J. W. J. VAN DER GULDEN EN Th. B. VOORN*

Het Nijmeegse co-assistentenschap huisartsgeneeskunde nader bekeken

In 1984 is het Nijmeegse co-assistenschap huisartsgeneeskunde geëvalueerd met behulp van een vragenlijst die is voorgelegd aan ruim honderd studenten die dit co-assistentschap kort tevoren hadden gevolgd. Hoewel de uitkomst als geheel niet tegenvalt, levert deze evaluatie ook een aantal tekortkomingen op: de co-assistenten hebben te weinig zelfstandige patiëntencontacten, verschillende klachten en symptomen worden niet voldoende gezien, de begeleiding door de huisarts-docent schiet op sommige punten te kort en er zijn te weinig contacten met andere hulpverleners. In een bijlage worden concrete suggesties gedaan om de kwaliteit van het co-schap huisartsgeneeskunde op deze punten te verbeteren.

Inleiding

De Nijmeegse medische opleiding kent een co-assistentschap huisartsgeneeskunde, kort voor het artsexamen. Dit co-schap bestaat uit vier weken stage in een huisartspraktijk en twee terugkomdagen op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

In 1984 is dit co-assistentschap huisartsgeneeskunde geëvalueerd, waarbij het vooral ging om de vraag of de co-assistenten voldoende in aanraking komen met de verschillende leersituaties die in het kader van de opleiding tot basisarts noodzakelijk worden geacht. De uitkomsten van deze evaluatie worden in dit artikel kort besproken; een meer gedetailleerde presentatie is te vinden in het rapport *Een evaluatie van het co-assistentschap huisartsgeneeskunde*, waarin ook de gebruikte vragenlijst is opgenomen.**

* J. W. J. van der Gulden, destijds arts-medewerker Projectgroep Praktisch Klinisch Onderwijs van de Subfaculteit der Geneeskunde van de Katholieke Universiteit Nijmegen; Th. B. Voorn, huisarts, staflid Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

** Het rapport kan worden aangevraagd bij het secretariaat Onderwijszaken, Subfaculteit Geneeskunde, Johannes Wierlaan 3, 6500 HB Nijmegen; telefoon 080-515341.

Methoden

Voor de evaluatie van het co-assistentschap huisartsgeneeskunde is een vragenlijst ontwikkeld, bestaande uit een dertigtal algemene vragen en een checklist van veel voorkomende klachten, aandoeningen en symptomen.

De algemene vragen, die bedoeld zijn om de belangrijkste aspecten van het co-schap in kaart te brengen, hebben vooral een feitelijk karakter, bijvoorbeeld: 'Was u in de gelegenheid tot het zelfstandig afleggen van visites?' (antwoordalternatieven: ja/nee). In voorkomende gevallen werd bovendien een oordeel gevraagd over het leereffect van de betreffende activiteiten (antwoordalternatieven: veel/voldoende/weinig tot niets van geleerd).

De checklist is inhoudelijk gebaseerd op de medisch-technische protocollen uit *Huisarts en toetsing*, terwijl de vormgeving is ontleend aan de Amsterdamse checklist *Ziektebeelden en syndromen in de huisartspaktijk*.[1 2] Bij de vragen over deze onderwerpen waren er drie antwoordcategorieën: niet gezien/zelfstandig onderzocht/door de huisarts gedemonstreerd.

Deze vragenlijst is in de tweede helft van 1984 voorgelegd aan 108 co-assistenten, die deelnamen aan de (verplichte) tweede terugkomdag tijdens het co-schap huisartsgeneeskunde.

Bij de statistische verwerking van de uitkomsten zijn de verbanden tussen nominale variabelen (zoals de mate van zelfstandig handelen en het geslacht van de co-assistent) onderzocht met de chi-kwadraat toets. Voor het toetsen van het verschil tussen gemiddelden (bijvoorbeeld de gemiddelde werkdag of de gemiddelde score op de klachten- en symptomenlijst) is gebruik gemaakt van een T-test, als de data normaal verdeeld waren, en van de Mann-Whitney-test, als dat niet het geval was.

Resultaten

Algemeen

Bijna alle co-assistenten vulden de vragenlijst in: 70 mannen en 34 vrouwen (samen 96 procent). Van deze 104 respondenten volgden 65 hun co-assistentschap in een solo-praktijk en 39 in een geassocieerde praktijk of in een gezondheidscentrum; 23 van deze laatsten hadden een vaste opleider.

Dertig procent van de respondenten wilde huisarts worden, 42 procent had een andere voorkeur en 28 procent wist het nog niet.

De gemiddelde werkdag duurde volgens de co-assistenten iets meer dan 8 uur (SD 1,4). Het grootste deel van de tijd werd besteed aan spreekuren (63 procent; SD 12) en visites (25 procent; SD 12). De resterende tijd werd in ongeveer gelijke mate gebruikt voor contacten met andere hulpverleners, het bezoeken van patiënten die in een ziekenhuis waren opgenomen en aan 'andere activiteiten'.

Patiëntencontacten

Drieënveertig procent van de studenten zegt bij het spreekuur 'voornamelijk passief aanwezig' te zijn geweest; bij de visites gold dat zelfs voor 68 procent. Toch vond bijna iedereen dat hij 'voldoende' of 'veel' had geleerd van het bijwonen van spreekuren en het meerijden met visites.

Het aantal zelfstandig verrichte spreekuurconsulten bedroeg gemiddeld 23. De spreiding in dit aantal is enorm (SD 26): 22 procent van de respondenten deed in het geheel geen zelfstandige consulten, terwijl 18 procent er 50 of meer deed; een deel deed er zelfs meer dan 100. Het aantal zelfstandig afgelegde visites bedroeg gemiddeld 2 (SD 4). Dit gemiddelde wordt sterk beïnvloed doordat 63 procent geen enkele zelfstandige visite had afgelegd. De overige 37 procent had gemiddeld 5 visites afgelegd.

De respondenten die zelfstandige patiëntencontacten hadden gehad, oordelen voor het merendeel positief over het leereffect hiervan. Van deze respondenten zegt 39 procent, dat er na het contact 'altijd' een verificatie plaatsvond (dit wordt gewenst geacht), 61 procent zegt dat dit 'soms' gebeurde.

Op de vraag of de gelegenheid bestond tot het vervolgen van het ziektebeloop van patiënten antwoordt 38 procent van de respondenten 'een enkele keer', 56 procent 'meestal' en 6 procent 'altijd'.

Door 11 procent van de respondenten is deelgenomen aan avonddiensten. Zij

deden gemiddeld 3,4 maal mee (SD 3,3). Door 18 procent is deelgenomen aan de weekenddienst, gemiddeld 1,1 maal (SD 0,6).

Zesenvijftig procent van de respondenten had meegemaakt dat de huisarts-docent hulp verleende in acute situaties, bijvoorbeeld bij een ongeval of bij een hartinfarct. Gemiddeld genomen maakte men één of twee acute situaties mee (SD 1,8), voornamelijk (dreigend) hartinfarct (20 procent van de genoemde situaties), (verkeers)ongevallen (17 procent), (snij)wonden van verschillende ernst (15 procent), CVA/TIA (9 procent), flauwvallen (4 procent) en sterk ontregelde diabetes/hypoglykemisch coma (4 procent).

Klachten en symptomen

Van de 28 items uit de checklist zijn er maar 7 waarmee alle co-assistenten geconfronteerd zijn (*tabel 1*). Het percentage 'niet gezien' is bij de overige items echter niet erg groot, gemiddeld 7 procent. Dat wil zeggen dat de 'gemiddelde' respondent met 26 van de 28 klachten en symptomen uit de lijst is geconfronteerd.

Het percentage 'zelfstandig onderzocht' varieert van 22 procent (adipositas; slapeloosheid) tot 91 procent (oorpijn), gemiddeld 57 procent. Belangrijker dan deze uitkomst lijkt echter de grote spreiding (SD 24): de respondenten met de hoogste score hebben 27 klachten/symptomen 'zelfstandig' gezien; elf respondenten hebben daarentegen nog geen 7 klachten/symtomen 'zelfstandig' gezien (en drie van hen zelfs niet één).

Begeleiding

In 79 procent van de gevallen heeft een kennismakingsgesprek vóór de aanvang van het co-assistentschap plaatsgevonden. Meestal werd daarbij voornamelijk gesproken over praktische zaken,

Tabel 1. *De scores op de checklist 'Veel voorkomende aandoeningen, klachten en symptomen'. Percentages (n = 104).*

Klachten, etc.	'Niet gezien'	'Door huisarts gedemonstreerd'	'Zelfstandig onderzocht'
Pijn op de borst		43	57
Rugpijn		13	87
Schouder/nekpijn		17	83
Hoofdpijn		29	71
Duizeligheid	4	42	54
Oorpijn		9	91
Slechthorendheid	18	38	44
Oogklachten	3	33	64
Visusklachten	20	51	29
Buikpijn		22	78
Diarree	9	45	46
Braken	22	44	34
Misselijkheid	10	45	45
Mictieklachten	10	53	37
Menstruatie-stoornissen	10	61	29
– man[a]	6	70	24
– vrouw[a]	18	44	38
Vaginale klachten	3	53	44
– man[a]	3	63	34
– vrouw[a]	3	33	64
Huidafwijkingen	1	15	84
Adipositas	23	55	22
Kinderziekten	11	33	57
Keelpijn		14	86
Hoesten		13	87
Benauwdheid	2	31	67
Koorts	6	39	55
Moeheid	3	47	50
Slapeloosheid	9	69	22
Hypertensie	1	13	86
Diabetes	22	54	24
Anticonceptie	2	43	55

[a]p <0.01.

Tabel 2. *De mate waarin een aantal aspecten van het arts-patiënt contact aan de orde zijn geweest tijdens de nabesprekingen. Percentages (n = 104).*

Hulpvraag van de patiënt	68
Psychosociale achtergronden	88
Differentiële diagnostiek	46
Te verrichten onderzoeksprogramma	57
Therapeutische mogelijkheden	76
Prognose van de patiënt	47
Zin van een verwijzing	60
Benadering van de patiënt	78
Persoonlijke gevoelens van de co-assistent	84
Vragen op medisch-ethisch terrein	88

Tabel 3. *De mate waarin een aantal aspecten van de begeleiding door de huisarts-docent hebben plaatsgevonden en het oordeel van de betrokken co-assistenten daarover. Percentages.*

Aspecten begeleiding	(A) Percentage co-assistenten (n = 104)	Percentage van A met oordeel (ruim) voldoende
Anamnese-techniek		
– verhelderen van de hulpvraag	69	81
– stellen van open vragen	51	
– aandacht voor zowel somatische, psychische als sociale factoren	91	
Overige aspecten		
– lichamelijk onderzoek	57	93
– oplossen van specifiek huisartsgeneeskundige problemen	92	97
– behandelingswijzen in de huisartspraktijk	91	97

zoals werktijden, en over de eigen wensen en verwachtingen ten aanzien van dit co-schap. Over de doelstellingen van het co-assistentschap en over het gebruik van het werkboek is slechts in een deel van de gevallen gesproken.

Op de vraag of een nabespreking van de spreekuren plaatsvond, antwoordt 77 procent van de respondenten 'altijd' of 'meestal', 22 procent 'een enkele keer' en 1 procent 'nooit'. Op eenzelfde vraag over de nabespreking van visites antwoordt 87 procent 'altijd' of 'meestal', 11 procent 'een enkele keer' en 2 procent 'nooit'.

In een vervolgvraag werd de respondenten een lijstje voorgelegd van aspecten die aandacht verdienen tijdens een nabespreking. Geen van deze aspecten blijkt in voldoende mate aan de orde te zijn gekomen. Met name de differentiële diagnostiek, de prognose en het te verrichten onderzoeksprogramma hebben te weinig aandacht gekregen (*tabel 2*).

In *tabel 3* is weergegeven, in hoeverre de co-assistenten begeleiding hebben gekregen met betrekking tot een aantal belangrijke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen. Niet alle aspecten blijken in voldoende mate aan de orde te zijn gekomen; dit geldt in het bijzonder voor het leren stellen van open vragen en voor het lichamelijk onderzoek. Wanneer begeleiding plaatsvindt, wordt de kwaliteit hiervan door de co-assistenten wel vrijwel steeds '(ruim) voldoende' genoemd.

Met 69 procent van de co-assistenten is gesproken over hun inzicht in de problematiek van de huisartsgeneeskunde, met 54 procent over het beheersen van de anamnese-techniek en het lichamelijk onderzoek, met 56 procent over de manier waarop zij omgaan met patiënten, en met 37 procent over hun omgang met de praktijksassistente, collegialiteit, etc.

Andere onderwijssituaties en terugkomdagen

Uit *tabel 4* blijkt dat geen van de programma-onderdelen die voor dit co-schap van belang worden geacht, door alle respondenten kon worden bijgewoond. Contact met de specialist en met de artsenbezoeker vond het vaakst plaats, overleg met de pastor het minst. De respondenten oordelen het gunstigst over het leereffect van overleg met de plaatselijke huisartsengroep en met andere hulpverleners uit de eerste lijn. Het minst gunstig wordt geoordeeld over het bijwonen van keuringen en het contact met artsenbezoekers.

De terugkomdagen worden als 'zinvol' of zelfs 'zeer zinvol' beschouwd door de grote meerderheid van de respondenten. Acht procent vindt twee terugkomdagen te veel, 83 procent noemt dit aantal goed en 10 procent te weinig. Wat de inhoud van de terugkomdagen betreft, vindt 23 procent dat er te weinig aandacht wordt besteed aan geneeskundige aspecten. Negen procent vindt dat er te weinig tijd is voor gedragswetenschappelijke aspecten, maar 8 procent vindt juist dat hieraan te veel tijd wordt besteed. De meerderheid van de respondenten noemt de hoeveelheid aandacht voor deze twee aspecten 'goed'.

De co-assistenten krijgen een werkboek met een aantal observatie-opdrachten, die kunnen worden uitgevoerd in de eerste helft van de stage in de huisartspraktijk. Deze oefeningen worden besproken op de tweede terugkomdag. Gevraagd is of dit werkboek, een zinvol hulpmiddel is bij het verwerven van inzicht in de huisartsgeneeskunde. Het oordeel is over het algemeen gunstig: slechts 6 procent zegt 'weinig zinvol', de rest 'zinvol' of 'zeer zinvol'.

Volgens eigen opgave studeerde 8 procent van de respondenten niet tijdens dit co-schap. De rest studeerde ten minste één uur per week naar aanleiding van problemen die men in de huisartspraktijk tegenkwam. Gemiddeld werd er ruim vier uur per week (SD 3,5) besteed aan zelfstudie.

Tabel 4. *De mate waarin een aantal programma-onderdelen hebben plaatsgevonden en het oordeel van de betrokken co-assistenten daarover. Percentages.*

Programma-onderdeel	(A) Percentage co-assistenten (n = 104)	Percentage van A met oordeel voldoende
Bijwonen zuigelingenbureau	34	69
Bijwonen van keuringen	71	52
– bij solisten		61[a]
– bij niet-solisten		35[a]
Bezoek van patiënten in het ziekenhuis	67	65
Overlegsituaties:		
met specialist	76	76
met maatschappelijk werkster	44	76
– bij solisten	29[a]	
– bij niet-solisten	69[a]	
met wijkverpleegster	56	71
– bij solisten	48[a]	
– bij niet-solisten	69[a]	
met fysiotherapeut	60	66
– bij solisten		50[a]
– bij niet-solisten		86[a]
met pastor	13	70
met home-team	32	67
– bij solisten	21[a]	
– bij niet-solisten	51[a]	
met huisartsengroep	54	88
met andere eerste lijns hulpverleners	18	90
met apotheker	46	70
met artsenbezoeker	74	50
– bij solisten	83[a]	
– bij niet-solisten	58[a]	

[a] $p<0.01$.

Interne verschillen
Bij twee items in de checklist (*tabel 1*, menstruatiestoornissen en vaginale klachten) is er een significant verschil tussen de mannelijke en de vrouwelijke respondenten; de vrouwen blijken bij deze klachten vaker 'zelfstandig' te hebben gehandeld.

Verschillen tussen solisten en niet-solisten werden gevonden bij de mogelijkheid om deel te nemen aan overlegsituaties met andere hulpverleners (*tabel 4*): de respondenten die het co-schap volgden in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, hadden vaker contact met het maatschappelijk werk, de wijkverpleging en het home-team. Deze respondenten oordelen gunstiger over het leereffect van overleg met de fysiotherapeut. De respondenten die stage liepen in een solo-praktijk, werden vaker geconfronteerd met een artsenbezoeker. Zij oordelen gunstiger over het leereffect van het bijwonen van keuringen.

Tenslotte bleken de respondenten die huisarts wilden worden, significant positiever te oordelen over de terugkomdagen dan de overigen.

Beschouwing

Tegen het enquêteren van studenten ter evaluatie van een co-assistentschap wordt wel als bezwaar aangevoerd, dat het oordeel van de onderwijsgevenden niet of nauwelijks doorklinkt in de verzamelde gegevens. In dit onderzoek is getracht deze eenzijdigheid te vermijden door de verwachtingen en eisen van de opleiders met betrekking tot de inhoud en vorm van het co-assistentschap als items in de vragenlijst op te nemen. De co-assistenten die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben deze verwachtingen getoetst aan hun eigen ervaringen. Evaluatie is in dit onderzoek dus opgevat als de confrontatie van de door het Instituut geformuleerde leerdoelen met de ervaringen van studenten.

Ook wordt wel getwijfeld aan de validiteit en betrouwbaarheid van gegevens die door studenten worden verschaft over de kwaliteit van het ontvangen onderwijs. In een recent overzichtsartikel waarin de literatuur van de laatste jaren is samengevat, wordt echter het oordeel van studenten voldoende valide en betrouwbaar geacht om als uitgangspunt te dienen voor een verbetering (aanpassing) van het geëvalueerde onderwijsprogramma.[4]

Op grond van de verzamelde gegevens is een meer feitelijk en meer gedetailleerd beeld verkregen van dit co-schap. Dit beeld valt als geheel niet tegen. Wel zijn er aspecten die meer aandacht verdienen.

Patiëntencontacten
De co-assistenten besteden hun tijd voornamelijk aan het deelnemen aan spreekuren en visites. Deze deelname heeft nog te vaak een voornamelijk passief karakter. Elke co-assistent dient gedurende de tweede helft van het co-assistentschap de gelegenheid te krijgen tot zelfstandige patiëntencontacten, vanzelfsprekend onder goede supervisie. Dit punt verdient aandacht bij toekomstige visitaties en af te sluiten contracten met huisarts-docenten.

De mogelijkheid tot het meer systematisch vervolgen van het ziektebeloop van patiënten dient te worden verbeterd. De co-assistent moet zoveel mogelijk worden gestimuleerd het beloop van aandoeningen te volgen.

Klachten en symptomen
Wanneer wij ervan uitgaan dat de belangrijk geachte klachten en symptomen op zijn minst door 90 procent van de respondenten moeten worden gezien, blijkt niet aan deze eis te worden voldaan bij slechthorendheid, visusklachten, braken, misselijkheid, mictieklachten, menstruatiestoornissen, adipositas, kinderziekten en de controle van diabetes mellitus. De oorzaken hiervan zijn overigens niet duidelijk.

Een eerste aanzet tot verbetering kan wellicht worden gegeven door de lijst van klachten, aandoeningen en symptomen met de huisarts-docenten door te nemen en hun te vragen er op toe te zien, dat de co-assistent zoveel mogelijk met de genoemde items wordt geconfronteerd. Deze checklist dient ook te worden opgenomen in het werkboek voor de co-assistenten. Een belangrijke verbetering is voorts te verwachten, als het co-assistentschap huisartsgeneeskunde wordt uitgebreid van vier tot zes weken.[4]

Begeleiding
Het voorgesprek tussen docent en co-assistent verdient meer aandacht. Het vindt nog niet altijd plaats en wanneer het plaatsvindt, worden niet alle aspecten die aan de orde dienen te komen, werkelijk besproken. Ook de nabespreking van (zelfstandige) patiëntencontacten verdient meer aandacht, evenals de begeleiding ten aanzien van een aantal belangrijke aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen en het beoordelingsgesprek met de co-assistent.

Om een verbetering van de begeleiding van de co-assistent op de genoemde punten te bereiken, zullen duidelijker afspraken moeten worden gemaakt met de huisarts-docenten. Daarnaast zal moeten worden gezorgd voor een betere begeleiding van deze docenten. Daartoe dienen in de toekomst regelmatig 'docentvaardigheden-trainingen' te worden georganiseerd, waarin aandacht kan worden besteed aan de opzet en doelstellingen van het co-schap, de taakomschrijvingen voor opleider en co-assistent, de manier waarop de co-assistent begeleid en beoordeeld dient te worden, etc. De ervaringen elders met dergelijke trainingen zijn gunstig te noemen.[5]

Andere onderwijssituaties en terugkomdagen
Geen van de programma-onderdelen kon door alle respondenten worden bijgewoond. Vooral in solo-praktijken moet er op worden toegezien dat de co-assistent voldoende contacten heeft met het maatschappelijk werk, de fysiotherapeut, de wijkverpleegkundige en het home-team. Elke co-assistent dient ten minste enkele contacten te hebben met patiënten uit de praktijk, die in het ziekenhuis zijn opgenomen en met de behandelend specialist. Er zullen wegen moeten worden gezocht om dit te realiseren.

De terugkomdagen worden positief beoordeeld. Wat de inhoud betreft wordt er mogelijk iets te weinig aandacht besteed aan de geneeskundige aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen.

Dankbetuiging
Met dank aan de leden van de sectie basisonderwijs van het NUHI en de onderwijsgroep van de Nijmeegse Subfaculteit Geneeskunde.

[1] Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.

[2] Kolthoff-Tan L. De doelmatigheid van het medisch onderwijs op somatisch gebied voor de huisartsgeneeskunde. Deel 1. Ziektebeelden en syndromen. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1979.
[3] De Jeu J. Onderwijsverbetering op basis van studentenoordelen? Universiteit en Hogeschool 1985; 31: 168-81.
[4] Van der Gulden JWJ, Voorn ThB. Een co-assistentschap buiten het ziekenhuis. Med Contact 1985; 40: 750-4.
[5] Bouhuys PA. De ontwikkeling van het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.

Bijlage. Suggesties voor huisartsendocenten bij het co-assistentschap huisartsgeneeskunde

1. Houd altijd een voorgesprek. Besteed daarin aandacht aan praktische regelingen, de doelstellingen van het co-schap, de eigen wensen van de co-assistent en de eventuele opdrachten die de co-assistent dient uit te voeren.
2. Stimuleer het zelfstandig doen van consulten. Verifieer de bevindingen en let daarbij vooral op de anamnesetechniek en de manier waarop het lichamelijk onderzoek wordt verricht.
3. Stimuleer het zelfstandig afleggen van visites.
4. Stimuleer het volgen van ziektebeelden gedurende een bepaalde tijd om inzicht te krijgen in het beloop van aandoeningen.
5. Houd dagelijks een nabespreking, ook wanneer er geen zelfstandige consulten en visites zijn gedaan. Besteed daarbij ook aandacht aan de differentiële diagnostiek, het te verrichten onderzoek en de prognose.
6. Breng de co-assistent – met name ook in solo-praktijken – in contact met andere werkers in de eerste lijn.
7. Stimuleer het contact met patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen en met de behandelend specialisten.
8. Stimuleer zelfstudie naar aanleiding van concrete problemen in uw praktijk met behulp van eigen boeken, tijdschriften en artikelen.
9. Besteed in een beoordelingsgesprek ook aandacht aan de omgang van de co-assistent met uzelf en met de praktijkassistente.
10. Vergroot uw eigen vaardigheden als docent. Doe mee aan 'docentvaardigheden-trainingen' wanneer daartoe de gelegenheid bestaat. Lees af en toe eens een artikel – zoals dit – over medisch onderwijs en over de mogelijkheden om dit onderwijs te verbeteren.

DRS. S. J. M. BELLEMAN*

De contactfrequentie van allochtone patiënten

In hoeverre wordt de 'workload' van de huisarts beïnvloed door een hoog percentage allochtone patiënten? In het kader van deze vraagstelling is bij de tweejaarlijkse telling van het Amsterdamse Peilstation Projekt in 1984 ook gevraagd naar het 'land van herkomst' van de patiënten; daarnaast is een populatie 'at risk' geconstrueerd. In deze bijdrage wordt onderzocht in hoeverre de verzamelde gegevens representatief zijn voor de Amsterdamse bevolking, en wat zij aan informatie verschaffen over de contactfrequentie van de verschillende etnische groepen. Tenslotte wordt aan de hand van drie rekenvoorbeelden een aanzet gegeven tot het bepalen van de consequenties voor de huisarts.

Inleiding

In 1984 is het onderwerp 'contactfrequentie' in het Amsterdamse Peilstation Projekt opgenomen om na te gaan of immigranten vaker of minder vaak contact hebben met hun huisarts. Dit onderwerp speelt een rol in de discussie over de normering van de praktijkgrootte in het kader van het vestigingsbeleid. Als immigranten meer dan autochtonen een beroep doen op de huisarts, zouden zij als bevolkingscategorie bewerkelijker zijn. En als bewerkelijke bevolkingsgroepen sterker vertegenwoordigd zijn in de praktijkpopulatie, is er reden om in die gevallen de normatieve praktijkomvang naar beneden bij te stellen ten einde per saldo een standaard 'workload' te bereiken.

In deze bijdrage wordt in de eerste plaats nagegaan, in hoeverre het Amsterdamse peilstationmateriaal ook ten aanzien van het land van herkomst representatief is voor de Amsterdamse bevolking. Vervolgens wordt onderzocht welke verschillen in contactfrequentie er bestaan tussen de onderscheiden etnische groepen. Tenslotte wordt aan de hand van een drietal modellen geschat welke consequenties deze verschillen hebben voor de workload van de huisarts.

Methoden

Eens per twee jaar vindt een telling plaats van alle patiënten die zijn ingeschreven bij de 30 deelnemende huisartspraktijken. Bij de telling van eind 1983 werd, speciaal voor dit onderwerp, ook gevraagd naar het 'land van herkomst' (gedefinieerd als het geboorteland (bij volwassenen) c.q. het geboorteland van vader en/of moeder (bij kinderen). Er werden vijf mogelijkheden onderscheiden: Nederland, Turkije, Marokko, Suriname/Nederlandse Antillen en overige landen.

In het kader van het Amsterdams Peilstation Projekt wordt slechts één op de vier weken geregistreerd; dat is in totaal 13 weken per jaar. De aldus verzamelde gegevens moeten vervolgens gecorrigeerd worden om een populatie 'at risk' te krijgen. Dat is ook in dit geval gebeurd.

De uitkomsten van beide tellingen zijn vergeleken met de corresponderende gegevens over de totale Amsterdamse bevolking per 1 januari 1984.[1]

Ter berekening van de consequenties voor de workload zijn drie praktijkmodellen geconstrueerd:
- een praktijk zonder buitenlanders;
- een praktijk met dezelfde samenstelling – naar land van herkomst en naar leeftijd en geslacht – als onze populatie at risk;
- een praktijk met 50 procent buitenlanders, waarbij de buitenlanders in dezelfde samenstelling naar leeftijd en geslacht zijn vertegenwoordigd als in onze populatie at risk.

Resultaten

Representativiteit

Uit de *tabellen 1* en *2* blijkt dat de peilstationgegevens een zeer representatief beeld geven van de etnische kaart van Amsterdam. Bovendien is elke afzonderlijke bevolkingsgroep in de po-

* Hoofd Stafbureau Epidemiologie en Documentatie GG & GD Amsterdam, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam. Een wat uitvoeriger versie van deze bijdrage is gepubliceerd in het Jaarverslag 1984 van het Amsterdams Peilstation Projekt.