

verzamenen over ziektegeschiedenissen, waarbij de huisarts door de kennis van de situatie thuis tot een oplossing komt. Het verminderen van het aantal huisbezoeken dient aanleiding te zijn te onderzoeken of dit een werkelijk verlies is voor de gezondheidszorg of dat de hiervoor in de plaats gekomen methodieken betere resultaten opleveren.

Het hoe en het waarom van het afnemen van het huisbezoek lijkt mij heel belangrijk. Is het tijdgebrek? Speelt het toegenomen verkeer een belangrijke rol? Is het een gevoel van thuis onvoldoende als arts te kunnen bezig zijn? Hoort het huisbezoek behoudens in noodgevallen eigenlijk niet thuis in het huisartsenpakket en moet het worden overgelaten aan andere werkers in de gezondheidszorg? Nagegaan zou moeten worden of frequenter huisbezoek in een gezin meer relevante informatie verstrekt. Of het

mogelijk is hiervoor een proefonderzoek op te zetten weet ik niet, maar het lijkt wel van groot belang omdat uit een dergelijk onderzoek een beleid voor de huisarts van de toekomst zal kunnen worden vastgesteld.

Deze gedachten over het huisbezoek kwamen bij mij op tijdens het lezen van „Hoe helpt de dokter?” Ik zou er voorkeur aan hebben gegeven als er had gestaan „Hoe helpt de huisarts?”, ook al weten wij dat het begrip dokter meestal wordt geassocieerd met het begrip huisarts. Ik zou het betreuren als de betekenis van het huisbezoek minder werd gewaardeerd, omdat het mijns inziens de basis is van de titel huisarts.

Summary. The family doctor and home visits. The interim report “How does the doctor help?” makes no mention of home visits by the general practitioner. The present number of home visits made by general practitio-

ners is much smaller than that in the past. It serves no purpose to compare home visits with surgery-hour attendance, but it is of importance to consider the significance of home visits for the functioning of the general practitioner. – The family doctor who visits a patient at his home is confronted with the help-seeking individual in his own environment, and can casually and almost unconsciously observe various details which are characteristic of that particular patient. He can make use of these casually observed details in the context of empathy with his patient.

– Various examples of details which can be observed by the general practitioner during home visits are discussed, e.g. the home, garden, neighbourhood, living-room, kitchen, bedroom, toys, hobbyroom, relatives, pet animals and neighbours.

– It is important to study the extent to which home visits are a prerequisite in planning adequate therapy for the patient's complaints. Efforts should also be made to establish whether the decrease in home visits is a loss in the health care system. A conclusion with regard to this question is necessary for a planning of future general practice policy.

Achtergrondproblemen van spreekuurbezoekers*

DOOR T. N. M. POSTMA EN H. C. SCHOUWENBURG**

INLEIDING

Het is een bekend feit dat patiënten de huisarts met vele en veelsoortige klachten plegen te consulteren. Juist in een gezondheidscentrum fungeert de huisarts daarbij als sluiswachter voor de doorstroming naar de andere disciplines in het centrum. Toch zou de huisarts slechts in aanraking komen met het topje van de ijsberg van klachten en problemen, omdat bij de patiënt en/of de dokter:

– geen herkenning optreedt van het ziek zijn of het hebben van problemen;

– wel herkenning optreedt, maar de patiënt zijn heil zoekt bij anderen dan medici, bijvoorbeeld familieleden, burens, kwakzalvers, of pastores;

– wel herkenning optreedt, maar men te maken heeft met uitstel van presentatie van de klacht („patient's delay” of „doctor's delay”).

Omdat patiënten voor het „vertalen”

van hun persoonlijke gevoelens en belevingen (problemen behoren hiertoe ook) tijd en interpersoonlijke ruimte nodig hebben, kan worden betwijfeld of deze „vertaling” in de beperkte tijd van een spreekuurcontact in alle gevallen slaagt. Bovendien is het de vraag of alle problemen wel bij een huisarts of in een gezondheidscentrum thuishoren. Desondanks, en vooral met het oog op het potentiële hulpaanbod van een gezondheidscentrum (in het Gezondheidscentrum Helmersstraat werken onder meer

samen huisartsen, een psycholoog, een maatschappelijk werkster en een wijkverpleegkundige), kan het nuttig zijn om, buiten het spreekkamercontact om, te inventariseren met welke achtergrondproblemen patiënten die het spreekuur bezoeken, te maken hebben.

PROCEDURE

Op grond van overwegingen van betrouwbaarheid (herhaalbaarheid) en validiteit (meten wat men echt wil meten),

Samenvatting. In het voorjaar van 1975 werd aan 139 patiënten in de wachtkamer van het Gezondheidscentrum Helmersstraat te Amsterdam gevraagd een persoonlijke rangorde te maken van twaalf aangeboden probleemgebieden. Door samenvoeging van deze rangorden werd een overzicht verkregen van de potentiële vraag om hulp vanwege het team van dit gezondheidscentrum. Patiënten beneden de 65 jaar blijken gemiddeld vijf tot acht probleemgebieden als min of meer belangrijk aan te geven; bejaarden ongeveer drie. Seksverschillen speelden hierbij nauwelijks een

rol. Over het algemeen wordt de lichamelijke gezondheid het belangrijkste probleem gevonden, direct gevolgd door respectievelijk kinderen, innerlijke toestand en de echtgenoot. Geld, en in mindere mate werk als huisvrouw, de buurt en ouders/familie, blijken over het algemeen het minst belangrijk als probleemgebied. Geconcludeerd wordt dat de over het algemeen als meest belangrijk ervaren probleemgebieden redelijk corresponderen met het potentiële hulpaanbod vanuit het team van dit gezondheidscentrum.

* Uit het project „Evaluatie Gezondheidscentrum Helmersstraat”

** Instituut voor huisartsgeneeskunde universiteit van Amsterdam (directeur, B. S. Polak)

werd een voorgestructureerde onderzoeksprocedure ontworpen. Hierbij werd bovendien in overweging genomen dat bij het beantwoorden van de desbetreffende vragen het vermogen van de individuele patiënt zich verbaal uit te drukken geen belangrijke rol zou dienen te spelen, aangezien binnen de praktijkbevolking van het Gezondheidscentrum nogal wat variatie op dit gebied bestaat. De meetprocedure zou voorts de voortgang en de organisatie van de spreekuren zo min mogelijk moeten belemmeren, maar het onderzoek zou voor de patiënt wel duidelijk in verband moeten staan met het direct daaropvolgende spreekuurcontact.

Uitgaand van deze laatste overweging werd gekozen voor de wachtkamer als een onderzoekssituatie met een zoveel mogelijk „natuurlijk” karakter, waarin tevens de mensen meer tijd aan zichzelf hebben en minder worden beïnvloed door de tijdsorganisatie en het persoonlijk ritueel van de huisarts dan in de spreekkamer. Een klein vooronderzoek wees bovendien uit dat de aanwezigheid van medepatiënten, die zelf ook aan het onderzoek meewerkten, geen duidelijke belemmering vormt zolang niet hardop over klachten en problemen hoeft te worden gepraat.

De eerstgenoemde overwegingen gaven tenslotte aanleiding tot de volgende meetprocedure:

– De onderzoeker vraagt de patiënt om zijn medewerking.

– Vervolgens legt hij op overzichtelijke wijze twaalf kaartjes met de volgende teksten op de tafel waaraan de patiënt zit:

- a. mijn school/studie
- b. mijn vriend/vriendin
- c. zoals ik me innerlijk voel
- d. mijn woning
- e. de buurt
- f. geld
- g. mijn man/vrouw
- h. mijn lichamelijke gezondheid
- i. ouders/familie
- j. mijn werk als huisvrouw
- k. mijn kind(eren)
- l. mijn werk

– Tijdens het uitleggen van deze kaartjes vertelt de onderzoeker dat het onderzoek

Tabel 1. Gemiddelden en standaarddeviaties van het aantal aangegeven probleemgebieden per leeftijdscategorie en per geslacht.

Leeftijdscategorie in jaren	Mannen		Vrouwen	
	Gemiddelde	standaarddeviatie	Gemiddelde	standaarddeviatie
beneden 20	6,7	3,2	6,0	2,8
20 - 34	7,7	2,2	7,5	2,7
35 - 44	6,0	3,0	8,3	1,5
45 - 64	5,9	2,5	5,7	3,2
65 en ouder	3,0	1,2	2,9	2,1

wordt gedaan om op meer systematische wijze te weten te komen welke klachten en problemen de cliënten van het Gezondheidscentrum hebben:

„De vraag aan u is of u met deze kaartjes wilt aangeven waarover u zich momenteel het meest zorgen maakt, het meest piekert. Als u nu het verst van u vandaan het kaartje legt waarover u zich het meest zorgen maakt, en dan het kaartje waarover u zich op de tweede plaats het meest zorgen maakt, en zo verder, dan geeft u een reeks problemen aan die afneemt wat betreft de mate waarin u er over piekert. Bekijk u deze kaartjes eerst eens goed. Als u kaartjes aantreft waarover u zich momenteel geen zorgen maakt, niet over piekert of die in het geheel niet van toepassing zijn, laat u deze eruit.”

– De praktijk leerde dat men eerst uitzocht welke probleemgebieden überhaupt relevant waren, en dat vervolgens de rangschikking plaatsvond van meest naar minst belangrijk.

STEEKPROEF

Omdat dat deel van de praktijkbevolking dat de spreekuren bezoekt de huisarts het meeste werk geeft, en bovendien omdat spreekuur-patiënten het best toegankelijk zijn voor een niet-arts onderzoeker, werd de steekproef getrokken uit deze subpopulatie. Gedurende ongeveer vier weken in het voorjaar van 1975 namen, gelijkmatig verdeeld over de week, in totaal 139 patiënten* aan dit onderzoek deel. Op de tijden dat het onderzoek plaatsvond, werd iedereen die in de wachtkamer van het Gezondheidscentrum aanwezig was, verzocht aan het onderzoek mee te werken. Slechts een kleine groep (± 5 procent) weigerde medewerking.

* De jongste deelnemer aan het onderzoek was veertien jaar.

Als het doel van dit onderzoek zou zijn, inzicht te krijgen in het patroon van problemen van de gehele patiëntenpopulatie van het Gezondheidscentrum, zou bij de geschetste werkwijze een systematische steekproeffout optreden. Immers, patiënten die vaak komen, lopen meer kans in deze steekproef terecht te komen dan patiënten die minder vaak komen. Bovendien hangt de frequentie van doktersbezoek gewoonlijk samen met de aard van de problemen van de betreffende patiënten. Het doel van dit onderzoek is echter inzicht te krijgen in de aanbodsverdeling van het werk van het team van het Gezondheidscentrum. Van een systematische steekproeffout als gevolg van bovenbedoelde selectie is nu geen sprake. Wel is mogelijk een systematische steekproeffout opgetreden als gevolg van het jaargetijde waarin het onderzoek plaatsvond.

RESULTATEN

Aan de door de patiënten op volgorde gelegde twaalf kaarten met probleemgebieden werden rangcijfers toegekend, zodanig dat het belangrijkste probleemgebied het rangcijfer 12 kreeg en de respectievelijke, in belangrijkheid daarop volgende probleemgebieden de rangcijfers 11, 10, 9, 8 enzovoort. Probleemgebieden die de individuele patiënt niet in zijn rangorde opnam, werden ook niet in de dataverwerking betrokken. Deze gang van zaken maakte het mogelijk eerst op eenvoudige wijze per patiënt het aantal door hem als belangrijk ervaren probleemgebieden te registreren en vervolgens de aantallen aangegeven probleemgebieden per leeftijdscategorie en per geslacht afzonderlijk te middelen. (tabel 1).

Vervolgens werd nagegaan welke probleemgebieden de patiënt op zichzelf

van toepassing achtte, met andere woorden hoe relevant voor de problematiek van de patiënt de aangeboden serie probleemgebieden bleek te zijn. *Tabel 2* geeft, per leeftijdscategorie en geslacht, een overzicht van de respons voor elk probleemgebied, in percentages van het aantal respondenten in die categorie. Voor de duidelijkheid werden de exacte percentages vervangen door de symbolen – (0-33 procent), +(34-67 procent) en ++(68-100 procent).

Tabel 2 laat de typisch leeftijd-, geslacht- en omgeving-gebonden problematiek duidelijk zien. Deze laatste problematiek, tot uitdrukking komend in onder andere een hoge respons op het onderwerp „lichamelijke gezondheid”, weerspiegelt uiteraard het feit dat het onderzoek in een dokterswachtkamer plaatsvond. Interessant in dit verband is echter de eveneens hoge respons op het onderwerp „zoals ik me innerlijk voel”. De hier (en elders) incidenteel te constateren grote verschillen tussen de beide seksen laten, in verband met het geringe aantal waarnemingen in de betreffende categorieën, geen interpretatie toe.

De toekenning van rangcijfers, zoals hiervoor beschreven, resulteerde voor iedere patiënt in een rangorde van aangegeven probleemgebieden. Aangezien het de patiënten echter was toegestaan bepaalde probleemgebieden niet in hun rangorde te betrekken, bestaan de individuele rangorden niet telkens uit dezelfde onderwerpen. Daarom werd voor elk probleemgebied afzonderlijk, over die groep patiënten door wie het betreffende probleemgebied werd aangegeven, de mediaan van de toegekende rangcijfers berekend. Deze medianen werden vervolgens van hoog naar laag gerangschikt en de betreffende probleemgebieden gehergroepeerd. Op deze wijze ontstaat een „gemiddelde” rangorde van probleemgebieden die de relatieve belangrijkheid aangeeft voor die patiënten die deze probleemgebieden hebben aangegeven (*Tabel 3*).

Tabel 3 laat zien dat over het algemeen lichamelijke gezondheid als probleem het belangrijkste wordt gevonden en geld het minst belangrijk. Men kan zich afvragen of deze patiënten alle aangebo-

Tabel 2. Relevantie van de aangegeven probleemgebieden naar leeftijdscategorie en geslacht (zie tekst voor verklaring van de symbolen).

Probleemgebied	< 20		20-34		Leeftijd in jaren 35-44		45-64		≥ 65	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Studie/school	–	+	+	–	–	–	–	–	–	–
Vriend/vriendin	–	++	+	+	–	–	–	–	–	–
Innerlijk gevoel	+	++	++	++	–	++	++	+	+	++
Woning	+	+	++	++	+	++	++	++	–	–
Buurt	++	+	++	+	+	+	++	+	+	–
Geld	++	+	++	++	+	++	+	+	–	–
Man/vrouw	–	–	+	+	–	++	+	+	++	–
Lichamelijke gezondheid	+	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Ouders/familie	+	++	++	++	+	++	+	+	–	–
Werk als huisvrouw	–	–	–	+	–	++	–	+	–	–
Kinderen	–	–	–	+	+	++	+	+	–	–
Werk	++	+	++	+	++	–	++	–	–	–
Aantal respondenten	3	7	19	42	3	6	16	22	10	11

Tabel 3. Relatieve belangrijkheid van de probleemgebieden.

Probleemgebied	Respondenten		Mediaan van de toegekende rangcijfers
	Aantal	Percentage van de steekproef	
Lichamelijke gezondheid	116	83,5	10,6
Kinderen	59	42,4	10,4
Innerlijk gevoel	106	72,3	9,8
Man/vrouw	63	55,3	9,8
School/studie	24	17,3	9,7
Vriend/vriendin	42	30,2	9,3
Woning	95	68,3	9,1
Werk	63	45,3	8,9
Ouders/familie	85	61,2	8,2
Buurt	85	61,2	8,1
Werk als huisvrouw	44	31,7	7,0
Geld	90	64,7	6,5

den probleemgebieden wel als behorend tot het werkkerrein van een gezondheidscentrum hebben ervaren. Het is namelijk niet uitgesloten dat de ranglijst – en dus ook de respons van de patiënten – eerder een weergave is van de verwachtingen van deze patiënten met betrekking tot de haalbaarheid van een bepaalde hulpvraag, dan een weerspiegeling van hun persoonlijke problemen-rangorde.

Tenslotte werd de invloed van leeftijd en geslacht op de aangegeven belangrijkheid van probleemgebieden nagegaan. Hiertoe werden de antwoorden met de rangcijfers 12, 11, 10 en 9 samengenomen in één categorie „erg belangrijk”, terwijl de overige antwoorden op soortgelijke wijze in de categorieën „belangrijk” en „minder belangrijk” werden ondergebracht. Vervolgens werd per categorie afzonderlijk de respons op elk probleemgebied, gesplitst naar leeftijdscategorie en geslacht, omgezet in een percentage van het totale aantal respon-

denten in die subcategorie. *Tabel 4* geeft voor de categorie „erg belangrijk”, die de hoogste vier rangcijfers omvat, een overzicht van de respons, zij het dan dat (naar analogie van *tabel 2*) de exacte respons-percentages voor de duidelijkheid werden vervangen door de symbolen – (minder dan 34 procent van de patiënten in die subcategorie vindt het betreffende probleemgebied erg belangrijk), + (meer dan 33 procent maar minder dan 68 procent van de patiënten in die subcategorie vindt het betreffende probleemgebied erg belangrijk) en ++ (tenminste 68 procent van de patiënten in die subcategorie vindt het betreffende probleemgebied erg belangrijk):

Uit *tabel 4* blijkt dat mannen lichamelijke gezondheid, werk en buurt overwegend een belangrijker probleemgebied vinden dan vrouwen, terwijl vrouwen kinderen, woning en ouders/familie overwegend een belangrijker probleem-

gebied vinden dan mannen. Problemen met school/studie, vriend/vriendin en ouders/familie doen zich overwegend op jonge leeftijd voor, terwijl problemen met man/vrouw, woning en buurt overwegend op oudere leeftijd optreden. Interessant is ook de leeftijdsgroep van 35-44 jaar, waarbinnen vooral problemen met kinderen optreden, maar waarin het probleemgebied 'zoals ik me innerlijk voel' merkwaardig onbelangrijk wordt gevonden. Het kleine aantal waarnemingen in deze leeftijdsgroep laat echter geen verdergaande interpretatie toe.

CONCLUSIE

Patiënten die het spreekuur van het Gezondheidscentrum Helmersstraat te Amsterdam bezoeken werd verzocht een aantal aangeboden probleemgebieden tot een persoonlijke rangorde van probleemgebieden te groeperen. Patiënten beneden de 65 jaar geven gemiddeld 5 tot 8 probleemgebieden aan (tabel 1), waarbij de sekse-verschillen overwegend gering zijn. Boven de 65 jaar is dit gemiddelde ongeveer 3. Over het algemeen genomen vormt de lichamelijke gezondheid het belangrijkste probleemgebied, direct gevolgd door respectievelijk kinderen, „zoals ik me innerlijk voel” en man/vrouw. Geld, en vervolgens het werk als huisvrouw, de buurt en ouders/familie zijn over het algemeen het minst belangrijk als probleemgebied (tabel 3). De over het algemeen als belangrijkste ervaren probleemgebieden corre-

Tabel 4. Invloed van leeftijd en geslacht op de respons „erg belangrijk” per probleemgebied (zie tekst voor verklaring van de symbolen).

Probleemgebied	Leeftijd in jaren									
	< 20		20-34		35-44		45-64		> 65	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
Lichamelijke gezondheid	+	+	++	+	++	+	++	+	++	+
Kinderen	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-
Innerlijk gevoel	-	+	+	+	-	-	+	+	+	++
Man/vrouw	-	-	-	-	-	+	-	+	++	-
School/studie	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Vriend/vriendin	-	++	+	-	-	-	-	-	-	-
Woning	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-
Werk	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-
Ouders/familie	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Buurt	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
Werk als huisvrouw	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geld	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
Aantal respondenten	3	7	19	42	3	6	16	22	10	11

sponderen ons inziens redelijk met het potentiële hulpaanbod vanuit het team van het Gezondheidscentrum. In de aangegeven probleemgebieden is een, voornamelijk voor de hand liggende, differentiatie naar leeftijd en geslacht aan te treffen (tabel 2). Dit geldt eveneens voor die probleemgebieden die als „erg belangrijk” werden aangemerkt (tabel 4).

Interessant is in dit verband de relatief hoge prioriteit die aan het probleemgebied „zoals ik me innerlijk voel” is toegekend. In het gehele patroon valt de leeftijdscategorie 35-44 jaar echter duidelijk uit de toon. Deze gevonden verschillen worden voorzichtigheidshalve toegeschreven aan het toeval, als gevolg van het kleine aantal respondenten in deze leeftijdscategorie.

Summary. Background problems of surgery hour patients. In the spring of 1975, 139 patients in the waiting-room of the Helmersstraat Health Centre in Amsterdam were asked to list twelve suggested problem areas in a personal order of sequence. By summation of these personal sequences a survey was made of the potential demands for assistance made on the team of this health centre. Patients under age 65 were found to indicate an average of five to eight problem areas as more or less important; the aged indicated about three problem areas. Male/female differences hardly played a role in this respect. Generally, physical health was indicated as the principal problem, followed immediately by children, psychological state and marital partner, respectively. Generally the least important problem areas were money, domestic work, the neighbourhood and parents/relatives. It is concluded that the problem areas experienced as most important generally correspond fairly well with the potential offer of assistance made by the team of this health centre.

Taken van de doktersassistente

Rapport van de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G.*

TOELICHTING

Dit rapport moet worden gezien als een inventarisatie van de anno 1975 meest gangbare werkzaamheden van een solowerkende doktersassistente in een niet-apotheekhoudende huisartspraktijk. Er is daarbij uitgegaan van een indeling in functies, die als accenten in het werk van de doktersassistente opvallen.

* Rapporteur J. A. van Melle, huisarts.

Deze functies, die elkaar overigens meestal overlappen, zijn nader uitgewerkt in werkzaamheden, die echter van praktijk tot praktijk zullen verschillen; zij zijn bijvoorbeeld sterk afhankelijk van factoren als gesitueerdheid van de praktijk, praktijkgrootte, praktijkorganisatie, aard en persoonlijkheid van de arts enzovoort. In een associatie- of groepspraktijk zullen de functies in het algemeen bij toerbeurt over verscheidene assistenten worden verdeeld.

Het rapport kan worden gehanteerd als een „checklist” van de werkzaamheden van de doktersassistente, en kan tevens dienen als uitgangspunt voor een nadere evaluatie van haar opleiding. Onzes inziens dient deze opleiding toe te rusten tot de in dit rapport genoemde functies c.q. werkzaamheden.

Expliciet moet worden gesteld, dat alle door de doktersassistente verrichte werkzaamheden vallen onder de verantwoordelijkheid van de arts. Van de