (2)
495 Oppervlakkige verwondingen, contusies (8)	135 Nerveuze klachten (4)	321 Phymosis (1)
212 Angineuze klachten, status anginosus (7)	306 Vage buikklachten (3)	454 Malaise klachten (1)
242 Tonsillitis (6)		224 Varicose (1)
087 Acute urticaria (5)		406 Arthrosis deformans (1)
523 Morning-after pill (5)		
135 Psychoneurose met somatische klachten (5)		
245 Influenza (4)		
481 Commotio cerebri (4)		
244 Pseudocroup (2)		
211 Myocardinfarct (2)		
155 Apoplexie (2)		
312 Nierstenkoliek (2)		
287 Cholecystitis acuta (2)		
158 Appendicitis acuta (1)		

Het verrichtingsgetal is onder meer afhankelijk van de volgende drie factoren: het al of niet verlenen van obstetrische hulp door de weekendarts; de plaatselijke voorzieningen en gewoontes ten aanzien van de behandeling van traumata; de instructie welke de huisarts zijn patiënten geeft betreffende het raadplegen van de weekendarts.

*De grootte van een weekendgroep.* De optimale grootte van een weekendgroep is moeilijk vast te stellen. In de praktijk komen combinaties van drie tot acht praktijken veel voor. Het aantal zielen ligt dan tussen de 10 000 en 30 000. Een groep met weinig huisartsen en een kleiner aantal patiënten geeft minder werk per weekend, maar iedere huisarts zal frequenter dienst moeten doen. In een grote weekendgroep kan het voorkomen dat de dienstdoende huisarts op een ongelukkig moment niet alle gevraagde diensten kan verlenen. Tijdens één van de weekenden in groep A werden 39 visites en consulten aangevraagd. Dit weekend werd duidelijk als druk ervaren; er deden zich overigens geen problemen voor bij de afwikkeling van de verrichtingen.

Het aantal verrichtingen per weekend mag niet zo groot worden dat de kwaliteit van de hulpverlening eronder gaat lijden. Een gemiddeld aantal verrichtingen van totaal 48 gedurende een dienst van twee dagen is het maximum om een evenwicht tussen werkbelasting en adequate hulpverlening te kunnen handhaven. Dit betekent gemiddeld drie verrichtingen per uur bij een werkdag van acht uur. Uitgaande van het verrichtingsgetal van 1,45 per duizend zielen, kan hieruit worden geconcludeerd dat de weekendgroep niet meer dan 30 000 zielen mag omvatten. Aangezien het aantal visites en consulten per weekend sterk kan variëren — het laagste aantal bedroeg de helft van het hoogste — is het noodzakelijk dat bij dergelijke grote groepen meer artsen bereikbaar zijn. In een weekendgroep van 15 000 tot 20 000 zielen is de kans gering dat de weekendarts onder te sterke druk komt te staan. Hij kan aan de patiënten in de regel voldoende aandacht besteden. Ook in deze omstandigheden zou de weekendarts bij onvoorziene noodgevallen echter een beroep moeten kunnen doen op de hulp van de waarnemer van een andere weekendgroep.

Naast het aantal zielen is ook de uitgestrektheid van het praktijkgebied van belang. De weekendgroepen A en B bestreken de gehele stad met de buitenwijken. De afstanden en de verkeersproblemen hadden een ongunstige invloed op het totaal van de bestede tijd. In een geregionaliseerd werkterrein kan efficiënter worden gewerkt. Deze situatie hangt nauw samen met het aantal visites dat wordt gemaakt (tabel 3). In dit onderzoek vallen de hoge percentages visites op. De consult/visite-verhouding bedroeg ongeveer een op

Tabel 3. Percentages visites en consulten in de weekendgroepen A en B. Tussen haakjes zijn de absolute aantallen geplaatst.

Groep	Consulten	Visites
A	28 (38)	72 (98)
B	29 (29)	71 (71)

twee in beide weekendgroepen. Hofmans vermeldt in zijn onderzoek twee consulten op één visite. Het hoge visite-percentages pleit niet voor de oprichting van een polikliniek huisartsgeneeskunde voor weekendconsulten.

*De urgentie van weekendverrichtingen.* De meeste huisartsen maken gebruik van een telefoonbeantwoorder. De tekst is in de regel zo gekozen dat „dringende gevallen” en „spoedgevallen” worden verwezen naar de dienstdoende arts. De weekendarts krijgt dus problemen te behandelen die door de patiënten als spoedeisend worden beleefd. Zij kunnen niet tot maandag wachten om hun eigen huisarts te raadplegen. Dat een patiënt in een weekend een waarnemende huisarts om hulp vraagt, kan samenhangen met het optreden van een alarmerend ziektebeeld; met ongerustheid van de patiënt of van zijn omgeving, terwijl toch niet van een alarmerend ziektebeeld kan worden gesproken; voorts met het feit dat een patiënt behoort tot een bepaalde high risk-groep en tenslotte met de behoefte van de patiënt de mening van een andere arts te vernemen.

De verrichtingen zijn naar drie urgentiegraden verdeeld (tabel 4).

Urgentie I: noodzakelijke weekendverrichtingen.  
 Urgentie II: minder noodzakelijke weekendverrichtingen: had vrijdag kunnen worden afgewerkt of had zonder bezwaar tot maandag kunnen wachten.  
 Urgentie III: niet-noodzakelijke weekendverrichtingen.

De urgentiegraad is veelal moeilijk objectief vast te stellen. Naast de aard van de aandoening waarvoor de weekendarts wordt geraadpleegd, moet men rekening houden met integrale factoren. Bij het aanbrengen van deze gradering werd uitgegaan van redelijkheid, terwijl de huisarts zich zo tegemoetkomend mogelijk opstelde.

Wanneer men de verrichtingen verdeelt naar

Tabel 4. Verdeling in percentages naar urgentiegraad van de weekendverrichtingen in groep A en B. De tussen haakjes geplaatste cijfers zijn absolute aantallen.

Urgentiegraad	I	II	III
Groep A	52 (70)	36 (49)	12 (17)
Groep B	65 (65)	23 (23)	12 (12)

urgentiegraad, blijkt dat het aantal noodzakelijke verrichtingen (urgentie I) in groep A 52 procent en in groep B 65 procent bedraagt. Dit is een duidelijk verschil. Het aantal niet-noodzakelijke verrichtingen is in beide groepen gelijk en vrij gering, namelijk 12 procent.

*Vergelijking van de verschillende huisartspraktijken in de weekendgroepen.* Hoewel de verschillen tussen groep A en groep B niet groot zijn wat betreft verrichtingsgetal, consult/visite ratio en verdeling naar urgentie, laat vergelijking van de cijfers van de praktijken onderling, interessante verschillen zien (tabel 5). Voor de relatief grote praktijken ziet men gemiddeld een groter aantal verrichtingen per dienst. Ook het verrichtingsgetal neemt toe met de grootte van de praktijk.

In tabel 5 zijn vier praktijken weergegeven met een hoog verrichtingscijfer (1, 2, 3 en 7); hiervan zijn drie groter dan 3 500 zielen. In de praktijken 3 en 7 gaat het hoge verrichtingsgetal gepaard met een laag percentage urgentiegraad I en een hoog percentage consulten. De patiënten in deze praktijken raadplegen kennelijk ook voor minder ernstige aandoeningen de weekendarts. De percentages urgentiegraad II zijn dan ook opvallend hoog. Men kan veronderstellen dat een hoog percentage urgentiegraad II samenhangt met een praktijk waarin de patiënten door de week minder gemakkelijk hulp van hun

Tabel 5. Gemiddeld aantal verrichtingen per weekend, verrichtingsgetal, percentages van urgentiegraad I, II en III, percentages consulten verdeeld naar praktijkgrootte.

Praktijk grootte	Gemiddeld aantal verrichtingen per weekend	Verrichtings getal (verrichtingen per 1000)	Percentage urgentie I	Percentage urgentie II	Percentage urgentie III	Percentage consulten
1: 4000	7,4	1,85	68	16	16	22
2: 4000	6,8	1,78	65	17	18	27
3: 3500	7,2	2,08	44	45	11	36
4: 3000	3,6	1,20	67	22	11	17
5: 3000	4,6	1,53	57	30	13	26
6: 2500	3,4	1,36	47	41	12	17
7: 2500	5,4	2,08	44	37	19	36
8: 2500	3,2	1,28	81	13	6	13
9: 2500	1,0	0,40	60	40	0	20
10: 2000	1,0	0,50	40	60	0	20
11: 1500	0,8	0,53	75	25	0	25
12: 1000	1,0	1,0	40	60	0	20

huisarts kunnen krijgen. Urgentiegraad III treft men vaker aan bij praktijken met een relatief hoog verrichtingsgetal.

Men kan zich afvragen of het aantal keren dat een huisarts dienst moet doen voor zijn weekendgroep zou moeten zijn gecorreleerd met de hoeveelheid werk die zijn eigen praktijk in de weekenddienst geeft. In huisartskringen wordt de voorkeur gegeven aan het toerbeurtsysteem met gesloten beurzen.

Tabel 6. Leeftijdsverdeling van de patiënten die in de weekenddienst werden behandeld in groep A en B en een verdeling van de Nederlandse bevolking (op 31-12-'69).

Leeftijd	Groep A	Groep B	Nederlandse bevolking (31-12-'69)
0-14	37,5	34,0	27,4
15-29	27,5	30,0	24,6
30-44	10,3	10,0	18,0
45-59	13,2	14,0	15,6
60-74	8,8	7,0	10,9
75 +	3,0	5,0	3,6

*De leeftijdsgroepen in de weekenddienst.* De patiënten die in de weekenddienst werden behandeld in groep A en B zijn verdeeld in zes leeftijdsgroepen (tabel 6). De leeftijdsverdeling is in beide groepen vrijwel gelijk. Het blijkt, dat bijna tweederde van de patiënten jonger is dan dertig jaar. Hofmans zag in zijn onderzoek ook opvallend veel jonge volwassenen. De groep „ouder dan 60” is opvallend klein. Het is bekend dat in de huisartspraktijk jonge kinderen, vrouwen en bejaarden veelvuldig de huisarts raadplegen. Mogelijk hebben jonge mensen juist in het weekend de gelegenheid een arts te consulteren. In de weekenddienst kan voor de leeftijdsgroep van 15 tot 29 jaar een relatief hoog percentage urgentiegraad II en een laag percentage urgentiegraad I (tabel 7) worden verwacht. Voor de grote groep van 15 tot 29 jaar is het percentage noodzakelijke weekendverrichtingen het

Tabel 7. Urgentieverdeling (graad I, II en III) verdeeld over de leeftijdsgroepen (in percentages).

Leeftijdsgroepen in jaren	Urgentiegraad I	Urgentiegraad II	Urgentiegraad III
0-14	60	26	14
15-29	45	40	15
30-44	58	29	13
45-59	59	33	8
60-74	74	21	5
75 +	78	11	11

laagst (45 procent), terwijl het percentage voor urgentiegroep II het hoogst is. In deze leeftijdsgroep worden de meeste consulten gevraagd (tabel 8).

Tabel 8. Consulten in de leeftijdsgroepen als percentage van alle verrichtingen per leeftijdsgroep.

Leeftijd in jaren	0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75 +
Percentage consulten	21	43	33	34	11	0
Percentage visites	79	57	67	66	89	100

Voor kinderen en bejaarde patiënten werden de meeste visites gemaakt. Dit correspondeert met het hoge percentage urgente verrichtingen (urgentiegraad I in tabel 7) voor deze leeftijdsgroepen. De verrichtingen in de weekends bleken 50 procent vrouwen en 50 procent mannen te betreffen. Door de week is het percentage vrouwen duidelijk hoger. De consult/visite ratio en de verdeling over de urgentiegraden is voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk (tabel 9).

Tabel 9. Verdeling van consulten, visites en urgentiegraad I, II en III naar geslachten.

Geslacht	Percentages Aantal	Percentages Consulten	Percentages Visites	Urgentiegraad I	Urgentiegraad II	Urgentiegraad III
Mannen	50	28	72	56	31	13
Vrouwen	50	29	71	60	30	10

De morbiditeit tijdens de weekenddienst. Van elke verrichting werd een diagnosenummer vastgelegd volgens een morbiditeits-classificatie, ontleend aan de Engelse E-lijst volgens *Oliemans*. Voor de in totaal 236 verrichtingen werden 98 verschillende diagnosenummers gebruikt. Deze methode biedt echter slechts in beperkte mate de mogelijkheid integrale aspecten in de diagnosecodering te betrekken.

In tabel 10\* zijn de vaak voorkomende diagnoses en enkele ernstige aandoeningen uit de tien weekends vermeld. De weekendarts ziet een breed scala van gezondheidsstoornissen. Opvallend is het grote aantal „acute aandoeningen” zoals koortsende ziekten en traumata.

Uitvoering van een weekenddienst. Het „plan- nen” van een aantal vaste begintijdstippen voor visite-rondes en voor consulten is belangrijk voor een efficiënte werkwijze. De eerste visite-ronde begon om 11.30 uur, de tweede om 16.00 uur. Consulten werden bij voorkeur afgesproken om 14.00 uur en om 18.00 uur. Dit werkschema voorkwam

\* Zie bladzijde 224.

het maken van vele visites voor telkens maar één patiënt. Patiënten met spoedeisende problemen werden uiteraard onafhankelijk van dit schema behandeld. Het gebruik van de semafoon maakte het mogelijk tijdens de rondes visites toe te voegen. Aangezien vrijwel alle verrichtingen telefonisch werden aangevraagd, was het mogelijk met de patiënt te overleggen of een consult of een visite zou plaatsvinden en tevens wanneer de hulp zou kunnen worden geboden. Door zo enige structuur in de weekenddienst aan te brengen, ontstond een zekere rust, zowel in de praktijk als in het gezin van de dienstdoende arts. Het was daarbij opvallend hoe weinig avond- en nachtvisites werden aangevraagd. „Telefonisch behandelen” werd vermeden. Deze wijze van behandelen geeft nogal wat onzekerheid bij de patiënt, omdat vaak het advies wordt gegeven bij blijvende klachten weer contact op te nemen. Bovendien beschikt de arts in een waarnemings-situatie over minder gegevens van de patiënten. Voor „afhouden” geldt hetzelfde met als gevolg opnieuw bellen en frustraties bij patiënt en arts. Een aanvraag voor een verrichting werd daarom vrijwel steeds geaccepteerd. Door de arts of zijn echtgenote werd wel te kennen gegeven dat de voorkeur werd gegeven aan een consult.

De weekendarts zal patiënten moeten behandelen zonder de soms noodzakelijke achtergrondinformatie. Naast de mogelijkheid toegang te verkrijgen tot de patiëntenadministratie van de huisartsen voor wie wordt waargenomen, is het wenselijk tevoren reeds over probleempatiënten (stervenden, à terme gravidæ) te zijn geïnformeerd. In de langer bestaande weekendgroepen is een deel van de patiënten reeds door alle huisartsen gezien en kent men elkanders werkwijzen. De weekendarts zal zijn beleid dan ook richten op de overdracht van de behandeling aan de huisarts van de patiënt. Dit betekent dus behandeling voor een korte termijn. Geruststelling van de patiënt blijkt een belangrijk aspect van het werk in de weekenddienst.

Het is gewenst dat de weekendarts de desbetreffende huisartsen bericht over al zijn weekendverrichtingen. Niet alleen bij ernstige zieken en bij opnamen in het ziekenhuis is dit van belang, maar ook voor de kleine aandoeningen die juist in de huisartsgeneeskunde een belangrijke rol spelen. Door de onderlinge relaties tussen de samenwerkende weekendartsen „open” te houden, kunnen de onderlinge kritiek en de gevoelens van misnoegen ten aanzien van het gevoerde beleid bespreekbaar blijven.

#### Summary. Weekend duties

Weekend duty arrangements were studied in two weekend duty groups. A group attended by a physician who is on call throughout the weekend should not comprise more than

twenty-thousand population. More than one physician should be available for larger groups.

Larger practices give an absolutely and relatively larger amount of work per weekend. The patients consulting rate (number of consultations per one-thousand population) was about 1.45 in both groups. Acting upon virtually all requests for help, the number of unnecessary calls was found to be about 10 per cent in both groups.

The high visiting rates (70 per cent) argue in favour of a regionalized range of action and against a „general out-patient clinic” during weekends. The duty physician sees a broad range of conditions, from very slight to very severe disturbances of health. Males and females required equal

activity. The percent-ages in the three degrees of urgency and the consulting rates were virtually the same for males and females. Children and young adults required relatively more activity during weekend duty; the consulting rate was higher, where the degree of urgency averaged lower.

A time-table for the entire weekend (fixed hours for consultations and visits) ensures rest in the practices and in the doctor's family.

Hofmans, A. (1971) huisarts en wetenschap 14, 247-250.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese n.v., Leiden, 1969.

## *Het Engels-Nederlandse visite-onderzoek; einde of begin van internationale „research into general practice”?*

DOOR G. DORRENBOOM, HUISARTS TE ROTTERDAM\*

*Inleiding.* Het onderstaande is een verslag van een ten dele mislukt onderzoek dat gelijktijdig in „The North East England Faculty of the Royal College of General Practitioners” en in de regio Rotterdam van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) werd gehouden met als onderwerp: frequentie van huisbezoeken. Achtereenvolgens worden besproken: doelstelling en opzet, praktische uitwerking, historia morbi van het project in Nederland en de lessen die hieruit zijn geleerd.

*Doelstelling en opzet.* Het initiatief werd genomen door collegae G. N. Marsh en J. Whewell uit Teesside. De motivering was als volgt.

Het schijnt dat de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk frequenter huisbezoeken afleggen dan elders het geval is. Hoewel dit een hoeksteen is van ons werk, is het tijdrovend. Hoeveel van deze visites zijn inderdaad noodzakelijk, hoeveel patiënten hadden zelf kunnen komen, hetzij met eigen vervoer, hetzij per minibus? Troffen wij de patiënt thuis in bed? Is dit een indicatie van de noodzaak van het huisbezoek? Werd de patiënt thuis onderzocht? Werd de patiënt terugbesteld op het spreekuur of moest hij thuis verder worden bezocht? Zo ja, zag de praktijkverpleegster hem dan? Werd hij opgenomen in het ziekenhuis? Hoe laat had hij zich gemeld? Tot welke sociale klasse behoorde hij en welke diagnose werd gesteld?

Dit alles betrof nieuwe visites, herhalingsvisites en chronische patiënten; laatstgenoemden zijn dege-

*Samenvatting.* Het Engels-Nederlandse visite-onderzoek is gedeeltelijk mislukt aan deze kant van de Noordzee. In de toekomst zullen internationale onderzoekingen „into general practice” in elk land afzonderlijk moeten worden afgewerkt door een volwaardig team met assistentie van secretariaat en computer, waarbij goed contact op gelijk niveau met de andere landenteams moet worden onderhouden. Tot voldoening stemt het gebleken enthousiasme van huisartsen en de goede relatie met de collegae in Engeland.

nen die minstens gedurende drie maanden voor en na het onderzoek op de visitelijst voorkwamen. Al deze gegevens dienden te worden gecorreleerd aan enige praktijkgegevens: aantal praktijkjaren als huisarts, aantal patiënten en aantal in de praktijk werkzame artsen, situering (stad/kleine stad/platteland), afspraakspreekuur en een „efficiency score” samengesteld uit het al of niet aanwezig zijn van een secretaresse die naar dictaat kan typen, een „age-sex” register en „workload statistics”.

*Praktische uitwerking.* Voor de realisering van dit ambitieuze project beschikte men over de medewerking van een statisticus, voorts kon men beschikken over een computer in New Castle, er was een secretaresse voor informatie en voor codering, die werd bijgestaan door een aantal posttypistes. In noord-oost Engeland namen 190 huisartsen uit 94 praktijken deel. De gegevens werden verzameld ge-

\* Met dank aan de dames Bot en Van Buren voor de hulp bij berekeningen en administratie.