

HUISARTSEN INSTITUUT VRIJE UNIVERSITEIT

Het TRIPT-project: een data-collectie uit zeventig huisartspraktijken

Drie jaar geleden werd in het kader van twee onderzoeksprojecten van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam een plan opgezet voor het verzamelen van een groot aantal opnamen van spreekuurcontacten in zo'n vijftig huisartspraktijken. Drs. J. F. M. Thomassen, als socioloog verbonden aan de sectie onderzoek van het HIVU, bericht over de praktische aspecten van dit TRIPT-project**

Inleiding

Doel van het TRIPT-project was in de eerste plaats het bijeenbrengen van grondmateriaal voor twee onderzoeken waarover later in dit tijdschrift bericht zal worden. Van meet af aan is echter ook rekening gehouden met de ruimere functie die een grote, goed omschreven collectie opnamen van spreekuurcontacten kan vervullen bij het onderwijs aan studenten en arts-assistenten, en bij het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde.

Met het oog op deze ruime gebruiksmogelijkheden willen we belangstellenden informeren over de samenstelling, aard en toegankelijkheid van de „bandotheek” en de transcriptencollectie waarover we thans beschikken. Daarbij zijn we ons ervan bewust dat de kwaliteit van de verzamelde data niet wordt bepaald door wat de onderzoeker daarover zegt en beweert, maar uitsluitend door hetgeen hij heeft gedaan om die gegevens te verkrijgen. Vandaar dat we hier een korte beschrijving geven van het verloop en de uitkomsten van het project.

Met deze bijdrage hopen we tevens een zodanige beschrijving van het materiaal te geven, dat anderen die van onze gegevens gebruikmaken, daaraan kunnen refereren.

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

** TRIPT is een samentrekking van het woord *transcript* – het gewenste eindresultaat – en verwijst tevens naar de vele trips die voor dit project onderzocht moesten worden.

Doel en opzet

Het project is opgezet met een driedelig doel:

- het verzamelen van een groot aantal (2000-3000) geluidsopnamen van spreekuurcontacten in een vijftigtal nader omschreven stadspraktijken van „jonge” huisartsen;
- het bruikbaar en toegankelijk maken van deze verzameling opnamen voor onderwijs- en onderzoeksdoeleinden door middel van een bandotheek en een catalogus;
- het verwerken van een beperkt aantal (300-400) nader bepaalde opnamen tot een verzameling transcripten, die primair was bedoeld als grondmateriaal voor de twee genoemde onderzoeksprojecten.

Het project was beperkt tot huisartsen die na 1969 hun artsexamen hadden afgelegd en per 31 december 1979 waren gevestigd in een van de volgende vijf grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Arnhem en Eindhoven. In het registratiesysteem van het Nederlands Huisartsen Instituut werden 277 huisartsen gevonden die aan deze criteria voldeden. Zij werden aangeschreven met het verzoek mee te werken aan het project. Van 157 huisartsen (57 procent) werd een reactie ontvangen en in 84 gevallen (30 procent) bleek deze positief.

Niet alle belangstellende huisartsen konden aan het project deelnemen. Participatie was in veertien gevallen onmogelijk, omdat de praktijkomstandigheden dat niet toelieten (3), omdat de betreffende huisarts in de geplande opnameperiode niet in de praktijk aanwe-

zig kon zijn (5), of omdat de reactie op ons verzoek zo laat bij ons binnen kwam, dat deelname om praktische redenen niet meer te realiseren was (6). Uiteindelijk konden dus zeventig huisartsen (25 procent) daadwerkelijk bij het project worden betrokken.

In strikte – vooral statistische – zin zijn bevindingen gebaseerd op gegevens van deze groep huisartsen niet zonder meer generaliseerbaar naar de populatie van alle 277 aangeschreven huisartsen. De bereidheid om deel te nemen aan het project en de mogelijkheden die men daartoe in de praktijk ziet, houden uiteraard verband met een aantal onbekende, maar daarom niet minder werkzame factoren die het materiaal kleuren. Letten we echter op de verdelingen van belangrijke algemene kenmerken die de praktijksituatie betreffen (omvang en samenstelling praktijkpopulatie, vestigingsvorm, aantal jaren dat men praktizeert, samenwerkingsverband en dergelijke), dan blijken er tussen de deelnemers en de niet-deelnemers geen verschillen van enige betekenis te bestaan. Ten aanzien van die algemene praktijkkenmerken geeft de deelnemersgroep een goed beeld van de situatie van de oorspronkelijk aangeschreven populatie.

In de periode november 1979 - maart 1980 zijn de zeventig huisartsen bezocht. Bij die gelegenheid werd bij hen in de spreekkamer een cassette-recorder geïnstalleerd. De deelnemers ontvingen een aantal cassettes, voorzien van identificatiecodes, en er werden afspraken gemaakt over de te selecteren gesprekken en gesprekken. Om de precieze opnametijdstippen te kunnen vastleggen diende gebruik gemaakt te worden van een registratieformulier, dat tevens aanwijzingen bevatte over de gewenste selectie. In het kort kwamen die op het volgende neer:

- een zoveel mogelijk willekeurige spreiding van de opnamen over verschillende (inloop- en afspraak-) spreekuren in een observatieperiode van ongeveer een week;

- waar mogelijk een beperking van de opnamen tot gesprekken met individuele, Nederlands sprekende patiënten in de leeftijdscategorieën tussen 17 en 65 jaar, die het spreekuur bezochten voor ten minste één nieuwe klacht.

Het laatste, relatief complexe criterium bleek praktisch moeilijk hanteerbaar. Dit heeft ertoe geleid dat alle huisartsen, op enkele uitzonderingen na, integrale spreekuuropnamen maakten, waaruit naderhand de gewenste selectie

transcript:	ty	3	nr	0	4	0	aantal blz	10		
gesprek:	ha	2	0	2	ca	6	ka	2		
lokalisatie:	op	4	van	2	1	4	tot	3	8	3
huisarts							patiënt	(M)V/?	J(M)O	
daag komt u zitten							dag dokter			
u komt voor de eerste keer bij ons zie ik							dank u			
met het ekskuus meteen dat u zolang moest wachten							ja inderdaad ik eh			
ja							want nou ja dat is niet zo erg - ik ik loop dus nou op 't ogenblik in de ziektewet			
ja							ik ben eh veertien dagen geleden ben ik eh ... helemaal in elkaar gestort - ... en nou eh nou loop ik eigenlijk gewoon eh een beetje door die stad te dwalen ... al veertien dagen lang			
ja							ik woon hier eh op 't ogenblik ■■■■			
dat is geen definitieve woning?							met m'n vriendin - want we zijn druk doende om om 'n woning te krijgen maar dat is 'n verschrikking hier op 't ogenblik			
maar u zit zit u daar boven?							nee			
is dat geen mooie woning?							ja			
oh							ja wij zitten op een kamertje			
ja							en eh nou was het de bedoeling ... dat zij daar dus de hele week alleen was en ik zou alleen de weekenden daar wezen			
ja							maar ja ik ben er ... eigenlijk de eerste de beste week dat we hier waren ... ben ik in mekaar gegaan			
ik heb geloof ik daar de laatste ... ■■■■ zit - mag ik even telefoneren?							en eh ... nou ben ik de hele week - ik loop eigenlijk de hele dag een beetje op straat en eh ... om me zo weinig mogelijk daar te laten zien want daar is daar een ■■■■ boven - we kunnen niet douchen - we kunnen niet koken - we kunnen ... 't is eigenlijk gewoon op hun voorwaarden - als die ... die klandestiene ■■■■ dan niet gebruikt wordt dan ... komen wij eraan - ja			
.. telefoongesprek .. (102'')							ja hoor			
maar hoe komt u zo overspannen?							nou ik ben met ik ben met een eh echtscheiding bezig dokter			
oh							en eh ... dat zit een beetje moeilijk hè			
ja							ik			
ik zie het aan uw gezicht ja - zo gauw het opkomt waar komt u vandaan?							tis niet zo best			
							■■■■			

Figuur. Voorbeeld van een transcript. Weergegeven is ruim anderhalve pagina van een tien pagina's tellend transcript. Uit de administratieve gegevens, bovenaan de eerste pagina, blijkt dat het gaat om het veertigste transcript van een van de medewerkers, hier aangeduid met nummer 3. Het transcript geeft een gesprek weer van huisarts 202 met een manlijke patiënt in de leeftijdscategorie 35-50 jaar. De opname van dit spreekuurcontact is te beluisteren op cassette 202-06 (de zesde cassette van deze huisarts), op kant nummer 2, als vierde opname beginnend bij tellerstand 214 en eindigend bij 383. Om anonimiteit van de gespreksdeelnemers te waarborgen zijn in de tekst enkele plaatsaanduidingen en situatiebeschrijvingen onleesbaar gemaakt.

kon worden gemaakt. In totaal werden opnamen van ruim 2500 spreekuurcontacten verzameld.

Ordering, catalogisering en transcriptie

Om een ordening aan te brengen in het ruwe bandmateriaal was het nodig alle cassettes te beluisteren. Aan de hand van een handleiding, nauw omschreven beoordelingsnormen en standaard-registratieformulieren werden daarbij per opname de volgende gegevens vastgelegd:

- cassette-identificatie, bestaande uit een huisartscode en een cassettevolgnummer;
- opnamelokalisatie: opnamekant, opnamevolgnummer, positie van de opname op de band, duur van de opname;
- aard van de opname: huisarts-patiënt contacten zijn onderscheiden van andere opnamen, zoals van gesprekken tussen huisarts en arts-assistent en/of praktijkassistente, en telefoongesprekken tussendoor;
- kwaliteit van de opname: aan de hand van bepaalde maatstaven is elke opname beoordeeld op verstaanbaarheid en volledigheid;
- contactkenmerken: individueel contact of contact met meer personen; leeftijdscategorie patiënt; nieuwe klacht of herhaalklacht, periodieke controle, vraag om medisch-administratieve dienstverlening; onderwerpen van gesprek;
- bijzonderheden: als daartoe aanleiding bestond, werden bijzonderheden over bijvoorbeeld de technische kwaliteit, inhoud of bruikbaarheid van de

opname voor onderwijs- en onderzoeksdoeleinden vermeld.

Bij 94 procent van alle beschikbare opnamen was het mogelijk deze kenmerken vast te leggen in een systematisch overzicht. Dit fungeert als een soort catalogus, die de bandenverzameling toegankelijk maakt ten behoeve van onderwijs en onderzoek.

Aan de hand van de geregistreerde contactkenmerken zijn alle zogenaamde initiële contacten geselecteerd. Daarbij ging het om gesprekken met individuele, Nederlands sprekende patiënten, in een leeftijdscategorie tussen 17 en 65 jaar, die ten minste één nieuwe klacht presenteerden. Onder klacht wordt hier verstaan: „momentane of ervaren gewaarwordingen of waarnemingen aan het eigen lichaam, die de patiënt beschouwt als (indicatoren van) afwijkingen in de structuur of als stoornis in het functioneren van het eigen lichaam”. „Nieuw” is in dit verband een klacht die in de drie weken voorafgaand aan het contact, geen onderwerp van gesprek is geweest tussen huisarts en patiënt.

Ongeveer tweederde van alle opgenomen huisarts-patiënt contacten bleek aan deze criteria te voldoen. De overige spreekuurcontacten betroffen:

- contacten waarbij meer personen (bijvoorbeeld moeder en kind, echt-paar) tegelijk in de spreekkamer aanwezig waren;
- contacten met jeugdigen beneden de 17 jaar, of ouderen boven de 64 jaar;
- contacten met patiënten die geen of gebrekkig Nederlands spraken;
- contacten die uitsluitend betrekking hebben op periodieke controle, op vragen om medisch-administratieve dienstverlening of op klachten van derden;
- vervolgccontacten over kort daarvoor gepresenteerde klachten.

Van de geselecteerde initiële contacten was 40 procent van een zodanige kwaliteit (goed verstaanbaar, complete opname), dat voldaan kon worden aan de hoge eisen die voor het maken van een nauwkeurig transcript waren gesteld. Gelet op het minimum aantal transcripten, dat per huisarts nodig is om regelmatig in het spreekuurgedrag op het spoor te komen (vijf of meer), kwam het materiaal van tweënvijftig huisartsen in aanmerking voor uitwerking in transcripten: het gaat om negentien huisartsen in Amsterdam, zestien in Rotterdam en zeventien in de drie „perifere” steden Groningen, Arnhem en Eindhoven. Per huisarts hebben we de beschikking over vijf tot tien transcripten.

Elk transcript is uitgetypt in een zodanige vorm dat het gespreksgedrag van de huisarts en van de patiënt, alle voorkomende contact- en gespreksonderbrekingen naar inhoud, volgorde, tijdsduur en frequentie direct af te lezen zijn (*figuur*). Behalve een letterlijke weergave van de verbale uitingen geeft het transcript door middel van symbolen informatie over onder andere de vragende/stellende vorm van uitingen, aarzelingen, interpuncties, spreekpauzes, zwijgen en interrupties.

De uitwerking van geluidsopnamen (audio-vocale signalen) in transcripten (visueel-leesbare tekst en tekens) is een ingewikkeld proces. Om de subjectieve elementen daarin zo veel mogelijk te beperken hebben wij gebruik gemaakt van een handleiding met een aantal vaste en precieze transformatieregels. Aan de uitwerking is gewerkt door zes verschillende studenten en administratieve medewerk(st)ers, steeds in koppels van twee.

Praktische aspecten

Het project is uitgevoerd in een tijdsbestek van ongeveer twee jaar. Aan de bewerkelijke uitvoering namen in de loop van de tijd deel: drie wetenschappelijke medewerkers, drie tijdelijke en een vaste administratieve medewerker en twee student-assistenten. Van de door hen geïnvesteerde tijd geeft de *tabel* een overzicht.

Enkele praktische problemen bij de uitvoering van het project kwamen voort uit de omstandigheid, dat niet iedere huisarts die we eigenlijk wilden bereiken, ook inderdaad in staat en bereid

zou blijken aan het project mee te werken. Bovendien ontbrak ons bij voorbaat de mogelijkheid om de selectie van de spreekuren en de technische voorwaarden voor goede geluidsopnamen direct onder controle te houden. De voorziene gevolgen van die omstandigheden gaven ons aanleiding tot de verwachting dat het uiteindelijke resultaat van onze inspanning – kwantitatief gezien – beperkt zou zijn.

Om toch aan het gewenste aantal bruikbare opnamen van een voldoende groot aantal huisartsen te komen, hebben wij een ruime populatie huisartsen aangeschreven. De respons in die groep bleek onverwacht hoog (57 procent respons, 30 procent positief). Daar staat tegenover dat de technische bruikbaarheid van de opnamen sterk tegen viel (40 procent goed verstaanbaar en compleet). Wat dit laatste punt betreft, bleken belangrijke oorzaken gelegen in de onjuiste opstelling, onzorgvuldige of verkeerde bediening van de cassetterecorder en in de aanwezigheid van andere – ruis of storingen veroorzakende – apparatuur in de spreekkamer.

Een van de ervaringen bij de uitvoering van het project was dat het zelf installeren van de opname-apparatuur in de spreekkamer van de huisarts in een aantal gevallen geen afdoende garantie biedt voor goede geluidsopnamen. De tijd en aandacht die het maken van spreekuuropnamen nu eenmaal van de huisarts vergt, blijkt in sommige gevallen moeilijk te verenigen met de gangbare werkzaamheden tijdens het spreekuur. Een beperking van uitval, als gevolg van een slechte geluidskwaliteit, is wellicht te bereiken door tijdige

Tabel. Fasering, duur en omvang van het TRIPT-project.

Projectfase	Periode	Tijdsinvestering in uren		
		MW	SA	AM
1. Bepaling aard en omvang huisartsenpopulatie	september 1979	32	16	-
2. Schriftelijke contactlegging, verwerking van de reacties, planning fase 3	oktober 1979	40	56	12
3. Persoonlijke contactlegging, installeren van opname-apparatuur	november 1979/ maart 1980	80	120	-
4. Verzamelen bandopnamen, voorbereiding fase 5	april 1980/augustus 1980	120	-	-
5. Registratie en uitwerking van opnamen tot transcripten	september 1980/ november 1981	200	960	640
Totaal aantal uren		472	1152	652

MW: wetenschappelijk medewerkers; SA: student-assistenten; AM: administratieve medewerkers.

feed-back aan de huisarts over de kwaliteit van zijn opnamen.

Belangrijk voor het uitvoeren van het project bleek tenslotte de ontwikkeling van een duidelijke kijk op de structuur en opbouw van spreekuurcontacten, aan de hand waarvan deze geïnclassificeerd en beoordeeld konden worden. Zowel voor het registreren en catalogiseren van spreekuurcontacten, als voor het uitwerken van transcripten bleken goed omschreven, eenduidige beslissingsregels en handleidingen onontbeerlijk.

Gebruik van het materiaal

Vanaf medio 1980 is ten behoeve van uiteenlopende onderzoeken en onderzoeksvragen van het beschikbare materiaal gebruik gemaakt. Deze analyses hebben onder andere betrekking gehad op:

- de tijdsduur van initiële contacten en van delen daarvan;
- de opbouw en structuur van initiële contacten, beschreven aan de hand van de daarin voorkomende entrees (op zich zelf staande onderwerpen van gesprek die de patiënt in de loop van het contact ter sprake brengt);
- het verloop van het gesprek in initiële consulten gezien als reeks van opeenvolgende episodische gesprekken met verschillende gespreksfuncties;
- elementen in de klachtpresentatie van de patiënt en de wijze waarop de huisarts daarop aansluit;
- verbale uitingsvormen van de huisarts en van de patiënt en de mate waarin deze op elkaar betrokken zijn;
- de mate waarin elementen van een geneeskundige en een meer hulpverleningsgerichte werkwijze herkenbaar zijn in het handelen van de huisarts;
- regelmatigheid in het medisch handelen en beslissen van huisartsen bij een beperkt aantal omschreven klachten;
- verkenning van het spreekgedrag van huisartsen ten aanzien van groei-gerichte acties.

Over het merendeel van deze analyses zijn publikaties in voorbereiding. Voor het gebruik van de bandotheek in het kader van het onderwijs worden momenteel plannen uitgewerkt.

Nota bene

Een goede huisarts heeft een huisarts. (Stelling bij: G. R. Hoekstra. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk. *Diss. Groningen*, 1982.)

(1982) *Huisarts en Wetenschap* 25

Vijftientig jaar Huisarts en Wetenschap (X)

DR. K. GILL

Kinderen: een verpieterd onderwerp

In de periode 1957-1981 werden in *Huisarts en Wetenschap* in totaal 1632 artikelen gepubliceerd, waarvan er niet meer dan vijftientig (5 procent) betrekking hadden op het kind. Het merendeel van deze artikelen was bovendien geschreven door specialisten en niet-artsen: slechts drieëndertig bijdragen (2 procent) waren van de hand van een huisarts.

Waren het de superspecialisten die het zicht van de huisarts op het kind verduisterden? Of zijn de jeugdartsen al zo ver opgerukt, dat de huisartsen de zorg voor kinderen grotendeels is ontnomen?

Inleiding

*Kinderen zijn ook mensen**

Een gemiddelde huisartspraktijk bestaat voor 25 tot 30 procent uit kinderen. Op basis van dit gegeven kan men zich afvragen welke plaats het kind in de afgelopen vijftientig jaar in *Huisarts en Wetenschap* heeft gekregen en of daarbij van een redelijke afspiegeling van de cijfermatige realiteit kan worden gesproken.

Uit de intro bij dit artikel blijkt al dat dit laatste geenszins het geval is. De zoekactie waarvan deze cijfers het resultaat zijn, werd overigens danig gecompliceerd door het feit dat veertien artikelen niet in de registers waren terug te vinden onder de voor de hand liggende trefwoorden baby, kind, kleuter, pasgeborene, school en zuigeling. Het was daardoor noodzakelijk tevens alle inhoudsopgaven door te lopen.**

Na deze Sisyfusarbeid werden de eerste contouren van Kinderland zichtbaar. Daarbij viel al direct op dat vijftientig van de zesentwintig artikelen die in de jaren 1967-1973 werden gepubliceerd, afkomstig waren van specialisten. Vanaf 1975 bleken de auteurs meestal huisartsen. In de jaargangen 1959/1960 en 1970 bleven de kinderen onbesproken.

* H. Kits van Heyningen in (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 460.

** De auteur is hiervoor dank verschuldigd aan Mevrouw C. Bakker-Bosman.

Levensloopgeneeskunde en gezinsgeneeskunde zijn begrippen die de eigentijdse huisarts bekend in de oren klinken. In dat licht is het op z'n zachtst gezegd merkwaardig dat zo weinig over kinderen in *Huisarts en Wetenschap* is gepubliceerd. Het extra-uteriene leven geeft immers een bonte schakering van kinderen te zien. Er zijn voorbeelden te over: oudste en jongste kinderen, voor-kinderen, pleegkinderen, adoptiekinderen, stiefkinderen, KID-kinderen, thuisloze kinderen, probleemkinderen, BLO-en LOM-kinderen, geestelijk geretardeerde, dove en blinde kinderen, om niet van premature, dysmature, gezonde, zieke en misschien van reageerbuis-kinderen te spreken, allen met een eigen signatuur.

Waren het de superspecialisten, de neonatoloog, kinderneuroloog, kindercardioloog, kinderpsychiater, kinderchirurg, kindernefroloog en -pulmonoloog, die het zicht van de huisarts op het kind verduisterden? Of zijn de jeugdartsen al zo ver opgerukt, dat huisartsen de zorg voor kinderen grotendeels is ontnomen? Vragen, die misschien te beantwoorden zijn als we de inventarisatie nader analyseren.

Waarmee het begon... een gevoel van wanhoop

De zestiger jaren brachten grote verschuivingen in de kindergeneeskunde met zich mee. Door het verdwijnen van gebreks- en infectieziekten verschoof de belangstelling van kinderhygiëne naar