

- 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-assistentie 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 huisartsen-docenten bij het co-assistentie 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 praktijkassistenten.
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 normale 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.

pulatie at risk naar geslacht en leeftijd representatief voor de corresponderende bevolkingsgroep in de totale Amsterdamse bevolking. Aangezien de contactfrequentie varieert met de leeftijd en het geslacht van de patiënt, is deze representativiteit van groot belang voor de waarde van ons onderzoek.

Contactfrequentie naar herkomst

Uit tabel 3 blijkt dat er duidelijke verschillen in contactfrequentie tussen de bevolkingsgroepen zijn. Deze verschillen kunnen vooral gelokaliseerd worden in de leeftijdsklassen 25-44 jaar en 45-64 jaar. In de leeftijdsklasse 65+ jaar treffen wij (nog) te weinig buitenlanders

Tabel 1. Verdeling naar herkomst en geslacht van de populatie en van de bevolking van Amsterdam per 1 januari 1984. Percentages.

Land van herkomst	Geslacht	Populatie totaal (n=72.135)	Populatie 'at risk' (n=15.723)	Totale bevolking (n=676.524)
Nederland	V	44,6	44,2	42,9
	M	39,4	39,2	38,2
Turkije	V	1,2	1,2	1,1
	M	1,5	1,5	1,3
Marokko	V	1,8	1,8	1,6
	M	2,4	2,5	2,1
Suriname/Antillen	V	2,3	2,5	3,5
	M	2,1	2,3	3,3
Overige landen	V	2,1	2,2	2,6
	M	2,5	2,6	3,3

Tabel 2. Leeftijdverdeling per bevolkingsgroep in de populatie at risk en de bevolking van Amsterdam per 1 januari 1984. Percentages per bevolkingsgroep.

	Leeftijden in jaren					
	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+
<i>Nederlanders</i>						
- populatie at risk	3,1	7,8	14,4	31,7	23,0	20,0
- Amsterdam	3,2	7,3	16,2	31,0	23,0	19,4
<i>Turken</i>						
- populatie at risk	13,6	25,6	18,9	33,2	8,5	0,2
- Amsterdam	14,1	22,5	21,1	31,8	10,1	0,3
<i>Marokkanen</i>						
- populatie at risk	17,9	23,1	16,2	32,8	9,9	0,1
- Amsterdam	18,6	23,5	16,8	32,5	8,4	0,1
<i>Surinamers/Antillianen</i>						
- populatie at risk	9,6	19,2	20,6	38,1	9,1	3,3
- Amsterdam	10,3	18,0	22,1	36,4	10,1	3,1
<i>Overige buitenlanders</i>						
- populatie at risk	7,9	13,4	12,8	49,4	13,2	3,3
- Amsterdam	8,2	10,8	12,4	53,5	12,0	3,1
<i>Totale bevolking</i>						
- populatie at risk	4,6	9,7	14,9	32,9	20,9	17,0
- Amsterdam	4,8	9,2	16,5	32,8	20,6	16,1

aan voor de berekening van voldoende nauwkeurige incidentiecijfers.

Het zijn met name de Turkse stadgenoten die een relatief frequent beroep op de huisarts doen; in de leeftijdsgroep 25-44 jaar is de contactfrequentie van Turkse mannen zelfs meer dan het dubbele van die van Nederlandse mannen. Bij de Marokkanen – de grootste groep mediterrane buitenlanders in Amsterdam – wordt een veel lagere contactfrequentie gevonden; ook bij hen is de leeftijdsgroep 25-44 jaar echter een uitschieter.

Ook in de leeftijdsklassen 45-64 en 65+ jaar vertonen Turken en Marokkanen een hogere contactfrequentie dan Nederlanders. Omdat deze cijfers berekend zijn op een gering aantal personen at risk, achten wij het echter onverstandig daaraan conclusies te verbinden en ze zijn daarom ook niet in de tabel opgenomen.

Surinamers en Antillianen vertonen een patroon dat over de gehele linie (dus in de meeste leeftijdsklassen bij beide geslachten) wijst op een enigszins frequenter contact met de huisarts, vergeleken met de overeenkomstige Nederlandse patiënten.

De groep overige buitenlanders – die een betrekkelijk groot aandeel heeft in de totale populatie buitenlanders in Amsterdam – vertoont in elke leeftijdsgeslachtscategorie een nog frequenter gebruik van de diensten van de huisarts.

Contactfrequentie naar leeftijd en geslacht

De contactfrequentie varieert met de leeftijd en het geslacht: zij neemt toe met de leeftijd, maar is bij de jongste groep (0-4 jaar) het hoogst. Vrouwelijke patiënten hebben in elke leeftijdsklasse hogere contactfrequenties dan mannelijke patiënten. In elke bevolkingsgroep wordt dit verband teruggevonden. Er zijn echter enkele belangrijke uitzonderingen op dit patroon:

1. Turken en Marokkanen vertonen de hoogste frequenties niet in de leeftijdsklasse van 0-4 jaar, maar juist op volwassen leeftijd: 25-44 jaar; dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Ook Surinaamse/Antilliaanse vrouwen laten juist op volwassen leeftijd (25-44 jaar) de hoogste contactfrequenties zien.

2. Marokkaanse meisjes tot 14 jaar hebben niet een duidelijk hogere (zoals bij praktisch alle andere bevolkings-

groepen), maar een gelijke of slechts weinig hogere contactfrequentie dan jongens. Ook in de leeftijdsklasse 15-24 jaar vertonen Marokkaanse vrouwen niet een bijna tweemaal zo hoge contactfrequentie als hun mannelijke leeftijdgenoten; dit geslachtsverschil wordt bijvoorbeeld wel bij Nederlandse 15-24 jarigen en ook bij hun Turkse en Surinaamse/Antilliaanse leeftijdgenoten waargenomen.

Consequentie workload

Uit de rekenvoorbeelden in tabel 4 kan worden afgeleid dat in een praktijk van 2500 zielen waarin de helft van de populatie bestaat uit personen van buitenlandse herkomst (praktijk C), het aantal arts-patiënt contacten per jaar circa 1000 hoger ligt dan in een praktijk zonder buitenlanders (praktijk A). Praktijk B, overeenkomend met de huidige situ-

atie, brengt bij een grootte van 2500 zielen circa 300 arts-patiënt contacten per jaar meer met zich mee dan een (theoretische) praktijk zonder buitenlanders.

Beschouwing

De in het voorafgaande onder 1 vermelde waarneming geeft steun aan de veronderstelling dat bij deze groepen wellicht sprake is van een systematisch ongunstiger gezondheidsconditie (arbeids-situatie, sociaal isolement, woonsituatie). Wat de uitzonderingspositie van Marokkaanse meisjes en jonge vrouwen betreft, valt te denken aan een etnisch-culturele drempel tussen deze (veelal islamitische) patiënten en de meestal mannelijke huisartsen. De vraag of dit verschijnsel ook nadelige gevolgen heeft voor de gezondheidstoestand van

deze vrouwen en meisjes, is in dit bestek niet te beantwoorden. Overigens is over dit onderwerp onlangs een onderzoeksrapport gepubliceerd.²

Tot slot zij opgemerkt dat de hier gehanteerde contactfrequentie per patiënt (c.q. het aantal contacten per praktijk) onvoldoende informatie geeft voor de beoordeling van een eventuele werklustverzwaring in verband met het percentage buitenlanders in de bevolking. Daarvoor is meer informatie nodig, onder andere over morbiditeitsverschillen en de aard van de geboden zorg per contact, de tijdsduur per contact, etc. Een daarop gericht onderzoek zal binnenkort worden afgerond met een publicatie.

¹ Anoniem. De Amsterdammers in zeven bevolkingscategorieën, 1 januari 1984. Amsterdam: Gemeente Amsterdam, afdeling Bestuursinformatie, 1984.

² Van der Most van Spijk M. Gezondheidszorg voor Turkse en Marokkaanse kinderen in Amsterdam: ervaringen van ouders en hulpverleners. Amsterdam: GG & GD, 1985.

Tabel 3. Gemiddeld aantal arts-patiënt contacten per patiënt per patiëntjaar.

Bevolkings-groep	Geslacht	Leeftijd in jaren						Totaal
		0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+	
Nederlanders	V	4,4	1,9	3,7	3,2	3,7	4,7	3,7
	M	3,6	1,5	1,9	1,9	2,9	3,8	2,5
Turken	V	4,0	2,12	5,0	5,2	-	-	4,6
	M	4,9	1,8	3,1	5,0	-	-	4,3
Marokkanen	V	2,5	1,6	3,0	3,8	-	-	3,2
	M	3,3	1,6	2,7	3,6	-	-	3,4
Surinamers/ Antillianen	V	4,5	2,2	4,1	5,1	-	-	4,3
	M	5,1	1,8	2,1	3,3	-	-	3,1
Overige buitenlanders	V	7,2	2,7	5,1	4,5	-	-	4,7
	M	6,2	2,2	4,3	4,0	-	-	3,9
Totaal	V+M	4,2	1,8	2,9	2,9	3,5	4,5	3,2

Tabel 4. Aantal arts-patiënt contacten in drie hypothetische huisartspraktijken.

Bevolkings-groepen	Gemiddeld aantal contacten ^a	Praktijk 1		Praktijk 2		Praktijk 3	
		n	aantal contacten	n	aantal contacten	n	aantal contacten
Nederlanders	3,1	2500	7750	2095	6495	1250	3875
Turken	4,5			70	315	220	990
Marokkanen	3,3			105	347	321	1059
Surinamers/Ant.	3,7			115	426	354	1310
Overige	4,2			115	483	355	1491
Totaal aantal contacten			7750		8660		8725

^a Volgens dit onderzoek.

Nota bene

Bepaalde combinaties van geneesmiddelen kunnen onder andere door metabole interacties een teratogene werking ontplooiën die bij afzonderlijk gebruik van dezelfde middelen niet wordt waargenomen.

Het voorschrijven van combinaties van geneesmiddelen aan zwangeren dient tot het uiterste beperkt te worden.

Het gebruik van het antiepilepticum valproaat/valproïnezuur gedurende de eerste drie zwangerschapsmaanden gaat gepaard met een aanzienlijk verhoogde kans op spina bifida bij het kind, en vormt een indicatie voor het beschikbaar stellen van prenataal onderzoek.

Stellingen bij: Lindhout D. Teratogenese in maternale epilepsie. New aspects of prevention [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1985.