

Ook huisartsen-in-opleiding vinden continuïteit belangrijk

Henk Schers, Caroline van de Ven, Henk van den Hoogen, Richard Grol, Wil van den Bosch

Inleiding

Sinds Woudschoten beschouwen we continuïteit als een van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.¹ Continuïteit is echter een slecht gedefinieerd concept.^{2,3} In dit land, maar ook elders⁴

Samenvatting

Schers H, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol RPTM, Van den Bosch W. Ook huisartsen-in-opleiding vinden continuïteit belangrijk. *Huisarts Wet* 2004;47(7):322-5.

Inleiding Allerlei ontwikkelingen bedreigen de continuïteit van de zorg in de huisartsgeneeskunde. Voorbeelden van bedreigingen zijn een toename van parttime werken, een tendens naar grotere samenwerkingsverbanden, de delegatie van taken, en het ontstaan van grootschalige dienstenstructuren. Bij de ontwikkeling van toekomstscenario's voor de huisartsgeneeskunde is het belangrijk om te weten hoe aankomende huisartsen over continuïteit denken.

Methode We vroegen in 2001 aan alle huisartsen-in-opleiding (hαιο's) en aan alle huisartsopleiders (hao's) om een vragenlijst in te vullen over continuïteit. We vergeleken de ideeën van de hαιο's met die van de opleiders en relateerden ze aan een aantal hαιο-kenmerken zoals opleidingsinstituut, ervaren werkbelasting en tevredenheid over het werk.

Resultaten Hαιο's vonden persoonlijke continuïteit vaker belangrijk dan hun opleiders. Hαιο's en hao's dachten hetzelfde over ongevraagd contact opnemen bij belangrijke levensgebeurtenissen. Hαιο's vonden minder vaak dat ze buiten kantooruren voor eigen patiënten beschikbaar zouden moeten zijn. De onderzochte kenmerken van de hαιο's konden de verschillen in visie slechts in geringe mate verklaren.

Discussie Toekomstige huisartsen vinden continuïteit even belangrijk als hun opleiders. Het hoort daarom een kernwaarde van de professie te blijven.

UMC St Radboud Nijmegen, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: H.J. Schers, huisarts, C. van de Ven, onderzoeksassistente, H.J.H.M. van den Hoogen, methodoloog, W.J.H.M. van den Bosch, hoogleraar; Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK): R.P.T.M. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg.

Correspondentie: H.Schers@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een aangepaste versie van 'Family medicine trainees still value continuity of care' (*Fam Med* 2004;36:51-4). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

wordt continuïteit vaak gebruikt als synoniem met persoonlijk dokteren. In een eerdere publicatie operationaliseerden wij continuïteit tamelijk pragmatisch in drie dimensies: persoonlijke continuïteit (contacten met 'eigen' patiënten), persoonlijke betrokkenheid (gevoel van verantwoordelijkheid voor 'eigen' patiënten) en persoonlijke beschikbaarheid (beschikbaarheid voor 'eigen' patiënten buiten kantooruren).⁵ Deze vormen van continuïteit zijn niet meer vanzelfsprekend. Dit heeft onder andere te maken met ontwikkelingen binnen het vakgebied. Er is een tendens naar parttime werken, huisartsen werken vaker samen in grotere centra, taken worden gedelegeerd aan praktijkondersteuners en dienstenstructuren hebben zich ontwikkeld tot grootschalige organisaties. De beroepsgroep zal na moeten denken over de positie die continuïteit nog kan innemen in de toekomstige huisartsenzorg. Hierbij moet rekening worden gehouden met meningen en ideeën van patiënten en huisartsen. Gevestigde huisartsen en patiënten blijken het in grote lijnen eens te zijn over de gevallen waarin continuïteit belangrijk is. Huisartsen vinden persoonlijk contact met hun patiënten belangrijk wanneer deze ernstig ziek zijn of wanneer er psychosociale problemen zijn,^{5,6} en ook patiënten vinden in die situaties contact met hun eigen huisarts belangrijk.^{6,7} Patiënten verwachten daarnaast vaak dat de huisarts contact opneemt wanneer er iets ingrijpends gebeurt, of wanneer ze zijn opgenomen in een ziekenhuis vanwege ernstige of levensbedreigende situaties. De huisarts rekent dat ook meestal tot zijn taak.

Voor de toekomst is het belangrijk om te weten of dergelijke waarden ook door toekomstige collega-huisartsen gedeeld worden. Het is daarom interessant om de wensen en visies van de aankomende generatie huisartsen, dat wil zeggen van huisartsen-in-opleiding (hαιο's) in kaart te brengen en om te exploreren of deze als groep gerelateerd zijn aan de ideeën van opleiders (hao's). Omdat we in eerder onderzoek een relatie vonden tussen de ideeën en taakopvattingen van huisartsen en de ervaren werkbelasting en het werkplezier, onderzochten we dat nu opnieuw.⁵

Wij formuleerden daarom de volgende vragen voor ons onderzoek:

- ▶ Hoe denken hαιο's als groep over de diverse dimensies van continuïteit vergeleken met de opleiders?
- ▶ Zijn de ideeën van hαιο's gerelateerd aan de ervaren werkbelasting en werkplezier, aan het opleidingsinstituut of aan andere hαιο-kenmerken?

Methode

We pasten de vragenlijst aan, die we in eerdere onderzoeken bij

huisartsen en patienten gebruikten.^{5,7} We vroegen de huisartsen (-in-opleiding) hoe belangrijk ze het voor verschillende contactredenen vonden om 'eigen' patiënten te zien; in hoeverre ze vonden dat het hun taak was om ongevraagd contact op te nemen voor verschillende scenario's en ten slotte vroegen we naar hun mening over de beschikbaarheid voor eigen patiënten buiten kantooruren. De vragenlijst werd met een aanbevelingsbrief van het NHG en LHV in september 2001 toegestuurd aan alle 1048 haio's, en daarnaast aan alle 776 opleiders die op dat moment actief waren als opleider bij één van de 8 opleidingsinstituten. Aan alle huisartsen en huisartsen-in-opleiding die niet antwoordden werd een herinnering gestuurd inclusief een verkorte vragenlijst.

Analyse

We berekenden met behulp van factoranalyse somscores voor persoonlijke continuïteit, voor betrokkenheid en voor beschikbaarheid analoog aan ons eerder onderzoek onder huisartsen.⁵ In een multivariate analyse (General Linear Model, GLM) relateerden we de somscores aan de onafhankelijke variabelen: ervaren werkplezier, ervaren werkbelasting (NIVEL-schalen),⁸ opleidingsinstituut, leeftijd, geslacht, het gevoel eigen patiënten te hebben en daarnaast aan toekomstige wensen voor praktijkvorm, mate van verstedelijking en voorkeur voor fulltime of parttime werken.

Resultaten

Ruim 57% (595/1048) van haio's en 62% (478/776) van de hao's retourneerden de vragenlijst. De respons per opleidingsinstituut varieerde voor de haio's van 44% tot 79%. Van de niet-responderende haio's ontvingen we van 30% de verkorte vragenlijst, van de hao's van 67%.

De gemiddelde leeftijd van de haio's was 30,5 jaar (SD 3,2), die van de hao's 49,3 jaar (SD 5,2). Van de haio's was 64% vrouw, van de hao's 12%. Ruim tweederde van de haio's (67%) ervoer in de dagelijkse praktijk dat men 'eigen patiënten' had.

De haio's hechtten voor alle contactredenen significant meer belang aan persoonlijke continuïteit dan hun opleiders; voor kleine kwalen en controles vond slechts een kleine minderheid persoonlijke continuïteit belangrijk (tabel 1). Ten aanzien van persoonlijke betrokkenheid, geoperationaliseerd als het ongevraagd contact opnemen met patiënten, verschilden haio's niet veel van hun opleiders. Bij belangrijke gebeurtenissen vonden beide groepen dit belangrijk (tabel 2). Haio's vonden minder vaak dan hun opleiders dat ze buiten kantooruren beschikbaar moeten zijn (tabel 3).

Uit de multivariate analyse bleek dat de gevonden variantie nauwelijks verklaard kon worden door haio-kenmerken. De multivariate modellen voor de 3 dimensies, met als onafhankelijke variabelen ervaren werkplezier, ervaren werkbelasting (NIVEL-schalen),⁸ opleidingsinstituut, leeftijd, geslacht, het gevoel eigen patiënten te hebben en toekomstige wensen wat betreft praktijkvorm, stedelijkheid en voorkeur voor fulltime of parttime werken, verklaarden voor persoonlijke continuïteit slechts 8% van de variantie, voor beschikbaarheid 10%, en voor bereikbaarheid 7%.

Tabel 1 Persoonlijke continuïteit. Percentage respondenten dat het belangrijk* vond om eigen patiënten te zien

	haio's (n=595)		hao's (n=478)	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Griep	14,1	11,4-17,2	6,1	4,1-8,6
Corpus alienum oog	23,5	20,5-27,5	9,4	6,9-12,4
Enkeldistorsie	23,8	20,5-27,5	10,0	7,5-13,1
Bloeddrukcontrole	30,6	26,9-34,5	13,4	10,5-16,8
Diabetescontrole	40,2	36,2-44,2	23,2	19,5-27,3
Bloedverlies per anum	70,3	66,4-73,9	45,4	40,9-49,9
Aspecifieke buikklachten	83,9	80,7-86,7	63,4	58,9-67,7
Myocardinfarct	67,1	63,1-70,8	49,6	45,0-54,2
Problemen op het werk	92,8	90,4-94,7	73,0	68,8-76,9
Gezinsproblemen	94,3	92,1-96,0	89,3	86,2-92,0
Gesprek met terminale patiënt	99,1	98,0-99,7	95,2	92,9-96,9

* Belangrijk of zeer belangrijk op een 5-punts Likertschaal

Tabel 2 Persoonlijke betrokkenheid. Percentage respondenten dat het zijn taak* vond ongevraagd contact op te nemen

	haio's (n=595)		hao's (n=478)	
	%	95%-BI	%	95%-BI
<i>Thuisituatie</i>				
overlijden in gezin	96,6	94,9-97,9	98,3	96,7-99,3
slecht nieuws via specialist	86,2	83,2-88,9	86,4	83,0-89,3
geboorte in gezin	77,8	74,3-81,1	79,1	75,2-82,6
opname gezinslid ernstige ziekte	46,2	42,2-50,3	55,6	51,0-60,2
<i>Opname ziekenhuis</i>				
maligniteit	90,1	88,1-93,0	91,4	88,5-93,8
myocardinfarct	71,4	67,6-75,0	75,9	71,9-79,2
heupfractuur	43,9	39,8-48,0	55,6	51,1-60,2
psychiatrisch ziekenhuis	41,7	37,7-45,8	39,1	34,7-43,7
verpleegtehuis	39,8	35,9-43,9	35,1	30,9-39,6
onduidelijke buikklachten	28,2	24,7-32,0	27,8	23,9-32,1
onderbeensbreuk	11,3	8,8-14,1	23,2	19,5-27,3
kleine operatie aan voet	1,7	0,8-3,0	1,9	0,9-3,5

* Altijd of meestal op een 5-punts Likertschaal: altijd-meestal-soms-zelden-nooit

Tabel 3 Persoonlijke beschikbaarheid. Percentage respondenten dat vond dat het buiten kantooruren beschikbaar moest zijn*

	haio's (n=595)		hao's (n=478)	
	%	95%-BI	%	95%-BI
Begeleiding terminale patiënt	52,6	48,5-56,7	75,3	71,2-79,1
Verwacht overlijden patiënt	27,4	23,8-31,2	46,7	42,1-51,2
Onverwacht overlijden patiënt	24,4	21,0-28,0	33,7	29,5-38,1
Acute ernstige gebeurtenis:				
- een ernstig ongeval van familielid	15,0	12,2-18,1	21,8	18,1-25,7
Begeleiding kraambed	6,6	4,7-8,9	11,5	8,8-14,7

* Altijd of meestal op een 5-punts Likertschaal: altijd-meestal-soms-zelden-nooit

We vonden slechts enkele variabelen die een klein, maar significant verband lieten zien met de scores op de 3 dimensies. Haio's met meer werkplezier hechtten meer belang aan persoonlijk continuïteit (p=0,005) en vrouwen hadden hogere scores op de dimensie beschikbaarheid (p=0,023).

Discussie

Nederlandse haio's vinden persoonlijke continuïteit en het laten zien van betrokkenheid – ook wanneer patiënten daar niet expliciet om vragen – belangrijk bij ernstige zaken en ingrijpende gebeurtenissen. Ze lijken daarin op de opleiders. Binnen kantooruren hechten haio's zelfs meer belang aan persoonlijke continuïteit dan de opleiders. Buiten kantooruren vinden haio's min-

der vaak dat ze beschikbaar moeten zijn voor eigen patiënten in bijzondere situaties. De verschillen tussen de haio's voor de drie dimensies van continuïteit konden we nauwelijks verklaren door de onderzochte haio-kenmerken.

Uit internationale publicaties is bekend dat haio's vaak op hun hao's gaan lijken tijdens de opleiding. Zo is bekend dat haio's die worden opgeleid in praktijken die aan verloskunde doen, vinden dat de huisarts een belangrijke rol heeft in de verloskundige zorg; dit in tegenstelling tot collega's die elders worden opgeleid.⁹ Bovendien neigen haio's ertoe de verwijspatronen van hun opleiders te volgen,¹¹ en hun voorschrijfbeleid te imiteren.¹² In dit onderzoek vonden wij geen verband tussen de meningen van individuele haio's en hun eigen hao's. Deze gegevens zijn elders gepubliceerd.¹² Blijkbaar zijn ideeën en taakopvattingen over continuïteit niet zo gemakkelijk beïnvloedbaar. Dit onderzoek laat zien dat de ideeën en taakopvattingen van jonge huisartsen minder verschillen van die van de oudere dan vaak geopperd wordt. De beperktere taakopvatting buiten kantooruren is wel opvallend, hoewel dit ook zou kunnen veranderen in de loop van de tijd doordat de band tussen huisarts en patiënt in de loop der tijd sterker wordt.

Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst was de totale repons niet optimaal en de respons van de diverse opleidingsinstituten wisselend. Toch denken we dat de respons van 57% een redelijk beeld geeft, zeker omdat de antwoorden van de niet-respondenten op de verkorte vragenlijst niet verschilden van die van respondenten die wél de langere vragenlijsten invulden. Een andere beperking is het feit dat het onderzoek een inventarisatie van gedachten en ideeën is. Dat is iets anders dan hoe huisartsen zich gedragen in dagelijkse praktijk. Het onderzoek kan dus hebben geleid tot sociaal wenselijke antwoorden. Niettemin is vragenlijstonderzoek de enige manier om ideeën en taakopvattingen van een grotere groep systematisch in kaart te brengen.

Conclusie

Wat betekenen de resultaten van dit onderzoek nu voor de dagelijkse huisartsgeneeskunde? Er is in de afgelopen jaren, onder andere in de Toekomstvisie Huisartsenzorg,¹³ veel geschreven over de noodzakelijke ontwikkeling van 'persoonlijke' naar 'persoonsgerichte' zorg. Dit woordenspel betekent eigenlijk dat continuïteit minder belangrijk wordt. Uit dit onderzoek blijkt echter dat jonge haio's minstens evenveel voeling hebben met continuïteit als hun ervaren collega's. Het aanbrengen van structurele veranderingen binnen de huisartsgeneeskunde die het principe van continuïteit in de arts-patiëntrelatie aantasten, zal daarom uiterst kritisch afgewogen moeten worden. Het is bijvoorbeeld niet denkbeeldig dat het vak door terugdringing van het persoonlijke aspect voor studenten en net afgestudeerde artsen minder aantrekkelijk wordt. Huisartsopleiders en huisartsen-in-opleiding vinden persoonlijke continuïteit minder belangrijk voor kleine kwalen en controles

Abstract

Schers H, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol RPTM, Van den Bosch W. Trainee GPs still value continuity. *Huisarts Wet* 2004;47(7):322-5.

Background Continuity of care in family medicine is under pressure due to an increase in part-time work, delegation of tasks, and the development of walk-in centres. It is uncertain to what extent newly qualified professionals value personal continuity. Insight into trainees' views may be helpful for training purposes and for improving continuity of care for patients in the future. We defined continuity in terms of personal continuity, commitment, and availability for own patients during out of hours, and explored trainees' views on continuity for hypothetical scenarios.

We related trainees' views to personal characteristics and trainers' views.

Methods We sent a questionnaire to all the trainees and trainers of all eight family medicine training institutes in the Netherlands.

Results The response rate was 595/1048 (57%) for trainees, and 478/776 (62%) for trainers. Trainees attached more importance to personal continuity than trainers. Both placed great value on personal continuity for serious problems, such as discussing the future when seriously ill (99% and 96.8% respectively), and placed a low value on it for minor problems, such as an episode of flu (14% and 6% respectively). Both groups valued initiating contact themselves around life events and hospital admissions for serious conditions, such as a malignancy (90% and 94% respectively). Trainees felt less often that they should be available to own patients during out of hours. Trainees' views were barely related to the views of the trainers, or to personal characteristics.

Conclusions The new generation of professionals still value continuity of care. It may remain one of the basic features of general practice in the future.

van chronische aandoeningen. Dit spoot met de algemene gedachte dat veel zaken afgehandeld kunnen worden door ondersteunend personeel zoals de praktijkassistente, de praktijkverpleegkundige, of de *nurse practitioner*. Ook de *Toekomstvisie* vermeldt dat de langdurige relatie tussen arts en patiënt met name belangrijk is bij ernstige ziektebeelden en chronische aandoeningen. Toch schuilt hier een grote adder onder het gras. Het kost tijd om de dokter te leren kennen en vertrouwen. Hoe kan ooit een langdurige relatie ontstaan zonder nadruk op persoonlijke continuïteit? Er zijn bovendien andere argumenten om in te blijven zetten op persoonlijke continuïteit: een hogere mate van persoonlijke continuïteit blijkt gerelateerd aan meer werkplezier van de dokter.¹⁴ Ook wij vonden in ons eigen en in eerder onderzoek⁵ dat verband terug voorzover het ideeën en taakopvattingen betrof.

Ook blijken haio's een sterk ontwikkeld gevoel van betrokkenheid bij eigen patiënten hebben. Dat een huisarts op eigen initiatief patiënten benadert die zijn opgenomen of die iets ernstigs is overkomen, is blijkbaar ook voor toekomstige collega's nog steeds een essentieel onderdeel van het vak.

Het zou daarom misschien goed zijn als de beroepsgroep zich, behalve over de vraaggestuurde zorg, ook zou uitspreken over de zorg die niet expliciet gevraagd wordt. Wat mag de patiënt in de toekomst nog van zijn huisarts verwachten op de beschreven dimensies van continuïteit?

Dankbetuiging

Met dank aan Hans Bor en Jan van Doremalen voor de statistische ondersteuning, en aan de hoofden van de opleidingen huisartsgeneeskunde voor hun medewerking aan het onderzoek. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van SGO/NWO.

Literatuur

- 1 Vroeghe NH. Het Woudschotenrapport. Huisarts Wet 1966;9:372-85.
- 2 Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Med Care 1976;14:377-91.
- 3 Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med 2003;1:134-43.
- 4 Gray DP, Evans P, Sweeney K, Lings P, Seamark D, Seamark C, et al. Towards a theory of continuity of care. J R Soc Med 2003;96:160-6.
- 5 Schers HJ, Maat CC, Van de Ven C, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg? Huisarts Wet 2002;45:450-4.
- 6 Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract 2001;51:712-8.
- 7 Schers H, Webster S, Van den Hoogen H, Avery A, Grol R, Van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. Br J Gen Pract 2002;52:459-62.
- 8 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Burnout. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 9 Smith LF. Roles, risks, and responsibilities in maternity care: trainees' beliefs and the effects of practice obstetric training. BMJ 1992;304:1613-5.
- 10 Rashid A, Jagger C. Comparing trainer and trainee referral rates: implications for education and allocation of resources. Br J Gen Pract 1990;40:53-5.
- 11 Bain DJ. Practice research. Training for general practice: clinical behaviour in trainers and trainees. Br Med J (Clin Res Ed) 1984;288:762-4.
- 12 Schers H, Van Doremalen J, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol R, Van den Bosch W. Family medicine trainees still value continuity of care. Fam Med 2004;36:51-4.
- 13 Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2002. <http://www.lhv.nl/upload/15895/toekomstvisie1.pdf>
- 14 Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? J Fam Pract 1982;15:929-37.

Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen

Yvonne Engels, Henk Mokkink, Pieter van den Hombergh, Wil van den Bosch, Henk van den Hoogen, Richard Grol

Samenvatting

Engels YMP, Mokkink HGA, Van den Hombergh P, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Grol RPTM. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts Wet 2004;47(7):325-30.

Inleiding Het is mogelijk een groot aantal taken in de huisartsenpraktijk door de praktijkassistente uit te laten voeren. Wij zijn nagegaan of het takenpakket van de praktijkassistente ook feitelijk veranderd is tussen 1997-1999 en 2002.

Methode Met behulp van gegevens verkregen bij een VIP-visite werd de omvang van het pakket van medisch-technische, voorlichtings- en administratief-organisatorische taken van de praktijkassistente in de periode 1997-99 vergeleken met 2002, evenals een aantal aan taakherschikking gerelateerde, praktijkorganisatorische aspecten. Om na te gaan of er sprake was van een eventuele trend keken we ook naar de tussentijdse jaren.

Resultaten Nagenoeg alle medisch-technische en voorlichtings-taken namen significant toe, evenals een aantal hieraan gerelateerde praktijkorganisatorische aspecten.

Conclusie Het takenpakket van de praktijkassistente is de afgelopen jaren fors toegenomen.

UMCN, afdeling Kwaliteit van Zorg, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: Y.M.P. Engels, gezondheidswetenschapper; dr. H.G.A. Mokkink, methodoloog; dr. P. Van den Hombergh, huisarts-onderzoeker; prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; H. Van den Hoogen, statisticus; prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg.

Correspondentie: y.engels@wok.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Sinds de tweede helft van de vorige eeuw is het takenpakket van de praktijkassistente flink toegenomen.¹⁻⁶ Aanvankelijk was zij vooral receptioniste en administratief medewerkster, in de loop der jaren heeft zij allerlei medisch-technische, voorlichtings- en organisatorische taken op zich genomen. Door de praktijkassistente breed in te zetten is een efficiëntere bedrijfsvoering mogelijk, kan de kwaliteit van zorg verbeteren, het zorgaanbod uitgebreid worden en het werk voor de praktijkassistente aantrekkelijker worden.⁷⁻¹⁰