

Hoe kiest de patiënt zijn huisarts?

Een verslag van een wetenschappelijk onderzoek tijdens de beroepsopleiding tot huisarts

M. Th. BREIJER EN PROF. DR. H. LAMBERTS*

In hoeverre laten mensen zich bij de keuze van een nieuwe huisarts leiden door het oordeel van hun burens? Deze vraag lag ten grondslag aan een klein onderzoek in de Rotterdamse wijk Ommoord. In tegenstelling tot de verwachting, bleek het „burenfenomeen” geen opvallende rol te spelen; slechts bij twee van de vijf huisartsen van het gezondheidscentrum kon een dergelijk verband worden vastgesteld, en dan nog in zeer beperkte mate. Daarnaast bleek dat bij de keuze van een nieuwe huisarts in het gezondheidscentrum vooral aspecten als gemak en bereikbaarheid een rol spelen, terwijl opvallend veel patiënten nauwelijks nadere informatie inwinnen.

Inleiding

Het voorliggende onderzoeksverslag is afkomstig uit een opleidingspraktijk waarin gedurende de afgelopen negen jaar door alle arts-assistenten samen met de opleider wetenschappelijk onderzoek is verricht.¹⁻⁶ Uitgangspunt is steeds de opvatting geweest, dat de beroepsopleiding tot huisarts pas als compleet kan worden beschouwd, als de arts-assistent een werkstuk heeft afgeleverd – bij voorkeur een wetenschappelijk onderzoek, gericht op een vraag uit de praktijk. Het is immers een kenmerk van wetenschappelijk denken, dat men zich tijdens het dagelijks werk over iets verbaast en het daar vervolgens niet bij laat: de verbazing wordt omgezet in een vraag, waarvoor men in de beschikbare literatuur een antwoord zoekt. Indien het antwoord uitblijft en de vraag blijft intrigeren, zit er niets anders op dan zelf volgens de regels van de kunst een onderzoek te doen dat een antwoord op de vraag kan opleveren. Het themanummer over wetenschappelijk onderzoek door de huisarts laat zien hoe een en ander in de praktijk tot stand kan komen, en ook welke problemen zich daarbij kunnen voordoen. Het belang

van wetenschappelijk onderzoek door de arts-assistent wordt in het *Ten geleide* met nadruk genoemd.⁷

De vraag die in dit onderzoek aan de orde komt, heeft betrekking op de opvattingen die de huisartsen in het gezondheidscentrum Ommoord hebben over de manier waarop patiënten hun huisarts kiezen (zie ook *kader* p. 340). Zij menen dat patiënten vaak op aanraden van de burens een bepaalde huisarts in het gezondheidscentrum kiezen. Het is hun anekdotische ervaring, dat zij vaak een visite doen bij een patiënt die naast een andere patiënt uit hun praktijk woont. Preciezer gezegd: de huisartsen menen dat hun patiënten niet gelijkmatig – *at random* – over de wijk verdeeld wonen. Vooral in de talrijke flatgebouwen in Ommoord zouden patiënten relatief vaak burens met dezelfde huisarts hebben.

Niemand heeft ooit de moeite genomen om uit te zoeken of dit ook waar is. Eigenlijk vond iedereen het zo vanzelfsprekend, dat onderzoek overbodig leek.

In de literatuur is heel weinig te vinden over de factoren die de keuze van een huisarts beïnvloeden. Het meeste werk is in Groot-Brittannië verricht door Cartwright en medewerkers.⁸⁻¹⁰ Zij bevestigden dat de keuze van een huisarts „op aanbeveling” kan geschieden. De invloed van burens is daarbij niet onderzocht.

In ons land heeft Persoon onderzoek

gedaan naar de normatieve verwachtingen en het feitelijk gedrag van patiënten en huisartsen.¹¹ Ten aanzien van de keuze van de huisarts bleek 70 procent van de ondervraagden te vinden, dat zij zich vooraf met name over het optreden van de huisarts dienden te informeren. De medisch-technische vaardigheden van de nieuwe huisarts zijn voor een meerderheid van de patiënten van weinig belang.

Mulder e.a. deden een onderzoek met behulp van een enquête onder de bewoners van een nieuwbouwwijk van de stad Groningen. Patiënten die overleg pleegden over de keuze van de huisarts, deden dit vooral met familieleden.¹²

Zowel in Groot-Brittannië als in ons land komt de geografische afstand tussen huis en praktijk als een belangrijke factor naar voren: de dichtstbijzijnde huisarts heeft op voorhand een streepje voor.

In 1974 is uitvoerig onderzoek gedaan bij de patiënten in de gezondheidscentra in Ommoord en Hoensbroek. Ook hier bleef de burenkwestie buiten beschouwing. Wel bleek dat, naast eigen ervaringen, vooral informatie uit regionale en lokale bladen van belang is.¹³

De literatuur gaf geen uitsluitsel over de vraag of patiënten bij de keuze van hun huisarts het oordeel van hun burens laten meewegen. Daarom lag een eigen onderzoek voor de hand.

De vraagstelling is tweeledig:

1. Blijkt uit een analyse van het geautomatiseerde adressenbestand, dat in een aantal flatgebouwen in Ommoord de patiënten van huisartsen in het gezondheidscentrum in feite vaker burens hebben die ook patiënt zijn, dan op basis van het toeval verwacht mag worden?
2. Wat doet nieuwe patiënten besluiten een huisarts in een gezondheidscentrum te kiezen?

Methode

Het onderzoek is beperkt tot de bewoners van zestien flatgebouwen:

- twaalf ERA-flats, elk met veertien verdiepingen en 168 woningen;
- vier knikflats, elk met acht verdiepingen en 176 woningen.

Beide typen flatgebouw hebben een centraal trappenhuis met liften. In de ERA-flats bevinden zich links en rechts van het trappenhuis zes woningen, in de knikflats zijn dat er elf. De zestien flatgebouwen tellen samen 2720 woningen, dat is 23 procent van alle woningen in Ommoord.

* De eerste auteur was destijds arts-assistent in opleiding tot huisarts in het Gezondheidscentrum Ommoord; de tweede auteur was huisarts in het Gezondheidscentrum Ommoord en is thans hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

Figuur. Schema van een ERA-flat, met daarin de patiënten van de huisartsen A, C, G, H en J. Twee- en drietallen berekend voor de groepspraktijk als geheel.

		J	C			Lift en trappenhuis		G		G	C	G	
		H			C			G		C			J
		G						A	C				
C	H	G	G	H	G				J	G			
A		A	A	H	G			A					
	H		A						A		A		
	C	G								A	A	A	
A		C	A	G	C			G	G	G	J		G
A		C	A						J	C	J		
	G								G		G		
H	A		G	G				G			G		J
A		C										H	
		A			C			G	J		J		H
A		J	G	G	A			C	A			J	A

Links: 84 woningen met 42 patiëntgezinnen

Aantal tweetallen: 19

Aantal drietallen: 10

Rechts: 84 woningen met 38 patiëntgezinnen

Aantal tweetallen: 14

Aantal drietallen: 5

In een schema van elk flatgebouw is ingetekend, waar patiënten van de vijf huisartsen van het gezondheidscentrum wonen. Vervolgens is voor elke flatheft het aantal naast elkaar wonende patiëntgezinnen geteld. De *figuur* illustreert deze werkwijze voor een bepaalde ERA-flat: we zien dat er links 42 patiëntgezinnen wonen en rechts 38, en tevens dat er respectievelijk 19 en 14 tweetallen en 10 en 5 drietallen voor de groepspraktijk als geheel zijn.

Het probleem was nu om een eenvoudige formule te vinden, waarmee voor elk aantal patiënten per flatheft geschat zou kunnen worden, hoe groot de kans

is dat een patiënt burens heeft met dezelfde huisarts. Het is in dit geval immers heel anders dan met een roulette, waarbij de uitkomst elke keer onafhankelijk is van eerdere uitkomsten: met elke woning die door een patiënt wordt bezet, groeit de kans dat er ook een patiënt in de ernaast gelegen woning komt wonen.

Voor één patiënt kan men de kans om naast een andere patiënt van de groepspraktijk te wonen, stellen op:

$$n \times \frac{5}{6} \times \frac{n-1}{84-1}$$

Daarbij is uitgegaan van een flatheft

van 84 woningen en zes woningen per verdieping; n staat voor het totaal aantal patiëntgezinnen in de betreffende flatheft.

Als we de kans om naast een andere patiënt van de groepspraktijk te wonen, nu willen berekenen voor n patiënten, wordt de formule:

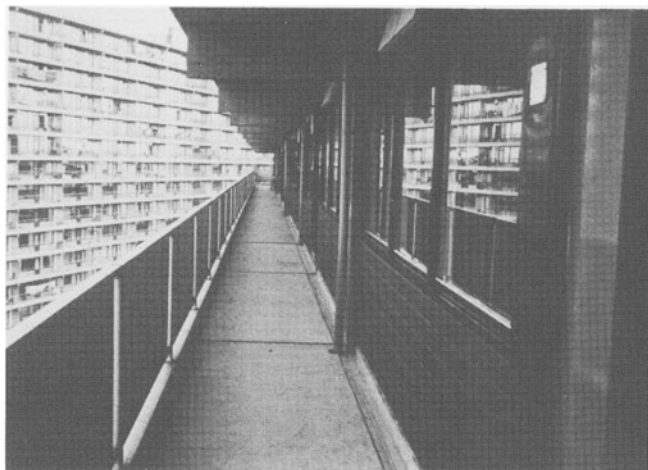
$$n \times \frac{5}{6} \times \frac{n-1}{84-1}$$

Dezelfde redenering levert voor drietallen de volgende formule op:

$$n \times \frac{4}{6} \times \frac{n-1}{84-1} \times \frac{n-2}{84-2}$$

Voor de knikflats geldt m.m. hetzelfde: $\frac{1}{6}$ moet vervangen worden door $\frac{1}{11}$, $\frac{5}{6}$ door $\frac{1}{11}$ en 84 door 88.

Deze formules zijn alleen exact voor de grenswaarden 0, 1 en 84 (respectievelijk 88); voor de overige waarden van n leveren zij niet meer dan een benadering op. In overleg met medewerkers van de afdeling Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit te Leiden is geprobeerd te berekenen, hoe ver de schattingen met onze simpele formule kunnen afwijken van de werkelijke waarden. Daarbij is gebruik gemaakt van een computersimulatie: de Monte Carlo-procedure. Bij deze simulatie zijn verschillende aantallen gezinnen (verschillende waarden voor n) 1000 maal door het toeval over een flatheft verdeeld; vervolgens is steeds het aantal tweetallen en drietallen berekend en vergeleken met de aantallen die de bovenstaande formules opleverden. Het bleek dat de uitkomsten van de simulatie prima overeenstemden met de uitkomsten van de – op voorhand als te simpel beschouwde – formule (tabel 1). Het aardige van deze gang van zaken was, dat de arts-assistent aan den lijve kon ervaren hoe lastig het kan zijn om een betrekkelijk simpele vraag te beant-



Tabel 1. Uitkomsten van de Monte Carlo-procedure teneinde de voorspellende waarde van de gebruikte formules te testen.^a

Aantal gezinnen	Tweetalen				Drietallen			
	berekend met formule	verwacht door computer	standaard-deviatie	variantie van het gemiddelde	berekend met formule	verwacht door computer	standaard-deviatie	variantie van het gemiddelde
15	2,11	2,15	1,29	0,041	0,27	0,26	0,56	0,018
20	3,82	3,78	1,61	0,051	0,67	0,65	0,87	0,027
25	6,02	5,99	1,87	0,059	1,35	1,29	1,21	0,038
30	8,74	8,74	2,15	0,068	2,39	2,42	2,01	0,051
35	11,95	12,12	2,21	0,070	3,85	3,97	2,01	0,064
40	15,66	15,73	2,34	0,074	5,81	5,91	2,23	0,071
45	19,88	19,65	2,37	0,075	8,34	8,16	2,55	0,081
50	24,60	24,61	2,50	0,079	11,52	11,55	2,78	0,088
55	29,82	29,80	2,33	0,074	15,42	15,36	3,03	0,096

^a 15-55 gezinnen zijn 1000 maal over een flatheft met 84 woningen verdeeld, waarbij iedere keer het aantal gevormde twee- en drietalen werd geteld.

woorden, en hoe belangrijk samenwerking met vertegenwoordigers van een andere discipline is. Het ontwikkelen van de simpele, benaderende formule was niet erg moeilijk. Het verrichten van de Monte Carlo-procedure gaf het hele probleem een nieuw perspectief.

2. Ter beantwoording van de tweede vraag hebben de assistentes bij honderd opeenvolgende nieuwe inschrijvingen (zowel van flatbewoners als van andere nieuwe patiënten) een vragenlijst ingevuld, samen met een van de gezinsleden; daarbij werd gevraagd naar de reden van inschrijving en naar eventuele bronnen van informatie. Nieuwe patiënten melden zich meestal zelf bij het gezondheidscentrum aan waarbij een nieuwe probleemgeoriënteerde gezinskaart gemaakt wordt. De basisgegevens die daarvoor nodig zijn, worden meestal vóór het eerste consult ingevuld. Wanneer dit om de een of andere reden niet mogelijk is, wordt direct aansluitend op het eerste consult met een van de gezinsleden alsnog de probleemgeoriënteerde gezinskaart klaargemaakt en de vragenlijst ingevuld.

Resultaten

1. In tabel 2 staat het aantal feitelijke tweetallen per huisartsen in alle ERA-flats, en het aantal dat volgens de formule verwacht kon worden. Per huisarts is met behulp van de (Stu-

dent) t-toets beoordeeld of het gevonden verschil significant was, uitgaande van een 5-procentsniveau tweezijdig getoetst: vaker of juist minder vaak naast elkaar dan het toeval doet verwachten. Voor de groepspraktijk als geheel – de vijf huisartsen samen – wordt geen significant verschil gevonden. Dit betekent dat er voor de groepspraktijk als geheel niet aangetoond kon worden dat er patiënten zijn die vaker naast iemand anders wonen die ook patiënt is bij de groepspraktijk, dan op basis van het toeval verwacht mag worden. De patiëntenpopulatie van het gezondheidscentrum woont dus *at random* over de onderzochte flats verdeeld.

Per huisarts zijn de uitkomsten echter anders. Het verwachte aantal tweetallen en het feitelijk aantal tweetallen per flatheft verschilt in enkele gevallen significant van wat zich feitelijk voordoet (tabel 2). Het blijkt dat de huisartsen C en J significant vaker patiënten hebben die naast iemand wonen die ook patiënt bij hen is, dan op basis van toeval verwacht mag worden. De verschillen zijn echter beperkt.

Samenvattend blijkt, dat patiënten van het gezondheidscentrum als geheel niet vaker burens hebben die ook patiënt in het gezondheidscentrum zijn dan op basis van het toeval verwacht mag worden. Voor twee van de vijf huisartsen apart is er wel sprake van een „burenfenomeen”, zij het van geringe omvang.

2. In de periode van 18 augustus tot 17 november 1983 zijn 100 formulieren volledig ingevuld. Geen van de patiënten heeft medewerking geweigerd of bezwaren gemaakt. Korthedshalve worden alleen de belangrijkste uitkomsten hier weergegeven; een volledig onderzoekverslag is bij de auteurs verkrijgbaar.

Bijna de helft van de nieuw ingeschreven gezinnen zijn tweepersoonshuishoudens. Dit komt overeen met het migratiebeeld in Ommoord: er is een grote instroom van jonge gezinnen. In tabel 3 is de verdeling van de nieuwe patiënten over de vijf huisartsen weergegeven; tevens is vermeld hoe vaak mensen voor die bepaalde huisarts ook een voorkeur hadden. Huisarts A neemt hierbij een aparte positie in: zijn praktijk was op dat moment de kleinste en mensen zonder bijzondere voorkeur werden bij hem ingeschreven. De – vrouwelijke – huisarts J krijgt de meeste patiënten met voorkeur. Dit klopt met de uitkomsten uit het eerste deelonderzoek: vooral in de praktijk van huisarts J komt een groter aantal tweetallen voor dan volgens het toeval verwacht mag worden.

Bij navragen blijkt dat 80 procent van de nieuwe patiënten een nieuwe huisarts kiest, omdat men naar Ommoord verhuist. Bij de overwegingen om een huisarts in het gezondheidscentrum te nemen, geeft 54 procent aan dat de

Tabel 2. Aantal tweetallen per huisarts.

Huisarts	Aantal patiëntgezinnen	Tweetalen		t-waarde
		feitelijk	verwacht	
A	149	10	9,12	0,31
C	169	18	11,74	2,22
G	178	15	13,03	0,70
H	177	18	12,88	1,82
J	151	18	9,37	3,06

Tabel 3. De verdeling van de nieuwe patiëntgezinnen over de artsen.

Huisarts	Per arts	Percentage voorkeur
A	38	7,9
C	10	80,0
G	17	41,2
H	8	75,0
J	27	66,7

De praktijkpopulatie

De vijf huisartsen – vier mannen en één vrouw – verzorgden op 1 januari 1983 samen 10.738 patiënten. Meestal zijn er twee arts-assistenten in opleiding.

Het praktijkgebied is beperkt tot de wijk Ommoord waar op 1 januari 1983 29.289 mensen woonden.¹⁴ Er is veel dure hoogbouw in de wijk – tot 20 verdiepingen toe – en er is veel migratie. Tevens is er een tiental verpleeg- en verzorgingstehuizen in de wijk. De bewoners ervan worden door vaste huisartsen verzorgd, waarbij de huisartsen van het gezondheidscentrum niet betrokken zijn.

De praktijkpopulatie is vergeleken met de totale wijkpopulatie en blijkt daarvan een goede afspiegeling te vormen met uitzondering van de bejaarden, die in de genoemde verpleeg- en verzorgingstehuizen verblijven. Er is geen aanwijzing dat de leeftijd en de gezinsstructuur een rol spelen bij het al dan niet bij het gezondheidscentrum ingeschreven staan.

afstand van de woning tot de praktijk belangrijk is; 42 procent van de mensen heeft voorkeur voor een bepaalde huisarts. Iets minder dan een derde van de nieuwe patiënten vindt de manier van werken in het gezondheidscentrum een belangrijke overweging. Vijftien procent geeft andere redenen op, zoals eerdere ervaringen met deze huisarts, of een voorkeur voor een vrouwelijke huisarts (huisarts J).

De hoeveelheid ingewonnen informatie is beperkt. Een derde van de respondenten heeft geen enkele informatie gekregen of gevraagd. Voor degenen die wel informatie vragen, spelen familie, vrienden en kennissen een rol. De burens worden in 7 procent van de gevallen genoemd. Een kwart van de nieuwe patiënten weet van ten minste één van de burens welke huisarts zij hebben, waarbij het in 14 procent van de gevallen gaat om een huisarts in het gezondheidscentrum; in twee gevallen bleek dit overigens niet te kloppen. In vier gevallen bleek dat men naast een in het gezondheidscentrum ingeschreven patiënt woonde, zonder het te weten. In ieder geval wonen de nieuwkomers niet significant vaker naast een buurman die ook patiënt in het gezondheidscentrum is.

De vorige bewoner van het huis heeft nooit informatie gegeven. De vorige huisarts adviseert 5 procent van de mensen en het ziekenfonds 6 procent om een

bepaalde huisarts of het gezondheidscentrum als zodanig te kiezen.

Beschouwing

De arts-assistent kan, wanneer hij daarvoor gemotiveerd is – en dat geldt natuurlijk ook voor zijn opleider – tijdens zijn opleiding heel goed een kwantificerend wetenschappelijk onderzoek verrichten. Dat is niet alleen voor hem zelf van belang, maar ook voor de kennis die de huisartsen als beroepsgroep over hun eigen referentiekader verzamelen.

De belangrijkste uitkomst uit dit onderzoek is, dat het vooropgezette idee van huisartsen dat hun patiënten niet *at random* over de wijk verdeeld wonen, maar zeer ten dele blijkt te kloppen. Voor de patiënten van de groepspraktijk als geheel geldt dat er geen burenfenomeen kon worden aangetoond. Wanneer men de praktijkpopulaties van de vijf huisartsen bekijkt, blijkt dat zich bij twee van hen wél een burenfenomeen voordoet. De omvang daarvan is echter beperkt.

De redenen die honderd nieuw ingeschreven gezinnen voor hun keuze van het gezondheidscentrum of van een bepaalde huisarts opgeven, zijn interessant. Veel mensen informeerden zich niet of nauwelijks. De afstand tot de praktijk is erg belangrijk, terwijl ook het feit dat het om een gezondheidscentrum gaat, invloed heeft. De vrouwelij-

ke huisarts – bij wie het burenfenomeen ook het sterkst is – blijkt degene te zijn voor wie relatief veel mensen een voorkeur uitspreken. Gemak, bereikbaarheid en in sommige gevallen een duidelijke doordachte keuze blijken kortom bij de keuze van een nieuwe huisarts een rol te spelen.^{15 16}

¹ Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag – een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 321-33.

² Lamberts H, Sloot E. Multidisciplinaire problemenclassificatie. Wie heeft het probleem, de patiënt of de hulpverlener? Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 53-9.

³ Rop HJ, Lamberts H, van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 306-12.

⁴ Lamberts H, Ouweland G. Een arts-assistent in een huisartspraktijk. Het werk en de plaats van de arts-assistent in opleiding gekwantificeerd. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 4-11.

⁵ Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk I en II. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42 en 376-93.

⁶ Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen Ned Tijdschr Geneesk 1984; 127: 598-602.

⁷ Wetenschappelijk onderzoek [Thema-nummer]. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 42-72.

⁸ Cartwright A, Gray PG. Choosing and changing practice. Lancet 1953; 11: 1308-9.

⁹ Cartwright A, Anderson R. Patients and their doctors. 1977, Occasional Paper 8. JR Coll Gen Pract 1979.

¹⁰ Cartwright A, Anderson R. General practice revisited. London; Tavistock, 1981.

¹¹ Persoon JMG. Veranderingen in de patiënt-huisarts relatie Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1975.

¹² Mulder HC, Tijnstra Th, Weeder WE. Het kiezen van een huisarts. Een onderzoek naar de keuze van een huisarts door de bewoners van een nieuwe stadswijk in Groningen. Med Contact 1976; 31: 37-9.

¹³ ITOBA. Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra. Den Haag: Praeventiefonds, 1976.

¹⁴ Anoniem. Demografische gegevens uitgave 1983. Rotterdam: Gemeentelijk Bureau voor onderzoek en statistiek, 1983.

¹⁵ Anonymous. Patients' view of general practice [editorial]. JR Coll Gen Pract 1983; 33: 5-7.

¹⁶ Kelly JM. Sex preference in patient selection of a family physician. J Fam Pract 1980; 11: 427-30.