

INSTITUUT VOOR HUISARTSGENEESKUNDE AMSTERDAM

Hoe ervaren patiënten een arts-assistent in de praktijk?

Is er onrust in de opleiderspraktijken? Die vraag werd gesteld door stafleden en huisartsopleiders, verbonden aan de beroepsopleiding tot huisarts aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Drs. C. J. IJzermans, als socioloog aan het instituut verbonden, stelde een onderzoek in en bericht daarover in deze bijdrage.

Inleiding

De verschillende instituten voor huisartsgeneeskunde in Nederland zijn voor hun onderwijs afhankelijk van „stage-verlenende” huisartsopleiders. Dit geldt vooral voor de beroepsopleiding tot huisarts, waarbij de arts-assistent (hierna te noemen assistent) voor een lange periode, tussen de zes en twaalf maanden, te gast is in een huisartspraktijk. De aanwezigheid van een assistent gaat niet ongemerkt aan de patiënten voorbij; vroeg of laat krijgen zij met hem of haar te maken.

Tijdens een regiovergadering van huisartsopleiders van de Universiteit van Amsterdam kwamen enige problemen naar voren, die als volgt werden voorgelegd aan de afdeling onderzoek van dit instituut: „Wij hebben ieder van ons nu vier à vijf assistenten achtereen in de praktijk gehad. Wij hebben het idee dat er in toenemende mate onrust heerst in de praktijk. Wij denken dat er patiënten weggaan uit de praktijk, omdat er assistenten zijn, omdat de patiënten ons minder te zien krijgen”.

Inderdaad was het de staf van de beroepsopleiding van het instituut al eerder opgevallen dat er nogal eens huisartsopleiders stoppen of pauzeren als „stage-verlener”, als zij vier of vijf assistenten in de praktijk hebben gehad. Voor een onderwijsinstelling is dit een groot probleem: hoe meer artsen hun opleiderschap opgeven of onderbreken, des te minder assistenten kunnen er geplaatst worden. Na verloop van tijd

komt daarmee de opleiding in gevaar. Motieven voor opgeven of onderbreken waren vaak:

- er heerst onrust in de praktijk, nu er steeds nieuwe assistenten komen;
- ik wil de praktijk weer eens helemaal zelf doen; contact hebben met alle patiënten en alle procedures in de praktijk weer eens ter discussie stellen.

Onrust is bedreigend voor de huisarts als (kleine) ondernemer, terwijl het tweede argument te maken heeft met de binding die de huisarts voelt met zijn patiënten en de praktijk als geheel. Door eventuele onrust in de praktijk als gevolg van de aanwezigheid en/of het frequent wisselen van assistenten, worden dus de belangen van zowel de betrokken huisarts als de onderwijsinstelling geschaad.

Vraagstelling

Hoe de patiënten van een opleiderspraktijk reageren op de aanwezigheid van een assistent, is nog weinig onderzocht, terwijl zij toch min of meer gevraagd hun medewerking verlenen aan de opleiding van aanstaande huisartsen. Volgens een Engels onderzoek was de meerderheid van de 258 ondervraagde patiënten tevreden over de hulp die de assistent bood; 17 procent vond de assistent geen „echte” dokter en 34 procent vond het niet gemakkelijk met assistenten te praten.¹ In een recent Nederlands onderzoek had minstens 84 procent van de 160 ondervraagde patiënten geen bezwaar tegen de aanwezigheid van de assistenten, of was daar zelfs uitgesproken positief over.² Een derde onderzoek tenslotte leverde op, dat slechts 12 procent van de 209 ondervraagde pa-

tiënten moeite had met de veranderde situatie in de praktijk.³

De meeste patiënten zouden dus weinig bezwaar hebben tegen de aanwezigheid van een assistent in de praktijk. De aangehaalde studies zijn echter weinig betrouwbaar, omdat de gegevens afkomstig zijn uit enquêtes die in de wachtkamer ingevuld konden worden; de kans op „social desirable answers” is dan wel erg groot. Om een dergelijk effect zoveel mogelijk uit te sluiten, werd gekozen voor een andere vorm.

De vraagstelling van dit onderzoek ligt dicht bij de vraag die door de huisartsopleiders werd gesteld: Is er onder de patiënten van een opleiderspraktijk sprake van onrustgevoelens over de aanwezigheid van een assistent en zo ja, waaruit bestaan die gevoelens dan? Deze vraagstelling beperkt zich tot de gevoelens bij de patiënten. Mocht vervolgens blijken dat er bij een meerderheid van de patiënten geen onrustgevoelens zijn, dan zou eventueel gedacht kunnen worden aan dat soort gevoelens bij de opleider(s) zelf.

Onrust is een diffuus en complex begrip. Na gesprekken met de betrokken huisartsopleiders is daarom gekozen voor een aantal verklaringen van onrustgevoelens, die door hen steeds genoemd werden:

- aspecten van de binding die een patiënt voelt met zijn eigen huisarts (een binding die mogelijk beïnvloed wordt door de aanwezigheid van een assistent);
- aspecten van het eventueel (moeten) kiezen tussen de eigen huisarts en een assistent;
- aspecten van het niet accepteren van een tweede arts (een assistent) in de praktijk naast de eigen huisarts;
- overige aspecten die mogelijk samenhangen met de aanwezigheid van een assistent in de praktijk, maar die niet onder de drie bovenstaande verklaringen te rangschikken zijn.

Opzet

Het onderzoek werd uitgevoerd in zes praktijken van huisartsopleiders (samen een regiogroep in het centrum van Noord-Holland), bij wie het idee leefde dat er sprake was van onrustgevoelens in de praktijken. In elk van deze praktijken waren de laatste vijf jaar vier à zes arts-assistenten te gast geweest. In deze regiogroep waren de grote stad en het platteland vertegenwoordigd, evenals oudere en jongere opleiders, solopraktijken (5) en een groepspraktijk (1).

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

Hierdoor waren er dus mogelijkheden om de samenhang te bestuderen tussen verschillende praktijkkenmerken en de onderzoeksvragen.

De steekproef werd aselekt getrokken uit de kaartenbakken van de betrokken opleiders. Voorwaarden om in de steekproef te belanden waren: leeftijd tussen 16 en 70 jaar oud en in de laatste vijf jaar minstens eenmaal op het spreekuur geweest zijn.

De steekproefgrootte bedroeg per praktijk 6 procent van het patiëntenbestand. Zo konden uitspraken gedaan worden voor de individuele praktijken en voor de totale groep. Uiteindelijk bestond de steekproef uit 980 van de 17.000 patiënten (5,8 procent).

Na telling bleken er in de praktijken meer (particuliere?) patiënten te zijn dan door de huisartsen waren opgegeven.

De onderzoeksvorm. Per post werd een enquête verstuurd naar de 980 patiënten. De afzenders waren de hoogleeraar en de onderzoeker van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde en uitdrukkelijk niet de eigen huisarts. Onderzoek namens de eigen huisarts levert vaak minder betrouwbare gegevens op.⁴

Bij de enquête werd een retourenveloppe ingesloten. Na een maand werd aan alle 980 patiënten nog eens een herinneringsbrief gestuurd.

De vragenlijst bestond uit twee delen: een biografisch gedeelte met de voor dit onderzoek relevante patiëntengegevens, en een lijst van achttien vragen over aspecten van onrust(gevoelens); bij acht vragen bestond de mogelijkheid het antwoord toe te lichten.

Behalve aan de patiënten werd deze lijst ook voorgelegd aan de betrokken huisartsopleiders en hun eventuele associés, die daarop hun verwachtingen ten aanzien van een „doorsnee-patiënt” konden aangeven.

Respons en biografische gegevens

Respons. Bij de sluiting van de inzendingstermijn hadden 722 patiënten een vragenlijst teruggestuurd; hiervan waren er 709 (72,3 procent) bruikbaar voor bewerking. De variatie tussen de zes praktijken bedroeg 67,7-76,5 procent. Dat is een hoge respons voor een post-enquête, waarbij de inhoud van de vragen zeker een rol zal spelen; gezondheid en alles daarom heen is nu eenmaal het hoogste goed voor velen.⁴

De non-respons bedroeg iets meer dan 25 procent. Bij de herinneringsbrief

werd een strookje gevoegd, waarop men mee kon delen waarom men niet aan het onderzoek wilde meedoen. Hierop werd gereageerd door negenenvertig mensen (5 procent van de totale steekproef). De helft van deze reacties betrof de enquête op zichzelf: motieven als „de lijst is zoekgeraakt” of „ik heb geen tijd voor dit soort dingen”. De andere helft had betrekking op een inhoudelijk argument: „ik kom bijna nooit bij de huisarts; ik heb geen ervaring”.

Biografische gegevens. Van de enquêtes was 42 procent naar een man gestuurd en 58 procent naar een vrouw. Van de respondenten bestond echter 32 procent uit mannen en 68 procent uit vrouwen; in 10 procent van de gevallen had een vrouw de enquête teruggestuurd, terwijl deze aan een (hun) man geadresseerd was geweest. Kennelijk voelen vrouwen zich meer aangesproken door de thematiek van dit onderzoek en/of kunnen zij een dergelijke vragenlijst gemakkelijker invullen.

Zoals vermeld waren de leeftijdsgrenzen 16 en 70 jaar. Binnen deze grenzen is de verdeling in de onderzoekspopulatie overeenkomstig de verwachting.⁵ De gemiddelde leeftijd was 39,8 jaar.

Twee derde van de respondenten was bij het ziekenfonds verzekerd (58 procent verplicht en 9 procent vrijwillig) en 33 procent particulier. Deze getallen wijken nauwelijks af van de landelijke verhoudingen. De LISZ-cijfers voor 1979 waren 60-31 procent voor Nederland en 66-34 procent voor Noord-Holland.⁶ De variatie tussen de zes opleiderspraktijken was groot: het percentage particulier verzekerden lag tussen de 17 en 43 procent. Leeftijd en sekse waren gelijkmatig gespreid binnen de twee verzekeringsvormen.

Bijna twee derde van de respondenten was al langer dan tien jaar patiënt bij de huisarts; nog eens een kwart van hen was al vijf tot tien jaar patiënt.

Gevraagd werd, hoe vaak men in het kalenderjaar 1979 bij de huisarts of assistent geweest was (tabel 1). Deze vraag kon zo geformuleerd worden, om-

Tabel 1. Frequentie van het spreekuurbezoek in 1979. Percentages.

Aantal bezoeken	Percentage
0	4
1	10
2-3	43
4-6	25
> 6	18

dat de vragenlijsten maart 1980 verstuurd werden, zodat de kans vrij groot was dat de respondenten het voorafgaande jaar nog konden overzien.

Het aantal patiënten dat niet eenmaal de huisarts bezocht in 1979, is te laag (mogelijk beïnvloed door de steekproeftrekking). Het aantal gebruikers onder de respondenten is derhalve oververtegenwoordigd. De gemiddelde frequentie was 2,8 maal per jaar, een gemiddelde dat overeenkomt met cijfers uit andere bronnen.⁷

Een grote meerderheid van de patiënten (70 procent) zag in 1979 zowel de eigen huisarts als een assistent: 20 procent zag alleen de huisarts, 6 procent alleen een assistent en 4 procent kwam niet naar een spreekuur. Een steekproefsgewijze controle van deze opgave met de aantekeningen van de huisartsen gaf geen discrepanties te zien.

Bijna alle respondenten (94 procent) bleken al eens met een assistent geconfronteerd te zijn: 24 procent vaak, 54 procent enkele malen en 16 procent eenmaal. Van de 6 procent die geen ervaring met een assistent had gehad, zei 4 procent dat dit „toevallig” was, en 2 procent dat dit op hun uitdrukkelijk verzoek was („Ik wil alleen mijn eigen huisarts”).

Resultaten

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de patiënten. Tevens wordt vermeld, welke verwachtingen de acht opleiders hadden ten aanzien van de antwoorden van een „doorsnee-patiënt”. Daarbij is gekozen voor een tweetal invalshoeken om de resultaten te presenteren:

- Een clustering van de vragen naar hun inhoud, en de antwoorden op die vragen.

- Een vergelijking van de geclusterde antwoorden met de biografische gegevens van de patiënten.

Tenslotte wordt aandacht besteed aan de verschillen tussen de praktijken.

Binding aan de eigen huisarts (tabel 2).

Bij de eerste vraag bestond de mogelijkheid in eigen bewoordingen weer te geven waarom men het vroeger wel of niet prettiger vond:

- *Vroeger wél prettiger.* „Met mijn huisarts bestaat een vertrouwensrelatie”, „Mijn huisarts weet alles van mij”, „Ik ken mijn huisarts, het is geen vreemde” en „Een assistent weet te weinig”. In totaal werden deze vier argumenten genoemd door 11 procent van de onderzoekspopulatie.

• *Vroeger niet prettiger.* „Je merkt er toch niet veel van”, „Een assistent heeft soms een andere mening, wat verhelderend kan werken”, „Een assistent heeft meer tijd en aandacht voor mij” en „De wachttijden zijn nu korter”. Deze argumenten werden door in totaal 32 procent van de patiënten genoemd.

De antwoorden op de vier vragen uit tabel 2 geven aan dat er inderdaad patiënten zijn, die een binding met hun eigen huisarts voelen. Een assistent maakt hier mogelijk inbreuk op. Het betreft echter een minderheid van de patiënten. De patiënten blijken zich minder aan hun huisarts gebonden te voelen dan door de opleiders werd verwacht. Dit blijkt vooral bij de vraag naar het persoonlijke element, dat door de aanwezigheid van een assistent verloren zou gaan.

Om iets naders te kunnen zeggen over de mate van binding aan de eigen huisarts, zijn de scores op de vier vragen gesommeerd (somscores). Achterliggende gedachte hierbij is, dat deze totaalen meer zeggen dan de afzonderlijke antwoorden.⁸

Deze berekening laat zien dat 14 procent van de onderzoekspopulatie een (sterke) binding voelt aan zijn eigen huisarts; 28 procent voelt deze binding min of meer en voor 58 procent speelt binding niet of nauwelijks een rol.

De groep patiënten die een band met zijn eigen huisarts voelt, is op grond van deze gegevens niet groot. Voor één op de zeven patiënten maakt een assistent inbreuk op deze band. Opvallend gegeven hierbij is, dat een grote meerderheid van de patiënten aangaf dat het geen oplossing zou zijn als hun arts enige maanden per jaar geen assistent in de praktijk zou hebben.

Moeten kiezen tussen huisarts en assistent (tabel 3).

De verklaringen die werden aangedragen om een verschil in behandeling tussen huisarts en assistent aan te geven, waren even vaak in het voordeel van de huisarts als van de assistent. Een overzicht: „Een assistent besteedt meer tijd en aandacht en doet het rustiger”, „Een assistent kijkt nog naar de oorzaak van een klacht; de huisarts werkt meer routinatus en trekt sneller conclusies”, „Mijn huisarts kent mijn problemen en achtergrond beter” en „Mijn huisarts is zekerder”. Deze verklaringen werden samen genoemd door 35 procent van de totale onderzoekspopulatie.

Meer dan een kwart van de respondenten (27 procent) gaf verklaringen waar-

om men het liefst zelf voor de huisarts kiest: „Hij kent mijn problemen”, „Ik heb met hem een vertrouwensrelatie”, „Vooral bij privé en psychische zaken”, „Bij ernstige zaken” en „Bij seksuele problemen”. Van hen wil 8 procent voor een zelfde klacht ook geholpen worden door dezelfde arts (zonder verdere voorkeur). Slechts 2 procent van de patiënten geeft hier verklaringen, waarom men een assistent zou kiezen.

Uit tabel 3 blijkt dat een aantal patiënten problemen had om te (moeten)

kieszen tussen huisarts en assistent. Vooral het zelf kunnen kiezen werd als belangrijk aangegeven. In de meeste praktijken kan dit overigens ook. De opleiders verwachtten over het algemeen meer keuzeproblemen bij hun patiënten dan er bleken te zijn; het meest duidelijk is dit bij de vragen 8 en 9.

Om iets te kunnen zeggen over de grootte van de groep patiënten met keuzeproblemen, werden ook voor dit aspect somscores berekend (waarbij vraag 5 buiten beschouwing bleef). Voor 30

Tabellen 2-5. Antwoorden op achttien vragen door de patiënten (n = 709) in percentages, en verwachtingen van de opleiders (n = 8) tussen haakjes in absolute cijfers.

Tabel 2. Binding aan de eigen huisarts.

Onderwerp vragen	Antwoorden	
	Inderdaad	Niet mee eens
1 Vroeger, voor er aa's kwamen, prettiger	25% (5)	75% (3)
2 Persoonlijk element met arts gaat verloren	37% (7)	63% (1)
3 Niet fijn, verschillende artsen in de praktijk	24% (–)	76% (8)
4 Enige maanden per jaar geen aa is prettig ^a	12% (3)	7% (–)

^a Door 81% (5) werd geantwoord: „Zou mij niet uitmaken”.

Tabel 3. (Moeten) kiezen tussen huisarts en assistent.

Onderwerp vragen	Antwoorden	
	Inderdaad	Niet mee eens
5 Verschil in behandeling tussen huisarts en aa	51% (5)	49% (3)
6 Bij langdurige behandeling keus voor één arts	69% (7)	31% (–)
7 Kies het liefst zelf door wie behandeld	60% (7)	40% (1)
8 Wel eens getwijfeld, naar huisarts of aa gaan	25% (7)	75% (–)
9 Vervelend niet tevoren weten door wie behandeld	38% (8)	62% (–)

Tabel 4. Accepteren van een tweede arts in de praktijk.

Onderwerp vragen	Antwoorden	
	Inderdaad	Niet mee eens
10 Moet steeds weer wennen aan nieuwe aa's	46% (8)	54% (–)
11 Moeite om klachten met aa te bespreken	33% (6)	67% (2)
12 Een- of meermalen aa, nu nog niet gewend	23% (3)	77% (5)
13 Samenwerking komt mij niet ten goede	19% (–)	81% (7)
14 Aa heeft geen nieuw licht geworpen op problemen ^b	13% (2)	16% (5)

^b Door 71 procent werd „geen ervaring” ingevuld.

Tabel 5. Overige vragen.

Onderwerp vragen	Antwoorden	
	Inderdaad	Niet mee eens
15 Wordt niet meer tijd besteed, sinds er aa's zijn	43% (2)	57% (6)
16 Wat ik van aa vind, hangt van zijn persoon af	66% (8)	34% (–)
17 Voor bepaalde problemen liever arts eigen sekse	34% (8)	66% (–)
18 De leeftijd van een arts maakt mij (wel) uit	24% (6)	76% (2)

procent van de respondenten kan het (moeten) kiezen een probleem zijn; voor 40 procent van hen is dit min of meer het geval en voor nog eens 30 procent spelen deze problemen geen rol.

Bijna een derde van de patiënten vindt het (moeten) kiezen een probleem; een niet onaanzienlijke groep.

Accepteren van een tweede arts in de praktijk (tabel 4).

Mensen die steeds weer moeten wennen aan nieuwe assistenten, gaven daarvoor onder meer de volgende redenen: „Wat voor een persoon zal het zijn, want het is een vreemde”, „Ik moet alles steeds opnieuw vertellen”, „Zal er sprake zijn van een vertrouwensrelatie”? en „Ben je net gewend, komt er weer een ander”. Deze verklaringen werden samen door 25 procent van de totale steekproef genoemd.

Uit tabel 4 blijkt, dat een grote meerderheid van de patiënten een arts naast zijn eigen huisarts accepteert, veel meer dan door de opleiders werd verwacht. Het wisselen van de assistenten vond men moeilijker; bijna de helft van de respondenten moest steeds weer wennen aan nieuwe assistenten.

Om te kunnen bepalen hoe groot de groep is die een assistent accepteert naast de eigen huisarts, werden ook hier somscores berekend. Slechts 6 procent van de patiënten accepteert niemand naast zijn eigen huisarts; meer dan de helft accepteert een tweede arts min of

meer en de overige 35 procent accepteert hem ten volle.

Een tweede arts in de praktijk is blijkbaar geen onrustfactor voor de patiënten; slechts zeer weinig patiënten geven aan dat zij daar moeite mee hebben. Het frequent wisselen van de persoon van zo'n tweede arts geeft meer problemen.

Overige vragen (tabel 5). Mensen die de persoon van de assistent belangrijk vinden voor acceptatie, geven daarvoor als argumenten „Belangrijk is hoe hij/zij op je overkomt”, „Belangrijk is of hij/zij als mens prettig is”, „De een is nu eenmaal sympathieker dan de ander” en „De een is nu eenmaal beter dan de ander”. Deze verklaringen werden samen door 32 procent van de totale steekproef genoemd.

Aan mensen met een voorkeur voor een arts van de eigen sekse werd gevraagd, bij wat voor soort probleem dat vooral gold. De verdeling was als volgt:

- bij typische mannelijke c.q. vrouwelijke klachten: 40 procent;
- bij pilcontroles: 24 procent;
- bij persoonlijke problemen of gezinsproblemen: 15 procent.

Patiënten die de leeftijd van de arts belangrijk vinden, dragen daarvoor onder meer de volgende verklaringen aan: „Oudere artsen hebben meer ervaring en ik vertrouw hen meer”, „Een jongere arts is meer up-to-date” en „Dat hangt van de klacht af” (samen genoemd door 16 procent van de totale steekproef).

Uit tabel 5 kan gelezen worden dat meer dan de helft van de patiënten vond, dat er meer tijd aan hen besteed werd sinds er assistenten in de praktijk waren. De opleiders hadden verwacht dat nog meer patiënten dat zouden vinden. De meeste patiënten vinden de persoon van de assistent belangrijk, overeenkomstig de verwachting van de opleiders. Veel minder patiënten dan door de opleiders werd verwacht, kiezen voor bepaalde problemen een arts van de eigen sekse. Voor veel meer patiënten dan door de opleiders werd verwacht, maakt de leeftijd van een arts niets uit.

Samenhang met biografische gegevens. Zie voor de waarden van de significante verbanden tabel 6.

● *Binding aan de eigen huisarts.* Patiënten die het vroeger prettiger vonden in de praktijk van hun huisarts, zijn vooral ouder dan 50 jaar. Particulier verzekerde patiënten vonden vaker dan ziekenfondsverzekerden dat het vroeger prettiger was in de praktijk, dat het persoonlijke element in de verhouding met de eigen huisarts verloren gaat en dat het niet fijn is dat er meer dan één arts in de praktijk is. Wat de overige biografische gegevens betreft, waren de verschillen tussen de verschillende categorieën hier niet groot. Patiënten die een sterke binding aan hun eigen huisarts hadden (totaal 14 procent), waren vooral particulier verzekerd ($p < .001$).

Tabel 6. Significante verbanden tussen antwoorden op de vragen naar aspecten van onrust en de biografische gegevens.

Onderwerp vragen	Biografische gegevens						
	Sekse	Leeftijd	Frequentie artsbezoek	Hoe lang patiënt	Verzekering	Ervaring met aa	Door wie geholpen
1 Vroeger prettiger in de praktijk		*			+		
2 Persoonlijke element gaat verloren					**		
3 Verschillende artsen in praktijk niet fijn					**		
4 Enige maanden zonder assistent fijn							
5 Verschil behandeling huisarts-aa		**					*
6 Langdurige behandeling: één arts	+				+	+	*
7 Kies liefst zelf door wie behandeld		*			**	**	**
8 Wel eens getwijfeld naar wie					*		
9 Vervelend niet tevoren weten wie	**			*	**	**	**
10 Steeds wennen aan nieuwe aa's	*				+		
11 Moeite problemen met aa bespreken	**				+	**	*
12 Nu wel gewend aan assistent					*	**	**
13 Samenwerking komt niet ten goede					**	**	
14 Geen nieuw licht geworpen	*	**					
15 Niet meer tijd besteed			+		**	**	
16 Persoon van de assistent belangrijk							
17 Liever arts van eigen sekse							
18 Leeftijd arts belangrijk	+					+	

+ : $p < .05$; * : $p < .01$; ** : $p < .001$.

• *(Moeten) kiezen tussen huisarts en assistent.* Vrouwen zouden, vaker dan mannen, één arts kiezen bij een langdurige behandeling en vonden het veel vaker vervelend als zij niet tevoren wisten door wie zij behandeld zouden worden.

Vooraf jongere patiënten (jonger dan 40 jaar) zien verschillen in behandeling tussen huisarts en assistent, waarbij de argumenten vooral positief zijn over een assistent. Oudere patiënten, boven de 40 jaar, zeggen vaker dat zij het liefst zelf kiezen door wie zij behandeld zullen worden.

Mensen die korter dan vijf jaar patiënt zijn bij hun huisarts, vinden het vaker dan anderen vervelend als zij niet weten door wie zij behandeld zullen worden. Particulier verzekerde patiënten geven bij alle keuzeproblemen meer moeilijkheden aan dan ziekenfonds-verzekerden; dit gold alleen niet voor de vraag over verschillen in behandeling tussen de huisarts en een assistent.

Hoe meer ervaring met een assistent, des te minder keuzeproblemen, met uitzondering van de vraag naar mogelijke twijfel om naar de huisarts of de assistent te gaan. Met dezelfde uitzondering hebben mensen die in 1979 uitsluitend door hun huisarts behandeld werden, meer keuzeproblemen dan anderen. Patiënten die problemen hadden met de keuze tussen huisarts en assistent (totaal 30 procent), waren vooral particulier verzekerd ($p < .001$), zagen de assistent maar eenmaal of soms ($p < .05$) en werden in 1979 voornamelijk of uitsluitend geholpen door de huisarts ($p < .01$).

• *Accepteren van een tweede arts in de praktijk.* Vrouwen gaven vaker dan mannen aan, dat zij steeds weer moeten wennen aan nieuwe assistenten en dat zij moeite hebben hun problemen met een assistent te bespreken, terwijl mannen vaker vonden dat er geen nieuw licht op hun problemen geworpen werd door een assistent. Dit laatste werd ook meer genoemd door oudere patiënten (ouder dan 40 jaar).

Ook hier hadden particulier verzekerde patiënten, met uitzondering van de vraag over het eventuele nieuwe licht, veel vaker problemen dan de andere patiënten. Hetzelfde kan gezegd worden over patiënten die geen of weinig ervaring hadden met een assistent.

Diegenen die in 1979 uitsluitend door de huisarts geholpen werden, gaven vaker aan dat zij het moeilijk vinden hun problemen aan een assistent voor te leggen en waren nog niet gewend aan diens aanwezigheid in de praktijk.

• *Overige vragen.* Particulier verzekerde patiënten vonden vaker dan anderen dat er niet meer tijd aan hen besteed werd sinds er assistenten waren. Daarentegen waren het vooral patiënten met veel ervaring met assistenten én patiënten die het afgelopen jaar meer dan vier maal de arts bezocht hadden, die vonden dat er wel meer tijd aan hen werd besteed.

De leeftijd van de arts was voor vrouwen belangrijker dan voor mannen en minder belangrijk voor patiënten die veel ervaring met assistenten hadden.

Opvallend is dat de resultaten, op een enkele uitzondering na, steeds in dezelfde richting wijzen: steeds zijn het vrouwen, ouderen, particulier verzekerden, patiënten met weinig of geen ervaring met assistenten en mensen die in 1979 uitsluitend door de huisarts werden geholpen, die meer binding aan hun huisarts aangaven, meer keuzeproblemen hadden en minder geneigd waren een assistent te accepteren.

De zes praktijken. Tenslotte nog een aantal opmerkingen over de verschillen tussen de zes praktijkpopulaties.

Er waren nogal wat verschillen. Hiervoor kon vaak geen bevredigende verklaring gevonden worden in termen van bijvoorbeeld de ligging van de praktijk, de leeftijd van de opleider of het aantal assistenten. Twee ingangen leverden wel verklaringen op:

• Hoe meer particulier verzekerde patiënten in de praktijk, des te meer binding aan de huisarts, meer keuzeproblemen en minder acceptatie.

• In de groepspraktijk vond men:

– het veel vaker fijn dat er verschillende artsen zijn;

– het minder vervelend als men niet tevoren wist door wie men behandeld zou worden;

– het veel minder vaak moeilijk om problemen of klachten met een assistent te bespreken;

– veel vaker dat de samenwerking hen ten goede kwam;

– veel vaker dat een arts van de eigen sekse prettig is (in de groepspraktijk werkte een vrouwelijke arts);

– helemaal niet dat de eigen huisarts de achtergrond beter kent;

– veel vaker dat het vervelend is om alles steeds opnieuw te vertellen.

Er was maar één groepspraktijk in het onderzoek betrokken, zodat deze resultaten niet generaliseerbaar zijn. Toch lijken patiënten uit de groepspraktijk nog minder binding aan een arts, nog minder keuzeproblemen en nog meer

acceptatie te hebben; hun ervaring met verscheidene artsen is ongetwijfeld groter en bestaat al langer.

Beschouwing

Uitgangspunt van dit onderzoek was de vraag of er onrustgevoelens leven onder de patiënten van opleiderspraktijken en zo ja, waaruit die gevoelens dan zouden bestaan.

Aan 980 patiënten uit zes opleiderspraktijken waar onrust onder de patiënten zou heersen (ongeveer 6 procent van het totale aantal patiënten), werd daartoe per post een vragenlijst gestuurd. In totaal werd hierop door 709 patiënten (72,3 procent) gereageerd.

Omdat 94 procent van de respondenten aangaf minstens eenmaal met een assistent te zijn geconfronteerd, mag ervan uitgegaan worden dat de antwoorden op de vragen berusten op die ervaring. In alle bij het onderzoek betrokken praktijken waren op het moment van het onderzoek minstens vier assistenten geweest, zodat men ook ervaring kon hebben met het frequent wisselen van deze assistenten.

Binding. Bij deze vragen werd ervan uitgegaan dat de binding die de patiënten met hun eigen huisarts voelen, beïnvloed zou kunnen worden door de aanwezigheid van een assistent. Voor meer dan de helft van de patiënten bleek dit niet het geval en voor een derde min of meer. Slechts 14 procent van de patiënten gaf blijk een sterke binding aan zijn of haar huisarts te voelen.

Deze binding speelde het sterkst bij de vraag naar de reacties op het steeds wisselen van assistenten en bij de vraag of het persoonlijke element in de verhouding met de huisarts lijdt onder de aanwezigheid van de assistent. Enige maanden per jaar zonder assistent werken, spreekt maar weinig patiënten aan. Patiënten geven, tegen de verwachting van de opleiders in, niet in groten getale aan, dat zij zich sterk aan hun huisartsen gebonden voelen. Ten aanzien van de continuïteit van de hulpverlening, in de zin van doorlopend contact met dezelfde huisarts, zou daarom, met alle voorbehoud, de stelling ondersteund kunnen worden dat „deze continuïteitsgedachte meer een idee is van artsen, dan van patiënten”.² Daarnaast lijkt het een illustratie van de gedachte dat patiënten meer op korte termijn denken (per klachtepisode) en huisartsen meer op langere termijn (continuïteit, levensloop).

Keuze. De al dan niet vrijwillige keuze tussen huisarts en assistent kon voor 30 procent van de patiënten een probleem zijn, en voor nog eens 40 procent was dat min of meer het geval.

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan zelf te willen uitmaken door wie men behandeld wordt; dit kan ook bijna overal. Wel is het de vraag of men het dan ook doet, want minder dan de helft van de patiënten vond het vervelend als zij niet tevoren wisten door wie zij behandeld zouden worden.

Een keuze voor de eigen huisarts wordt vooral gemaakt, omdat men hem kent en vertrouwen in hem heeft en dan vooral bij ernstige, psychische en/of seksuele problemen. Een aantal patiënten gaf aan dat zij voor dezelfde klacht ook geholpen willen worden door dezelfde arts.

De helft van de patiënten ervoer een verschil in behandeling tussen huisarts en assistent. Opvallend hierbij was het grote aantal punten dat genoemd werd in het voordeel van de assistent. Deze besteedt meer aandacht en tijd en behandelt rustiger en minder geroutineerd dan de huisarts. Dat men meer aandacht krijgt, zou wel eens op kunnen wegen tegen de negatieve gevoelens die men heeft over het frequent wisselen van de assistenten of de binding aan de eigen huisarts.

Accepteren tweede arts. Slechts 6 procent van de patiënten accepteert geen tweede arts naast de eigen huisarts; de aanwezigheid van een assistent geeft dus op zich geen problemen. Voor zowel de opleider (als kleine ondernemer) als het Instituut voor Huisartsgeneeskunde (als onderwijsinstelling) is het goed te weten, dat de assistent in deze zin geen onrust veroorzakende factor is.

Overige vragen. Meer dan de helft van de patiënten vond dat er meer tijd aan hun problemen en klachten werd besteed, sinds er assistenten waren. Een grote groep patiënten vond de persoon van de assistent belangrijk voor diens acceptatie.

Een minderheid van de patiënten sprak een voorkeur uit voor een arts van de eigen sekse en voor de meerderheid van hen speelde de leeftijd van een arts geen rol.

Op grond van deze resultaten is de conclusie gerechtvaardigd dat het met de onrustgevoelens in de opleiderspraktijk erg meevalt. Slechts twee onrustbronnen werden door veel patiënten vermeld: het frequent wisselen van assis-

tenten en het zelf niet kunnen uitmaken door wie men behandeld wordt.

Vervolgens werd bekeken welke categorie patiënten deze aspecten van onrust, voor zover die er zijn, aangaf.

- Vrouwen bleken kritischer te zijn ten aanzien van assistenten dan mannen. Mannen lijken onverschilliger over de praktijkvoering van hun huisarts, wellicht ook omdat zij er minder komen. Vrouwen komen vaker en kunnen in deze setting vermoedelijk beter voor zichzelf opkomen.

- Oudere patiënten accepteren een assistent minder makkelijk dan jongeren. De grens oud-jong ligt daarbij echter vrij laag: bij 40 jaar.

- De tijd dat men patiënt was bij de opleider en het aantal malen dat men in het voorafgaande jaar het spreekuur had bezocht, waren gegevens die geen duidelijke verbanden opleverden met de gestelde vragen. Eventuele verschillen tussen „grootverbruikers” en „kleinverbruikers” konden dus niet vastgesteld worden.

- Patiënten die een aantal malen ervaring hadden met assistenten, maken een groot deel uit van diegenen die een assistent ten volle accepteren en geen problemen hebben met het kiezen tussen hun huisarts en een assistent. Mensen met weinig ervaring zullen derhalve eerder onrust voelen over de aanwezigheid van een assistent en kiezen er waarschijnlijk ook daarom steeds voor door hun eigen huisarts behandeld te worden; deze laatste groep bestond uit 20 procent van de patiënten.

- Patiënten die particulier verzekerd zijn, kunnen gezien worden als de groep met de sterkste onrustgevoelens over de aanwezigheid van een assistent. Zij zijn vermoedelijk mondiger dan ziekenfonds-verzekerden; zij zijn veeleisender omdat zij hun spreekuurbezoek meestal zelf betalen en omdat zij hun huisarts bewuster gekozen hebben. Mogelijk is hun onvrede echter ook maatschappelijk bepaald: zij „mogen” niet tevreden zijn met de aanwezigheid van een assistent, omdat van hen verwacht wordt dat zij dat niet zijn. Maar zelfs met deze relativering is het verschil tussen particulier verzekerden en anderen bij de beantwoording van de vragen wel erg groot.

Een categorie patiënten waar onrustgevoelens over de aanwezigheid van een assistent sterker leven, zou dus kunnen bestaan uit vrouwen, ouder dan 40 jaar, die weinig of geen ervaring met assistenten hebben (die dus uitsluitend door

hun eigen huisarts behandeld worden) en die particulier verzekerd zijn. In eerder onderzoek werd signaleerd dat assistenten relatief weinig vrouwen en particuliere patiënten zien.⁹ Dit resultaat wordt door onze gegevens ondersteund, vanuit een andere invalshoek. De resultaten van dit onderzoek wijken in essentie niet af van de resultaten uit de geciteerde onderzoeken, die verkregen werden uit wachtkameronderzoek.¹⁻³ In dit geval maakt het blijkbaar niet veel uit *hoe* iets onderzocht wordt.

De gegevens die bij de patiënten werden verzameld, werden vergeleken met de verwachting die de zes opleiders (en twee associés) uitspraken over de antwoorden van de „doorsnee-patiënt”. De vergelijking is, gezien het kleine aantal, een hachelijke onderneming. De nu volgende opmerkingen worden dan ook met voorzichtigheid gemaakt.

De opleiders verwachtten meer persoonlijke binding van de patiënten aan henzelf, meer problemen met het kiezen tussen een assistent en henzelf en minder acceptatie van een tweede arts. Getuige de, mede door hen geformuleerde probleemstelling, verwachtten de opleiders ook dat er meer onrustgevoelens over de praktijkvoering onder hun patiënten zouden leven. De resultaten van dit onderzoek zijn in die zin vrij geruststellend, al wordt hier en daar wellicht het zelfbeeld dat men heeft als unieke, vaste begeleider van een patiënt, geschokt.

Mensen zijn in toenemende mate afhankelijk van verzorging, in dit geval van de gezondheidszorg; zij blijken zich echter niet zozeer afhankelijk te voelen van één huisarts. Een arts-assistent maakt daardoor ook minder inbreuk op de praktijkvoering en op de tevredenheid over de hulpverlening, dan men geneigd is te denken. Een grote groep patiënten ziet zelfs voordelen in diens aanwezigheid of is hierin niet werkelijk geïnteresseerd.

Een beslissing om al dan niet een volgende assistent in de praktijk te nemen, of al dan niet tussen verschillende assistenten te pauzeren, moet daarom genomen worden door degene die zo'n beslissing ook hoort te nemen: de huisartsopleider zelf. Blijkens de resultaten van dit onderzoek kan een opleider zich bij zo'n beslissing maar beroepen op een klein gedeelte van de patiënten.

De afdeling beroepsopleiding van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam bespreekt de resultaten dan ook op deze wijze met de regiogroep en houdt ze

voor aan huisartsen die voor de opleiding geworven worden.

Samenvatting. Door middel van een enquête werd onderzocht, hoe patiënten reageren op de aanwezigheid van een arts-assistent in de praktijk en vooral op de aanwezigheid aanleiding geeft tot onrustgevoelens. In totaal 709 patiënten vullen de vragenlijst in. Een grote meerderheid zei een arts-assistent in de praktijk te accepteren. Een wat kleinere meerderheid vond bovendien dat de aanwezigheid van de arts-assistent geen inbreuk maakte op de persoonlijke band met de huisarts. Kiezen of moeten kiezen tussen huisarts en arts-assistent leverde voor een derde van de patiënten problemen op. Onrust was er onder de patiënten in verband met het frequent wisselen van assistenten en het zelf kunnen kiezen tussen de huisarts en de assistent. Vrouwen, ouderen, patiënten met weinig ervaring met assistenten, en vooral particulier verzekerden bleken meer problemen te hebben met de aanwezigheid van een arts-assistent dan anderen.

Summary. How do patients react to a trainee assistant in a practice?

A questionnaire was used to determine how patients react to the presence of a trainee assistant in a practice, and whether this presence causes unrest. The majority of the 709 respondents stated that they accepted a trainee assistant. A slightly smaller majority stated in addition that his (her) presence did not affect their personal relationship with the general practitioner. One-third of the respondents found it difficult to choose or having to choose between the doctor and the assistant. This choice, and the high turnover of assistants, caused some unrest among the patients. Women, the aged, those not familiar with the presence of an assistant, and especially privately insured patients, had more problems in this respect than others.

¹ Allen H, Bahrami J. Patients' attitudes towards trainees. J Roy Coll Gen Pract 1981; 31: 680-2.

² Bakker H. Een arts-assistent in de praktijk. Hoe denken de patiënten erover? Nuhier 1980; 2 (nr 4): 50-4.

³ Bergsma I. Enkele opmerkingen over huisartsenopleiding. Amice Collega 1976; 1 (nr 2): 9-10.

⁴ Amstel R van. Postenquête of bezoekenquête? Tijd Soc Geneesk 1981; 59: 164-9.

⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistical yearbook of the Netherlands. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1981.

⁶ LISZ-jaarboek 1979. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1980.

⁷ Ven WPMM van de, Nauta FA, Vliet RCJA van, Rutten FFH. Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Gezondheid en Samenleving 1980; 1: 224-54.

⁸ Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1967.

⁹ Lamberts H, Ouwehand G. Een arts-assistent in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 4-10.

Hippocrates-medaille voor Chris Bruins

Tijdens het dertigste SIMG-congres in Klagenfurt in september 1982 heeft Chris Bruins de Hippocrates-medaille ontvangen.

De Hippocrates-medaille wordt jaarlijks uitgereikt aan iemand die zich zeer verdienstelijk heeft gemaakt voor de huisartsgeneeskunde in Europa. Chris Bruins maakte jaren lang deel uit van het SIMG-bestuur. Sinds jaar en dag streeft hij in woord en daad een nauwere uitwisseling na van ideeën en opvattingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde.

Tot de eerder met de Hippocrates-medaille onderscheidenen behoren Prof. Dr. F. J. A. Huygen en Dr. J. C. van Es.

Na afloop van de plechtigheid werd de gelauwerde toegezongen door een gelegenheidskoor van Nederlandse congresanten.



Mariëtte Moors zingt de gelauwerde toe...

Universitaire huisartseninstituten

Huisartseninstituut Vrije Universiteit, Combinatiegebouw Uilenstede 108, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam; telefoon 020-5484535.

Hoofd: vacant.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen, Anth. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon 050-116140; telefoon groepspraktijk 050-114718.

Hoofd: Prof. Dr. G. J. Bremer, Lutborgsweg 9c, 9752 VS Haren (Gr), telefoon 050-349773.

Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Faculteitspaviljoen, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden; telefoon 071-148333, toestel 4680.

Hoofd: Prof. Dr. J. D. Mulder, Prins Hendrikweg 6, 2202 EB Noordwijk; telefoon 01719-12230.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Rijksuniversiteit te Utrecht, Mariahoek 5-6, 3511 LD Utrecht; telefoon 030-313802.

Hoofd: vacant.

Rotterdams Universitair Huisartseninstituut, Mathenesserlaan 264, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-633966.

Hoofd: Prof. Dr. H. J. Dokter, Zwanenkade 104, 2925 AT Krimpen aan den IJssel, telefoon 01807-18614.

Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-514411.

Hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Pas-toor van Laakstraat 50, 6663 CB Lent; telefoon 080-224046.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde der Universiteit van Amsterdam, Vondelstraat 35, 1054 GJ Amsterdam; telefoon 020-164722, toestel 151.

Hoofd: Prof. B. S. Polak, Keizersgracht 29, 1015 CD Amsterdam; telefoon 020-237801.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-888618.

Hoofd: Prof. Dr. W. Brouwer, Groene-rein 24, 6267 BM Cadier en Keer; telefoon 04407-1658.