

Een arts-assistent in een huisartspraktijk

Het werk en de plaats van de arts-assistent in opleiding gekwantificeerd

DR. H. LAMBERTS* EN G. OUWEHAND**

Deze bijdrage, waarin het doen en laten van een arts-assistent in opleiding wordt geanalyseerd, berust op gegevens van het monitoringproject. De oorspronkelijke versie werd ruim een jaar geleden geschreven. Inmiddels is het monitoringproject afgesloten, zodat gegevens over in totaal vijf arts-assistenten in opleiding beschikbaar zijn. Daaraan wordt aandacht besteed in een naschrift waarvoor de eerste auteur verantwoordelijk is.

Inleiding

In uiteenlopende publikaties over de opleiding tot huisarts wordt betoogd, dat daarbij aan talrijke attitudes, vaardigheden en kenniselementen aandacht moet worden geschonken, op een onderwijskundig verantwoorde wijze en liefst ook nog in toetsbare vorm (*Byrne en Long; Pereira Gray; Profile*). De plaats van gekwantificeerde informatie over het daadwerkelijk functioneren van de arts-assistent in opleiding heeft in dat kader een omschreven, doch beperkte plaats, dit in tegenstelling tot hetgeen bijvoorbeeld in de verpleegkundige opleiding gebruikelijk is. Gegevens over het aantal patiënten dat de arts-assistent heeft gezien, en over hetgeen hij huisartsgeneeskundig heeft gedaan, vormen relevante informatie. Het heeft weinig zin ervan uit te gaan, dat de opleiding tot huisarts een goede gelegenheid heeft geboden het huisartsgeneeskundig werk in al zijn facetten te beoefenen, wanneer bij nader inzien blijkt dat de assistent bepaalde ziektebeelden praktisch niet heeft ontmoet, of bepaalde vormen van geneeskundig handelen niet in de praktijk heeft toegepast. Anderzijds geeft gekwantificeerde informatie natuurlijk geen beeld van de onderwijskundige inhoud van het contact tussen opleider en

assistent en evenmin krijgt men een indruk van de manier waarop de arts-assistent met de patiënten is omgegaan of over bijvoorbeeld zijn gesprekstechnische vaardigheden.

Het monitoringproject (*Lamberts 1980*) geeft wekelijks informatie over het handelen van de arts-assistent. Hij wordt in het computersysteem als medewerker ingevoerd en doordat hij van ieder contact een contactslip invult onder zijn eigen naam, is het niet moeilijk inzicht te krijgen in wat hij in de loop van de tijd heeft verricht. In het eerste deel van deze bijdrage wordt met een aantal grafieken en tabellen aangegeven hoe één arts-assistent gedurende één opleidingsjaar in het gezondheidscentrum Ommoord heeft gewerkt.

Zoals elk registratiesysteem, heeft ook het monitoringproject zijn beperkingen. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk uit te maken bij welke contacten de assistent min of meer actief betrokken was, terwijl de huisartsopleider de contactslip heeft ingevuld. Omgekeerd geldt hetzelfde: het is niet na te gaan in welke gevallen de arts-assistent is begonnen de slip in te vullen, terwijl de huisartsopleider tenslotte vorm en inhoud van het consult in beslissende mate heeft beïnvloed.***

De grafieken

Met behulp van zeven grafieken wordt een beeld geschetst van het functioneren van de arts-assistent gedurende de twaalf perioden van vier weken, die hij – met uitzondering van de wekelijkse terugkomdagen – in het gezondheidscentrum doorbracht. Behalve in figuur 1 is

gebruik gemaakt van voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden, teneinde een beter inzicht te krijgen in de trend en minder gehinderd te worden door toevallige schommelingen. In alle grafieken is één lijn getekend voor de arts-assistent, één voor de opleider, één voor opleider en assistent samen en één voor het gemiddelde van de groepspraktijk. Dat gemiddelde is het totaal gedeeld door vijf, onafhankelijk van praktijkomvang of -samenstelling; de verschillen in praktijkomvang hebben relatief weinig invloed, onder meer doordat veel patiënten in de waarneming worden gezien, en doordat het werk van de arts-assistent niet beperkt is tot de praktijk van de opleider.

• *Arts-patiënt contacten.* In figuur 1 zijn de aantallen arts-patiënt contacten getekend. We zien dat de assistent betrekkelijk snel op een gemiddelde van 200 verrichtingen per vier weken komt. Het aantal contacten van opleider en assistent samen ligt iets onder het gemiddelde van de groepspraktijk; dit was ook te verwachten, gelet op de kleine praktijk van de opleider.

Er doet zich een geringe toename voor van het aantal contacten van huisartsopleider en assistent samen. Op grond van de beschikbare gegevens is niet af te leiden of dit aan een toegenomen consumptie in de praktijk van de opleider moet worden toegeschreven, of dat er met name tijdens de vakanties voor waarneming een beroep op de assistent is gedaan. De afwezigheid van de huisartsen speelt steeds een grote rol. De dalen in de elfde en de vijftiende periode in de curve van de assistent worden veroorzaakt door zijn eigen vakantie, terwijl de opleider in de veertiende en in de zestiende periode afwezig was. De pieken in de dertiende en zeventiende periode worden toegeschreven aan vakantie van andere huisartsen in de groep.

In vergelijking met gegevens over de opleiding in Engeland (*Stubbings and Gowers; Carney*) lijkt het dat de assistent in ons geval wat minder verrichtingen doet. Vergeleken echter met gegevens over Canada en de VS (*Hannay; Swart and McAvoy; Profile*) is in Ommoord de assistent duidelijk drukker bezig met directe contacten dan in Noord-Amerika.

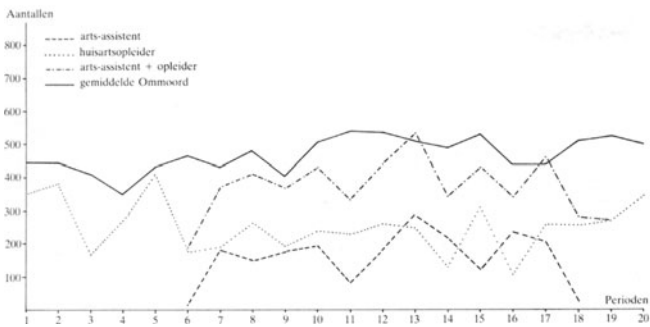
• *Aantallen problemen.* Figuur 2 heeft betrekking op de aantallen problemen die de assistent en de opleider per periode zien. Bij de assistent is er een geleidelijke stijging van ongeveer 250 tot bijna

* Huisarts, afdeling gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG en GD.

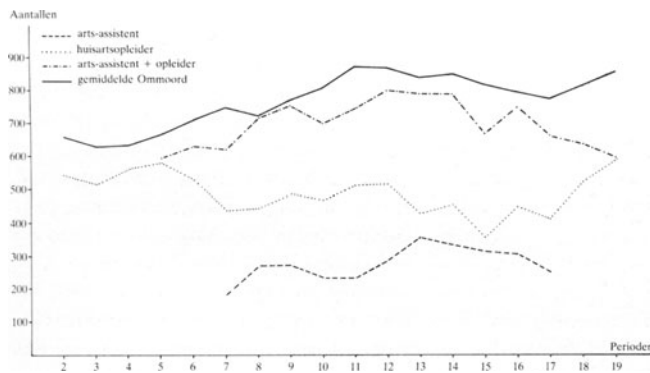
** Destijds arts-assistent in opleiding tot huisarts in het gezondheidscentrum Ommoord.

*** Kortheidshalve wordt hier niet ingegaan op de verschillende technische en rekenkundige aspecten van het monitoringproject; hiervoor wordt verwezen naar eerdere publikaties (*Lamberts 1980, 1981*).

Figuur 1. Aantallen arts-patiënt contacten. Perioden van vier weken.



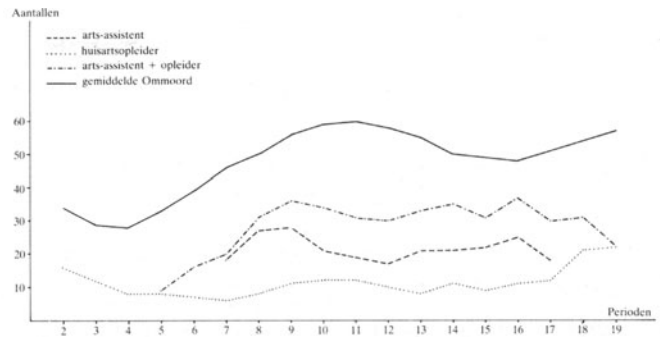
Figuur 2. Aantallen problemen. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



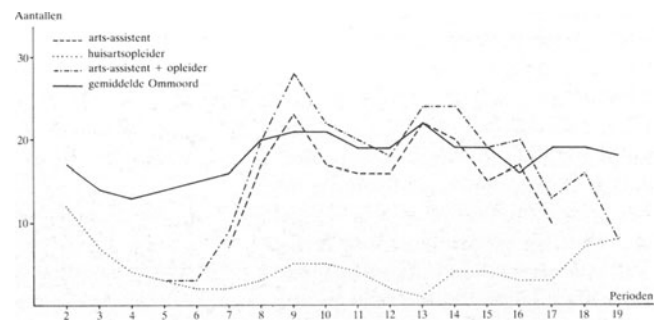
300 problemen per periode. De opleider blijft – dit in tegenstelling tot wat voor de aantallen contacten geldt – voortdurend meer problemen zien dan zijn assistent, ofschoon hij onder zijn gewone doen zakt. Kennelijk ziet de opleider meer problemen per contact dan de assistent. Samen volgen assistent en opleider globaal het Ommoords gemiddelde.

- *Visites/dienst.* Uit figuur 3 blijkt dat de assistent veel huisbezoeken aflegt en de curve die zijn opleider voor en na de opleidingsperiode heeft, belangrijk omhoog haalt. Er worden in de praktijk van de opleider weinig huisbezoeken gedaan, doch dit aantal stijgt duidelijk tijdens de aanwezigheid van de assistent. Kennelijk wordt er gemakkelijker tot een huisbezoek besloten. Niet duidelijk is, in welke mate dit geschiedde uit onderwijskundige overwegingen. Tijdens de diensten blijkt het koppel huisartsopleider en assistent boven het Ommoords gemiddelde uit te stijgen (figuur 4). Praktisch alle contacten tijdens de dienst worden in eerste instantie door de assistent geregistreerd, hetgeen in overeenstemming is met de werkwijze. Kennelijk wordt er tijdens de opleiding erg soepel gereageerd op verzoeken om hulp.

Figuur 3. Aantallen visites. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



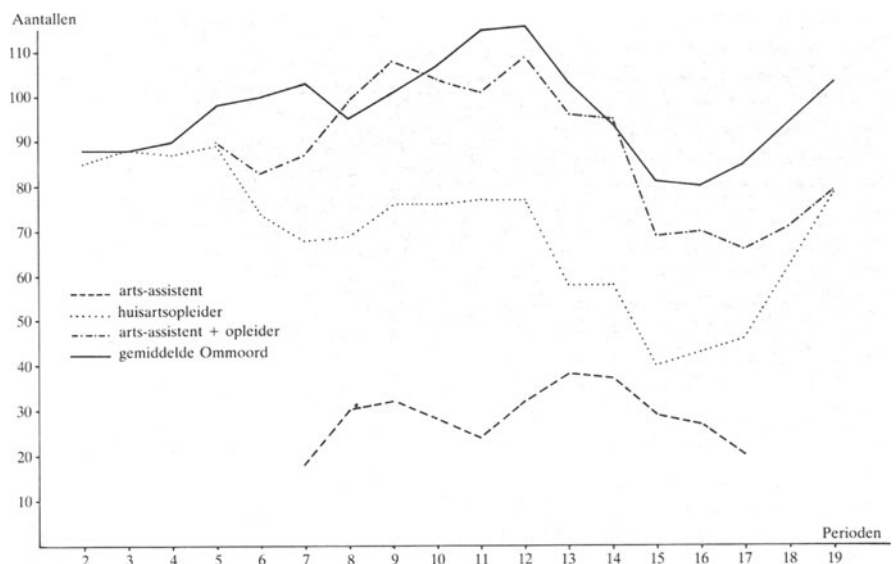
Figuur 4. Aantallen arts-patiënt contacten tijdens de dienst. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



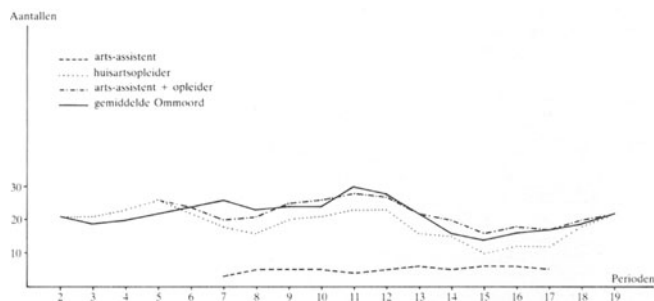
- *Gebruik van voorzieningen in de eerste lijn.* In de figuren 5 en 6 worden de aantallen diagnostische c.q. therapeutische verwijzingen binnen de eerste lijn weergegeven. De diagnostische verwijzingen hebben betrekking op het gebruik van het laboratorium in het gezondheidscentrum en

het huisartsenlaboratorium in Rotterdam, op bacteriologisch en serologisch onderzoek, en op het maken van röntgenfoto's, Pap-smears en electrocardiogrammen. Het blijkt dat de arts-assistent slechts in zeer bescheiden mate gebruik maakt van de diagnostische voorzieningen. Hierin komt in de tweede

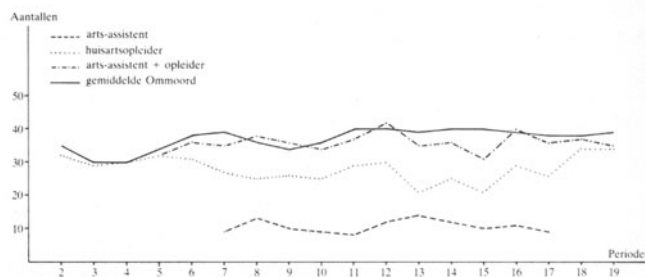
Figuur 5. Aantallen diagnostische verwijzingen in de eerste lijn. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



Figuur 6. Aantallen therapeutische verwijzingen in de eerste lijn. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



Figuur 7. Aantallen verwijzingen naar een specialist en acute ziekenhuisopnamen. Voortschrijdende gemiddelden van steeds drie perioden van vier weken.



periode ook geen verandering. Huisarts en assistent volgen samen globaal het Ommoords gemiddelde, doch de huisarts blijft verantwoordelijk voor het leeuwedeel.

Hetzelfde geldt voor het beroep dat wordt gedaan op de therapeutische voorzieningen in de eerste lijn: fysiotherapie, wijkverpleging, verloskundige hulpverlening, maatschappelijk werk. De assistent verwijst slechts weinig voor therapie en opnieuw neemt de opleider kennelijk de beslissingen over het gebruik van eerstelijns voorzieningen. Het is onbekend of dit verschijnsel zich in andere opleidingspraktijken ook voordoet, en of het de huisarts dan wel de patiënt is, die dit verschijnsel tot stand brengt.

- *Verwijzingen naar de specialist.* Figuur 7 laat hetzelfde beeld zien als hierboven reeds is geschetst. Ook bij de verwijzingen naar specialisten en acute ziekenhuisopnamen blijft de opleider grosso modo de touwtjes in handen houden, terwijl de assistent slechts een klein deel voor zijn rekening neemt. Onbekend is, of dit mede veroorzaakt wordt

door eventuele verschillen in ernst van de afwijkingen die de opleider en de assistent – vooral buiten de dienst – zien.

Assistent en opleider tezamen volgen het gemiddelde goed, waarbij er nogmaals op gewezen zij, dat het hier niet alleen om de praktijk van de opleider gaat, maar om het aandeel in de totale praktijkvoering van de groep.

Andere indicatoren

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van een aantal indicatoren voor het huisartsgeneeskundig handelen van de assistent en de opleider. De opsplitsing in twee perioden – een van 32 weken en een van 16 weken – hangt samen met de overgang van het monitoringproject van het eerste naar het tweede jaar.

In de eerste plaats blijkt dat de assistent relatief weinig vrouwen en relatief weinig particuliere patiënten ziet. Ten aanzien van het geslacht is het verschil gering, ten aanzien van de verzekeringsvorm duidelijk wat groter. In beginsel zijn de patiënten vrij om te gaan naar wie zij willen. Kennelijk hebben met

name particulier verzekerden enige voorkeur voor de opleider.

Groot is het verschil tussen assistent en opleider bij het aantal problemen per contact. Ten aanzien van de zekerheid van de diagnostiek verschillen zij niet, wat weer wel het geval is bij het percentage oude respectievelijk nieuwe problemen. Met name in de tweede periode ziet de opleider relatief veel nieuwe problemen en doet de assistent relatief veel herhalingscontacten.

Ten aanzien van het therapeutisch handelen valt op, dat de arts-assistent relatief vaak farmacotherapie geeft, en dat het aandeel van de problemen waarvoor hij een recept geeft, sterk stijgt. Het valt hem kennelijk moeilijk om van het voorschrijven van een geneesmiddel af te zien. Hier dient rekening te worden gehouden met het feit dat de opleider veel meer problemen per contact ziet dan de assistent. Dit gegeven heeft ook consequenties voor het beoordelen van het percentage psychotherapie, het percentage waarbij een beroep op de handvaardigheid wordt gedaan en ook op het geven van een advies en patiënteneducatie.

De aard van de problemen

In tabel 2 is een overzicht gegeven van de problemen die de arts-assistent en de opleider in de verschillende perioden hebben gezien. De eerste periode bestaat voor de arts-assistent uit 32 weken, voor de opleider uit het gehele eerste registratiejaar van het monitoringproject.

In de eerste periode ziet de arts-assistent relatief weinig van de hoofdstukken *Endocriene, metabole en voedingsziekten, Aandoeningen van de tractus urogenitalis* en *Aanvullende classificaties*, waaronder met name de sociale problemen. Relatief veel wordt hij geconfronteerd met *Aandoeningen van de luchtwegen* en *Aandoeningen van de*

Tabel 1. Indicatoren voor het huisartsgeneeskundig handelen van de arts-assistent en de huisartsopleider tijdens de twee perioden. Percentages, tenzij anders aangegeven.

Indicatoren	Arts-assistent		Huisartsopleider	
	Periode 1 (32 weken)	Periode 2 (16 weken)	Periode 1 (32 weken)	Periode 2 (16 weken)
Vrouwelijke patiënten	57,4	57,1	59,2	60,4
Particuliere patiënten	37,6	39,8	46,0	45,6
Aantal problemen/contact (abs).	1,57	1,62	1,98	2,00
Zekere diagnoses	88,0	93,1	88,1	94,5
Nieuwe problemen	48,9	39,0	47,8	45,3
Oude problemen	44,7	55,3	40,2	50,1
Geen behandeling	42,9	36,4	48,2	48,8
Farmacotherapie	43,4	53,4	37,8	37,6
Psychotherapie	2,7	2,2	3,9	3,6
Ingrepen	2,7	1,9	1,7	2,0
Advies, dieet, voorlichting	8,2	7,0	7,9	7,0

huid en subcutis en in het bijzonder met *Symptomen en slecht gedefinieerde toestanden*. In de tweede periode blijft de arts-assistent relatief veel hoge luchtweginfecties zien, en relatief weinig problemen uit hoofdstuk XVIII met de aanvullende classificaties en sociale problemen, en hoofdstuk III met de endocriene, metabole en voedingsziekten. Dit laatste feit dient in belangrijke mate toegeschreven te worden aan de belangstelling van de opleider voor obesitas. De arts-assistent maakt voorts duidelijk minder vaak gebruik van hoofdstuk XVI met de symptomen en slecht gedefinieerde toestanden, dan in de eerste periode.

Wanneer we het geheel overzien en daarbij rekening houden met de betrekkelijk kleine aantallen per hoofdstuk, moet worden vastgesteld, dat de arts-assistent globaal hetzelfde patroon volgt als de opleider.

In *tabel 3* is van een aantal opvallende problemen aangegeven hoe vaak de as-

sistent en de opleider ermee geconfronteerd zijn tijdens de tweede periode. Bij de chronische aandoeningen valt op dat de huisarts zelf relatief vaak zijn patiënten met een mammacarcinoom ziet en ook zijn belangstelling voor vetzucht komt duidelijk tot uitdrukking. Bij de acute minder ernstige aandoeningen zien we dat de arts-assistent relatief vaak otitis media en hoge luchtweginfecties ontmoet. Beiden komen drie keer in aanraking met een acuut myocardinfarct. Bij de psychische reactievormen blijken de acute stressreacties vooral bij de huisartsopleider terecht te komen, terwijl de hypochondrie en de surmenage ook door de assistent frequent gezien worden. Voorts blijkt dat de opleider relatief vaak gynaecologische problemen ziet, veel vrouwen voor anticonceptie ontmoet en vaker met bijwerkingen van geneesmiddelen in contact komt, en als enige met de patiënten relatieproblemen bespreekt die zij met een andere arts hebben. Tenslotte blijkt dat de huisartsopleider zich

vaker bezighoudt met de werkproblemen van zijn patiënten.

Beschouwing

Wanneer wij onze bevindingen vergelijken met hetgeen in de literatuur is gepresenteerd, levert dit het volgende beeld op. In het algemeen ziet de arts-assistent in opleiding relatief veel acute, minder ernstige aandoeningen; hij ontmoet relatief veel mannen en wordt betrekkelijk weinig betrokken bij chronische afwijkingen, levensbedreigende toestanden, psychische problemen en anticonceptie (*Carney; Stubbings and Gowers; Swart and McAvoy; Fouracre and Savory*). Onduidelijk is, in welke mate het kunnen en willen classificeren van bepaalde problemen door de arts-assistent hierbij een rol speelt.

Het monitoringproject biedt van het begin af aan de arts-assistent wekelijkse informatie over zijn handelen. Dit maakt het dus betrekkelijk gemakkelijk te proberen hem gericht bepaalde pa-

Tabel 2. De problemen die arts-assistent en huisartsopleider hebben gezien. Aantallen en Percentages.

Diagnosegroepen (ICHPPC-2)	Periode 1				Periode 2			
	Arts-assistent (32 weken)		Huisartsopleider (52 weken)		Arts-assistent (16 weken)		Huisartsopleider (16 weken)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Infectieziekten	87	4.3	268	3.9	59	5.8	46	3.8
2. Neoplasmata	34	1.7	98	1.4	14	1.4	27	2.2
3. Endocriene, metabole en voedingsstoornissen	51	2.5	310	4.6	26	2.6	63	5.2
4. Ziekten van het bloed	11	0.5	68	1.0	4	0.4	16	1.3
5. Psychische problemen	219	10.9	782	11.4	127	12.6	130	10.7
6. Aandoeningen van het CZS en zintuigen	161	8.0	485	7.1	90	8.9	71	5.8
7. Aandoeningen van de tractus circulatorius	159	7.9	601	8.8	102	10.1	108	8.9
8. Aandoeningen van de tractus respiratorius	240	11.9	597	8.8	115	11.4	103	8.4
9. Aandoeningen van de tractus digestivus	87	4.3	325	4.8	48	4.8	77	6.3
10. Aandoeningen van de tractus urogenitalis	98	4.9	410	6.0	57	5.6	73	6.0
11. Zwangerschap, geboorte, kraambed	3	0.1	3	0.1	—	—	—	—
12. Aandoeningen van de huid en subcutane weefsels	118	5.9	302	4.4	47	4.7	51	4.2
13. Aandoeningen van de spieren, skelet en bindweefsel	209	10.4	775	11.4	98	9.7	112	9.2
14. Aangeboren afwijkingen	1	0.1	12	0.2	—	—	2	0.2
15. Symptomen en slecht gedefinieerde toestanden	193	9.6	405	6.0	69	6.8	95	7.8
16. Ongevallen, vergiftigingen, geweld	113	5.6	362	5.3	47	4.7	65	5.3
17. Aanvullende classificaties, sociale problemen	231	11.5	1010	14.8	106	10.5	181	14.8
Totaal	2015		6813		1009		1220	

Tabel 3. Geselecteerde problemen die de arts-assistent en de huisartsopleider gedurende de tweede periode (16 weken) hebben gezien.

Soorten aandoeningen/ diagnosen (ICHPPC-2)	Arts-assistent	Huisartsopleider
<i>Chronische aandoeningen</i>		
035 - Mammacarcinoom	3	13
110 - Myocard-ischemie (chronisch)	21	19
120 - Hypertensie	48	42
229 - Osteoarthrosis	14	17
050 - Diabetes mellitus	11	19
055 - Adipositas	8	29
<i>Acute minder ernstige aandoeningen</i>		
101 - Otitis media	15	4
135 - Acute tonsillitis	5	2
133 - Hoge luchtweginfecties	50	36
170 - Urineweginfecties	19	14
<i>Acute ernstige aandoeningen</i>		
109 - Myocardinfarct (acuut)	3	3
<i>Psychische reacties</i>		
072 - Depressie	7	5
071 - Hypochondrie	50	44
077 - Voorbijgaande situatief bepaalde reacties	4	19
392 - Surmenage	28	18
<i>Overige</i>		
183 } 194 } - gynaecologie 374 }	20	34
343 t/m 347 - Anticonceptie	36	52
367 - Werkprobleem	9	22
377 - Bijwerkingen geneesmiddelen	8	21
413 - Relatieprobleem patiënt met andere arts	-	8

tiënten of bepaalde afwijkingen toe te spelen. *Fouracre and Savory* hebben laten zien dat dit ook zonder geautomatiseerd systeem mogelijk is, en dat er een evenwichtige, klinische kennis opgebouwd kan worden, waarbij met name gebruik wordt gemaakt van het afleggen van huisbezoeken. Vooral ten aanzien van acute coronair-ischemie en de begeleiding bij tumoren vonden zij dit sturen noodzakelijk. Dit leidt er natuurlijk wel toe dat de arts-assistent relatief veel herhalingscontacten heeft. Eveneens blijkt de assistent relatief veel hypertensie en veel digoxinegebruikers te zien. *Swart and McAvoy* vonden belangrijke verschillen tussen de pakketten van de verschillende afdelingen die voor McMaster University (Canada) de opleiding tot huisarts verzorgen. Niettemin gold vrij algemeen, dat de assistenten een overmaat aan hypertensiepatiënten zagen, relatief veel check-up's deden en relatief weinig werden geconfronteerd met acute aandoeningen als otitis media. In ons geval bleek het reeds in het begin, dat de arts-assistent

een grote spreiding in het ziekte-aanbod ontmoette, zodat er betrekkelijk weinig viel bij te sturen. Het streven is dat de assistent globaal hetzelfde patroon ontmoet als de opleider. Indien de assistent bepaalde zeldzame aandoeningen erg weinig ziet, moet daarvoor apart een regeling gevonden worden. Uit de *tabellen 2 en 3* blijkt dat er wat dit betreft reden tot tevredenheid is. Het is wel gemakkelijk wanneer men over een geautomatiseerd informatiesysteem beschikt, doch dit is niet noodzakelijk. *Arnon* heeft voor de opleiding in Charleston (South Carolina) een alleraardigst boekje ontwikkeld, *My practice in my pocket*, dat het de arts-assistent mogelijk maakt zelf in de gaten te houden wat hij ziet, en met name of hij voldoende mensen gedurende een wat langere tijd vervolgt. In Engeland komt *Clemens* met een soortgelijk boekje, dat als een logboek zowel de arts-assistent als de opleider in staat stelt de koers voor de opleiding uit te stippelen aan de hand van concrete informatie.

Froom et al. (Rochester NY) hebben al in een vroeg stadium gewezen op het grote belang van diagnostische profielen, zowel voor de opleiding tot huisarts als voor het toetsen van huisartsgeneeskundig handelen. In het monitoringproject ondersteunen wij deze opvatting, ofschoon er wel enige relative ring mogelijk is. Het is niet vanzelfsprekend, dat de kwaliteit van de opleiding alleen maar berust op het aantal patiënten dat de assistent heeft gezien en op de spreiding in de diagnostiek. *Lamberts* wees er in 1972 op, dat het voor de opleiding van belang is om in beginsel bij elk contact steeds opnieuw een vijftal dimensies te onderscheiden, die voor het huisartsgeneeskundig handelen essentieel zijn:

- de valutadimensie: het onderhandelen tussen huisarts en patiënt over het benoemen van het probleem;
- de tijdsdimensie: het probleem heeft een dimensie naar het verleden maar ook naar de toekomst;
- de gezinsdimensie: het probleem van de patiënt die voor de huisarts zit, heeft vaak allerlei connecties met de problemen die overige gezinsleden hebben aangeboden;
- de samenwerkingsdimensie: de huisarts werkt niet alleen, er zijn talrijke anderen in de eerstelijns, met wie hij dient samen te werken;
- de machteloosheids- en onbegripsdimensie: het is nodig om te leren gaan met problemen die men niet begrijpt, waarbij men zich machteloos voelt en waaraan men meent geen enkele bijdrage te kunnen leveren.

McWhinney et al. hebben overigens laten zien, dat ook al geven de assistenten zelf de voorkeur aan opleidingsprogramma's waarin zij veel patiënten zien, de uiteindelijke „performance scores” onafhankelijk van de werkomstandigheden zijn, en kennelijk in belangrijke mate door allerlei andere aspecten van de opleiding beïnvloed worden.

Naschrift

In het voorafgaande is het werk van één bepaalde arts-assistent in de praktijk van één bepaalde huisartsopleider geanalyseerd. Dit leverde een duidelijk omljnd beeld op. De vraag is, of dit beeld vooral afhankelijk is van de persoon van respectievelijk de arts-assistent en de opleider, dan wel of zich hier meer algemene aspecten aftekenen. Met andere woorden: zijn de verschillen tussen gevestigde huisartsen misschien even groot als de verschillen tus-

sen bepaalde arts-assistenten en hun opleiders?

Om hierin inzicht te krijgen is na afloop van de twee jaar durende registratieperiode van het monitoringproject een onderzoek gedaan naar de plaats en het werk van alle vijf arts-assistenten die in die tijd hun opleiding geheel of gedeeltelijk in Ommoord ontvingen.* Alle informatie over het handelen van de huisartsen en arts-assistenten gedurende deze twee jaren (zesentwintig perioden van vier weken) is geanalyseerd met praktisch dezelfde variabelen als reeds eerder uitvoerig beschreven zijn (*Lamberts* 1981). Voor de vijf huisartsen waren 130 perioden van vier weken beschikbaar, voor de vijf arts-assistenten 49 (*tabel 4*).

Op het eerste gezicht zijn de uitkomsten in overeenstemming met de resultaten van het eerste onderzoek. De arts-assistent ziet minder problemen en doet minder verrichtingen. Hij doet relatief veel visites. Het gebruik van voorzietingen in de eerste lijn door de arts-assistent is relatief laag, met weinig verwijzingen naar de fysiotherapeut en weinig röntgenfoto's. Voor het gebruik van de tweede lijn geldt dit minder. Het aantal verwijzingen naar de specialist door de arts-assistent is beperkt. Het aantal problemen per contact lijkt voor hem niet anders te liggen dan voor de huisarts. Voorts ziet het er naar uit, dat de arts-assistent juist relatief weinig recepten geeft en relatief vaak geen therapie biedt, dit in tegenstelling tot hetgeen eerder vastgesteld werd. Tenslotte valt opnieuw op dat het aandeel van de nieuwe problemen iets lager ligt bij de arts-assistent.

Vervolgens is een correlatiematrix vervaardigd op grond van de cijfers betreffende de 179 perioden van vier weken van zowel huisartsen als arts-assistenten (*tabel 5*). Om hierin meer inzicht te krijgen is gekozen voor een factoranalyse (zie *Lamberts* 1981).

De eerste factor is een duidelijke grootte-factor. De aantallen contacten, problemen, recepten en feitelijke verwijzingen staan voorop. Het is duidelijk dat het al dan niet assistent zijn in een negatieve relatie tot deze factor staat. In absolute termen doet de assistent per periode van vier weken alles minder en dat is ook te begrijpen.

De tweede factor heeft te maken met het percentage nieuwe problemen en de

* Drie van de vijf huisartsen van de groepspraktijk Ommoord leiden arts-assistenten op; de overige deelnemers aan het monitoringproject zijn niet werkzaam als huisartsopleider.

Tabel 4. Indicatoren voor het huisartsgeneeskundig handelen van vijf arts-assistenten (49 perioden van vier weken) en vijf huisartsen (130 perioden van vier weken). Gemiddelden per periode en standaarddeviaties.

Indicatoren	Arts-assistenten		Huisartsen	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. Assistent (ja/nee)	–	–	–	–
2. Aantal contacten	193,8	71,4	379,9	146,0
3. Aantal contacten per 100 patiënten praktijk opleider/huisarts	9,1	3,3	18,0	6,2
4. Aantal problemen	334,1	128,8	654,7	200,1
5. Aantal problemen per contact	1,70	0,14	1,71	0,31
6. Percentage geen therapie*	45,7	9,2	42,3	8,1
7. Aantal recepten	134,5	54,1	257,4	94,9
8. Percentage geen verwijzing* eerste lijn	89,1	2,4	86,4	2,6
9. Aantal verwijzingen fysiotherapeut	4,1	3,4	11,5	5,7
10. Aantal röntgenfoto's	9,4	6,4	18,2	7,1
11. Percentage geen verwijzing* tweede lijn	96,0	1,2	95,2	1,6
12. Aantal verwijzingen specialist	12,7	6,1	28,7	12,1
13. Percentage nieuwe problemen*	51,6	8,3	52,6	6,8
14. Percentage zekere diagnoses*	85,0	5,7	85,3	5,3
15. Percentage waarneming**	100	0	9,8	6,4
16. Percentage visites**	15,6	5,0	9,1	3,3
17. Percentage vrouwen**	59,8	4,0	61,1	3,2
18. Percentage particulieren**	35,5	5,1	37,6	6,3
19. Aantal defensief	7,4	6,8	20,3	16,0
20. Periode (1 ^e , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e halfjaar)	3,1	0,8	2,5	1,1
21. Grootte praktijk opleider/huisarts	2157,4	172,5	2191,6	181,9

* Percentage van alle problemen per vier weken. ** Percentage van alle contacten per vier weken.

Tabel 5. Factoranalyse (Varimax) met de in tabel 4 vermelde variabelen.

Indicatoren	Factoren				
	1	2	3	4	5
1. Assistent (ja/nee)	.50	.05	-.26	-.74	-.21
2. Aantal contacten	-.92	.20	.01	.09	.26
3. Aantal contacten per 1000 patiënten	-.91	.12	-.07	.15	.25
4. Aantal problemen	-.94	.12	.18	.15	-.03
5. Aantal problemen per contact	.14	-.31	.43	.14	-.72
6. Percentage geen therapie	.23	-.01	.32	.01	-.69
7. Aantal recepten	-.90	.04	.01	.02	.34
8. Percentage geen verwijzing eerste lijn	.15	.03	.09	-.69	.32
9. Aantal verwijzingen fysiotherapeut	-.67	-.17	-.01	.40	-.26
10. Aantal röntgenfoto's	-.77	.06	-.11	.28	-.25
11. Percentage geen verwijzing tweede lijn	.23	.26	.50	-.11	-.50
12. Aantal verwijzingen specialist	-.85	-.09	-.16	.12	.34
13. Percentage nieuwe problemen	-.10	.78	-.03	.11	-.24
14. Percentage zekere diagnoses	.12	-.69	.33	-.01	-.13
15. Percentage waarneming	.45	.06	-.29	-.75	-.21
16. Percentage visites	.11	.33	-.04	-.78	-.02
17. Percentage vrouwen	-.14	-.02	.45	-.01	.50
18. Percentage particulieren	-.01	-.78	.13	.20	-.14
19. Aantal defensief	-.43	-.56	.08	.17	.03
20. Periode	.10	-.16	.62	-.55	.07
21. Praktijkgrootte	-.30	.62	.37	-.21	.10

praktijkgrootte. De interpretatie is dat de huisartsen met de meeste particuliere patiënten de kleinste praktijken hebben, terwijl daarin relatief weinig nieuwe problemen aan de orde komen en relatief vaak defensief gehandeld wordt. Het al dan niet assistent zijn heeft geen relatie met deze factor, die vooral betrekking heeft op de praktijksamenstelling.

In de derde factor wordt, onafhankelijk van de grootte-factor en van het in de tweede factor beschreven effect, de betekenis van het verschil in tijd gedemonstreerd. In de loop van twee jaar voltrekken zich verschillende veranderingen in het huisartsgeneeskundig handelen, die reeds eerder in dit tijdschrift aan de orde zijn geweest. De geringe lading van het al dan niet assistent zijn op deze factor heeft geen praktische betekenis. In de vierde factor komt het verschil tussen de arts-assistenten en de huisartsen duidelijk naar voren. Onafhankelijk van de werkbelasting in absolute termen, maakt de assistent relatief weinig gebruik van de voorzieningen in de eerste lijn; hij doet relatief veel visites en uiteraard ziet hij alleen maar patiënten die bij een „andere huisarts” zijn ingeschreven. Nu blijkt dat het verschil ten aanzien van het gebruik van de tweede lijn verdwenen is. Er is, na correctie voor de absolute werkbelasting, geen reden te denken dat de arts-assistent over het algemeen minder naar de specialist verwijst dan de huisarts. Het effect van de periode is gelegen in het feit dat de bezetting van de drie opleidingsplaatsen in het tweede registratiejaar beter was dan in het eerste jaar. De vijfde factor tenslotte heeft te maken met het gemiddeld aantal problemen per contact. De samenhang met het percentage problemen waarvoor geen therapie is gegeven, ligt voor de hand, evenals de negatieve lading voor het percentage problemen waarvoor geen verwijzing naar de tweede lijn plaatsvindt. Wel valt op dat er een licht positieve relatie is met het gebruik van eerstelijns voorzieningen. Voor de lading van het percentage vrouwelijke patiënten hebben wij geen goede verklaring. Het al dan niet assistent zijn speelt voor deze factor geen rol.

Voor zover uit de beschikbare informatie valt op te maken, doet zich bij de opleiding van arts-assistenten in Ommoord een duidelijk patroon voor. De werkbelasting van de arts-assistent blijft in absolute zin belangrijk achter bij de werkbelasting van de opleider, hetgeen voor de hand ligt. Belangrijke verschil-

len in praktijksamenstelling en in huisartsgeneeskundig handelen (voor zover aan bepaalde praktijken gekoppeld) lijken geen gevolgen te hebben voor het handelen van de arts-assistent. Het is duidelijk dat de arts-assistent relatief weinig gebruik maakt van de voorzieningen in de eerste lijn en relatief veel visites doet. Na correctie voor de invloed van de absolute werkbelasting, voor de verschillen in praktijksamenstelling en voor het periode-effect, blijken de arts-assistenten het algemene patroon van het huisartsgeneeskundig handelen in de groepspraktijk Ommoord vrijwel volledig te volgen.

Samenvatting. In het eerste deel van dit artikel wordt ingegaan op een aantal aan het monitoringproject ontleende gegevens over de opleiding van een arts-assistent in een huisartspraktijk. De gegevens hebben betrekking op één jaar, verdeeld in een periode van 32 weken en een periode van 16 weken. Er blijkt een aantal verschillen te bestaan tussen de assistent en de opleider; voor een deel zijn deze minder uitgesproken tijdens de tweede periode. De assistent ontmoet in beide perioden een bevredigende verscheidenheid aan gezondheidsproblemen. Het effect van de aanwezigheid van een arts-assistent in de praktijk – in dit geval een groepspraktijk van vijf huisartsen – wordt besproken: er is zeker sprake van enige invloed, bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal huisbezoeken. Tenslotte blijkt dat de opleider bij verwijzingen binnen de eerste lijn – zowel diagnostisch als therapeutisch – en naar de tweede lijn in belangrijke mate de touwtjes in handen houdt.

In een uitvoerig naschrift wordt vervolgens ingegaan op de gekwantificeerde gegevens over alle vijf arts-assistenten die tijdens de duur van het monitoringproject in de groepspraktijk in opleiding waren (drie van de vijf huisartsen zijn opleider). De arts-assistenten hebben in alle opzichten een geringere werkbelasting. Onafhankelijk daarvan maken zij relatief weinig gebruik van de voorzieningen in de eerste lijn op diagnostisch en therapeutisch gebied. Zij doen relatief veel visites. De eerdere observatie, dat de arts-assistent relatief weinig gebruik maakte van de voorzieningen van de tweede lijn, wordt niet bevestigd. De assistenten volgen, onafhankelijk van de absolute werkbelasting, het professionele patroon van de huisartsen, voor zover dat althans gekarakteriseerd wordt door de beschikbare informatie.

Summary. A trainee in a general practice. A quantification of the work and position of a trainee in general practice. The first part of this article discusses a number of data (derived from the monitoring project) on the work of a trainee in a general practice. The data pertain to one year, divided into one period of 32 weeks and one of 16 weeks. There are several differences between trainee and trainer, and some of these are less pronounced during the second period. During both periods the trainee is confronted with a satisfactory variety of health problems. The effect of the presence of a trainee in the practice – in this case a group practice of five general practitioners – is discussed: there is certainly some effect, for example in regard to the number of house calls. It was found that the trainer retains an important degree of control over referrals within primary health care – both diagnostic and therapeutic – and to specialists.

A detailed postscript analyses the quantified data on the five trainees trained in this group practice in the course of the monitoring project (three of the five general practitioners are trainers). The work load of the trainees is lighter in all respects. Regardless of this, they make relatively little use of diagnostic and therapeutic facilities at primary care level. They make relatively many house calls. A previous observation that trainees refer relatively little, was not confirmed. Regardless of the absolute work load, the trainees follow the professional pattern of the general practitioners so far as this is characterized by the available information.

Arnon, A. My practice in my pocket. *Department of Family Practice. Medical University of South Carolina, Charleston, 1978.*

Byrne, P. S. en B. E. Long. *Leren zorgen. De huisarts als opleider. Oosthoek, Scheltema & Holkema, Utrecht, 1975.*

Carney, T. A. Clinical experience of a trainee in general practice. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 40-44.

Clemens, N. J. A new method of self-assessment during vocational training. (1980) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **30**, 734-737.

Fouracre, R. and J. N. Savory. Steering patients with selected conditions to trainees. (1980) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **30**, 729-733.

Froom, J., D. F. Treat, E. S. Farley et al. Curriculum for family medicine. (1974) *N.Y. St. J. Med.* **12**, 1551-1553.

Froom, J. Assessment of quality of care by profiles of physicians' morbidity data. (1976) *J. Fam. Practice* **3**, 301-303.

- Hannay, D. R. Postgraduate training in family medicine: McMaster University and West Scotland. (1980) *Canad. Fam. Physician* **26**, 448-452.
- Lamberts, H. De co-assistent en het geval van de ingeknipte step-in. (1972) *Huisarts en Wetenschap* **15**, 285-293.
- Lamberts, H. Primary health care monitoring project. (1980) *Huisarts en Wetenschap* **23**, 293-304.
- Lamberts, H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts. (1981) *Huisarts en Wetenschap* **24**, 371-378; 424-430.
- McWhinney, I. R., J. E. Molineux, B. K. E. Hennen et al. The evolution and evaluation of a clinical clerkship in family medicine. (1977) *J. Fam. Practice* **4**, 1093-1099.
- Pereira Gray, D. J. A system of training for general practice. (1977) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **27**, Occasional paper 4.
- Profile of the residency trained family physician in the United States 1970-1979. (1980) *J. Fam. Practice* **7**, supplement october.
- Stubbings, C. A. and J. Gowers. A comparison of trainee and trainer clinical experience. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **29**, 47-52.
- Swart, G. T. and P. McAvoy. Residents evaluate their training in family practice. (1978) *Canad. Fam. Physician* **24**, 487-491.

Nota bene

Uit ergonomisch oogpunt verdient het aanbeveling de teksten op de ruggen van boeken alle op dezelfde wijze aan te brengen: van boven naar beneden, dan wel van beneden naar boven. (Stelling bij: E. M. G. Creusen. Inkomsten uit andere arbeid. *Diss. Groningen*, 1981.)

Sportbeoefening betekent voor de gehandicapte een positieve mentaliteitsbeïnvloeding.

De motorisch gehandicapte wordt door de arts onvoldoende tot sportieve activiteiten gestimuleerd en geactiveerd.

De huisarts dient periodiek contact te hebben met de bedrijfsarts in zijn gebied om zich een oordeel te vormen over de werkomstandigheden – in de ruimste zin – van zijn patiënten.

(Stellingen bij: W. Y. Sijtsema. De gehandicapte en de sportgezondheidszorg. *Diss. Amsterdam*, 1981.)

Psyche of soma: blijft het een dilemma?

DR. D. POST*

Psyche en soma zijn geen scheidbare categorieën, maar onderling samenhangende uitingen van die ene mens. De huisarts dient zich dat te realiseren en moet op geen enkel aspect van de mens in het bijzonder de nadruk leggen: hij mist dan het wezen van de klacht, die veel meer inhoudt dan alleen in woorden kan worden uitgedrukt.

Inleiding

„Het trekken van niet al te slechte conclusies uit onzekere feiten is vanouds de taak der artsen, waarin zij zonder twijfel een zekere bekwaamheid hebben verworven” (*Wibaut*).

Wat maakt dat de arts, en vooral de huisarts, zo vaak onzekere feiten tegenkomt? Hoe komt het, dat de huisarts altijd met onzekerheden zal moeten leven? Verschillende factoren spelen hierbij een rol. In de eerste plaats wordt in de medische wetenschap over verschillende feiten zeer uiteenlopend gedacht. In *Controversen in de geneeskunde (Querido en Roos)* wordt op indringende wijze gedemonstreerd, dat waarheid een zeer betrekkelijk begrip is. De Melker wijst er op, dat men zich door het lezen van dit boek kan bezinnen op de vele onzekerheden binnen de geneeskunde.

Een andere factor is de patiënt. Hij is geen machine waaraan een hapering is vast te stellen, geen object waaraan is te sleutelen. Wat hij als klacht naar voren brengt, kan iets anders te betekenen hebben dan wat oppervlakkig zou kunnen worden vermoed. Bovendien is het zo, dat de patiënt zijn klachten het liefst uit in een lichamenlijk verschijnsel, omdat dit in onze maatschappij beter geaccepteerd wordt dan een minder goed sociaal functioneren.

De laatste factor is de huisarts zelf. De dokter is geen neutraal of objectief werker, die uitsluitend volgens objectieve maatstaven werkt. Als hij denkt dat hij

wel objectief handelt, gaat hij voorbij aan een aantal half- of onbewuste motieven die zowel in zijn eigen persoonlijkheid, als in de normen en waarden van de (medische- en niet-medische) groeperingen waarvan hij deel uitmaakt, gefundeerd zijn. In de relatie met de patiënt resoneert hij als persoon, of hij wil of niet. Hoe meer inzicht hij in zijn eigen persoon heeft, des te meer kan de persoon van de arts een positieve rol spelen in het arts-patiënt contact. De dokter beschouwt zich echter meestal in de eerste plaats als deskundige voor het diagnostiseren en behandelen van lichamenlijke klachten en ziekten (*Pols*). Zo is hij immers opgeleid. Hij is dan ook altijd bang lichamenlijke ziekten over het hoofd te zien. Voor psychosociale problematiek vindt men in het algemeen de mens zelf verantwoordelijk.

Misschien is dit er wel de oorzaak van, dat de huisarts bij een bepaalde vraag, een bepaalde klacht van de patiënt, steeds twijfelt of hieraan een lichamenlijke dan wel een psychisch lijden ten grondslag ligt. Daar komt dan nog bij, dat de huisarts beperkt is in zijn technische mogelijkheden, waardoor het oplossen van het dilemma psyche of soma nog wordt bemoeilijkt.

Vanuit bovenstaande overwegingen kom ik tot de volgende vraagstellingen: – kan een klacht worden geduid als psychisch of somatisch, of bestaat er een andere betekenis?

– is er een oplossing voor de onzekerheid van de huisarts in het dilemma van psyche of soma?

Aan de hand van een ziektegeschiedenis wil ik hierop nader ingaan.

* Huisarts te Wezep