

Etnische herkomst van patiënten en werkbelasting van de huisarts

M.A. BRUIJNZEELS
T. DE HOOP
W. SWART
A.J.J. VOORHAM

Bruijnzeels MA, De Hoop T, Swart W, Voorham AJJ. Etnische herkomst van patiënten en werkbelasting van de huisarts. Huisarts Wet 1999; 42(6):254-8.

Doel- en vraagstelling Kwantificering van de relatie tussen enerzijds de etnische herkomst van patiënten en anderzijds de subjectieve belasting van de huisarts en de consultduur. Wordt deze relatie beïnvloed door ervaren communicatieproblemen, extra behoefte aan voorlichting van de patiënt en de diagnose?

Methoden Twintig huisartsen registreerden gedurende twee weken de volgende gegevens van alle spreekuurcontacten: geboortedatum en etnische herkomst van de patiënt, diagnose(n) van het gepresenteerde probleem, of er sprake was van communicatieproblematiek, extra voorlichtingsbehoefte, ervaren belasting en duur van het consult. Voor de analyse werden multivariate multilevel regressie-analyses uitgevoerd.

Resultaten Bij meer dan de helft van de 2851 consulten was de patiënt van allochtone herkomst. De huisartsen ervoeren in 16 procent van de gevallen veel belasting; het meest frequent bij Turkse en Marokkaanse patiënten (24 en 26 procent). De gemiddelde consultduur was 11 minuten en verschilde niet naar etnische herkomst van de patiënt. De grotere subjectieve belasting van de huisarts in consulten met allochtonen bleek sterk samen te hangen met ervaren communicatieproblemen (OR 4,8) en extra voorlichtingsbehoefte (OR 4,9). De diagnose van het probleem had hier geen invloed op. Tevens duurden de consulten met communicatieproblemen 1,2 keer zo lang en met extra voorlichtingsbehoefte 1,1 keer zo lang als consulten zonder deze kenmerken.

Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o., Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam.
dr. M.A. Bruijnzeels, onderzoeker, tevens Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam; drs. T. de Hoop, interventie-ontwikkelaar; ir. W. Swart, statisticus; drs. A.J.J. Voorham, projectleider.
Correspondentie: A.J.J. Voorham;
e-mail: voorham@ggd.rotterdam.nl.

Inleiding

Huisartsen in achterstandsgebieden krijgen in toenemende mate te maken met allochtone patiënten^{1,2} en deze situatie zou voor hen extra belastend zijn.³⁻⁵ Ook zouden consulten met allochtone patiënten langer duren: door de klachtenpresentatie in combinatie met taalproblemen zou het stellen van een adequate diagnose veel tijd kosten, en het toenemende aantal allochtone ouderen met chronische ziekten zou extra tijd en aandacht van de huisarts vergen.³ Kwantitatief onderzoek op dit gebied ontbreekt echter nagenoeg.⁶

De vraagstelling van dit onderzoek is:

- Is er een relatie tussen de etnische herkomst van de patiënt en de subjectieve belasting per consult en de consultduur?
- Wordt de relatie tussen de etnische herkomst van de patiënt en de subjectieve belasting van de huisarts en de consultduur beïnvloed door ervaren communicatieproblemen, extra voorlichtingsbehoefte van de patiënt en de diagnose van het probleem?

Methode

Het onderzoek vond plaats bij twintig huisartsen, werkzaam in vier gezondheidscentra, twee solopraktijken en twee duopraktijken in achterstandswijken in Rotterdam. Deze huisartsen registreerden in 1996 gedurende twee weken alle reguliere spreekuurcontacten. Op een speciaal daartoe ontworpen consultregistratieformulier werden de volgende gegevens vastgelegd: geboortedatum, etnische herkomst van de patiënt (Nederlands, Turks, Marokkaans, Chinees of overig), diagnose(n) van het gepresenteerde probleem (in eigen woorden) en eindtijd van het consult. Tevens registreerde de huisarts of er sprake was van communicatieproblematiek (ja/nee), extra voorlichtingsbehoefte (ja/nee), en hoe groot de ervaren belasting van het probleem was (veel/weinig). De diagnoses werden achteraf centraal gecodeerd volgens de ICPC.⁷ De consultduur in minuten werd bepaald door het verschil

van twee opeenvolgende eindtijden te berekenen, waarbij rekening werd gehouden met langere onderbrekingen tijdens het consult.

De bivariate relaties tussen enerzijds etnische herkomst van de patiënt en de ervaren communicatieproblematiek, ervaren voorlichtingsbehoefte en de diagnose van het probleem en anderzijds de ervaren belasting en consultduur werden bepaald via respectievelijk een chi-kwadraattoets en variantie-analyse. Om te bepalen of de relatie tussen de etnische herkomst van de patiënt en de ervaren belasting en de consultduur werden beïnvloed door de genoemde patiënt- en consultkenmerken, werden drie regressiemodellen doorgerekend.

Model 1: ervaren belasting/consultduur = constante + etnische herkomst van de patiënt.

Model 2: ervaren belasting/consultduur = constante + etnische herkomst van de patiënt + leeftijd van de patiënt + ervaren communicatieproblemen + ervaren voorlichtingsbehoefte + diagnose van het probleem.

Model 3: ervaren belasting/consultduur = constante + etnische herkomst van de patiënt + leeftijd van de patiënt + ervaren communicatieproblemen + ervaren voorlichtingsbehoefte + diagnose van het probleem + registrerende huisarts.

Het eerste model geeft de invloed van de etnische herkomst op de werkdruk, ongecorrigeerd voor patiënt- en consultkenmerken. Het tweede model bepaalt de invloed van de etnische herkomst op de werkdruk, gecorrigeerd voor de ervaren communicatieproblematiek, voorlichtingsbehoefte, leeftijd van de patiënt en diagnose van het probleem. Aangezien per huisarts diverse consulten werden geregistreerd, is voor de invloed van de registrerende huisarts en alle patiënt- en consultkenmerken gecorrigeerd via een multivariate multilevel-analyse (model 3).

Voor de subjectief ervaren werkdruk (een dichotome variabele) werden logistische regressies uitgevoerd, die resulteer-

Tabel 1 Frequentieverdelingen van de patiënt-, consult- en werkdrukfactoren (kolom 1). Bivariate relatie van de patiënt- en consultkenmerken met de subjectief ervaren belasting en de consultduur (kolommen 2 en 3) (n=2851)

Patiënt- en consultkenmerken	(1) % voorkomen	(2) % consulten subjectief belastend	(3) gemiddelde consultduur
Totaal		16	11,0
Patiëntkenmerken			
• <i>Leeftijd patiënt in jaren</i>			
0-14	18	14	9,8
15-24	12	13	10,8
25-44	36	19	11,5
45-64	25	18	11,4
≥65	9	12	11,1
• <i>Etnische herkomst</i>			
Nederlands	43	10	11,2
Turks	24	24	11,2
Marokkaans	9	26	10,9
Overig	23	16	10,6
Consultkenmerken			
• <i>Communicatieproblematiek</i>			
ja	21	44	12,6
nee	79	9	10,7
• <i>Voorlichtingsbehoefte</i>			
ja	19	46	13,4
nee	81	9	10,5
Diagnose probleem			
A algemeen	7	19	10,8
B bloedvormende organen	0,5	14	11,6
D maag-darmstelsel	8	17	11,3
F oog	3	4	9,8
H oor	4	7	9,4
K hart-vaatstelsel	7	8	11,6
L bewegingsapparaat	13	15	10,4
N zenuwstelsel	4	24	12,9
P psyche	7	37	14,1
R ademhalingsorganen	16	14	9,9
S huid	11	9	10,2
T endocrien	3	31	11,8
U urinewegen	2	12	10,2
W zwangerschap, anticonceptie	3	12	11,4
X vrouwelijke geslachtsorganen	7	13	11,5
Y mannelijke geslachtsorganen	1	15	11,1
Z sociale problemen	2	31	15,4
Niet classificeerbaar/onbekend	1	38	12,4

den in odds ratio's met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Voor de consultduur (een continue variabele) werden lineaire regressies uitgevoerd, die resulteerden in bèta-coëfficiënten met 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Resultaten

De huisartsen registreerden in totaal 2892 potentiële consulten, waarvan er 41 vielen, doordat de patiënt niet was komen opdagen (herkomst: 8× Nederlands, 10× Turks, 4× Marokkaans, 16× andere niet-Nederlandse herkomst, 3× herkomst onbekend).

In meer dan de helft van de geëffectueerde consulten (57%) was de patiënt van allochtone herkomst. In 16 procent van de consulten ervoeren de huisartsen veel subjectieve werkbelasting. De gemiddelde consultduur was elf minuten (*tabel 1*). De huisartsen ervoeren de consulten met Turkse en Marokkaanse patiënten het meest frequent als belastend (respectievelijk 24 en 26 procent). De consulten met deze patiënten duurden gemiddeld niet langer dan die met de Nederlandse patiënten. De huisartsen ervoeren communicatieproblemen in respectievelijk 44 en 39 procent van de consulten met Turkse en Marokkaanse patiënten, tegen 4 procent van de consulten met Nederlanders (niet in tabel). Extra voorlichtingsbehoefte werd bij respectievelijk 38 en 33 procent van de consulten met Turken en Marokkanen aangekruist en bij slechts 6 procent van de consulten met Nederlanders.

Tabel 2 toont de resultaten van de drie regressiemodellen voor de ervaren belasting per consult. De odds ratio's uit het eerste model tonen dat de huisarts bij zowel de Turkse (OR 2,7) als de Marokkaanse consulten (OR 3,2) vaak belasting ervoer. De tweede kolom in *tabel 2* laat zien dat de etnische herkomst van de patiënt niet meer significant bijdraagt aan de ervaren belasting, wanneer wordt gecorrigeerd voor patiënt- en consultkenmerken (*model 2*). De belasting die de huisarts ervaart, hangt sterk samen met de communicatieproble-

men (OR 4,8) en de extra voorlichtingsbehoefte (OR 4,9). Ook de diagnosegroepen algemeen (OR 1,8), psychische problemen (OR 4,3), en sociale problemen (OR 4,7) dragen bij aan de ervaren belasting. Indien de invloed van de registrerende huisarts wordt verdisconteerd (*model 3*), zijn er marginale veranderingen in de gevonden verbanden.

Tabel 3 toont de resultaten voor de consultduur van de huisarts. De coëfficiënten van 1,0 in het eerste model laten zien dat de etnische herkomst van de patiënt geen invloed heeft op de consultduur. In het tweede model blijkt dat bij ervaren communicatieproblemen consulten gemiddeld 1,2 keer zo lang duren en bij extra voorlichtingsbehoefte 1,1 keer zo lang. Tevens blijkt dat de diagnosegroepen psychische en sociale problemen voor langer durende consulten zorgen, respectievelijk 1,2 en 1,4 keer zo lang. Net zoals bij de analyses voor de subjectief ervaren belasting is de invloed van de huisartsvariatie op de gevonden relaties zeer gering.

Beschouwing

Beperkingen

Een belangrijke beperking is het cross-sectionele karakter van dit onderzoek. Doordat de gegevens over de belasting en de ervaren communicatieproblemen en extra voorlichtingsbehoefte op hetzelfde moment zijn verzameld, is het onmogelijk om op grond hiervan een uitspraak te doen over oorzaak en gevolg. Het is zeer goed mogelijk dat een grotere ervaren belasting meer ervaren communicatieproblemen of meer extra voorlichtingsbehoefte tot gevolg heeft. We moeten ons dus beperken tot uitspraken over de samenhang tussen deze factoren. Tevens waren de huisartsen op het moment van registreren op de hoogte van de doelstelling van het project, waardoor de kans op sociaal wenselijk registreren werd vergroot. Mogelijk is hierdoor de samenhang tussen etnische herkomst en ervaren belasting overschat. Een bijkomend probleem is dat de etnische herkomst van de patiënt is bepaald door de

Tabel 2 Invloed van de etnische afkomst op de subjectief ervaren wekdruk (model 1 – bivariate logistische regressie), gecorrigeerd voor de leeftijd van de patiënt en de consultkenmerken communicatieproblemen, voorlichtingsbehoefte en diagnose van het probleem (model 2 – multivariate logistische regressie) en gecorrigeerd voor de huisartsvariatie (model 3 – multivariate multilevel logistische regressie) in 2851 consulten, uitgedrukt in odds ratio's (OR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI).

	Model 1 OR (95%-BI)	Model 2 OR (95%-BI)	Model 3 OR (95%-BI)
Patiëntkenmerken			
• <i>Etnische afkomst</i>			
Nederlands (ref)	1,0	1,0	1,0
Turks	2,7 (2,1-3,6)	0,9 (0,6-1,3)	0,9 (0,6-1,4)
Marokkaans	3,2 (2,3-4,5)	1,3 (0,8-2,1)	1,5 (0,9-2,3)
Overig	1,6 (1,2-2,2)	0,9 (0,7-1,3)	1,1 (0,8-1,6)
• <i>Leeftijd in jaren</i>			
0-14		0,7 (0,5-1,0)	0,7 (0,5-1,0)
15-24		0,9 (0,6-1,2)	0,9 (0,6-1,2)
25-44		1,2 (1,0-1,5)	1,2 (1,0-1,5)
45-64		1,1 (0,9-1,4)	1,2 (0,9-1,5)
≥65 (ref)		1,0	1,0
Consultkenmerken			
Communicatieproblematiek ja		4,8 (3,5-6,6)	4,9 (3,5-6,9)
Voorlichtingsbehoefte ja		4,9 (3,6-6,6)	4,6 (3,3-6,4)
Diagnose probleem			
A algemeen		1,8 (1,2-2,8)	2,0 (1,3-3,1)
B bloedvormende organen		0,4 (0,1-2,1)	0,3 (0,1-1,4)
D maag-darmstelsel		0,9 (0,6-1,4)	0,9 (0,6-1,5)
F oog		0,2 (0,1-0,7)	0,2 (0,1-0,6)
H oor		0,5 (0,2-1,0)	0,4 (0,2-0,8)
K hart-vaatstelsel		0,7 (0,4-1,2)	0,6 (0,4-1,2)
L bewegingsapparaat		1,0 (0,7-1,5)	1,0 (0,7-1,5)
N zenuwstelsel		1,5 (0,8-2,7)	1,6 (0,9-2,9)
P psyche		4,3 (2,9-6,3)	4,9 (3,3-7,3)
R ademhalingsorganen		0,9 (0,6-1,3)	0,9 (0,6-1,3)
S huid		0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,3-0,8)
T endocrien		1,2 (0,7-2,1)	1,2 (0,7-2,3)
U urinewegen		0,8 (0,3-1,9)	0,7 (0,3-1,7)
W zwangerschap,anticonceptie		0,6 (0,3-1,3)	0,7 (0,4-1,5)
X vrouwelijke geslachtsorganen		0,8 (0,5-1,4)	0,9 (0,5-1,5)
Y mannelijke geslachtsorganen		0,8 (0,3-2,9)	0,7 (0,2-2,6)
Z sociale problemen		4,7 (2,5-8,9)	6,7(3,4-13,1)
Variatie			
Huisarts			1,14
Rest			0,93

Tabel 3 Invloed van de etnische afkomst op de consultduur (model 1 – bivariate lineaire regressie*), gecorrigeerd voor de leeftijd van de patiënt en de consultkenmerken communicatieproblemen, voorlichtingsbehoefte en diagnose van het probleem (model 2 – multivariate lineaire regressie*) en gecorrigeerd voor de huisartsvariatie (model 3 – multivariate multilevel lineaire regressie*) in 2851 consulten, uitgedrukt in beta's met 95%-betrouwbaarheidsintervallen

	Model 1 B (95%-BI)	Model 2 B (95%-BI)	Model 3 B (95%-BI)
Constante	9,9 (9,6-10,2)	10,1 (8,5-11,9)	10,1 (9,2-11,1)
Patiëntkenmerken			
• <i>Etnische afkomst</i>			
Nederlands (ref)			
Turks	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,9-1,0)
Marokkaans	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)
Overig	1,0 (0,9-1,0)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,9-1,0)
• <i>Leeftijd in jaren</i>			
0-14		0,9 (0,8-1,0)	0,9 (0,9-1,0)
15-24		0,9 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,0)
25-44		1,0 (0,9-1,1)	1,0 (1,0-1,1)
45-64		1,0 (0,9-1,1)	1,0 (1,0-1,1)
≥65 (ref)			
Consultkenmerken			
Communicatieproblematiek ja		1,2 (1,2-1,3)	1,1 (1,0-1,2)
Voorlichtingsbehoefte ja		1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,2)
Diagnose probleem			
A algemeen		0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,9-1,0)
B bloedvormende organen		1,0 (0,8-1,4)	1,0 (0,8-1,3)
D maag-darmstelsel		1,0 (0,9-1,2)	1,1 (1,0-1,1)
F oog		0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,8-1,0)
H oor		0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,8-1,0)
K hart-vaatstelsel		1,0 (0,9-1,2)	1,1 (1,0-1,1)
L bewegingsapparaat		1,0 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,0)
N zenuwstelsel		1,1 (0,9-1,3)	1,1 (1,0-1,2)
P psyche		1,2 (1,0-1,4)	1,2 (1,1-1,3)
R ademhalingsorganen		0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,9-1,0)
S huid		0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-0,9)
T endocrien		1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,9-1,1)
U urinewegen		0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,8-1,0)
W zwangerschap, anticonceptie		1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,9-1,1)
X vrouwelijke geslachtsorganen		1,0 (0,9-1,2)	1,0 (1,0-1,1)
Y mannelijke geslachtsorganen		1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,8-1,2)
Z sociale problemen		1,4 (1,1-1,7)	1,4 (1,2-1,5)
Variatie			
Huisarts			0,038
Rest			0,186

* in de regressiemodellen is als afhankelijke variabele de natuurlijke logaritme van consultduur genomen. De gepresenteerde coëfficiënten zijn 'teruggetransformeerd' door de e-macht te bepalen. Door deze transformatie is het een multiplicatief model geworden en zijn de coëfficiënten te interpreteren als relatieve risico's.

perceptie van de huisarts en niet is gebaseerd op de gebruikelijke indicatoren als geboorteland van de patiënt en diens ouders.

Een tweede beperking is dat uitsluitend spreekuurcontacten zijn geregistreerd, inclusief de contacten tijdens inloopsprekuren en 'tussendoortjes'; andere belastende factoren als de consultfrequentie en het aantal consulten tijdens de dienst zijn buiten beschouwing gebleven.⁸ Uit diverse onderzoeken is gebleken dat met name allochtonen vaker gebruik maken van de diensten van de huisarts; geheel eenduidig zijn deze resultaten echter niet.^{6,9} Tevens toonde een onderzoek onder alle huisartsen in Rotterdam aan dat het aandeel patiënten van etnische minderheden samenhangt met meer belasting tijdens de dienst.¹⁰

Conclusies

De gevonden relatie tussen de etnische herkomst van de patiënt en de ervaren belasting is weinig verrassend. Dit onderzoek is echter het eerste waarin die relatie ook empirisch op consultniveau is onderbouwd. Opvallend is wel dat de consulten met de allochtone patiënten in deze praktijken niet langer duren. Dit komt overeen met gegevens uit de Nationale Studie.⁹

De ervaren belasting per consult hangt duidelijk samen met de ervaren communicatieproblemen en extra voorlichtingsbehoefte. In een ander onderzoek bij huisartsen werkzaam in achterstandswijken bleek dat in één op de 10 consulten een taalprobleem voorkwam.⁶ In ons onderzoek ervoer de huisarts een communicatieprobleem in één op de vijf consulten. Naast de gebrekkige taalbeheersing van de allochtone patiënt leiden waarschijnlijk cultuurverschillen tot problemen in de communicatie.

Er zijn diverse momenten tijdens een consult waarop communicatieproblemen zich kunnen voordoen: wordt de hulpvraag door de huisarts wel goed begrepen, uit de patiënt zijn verwachtingen wel tijdens het consult (wel of geen medicijnen of een verwijzing), durft de patiënt de huisarts tegen te spreken of te zeggen dat hij iets niet heeft begrepen. Consequenties

van deze communicatieproblemen zijn dat de huisarts in vergelijking met Nederlandse patiënten meer moeite moet doen om de juiste diagnose te stellen en uitleg te geven over diagnose en therapie.

Uit het weinig gerichte onderzoek over de ervaringen van allochtone patiënten blijkt dat de inspanning van de huisarts als onvoldoende wordt ervaren.¹¹⁻¹³ Een deel van de allochtone patiënten klaagt onder andere over de gebrekkige aandacht van de huisarts voor hun problemen (consultduur is te kort), onvoldoende duidelijkheid en begrijpelijkheid van de informatie die de huisarts geeft over diagnose en behandeling, en de allochtone patiënt voelt zich niet altijd serieus genomen door de huisarts. *Kleinman* spreekt in dit verband over de discrepantie in klinische realiteit van de arts en de patiënt met betrekking tot de oorzaak van het probleem, het probleem zelf en de voorgestelde behandeling van het probleem.¹⁴ Bij grote discrepantie tussen arts en patiënt is er vaak sprake van wederzijds onbegrip. Indien geen wederzijds begrip en overeenstemming over de oorzaak van het probleem, de diagnose en/of de voorgestelde behandeling worden bereikt, dan kan dit de huisarts een gevoel van frustratie en niet-optimaal hulpverleners geven. Dit gevoel kan negatief bijdragen aan zijn ervaren belasting.⁸

Opvallend is dat de huisarts meer tijd uittrekt voor de consulten waarin hij communicatieproblemen en/of extra voorlichtingsbehoefte ervaart, maar dat dit onafhankelijk is van de etnische herkomst van de patiënt, terwijl juist bij deze patiënten de meeste communicatieproblemen voorkomen. Mede gezien de klachtenpresentatie van de allochtone patiënten, valt het te betwijfelen of de westerse huisarts deze communicatieproblemen kan overbruggen in zijn beperkte tijd van tien minuten per patiënt.

De grotere voorlichtingsbehoefte die de huisartsen ervaren bij de allochtone groepen, is te verklaren vanuit het kennisniveau en opvattingen van deze patiënten. In kwalitatieve onderzoeken meldden de huisartsen dat de meest elementaire ken-

nis over de werking van het lichaam en de gezondheidszorg in Nederland ontbreekt.^{4,5} Als men daarnaast beseft dat circa 70 procent van de Turken en Marokkanen in Nederland uitsluitend basisonderwijs heeft gevolgd,¹⁵ dan is het logisch dat de huisarts in de beperkte tijd van tien minuten niet die hoeveelheid voorlichting kan geven die noodzakelijk is.

Literatuur

- 1 Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.
- 2 Verheij RA, De Bakker DH, Van der Velden J. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
- 3 Avezaat J, Smulders R. Huisartsenzorg: de multiculturele huisartsenpraktijk anno 1996. In: Haveman HB, Uniken Venema P, redactie. Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996:145-56.
- 4 Van Woensel W. De ervaren werkbelasting van huisartsen in achterstandsbuurtten van Rotterdam [Scriptie]. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.
- 5 Aulbers BJM, Aulbers LPJ, Van der Wouden JC. Werken in de grote stad. Rotterdam: Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1995.
- 6 Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor beleid, 1995.
- 7 Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. New York: Oxford University Press, 1987.
- 8 Groenewegen PP, Hutten JB. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. Soc Sci Med 1991;32: 1111-9.
- 9 Weide MG, Foets M. Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult. Tijdschr Sociale Gezondheidszorg 1998;76:305-10.
- 10 Schuller R, De Bakker DH. Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken. Utrecht: Nivel, 1996.
- 11 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en medische consumptie van Turken in Nederland. Statistisch Bulletin 14, april 1991.
- 12 Eindrapportage project Klachtopvang allochtone groepen in de gezondheidszorg. Utrecht: Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg Utrecht, 1995.
- 13 Onderzoek naar de kwaliteit van huisartsenzorg vanuit gebruikersperspectief. Regionaal Patiënten Consumenten Platform Midden Gelderland, 1996.
- 14 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. Ann Intern Med 1978;88:251-8.
- 15 Veenman J. Ontwikkelingen binnen een multi-etnische samenleving: demografie en sociaal-economische positie. In: Haveman HB, Uniken Venema P, redactie. Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996;11-29. ■

Abstract

Bruijnzeels MA, De Hoop T, Swart W, Voorham AJJ. Ethnic background of patients and the burden of GPs. Huisarts Wet 1999;42(6):452-8.

Objective To quantify the relation between patient's ethnic background and perceived burden of the GP and consultation length. To investigate whether this relation is affected by experienced communication problems, patient's need for extra information, and diagnosis.

Methods Observational study in general practices in Rotterdam with a high proportion of ethnic minority patients listed. During two weeks twenty GPs registered all regular surgery hour consultations on a specially designed form. GPs registered date of birth, ethnic background, diagnosis, presence of communication problems, need for extra information, the amount of perceived burden and duration of the consultation. Multivariate multi-level analyses are performed.

Results In 57 per cent of the consultations the patient belonged to an ethnic minority. GPs perceived in 16 per cent of the consultations much burden; most frequently in consultations with Turkish (24%) and Moroccan patients (26%). The mean consultation length was eleven minutes and did not differ according to the patient's ethnic background. The higher perceived burden in consultations with ethnic minorities was associated to more experienced communication problems (Odds Ratio 4.8) and more often need for extra information (OR 4.9). Consultations with perceived communication problems and extra need for information lasted respectively 1.2 and 1.1 times as long as consultations without these perceptions.

Correspondence A.J.J. Voorham, Sector Gezondheidsbevordering GGD Rotterdam e.o, PO Box 70032, 3000 LP Rotterdam, Netherlands; e-mail: voorhamt@ggd.rotterdam.nl.