

Kent een huisarts zijn patiënten?

Een onderzoek naar wat een huisarts weet van de persoonlijke problemen van zijn patiënten*

JORIS IJZERMANS EN RENEE VAN AMSTEL**

Door IJzermans en Schouwenburg is onderzocht wat een aantal huisartsen wist van de persoonlijke problemen van hun patiënten en welke invloed die kennis had op de kwaliteit van de arts-patiënt-communicatie. De conclusie was dat het met de communicatie tussen huisarts en patiënt inzake de psychosociale problematiek van de laatste niet goed gesteld was. Omdat de gegevens waarop deze conclusie was gebaseerd niet voldoende betrouwbaar bleken en er tevens aan getwijfeld werd of via de gehanteerde methode van onderzoek (vragenlijsten) wel een uitspraak kon worden gedaan over de kwaliteit van de communicatie, is bij het recente onderzoek de probleemstelling als volgt geformuleerd: in hoeverre is de huisarts op de hoogte van de persoonlijke problemen van zijn patiënten en in hoeverre zou hij dat moeten zijn?

In het onderhavige artikel wordt dus slechts gesproken over de kennis van de huisarts aangaande de persoonlijke problemen van zijn patiënten, terwijl via nog lopend onderzoek aan hetzelfde instituut (observatie van videofragmenten) te zijner tijd mogelijk een uitspraak verwacht kan worden over de kwaliteit van de communicatie tussen huisarts en patiënt.

Methode van onderzoek

In plaats van voor een noodzakelijkerwijs globaal onderzoek onder meerdere huisartsen werd in dit onderzoek gekozen voor een gedetailleerd onderzoek in de praktijk van één enkele huisarts. Weliswaar heeft dit consequenties voor de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de huisarts in het algemeen, maar het heeft in een verkennend stadium het voordeel dat precies kan worden nagegaan waar de problemen liggen in de methode van het onderzoek.

Er is gekozen voor vragenlijsten. Deze moesten door één huisarts en een aantal

van zijn patiënten, onafhankelijk van elkaar, worden ingevuld: de huisarts moest voor alle patiënten afzonderlijk aangeven welke problemen zich gedurende het afgelopen jaar (1976) hadden voorgedaan; de patiënten beantwoordden ieder voor zich een soortgelijke vragenlijst.*

Combinatie van beide vragenlijsten moet dan aangeven in hoeverre er overeenstemming bestaat tussen de antwoorden van de huisarts en de antwoorden van de patiënt én in hoeverre er overeenstemming zou moeten zijn. Aan de patiënten is namelijk per probleem gevraagd of dit nog steeds aanwezig is en of de huisarts hiervan op de hoogte is. Aan de huisarts is bij elk door hem opgegeven probleem eveneens gevraagd of dit volgens hem nog aanwezig is en door wie hij hiervan op de hoogte is gebracht.

Bij het onderzoek werden alleen patiënten betrokken van 18 jaar en ouder, die nog in 1976 contact met de huisarts hadden gehad. Via een aselechte steekproef uit het patiëntenbestand van een huisarts met een praktijk in een voorstad van Amsterdam zijn 170 patiënten die aan deze voorwaarden vol-

deden, aangeschreven met het verzoek om medewerking aan het onderzoek. De procedure hierbij was als volgt: elke twintigste patiënt (te beginnen bij een willekeurig getal onder de 10) werd uit het patiëntenbestand getrokken. Indien de betreffende patiënt aan de door ons opgestelde criteria voldeed, werd hij in de steekproef opgenomen. Indien niet, dan werd iedere daaropvolgende patiënt getrokken, net zo lang tot er wel een geschikt persoon gevonden werd. Van de 170 aangeschreven patiënten hebben uiteindelijk 120 patiënten meegedaan aan ons onderzoek; een respons dus van 70%.

Gezien de aard van het onderzoek was vooraf niet te voorspellen welke manier van benaderen het meest doeltreffend zou zijn: een vragenlijst per post of een vragenlijst die persoonlijk zou worden afgenomen. Daarom heeft de helft van de proefpersonen een introductiebrief gekregen met het verzoek om, bij medewerking, op een bepaald tijdstip thuis te zijn (de „bezoek-enquête”). De andere helft heeft een brief gekregen met de mededeling dat, bij medewerking, binnen enkele weken een vragenlijst zou worden toegezonden (de „post-enquête”). Hoewel de respons bij een post-enquête meestal laag is (40 à 50% – *Gadourek*, pagina 201), bleek die bij ons onderzoek hoog (72%); iets hoger zelfs dan de respons bij de bezoek-enquête (70%).

Om eventuele vertekening in de antwoorden van de patiënten te voorkomen, is bij de introductiebrief op de volgende punten gelet:

- de brief is verzonden namens het Instituut voor Huisartsgeneeskunde en niet namens de betreffende huisarts; een eventueel plichtmatig invullen van de vragenlijst doordat de patiënten zich tegenover hun huisarts min of meer gedwongen zouden voelen aan het onderzoek mee te werken, kon hiermee wellicht worden vermeden;
- in de brief werd géén melding gemaakt van deelname van de huisarts aan het onderzoek; verwacht kon namelijk worden dat anders, onder invloed van de afhankelijkheidsrelatie tussen patiënt en arts, op bepaalde vragen naar de huisarts toe geantwoord zou kunnen worden („social desirable answers”).

Resultaten

De gegevens uit de vragenlijsten van zowel huisarts en patiënt kunnen achteraf per probleem, met elkaar vergele-

* Verkorte weergave van een onlangs verschenen onderzoeksrapport.

** Beiden socioloog; als wetenschappelijk medewerker, respectievelijk stagiaire verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, hoogleraar: B. S. Polak.

* Zie bijlage.

ken worden. Dit levert de volgende antwoordcombinaties op:

A. Huisarts: ja – patiënt: ja; zowel huisarts als patiënt geven aan dat het betreffende probleem aanwezig is of is geweest.

B. Huisarts: neen – patiënt: ja; de patiënt geeft aan dat het betreffende probleem aanwezig is of is geweest, terwijl dit door de huisarts niet is aangegeven.

C. Huisarts: ja – patiënt: neen; de huisarts geeft aan dat het betreffende probleem aanwezig is of is geweest, terwijl dit door de patiënt zelf niet is aangegeven.

D. Huisarts: neen – patiënt: neen; zowel huisarts als patiënt geven aan dat het betreffende probleem niet aanwezig is of is geweest.

Op deze manier kan de totale steekproef schematisch worden weergegeven (tabel 1).

Tabel 1. Persoonlijke problemen bij de patiënten volgens die patiënten zelf en volgens de huisarts.

		arts		
		ja	neen	*totaal
patiënten	ja	A: 171	B: 466	637
	neen	C: 168	D	
	totaal	339		

Omdat een „geen antwoord” van de patiënt verder geen gegevens over het betreffende probleem oplevert, zijn de drie problemen die door de huisarts zijn opgegeven en waarop de patiënt geen antwoord gaf, buiten beschouwing gelaten.

Cel A (zowel patiënt als huisarts hebben aangegeven dat een bepaald probleem in 1976 aanwezig is geweest). Omdat door de patiënt tevens bekend is geworden of de huisarts al dan niet op de hoogte was gebracht van de persoonlijke problemen, bleek cel A op de volgende wijze te zijn samengesteld:

– 114 maal door problemen waarvan door de patiënten was gezegd dat de huisarts hiervan op de hoogte was en waarvan bleek dat ze hem inderdaad bekend waren;

– 4 maal door problemen waarvan geen mededeling was gedaan door de patiënten of de huisarts ervan op de hoogte was, maar waarvan bleek dat dit wel het geval was;

– 53 maal door problemen waarvan door de patiënten was gezegd dat de huisarts hiervan niet op de hoogte was, maar waarvan bleek dat deze hem toch bekend waren.

Met andere woorden: de patiënten en hun huisarts hebben 171 maal een zelfde probleem opgegeven. Van 114 problemen lag dit in de lijn der verwachting omdat de patiënten hiervan hadden gezegd dat ze de huisarts bekend waren. Van 53 problemen leek dit echter niet zo vanzelfsprekend omdat de patiënten juist hiervan hadden gezegd dat deze de huisarts onbekend waren.

Omdat echter aan de huisarts per probleem nog was gevraagd door wie hij hiervan op de hoogte was gebracht, kon worden nagegaan waarom hij deze problemen desondanks had kunnen opvoeren. Het bleek nu dat hij in 34 van de 53 gevallen, naar zijn zeggen, door de patiënt zelf op de hoogte was gebracht. Deze specifieke antwoordcombinatie (patiënt: ja + arts niet op de hoogte – arts: ja + via patiënt vernomen) bleek bij de volgende problemen het meest te zijn voorgekomen (N=34):

– zorgen om eigen gezondheid (6x);
– angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen (3x);

– zorgen om de ontwikkeling van de kinderen (3x);

– zich eenzaam voelen (3x).

Wanneer we nu een verklaring willen geven voor het tot stand komen van deze specifieke antwoordcombinatie, dan kan aan de volgende factoren worden gedacht:

– de patiënten zijn vergeten dat ze er met de huisarts over gesproken hebben;

– de huisarts is vergeten door wie hij nu precies van de betreffende problemen op de hoogte is gebracht.

Navraag bij de huisarts zelf leverde nog een derde mogelijkheid op, namelijk:

– wanneer hij als informatiebron de patiënt zelf opgaf, hoefde dit niet altijd in te houden dat hij met de patiënt expliciet over het betreffende probleem gesproken had; ook wanneer hij aan de patiënt duidelijk merkte dat deze met iets zat waarvan hij wel wist waarover het ging, heeft hij bij het betreffende probleem opgegeven dat hij het van de patiënt zelf vernomen had.

Gezien de aard van bovenstaande problemen lijkt laatstgenoemde mogelijkheid het meest plausibel. Het zijn immers problemen die zich gemakkelijk laten raden op grond van de presentatie van bepaalde klachten en van de voorkennis wat betreft de situatie thuis.

Cel B. Deze cel (patiënt geeft aan dat er een probleem is (geweest) en de arts zegt van niet of zegt dat hij het niet weet) bleek als volgt te zijn samengesteld:

– 73 maal door problemen waarvan de patiënten hebben gezegd dat de arts deze kende, maar waarvan de arts heeft gezegd dat hij van het bestaan niet afweet;

– 43 maal door problemen waarvan de patiënten hebben gezegd dat de arts deze kende, maar waarvan de arts heeft gezegd dat deze volgens hem niet aanwezig zijn geweest;

– 24 maal door problemen waarbij de patiënten niets hebben gezegd over het al of niet op de hoogte zijn van de arts, maar waarvan gebleken is dat ze de arts onbekend waren;

– 326 maal door problemen waarvan de patiënten hebben gezegd dat de arts deze niet kende en waarvan gebleken is dat de arts ze inderdaad niet kende.

Met andere woorden: van 466 problemen die de patiënten hebben opgegeven, kon de huisarts het bestaan niet bevestigen; van 326 problemen niet omdat hij er niet van op de hoogte was gebracht, van 116 problemen niet ondanks het feit dat hij er volgens opgave van de patiënten wel over was ingelicht.

Wanneer de patiënt opgeeft dat de huisarts van zijn probleem op de hoogte is, maar de arts zelf dat hij van het bestaan ervan niet afweet, lijkt de meest waarschijnlijke verklaring voor deze discrepantie dat de huisarts het probleem vergeten is en het ook niet meer in zijn notities heeft teruggevonden. Het bleek dat deze antwoordcombinatie (patiënt: ja + arts op de hoogte – arts: weet niet) vooral bij de volgende problemen was voorgekomen (N=73):

– seksuele problemen met partner (6x);
– ontevreden over zichzelf zijn (6x);
– zorgen om de ontwikkeling van de kinderen (5x);

– angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen (5x);

– zorgen om gezondheid van de partner (5x).

Anders ligt het echter wanneer we een verklaring willen zoeken voor het totstandkomen van de antwoordcombinatie „patiënt: ja + arts op de hoogte – arts: neen (probleem was niet aanwezig)”. Want hiermee hebben beiden te kennen gegeven dat over het probleem gesproken is, hoewel de antwoorden op de vragenlijst achteraf niet overeen blijken te komen. De meest waarschijnlijke verklaring voor het totstandkomen van deze antwoordcombinatie lijkt dan dat beiden een verschillend „etiket” op een zelfde situatie hebben geplakt: de huisarts heeft mogelijk met een zelfde problematiek

voor ogen deze bij een andere vraag ondergebracht dan de patiënt. Het bleek dat dit vooral bij de volgende problemen was voorgekomen (N=43):

- angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen (11x);
- zorgen om ziekte van een gezinslid (6x);
- zorgen om eigen gezondheid (5x);
- lichamelijke of geestelijke handicap van gezinslid belastend voor gezin ervaren (4x).

Cel C. Bij deze cel (de huisarts heeft een probleem van zijn patiënt opgegeven, terwijl daarentegen de betreffende patiënt zelf dit probleem niet heeft aangegeven) bleek dat de huisarts deze problemen op grond van de volgende informatiebronnen meende te kunnen opgeven:

- 131 maal omdat hij hierover naar zijn zeggen door de patiënten zelf was geïnformeerd;
- 17 maal omdat hij hierover naar zijn zeggen door anderen was geïnformeerd;
- 20 maal op grond van zijn eigen vermoeden.

Wanneer de huisarts problemen van zijn patiënten opgeeft op grond van zijn eigen vermoeden of op grond van informatie van derden, is het mogelijk dat deze door de patiënten zelf niet bevestigd worden. Immers, de huisarts heeft bij de patiënten zelf niet kunnen controleren of deze de betreffende gebeurtenis of situatie inderdaad als probleem hebben ervaren. Wanneer echter de huisarts als informatiebron de patiënt zelf opgeeft, zonder dat laatstgenoemde dit eveneens aangeeft, ligt een verklaring daarvoor niet zo direct voor de hand. Het bleek dat deze discrepantie vooral bij de volgende problemen was voorgekomen (N=131):

- zorgen om eigen gezondheid (37x);
- angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen (22x);
- dagelijks werk niet aankunnen (11x);
- dagelijks werk met tegenzin doen (7x).

Voor het totstandkomen van deze specifieke antwoordcombinatie „huisarts: probleem + van patiënt vernomen - patiënt: neen (probleem niet aanwezig)“ kunnen de volgende oorzaken worden verondersteld:

- de huisarts heeft de ernst van de betreffende situatie overschat (te denken valt aan de mogelijkheid dat het probleem voor de patiënt niet meer zo belangrijk is na een gesprek met de arts erover, terwijl de arts zelf op grond van

zo'n gesprek het betreffende probleem wel meent te kunnen opgeven);

- de patiënt heeft de betreffende situatie bij een andere vraag ondergebracht (het zou bijvoorbeeld deel uit kunnen maken van een „groter“ probleem);
- de patiënt heeft het probleem voor de onderzoeker verzwegen, omdat het in de taboesfeer ligt (voor de genoemde problemen lijkt dit nauwelijks te gelden);
- de patiënt is het probleem vergeten. Gezien de aard van de problemen waarbij deze antwoordcombinatie vooral is voorgekomen, lijkt de eerste mogelijkheid voor de problemen „zorgen om eigen gezondheid“ en „angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen“ het meest plausibel, terwijl bij de werkproblemen meer aan interpretatieverschillen tussen arts en patiënt kan worden gedacht.

Conclusie

De probleemstelling waarvan bij dit onderzoek werd uitgegaan, luidde: in hoeverre is de huisarts op de hoogte van de persoonlijke problemen van zijn patiënten en in hoeverre zou hij dat moeten zijn?

Met het begrip „is“ werd getracht de feitelijke kennis van de huisarts omtrent deze problemen te achterhalen (in ons onderzoek dus de feitelijke kennis van één bepaalde huisarts). Problemen die zowel door arts als patiënt werden opgegeven, zijn daarom opgevat als de feitelijke kennis van die huisarts. Uit de gegevens is gebleken dat dit 171 maal is voorgekomen. Met andere woorden: van 637 problemen die de 120 patiënten tezamen hebben opgegeven, bleek de huisarts in 27% van de gevallen op de hoogte. Een percentage dat goed overeenkomt met wat *IJzermans* en *Schouwenburg* (1976^{a, b}) hebben gevonden, namelijk 22% respectievelijk 24% kennis van de huisarts wat betreft de persoonlijke problemen van zijn patiënten.

Omdat bij ons onderzoek tevens aan de patiënten bij ieder aanwezig probleem werd gevraagd of de huisarts hiervan volgens hen op de hoogte was, was het ook mogelijk het begrip „moeten“ uit de probleemstelling te operationaliseren. Problemen waarvan de patiënten hebben gezegd dat hun huisarts ervan op de hoogte was, konden immers worden opgevat als problemen die hij volgens de patiënten zou moeten weten. De gedachte hierachter is geweest dat de patiënten met deze mededeling aangaven dat zij verwachtten dat hun huis-

arts deze problemen kende en zich daarnaar mogelijk ook zou opstellen. Bekijken we hiervoor de onderzoeksresultaten, dan blijkt dat de 120 patiënten bij 230 problemen hebben gezegd dat hun huisarts hiervan op de hoogte was; 230 van de 637 problemen die de patiënten in totaal hebben opgegeven.

In dit onderzoek blijkt dat deze huisarts volgens zijn patiënten van 36% van het totaal aan problemen op de hoogte zou moeten zijn. Dit percentage geeft aan dat niet alle problemen de betreffende huisarts bekend kunnen zijn. Van de problemen die hem echter wel bekend zijn volgens zijn patiënten, blijkt hij voor de helft op de hoogte te zijn.

IJzermans onderzocht bij tien huisartsen in hoeverre zij op de hoogte meenden te zijn van een aantal persoonlijke problemen van hun patiënten. Gevraagd werd om algemene uitspraken als „meestal wel“ en „in de helft van de gevallen“. Ook de huisarts op wiens praktijk het huidige onderzoek betrekking heeft, werd bij die gelegenheid ondervraagd.

De antwoorden van deze huisarts zijn in kolom 1 van *tabel 2* weergegeven als respectievelijk 75% en 50%; het gaat hier dus om grove verbale schattingen die zijn uitgedrukt in ronde cijfers. Naar onze mening is het geoorloofd deze cijfers te vergelijken met de veel exactere percentages in de kolommen 2 en 3, ontleend aan *Van Amstel*.

Tabel 2. De mate waarin de huisarts op de hoogte denkt te zijn van de persoonlijke problemen van zijn patiënten (1), de mate waarin hij dat ook is (2) en de mate waarin hij dat volgens zijn patiënten zou moeten zijn (3).

Probleem	(1)	(2)*	(3)**
seksuele problemen			
met partner	50%	19%	30%
werkproblemen	75%	25%	32%
ruzie met partner	75%	23%	27%
dood geliefd persoon	75%	14%	17%
moeilijkheden met de kinderen	75%	32%	32%

* aantal door patiënten opgegeven problemen = 100%; aantal door patiënten én arts opgegeven problemen = x%.

** aantal door patiënten opgegeven problemen = 100%; aantal door patiënten aan de arts gemelde problemen = x%.

We zien nu dat de feitelijke kennis van deze huisarts achterblijft bij zijn verwachtingen daaromtrent. Twee factoren spelen hierbij vermoedelijk een rol: - de huisarts kan niet overzien in hoeverre de verschillende problemen

werkelijk van belang zijn voor de patiënten;

– de huisarts heeft een onjuiste indruk van de mate waarin hij van problemen op de hoogte wordt gesteld.

Tenslotte is met het materiaal nog bekeken hoe het gesteld is met de kennis van deze huisarts aangaande de persoonlijke problemen van zijn patiënten wanneer we daarin een onderscheid maken tussen somatisch getinte problemen en niet-somatisch getinte problemen. Bij de problemen waarnaar gevraagd is (zie bijlage), kunnen immers de problemen „zorgen om de gezondheid van de partner”, „zorgen om ziekte van een gezinslid”, „zorgen om ziekte van een familielid”, „zorgen om eigen gezondheid” en „angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen” tot somatisch getinte problemen gerekend worden. Tot de niet-somatisch getinte problemen kunnen dan de overige problemen gerekend worden.

Tabel 3. De mate waarin de huisarts op de hoogte is van de somatische respectievelijk niet-somatische problemen van zijn patiënten (1) en de mate waarin hij dat volgens zijn patiënten zou moeten zijn (2).

Probleem	(1)	(2)
somatische problemen (N=180)	51% (92)	63% (113)
niet-somatische problemen (N=457)	17% (79)	26% (117)

Uit tabel 3 blijkt dat deze huisarts beduidend meer op de hoogte is van de somatisch getinte problemen van zijn patiënten dan van de niet-somatisch getinte problemen. Maar de tweede kolom laat tevens zien dat de patiënten hem van hun somatisch getinte problemen ook meer op de hoogte hebben gesteld.

Discussie

Het hier beschreven onderzoek heeft meer inzicht gegeven in de discrepanties tussen de opgave van de patiënten en de opgave van hun huisarts wat betreft de persoonlijke problemen van deze patiënten. Zo lijkt het erop dat een belangrijk deel van de discrepantie „patiënt: ja (probleem) – arts: neen (geen probleem)” veroorzaakt wordt door simpel vergeten van de betreffende arts van deze problemen. Aan de andere kant zou het erop kunnen wijzen dat een groot deel van de discrepantie „arts: ja (probleem) – patiënt: neen (geen probleem)” kan worden toegeschreven aan overschatting van deze huisarts

van de ernst van bepaalde problemen. Voorts kan het totstandkomen van deze discrepanties voor een deel verklaard worden door interpretatieverschillen tussen arts en patiënt van bepaalde situaties respectievelijk bepaalde vragen. Deze laatste factor zal echter altijd optreden wanneer een vragenlijst als methode van onderzoek wordt gebruikt; een reden om de gevonden resultaten met enige reserve te bezien (Van Amstel, pagina 78).

Afgezien hiervan is via het hiervoor beschreven onderzoek meer inzicht verkregen in de volgende twee vragen:

– in hoeverre hebben de onderzochte patiënten hun huisarts op de hoogte gebracht respectievelijk betrokken bij hun persoonlijke problemen;

– in hoeverre blijken deze problemen hem inderdaad bekend te zijn.

Wat de eerste vraag betreft: gebleken is dat deze huisarts van slechts een derde deel van de persoonlijke problemen van zijn patiënten op de hoogte is gebracht. Met de hoge verwachtingen van patiënten ten aanzien van mogelijke hulpverlening door hun huisarts bij niet-medische problemen (zie Van Es, pagina 7) lijkt het dus in de praktijk wel mee te vallen.

Wat de tweede vraag betreft: het bleek dat deze huisarts met het merendeel van de persoonlijke problemen waarvan hij op de hoogte was gebracht, ook bekend was. De huisarts van ons onderzoek scoorde dus aanmerkelijk beter wat betreft de kennis van de persoonlijke problemen van zijn patiënten, dan door IJzermans en Schouwenburg (1976^{a, b}) werd gevonden.

Het onderzoek geeft ook aanleiding om de vraag te stellen of de huisarts zijn mogelijkheden om bij niet-medische problemen hulp te bieden niet sterk overschat; zeker gezien de actuele discussie over het takenpakket van de huisarts (M. C. (1977) 32, 785). Omdat de onderzoekspopulatie namelijk representatief mag worden geacht voor de gehele praktijkpopulatie van 18 jaar en ouder van deze huisarts, kan hier gegeneraliseerd worden; de non-respons van 30% en de groep mensen van 18 jaar en ouder die in 1976 niet bij hun huisarts zijn geweest, hierbij buiten beschouwing gelaten.

Dan blijkt dat, wanneer we de gegeven aantallen voor de gehele praktijkpopulatie berekenen, er in één jaar ongeveer 18.000 problemen bij de patiënten zijn voorgekomen, waarvan de huisarts in 6500 gevallen op de hoogte is gebracht. Zelfs als we aannemen dat maar in een deel van de gevallen het „op de hoogte

brengen” van de huisarts van een probleem, ook een vraag om hulp bij dat probleem inhoudt, dan lijkt het begeleiden van zoveel problemen een onmogelijke opgave. Een bezinning op de vraag tot waar hulpverlening bij psychosociale problemen tot de taak van de huisarts gerekend moet worden, lijkt gezien deze cijfers dan ook gewenst.

Samenvatting. Omdat eerder onderzoek twijfels oproep ten aanzien van betrouwbaarheid van de gegevens, werd opnieuw onderzocht wat een huisarts weet van de persoonlijke problemen van zijn patiënten. Onafhankelijk van elkaar vulden een huisarts en 120 van zijn patiënten een vragenlijst in betreffende mogelijke problemen die in 1976 bij de patiënten hadden gespeeld. Deze lijsten werden met elkaar vergeleken en geanalyseerd.

De betreffende huisarts bleek in 27% van de gevallen op de hoogte te zijn van de persoonlijke problemen van zijn patiënten. Omdat aan de patiënten echter ook was gevraagd of hun huisarts van deze problemen op de hoogte was, kon worden berekend dat slecht één op de drie problemen de huisarts ter kennis wordt gebracht. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de arts beduidend meer op de hoogte was van de somatisch getinte problemen van zijn patiënten dan van de niet-somatisch getinte problemen. Maar tevens dat de patiënten hem ook meer op de hoogte hadden gebracht van deze somatisch getinte problemen.

Summary. Does a general practitioner know his patients? A study of what a family doctor knows about the personal problems of his patients. Because earlier research had raised doubts about the reliability of the findings, another attempt was made to determine what the general practitioner knows about the personal problems of his patients. For this purpose, a general practitioner and 120 of his patients independently completed a questionnaire concerning problems which the patients might have had in 1976. The questionnaires were compared and analysed.

The general practitioner proved to have been familiar with his patients' personal problems in 27 percent of cases. However, since the patients, too, had been asked whether the doctor was aware of these problems, it could be calculated that only one out of three problems had been brought to the

doctor's attention. It was found that the doctor knew significantly more about his patients' somatically coloured problems than about their problems with non-somatic overtones. It was also found, however, that the patients had been more communicative about these somatically coloured problems.

Amstel, R. J. van. Kent de huisarts zijn patiënten? Een onderzoek naar wat de huisarts weet van de persoonlijke problemen van zijn patiënten.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1978.
 Commissie takenpakket der LHV (1977) M. C. 32, 763-789.
 Es, J. van. De patiënt. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde (redactie G. J. Bremer, J. C. van Es en A. Hofmans). Stenfert Kroese, Leiden, 1974.
 Gadourek, I. Sociologische onderzoekstechnieken. Van Loghum Slaterus, Arnhem, 1967.
 IJzermans, C. J. J. M. Enquête onder 10, aan het Instituut voor Huisarts-

geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam verbonden, huisartsen. Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1976.
 IJzermans, C. J. J. M. en H. C. Schouwenburg (1976^a) huisarts en wetenschap 19, 185-189.
 IJzermans, C. J. J. M. en H. C. Schouwenburg. Kwaliteit van de arts-patiënt communicatie: een replikatie bij probleempatiënten. Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, 1976^b.

Bijlage

Aantallen door de patiënten opgegeven problemen (1), aantallen door de patiënten aan de huisarts ter kennis gebrachte problemen (2) en (2) als percentage van (1).

Probleem	door de patiënten opgegeven (1)	door de patiënten aan de huisarts ter kennis gebracht (2)	(2) als percentage van (1)
1. dagelijks werk met tegenzin doen	15	6	40
2. slecht kunnen opschieten met sommige mensen op het werk	19	4	21
3. beneden zijn kunnen werken	13	2	15
4. dagelijks werk niet aankunnen	21	12	57
5. moeilijkheden bij het vinden van een baan	8	2	25
6. problemen met studie/opleiding	7	0	0
TOTAAL WERKPROBLEMEN	83	26	32
8. regelmatig ruzie met partner hebben	26	7	27
9. seksuele problemen hebben met partner	27	8	30
10. nauwelijks aandacht van partner krijgen	14	2	14
11. zorgen om gezondheid van partner	42	22	52
TOTAAL PROBLEMEN MET DE PARTNER	109	39	36
13. zorgen maken over ziekte gezinslid	23	17	74
14. spanningen in gezin door moeten verzorgen (schoon)ouders	8	4	50
15. spanningen in gezin door werkloosheid	10	4	40
16. zorgen om ontwikkeling van de kinderen	36	10	28
17. zorgen om de relatie met de kinderen	24	9	38

Probleem	door de patiënten opgegeven (1)	door de patiënten aan de huisarts ter kennis gebracht (2)	(2) als percentage van (1)
18. lichamelijke of geestelijke handicap belasten voor gezin ervaren	13	8	62
TOTAAL GEZINSPROBLEMEN	114	52	46
20. spanningen omdat familie te veel met gezinsleven bemoeit	19	4	21
21. zorgen maken om ziekte familielid	34	10	29
TOTAAL FAMILIEPROBLEMEN	53	14	26
23. eenzaam voelen	35	5	14
24. getroffen door de dood geliefd persoon	29	5	17
25. zorgen maken over eigen gezondheid	44	36	82
26. angst om ernstige ziekte te hebben of te krijgen	37	28	76
27. zich uitgerangeerd voelen	16	6	38
28. ontevreden over zichzelf zijn	44	7	16
TOTAAL PROBLEMEN MET ZICHZELF	205	87	42
30. problemen met inwonen	5	2	40
31. te kleine woning	7	3	43
32. te gehorig huis	14	2	14
33. problemen met de burens	13	1	8
34. moeite met de buurt	6	0	0
35. last van vliegtuiglawaai	14	2	14
TOTAAL WOONPROBLEMEN	59	10	17
37. geldproblemen	14	2	14
GENERAAL TOTAAL	637	230	36