

peutisch resultaat nodeloos achterwege blijven. Hoe juist dit bezwaar ook is, de praktische relevantie is dikwijls niet navenant. Anderzijds bestaat bij een te snelle verwijzing naar de specialist — in dit geval de orthopedisch chirurg — bij vele patiënten helaas grote kans op „fixatie aan de klachten”, „organisatie” van in vele gevallen in feite psychosociale problematiek. Eenmaal door de eerste sluisen van het medisch kanaal, is de patiënt later moeilijk van zijn somatisch klaagpatroon af te brengen. Dit fenomeen doet zich langzamerhand zo frequent voor, dat het geen huisarts zal ontgaan.

Bij verwijzing van met name vele „orthopedische” patiënten is een terughoudende oplettendheid van de huisarts zeer op zijn plaats. Besluit men in bepaalde gevallen van hardnekkige klachten — om wat voor reden ook — tot verwijzing, dan is het van groot belang de orthopedisch chirurg adequate en voldoende informatie te verschaffen. Een duidelijke vraagstelling behoort tot de kern van de verwijsbrief. Het

resultaat van de behandeling (diagnostisch en eventueel therapeutisch) door de specialist, is mede afhankelijk van een zo compleet mogelijke informatie van de zijde van de huisarts.

Het verwerven van enig inzicht aangaande de psychische en sociale situatie van de patiënt die uit zijn milieu gerukt, dikwijls nerveus de specialist bezoekt, is voor de specialist, die de patiënt waarschijnlijk nooit eerder heeft gezien, een moeizaam en vaak gênant karwei, weshalve de verwijzing nauwelijks goed genoeg kan worden gemotiveerd. De patiënt wordt in de regel technisch nagezien, met als gevolg dat er vaak iets wordt gevonden waarvan het maar zeer de vraag is, of dit in enige relatie staat tot het klachtenpatroon waarvoor hij komt. Zoals bekend, is het vaak de combinatie van de lichamelijkeheid en de psychische problematiek welke het ruglijden manifest maakt. Uiteraard zijn er patiënten met evidente afwijkingen van de rug, waarbij een operatieve behandeling, hetzij een lami-

nectomie, hetzij een spondylodesis op zijn plaats is. Dit is echter slechts een klein gedeelte van het aantal verwezen patiënten.

Kortom, gun ook de orthopedisch chirurg de „couleur local” van de patiënt. Vermeldt bij verwijzing de informatie welke voor de benadering van de patiënt met zijn klacht van belang kan zijn. Het zal duidelijk zijn dat de specialist klaarstaat behulpzaam te zijn, voorzover dat in zijn vermogen ligt. Het overspoelen van orthopedische poliklinieken met „rugpatiënten” is echter een grote belasting, die de kwaliteit van het werk van de specialist bedreigt.

Tot slot nog het volgende: het grootste gedeelte van de orthopedische problematiek die tot verwijzing kan leiden, is niet aan de orde gekomen. Het was echter de bedoeling slechts enkele praktische wenken te geven voor het dagelijkse werk van de huisarts ten behoeve van zijn patiënten en daarmee de specialist te behoeden voor een onderdampelen in problematiek die niet tot zijn vakgebied behoort.

Arbeidsstudie in een huisartspraktijk

DOOR N. M. BLOKLAND-KÜHLER

INLEIDING EN DOELSTELLING

Multimomentopname (MMO) is een verzameling waarnemingen, op al of niet willekeurige momenten, gedurende een bepaalde periode, van de activiteiten van één of meer personen of apparaten, ter bepaling van het procentuele aandeel van die activiteiten in de tijdsduur van deze periode.

De MMO is een tijdstudietechniek die is gebaseerd op de steekproeftheorie. De tijdopnamen met een horloge geven een doorlopend beeld van de waargenomen werkelijkheid; in de regel is er één waarnemer per man nodig. De gegevens die met MMO worden verkregen zijn onder andere nodig voor een kwantitatieve analyse van de organisatie van be-

aalde werkzaamheden. Organisatieverliezen kunnen zichtbaar worden gemaakt en verbeteringsmogelijkheden aangegeven.

WERKWIJZE

De mate van detaillering wordt afhankelijk van de doelstelling van het onderzoek bepaald; het aantal noodzakelijke waarnemingen is afhankelijk van de gewenste nauwkeurigheid van de uitkomsten. Aan de hand hiervan wordt een plan opgesteld. Voor het registreren wordt van het zogenaamde „turven” gebruik gemaakt: met behulp van verticale streepjes wordt aangegeven welke activiteit op moment x wordt verricht. In hoeverre een uitkomst van een MMO geldig is buiten de

Samenvatting. Introductie van de multi-moment-opname als methode van efficiëntie-onderzoek in de huispraktijk. Dit onderzoek werd verricht in het kader van de opleiding tot arts aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Tijdens een stage van twee weken in een huispraktijk in de stad werden de waarnemingen gedaan en werd tevens het patiëntenmateriaal geregistreerd waarop de waarnemingen betrekking hadden. De betreffende huisarts is tijdens de waarnemingen niet beïnvloed. Het geringe tijdsbestek waarin kon worden geobserveerd maakte uiteraard aanpassingen bijvoorbeeld van het aantal waarnemingen noodzakelijk.

tijdopnamenperiode, is afhankelijk van de mate van representativiteit van die periode. Belangrijk hiervoor is dat de tijdopnamen gelijkmatig

over de uren van de dag en de dagen van de week worden gespreid en dat de waarnemer geen invloed uitoefent op de werkzaamheden.

SCHEMA VAN HET TIJDOPNAMEN PLAN

Men trachtte gedurende de tijdopnamenperiode elk uur van de dag tweemaal op te nemen. De tijd waarin werd opgenomen lag tussen 8 en 17 uur; werkzaamheden in de avonduren vielen dus buiten de waarnemingen. Gedurende één uur werd elke minuut geturfd, hetgeen dus 60 waarnemingen opleverde. In het totaal werden 1080 waarnemingen gedaan.

Er werd voor de verschillende activiteiten van het volgende indelingsschema gebruik gemaakt (tabel 1).

1. *Telefoon*. Hieronder vallen alle telefoongesprekken die betrekking hebben op de patiënten of op de praktijk als zodanig; persoonlijke gesprekken werden onder 8 genoteerd.

2. *Diagnostiek*. Hieronder vallen alle handelingen die worden verricht voor het stellen van een diagnose. Het betreft dus het stellen van vragen over een bepaalde klacht, het verkrijgen van vroegere gegevens en het lichamelijk onderzoek.

3. *Behandeling*. Hieronder valt de medische behandeling van een bepaalde klacht, zoals het geven van een injectie, het uitspuiten van een oor; eveneens behoren hiertoe het schrijven van recepten en het uitleg geven over richtlijnen voor de behandeling.

4. *Persoonlijk gesprek*. Hieronder vallen alle gesprekken met patiënten die niet direct betrekking hebben op diagnostiek en behandeling (2 en 3). Het betreft bijvoorbeeld problemen in werkring of gezin; de gesprekken met psychiatrische patiënten behoren hier ook bij.

5. *Administratie*. Hieronder vallen administratieve werkzaamheden, zoals het inschrijven van nieuwe patiënten, het noteren van een

Waarnemingschema

Uren van de dag	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
maandag										
dinsdag		×						×		
woensdag			×			×				×
donderdag				×		×	×			
vrijdag					×				×	
maandag			×				×			
dinsdag			×						×	
woensdag					×			×		
donderdag		×				×				×
vrijdag										×

Tabel 1. Multimomentopname voor wat betreft de verschillende activiteiten; één waarneming vertegenwoordigt één minuut. De percentages zijn afgerond.

Uren van de dag	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Totaal	n I percenten
Telefoon	16	7				13	8	8	10		62	6
Diagnostiek	32	17	8	15	3	34	29	7	15		160	15
Behandeling	20	9	9	13	3	21	9	6	7		97	9
Persoonlijk gesprek ..	21	13	16	22	7	27	29	19	11		165	15
Administratie		22	14			41	21	22			120	11
Vervoer		5	30	70	5				48	41	199	18
Co-assistent			3								3	0
Persoonlijke verzorging		43	55		46		14	23	46		227	21
Voorbereiding		5	2		1		3	6			17	2
Artsenbezoeker	6						5				11	1
Laboratorium						3	5				8	1
Onproductief	3	4			1	1	1	1	1		11	1
Totaal	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1080	100

nieuwe klacht of het verloop van een oude klacht, van een diagnose of een behandeling; voorts het schrijven van verwijskaarten en brieven voor specialisten en het registreren en opbergen van brieven van specialisten. De financiële administratie, die meestal door de echtgenote of in de avonduren wordt gedaan is niet in de waarnemingen opgenomen.

6. *Vervoer*. Hieronder vallen alle handelingen tijdens het rijden van visites die niet direct op de patiënt betrekking hebben. Het betreft dus autorijden, opzoeken van straten en huisnummers, parkeren, naar voordeur lopen en bellen, op lift wachten of traplopen; privé-ritten worden niet meegeteld.

7. *Co-assistent*. Hieronder vallen alle gesprekken met de co-assistent, zoals het geven van aanwijzingen of een gesprek over een patiënt, voor

zover deze ten koste van de andere werkzaamheden plaatshebben, dus bijvoorbeeld tijdens spreekuur of visite; gesprekken tijdens vervoer (6) of tijdens activiteiten in de privésfeer worden niet meegeteld (zie 8). Er wordt aangenomen dat de co-assistent enigszins is ingewerkt.

8. *Persoonlijke verzorging*. Hieronder vallen alle activiteiten in de privésfeer, dus het drinken van koffie en thee, lunchen, boodschappen doen, privégesprekken voeren.

9. *Voorbereiding*. Hieronder valt het voorbereiden van het spreekuur (jas aantrekken, instrumenten klaarleggen) en van de visites (tas inpakken, visites inschrijven, route bepalen).

10. *Artsenbezoekers*. Hieronder valt alle tijd die de arts aan een artsbezoeker besteedt; deze komen meestal tijdens het spreekuur.

11. *Laboratorium*. Hieronder valt alle tijd die de arts aan laboratoriumwerk besteedt.

12. *Onproductief*. Hieronder vallen alle tijden waarop de arts tijdens spreekuur of visite „niets” doet. Het betreft bijvoorbeeld wachten op patiënten tijdens het spreekuur, als deze tijd niet voor andere werkzaamheden, zoals laboratoriumwerk of administratie wordt gebruikt; het wachten in het verkeer wordt onder 6. gerekend.

Tijdens het opnemen werd tevens het aantal patiënten geregistreerd dat in de betreffende periode de arts bezocht of door hem werd bezocht. De patiënten werden in de volgende drie categorieën ingedeeld: 1. kinderen, 2. volwassenen en 3. bejaarden. Voorts werd geregistreerd of het probleem waarmee de patiënt de arts confronteerde een nieuw of een reeds bekend probleem was. In totaal werden 81 patiënten in de waarnemingsperioden gezien (zie tabel 2).

In tabel 3 zijn de tijdopnamperiodes samengevat tot twee spreekuren, twee periodes van visites afleggen en een lunchpauze.

RESULTATEN BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheids grenzen voor 95 procent zekerheid van de gevonden frequenties zijn met de volgende formule te berekenen: $1.96s = 1.96$

$\sqrt{\frac{p(100-p)}{n}}$ waarbij $s =$ spreiding, $p =$ betreffende frequentie in procenten en $n =$ totaal aantal waarnemingen.

Het 95 procent betrouwbaarheidsinterval van bijvoorbeeld „diagnostiek” kunnen wij als volgt berekenen: $1.96s = 1.96 \sqrt{\frac{15(100-15)}{1080}}$

$$= 1.96 \sqrt{\frac{15 \times 85}{1080}} = 2.1.$$

Het betrouwbaarheidsinterval is dus $15 \pm 2.1 =$ van 12.9 tot 17.1. De

Tabel 2. Rangschikking van de gedurende de tijdopnamperiodes tijdens spreekuur of huisbezoek behandelde patiënten, naar categorie (kind, volwassene, bejaarde) en naar nieuw of oud probleem.

Uren van de dag	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Totaal
<i>Nieuwe problemen (40)</i>											
1. Kinderen	4		1	1			1		1		8
2. Volwassenen	5	6		1	1	7	2	1	3		26
3. Bejaarden	3		1	1					1		6
<i>Oude problemen (41)</i>											
1. Kinderen									1		1
2. Volwassenen	3	3		2		9	7	2			26
3. Bejaarden	1	2	2	2	1	1	3	2			14
Totaal	16	11	4	7	2	17	13	5	6		81

Tabel 3. Multimomentopname — uitgedrukt in afgeronde percentages — voor wat betreft de verschillende activiteiten tijdens twee spreekuren, twee periodes van visites afleggen en een lunchpauze.

Uren van de dag	8-10	10-12	12-13	13-15	15-17
Telefoon	10	0	11	7	4
Diagnostiek	20	10	2	26	9
Behandeling	12	9	2	13	5
Persoonlijk gesprek	14	6	6	23	13
Administratie	15	0	34	18	0
Vervoer	2	42	4	0	37
Co-assistent	1	0	0	0	0
Persoonlijke verzorging	18	23	38	6	29
Voorbereiding	2	1	1	1	2
Artsenbezoeker	3	0	0	2	0
Laboratorium	0	0	0	3	0
Onproductief	3	0	1	1	0

kans dat het interval de werkelijke waarde en dus een juiste uitspraak oplevert is gelijk aan 95 procent.

COMMENTAAR

Een tijdsbesteding van 21 procent aan persoonlijke verzorging lijkt op het eerste gezicht hoog. Een employé met een acht-urige werkdag zal echter aan koffie-, thee- en lunchpauzes ook al gauw vijftien procent van zijn tijd besteden. Bovendien is de arts, bij wie de hier beschreven waarnemingen werden verricht, meestal 's avonds en ook 's zaterdagsmorgens enige uren werkzaam, welke perioden buiten de waarnemingen vallen. Eventuele aanpassing van werktijden zoals meer vrije avonden hoeft niet ten koste te gaan van andere werkzaamheden, maar kan door enige verschuivingen in de privésfeer geschieden.

Het persoonlijk gesprek blijkt wat tijd betreft in de praktijk van minstens evenveel belang te zijn als de diagnostiek en zelfs belangrijker dan de medische behandeling. Hoewel dit individueel verschillend is, lijkt het gewenst in de opleiding tot (huis)arts meer aandacht aan dit aspect van de praktijkuitoefening te schenken.

Het opleiden van een co-assistent heeft voor de gastheer, mits de co-assistent van te voren enigszins is ingewerkt geen ernstige belemmering tijdens zijn werkzaamheden te zijn; eventuele instructie en feedback kunnen grotendeels in de privésfeer of tijdens vervoer plaatsvinden.

Dat er aan vervoer achttien procent van de tijd wordt besteed zal ten dele zijn te wijten aan het feit dat alle windstreken van Amsterdam moeten worden bezocht. Directe verbetering zal hier moeilijk zijn aan te brengen; wel kan bij het aannemen van nieuwe

patiënten rekening worden gehouden mer hun adres.

Een groot deel van de administratie wordt in de lunchpauze, maar ook tijdens het spreekuur gedaan. (Elf procent van de tijd.)

Het schijnt dat er tijdens het middagspreekuur meer tijd aan persoonlijk gesprek wordt besteed dan 's morgens. Waarschijnlijk wordt dit ten dele verklaard doordat patiënten die „eens willen praten” het middagspreekuur kiezen.

CONCLUSIE

In het hier beschrevene wordt een beeld gegeven van de dagelijkse tijdsbesteding van één huisarts in Nederland. Ongetwijfeld zal herhaling van het onderzoek op een andere tijd, in een andere praktijk en met mogelijk andere activiteiten geheel andere resultaten opleveren. Het is dan ook geenszins als afgerond onderzoek bedoeld, maar vooral als illustratie van de methodiek en mogelijkheden van de multi moment opname en wellicht als introductie hiervan bij eventueel

verder efficiëntie-onderzoek in de huisartspraktijk.

Summary. Introduction of „inmo” as a method of efficiency-study in a general practice. This study was made in the setting of the training programme for physicians at the Municipal University of Amsterdam. During a two-week practical training period in a city general practice, observations were made and the patients involved were registered. The general practitioner in question was not influenced during these observations. The limited period of observation necessitated certain adjustments (for example the number of observations).

Het crisisproces en de huisarts*

DOOR PROF. DR. N. W. DE SMIT

Het begrip crisisinterventie heeft zich de laatste jaren als een strovuurtje over de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg verspreid. Snel achtereen ontstond een aantal crisiscentra, zoals bijvoorbeeld het Haagse Crisiscentrum in de Tasmanstraat, het Amsterdamse Crisiscentrum en het Groningse Crisiscentrum van de Psychiatrische Universiteitskliniek. Artsen, sociaal-psychiaters, maatschappelijk werkers en gedragswetenschappers stortten zich op de betrekkelijk schaarse, voornamelijk Amerikaanse, literatuur (Parad, Aquilera, Caplan en Lindeman).

De term crisisinterventie kreeg een bijna magische en in elk geval modieuze klank.

Het Preventiefonds subsidieert voor een tijdsduur van vijf jaar onderzoeken en ontwikkelingen aangaande crisisinterventie.

Een dergelijke stormachtige ontwikkeling roept de volgende vragen op: wat is de achtergrond van deze interesse; is de theoretische fundering en de praktische toepassing van de crisisinterventie inderdaad zo veelbelovend; is er sprake van een tijdelijke bevlieving of van een blijvende

fundamentele verandering in theorie en praktijk?

Het is nog te vroeg op deze vragen een definitief antwoord te geven. Wel bestaat de behoefte een soort tussenstand op te maken, waarvoor studiedagen, zoals van de Boerhaave-cursus, zeer geschikt zijn.

Crisis of keerpunt wordt wel omschreven als een plotselinge, intense evenwichtsverstoring van een stabiel systeem, waardoor de bestaande traditionele regulatiemechanismen op de proef worden gesteld. Het crisisgebeuren is een proces met een eigen, volgens sommigen, wetmatig verloop; het is niet eindeloos, maar aan tijd gebonden. Na verloop van tijd herstelt het „allegaagse” evenwicht zich. Het is belangrijk te zien dat er in het crisisproces een reeks beslissingen wordt genomen, waardoor men het als besluitvormend kan omschrijven. Essentieel is het hierbij te bedenken dat de besluitvorming in het crisisproces gevolgen kan hebben die wat betreft intensiteit en kwaliteit veel verder strekken dan het crisisgebeuren zelf nodig maakt. Naar mijn mening ligt het centrale verschil tussen crisisinterventie en de kortdurende psychotherapie in het zo juist genoemde. Bij een kortdurende

psychotherapie is er immers sprake van de traditionele dialoog arts- of therapeut-patiënt en speelt de besluitvorming zich binnen dat min of meer gesloten systeem af. Bij het crisisproces of de crisisinterventie zijn bij de besluitvorming altijd verscheidene personen betrokken; anders gezegd: een crisisproces is een beslissingsproces in een sociaal systeem, dat daardoor sociale verschuivingen, transformaties, teweeg brengt, die de sociale realiteit ingrijpend veranderen.

Bij crisisprocessen gebeurt er altijd gelijktijdig iets op psychologisch en op maatschappelijk niveau. De therapeut in het crisisproces — of liever de sleutelfiguur, en hier kom ik langzamerhand bij de rol van de huisarts in crisisprocessen — heeft het voorrecht en wordt er toe uitgedaagd in de besluitvorming van het crisisproces rekening te houden met deze psychologische en maatschappelijke gevolgen, hetgeen eigenlijk een paradoxale situatie is.

Het is belangrijk de positie van de sleutelfiguren nader te bekijken. De sleutelfiguur die in het crisisproces wordt betrokken, heeft zeggenschap over de toegang tot een sociaal systeem, tot een sociaal netwerk, hetgeen ik met een voorbeeld uit een

* Inleiding, gehouden tijdens de Boerhaave-cursus medische psychologie oktober 1973, te Leiden.