

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 gecorrigeerd 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.

durende tien werkdagen van 24 november tot 5 december 1969, een periode van doorgaans matige tot lichte drukte in de praktijk. Publikatie vond plaats in de *British Medical Journal* van 19 februari 1972.

Historia morbi van het project in Nederland. Als uitvloeisel van het contact tussen huisartsen in noord-oost Engeland en het centrum Rotterdam* kreeg schrijver dezes tijdens zijn vakantie aldaar een verzoek of de Nederlandse huisartsen als contraststudie aan dit project wilden meedoen, teneinde een vergelijking mogelijk te maken tussen de huisbezoekgewoonten in de twee landen. Na telefonisch adhesie te hebben verkregen van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (C.W.O.) vond op de terugweg een korte bespreking met de initiatiefnemers plaats, waarbij een aantal kleine adaptaties voor Nederlands gebruik in het ontwerp kon worden aangebracht, onder andere een verplaatsing van de registratieweken naar een vroegere datum om de „Sinterklaasluwte” te vermijden, de toevoegingen „assistente” in plaats van praktijkverpleegster en het onderscheid tussen ziekenfondslid en particulier. Besloten werd het drukken van formulieren en de mechanische verwerking daarvan geheel in Newcastle te doen plaatsvinden, waar computer, ponystypistes en statisticus reeds waren „besproken”. Na terugkomst in ons land werd overleg gepleegd met Van den Dool namens de C.W.O. en met Kooijker namens de Commissie Praktijkvoering (C.P.V.). Voorts werd literatuurstudie verricht, waarbij bleek dat dit project het eerste grote binationale visiteonderzoek betrof. Intensieve briefwisseling met vele suggesties onzerzijds over de mogelijke uitwerking volgde. Het werven van deelnemers via de Nieuwsbrief verliep buiten verwachting voorspoedig: van de 350 aangeschrevenen reageerden 85 positief, 77 van hen verrichtten de registratie volledig.

In de situatie ten onzent deden zich de volgende drie moeilijkheden voor:

- 1 Het nauwkeurige zielen aantal per praktijk was niet bekend, volstaan moest worden met een schatting op grond van de laatste ziekenfondsafrekening en het aantal verzonden rekeningen naar particulieren**. Het vaststellen van de praktijkpopulatie loont niet voor een oriënterend onderzoek als het onderhavige.
- 2 De beoordeling van de praktijkorganisatie aan de hand van de Engelse criteria die hoofdzakelijk

* huisarts en wetenschap (1969) 12, 196; (1970) 13, 311 en (1970) 13, 390.

** Dank zij de heer J. Verschoor, directeur van A.Z.R., werd althans uit het bestand van dit ziekenfonds een nauwkeurige opgave van het aantal ingeschrevenen verstrekt.

zijn gebaseerd op groepspraktijken, kon alleen uitlopen op een gemiddeld lagere score dan in Engeland.

- 3 Het klassieke onderscheid stad/kleine stad/platteland was in de randstad Holland niet scherp te trekken, ook al werd het aantal inwoners als maatstaf genomen (respectievelijk boven de 200 000, 50 tot 200 000 en lager).

In andere opzichten was het onderzoek hier echter eenvoudiger dan in het Verenigd Koninkrijk: groepspraktijken maken een beoordeling van visitepatronen per arts moeilijk, mede door de onscherpe begrenzing van het aantal patiënten „responsible for”.

Een te grote belasting bleek het coderen van de door de huisartsen gestelde „diagnoses”, deels door de ontoepasselijkheid van de door de Britten gehanteerde internationale classificatie in plaats van de praktische E-lijst, deels door de afwisseling van zeven werkstudenten die in het drukke artsengezin hun werk moesten doen tussen stapels papier. Door een van de werkstudenten werden de formulieren naar Schiphol teruggebracht, waarbij geen controle werd uitgeoefend op nauwkeurige verzending. Vermeld moet worden dat aan beide zijden van de Noordzee invoerrechten moesten worden betaald op dezelfde formulieren. In Teesside bleek dat de ponystypistes de „continentale” schrijfwijze van cijfers niet konden lezen, waardoor alle 7 000 formulieren opnieuw moesten worden gecodeerd. Onze financiële bijdrage werd door een Engelse bank niet aan collega Marsh overgemaakt, waardoor een vertrouwenscrisis dreigde. Tijdens het verblijf van Rotterdamse N.H.G.-leden in Newcastle in mei 1970 kon een summiere ontmoeting plaatsvinden tussen de statisticus McNay en ons, die weinig discussie opleverde door onervarenheid mijnerzijds.

In oktober 1971 kwamen de Nederlandse cijfers eindelijk uit de computer. Thans bleek hoe moeilijk het is wanneer men zijn weg moet zoeken in het cijfermateriaal dat door een ander is klaargemaakt, zowel door de andere manier van bewerking dan hier gebruikelijk is, als door het ontbreken van commentaar. Pas na enkele weekends studeren kwam ik tot de ontdekking dat een groot gedeelte van het materiaal ontbrak: de gegevens van slechts 36 van de 77 artsen waren uit de computer gekomen, bovendien ontbraken de spreekuurtellingen, waardoor een consult/visite ratio niet kon worden opgesteld. Alle naspeuringen van de teleurgestelde huisartsen Marsh en Whewell waren zonder resultaat. Het gevolg was, dat de hier reeds opgestelde statistische analyse van de 77 huisartsen niet meer kon worden gecorrigeerd met de visitegegevens.

Fouten

Engels formulier niet letterlijk toepasbaar in ons land.

Te lange duur van de bewerking. Te veel oncontroleerbare schijven waarover het Nederlandse onderzoek moest worden afgewikkeld

Primitieve afhandeling door full-time huisarts in Rotterdam

Onleesbare cijfers

Mechanische verwerking in ander land

Statistische bewerking in Engeland anders dan hier

Te geringe mogelijkheid van overleg

Bewerking diagnoses volgens internationale classificatie

Douane- en deviezenmoeilijkheden

Onderzoek werd te duur door bovenstaande fouten

Oorzaak

Verschillen in praktijkorganisatie, geografie

Ontbreken van tijdplanning en „projectmanagement”

Onervarenheid en tijdgebrek

Vele losse hulpkrachten

Schaarste aan computer- en posttypistesfaciliteiten. Poging een en ander „economisch” te doen

Onkunde omtrent elkanders methoden

Geen tijd en geen geld om vaak naar Engeland te gaan

Poging onderzoek te conformeren aan vroegere morbiditeitsonderzoeken in plaats van praktijkanalytische onderzoeken

Onbekendheid

Proberen goedkoop te doen

Correctie

Nederlands formulier opstellen dat naar inhoud vergelijkbaar is en waarin de verschillen apart kunnen worden bewerkt

Projectplanning en begeleiding door ad hoc samengestelde ploeg in eigen land bestaande uit: een huisarts-coördinator („motor”), een huisarts-adviseur, een statisticus/methodoloog, een secretaresse en posttypistes. Mechanische verwerking in eigen land. De huisarts „motor” moet een uur per dag vrij kunnen maken gedurende een jaar

Wel tijd en geld beschikbaar stellen voor mondeling overleg van gelijkwaardige partijen onder andere van wederzijdse statistici.

E-lijst of geen diagnose registreren.

Inschakelen van bijvoorbeeld American Express.

„Duurkoop is Goedkoop”

Bovendien werden de aantallen te klein voor bepaalde detailbewerkingen. Nagegaan wordt of een gedeelte van de ter beschikking gekomen cijfers toch nog in aanmerking kan komen voor publikatie. Tot slot volgt hier een „fout en goed diagram” waarin steller dezes aangeeft hoe een en ander in de toekomst beter kan worden geregeld.

Ondanks tegenslagen op het gebied van internationale samenwerking blijven de huisartsen in een ander land mensen zoals wij, die hetzelfde werk doen en die belang stellen in ons functioneren zoals wij dat doen ten aanzien van hun activiteiten.

Goed was:

- 1 Het functioneren van de huisartsen aan beide zijden van de Noordzee ten aanzien van het visiterijden is redelijk met elkander vergelijkbaar, met andere woorden „onderwerp was goed gekozen”.
- 2 Wederzijds vertrouwen, gebaseerd op informele contacten.

3 Weinig taalproblemen.

4 Enthousiasme van willekeurige groep Nederlandse huisartsen voor internationaal onderzoek.

5 Steun van Rotterdamse ziekenfondsen.

6 Prompte steun van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek, de Commissie Praktijkvoering en het Artsencentrum Rotterdam.

7 Project was geregistreerd bij het Nederlands Huisartsen-Instituut.

8 Het onderwerp leent zich voor herhaling over een aantal jaren.

Summary. The 1969 British-Dutch survey into home-visiting has been a near-failure on the Dutch side. If another binational exercise should be undertaken a complete research team on either side of the North Sea will be necessary with the help of secretarial and computer facilities. More contact is needed between teams in the separate countries. Hopeful has been the good understanding and enthusiasm among doctors for research around the North Sea.