

Samenwerken in een hometeam

Een onderzoek

Uit recente beleidsstukken blijkt dat men belang hecht aan een goede thuiszorg. De term 'thuiszorg' bestrijkt veelal een brede scala van zorgvoorzieningen voor mensen die thuis wonen. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid beschrijft thuiszorg als 'het geheel van verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de hulpvrager in de thuissituatie, dat verricht wordt met behulp van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerswerk en/of (aanvullende) professionele zorg en dat er specifiek op gericht is de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie'.¹ Thuiszorg heeft vaak betrekking op complexe hulpvragen. De grootste groepen zorgvragers die te maken kunnen krijgen met thuiszorg zijn terminale patiënten, kankerpatiënten, chronisch zieken, lichamelijke gehandicapten, ouderen en nazorgpatiënten.² Doordat zij meestal zorg behoeven op verschillende terreinen, zoals medische, lichamelijke, huishoudelijke en sociale zorg, is een samenhangend zorgaanbod belangrijk voor een kwalitatief goede zorg. De coördinatie van de zorg die door verschillende personen wordt gegeven is dus een belangrijk aspect van thuiszorg. Uitbreiding van de thuiszorg vergt meer organisatie van de zorg. Sinds lange tijd bestaan er hometeams, die de coördinatie van multidisciplinaire zorg structureel regelen. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en eventueel andere disciplines overleggen regelmatig met elkaar met verbetering van de zorgverlening als doel. Afstemming van de zorg gebeurt niet alleen via hometeam-overleg maar ook door het hanteren van multidisciplinaire protocollen; zo bestaat er een protocol voor de begeleiding van de mantelzorg.³ De Scenariocommissie Eerstelijnszorg heeft zich beziggehouden met de vraag hoe thuiszorg het best kan worden georganiseerd. In het eindrapport worden vier verschillende organisatie-modellen gepresenteerd.⁴ Elk model heeft voor- en nadelen, mede af-

A. de Veer

Thuiszorg is een vorm van multidisciplinaire zorg. Al heel lang bestaan er hometeams, die de coördinatie van deze zorg structureel regelen. Over het inhoudelijk functioneren van deze hometeams is echter weinig bekend. Vanuit het Nivel is daar nu onderzoek naar gedaan, waarvan hier een verslag.

hankelijk van de plaatselijke omstandigheden (zoals de aanwezigheid van een ziekenhuis). Eén van de organisatie-modellen lijkt sterk op het huidige hometeam. In de notitie 'Thuiszorg in de Jaren '90' wordt van overheidszijde ingegaan op de vraag hoe vorm kan worden gegeven aan thuiszorg.⁵ Het bestaan van hometeams wordt in die notitie slechts zijdelings genoemd.

ONDERZOEK

Er is weinig bekend over het inhoudelijk functioneren van hometeams. Dit artikel beoogt daarin meer inzicht te bieden.

In de eerste plaats zijn we geïnteresseerd in de problematiek die tijdens het hometeam-overleg wordt besproken. Voor een belangrijk gedeelte gaat het overleg over de zorg voor individuele patiënten. Uit een onderzoek van Van Beugen, Jonker en Konings bij 220 hometeams bleek het houden van patiëntbesprekingen het meest genoemde doel (nagestreefd door 97% van de teams).⁶ Er is echter nauwelijks informatie over het aantal patiënten en het type patiënten dat in zo'n overleg wordt besproken. In de tweede plaats gaan we na in hoeverre het voor het hometeam-overleg van belang is dat de verschillende disciplines voor dezelfde groep patiënten werken. De doelpopulaties van instellingen voor maatschappelijk werk, kruisorganisaties en huisartsen vallen in de regel niet samen. Een slechte afstemming van doelpo-

pulaties vormt een knelpunt voor samenwerking. Er is weinig feitelijk materiaal over het belang van afstemming. Daarom wordt tevens onderzocht of de overlap van de doelpopulaties van de huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers van invloed is op het aantal patiënten dat in een overleg wordt besproken.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van materiaal dat in 1990 is verzameld in het kader van de Nivelregistratie van eerstelijns-samenwerkingsverbanden. Voordat we ingaan op de patiënten die in het hometeam worden besproken en de invloed van de afstemming van de werkgebieden hierop, gaan we kort in op de wijze waarop de hometeams worden geregistreerd en op de vergaderfrequentie van de teams.

Sinds 1985 registreert het Nivel alle hometeams in Nederland. Bij aanvang van de registratie is een werkdefinitie geformuleerd, die ook nu nog wordt gehanteerd.⁷ Een hometeam is een samenwerkingsverband zonder gemeenschappelijke huisvesting met minimaal een huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker. Zij overleggen gezamenlijk met een vaste regelmaat, tenminste maandelijks. Het overleg is (mede) gericht op de directe hulp aan individuele patiënten of cliënten. De teams worden via de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening opgespoord. Vervolgens vult de contactpersoon van elk team (meestal een maatschappelijk werkende of een huisarts) een vragenlijst in. De steeds terugkomende vragen over de samenstelling van het team, de overlegfrequentie en de werkgebieden van de drie kerndisciplines. In 1990 is tevens gevraagd hoeveel patiënten er gemiddeld per bijeenkomst worden besproken en welke aandoeningen/problemen de, tijdens het laatste overleg besproken, patiënten hadden. De medewerking was goed; de antwoorden op vragenlijsten die niet waren teruggestuurd konden telefonisch worden verkregen.

UITKOMSTEN

Kenmerken hometeams

In 1990 zijn er 460 hometeams geregistreerd.⁸ Tot 1988 is er een stijgende trend in het aantal hometeams (van 391 in 1985 tot 461 in 1988). Daarna is het aantal hometeams gestabiliseerd (1989: 459 teams).

Een niet onaanzienlijk deel van de Nederlandse eerste lijn werkt samen in een hometeam. In 1990 namen 1.087 huisartsen deel aan een hometeam: dit is 16% van het totaal aantal huisartsen in Nederland. Er zitten ongeveer 600 maatschappelijk werkenden (23% van het totaal aantal maatschappelijk werkenden) en 939 wijkverpleegkundigen in hometeams (ongeveer 12% van alle wijkverpleegkundigen). Daarnaast zitten er 528 gezinsverzorgenden en 113 fysiotherapeuten in hometeams. Andere deelnemende disciplines zijn soms ziekenverzorgenden, pastoraal werkers, gemeentelijke sociale diensten, RIAGG's en ouderenwerk. Kwantitatief gezien is het hometeam dus een belangrijk verschijnsel in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Vergaderfrequentie en patiëntgebonden overleg

Volgens de in de Nivel-registratie gehanteerde criteria voor een hometeam, komen de leden van een hometeam minstens elke maand bijeen. Indien men minder frequent vergadert wordt het team geregistreerd als een op een hometeam lijkend samenwerkingsverband. Uit *tabel 1* blijkt dat 65% van de hometeams maandelijks vergadert. De overige 35% komt vaker bij elkaar. Een klein gedeelte van de teams (9%) vergadert zelfs elke week. In ruim tweederde van de hometeams wordt doorgaans tijdens het overleg aandacht besteed aan de zorg voor individuele patiënten (*tabel 2*). Er zijn 53 hometeams waar slechts af en toe multidisciplinair patiëntgebonden overleg plaatsvindt. Het blijkt dat in deze teams de hulpverleners vaker bilateraal overleggen (*tabel 3*).

Aantal besproken patiënten

Het aantal patiënten dat gemiddeld per bijeenkomst wordt besproken varieert sterk per team: 38 teams (9%) bespreken gemiddeld slechts één patiënt per bijeenkomst; bij één team werden daarentegen ongeveer 22 patiënten per bijeenkomst besproken.

Tabel 1. Vergaderfrequentie van hometeams.

frequentie	aantal	%
wekelijks	41	9
eenmaal per twee weken	102	22
eenmaal per drie weken	16	4
eenmaal per vier weken/maandelijks	301	65

Tabel 2. Multidisciplinair patiëntgebonden overleg.

frequentie	aant.*	%
af en toe	53	12
regelmatig	94	20
vaak/altijd	311	68

* Van één hometeam is de vergaderfrequentie onbekend.

Tabel 3. Samenhang multidisciplinair patiëntoverleg en bilateraal overleg in hometeams.

frequentie multidisciplinair overleg	bilateraal patiëntgebonden overleg	
	ja	nee
af en toe	98%	2%
regelmatig	78%	22%
vaak/altijd	63%	37%

Tabel 4. Samenhang tussen de afstemming van werkgebieden en het aantal patiënten dat in het hometeam-overleg wordt besproken.

afstemming	aantal hometeams*	aantal patiënten (per week)**
tenminste één discipline werkt (wijk)praktijkgebonden	66	3,69
identieke werkgebieden	144	2,07
elkaar omsluitende werkgebieden	125	1,63
ongelijke werkgebieden, overige teams	109	1,55

* Van 16 hometeams is de informatie over de werkgebieden onvoldoende om de afstemming te bepalen.

** F (3, 440) = 18,96; < 0,001.

Tabel 5. Aandoeningen/problemen van de besproken patiënten (n = 1.611).

probleem	aantal	%*
CARA	57	4
kanker	202	13
hartaandoeningen	74	5
diabetes	53	3
gewrichtsaandoeningen	70	4
lichamelijke handicaps	196	12
terminale zorg	217	13
dementie	257	16
psychische problematiek	477	30
sociale problematiek	448	28
andere problemen	191	12

* Het totaal is meer dan 100% doordat het mogelijk was om meerdere problemen voor één patiënt aan te kruisen.

Dit grote aantal patiënten is echter een uitzondering; het overgrote gedeelte van de teams (92%) bespreekt doorgaans tien of minder patiënten tijdens een vergadering. Het aantal patiënten dat wordt besproken in alle hometeams is gemiddeld bijna zes per bijeenkomst.

Dit getal zegt echter minder als men bedenkt dat sommige teams wekelijks bij elkaar komen terwijl andere teams maandelijks overleggen. Daarom hebben we ook voor elk team berekend hoeveel patiënten er per week worden besproken. Dus als een team gemiddeld tien patiënten per bijeenkomst bespreekt en dit team vergadert tweewekelijks, dan is het aantal patiënten op weekbasis voor dit team gelijk aan vijf. Op deze manier kunnen we constateren dat er per week gemiddeld twee patiënten per hometeam worden besproken.

Afstemming werkgebieden

Om te kunnen samenwerken zouden de hulpverleners van de kerndisciplines (huisarts, maatschappelijk werk, wijkverpleging) een groot gedeelte van hun patiënten gemeenschappelijk moeten hebben. Als de werkgebieden onvoldoende overlappen, is samenwerking ten behoeve van de zorg voor individuele patiënten niet zinvol. Als de werkgebieden hetzelfde zijn werkt men voor dezelfde patiëntenpopulatie, waardoor er een basis is voor samenwerking.

We mogen veronderstellen dat de hulpverleners van de verschillende disciplines in een hometeam gemeenschappelijke patiënten hebben. Desondanks varieert de mate waarin de werkgebieden overeenstemmen tussen de hometeams onderling. We willen nagaan in hoeverre de overlap van werkgebieden invloed heeft op het aantal patiënten dat in het hometeamoverleg wordt besproken. Daarbij kijken we naar de mate waarin het werkgebied van de huisarts overeenkomt met het werkgebied van de maatschappelijk werkenden in het hometeam en met het werkgebied van de wijkverpleegkundigen in het hometeam. Een grote afstemming wordt bereikt als de maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen uitsluitend werken voor patiënten van de huisartsen in het hometeam ((wijk)praktijkgebonden werken). Als er niet (wijk)praktijkgebonden wordt gewerkt maar de drie disciplines werk-

zaam zijn in het zelfde gebied (bijvoorbeeld een stadswijk of een niet al te grote plaats), spreken we van identieke werkgebieden. Deze teams en de teams waar (wijk)praktijkgebonden wordt gewerkt bezitten voorwaarden voor samenwerking die vanuit de afstemming gezien gunstig lijken. Het is ook mogelijk dat de werkgebieden niet identiek zijn maar elkaar omsluiten (het kleinere gebied ligt dan volledig in het grote gebied). Dit is een minder ideale afstemming dan wanneer alle gebieden identiek zijn, maar het is gunstiger dan wanneer we het vergelijken met de hometeams waarbij de werkgebieden van de teams elkaar slechts gedeeltelijk overlappen. In dit laatste geval spreken we van ongelijke werkgebieden. Indien één discipline niet (wijk)praktijkgebonden werkt, moet er sprake zijn van identieke of elkaar omsluitende werkgebieden om in de categorie '(wijk)praktijkgebonden' te vallen; in alle andere gevallen valt het team in de categorie 'overige teams'. Er is een duidelijke samenhang tussen het aantal patiënten dat wordt besproken en de mate waarin de werkgebieden zijn afgestemd (tabel 4). In hometeams waar de maatschappelijk werkenden en/of de wijkverpleegkundigen (wijk)praktijkgebonden werken worden minstens tweemaal zoveel patiënten besproken als in hometeams met een slechte afstemming. Bij teams met identieke werkgebieden worden beduidend méér patiënten besproken dan bij teams met sterk overlappende of ongelijke werkgebieden. Daarentegen worden er weer beduidend meer patiënten besproken in teams waar (wijk)praktijkgebonden wordt gewerkt. Dit onderstreept het belang van het streven naar een zo groot mogelijke afstemming. Deze kan onder meer worden bereikt, wanneer maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen zich uitsluitend richten op patiënten van een beperkt aantal huisartsen.

Typering besproken patiënten

Tenslotte is gevraagd een typering te geven van de in het laatste overleg besproken patiënten. Daarbij werden de in tabel 5 vermelde categorieën genoemd. De problemen van 1.611 patiënten werden ingevuld. Het was mogelijk meer aandoeningen/problemen per patiënt aan te geven. Bij 27% van

de gevallen werden meer dan één categorie aangekruist. Er is vaak sprake van een chronische aandoening (met name kanker, lichamelijke handicaps ten gevolge van bijvoorbeeld een hersenbloeding, de ziekte van Parkinson en dementie).

In 13% van de casussen is er sprake van het organiseren van terminale zorg. Bij bijna eenderde van de patiënten spelen psychische en/of sociale problemen een rol. Veel contactpersonen merken op dat het voornamelijk oudere patiënten zijn die worden besproken. Dit bleek ook uit de wijze waarop de categorie 'anders, namelijk . . .', werd ingevuld: bij 53 van de 191 patiënten waarbij deze categorie werd genoemd, was ingevuld dat het ging om 'ouderenproblematiek' of 'zorg voor ouderen'.

CONCLUSIES

Het totaal aantal hometeams is de laatste jaren gelijk gebleven. Deelnemers van de hometeams zien elkaar meestal maandelijks. In de meeste hometeams komt in (bijna) elke plenaire bijeenkomst de zorg voor individuele patiënten ter sprake. Naast deze plenaire bijeenkomsten wordt er regelmatig bilateraal over patiënten gepraat.

Veel patiënten die in een hometeam-overleg worden besproken hebben een chronische aandoening. Hometeams lijken sterk gericht op psychische en sociale problemen: bij bijna eenderde van de patiënten speelt deze problematiek een rol. Daarbij moet men echter in het oog houden dat de vragenlijst vaak door de maatschappelijk werkende werd ingevuld. Als men problematiek, waarbij men zelf als hulpverlener direct is betrokken beter onthoudt, kan het aantal patiënten met psychische en sociale problemen in dit onderzoek overschat zijn.

Het blijkt dat de mate van afstemming van de werkgebieden van de drie kerndisciplines praktische consequenties heeft voor de zorgverleners. Bij een betere afstemming worden er meer individuele patiënten besproken. Hulpverleners in hometeams streven naar optimale interdisciplinaire zorg voor de patiënt in de thuis-situatie en dragen op deze manier bij tot het verwezenlijken van goede thuiszorg.

Een deel van de eerstelijnszorgverle-

ners is georganiseerd in hometeams. Als de afstemming van de werkgebieden goed is dan vormt het hometeam-overleg een middel om het monodisciplinaire zorgcircuit te doorbreken. De Scenariocommissie Eerstelijnszorg verwacht dat het hometeam in de landelijke gebieden een geschikte organisatievorm is voor het regelen van complexe thuiszorg. Het functioneren van een hometeam kan nog verder worden verbeterd door een aparte persoon in het team verantwoordelijk te stellen voor de zorgcoördinatie. In de verstedelijkte gebieden zijn hometeams, volgens de scenariocommissie, onvoldoende toegerust voor complexe zorgvragen. Voor het organiseren van complexe zorg is het van belang dat er wordt samengewerkt met een beperkt aantal hulpverleners. In verstedelijkte gebieden is de afstemming vaak problematisch, zodat de samenstelling van een passend zorgpakket overleg met (te) veel verschillende instanties vergt. Ook bij hometeams zien we, dat het rendement van het overleg (in termen van aantal besproken patiënten) groter is naarmate de werkgebieden beter zijn afgestemd. De conclusie van de scenariocommissie dat de omstandigheden in steden minder gunstig zijn voor de organisatie van thuiszorg vanuit hometeams, stemt overeen met het feit dat hometeams van oudsher vooral op het platteland en het verstedelijkt platteland voorkomen.⁹ Dit neemt niet weg dat bij de organisatie van thuiszorg deze hometeams niet mogen worden vergeten. Juist vanwege hun aandacht voor chronisch zieken en het regelmatig overleg rond deze categorie patiënten lijken de hometeams een goede basis voor de organisatie van thuiszorg.

Literatuur

1. Discussienota Substitutie in de gezondheidszorg. Zie term meer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1989.
2. Moons M, Kerkstra A, Picauty C. De zorgbehoefte ontleeft. Utrecht: Nivel, 1989.
3. Duijn J, Weerden A van. Protocol Begeleiding van de mantelzorg. Kwaliteit in de eerstelijnszorg 1990; 2 (3): 8-10.
4. Scenariocommissie Eerstelijnszorg. Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel I. Hoofdrapport. Utrecht: Nivel (in druk).
5. Thuiszorg in de jaren '90. Rijswijk: WVC, 1991.
6. Beugen M van, Jonker H, Konings J. Hometeams in Nederland. Diemen, 1990.
7. Boerma WGW. Home-team en gezondheidscentrum. Een vergelijking op algemene kenmerken. Medisch Contact 1986; 41: 1615-7.
8. Pool J. Home-teams 1990. Utrecht: Nivel (in druk).
9. Hessels EMA. Home-teams 1989. Utrecht: Nivel, 1990.

voor de chirurgische specialismen. Bij een groot onderzoek van Business Week onder vrouwelijke topmanagers bleek ook dat zij een door mannen gedomineerde cultuur als sterkste belemmering voor hun carrière ervoeren. Aan het ontbreken van gelijke kansen door slechte voorzieningen voor kinderopvang en dergelijke werd in verhouding hiermee minder belang toegekend.

CONCLUSIE

Uit de beschikbare literatuur komt naar voren, dat mannelijke en vrouwelijke artsen in de allereerste plaats arts zijn en pas daarna man of vrouw. Gegeven de weinig mensgerichte cultuur van de huidige klinische opleiding voor artsen moet dan ook de stelling van Eisenberg worden onder-

schreven, dat de instroom van vrouwen in de geneeskunde op zich weinig zal veranderen aan de tekortkoming van de huidige medische praktijkvoering. Zij stelt dat de karakteristieken van de vrouwelijke arts veel meer worden bepaald door opleiding en socialisatie dan door haar sekse. Voor het humaniseren van de geneeskunde dient de selectie van artsen te veranderen, de focus van de opleiding te worden verbreed en dienen vergoedingssystemen te worden geïntroduceerd die meer nadruk op communicatie met en aandacht voor de patiënt belonen.

Literatuur

Christie R, Merton RR. Procedures for the sociological study of values climate of the medical schools. *Journal of Medical Education* 1958; 13: 125-53.

Coombs RH. Mastering medicine: Professional socializa-

tion in medical school, New York: New York Free Press, 1978.

Eron LD. The effect of medical education on attitudes. *Journal of Medical Education* 1955; 30: 559-66.

Fox R. Training for uncertainty. In: *The student-physician* (ed. by Merton, RK, Reader G, Kendall P.) Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1957.

Groot L de. Pliable but not receptive: concerning the marginal role of a medical psychology course on the socialization process of doctors. *Medical Education* 1987; 21: 419-25.

Heins M, Hendricks J, Marindal L, Smock S, Stein M, Jacobs J. Attitudes of women and men physicians. *AJPH* 1979; 69: 1132-8.

Levinou W, Tolle SW, Lewis C. Women in academic medicine. *N Engl J Med* 1989; 321: 1511-7.

Light D. Uncertainty and control in professional training. *Journal of Health and Social Behavior* 1979; 20: 310-22.

Martens ALJE. Cijfers over vrouwelijke artsen. *Medisch Contact* 1990; 46: 1369-71.

Stegeman JH. Meer vrouwen in de geneeskunde. *Medisch Contact* 1990; 46: 1371-4.

Roeske A, Lake K. Role models of women medical students. *Journal of Medical Education* 1977; 52: 459-66.

Man/Vrouw maakt het uit?

Huisarts (M/V)

Het kleine verschil met de grote gevolgen

De klassieke dyade in het medisch consult bestaat uit een mannelijke arts en een vrouwelijke patiënt: zo is bijvoorbeeld nog steeds 87% van de zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland man,¹ terwijl ruim 60% van de patiënten die hun huisarts bezoeken vrouw is.² Overigens is op termijn wel een kentering te verwachten in de ongelijke verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, aangezien er sinds een aantal jaren een sterke toename is van het aantal vrouwen in het medisch onderwijs, met name ook in de beroepsopleiding tot huisarts.³

Met de toename van het aantal vrouwen in het medisch onderwijs en de medische praktijk is ook de belangstelling toegenomen voor de plaats en positie van de vrouw in de medische beroepsgroep; het KNMG-RL-congres: 'Man/Vrouw maakt het uit? Loopbaan en opleiding in de medische professie' was daar een mooi voorbeeld van. Die belangstelling komt onder meer tot uiting in een algemeen pleidooi voor

Jozien Bensing, Atie van den Brink-Muinen en Dinny de Bakker

Vrouwelijke patiënten kiezen, als ze er de kans toe krijgen, voor een vrouwelijke huisarts. Vrouwelijke huisartsen krijgen met andere gezondheidsproblemen te maken dan hun mannelijke collega's. Vrouwelijke en mannelijke huisartsen kijken ook verschillend tegen klachten aan. Het kleine verschil heeft ook hier grote gevolgen. Een bericht uit het Nivel.

meer vrouwelijke huisartsen, onder andere om de kwaliteit van de hulpverlening bij typische 'vrouwenproblemen' (zoals menstruatie- en menopauze problemen) te verhogen en om vrouwelijke patiënten de gelegenheid te geven voor een vrouwelijke huis-

arts te kiezen, als zij daar behoefte aan hebben.

Uit wetenschappelijk oogpunt is het interessant de geldigheid van een dergelijk pleidooi te toetsen. Daarom heeft het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) het materiaal van de Nationale Studie van Ziekten en Verichtingen in de Huisartspraktijk geanalyseerd op systematische verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen.

ONDERZOEKSVRAGEN

De analyses hebben plaatsgevonden aan de hand van drie onderzoeksvragen:

1. Kiezen vrouwelijke patiënten voor een vrouwelijke huisarts wanneer ze daar de kans voor krijgen?
2. Worden aan vrouwelijke huisartsen andere gezondheidsproblemen voorgelegd dan aan mannelijke huisartsen?
3. In hoeverre verschilt de praktijk

van de hulpverlening van vrouwelijke en mannelijke huisartsen?

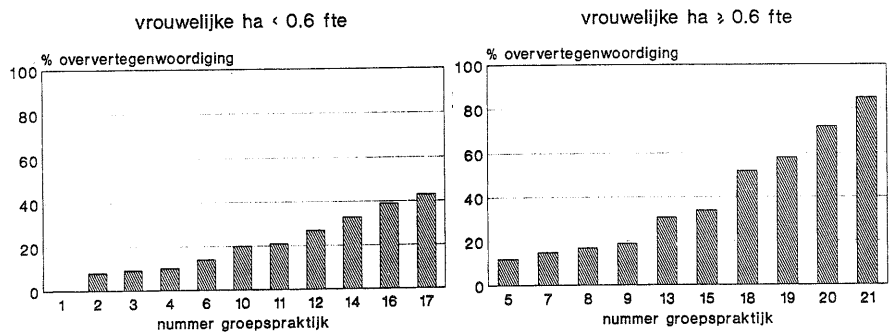
METHODE

In de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk hebben 161 huisartsen, werkzaam in 103 praktijken verspreid door heel Nederland, gedurende drie maanden alle contacten met hun patiënten uitvoerig gedocumenteerd.⁴ Naast patiëntkenmerken en consultkenmerken werd informatie verzameld over de reden van contact, de door de arts gestelde diagnose, al zijn diagnostische en therapeutische interventies en zijn verwijzingen naar of overleg met andere hulpverleners in eerste of tweede lijn.

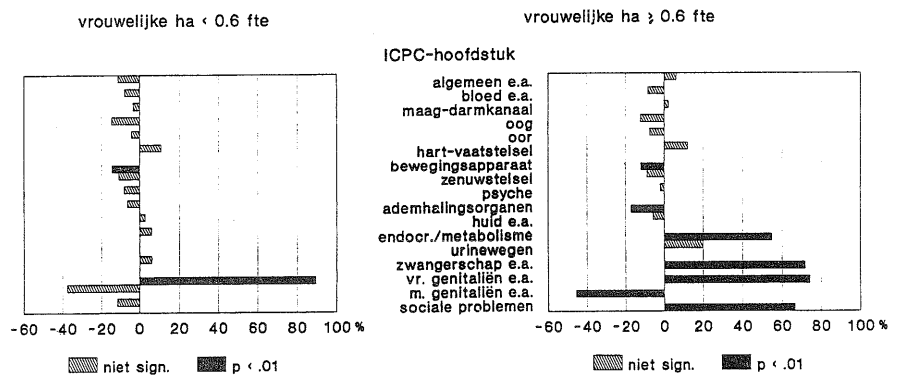
Op basis van de onderzoeksvragen is uit de praktijken die aan de Nationale Studie hebben deelgenomen een selectie gemaakt van alle meermanspraktijken waarin zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen praktizeren. Immers, alleen in deze praktijken bestaat er een reële mogelijkheid voor patiënten om te kiezen tussen een mannelijke en een vrouwelijke huisarts. Bovendien zijn door deze selectie allerlei structurele kenmerken waarvan bekend is dat ze invloed hebben op de medische consumptie, zoals de praktijksamenstelling, de urbanisatiegraad, sociale kenmerken van de buurt en de afstand tot het ziekenhuis, geëlimineerd.

Door deze selectie is onderzoeksmateriaal beschikbaar van 21 huisartspraktijken, met in totaal 23 vrouwelijke en 27 mannelijke huisartsen. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke (38,2 jaar) en vrouwelijke (41,8 jaar) huisartsen was niet verschillend. Aangezien veel vrouwelijke huisartsen part-time werken, en part-time werken als alternatieve verklaring zou kunnen gelden voor eventuele gevonden verschillen, is bij de presentatie van de resultaten steeds een onderscheid gemaakt tussen vrouwen die minder dan 0,6 fte* werkzaam zijn en vrouwen die minimaal 0,6 fte werkzaam zijn; deze twee groepen worden in het vervolg respectievelijk 'part-timers' en 'full-timers' genoemd. In dit artikel wordt uitsluitend gerapporteerd over de spreekuurcontacten (n=47.254). De morbiditeitsgegevens

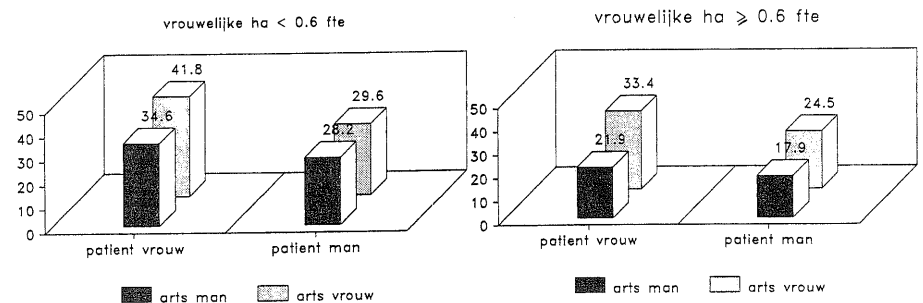
Figuur 1. Oververtegenwoordiging vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 2. Oververtegenwoordiging vrouwelijke gezondheidsproblemen bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 3. Percentage consulten langer dan 10 minuten.



zijn direct gestandaardiseerd naar leeftijd. Bij de analyse van de gegevens over de verrichtingen van de huisarts heeft bovendien een standaardisatie naar morbiditeit plaatsgevonden.

RESULTATEN

Kiezen vrouwen een vrouwelijke huisarts?

De eerste onderzoeksvraag is kort te

beantwoorden. Er komen in het algemeen meer vrouwen dan mannen bij de huisarts; dat geldt zowel voor mannelijke als voor vrouwelijke huisartsen. Gemiddeld is 62% van alle spreekuurbezoekers vrouw. Echter: bij de mannelijke huisartsen is dit percentage gemiddeld slechts 55%, tegen 71% bij de vrouwelijke huisartsen; vrouwelijke huisartsen krijgen dus relatief meer vrouwelijke patiënten op hun spreekuur.

* fte = full-time equivalent

In *figuur 1* is de oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen voor iedere individuele groepspraktijk grafisch weergegeven: links voor die praktijken waarin de vrouwelijke arts half-time of minder werkzaam is; rechts voor die praktijken waarin de vrouwelijke huisarts het grootste deel van de werkweek aanwezig is.

In geen enkele praktijk heeft de mannelijke arts relatief meer vrouwelijke patiënten dan zijn vrouwelijke collega die in dezelfde praktijk werkzaam is. In alle praktijken op één na ziet de vrouwelijke arts significant meer vrouwelijke patiënten dan haar mannelijke collega, en in die ene praktijk waar dat niet het geval is, werkt de vrouwelijke arts slechts één dag per week. De verschillen zijn het grootst in die praktijken waarin de vrouwelijke arts (nagenoeg) full-time werkzaam is.

Dus: vrouwelijke patiënten kiezen inderdaad voor een vrouwelijke huisarts, als zij daar de kans voor krijgen. En: zij doen dat meer naarmate die kans reëler is.

Zien vrouwelijke huisartsen andere gezondheidsproblemen?

Krijgen vrouwelijke huisartsen ook andere gezondheidsproblemen voorgeschoteld dan hun mannelijke collega? Om dit na te gaan zijn alle gepresenteerde gezondheidsproblemen gecodeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC). De over- of ondervertegenwoordiging

Tabel 1. Arts-effect, patiënt-effect en gecombineerd arts-patiënt-effect op de gestateerde verschillen in morbiditeit.

	♀ ha < 0,6 fte		♀ ha ≥ 0,6 fte	
	patiënt	arts	patiënt	arts
bewegingsapparaat	♂	♂	♂	♂
ademhalingsorganen			♂	♂
endocr./metabol.			♀	♀
zwangerschap			♀	♀
vr. genitaliën	♀	♀	♀	♀
m. genitaliën			♂	♂
sociale problemen ...			♀	♀

van bepaalde soorten gezondheidsproblemen is in *figuur 2* grafisch weergegeven.

Bij de part-time werkende vrouwelijke huisartsen zijn weinig in het oog springende verschillen: deze vrouwelijke huisartsen zien vooral meer problemen van het vrouwelijk genitaal systeem en iets minder problemen van het bewegingsapparaat dan hun mannelijke collega. Bij de full-time werkende vrouwelijke huisartsen zijn de verschillen veel prominenter: behalve de te verwachten oververtegenwoordiging van anticonceptieconsulten en andere typische vrouwenproblemen, ziet de vrouwelijke arts hier ook significant meer endocriene of metabole problemen (waaronder alle voedingsstoornissen) én veel meer sociale problemen. Zij ziet significant minder problemen van het mannelijk

genitaal systeem, minder bewegingsstoornissen en minder ademhalingsstoornissen.

Deze verschillen zijn slechts gedeeltelijk te verklaren door het feit dat vrouwelijke huisartsen relatief meer vrouwen (en dus minder mannen) op hun spreekuur krijgen. Dat blijkt, wanneer we met behulp van een logistische regressieanalyse nagaan wat de effecten zijn van respectievelijk het geslacht van de arts en het geslacht van de patiënt en van hun onderlinge samenwerking. De significante effecten staan in *tabel 1* aangegeven.

Of problemen rond het mannelijk genitaal systeem in het spreekuur aan de orde komen, wordt bijvoorbeeld uitsluitend door de sekse van de patiënt bepaald. Anders ligt dit bij de endocriene en metabole problemen (de voedingsstoornissen) en bij de so-

Tabel 2. Percentage consulten met specifieke interventies, naar sekse van huisarts en patiënt.

	♀ ha < 0,6 fte				♀ ha ≥ 0,6 fte				totaal %
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
eigen diagnostiek	76.2	74.0	73.2	72.1	77.2	76.1	75.6	74.2	75.0
externe diagnostiek	6.1	6.6	8.8	11.7**	5.6	7.3**	7.5	8.9**	7.8
gespreksvoering:									
passief/luisteren	14.2	18.9**	16.6	18.7*	9.7	17.4	10.4	15.9**	14.2
actief/exploreren	17.4	15.5	20.1**	15.5	12.9	20.5	13.5	17.3**	16.4
geruststellen	15.7	13.4	17.6**	13.0	17.5	10.4	18.4**	11.0	15.3
informatie over:									
gezondheidsproblemen/									
behandeling	38.6	51.4**	38.3	45.6**	49.4**	38.6	46.6**	34.3	41.8
GVO	3.2	5.3**	3.5	5.6**	4.3	3.8	4.1	4.3	4.1
afwachten	5.1	4.9	4.2	4.2	5.9	5.0	5.6*	4.7	5.0
adviseren over leefstijl	3.0	5.2*	2.4	4.1*	3.3	2.7	1.8	2.4*	2.7
med. techn. interventies	9.5**	6.3	5.6	4.9	8.9	7.6	6.6**	4.9	6.7
voorschrijven	41.2	41.0	44.0**	39.3	42.5*	39.7	46.6**	43.2	43.1
verwijzen eerste lijn	4.4	4.3	3.6	2.9	3.9	4.7	3.4	4.0	3.8
verwijzen tweede lijn	6.5	5.7	4.9	5.3	6.2	5.8	4.6	5.1	5.4
overleg	1.6	2.9*	1.2	2.3**	1.5	1.7	0.8	1.1	1.3
N	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254

* p < .01 ** p < .001

Tabel 3. Consultkenmerken naar sekse van arts en patiënt.

	♀ h < 0,6 fte				♀ ha ≥ 0,6 fte				totaal %
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
OORDEEL VAN AARD KLACHT									
% psychosociaal	23.9	35.8**	29.0	41.1**	31.6	31.5	33.8	33.8	31.2
% onzeker	9.3	16.4**	9.6	15.9**	10.7	14.8**	10.3	14.0**	15.2
N	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254
TYPE CONSULT									
% eerste consult	44.6	45.2	41.9	43.8	49.6**	45.8	48.4**	44.9	45.6
% op initiatief patiënt	62.7	71.1**	63.1	70.6**	74.1**	69.6	75.7**	73.3	69.1
% vervolgspraak	69.5	68.2	72.6*	70.2	58.6	66.8**	57.7	66.0**	65.7

* p < .01 ** p < .001

cialen problemen: hier is het vooral de sekse van de arts die bepaalt of dit type problemen op het spreekuur aan de orde komt. Dit betekent, dat bij vrouwelijke huisartsen significant vaker over sociale problemen wordt gesproken, zowel door vrouwelijke als door mannelijke patiënten. Datzelfde geldt voor de endocriene en metabole stoornissen: in de dyade mannelijke arts-mannelijke patiënt wordt significant minder over dit type problemen gesproken dan in alle andere dyades. Mannen praten niet met elkaar over eetproblemen! Het is overigens ook opvallend, dat in de meeste gevallen de sekse van de arts en de sekse van de patiënt elkaar lijken te versterken. Er is dus in zekere zin sprake van een *attributie-effect*: de huisarts krijgt de patiënten die hij of zij verdient; de patiënt kiest de huisarts die bij hem of haar past.

Verschillen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in hun handelwijze?
 Verschillen vrouwelijke en mannelijke huisartsen ook van elkaar in wat ze doen: in hun verrichtingen in de wijze waarop ze hun consulten managen? Laten we beginnen met het belangrijkste wat de huisarts aan de patiënt te bieden heeft: zijn *tijd*. Gemiddeld duurt een huisartsenconsult in Nederland ruim 8 minuten. Ongeveer 27% à 28% van de consulten duurt langer dan tien minuten. In *figuur 3* is het percentage consulten dat langer duurt dan 10 minuten grafisch weergegeven voor respectievelijk de part-timers (links) en de full-timers (rechts). Drie dingen vallen op in deze grafieken:

- Part-time werkende artsen hebben meer lange consulten dan full-time werkende artsen.
 - Vrouwelijke huisartsen hebben meer lange consulten dan mannelijke huisartsen.
 - Vrouwelijke patiënten hebben meer lange consulten dan mannelijke patiënten.
- Als een gecombineerd effect hebben part-time werkende vrouwelijke huisartsen in consulten met vrouwelijke patiënten bijna 2,5 zoveel consulten die langer dan tien minuten duren, vergeleken met hun tegenpolen: mannelijke full-timers met mannelijke patiënten.

Ook het *verrichtingenprofiel* ziet er in een aantal opzichten anders uit wan-

Tabel 4. Huidige werkzaamheden en preferenties van nog niet zelfstandig gevestigde huisartsen.

PRAKTIJKZOEKERS	♂	♀
huidige functie >40 u p/w	63,8%	18,5%
preferentie:		
loondienst/assistent	25,2%	59,6%
meermanspraktijk	63,7%	83,2%
< 2.000 patiënten	27,9%	54,4%
WAARNEMERS	♀	♂
laatste functie > 40 u p/w	66,9%	39,3%
meermanspraktijk	36,7%	50,9%
preferentie		
> 40 u p/w	57,1%	24,0%
meermanspraktijk	32,0%	79,1%

neer we vrouwelijke en mannelijke huisartsen met elkaar vergelijken (zie *tabel 2*): Full-time werkende vrouwelijke huisartsen laten meer laboratoriumonderzoek doen en lossen meer problemen op door middel van een gesprek, soms als praatpaal, maar ook actief/explorerend. Zij doen minder medisch-technische verrichtingen, schrijven minder medicijnen voor, stellen de patiënt minder vaak gerust en geven wat minder informatie. De gegevens over de part-time werkende vrouwelijke huisartsen bevestigen in grote lijnen dit beeld, met één opmerkelijke uitzondering: deze groep huisartsen geeft veel meer informatie, algemene gezondheidsvoorlichting en adviezen over leefstijl en leefgewoonten. Deze resultaten zijn in overeenstemming met die van *figuur 3*: praten met patiënten kost nu eenmaal meer tijd dan het voorschrijven van een recept of het simpelweg geruststellen van een patiënt. Ook de *attitudes* van de huisartsen en de wijze waarop ze tegen klachten aankijken is duidelijk verschillend voor mannelijke en vrouwelijke artsen. Mannelijke artsen zijn (volgens de huisartsenquête) instrumenteler ingesteld: ze hebben meer affiniteit met medische technieken, ze hebben een bredere taakopvatting op somatisch gebied en voelen zich op dat gebied ook competentier dan hun vrouwelijke collegae. Daarentegen beoordelen met name de part-time werkende vrouwelijke huisartsen de gezondheidsproblemen van hun patiënten opmerkelijk veel vaker in een psychosociale context (zie *tabel 3*). Ook blij-

ken vrouwelijke artsen (volgens de cijfers uit *tabel 3*) vaker onzeker over de juistheid van hun diagnose. Wellicht dat dit ook het hogere percentage laboratoriumaanvragen verklaart. Misschien is het overigens beter om te zeggen dat vrouwelijke artsen eerder dan mannelijke huisartsen geneigd lijken hun onzekerheid te erkennen. De wijze waarop huisartsen hun spreekuur managen wordt in *tabel 3* weergegeven aan de hand van drie indicatoren: a. Wie nam het initiatief tot het contact? b. Is het een eerste consult of een herhaalconsult? c. Wordt het consult afgesloten met het maken van een nieuwe afspraak? Uit de resultaten van de groep huisartsen die full-time werkt blijkt een zekere consistentie in de wijze waarop vrouwelijke en mannelijke artsen hun spreekuur managen: full-time werkende vrouwelijke huisartsen bestellen hun patiënten vaker terug, hebben dientengevolge ook meer herhaalcontacten en minder consulten op initiatief van de patiënt. Het lijkt erop dat deze groep vrouwelijke huisartsen (al dan niet omdat ze bang zijn de juiste diagnose te missen) wat actiever is in het realiseren van continuïteit van zorg. Dat geldt overigens duidelijk niet voor de part-timers.

Dat tenslotte de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen er al heel vroeg in zitten, bleek uit een onlangs door het Nivel gehouden onderzoek onder pas afgestudeerde huisartsen die zich nog niet hadden gevestigd.⁵ Enkele interessante verschillen tussen de mannelijke en de vrouwelijke alumni zijn te vinden in *tabel 4*: Slechts ruim 18% van de vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen werkt momenteel in een full-time baan, tegen bijna 64% van hun mannelijke leeftijdgenoten. Bij het zoeken van een praktijk gaat hun voorkeur duidelijk vaker uit naar een baan in loondienst of als assistent, het liefst in een meermanspraktijk en bij voorkeur met een praktijkgrootte die onder de 2.000 ligt. Vrouwelijke waarnemers hebben in hun meest recente waarneming ook vaker part-time en in een meermanspraktijk gewerkt dan hun mannelijke collegae. Als hun naar hun preferenties voor de eerstvolgende waarneming wordt gevraagd, liggen de verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke waarnemers zelfs nog verder uit elkaar.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Het is duidelijk: er zijn systematische verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, die niet zonder meer kunnen worden wegverklaard door andere factoren. Hiermee is overigens nog niets gezegd over de vraag of de gevonden verschillen vooral moeten worden toegeschreven aan de biologie, de sociologie of de psychologie van de vrouwelijke respectievelijk de mannelijke arts: een dergelijke uitspraak zou nader onderzoek vragen.

Ook op andere fronten is er nog werk aan de winkel, want de in dit artikel gepresenteerde gegevens geven weliswaar aanleiding tot enkele concrete aanbevelingen, maar ze leveren vooral ook veel discussiepunten op, waarover de huisartsenberoepsgroep zich nader zou moeten buigen.

Een duidelijke aanbeveling die op basis van dit onderzoek mag worden geformuleerd is, dat het in meermanspraktijken, of in de wat kleinere gemeenten waar een vacature voor een huisarts ontstaat, een bewust beleid zou moeten zijn te streven naar huisartsen van beiderlei kunne. Vrouwelijke patiënten blijken te kiezen voor een vrouwelijke huisarts, als ze daar de kans voor krijgen; hun zou die keuzemogelijkheid dan ook zo veel mogelijk moeten worden geboden. Mutatis mutandis moeten mannelijke patiënten uiteraard ook de gelegenheid hebben een man als huisarts te kiezen.

Maar dan? Mannelijke huisartsen voor mannelijke patiënten en vrouwelijke huisartsen voor vrouwelijke patiënten? Mannelijke huisartsen voor de meer technische gezondheidsproblemen (bewegingsapparaat, ademhalingsstoornissen) en vrouwelijke huisartsen voor de zachtere gezondheidsproblemen (voedingsstoornissen en relatieproblemen)? Mannelijke huisartsen als *doe-dokters*, en vrouwelijke huisartsen als *praat-dokters*? Waar moet dat heen met het oude, en uiterst waardevol gebleken concept waar de huisarts lange tijd zijn identiteit aan ontleende: de continue, integrale, persoonlijke zorg voor de patiënt en zijn gehele gezin? In welke mate willen wij nog vasthouden aan dit concept? Of willen we toe naar een huisartsgeneeskunde die zorg op maat levert, geheel toegesneden op

de individuele wensen van de patiënt, hetgeen als ultieme consequentie kan hebben dat er op verschillende momenten verschillende dokters van verschillende sekse bij één gezin over de vloer komen? Of moeten mannelijke artsen wat vrouwelijker worden en vrouwelijke artsen wat mannelijker, opdat iedereen uiteindelijk beschikt over een breed gedragsrepertoire, waaruit de arts datgene kan putten wat hij/zij voor een specifieke patiënt nodig heeft? Of erkennen wij dat er niet alleen tussen patiënten maar ook tussen artsen, verschillen zijn en zullen blijven, ongeacht alle mogelijke nascholing? En realiseren wij ons voldoende dat de ultieme consequentie van een dergelijke acceptatie kan zijn, dat de klassieke huisarts, de generalist voor alles en iedereen, geleidelijk zou kunnen gaan verdwijnen? Ook het part-time-effect lijkt een nadere bestudering waard: Vrouwelijke huisartsen werken vaak part-time, en daar gaat ook duidelijk hun voorkeur naar uit. De door vrouwelijke alumni gewenste praktijkgrootte ligt 400 mensen lager dan bij hun mannelijke leeftijdgenoten. Uit de hier gepresenteerde onderzoeksresultaten blijkt dat part-timers zich op een aantal opvallende punten onderscheiden van hun full-time werkende vrouwelijke collega's: zij zijn sensitiever voor de psychosociale aspecten van de gezondheidsproblemen van de patiënt; zij besteden meer tijd aan de patiënt, tijd die voor een belangrijk deel wordt gevuld met gesprekken en het geven van allerlei soorten informatie en advies: allebei zeer belangrijk voor preventie en psychosociale hulpverlening, terreinen waarop de huisarts volgens allerlei onderzoek nogal eens te kort schiet. Betekent dit dat er meer part-timers moeten komen? Maar wat vinden we dan van de continuïteit van zorg, een punt waarop part-timers bijna per definitie, en ook blijkens dit onderzoek, een minder mooie score halen?

Al deze vragen zijn belangrijk, niet alleen voor de verdere emancipatie van de vrouwengezondheidszorg, maar tegelijkertijd ook voor de profilering van het huisartsenberoep voor de komende decennia. Hoe dan ook zullen er meer vrouwelijke huisartsen komen; die zitten immers al in de pijplijn. Maar wellicht is het verstandig dit proces enige sturing te geven.

Daarvoor is op sommige punten nader onderzoek nodig (bijvoorbeeld naar de consequenties en implicaties van deeltijdwerk), maar is het vooral belangrijk dat de beroepsgroep zelf discussieert en zich bezint op de resultaten van dit onderzoek. En – anders dan op de conferentie 'Man/Vrouw maakt het uit?' van de KNMG en de Maas-trichtse geneeskundefaculteit – zal dat dan niet alleen door vrouwen moeten gebeuren!

Literatuur

1. Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg, deel I. Utrecht: Nivel, 1990.
2. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
3. Martens ALJE. Cijfers over vrouwelijke artsen. Een blik in de toekomst. Medisch Contact 1990; 45 (46):1369-71.
4. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1991; 34 (2):51.
5. Pool JB. Cijfers uit de Registratie van Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg 1991. Nog niet gevestigde huisartsen: aantallen, vestigingsvoorkeuren en bereidheid tot waarnemen per 1-1-1991. Utrecht: Nivel, 1992.

Auteurs

Dr. J. Bensing, directeur van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) te Utrecht;
Drs. A. van den Brink-Muinen, onderzoeker Nivel; en
Dr. D. de Bakker, projectleider Nivel.