

PROGRAMMA EN SAMENVATTING BIJDRAGEN

symposium ONDERZOEK IN DE EERSTE LIJN

dinsdag 27 november 1984

Jaarbeurs Beatrixgebouw Utrecht

22 NOV. 1984



Inhoud

Ten geleide	3
Programma	4
Samenvatting onderzoeksvoordrachten	7
A. Samenwerking	9
B. ELGZ: structuur en beleid	12
C. Andere beroepen in de ELGZ	15
D. Huisartsgeneeskunde(deel 1)	18
E. Psychosociale problematiek	21
F. Fysiotherapie	24
G. Preventieve zorg	28
H. Relatie eerste en tweede lijn	32
I. Huisartsgeneeskunde(deel 2)	36
J. Consumenten	40
Adreslijst inleiders	44

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Postbus 812

3500 AV UTRECHT

telefoon: 030-31 99 46

2903

1000 1000

BIBLIOTHEEK NEDERLAND
HUISARTSEN INSTAAT
POSTBUS 812-8300 AV. U. RECHT



Wanneer op 27 november a.s. het symposium 'Onderzoek in de eerste lijn' plaatsvindt, zal dat de eerste keer zijn, dat onderzoekers op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg elkaar ontmoeten.

Tot dusver was het terrein ofwel smaller (de huisartsgeneeskunde) ofwel veel breder dan de eerste lijn (de gezondheidszorg). Als zodanig kan dit symposium gezien worden als een nieuwe mijlpaal in de ontwikkeling van de eerstelijns naar een eigen subsysteem van de gezondheidszorg met een steeds duidelijker identiteit, en ook - zoals uit dit symposiumprogramma blijkt - een beginnende eigen onderzoekstraditie.

Een deel van het programma is gewijd aan onderzoek binnen de afzonderlijke beroepsgroepen in de eerste lijn. Zoals te verwachten is neemt de huisartsgeneeskunde hier een belangrijke plaats in. Maar ook de fysiotherapie is ruim vertegenwoordigd. Een niet onaanzienlijk deel van het programma is gewijd aan meer algemene vraagstukken rond de eerstelijnsgezondheidszorg - samenwerking, structuur en beleid, relatie eerste en tweede lijn - of aan de hulpverlening binnen de eerste lijn - preventieve zorg, psychosociale problematiek - onderwerpen waar in principe iedere eerstelijnswerker mee te maken krijgt.

Al met al geven de 35 symposium-bijdragen een indruk van het brede scala aan eerstelijns-onderzoek dat op dit moment op diverse plaatsen in Nederland wordt verricht. Maar ook van de vele witte plekken die nog bestaan in dit jonge onderzoeksveld.

Op deze manier kan het symposium een werkplaats worden voor onderzoekers, beleidsmakers en veldwerkers, waar men met elkaar van gedachten kan wisselen over onderzoeksresultaten en ideeën kan opdoen voor verder onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een symbolischer manifestatie - ter afsluiting van het oude NHI en ter introductie van het nieuwe NIVEL - is nauwelijks denkbaar.

Wij heten u van harte welkom.

Mevrouw Drs. J.M. Bensing,
waarnemend directeur.

PROGRAMMA

- 09.00 - 09.30 uur Ontvangst deelnemers en koffie
09.30 - 09.45 uur Opening door mw. Drs. J.M. Bensing, waarnemend directeur NHI
09.45 - 10.15 uur Inleiding door de heer J. van Londen, directeur-generaal van de Volksgezondheid
10.15 - 10.45 uur Inleiding door Mr. Drs. J.P. Dopheide, NHI, stand van zaken in Nederland op het gebied van onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg
10.45 - 11.10 uur Koffie

vijf parallelzittingen:

Presentatie van onderzoeksresultaten en discussie

A. Samenwerking

- 11.15 - 11.40 uur Het home-team: van prototype naar realiteit Drs. G.R.P. Bruining
11.45 - 12.10 uur Patiëntenpopulaties van solisten en samenwerkende huisartsen Drs. D. Wijkel
12.15 - 12.40 uur Consulten van gezondheidscentra en solisten: een exploratief onderzoek naar verschillen Drs. F. Sanavro

B. ELGZ: structuur en beleid

- 11.15 - 11.40 uur Overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965-1985 W. Joling
11.45 - 12.10 uur Een jaar vestigingsbeleid van de LHV Drs. P.P. Groenewegen
12.15 - 12.40 uur Regionalisatie en planning in de gezondheidszorg Ir. H.J.B.M. Abeln

C. Andere beroepen in de ELGZ

- 11.15 - 11.40 uur Ontwikkelingen en perspectieven van kruisverenigingen Drs. M.H.J.M. Knapen
11.45 - 12.10 uur De opbouw en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen Drs. L. Hingstman
12.15 - 12.40 uur Een onderzoek naar medische consumptie bij de tandarts Drs. G. van Rossum

D. Huisartsgeneeskunde (1e deel)

- | | | |
|-------------------|---|------------------------------|
| 11.15 - 11.40 uur | CVA bij ouderen | Drs. C.S.M. Wachters-Kaufman |
| 11.45 - 12.10 uur | Overgewicht in relatie tot morbiditeit en subjectief welbevinden in vier huisartspraktijken | Ir. J.C. Seidell |
| 12.15 - 12.40 uur | Kwaliteit van de hulpverlening door huisartsen bij patiënten met vage klachten | Drs. M.M. Kuyvenhoven |

E. Psychosociale problematiek

- | | | |
|-------------------|--|----------------------|
| 11.15 - 11.40 uur | Omgaan met psychosociale problemen | Drs. W.C.M. Scheffer |
| 11.45 - 12.10 uur | Psychosociale problematiek en het zoeken van hulp bij de huisarts | Dr. C.M.H. Hosman |
| 12.15 - 12.40 uur | Herkenning, beloop en multi-axiale classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk: een onderzoeksvoorstel | Dr. J. Ormel |
| 13.00 - 13.55 uur | Lunch | |
- vijf parallelzittingen:
Presentatie van onderzoeksresultaten en discussie

F. Fysiotherapie

- | | | |
|-------------------|--|---------------------------|
| 14.00 - 14.25 uur | Huisarts en fysiotherapie | Prof.dr. J.D. Mulder Dzn. |
| 14.30 - 14.55 uur | Fysiotherapie 1979-1983, modelmatig bekeken | Drs. T. Soons |
| 15.00 - 15.25 uur | Thee | |
| 15.30 - 15.55 uur | Het gebruik van fysiotherapeutische zorg. Een analyse op basis van aangevraagde machtigingen | Dr. A.H.M. Kerkhoff |
| 16.00 - 16.25 uur | Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in Amsterdamse gezondheidscentra | Drs. C. van Dijkum |

G. Preventieve zorg

- | | | |
|-------------------|---|----------------------|
| 14.00 - 14.25 uur | Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in het werk van de huisarts en de wijkverpleegkundige | Drs. H. Adriaanse |
| 14.30 - 14.55 uur | Wat betekent de invoering van een preventief programma voor de huisartspraktijk | Drs. D.L.M. Schraven |
| 15.00 - 15.25 uur | Thee | |
| 15.30 - 15.55 uur | De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt? | Drs. L. de Witte |
| 16.00 - 16.25 uur | Wijkverpleging en GVO | Dr. G.J. Muskens |

H. Relatie eerste en tweede lijn

- 14.00 - 14.25 uur Het morbiditeitspatroon nu en in de toekomst: konsekwenties voor de huisarts? (*) J.W.G. Schellekens, arts
- 14.30 - 14.55 uur De opening van een ziekenhuis: gevolgen voor de taakafbakening door huisartsen t.o.v. specialisten Drs. F. Nijhout
- 15.00 - 15.25 uur Thee
- 15.30 - 15.55 uur Het verwijsgedrag van de huisarts en zijn relatie met medisch specialisten in het licht van preventie van somatische fixatie Drs. H. Mokkink
- 16.00 - 16.25 uur Voorschrijven en verwijzen Dr. D. Post

I. Huisartsgeneeskunde (deel 2)

- 14.00 - 14.25 uur Praktijkvoering en voorschrijfgedrag Dr. F.M. Haaijer-Ruskamp
- 14.30 - 14.55 uur De taken van de huisarts Drs. W.M. van Zutphen
- 15.00 - 15.25 uur Thee
- 15.30 - 15.55 uur Ziekte en sociale klasse Dr. J. van der Zee
- 16.00 - 16.25 uur Eerstelijns hulpverlening aan Marokkaanse patiënten in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden Drs. A. Tuinier

J. Consumenten

- 14.00 - 14.25 uur Wat verwachten patiëntenverenigingen van de ELGZ? Drs. G.J. Visser
- 14.30 - 14.55 uur Huishoudens met een gehandicapt gezinslid: hun aantal en situatie Drs. K.A. Gorter
- 15.00 - 15.25 uur Thee
- 15.30 - 15.55 uur Het functioneren van de eerstelijns hulpverlening in wijken met ernstige bodemverontreiniging W.B.A.M. Melief
- 16.00 - 16.25 uur Zieke dokters Dr. P. Lens
- 16.30 - 17.00 uur Slotbeschouwing door de heer J.P.M. Hendriks, voorzitter van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid
- 17.00 - 18.00 uur Borrel

(*) de voordracht ligt voor een deel op het vlak van de huisartsgeneeskunde.

SAMENVATTING

ONDERZOEKSVOORDRACHTEN

HET HOME-TEAM: VAN PROTOTYPE NAAR REALITEIT

Drs. G.R.P. Bruining, Katholieke Universiteit Nijmegen,
Prof.dr. M. van Beugen Sociale Pedagogiek en Andragogiek

Werken in een home-team heeft blijkbaar een grote aantrekkingskracht, gezien de hoge frekwentie waarin deze samenwerkingsvorm in de eerste-lijn voorkomt. De cijfers spreken duidelijke taal. De C.B.S. gegevens laten een groei zien van 493 home-teams in 1980 tot 530 in 1981 (Soc. Kult. Kwartaalbericht, 1983, nr. 4). Volgens een recentere registratie door de Joint (A.M.W. in beeld, 1982) waren er 602 home-teams in 1982. En er is geen enkele reden om aan te nemen dat deze snelle groei zich in de komende jaren niet zal voortzetten.

Desondanks is over het reilen en zeilen van home-teams uitermate weinig systematische informatie voorhanden. Onder het label 'home-team' blijkt bovendien een verscheidenheid aan vormen schuil te gaan. 'Het' home-team bestaat niet.

Ons onderzoeksproject, waarin we empirisch willen nagaan hoe een aantal home-teams funktioneert, start dan ook bij de theoretische konstruktie van een home-team. Dit model zal worden ontworpen door gebruik te maken van het (schaarse) empirische onderzoek van exploratieve aard m.b.t. home-teams en met behulp van ondermeer organisatiekundige en veranderingkundige theorie. Dit prototype van een home-team-in-werking zal, in intensieve samspraak met meerdere praktijksettings en binnen een ontwikkelingsproject, gemodificeerd en gespecificeerd worden in enkele varianten (werkmodellen) en getoetst worden op haar realiteitswaarde. De verwachting is dat hierdoor inzicht wordt verworven in werkmodellen die passend zijn op verschillende plaatselijke omstandigheden. Zowel tijdens als na de ontwikkeling van nieuwe c.q. bijsturing van bestaande home-teams zullen meerdere metingen worden uitgevoerd naar een aantal aspecten van het funktioneren van de verschillende home-team varianten in relatie tot hun (wenselijke) uitkomsten.

De theoretische betekenis van het onderzoek ligt vooral in de mogelijkheid om zo inzicht te verwerven in de wijze waarop een vernieuwingsconcept handen-en-voeten kan krijgen in de praktijk (implementatie). De praktische betekenis van een dergelijk onderzoek ligt in de mogelijkheid om tot aanwijzingen te komen ter verbetering van bestaande home-teams alsook bij de realisering van home-teams van-de-grond-af.

Konkreet worden met het onderzoek onder meer de volgende resultaten en produkten opgeleverd, die voor de praktijk van belang zijn:

- een omschrijving en afgrenzing van 'het home-team'
- zicht op de effectiviteit van verschillende home-team vormen
- een model ten dienste van de diagnose en actieplanning van funktionerende home-teams
- een draaiboek voor de ontwikkeling en bijsturing van (nieuwe) home-teams.

Het onderzoek, waarvan het ontwerp-gedeelte in volle gang is, werd voorafgegaan door een 'pilot study' betreffende het funktioneren van home-teams in Het land van Heusden en Altena en een exploratief onderzoek naar eerstelijns samenwerking op het platteland. Enige onderzoekgegevens zullen op het symposium naar voren worden gebracht en gerelateerd worden aan het boven geschetste onderzoek.

Drs. D. Wijkel, Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht

Het te presenteren onderzoek maakt deel uit van het onderzoeksproject 'Samenwerken en Verwijzen'.

Nadat in de eerste fase van het project is vastgesteld, dat verschillen in verwijscijfers tussen solo-artsen en samenwerkende artsen, niet verklaard worden door een aantal structurele variabelen zoals afstand tot het ziekenhuis en leeftijdsopbouw van de praktijk, wordt in de tweede fase onderzocht via welke mechanismes het verschil tot stand komt. Veel aandacht wordt daarbij geschonken aan de vraag op welke manier het samenwerken verwijsbeslissingen kan beïnvloeden.

Als een alternatieve verklaring voor de verschillen wordt de mogelijke selectie van patiënten in de samenwerkingsverbanden onderzocht.

Door critici van gezondheidscentra wordt de minder persoonlijke benadering en de problematiek van de privacybescherming in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden als mogelijke argumenten genoemd voor patiënten om zich niet bij gezondheidscentra in te schrijven. Patiënten die veelvuldig gebruik maken van medische voorzieningen (chronische patiënten) zouden om die redenen gezondheidscentra mijden.

De 'gezondheidsenquête' die het C.B.S. jaarlijks bij een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking afneemt, kan voor deze vraagstelling gebruikt worden, omdat naast de gezondheidstoestand ook de praktijkvorm van de huisarts in de vragenlijst is opgenomen.

De patiëntenpopulatie van gezondheidscentra wijkt op een aantal punten duidelijk af van de patiëntenpopulatie van solo- en geassocieerde artsen. De belangrijkste verschillen zijn te vinden bij de sociaal-economische variabelen (patiënten van gezondheidscentra hebben bijvoorbeeld gemiddeld hogere inkomens). Voor zover het enquêtemateriaal van het C.B.S. dat toelaat, kan niet gesproken worden van een 'gezondere' populatie, zeker niet als we de leeftijdsverschillen in aanmerking nemen.

CONSULTEN VAN GEZONDHEIDSCENTRA EN SOLISTEN: EEN EXPLORATIEF ONDERZOEK NAAR VERSCHILLEN

Drs. F. Sanavro, Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht

Huisartsen in gezondheidscentra blijken significant minder te verwijzen naar medisch specialisten dan huisartsen met een solopraktijk (Wijkel, 1983). Deze verschillen bleven overeind ook nadat er gecontroleerd was voor de invloed van variabelen die duidelijk verband houden met verwijscijfers als praktijkgrootte, leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijk en afstand tot het ziekenhuis.

Dit was voor ons reden om te onderzoeken of de werkwijze van huisartsen op consultniveau mogelijk een verklaring kan bieden voor verschillen in verwijscijfers. Ons materiaal bestaat uit vroegere video-opnamen van spreekuurconsulten. Het betreft 10 huisartsen in gezondheidscentra en tien solo-artsen met gemiddeld veertien consulten per arts.

Wij zijn er van uitgegaan dat naarmate artsen méér 'zelf doen' in consulten, des te minder redenen er zijn om tot verwijzen over te gaan. Dit 'zelf doen' hebben we toegespitst op de manier waarop artsen de aangeboden klachten verder uitdiepen:

- proberen na te gaan wat de werkelijke reden is voor de komst van de patiënt
- actief zoeken naar nieuwe feiten met betrekking tot somatische en psychosociale aspecten van de klacht
- gebruik maken van diagnostische hulpmiddelen in de praktijk
- patiënten vaker laten terugkomen
- meer tijd uittrekken voor patiënten.

Hierbij hebben we rekening gehouden met eventuele verschillen in patiënten- en klachtenaanbod tussen beide artsengroepen.

Het onderzoek zal gezien de beperkte aantallen artsen en consulten die ter beschikking staan, alsmede het feit dat er over het verband tussen werkwijze van huisartsen en de beslissing tot verwijzen nog weinig bekend is, exploratief van aard zijn.

OVERHEIDSBELEID EN ONDERZOEK OP HET GEBIED VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG, 1965 - 1985

W. Joling, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Stafbureau Beleidsontwikkeling Volksgezondheid

Onderwerp van de bijdrage is de vraag of en in hoeverre verschuivingen in het overheidsbeleid voor de sector volksgezondheid, toegespitst op de eerstelijnsgezondheidszorg, ook als verschuivingen in het door de overheid gesubsidieerde onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen worden teruggevonden.

Vanuit een globale beschrijving van de ontwikkeling van het beleid van de rijksoverheid voor het terrein van de volksgezondheid, in het bijzonder de eerstelijnsgezondheidszorg, in de na-oorlogse periode wordt de ontwikkeling van het onderzoekbeleid van de overheid voor dit terrein beschreven. Tegen deze achtergrond wordt een analyse gemaakt van het door de rijksoverheid, met name het departement van Volksgezondheid, gesubsidieerde onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg in de afgelopen 15 à 20 jaar. Daarbij wordt getracht een inzicht te geven in ontwikkelingen in de omvang, aard en richting van het gesubsidieerde onderzoek en onder meer ook in het aandeel van respectievelijk het universitaire versus het niet-universitaire onderzoek in de departementale onderzoekssubsidies.

Onderscheid wordt gemaakt in instituutsfinanciering en projektfinanciering.

In de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid wordt een onderscheid gemaakt in een periode vóór en na de Structuurnota Gezondheidszorg (1974).

Voorts wordt daarbinnen een aantal perioden van telkens circa vijf jaar nader onderscheiden. Daarmee wordt een globale balans opgemaakt van het onderzoekbeleid van de rijksoverheid met betrekking tot het onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg in de afgelopen jaren.

Op basis hiervan wordt getracht enkele ontwikkelingslijnen af te leiden voor het onderzoekbeleid van de overheid op het gebied van de eerstelijnszorg in de toekomst en worden te verwachten verschuivingen in de toekenning van middelen voor eerstelijns-onderzoek aangegeven.

EEN JAAR VESTIGINGSBELEID VAN DE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

Drs. P.P. Groenewegen, Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht

Op 1 maart 1983 is na vier jaar voorbereiding het vestigingsbeleid van de LHV van start gegaan. In deze bijdrage wordt met behulp van gegevens uit de Registratie van Beroepsbeoefenaren in de ELGZ, die bijgehouden wordt op het NHI, nagegaan welke invloed dat gehad heeft op het aantal nieuwe vestigingen van huisartsen in de periode 1 maart 1983 - 29 februari 1984.

Onze vraagstelling luidt:

'Heeft het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging gedurende het eerste jaar van zijn bestaan invloed gehad op het aantal vestigingen en (voor zover dat al na te gaan is) op de spreiding van huisartsen over Nederland?'

De invloed van het vestigingsbeleid van de LHV op het aantal nieuwe vestigingen wordt doorkruist door twee andere ontwikkelingen: de schaduw die een mogelijke invoering van een wettelijk geregeld vestigingsbeleid in het kader van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (voorheen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) vooruit werpt en de verlaging van de rekennormpraktijk naar 2500 patiënten en van de kostenknik naar 1600 patiënten (het zogenaamde pakket '83).

Onze conclusies zijn:

- a. er hebben zich meer huisartsen gevestigd dan in de voorafgaande jaren, waarbij opvalt dat relatief gezien het aantal niet-gesteunde vrije vestigingen en het aantal associaties hoger zijn; het lijkt erop dat het LHV-vestigingsbeleid weinig invloed heeft gehad op het aantal vestigingen, zij het dat men natuurlijk niet weet, hoeveel vestigingen er geweest zouden zijn zonder het LHV-vestigingsbeleid.
- b. als er gedurende het eerste jaar van het vestigingsbeleid helemaal geen niet-gesteunde vrije vestigingen geweest zouden zijn, zou over heel Nederland berekend de gemiddelde praktijkgrootte rond de normpraktijk gelegen hebben. Nu ligt hij er al onder.
- c. de onzekerheid over de wettelijke regeling heeft waarschijnlijk geleid tot een aantal noodsprongen. Het lijkt erop dat een aantal huisartsen zich gevestigd heeft met het idee: als ik alvast maar ergens zit, dan hoef ik straks in ieder geval geen vestigingsvergunning aan te vragen.

REGIONALISATIE EN PLANNING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Ir. H.J.B.M. Abeln, Twijnstra Gudde nv, Deventer
management consultants

In het kader van de voorbereiding van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voerde Twijnstra Gudde een aantal beleidsondersteunende onderzoeken uit in de regio Eindhoven e.o. en de provincie Limburg. Het ging daarbij met name om de advisering ten aanzien van die maatregelen die genomen moesten worden voor de integrale invoering van de WVG/WGM in deze gebieden. Deze zogenaamde 'bestuursorganisatorische maatregelen' hebben betrekking op:

- de vaststelling van de gebieden voor de uitvoering van de wet door de betrokken overheden (gebiedsindeling)
- de taakverdeling en samenwerking tussen de met de uitvoering belaste overheden (taakverdeling)
- de wijze waarop het veld van de gezondheidszorg bij de uitvoering van wettelijke taken kan worden betrokken (adviesstructuur).

In het kader van de daaruit volgende aanbevelingen werd vervolgens in opdracht van het Ministerie van WVC een onderzoek verricht naar een geïntegreerde en gedereguleerde uitvoering van de financierings-, plannings- en prijsvormingswetgeving. Zulks mede in verband met de afstemming tussen planning en financiering (de adviesaanvraag over dit onderwerp zal in september 1984 aan de nationale adviesorganen worden verzonden).

De inleiding zal gebaseerd worden op de aanbevelingen uit deze onderzoeken en de daarbij te plaatsen kanttekeningen vanuit de optiek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Aan de orde zal daarbij onder meer komen:

- de consequenties van de door de overheden te hanteren gebiedsindelingen (lokale gebieden, subregionale gebieden, regionale gebieden, etc.) voor de 'horizontale en verticale' samenwerking (respectievelijk tussen elgz en tweede lijn en tussen elgz onderling)
- de wijze waarop in plannen voor gezondheidszorgvoorzieningen rekening kan worden gehouden met de verschuiving van de tweede naar de eerste lijn en de samenwerking in de gezondheidszorg
- de wijze waarop het veld van de gezondheidszorg bij de uitvoering van de wettelijke taken kan worden betrokken en de gevolgen daarvan voor de elgz-werkers (structurering elgz, participatie in adviescommissies e.d.)
- de te verwachten (beleids)ontwikkelingen ten aanzien van regionalisatie en planning en hun consequenties voor de elgz.

ONTWIKKELINGEN EN PERSPEKTIEVEN VAN KRUISVERENIGINGEN

Drs. M.H.J.M. Knapen, Katholieke Universiteit Nijmegen,
Instituut voor Toegepaste Sociologie

In de eerstelijnszorg en in de gezondheidszorg nemen kruisverenigingen ook door hun aard een bijzondere plaats in. Ze hebben als enige professionele zorgorganisatie het karakter van verenigingen. Dit houdt in, dat leden van kruisverenigingen, ca. 80% van de Nederlandse bevolking, niet alleen recht kunnen doen gelden op diensten van het kruiswerk, maar ook het beleid ervan kunnen meebepalen door participatie aan ledenvergaderingen. In de praktijk evenwel wordt er weinig gebruik gemaakt van deze mogelijkheid voor beleidsbeïnvloeding en medebepaling. Toch is juist in de jaren '70 de georganiseerde belangenbehartiging van patiënten (of konsumenten) sterk gegroeid. Dit ging gepaard met toegenomen aandacht van de overheid voor het democratisch functioneren van instellingen en invloed van de bevolking op de planning van voorzieningen.

De vraag is derhalve, hoe deze tendenties van inspraak en medezeggenschap binnen kruisverenigingen een uitwerking hebben gekregen. Door hun organisatievorm lijken zij bij uitstek immers de meest aangewezen zorgorganisatie, om in deze bewegingen van onderop en bovenop een voortrekkersrol te vervullen. Vervolgens kan men zich afvragen, waarom deze uitwerking klaarblijkelijk niet via het genoemde kanaal is gelopen, maar andere wegen heeft gevonden.

Om bovengenoemde vragen te kunnen beantwoorden, wordt allereerst de globale historie van het kruiswerk kort geschetst. Tegen deze achtergrond worden recente ontwikkelingen van het kruiswerk geschilderd alsmede de huidige stand van zaken. Een vergelijking van deze interne ontwikkelingen binnen het kruiswerk (schaalverandering, ontzuiling, capaciteitsuitbreiding, professionalisering en veranderde financiering) met externe tendenties levert frappante parallellen en diskrepancies op. Een en ander zal worden geïllustreerd aan praktijkvoorbeelden en onderzoeksresultaten. Deze hebben betrekking op onder andere:

- de relatie kruisvereniging-patiënten/konsumentenbeweging,
- de samenwerking in de eerstelijns,
- de relatie kruisvereniging-intramurale zorg.

Vanuit een inschatting van de konsekventies van genoemde ontwikkelings-tendenties worden tenslotte enkele toekomstscenario's gepresenteerd rond de positie van de kruisvereniging in de eerste lijn.

Drs. L. Hingstman, Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht

Over de beroepsgroep verloskundigen ontbreken de meest elementaire gegevens die nodig zijn ter ondersteuning van het beleid van de beroepsorganisatie en van andere instanties, waaronder de overheid. Om aan deze vraag tegemoet te komen is het Nederlands Huisartsen Instituut in 1983 begonnen met het Registratieproject Verloskundigen. Van alle in Nederland praktizerende verloskundigen worden permanent een groot aantal gegevens verzameld (naast een aantal persoonsgegevens, gegevens over de functie, werkadres, praktijkvorm, vestigingswijze, werkgebieden e.d.). Op dit moment zijn alle praktizerende verloskundigen in het registratiesysteem opgenomen. Om over een wat langere periode (15 jaar) gegevens te kunnen presenteren, zijn ook gegevens verzameld van verloskundigen die vanaf 1968 ooit werkzaam zijn geweest. Deze gegevens worden momenteel in het systeem gebracht. Op basis van de gegevens van de verloskundigen die per 1 januari 1984 praktizeren is een eerste deelonderzoek gedaan naar de opbouw en spreiding van deze beroepsgroep. Deze studie is in juli 1984 gereed gekomen. Een aantal resultaten van deze studie zullen op het symposium gepresenteerd worden.

In eerste instantie wordt aandacht besteed aan de leeftijdssamenstelling in samenhang met de diverse praktijkvormen. Hieruit blijkt weliswaar dat de grootste categorie tussen de 30 en 40 jaar is, maar dat in vergelijking tot de totale vrouwelijke beroepsbevolking vrij veel verloskundigen ouder dan vijftig jaar zijn (25%). De meeste verloskundigen met een eigen praktijk werken solo, dit geldt met name bij de oudere leeftijdscategorieën.

In het tweede deel van de studie wordt ingegaan op de geografische spreiding van verloskundigen, waarmee deels inzicht wordt verkregen in de geografische variaties in zorgaanbod van de verloskundige zorg. Deze spreiding is geenszins gelijkmatig. In de provincies Zeeland en Friesland is het aantal verloskundigen zeer klein, niet alleen absoluut gezien, maar ook in verhouding tot de bevolkingsomvang. In Limburg daarentegen praktizeren relatief veel verloskundigen. Bij het berekenen van de 'verloskundigendichtheid' stoten we al gauw op het feit dat niet in ieder gebied van Nederland een verloskundige werkzaam is. Voor die gebieden (werkgebieden) waar wel een verloskundige werkzaam is, is de dichtheid 20800 inwoners per verloskundige. Verder worden in het onderzoek spreidingsgegevens gepresenteerd op het niveau van Economisch Geografische gebieden.

X Drs. G. van Rossum, Katholieke Universiteit Nijmegen,
Instituut voor Toegepaste Sociologie.

Onlangs is een gekombineerd sociaal-wetenschappelijk/tandheelkundig onderzoek afgesloten, gericht op de vraag welke factoren samenhangen met het (verschillend) beroep dat mensen doen op de dienstverlening van de tandarts. Ten behoeve van dit onderzoek - dat in opdracht van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde werd uitgevoerd - zijn medio 1983 in de gemeente 's-Hertogenbosch ongeveer 1000 volwassenen geïnterviewd en ongeveer 650 personen tevens tandheelkundig onderzocht. Interviews en gebitsonderzoeken hebben niet alleen plaatsgevonden bij mensen met een natuurlijk gebit, maar ook bij dragers van een kunstgebit. Tussen deze twee groepen tandheelkundige patiënten bestaat, zoals verwacht, een groot verschil in de frekwentie van tandartsbezoek. De overgrote meerderheid van de prothesesdragers gaat zelden of nooit naar de tandarts, omdat dat -naar ze zeggen- bij een kunstgebit niet meer nodig is en omdat eventuele klachten vanzelf verdwijnen. In vergelijking met mensen die nog beschikken over hun eigen tanden en kiezen zijn prothesesdragers niet alleen vaak wat ouder, maar hebben zij tevens een lager opleidings-, beroeps- en inkomensniveau. Het zijn o.a. deze achtergrondkenmerken 'leeftijd' en 'sociaal-ekonomisch status' waarop ook verschillen in tandartsbezoek binnen de groep mensen met een natuurlijk gebit zijn terug te voeren: ouderen gaan minder vaak naar de tandarts dan jongeren, mensen met een lagere sociaal-ekonomische status gaan minder vaak naar de tandarts dan mensen met een hogere sociaal-ekonomische status. Op het bovenstaande lijken de begrippen 'gezondheidsgedrag' en 'ziektegedrag' goed toepasbaar. Bij mensen die de tandarts alleen maar bezoeken om van acute gebitsklachten af te komen, is sprake van ziektegedrag. Gezondheidsgedrag daarentegen wordt vertoond door mensen die geregeld naar de tandarts gaan voor controle van hun gebit (ongeacht de vraag of daarmee iets aan de hand is of niet). Komt in het eerste geval tandartsbezoek pas tot stand nadat de nodige barrières hiertoe zijn overwonnen, in het tweede geval is er sprake van een soort innerlijke gewenning, van routinegedrag. In bovengenoemd onderzoek is geprobeerd de achtergronden van regelmatig en incidenteel tandartsbezoek nader aan te geven.

Drs. C.S.M. Wachters-Kaufman, Rijksuniversiteit Groningen
Drs. K.H. Soesbeek Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Een Cerebro Vasculair Accident (CVA) wordt gedefinieerd als een acute verstoring van de hersenfunctie vasculair van aard. CVA komt voornamelijk bij ouderen voor, vooral boven de 70 jaar. Per 1000 mensen ongeveer 1.5 tot 3.0 per jaar. Ongeveer de helft van de mensen die voor het eerst getroffen worden door een CVA, overlijden binnen één jaar. (De meesten in de eerste week.)

Een CVA betekent een drastische ingreep in het leven van de betrokkenen; niet alleen de invaliditeit, die meestal ontstaat, is daarvoor verantwoordelijk, ouderen beseffen maal al te goed dat een "beroerte" een voorbode van de dood kan zijn.

Depressies, angst, maar ook agressie van de patiënt zijn vaak problemen waarmee de naaste omgeving van de patiënt wordt geconfronteerd. Patiënten met een CVA worden meestal in de acute fase opgenomen in een ziekenhuis. Daar kan men vaak niet veel meer doen dan het stellen van een precieze diagnose.

Opname in een ziekenhuis wordt echter niet zozeer door strikt medische motieven bepaald, alswel door het idee dat de patiënt moeilijk in de eigen thuissituatie verpleegd kan worden. Een (langdurige) ziekenhuisopname en daarna vaak nog een verblijf in een verpleeghuis leidt tot een verwijdering tussen de patiënt en diens omgeving. Een ziekenhuisopname zou de ouderen bovendien de indruk kunnen geven dat "genezing" mogelijk is, terwijl hier de nodige vraagtekens bij gezet kunnen worden.

Wetenschappelijk onderzoek m.b.t. CVA heeft zich tot dusver vooral gericht op de aard en de risico-factoren van het ziektebeeld. Er is nauwelijks onderzoek verricht naar het gevoerde beleid bij patiënten met een CVA.

Aan het Huisartsen Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen is een onderzoek gestart naar het handelen van huisartsen bij patiënten met een CVA. Daarnaast worden d.m.v. een literatuuronderzoek ervaringen van ouderen geïnventariseerd als zij zelf of iemand uit hun naaste omgeving door een CVA getroffen worden. Gepoogd wordt hiermee tot een verbetering van zorg te komen.

OVERGEWICHT IN RELATIE TOT MORBIDITEIT EN SUBJECTIEF WELBEVINDEN IN
VIER HUISARTSPRAKTIJKEN

Ir. J.C. Seidell, Landbouw Hogeschool Wageningen
e.a. Vakgroep Humane Voeding

- a. Presentatie van enkele bevindingen bij de analyse van de gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie (C.M.R.) van ca. 900 personen met, en ca. 1100 personen zonder overgewicht. In een retrospectieve cohortanalyse worden personen, bij wie voor het eerst overgewicht werd vastgesteld op 20 tot 50 jarige leeftijd, in de C.M.R. gevolgd (Criterium voor overgewicht: relatief gewicht groter dan 115%). In de daaropvolgende 5 jaren worden de incidentie van gepresenteerde nieuwe en chronische aandoeningen vergeleken met die van een qua geslacht en leeftijdsopbouw vergelijkbare controle-groep, bestaande uit personen bij wie nooit overgewicht is vastgesteld in de C.M.R.
- b. Presentatie van de analyses van de antwoorden op een schriftelijke vragenlijst die aan bovengenoemde onderzoekspopulaties is toegestuurd (respons: 70%). In deze vragenlijst zijn o.m. opgenomen: de zgn. VOEG-list (53 items); vragen over de verwachtingen en ervaringen met betrekking tot de rol van de huisarts bij overgewicht, sociale belemmeringen tengevolge van overgewicht, lijngedrag, gebruik en evaluatie van vermageringsmethoden, etc.

Uit de conclusies die uit bovengenoemde analyses getrokken worden zullen enkele aanbevelingen worden geformuleerd voor het omgaan met het probleem overgewicht in de huisartspraktijk.

KWALITEIT VAN DE HULPVERLENING DOOR HUISARTSEN BIJ PATIENTEN MET VAGE KLACHTEN

Drs. M.M. Kuyvenhoven, Utrechts Universitair Huisartsen Instituut

De laatste jaren zijn verschillende methoden ontwikkeld om het handelen van huisartsen in beeld te brengen. Simulatiemethoden vervullen daarin een belangrijke rol. In deze bijdrage wordt ingegaan op met behulp van simulaties verkregen kennis met betrekking tot het diagnostisch en therapeutisch handelen van huisartsen bij patiënten met vage klachten. Onder 'vage klachten' wordt verstaan niet-acute klachten, die door de huisarts niet duidelijk te interpreteren zijn in de zin dat ze niet naar een bepaald ziektebeeld verwijzen. Bij deze klachten heeft de huisarts een grote mate van beslissingsvrijheid in het interpreteren van de bevindingen en het beleid. Het betreft vaak frekwent voorkomende klachten, zoals buikpijn, rugpijn, moeheid e.d. Dit soort klachten zijn veelal functionele stoornissen. De incidentie van het totale aantal vage klachten, ligt hoger dan dat van functionele stoornissen, omdat daaronder ook klachten vallen, die symptomen zijn van ernstige aandoeningen of van een weinig ernstige voorbijgaande aandoening. Uit onderzoek is gebleken dat de hulpverlening van huisartsen bij patiënten met vage klachten verschilt in de mate waarin ze al dan niet voldoende aandacht geven aan relevante lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht en de mate waarin ze een kans op onnodige schade in hun beleid induceren. Het verwijzen naar de medisch specialist en het voorschrijven van geneesmiddelen spelen in deze beide aspecten een centrale rol. Hierop zal nader worden ingegaan. Daarnaast is gebleken, dat huisartsen stabiel zijn in hun aandacht voor lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht. De mate waarin huisartsen een kans op onnodige schade induceren is minder stabiel.

Drs. W.C.M. Scheffer, Instituut voor Toegepaste Sociologie,
Drs. P.C. Stal Nijmegen

Veel van het onderzoek op het terrein van de psychosociale problematiek is gericht op de factoren die het ontstaan van dergelijke problemen bevorderen en op de wijzen waarop terzake hulp kan worden geboden. Hierbij wordt echter meestal voorbij gegaan aan de invloed die mensen zelf op hun problemen kunnen uitoefenen. Door de wijzen waarop mensen zelf ermee omgaan, kan het probleem ernstiger worden of het probleem wordt juist tot een oplossing gebracht. Mensen beschikken over een behoorlijke dosis zelfredzaamheid, waarnaar tot nu toe echter maar zeer weinig systematisch onderzoek is verricht. Onderzoek naar de wijzen waarop mensen reageren op psychosociale problemen is uitermate relevant voor hulpverleners in de eerstelijns, aangezien aldus niet alleen nader inzicht wordt verschaft in de wijzen waarop mensen probleemsituaties beleven en trachten tot een oplossing te brengen, maar zulk onderzoek tevens ook kennis kan opleveren over de meer of minder succesvolle strategieën, die individuen aanwenden om hun problemen te overwinnen; kennis die vanzelfsprekend aanknopingspunten biedt voor preventieve en curatieve activiteiten.

In vogelvlucht worden theorieën en gegevens uit empirisch onderzoek op het onderhavige terrein gepresenteerd. Het vaak gebruikte onderscheid in reaktievormen tussen 'coping' (de meer actieve pogingen die gericht zijn op het ongedaan maken van het probleem) en 'defense' (intra-psychische, onbewust verloopende processen die zorgen voor de afweer van onlustgevoelens) wordt vervangen door vier algemene vormen van probleemhantering, te weten konfronteren, vermijden, ondergaan en accepteren. Reacties kunnen voorts op drie niveaus plaatsvinden: het situatieve, het cognitieve en het gevoelsniveau. Combinatie van deze drie niveaus met de genoemde vier reaktievormen levert vervolgens een ideaal-typisch probleemhanteringsklassificatieschema op van 12 categorieën. Aan met name konfronterende reaktiewijzen kunnen blijkens door het ITS verricht kwalitatief-explorerend onderzoek de volgende functies worden onderkend: zingeving, rechtvaardiging, beïnvloeden en afreageren. Aandacht wordt voorts besteed aan de ontwikkeling van het probleemproces waarbij vooral van belang is de fasering in reaktiewijzen en het proces van uitstraling van de problematiek naar tal van andere levensgebieden, dat zo kenmerkend is voor psychosociale problemen. Tenslotte zal enig inzicht worden gegeven in de effectiviteit van een aantal reaktiewijzen, de rol die de sociale omgeving daarbij kan spelen en de achtergronden van een lopend longitudinaal onderzoek naar de betreffende problematiek.

Dr. C.M.H. Hosman, Katholieke Universiteit Nijmegen,
vakgroep klinische psychologie
RIAGG Nijmegen

Psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk is in toenemende mate object van epidemiologisch onderzoek geworden. Ook in de huisartsenopleiding krijgt zij veel aandacht. In deze presentatie ga ik van de AGGZ-optiek uit, in het bijzonder de preventieve AGGZ. Voor de AGGZ is de studie van de psychosociale morbiditeit in de huisartspraktijk om meerdere redenen van belang:

- de ELZ en met name de huisarts is het belangrijkste toevoerkanaal voor de AGGZ
- de chronische wachtlijstproblematiek roept anderzijds de behoefte op aan alternatieven binnen de ELZ en aan betere selectiekriteria.

Met name vanuit de preventieve AGGZ:

- de toenemende erkenning dat de huisarts zelf een essentiële rol speelt in de psychosociale hulpverlening en daarin een belangrijke preventieve rol vervult. Wat kan de AGGZ - op grond van haar taakstelling - bijdragen aan de versterking van zijn preventieve functie? Wat zijn daarin de alternatieven?
- samenhangend hiermee: in hoeverre kan de huisartspraktijk, zowel voor de huisarts zelf, voor de ELZ als voor de preventieve AGGZ als signaleringspost fungeren?

De adekwaatheid van het functioneren in deze rollen is afhankelijk van het contact dat de huisarts heeft met de psychosociale morbiditeit in de bevolking. Bij voornoemde overwegingen wordt vaak van de vooronderstelling uitgegaan dat de huisartspraktijk - in tegenstelling tot de AGGZ - niet beheerst wordt door het 'Top van de ijsberg-fenomeen' en sociale selectieprocessen. Uit de literatuur en zelf verricht onderzoek in een plattelandsgemeente blijkt dit fenomeen ook in de huisartspraktijk aanwezig. 64% Van degenen in de bevolking met ernstige psychosociale nood richtte zich niet tot de huisarts met klachten die door hem herkend werden als overwegend psychosociaal. Binnen de steekproef kon slechts 20% van de verschillen in hulpzoekgedrag verklaard worden uit verschillen in de aanwezigheid en ernst van de problematiek. De meeste risikogroepen uit een bevolkingsonderzoek, onderscheidden zich in de huisartspraktijk niet door een grotere hulpvraag. Op het hulpzoekgedrag zijn tal van sociale en psychologische factoren van invloed, zoals o.m. het vermogen tot hulpzoeken, sociale normen, neiging tot somatiseren, relatie met de huisarts en de beschikbaarheid van informele alternatieven.

Anderzijds constateerden we dat de huisarts binnen de ELZ - althans op het platteland - een centrale rol vervult als psychosociale hulpverlener. Bovendien bleek het aantal probleemgevallen waarmee de huisarts contact heeft ruim 30 x zo groot te zijn als het bereik van de regionale AGGZ-buro's.

Tegen deze achtergrond zal ik ingaan op:

- de eenzijdige aandacht in de hulpverlening op de problematiek zelf en de geringe aandacht voor het hulpzoekproces/hulpzoekvermogen. Wat zijn de consequenties voor de diagnostiek van psychosociale stoornissen en het vaststellen van risikogroepen en de mogelijkheden van psychosociale preventie
- mogelijkheden en beperkingen van de huisartspraktijk als signaleringspost.

HERKENNING, BELOOP EN MULTI-AXIALE CLASSIFICATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN ONDERZOEKSVORSTEL

Dr. J. Ormel, Rijksuniversiteit Groningen,
Drs. F.W. Wilmink, Vakgroep Psychiatrie/Psychiatrische epidemiologie

Er zijn de laatste 10 à 15 jaar studies verricht, waaruit blijkt dat:

1. huisartsen ongeveer eenderde van de aangeboden geestelijke gezondheidsproblemen (funktionele psychiatrische stoornissen en nerveus-funktionele klachten) niet als zodanig herkennen;
2. geestelijke gezondheidsproblemen een aanzienlijk deel van het werk van de huisarts uitmaken;
3. ongeveer een kwart van deze problemen een chronisch beloop vertoont;
4. huisartsen sterk verschillen in hun herkenning, diagnose en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen;
5. opnamen in ziekenhuizen wegens uitsluitend nerveus-funktionele klachten erg vaak voorkomen;
6. geestelijke gezondheidsproblemen een belangrijke rol spelen bij de intrede in de arbeidsongeschiktheidswetten (ongeveer 25% van alle jaarlijkse toekenningen);
7. er mogelijkheden lijken te zijn om gevallen met een chronisch beloop vroegtijdig te identificeren.

Vanuit het oogpunt van secundaire preventie is het daarom van groot belang de herkenning en prognosestelling te verbeteren, zodat huisartsen gerichter en effectiever kunnen interveniëren.

Om een programma voor de verbetering van de herkenning en prognosestelling te kunnen ontwikkelen, is inzicht nodig in de factoren die de herkenning beïnvloeden en het beloop voorspellen. Wij hebben een onderzoek opgezet, dat dit inzicht beoogt te leveren, waarbij wel moet worden aangetekend dat wij ons bij het beloop beperken tot factoren waarmee de huisarts bekend is, of die hij in een kort gesprek kan achterhalen.

Dit longitudinale onderzoek richt zich op de volgende vragen:

1. Wat is het beloop van nieuwe geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk? (Onder een geestelijk gezondheidsprobleem vallen zowel funktionele psychiatrische stoornissen als nerveus-funktionele klachtenclusters.)
2. In welke mate herkent de huisarts deze problemen en in hoeverre hangt niet-herkenning samen met kenmerken van de arts-patiënt communicatie en met kenmerken van het geestelijke gezondheidsprobleem?
3. Welke factoren die bij het eerste consult nagevraagd kunnen worden, voorspellen het beloop? Ofwel: zijn de personen, bij wie de klachten een chronisch beloop gaan vertonen, vroegtijdig te identificeren?
4. Welke interventies onderneemt de huisarts (incl. verwijzing), en hoe verhouden zij zich tot het beloop?
5. Op welke wijze kan met behulp van een multi-axiale classificatie herkenning en prognose van geestelijke gezondheidsproblemen worden verbeterd (op basis van de resultaten betreffende 2 en 3)?

In het artikel zijn de opzet van het onderzoek en het te gebruiken instrumentarium besproken. Tevens is aangegeven hoe een multi-axiaal classificatiesysteem ontwikkeld zou kunnen worden en hoe het op bruikbaarheid en predictieve validiteit moet worden onderzocht.

Prof.dr. J.D. Mulder Dzn. Rijksuniversiteit Leiden,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Gezondheidscentrum 'Wantveld' te
Noordwijk aan Zee.

Het verwijspatroon en de verwijswijze van de huisartsen naar de binnen hetzelfde centrum werkzame fysiotherapeuten, werd voor wat betreft de patiënten, die in het gezondheidscentrum werden behandeld, onderzocht. Ook het effect van een eventueel ander verwijsgedrag op het resultaat gemeten aan aantal en duur van de fysiotherapeutische verrichtingen werd vastgelegd.

De veronderstelling dat een intensievere samenwerking zich zou laten vertalen in financieel voordeliger resultaten voor de verzekeringsinstaties kon niet worden bevestigd.

Hoewel de behandelingsduur gemiddeld korter werd, nam het gemiddelde behandelingsaantal niet af. De stijging van het aantal verwezen patiënten was zo groot, dat wat verrichtingen en volume betreft van een negatief eindsaldo kan worden gesproken. Een toenemend aantal behandelingen kan betekenen, dat het om patiënten gaat die de voorgaande jaren geen fysiotherapie kregen en die 'desondanks' beter werden. Ook is het mogelijk dat het gaat om patiënten voor wie de fysiotherapeutische behandeling wel plezierig en misschien zelfs klachtenverlichtend werkt, doch waarbij de ziekteduur niet werd bekort.

Zolang een onderzoek als dit niet gekoppeld kan worden aan een arbeidsverzuimregistratie door GAK of GMD, blijft de totaalbeoordeling van het eindresultaat een vrijwel onoplosbaar probleem. De beschreven localisaties van de hoofdklacht/aandoening en de belangrijkste diagnoses leveren voor het onderwijs nuttige en tot nu toe weinig bekende gegevens op. Ondanks het sterk toegenomen aantal verwezen patiënten is er een opvallende gelijkheid in de onderlinge verhouding van de localisaties (met uitzondering van de enkel) in beide onderzochte periodes.

Verwacht werd dat in de tweede periode door intensiever overleg de behandelingsduur korter zou worden.

In de tweede periode is de behandelingsduur significant korter geworden. Daar het behandelingsaantal niet is afgenomen betekent dit dat het aantal behandelingen per tijdseenheid is gestegen. De verwachting dat door intensief overleg het behandelingsaantal aanzienlijk zou dalen kwam niet uit.

Ook werd nagegaan of de afspraken elkaar bij acute hulpvragen intensiever te betrekken, ook zichtbaar was aan de verzamelde gegevens over acute problemen. Inderdaad werd in de tweede periode in het algemeen veel sneller verwezen.

De in de tweede periode systematischer doorgevoerde behandeling volgens de Cyriax-methode, bleek bij acute torticollis en nekklachten en bij acute lumbago niet tot een significant kortere behandelingsduur aanleiding te hebben gegeven, ondanks snellere verwijzing.

Drs. T. Soons, Stichting Algemeen Ziekenfonds 'Noord-Limburg' Z.N.L.
Venlo

De kosten van gezondheidszorg per ziekenfondsverzekerde zijn in de periode 1972 - 1982 gestegen met 199%.

De kostenkategorie 'paramedische hulp en logopedie' waarvan de fysiotherapie meer dan 90% uitmaakt, is toegenomen met maar liefst 443%. Deze snelle kostenstijging heeft er voor gezorgd dat de fysiotherapie nogal in de belangstelling is geraakt bij politici en beleidsmakers, wanneer het gaat om kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

In deze bijdrage wordt allereerst een model ontwikkeld van aanbod van en vraag naar fysiotherapeutische hulp.

Zijdelings wordt nog aangestipt dat dit model ook gebruikt kan worden ter beoordeling van het behandelingspatroon van de fysiotherapeut en het verwijsgedrag van de verwijzer naar fysiotherapeutische hulp.

Aan de hand van het geformuleerde model worden vervolgens de in de periode 1979 - 1983 genomen beheersingsmaatregelen van vraag naar en aanbod van fysiotherapeutische hulp van commentaar voorzien. Ten aanzien van de evaluatie van de genomen maatregelen ter beheersing van de vraag is gebruik gemaakt van uniek gegevensmateriaal van het ziekenfonds Noord-Limburg.

Tot slot worden enige konklusies getrokken omtrent de effectiviteit van de in het verleden genomen beheersingsmaatregelen en aanbevelingen gedaan met betrekking tot het toekomstige fysiotherapiebeleid.

HET GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG.
EEN ANALYSE OP BASIS VAN AANGEVRAAGDE MACHTIGINGEN BIJ EEN REGIONAAL
ZIEKENFONDS

Dr. A.H.M. Kerkhoff, GG en GD Leiden
Drs. P.P. Groenewegen

Wanneer een ziekenfondspatiënt door zijn huisarts verwezen wordt naar een fysiotherapeut, dient daartoe machtiging aangevraagd te worden bij het ziekenfonds. Op het machtigingsformulier staat het verzekeringsnummer van de patiënt, de naam van de verwijzende huisarts, de diagnose van de huisarts, de voorgestelde behandeling en de naam van de fysiotherapeut.

Hiermee vormen de machtigingen een belangrijke bron van gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. Immers met het verzekeringsnummer van de patiënt zijn ook leeftijd en geslacht, twee belangrijke parameters van het gebruik van medische voorzieningen, bekend. Hierdoor kunnen de door de huisarts gestelde diagnose/indicaties bij verwijzing naar fysiotherapie in verband gebracht worden met deze parameters.

Aangezien ook de naam van de huisarts vermeld staat, kunnen de gegevens over het gebruik ook betrokken worden op de kenmerken van de huisartspraktijk. Dat wil zeggen: de 'population at risk' is bekend, omdat per huisarts de samenstelling van de ziekenfondspraktijk naar leeftijd en geslacht bekend is. Het aantal aangevraagde machtigingen voor patiënten in een bepaalde leeftijds- en geslachtsgroep kan dan betrokken worden op het totaal aantal ziekenfondspatiënten in de betreffende leeftijds- en geslachtsgroep.

Voor de presentatie op het symposium zijn de gegevens van 11.600 machtigingen geanalyseerd. Dit zijn alle machtigingen die in het jaar 1982 aangevraagd zijn bij een klein regionaal ziekenfonds (ruim 130.000 verzekerden, + 65 huisartsen en + 40 fysiotherapeuten).

De analyses betreffen drie onderwerpen:

1. diagnose, therapie en patiëntenkenmerken
2. de 'herhaalfactor': voor een deel van de patiënten zijn in de loop van het jaar meerdere machtigingen gevraagd
3. het verwijscijfer: per huisarts is een verwijscijfer berekend zowel voor eerste als voor vervolgmachtigingen en is een correctie van de samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht berekend.

EVALUATIE-ONDERZOEK FYSIOTHERAPIE IN AMSTERDAMSE GEZONDHEIDSCENTRA

Drs. C. van Dijkum, Rijksuniversiteit Utrecht,
Instituut voor Pedagogische en Andragogische
Wetenschappen.

Als gevolg van slecht op elkaar aansluiten van de werkwijze van fysiotherapeuten in Amsterdamse gezondheidscentra en de honoreringsstructuur, ontstonden bij de centra tekorten. Dit werd aanleiding voor een evaluatie-onderzoek in opdracht van WVC met als hoofddoel te adviseren over:

- verbetering van de werkwijze van fysiotherapeuten
- mogelijkheden voor ontwikkeling van kwaliteitscriteria
- realiseren van een structurele oplossing voor de financiële problemen.

Met het interimrapport van september 1983 werd de eerste fase van het in februari 1982 gestarte onderzoek afgesloten. In deze eerste fase stonden centraal:

- a. het in kaart brengen van de specifieke doelstellingen van de fysiotherapeuten in Amsterdamse centra
- b. de vraag naar de verhouding van hun activiteiten tot deze doelstellingen.

Het interimrapport beschrijft de doelstellingen via de volgende 14 'kwaliteitscriteria': bereikbaarheid, herkenbaarheid, continuïteit, integrale hulp, buurtgericht werken, tegengaan van individualisering, preventief werken, ontmedikaliserend, zelfstandheid bevorderend werken, democratisering/gelijkwaardigheid, kennisoverdracht, methodisch werken, controlebaar werken, effectieve vakuitoefening.

Het interimrapport bevat 42 hypothesen die in de tweede fase worden getoetst. Hierin wordt het onderzoek toegespitst op het spreekuur van de fysiotherapeuten en op de individuele behandeling: financieel gezien de twee grootste knelpunten. Gehanteerde methodes: registratie door huisartsen en fysiotherapeuten van de centra (hiertoe zijn aan de hand van de hypothesen speciale formulieren ontworpen); interviews met huisartsen; enquêtes en diepte-interviews met hulpvragers (steekproef), teneinde iets van de effecten van de werkwijze zichtbaar te maken; analyse van een aantal casussen van 'multidisciplinaire benadering'.

In de derde fase worden de gegevens verwerkt en een eindrapport gemaakt.

Het onderzoek vindt plaats onder auspiciën van het Onderzoekplatform van Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns dienstverlening in Amsterdam (OSA).

GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING IN HET WERK VAN DE HUISARTS EN DE WIJKVERPLEEGKUNDIGE

Drs. H. Adriaanse, Rijksuniversiteit Limburg,
Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en -
Opvoeding

GVO en preventie zijn belangrijke punten in een beleid dat via een versterking van de eerste lijn moet leiden tot een verbeterde zorg voor de gezondheid. Over de wijze waarop aan GVO en preventie vorm kan worden gegeven zijn echter velerlei gedachten mogelijk. Dienen taken op het gebied van GVO en preventie door nieuwe disciplines te worden vervuld, zijn huisartsen of wijkverpleegkundigen de meest aangewezen personen, of gaat het juist om een combinatie? Onder welke voorwaarden kunnen huisartsen een GVO-taak vervullen, zijn ze daarvoor adequaat opgeleid, is specifieke scholing noodzakelijk? Hierbij doet zich de vraag naar afstemming en taakverdeling voor.

In het navolgende zal op een deel van deze vraag antwoord worden gegeven. Aan de orde komt welke rol huisartsen en wijkverpleegkundigen in het veld van GVO en preventie vervullen, hoe deze beroepsgroepen die rol waarnemen, en welke activiteiten ze daarbinnen uitvoeren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gegevens verkregen tijdens een in 1983 gehouden landelijk survey onder 100 huisartsen en 100 wijkverpleegkundigen. Allereerst wordt ingegaan op bij beide groepen bestaande opvattingen over GVO en preventie, daarna op wat deze aangeven op dit terrein te doen. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de door hen gewenste ontwikkelingen.

Uit deze resultaten komt naar voren dat wijkverpleegkundigen in het algemeen 'GVO-vriendelijker' zijn dan huisartsen. Uit wat zij in hun werk feitelijk uitvoeren blijkt dat zij op dit terrein een wezenlijke rol vervullen.

De inschatting die beide groepen maken van het belang/de invloed van het werk van de wijkverpleegkundige voor/op het gezondheidsgedrag van patiënten lijkt met deze bevindingen in strijd. Ook de literatuur is niet in overeenstemming met onze bevindingen ten aanzien van de rol van de wijkverpleegkundige: naast een grote hoeveelheid literatuur over de rol van de huisarts op het gebied van GVO en preventie, valt die over de rol van de wijkverpleegkundige vrijwel in het niet. Een duidelijke erkenning van de rol van de wijkverpleegkundige ten aanzien van GVO en preventie lijkt gewenst.

De gepresenteerde gegevens kunnen bijdragen aan afstemming en zinvolle verdeling van GVO en preventietaken van beide beroepsgroepen, rekening houdend met de specifieke invalshoeken, de bestaande situatie en de door de beroepsgroepen zelf ingeschatte mogelijkheden.

WAT BETEKENT DE INVOERING VAN EEN PREVENTIEF PROGRAMMA VOOR DE HUISARTSPRAKTIJK?

Drs. D.L.M. Schraven, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

Het RIFOH-huisartsenproject is een uniek initiatief en richt zich op de preventie van hart- en vaatziekten in de eerstelijnsgezondheidszorg, met technische en administratieve ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg en uitvoering door paramedisch personeel. De speciaal geïnstrueerde praktijkassistente screent volgens vaste regels in 2-3 jaar de praktijkpopulatie van 35-55 jaar op risicofactoren, waarna zo nodig een (persoonlijk) advies volgt. De 22 deelnemende huisartsen hebben zichzelf aangemeld en voor hen is een vergoeding beschikbaar. De evaluatiestudie - in opdracht uitgevoerd door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut - heeft tot doel te achterhalen in hoeverre het project in de verschillende praktijken uitvoerbaar is, met speciale aandacht voor de samenwerking tussen eerstelijns- en basisgezondheidszorg, de ervaringen van alle betrokkenen en de resultaten van de advisering (c.q. interventie) op het niveau van de risicofactoren. 22 Huisartspraktijken, verdeeld over het land worden bestudeerd.

Verslag wordt gedaan van de eerste resultaten van dit evaluatie-onderzoek, waarbij de nadruk zal vallen op de start van het project in de praktijken. Gegevens werden verzameld met behulp van registraties door de praktijkassistente, enquêtes, praktijkbezoeken, contacten met basisgezondheidsdiensten en door het bijwonen van gezamenlijke bijeenkomsten.

De belangrijkste conclusie uit de resultaten tot nu toe is, dat het -door de overheid- gemakkelijker gezegd is, dan door -de huisartspraktijk- gedaan. Steun vanuit de basisgezondheidsdienst blijkt vooral waardevol voor de technische uitvoering van het programma. Voor een goede organisatie binnen de praktijk is een hechte samenwerking tussen huisarts en assistente echter essentieel en uitwisseling van ervaringen tussen praktijken onderling zeer waardevol. Onvoldoende besef van de praktische consequenties van het programma voor de praktijk leidde in de beginfase nogal eens tot moeilijkheden. In bijna alle praktijken wist men de aanvangsproblemen het hoofd te bieden. De ervaringen van alle betrokkenen met het project zijn voor het overgrote deel erg positief.

Kortom de huisartspraktijk heeft voor de uitvoering van een preventief programma, met inschakeling van de praktijkassistente, zeer goede mogelijkheden. Hoewel de huisartspraktijk voor de uitvoering ondersteuning krijgt vanuit de basisgezondheidszorg, is betrokkenheid en inzet van de huisarts van essentieel belang voor een optimale organisatie van het programma binnen zijn praktijk.

Ervaringen met het project tot nu toe rechtvaardigen verdere planning en uitbouw van het RIFOH-huisartsenproject.

DE HUISARTS, EEN VOORBEELD VOOR DE PATIENT?

Drs. L. de Witte, Rijksuniversiteit Limburg
e.a. Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting en
 - Opvoeding

Nederlandse huisartsen hebben een ongezondere leefwijze dan de gemiddelde bevolking. Dit is een uit diverse onderzoeken bekend gegeven (o.a. Lens, 1984; Adriaanse, 1984). Daarenboven is bekend dat huisartsen volgens velen - waaronder ook de eigen beroepsgroep - een belangrijke invloed hebben op het gezondheidsgedrag van hun patiënten. Zo vonden Halfens et al. (1984) in hun onderzoek onder de algemene bevolking dat de huisarts gemiddeld op de derde positie geplaatst wordt in een rangorde van personen en/of zaken die het eigen gezondheidsgedrag beïnvloeden. Als eerste twee beïnvloeders noemt men hierbij zichzelf en de partner.

De combinatie van deze twee gegevens roept de vraag op hoe deze invloed op het gedrag van patiënten tot stand komt. Gaat het om een voorbeeldrol of gaat het om aspecten van het professionele handelen, of een combinatie hiervan? Indien, zoals vaak wordt aangenomen, de voorbeeldrol van belang is, dan zouden huisartsen een negatieve invloed hebben op het gezondheidsgedrag van hun patiënten, c.q. de algemene bevolking. In onze bijdrage wordt deze vraag deels beantwoord aan de hand van gegevens uit een in 1983 gehouden onderzoek onder 100 huisartsen naar hun gezondheidsopvattingen, gezondheidsgedrag en de GVO- en preventieaspecten in hun werk. Ook worden enkele gegevens uit het al eerder genoemde onderzoek van Halfens gepresenteerd.

Er wordt achtereenvolgens ingegaan op:

- het gezondheidsgedrag van Nederlandse huisartsen
- hun opvattingen m.b.t. een voorbeeldrol
- de relatie tussen deze opvattingen en het gerapporteerde eigen gezondheidsgedrag
- de relatie tussen het gezondheidsgedrag en de taakopvatting met betrekking tot GVO en preventie.

Hieruit zal o.a. naar voren komen dat slechts een minderheid van de huisartsen een voorbeeldrol voor zichzelf ziet; en dat deze opvattingen niet in alle opzichten consistent zijn met het eigen gedrag.

WIJKVERPLEGING EN GVO
INVENTARISATIE EN ACTIE OMTRENT GEZONDHEIDSVORLICHTING EN -OPVOEDING
IN ACHT BASISEENHEDEN

Dr. G.J. Muskens, Katholieke Hogeschool Tilburg,
IVA, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk
onderzoek.

Doel van het onderzoek naar wijkverpleging en GVO in enige basiseenheden in Friesland, Zeeland en Limburg was:

1. Het verkrijgen van een eerste inzicht in de specifieke GVO-activiteiten die door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden uitgevoerd en de wijze waarop dit gebeurt.
2. Nagaan van hindernissen of belemmeringen die de uitvoering van GVO-activiteiten door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de weg staan.
3. Het verkennen van de mogelijkheden die er zijn om aan deze aspecten van het werk de gewenste aandacht te kunnen besteden en het verkrijgen van inzicht in de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

Voor het onderzoek is een enquête gehouden onder individuele leden van acht teams in de wijkverpleging. Later hebben met deze teams groepsgesprekken plaatsgevonden.

De resultaten van het onderzoek kunnen als volgt kernachtig worden samengevat:

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden spannen zich in om hun patiënten en cliënten te begeleiden en voor te lichten over hun mogelijkheden tot zelfzorg, behoud van hun gezondheid, medicijngebruik, etc. Echter, niet alle wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zijn hiervoor voldoende toegerust. Per provincie zijn er niet onaanzienlijke verschillen in de opleidings situatie en de ondersteuning die ze in de praktijk krijgen. De betrokken personen zijn bereid om in teamverband de patiënt- en cliëntgerichte voorlichting en begeleiding te verduidelijken en te versterken, ondanks de tijds- en deskundigheidsproblemen die hierbij spelen.

De voorlichting die gegeven wordt lijkt weinig betrokken op wat er buiten de directe relatie met patiënten en cliënten op GVO-gebied gebeurt. De meeste teams en personen reageerden althans nogal terughoudend op wat zich buiten die relatie afspeelt als lotgenotencontact, gezondheidsacties, etc. Als reden werd genoemd de factor plattelandsachtergrond, die zaken als lotgenotencontact of gezondheidsacties onnodig of ongewenst maakt.

HET MORBIDITEITSPATROON NU EN IN DE TOEKOMST: KONSEKWENTIES VOOR DE HUISARTS?

J.W.G. Schellekens, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
Huisarts te Oosterhout

Zoals algemeen bekend zal de Nederlandse bevolking onder invloed van de vergrijzing in de komende decennia een andere leeftijdsopbouw krijgen. Diverse artikelen en rapporten hebben reeds melding gemaakt van konsekventies voor onze gezondheidszorg. Wat deze vergrijzing in concreto voor de huisartspraktijk zal betekenen, is minder bekend. Om enig inzicht in dit laatste te verkrijgen hebben we gekeken naar de invloed van de veroudering van de bevolking op de morbiditeit zoals die in het jaar 2000 in de huisartspraktijk verwacht kan worden, op basis van cijfers uit de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en van prognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Ingegaan zal worden op de omvang en de aard van de te verwachten morbiditeit in het jaar 2000. Aan de hand van trends in de gepresenteerde morbiditeit gedurende de periode 1971 - 1982 zal aangetoond worden dat naast de invloed van de leeftijd een aantal andere factoren een rol spelen. Dat de huisarts zelf een groot aandeel kan hebben in de aan hem gepresenteerde morbiditeit zal duidelijk worden. Konsekventies voor de taakopvatting en taakvervulling van de huisarts zullen in het licht van de mogelijke ontwikkelingen kort worden aangegeven.

DE OPENING VAN EEN ZIEKENHUIS: GEVOLGEN VOOR DE TAAKAFBAKENING DOOR HUISARTSEN TEN OPZICHTE VAN SPECIALISTEN

Drs. F. Nijhout, Nederlands Huisartsen Instituut - Utrecht

Sinds 1981 loopt op het Nederlands Huisartsen Instituut een onderzoek naar de gevolgen van de opening van een ziekenhuis op de medische consumptie in een gemeente, die voordien ver van tweedelijnsvoorzieningen verwijderd was. De voornaamste vooronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, is de idee dat een plotselinge vergroting van het aanbod van specialistische voorzieningen de vraag naar zulke diensten mogelijk sterk doet toenemen. De opening van het ziekenhuis heeft een bijna experimentele situatie geboden, waarmee het inzicht kan worden verdiept in de achtergronden van de positieve relatie die regelmatig tussen de verwijscijfers van huisartsen en de afstand tot het meest nabijgelegen ziekenhuis is aangetoond. Daarom is in dit onderzoek niet alleen getracht zo nauwkeurig mogelijk de veranderingen in de hoeveelheid verwijzingen vast te stellen, maar is ook materiaal verzameld om de vraag te beantwoorden welke mechanismen achter een eventuele toename van de verwijscijfers schuilgaan.

In het proces dat uiteindelijk tot groei van het aantal verwijzingen kan leiden spelen voornamelijk drie factoren een rol: specialisten, patiënten en huisartsen. Alle drie kunnen, ieder op hun eigen wijze, bijdragen aan een verhoogd gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. In deze voordracht komen alleen de huisartsen aan de orde en dan met name een aspect van hun werk dat wellicht fungeert als een interveniërende factor tussen een groot aanbod van specialistische hulpverleners en de daarmee samenhangende hogere verwijscijfers: de taakafbakening van huisartsen ten opzichte van specialisten.

De huisartsen in de betreffende gemeente is zowel enige tijd vóór als ruim na de opening van het ziekenhuis, een door Dopheide ontwikkelde vragenlijst voorgelegd, waarin naar hun mening over de feitelijke situatie met betrekking tot enkele facetten van de taakafbakening is gevraagd. In de eerste plaats is over 39 met name genoemde aandoeningen, die zich bevinden op het grensgebied tussen specialistische en huisartsgeneeskunde, gevraagd of de huisartsen diagnostiek van deze aandoeningen tot de taak van de huisarts dan wel tot die van de specialist rekenen. Evenzo geven de artsen hun mening over de therapie van de betreffende aandoeningen. In de tweede plaats vermeldden de artsen van 17 medische technieken, zoals het uitsnijden van een ontsteking aan de vinger en het inzetten van een spiraaltje, of zij deze in de praktijk toepasten. Tenslotte hebben de artsen van 19 uitspraken over de verdeling van taken, rechten en verantwoordelijkheden tussen huisarts en specialist op een 5-puntsschaal aangegeven in welke mate zij het daarmee eens of oneens zijn.

Twee vragen zal ik proberen te beantwoorden: 1) Zijn de (opvattingen over) taken die op het grensgebied tussen huisarts en specialist liggen door de opening van het ziekenhuis verschoven in de richting van de specialist? 2) Hangen eventuele veranderingen in taakopvatting of toegepaste technieken samen met een verhoging van de verwijscijfers?

HET VERWIJSGEDRAG VAN DE HUISARTS EN ZIJN RELATIE MET MEDISCH SPECIALISTEN IN HET LICHT VAN PREVENTIE VAN SOMATISCHE FIXATIE

Drs. H. Mokkink, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

Somatische fixatie is omschreven als het proces waarin mensen meer dan nodig afhankelijk worden van medische hulpverlening of zelfs vastlopen in het medisch kanaal door een inadekwate wijze van reageren op en omgaan met klachten, symptomen, ziekten of problemen. In het onderzoeksproject 'Preventie van Somatische Fixatie' stond de stelling centraal, dat de huisarts door de wijze waarop hij reageert op klachten e.d. die aan hem worden gepresenteerd, kan voorkomen of juist kan bevorderen dat mensen meer dan nodig afhankelijk worden van medische hulpverlening. Het verwijzen neemt hierbij een centrale plaats in. Een verwijzing vormt veelal een cruciaal moment in het hulpverleningsproces met mogelijk vergaande gevolgen voor de mate waarin de verwezenen zichzelf als patiënt ervaart en door zijn omgeving als patiënt gezien wordt. Uit de onderzoeksliteratuur is bekend, dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen huisartsen wat betreft het verwijsgedrag. Deze verschillen hangen enerzijds samen met factoren van structurele aard (aanwezigheid van en afstand tot tweedelijnsvoorzieningen e.d.), anderzijds wordt steeds meer gewezen op het belang van de werkwijze en de attitude van de huisarts op het aantal verwijzingen. In het genoemde onderzoeksproject zijn bij 57 huisartsen op drie onderling onafhankelijke manieren gegevens verzameld, t.w. door middel van niet-participerende observatie in de spreekkamer van de huisarts, schriftelijke vragenlijstgegevens en gegevens betreffende voorschrijven en verwijzen, beschikbaar gesteld door twee regionale ziekenfondsen. Van de onderzoeksbevindingen is en wordt uitgebreid verslag gedaan. In deze bijdrage willen we ingaan op de wijze waarop huisartsen hun relatie met medisch specialisten gestalte proberen te geven in relatie tot hun feitelijk verwijsgedrag. De uitgevoerde analyse duidt op twee typen relaties: enerzijds een huisarts-specialist-relatie, waarin de huisarts streeft naar overeenstemming en onderlinge afstemming met de specialist naar wie hij verwijst, anderzijds een huisarts-specialist-relatie, waarin de huisarts zo gericht mogelijk probeert gebruik te maken van de deskundigheid van de specialist. Met name dit laatste type blijkt in tegenstelling tot het eerste type samen te gaan met een terughoudend verwijzingsbeleid. Uit het oogpunt van preventie van somatisch fixatie mogen we hieraan wellicht de gevolgtrekking verbinden, dat huisartsen de kans op onnodige afhankelijkheid van medische hulpverlening kunnen verkleinen door in geval van verwijzing de specialist duidelijk te informeren over wat hij van hem vraagt in zowel diagnostisch en/of therapeutisch opzicht.

VOORSCHRIJVEN EN VERWIJZEN

Dr. D. Post, Regionaal Ziekenfonds Zwolle

Voor de huisarts zijn voorschrijven en verwijzen zeer frequent voorkomende activiteiten. Dagelijks worden meerdere recepten uitgeschreven en worden een aantal patiënten verwezen.

Cijfermatige gegevens over deze beide facetten van het huisartsgeneeskundig gebeuren, worden door ziekenfondsen verzameld.

Vanuit deze gegevens wordt een indruk verkregen over het functioneren van de huisarts en wordt ook gekeken naar de in de huisartspraktijk gegenereerde kosten.

Een onderzoek omtrent verwijzen en prescriptie onder 84 huisartsmedewerkers van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle toont grote onderlinge verschillen. Met name het verschil tussen platteland en grote stad is zeer opvallend. Een nadere analyse van dit verschil geeft niet-verwachte, nog slecht verklaarbare uitkomsten.

Tussen het verwijzen en het voorschrijven bestaat een bepaalde relatie die mogelijk loopt via het aantal arts-patiënt contacten.

Een gedetailleerde analyse van het voorschrijven van antibiotica en tranquillizers toont de verschillen tussen huisartsen in versterkte mate en geeft ook een indicatie voor de noodzaak van een effectievere scholing en bijscholing.

Dr. F.M. Haaijer - Ruskamp, Rijksuniversiteit Groningen,
Prof.dr. H. Wesseling, Vakgroep (klinische) Farmacologie

Aan de hand van het voorschrijfgedrag van 52 niet-apotheekhoudende huisartsen wordt nagegaan welke relatie bestaat tussen de wijze van praktijkvoering en het voorschrijfgedrag; in het bijzonder wordt hierbij aandacht besteed aan de rol van de assistente en de telefoon. Het inschakelen van de assistente en het gebruik van de telefoon (bijv. voor een telefonisch spreekuur) zijn belangrijke hulpmiddelen voor de huisarts om de werklust de baas te kunnen blijven, vooral wat betreft het uitschrijven van (herhalings)receptuur.

Bij de opzet van het onderzoek is verondersteld, dat huisartsen verschillende patronen in hun praktijkvoering laten zien, namelijk face-to-face praktijkvoering (d.w.z. een duidelijke voorkeur voor contacten met patiënten in een face-to-face situatie), een 'telefonische' praktijkvoering (d.w.z. een relatief groot gebruik van de telefoon) en een 'assistente-praktijkvoering' (d.w.z. de assistente wordt relatief vaak ingeschakeld).

De eerste vraag waar we ons op zullen richten is dan ook in hoeverre dergelijke patronen bestaan, hetzij ongedifferentieerd bij de gehele praktijkvoering, hetzij gedifferentieerd naar bepaalde soorten problemen of categorieën patiënten. Vervolgens zullen we ons bezighouden met de vraag wat de gevolgen zijn voor het voorschrijfpatroon. Verwacht wordt dat veel telefonische consultatie en veelvuldig inschakelen van de assistente samengaat met een groter voorschrijfvolume, o.a. omdat deze vormen van consultatie 'automatische' herhaling van receptuur vergemakkelijken.

De onderzoekgegevens zijn verkregen door middel van registratie van alle consulten gedurende één week in februari 1984 door de 52 medewerkende huisartsen zelf.

De registratie betrof:

- consult-gegevens: locatie en wie het consult doet.
- patiënt-gegevens: leeftijd, geslacht, verzekering.
- diagnose: inhoud, nieuw of herhaling.
- therapie: non-medicamenteus
recept (doordruk), nieuw of herhaling.

DE TAKEN VAN DE HUISARTS

Drs. W.M. van Zutphen, Rijksuniversiteit Limburg
Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde

Met behulp van systematische observatie is in 1979 een inventarisatie verricht van het handelen van huisartsen in een steekproef van 91 huisartspraktijken, gestratificeerd naar de urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging, de praktijkgrootte en de praktijkvorm.

Het meetinstrument bestond uit een systeem van 43 observatie-categorieën. Deze categorieën vormden de operationalisatie van de taken van de huisarts, zoals beschreven in de taakomschrijving van de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging uit 1977.

Met behulp van factoranalyse is in de relatieve tijdsbestedingen van de waargenomen activiteiten gezocht naar de feitelijke doelen, die de huisartsen met die activiteiten willen bereiken, met andere woorden naar de feitelijke taakstructuur.

De gevonden taakstructuur wordt vergeleken met de taakstructuur uit het 'Basis-takenpakket van de huisarts', dat door de Landelijke Huisartsen Vereniging in juli 1983 officieel is uitgebracht en door de beroepsgroep is aanvaard.

Dr. J. van der Zee, Nederlands Huisartsen Instituut Utrecht

Onderzoek naar de relatie tussen het voorkomen van 'ziekte' en het behoren tot een bepaalde sociale klasse gaat meestal gepaard met luidruchtige bijverschijnselen.

Een recent voorbeeld daarvan vormen de ingezonden stukken in het doorgaans zo bezadigde Journal of the Royal College of General Practitioners naar aanleiding van Crombie's 'Occasional Paper' over sociale klasse en het gebruik van diensten van de huisarts.

Crombie's paper was weer een reactie op het fameuze 'Black Report', het verslag van een studiec commissie onder leiding van Sir Douglas Black, die liet zien dat er nog steeds sprake is van grote verschillen in sterfte- en ziektecijfers tussen de verschillende sociale klassen.

Vooral onder invloed van de socioloog Peter Townsend, kreeg het Black-report een nogal uitgesproken politieke kleur. De 'schuld van het kapitaal' werd nogal sterk naar voren gebracht. Om een voorbeeld te noemen - de geringere vermindering in rookgewoonten in de lagere sociale regionen vergeleken met de teruggang in de hogere lagen der maatschappij werd door Townsend en zijn collegae direkt in verband gebracht met de weinig benijdenswaardige positie van de eerstgenoemde groep. Men mocht zeker niet denken dat individuele gedragsverandering mogelijk zou zijn.

In de op het symposium 'Onderzoek in de Eerste Lijn' te presenteren paper worden de wel zeer algemene begrippen 'klasse' en 'ziekte' aan een nadere beschouwing onderworpen en wordt de relatie tussen 'klasse' en het voorkomen van een aantal nauwkeurig omschreven ziektes in Engelse huisartspraktijken op een wiskundige manier beschreven.

Gebruik wordt gemaakt van publicaties uit het Tweede Nationale Morbiditeits-survey in Engeland en Wales (1970/71) vooral uit het deel waarin de sociaal economische achtergronden van ziekte worden gepubliceerd en getracht wordt om de verschillende ziektes te rangordenen naar de (wiskundige) norm die de relatie tussen prevalentie cijfers in de huisartspraktijk en sociale klasse aannemen.

Rechtlijnige en kromlijnige verbanden worden onderscheiden naar de richting van het verband en de sterkte. Tenminste even interessant zijn de ziekten waarvoor geen (interpreteerbaar) verband met 'klasse' kan worden gevonden.

EERSTELIJNS HULPVERLENING AAN MAROKKAANSE PATIENTEN IN MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKINGSVERBANDEN

Drs. A. Tuinier, Rijksuniversiteit Utrecht,
Vakgroep Geschiedenis en Theorie van de Psychologie

Het onderzoek waarover wordt gerapporteerd was gericht op inventarisatie en exploratie van probleemgebieden. De resultaten werden gebruikt voor de verbetering van werkwijzen en voor de opzet van specifiekere vervolgonderzoek. De opzet was een gedetailleerd beeld te krijgen van de kulturele anthropologie van de hulpverleningssituatie met Marokkaanse patiënten. Problemen ontstaan niet uitsluitend door de taalbarrière of door de kultuurkloof, maar ook doordat vooronderstellingen en gedrag van huisarts en Marokkaanse patiënt op een specifieke manier op elkaar betrokken raken. Voorts worden problemen opgeroepen door het wijdere institutionele kader waarin de hulpverlening plaatsvindt.

Onderzoeksresultaten werden verkregen uit interviews met huisartsen, fysiotherapeuten, medewerkers van het buro voor rechtshulp, Marokkaanse patiënten en externe Nederlandse en Marokkaanse informanten. Daarnaast werd geobserveerd bij hulpverleningskontakten en literatuuronderzoek verricht.

Enkele hoofdpunten uit de onderzoeksresultaten:

- samenwerkingsverbanden in de eerstelijns bieden in principe betere mogelijkheden voor een optimale hulpverlening aan Marokkaanse patiënten. Dit geldt met name in multidisciplinaire settings. Deze mogelijkheden worden echter onvoldoende benut, deels door gebrekkige samenwerking, deels door het hulpverleningsgedrag van Marokkaanse patiënten.
- aan hulpverleners wordt de eis gesteld zich te verdiepen in de andere kulturele achtergrond van deze patiëntengroep. Deze eis wordt echter bijna nergens vertaald in een concreet programma dat voor hulpverleners uitvoerbaar is en waarvan het effect zichtbaar wordt. De opdracht tot deskundigheidsbevordering blijft zo amorf en zadelt hulpverleners op met een gevoel van machteloosheid dat juist kontraproduktief werkt bij verbetering van de hulpverlening.
- de uitgangspunten van een moderne eerstelijnszorg kunnen op gespannen voet staan met wat in de literatuur en door deskundigen wordt gezien als bevorderlijk voor optimale hulpverlening aan Marokkanen. Bij hulpverleners kan deze paradox aanleiding zijn tot een tegenstrijdige houding: grote ideologische betrokkenheid bij deze patiëntengroep maar passiviteit in de praktijkontwikkeling.
- het medische denk- en praktijkkader sluit slecht aan bij het kultureel-anthropologische dat voor deze patiëntengroep van belang wordt geacht. De gebrekkige verbinding doet zich met name voelen waar psychosomatische problemen een rol spelen, en is er mede de oorzaak voor dat de hulpverleningsstructuur en hulpverleners een rol spelen in het optreden van somatische fixatie. Het enorme verschil in werkwijze en houding ten opzichte van Marokkanen binnen diverse sectoren van het hulpverlenings- en controleapparaat werkt dit verschijnsel al evenzeer in de hand.

WAT VERWACHTEN PATIENTENVERENIGINGEN VAN DE ELGZ?

Drs. G.J. Visser, Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht

In de zeer talrijke patiëntenverenigingen in Nederland leven verschillende ideeën over ziekte en gezondheid en zijn de verwachtingen die men heeft van de (eerstelijns)gezondheidszorg erg gevarieerd. Terwijl voor de 'oude' categoriale groepen (opgericht in de jaren '60 en '70) de ziekte voor zich spreekt, zijn de jongere groepen, georganiseerd rond een minder grijpbare klacht, dikwijls nog volop bezig 'hun' ziekte ook als zodanig te presenteren: hyperventilatie, migraine moeten door de buitenwacht eindelijk eens als ziekte worden erkend. Daartegenover wijzen de belangenorganisaties van gehandicapten, slechthorenden of slechthorenden een ziekenrol voor hun leden juist sterk af. De rol die de huisarts krijgt toebedeeld varieert al evenzeer. Voor verenigingen van patiënten met asthma, migraine of diabetes is hij de eerstaangewezen hulpverlener: de groepen zijn duidelijk eerstelijnsgericht. Andere verenigingen, zoals die van reuma- of psoriasispatiënten, verwachten de behandeling van de specialist en zien de huisarts meer als begeleider, als hulp om de ziekte of de behandeling te accepteren. Tenslotte zijn er verenigingen voor wie de huisarts in feite geen andere rol lijkt te spelen dan die van -liefst snelle- verwijzer. Contacten met organisaties van hulpverleners in de eerste lijn zijn bij de meeste groepen althans op plaatselijk niveau opvallend afwezig. Met, bijvoorbeeld, de plaatselijke huisartsenvereniging wil men meestal wel graag overleg, om kennis over te dragen of om begrip te kweken, maar men weet de weg niet of voelt zich in toenaderingspogingen afgevoerd.

Het aantal ernstige klachten over de hulpverlening waarmee de verenigingen worden geconfronteerd is vrij gering. Zij spelen vooral een rol als klankbord: patiënten kunnen hun grieven spuien en worden doorgaans geadviseerd die met hun hulpverlener nader te bespreken. Overigens hebben veel groepen behoefte aan professionele begeleiding bij het voeren van, vaak telefonische, gesprekken met patiënten.

Drs. K.A. Gorter, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk
Onderzoek (NIMAWO) Den Haag

Er tekent zich een ontwikkeling naar beperking van intramurale voorzieningen af. Naar aanleiding daarvan doet zich de vraag voor of de eigen omgeving van verzorgingsbehoevende personen wel voldoende in staat is de verzorgende taken te vervullen: er is sprake van (over)belasting, welke hulp krijgt men en heeft men behoefte aan (meer) hulp? Het NIMAWO verricht, in opdracht van het Ministerie van WVC een onderzoek rondom deze vragen, toegespitst op huishoudvoerenden met de zorg voor een lichamelijk gehandicapt gezinslid van 15 jaar en ouder. Er werd een getrapte onderzoeksopzet gebruikt: eerst werd een vragenlijst afgenomen aan een representatieve steekproef van alle meerpersoonshuishoudens in Nederland, waaruit vervolgens de huishoudens met een gehandicapt gezinslid werden opgespoord voor een vraaggesprek over de zorg voor dat gezinslid, belastingsaspecten, hulp en behoefte aan hulp. Enkele hoofdpunten uit de bevindingen zijn:

- Onder de ruim 2000 meerpersoonshuishoudens in de steekproef werden 336 huishoudens met één of meerdere lichamelijk gehandicapte gezinsleden van 15 jaar en ouder aangetroffen, ofwel 16,7% van het totaal. Op grond van dat percentage kan het aantal van dergelijke huishoudens in Nederland geschat worden op ca. 668.000 (waarin éénpersoonshuishoudens niet zijn begrepen).
- Uit een paarsgewijze vergelijking tussen de kerngroep van het onderzoek (huishoudvoerenden met een gezinslid die belemmerd is in de beweging; N=104) en overeenkomstige huishoudvoerenden in de steekproef zonder gehandicapt gezinslid (o.m. 'gelijkgeschakeld' op hun leeftijd, de gezinsgrootte en het gezinsinkomen) kwam naar voren dat de eerstgenoemden hun situatie ongunstiger beoordelen: zij hebben meer moeite met de verzorging van het huishouden, zijn minder tevreden met hun vrije tijd en beoordelen hun gezondheid als slechter. De verschillen zijn echter niet erg groot.
- Ongeveer een kwart van de huishoudvoerenden met de zorg voor een gehandicapt gezinslid ondervindt nadelige gevolgen van de verzorging van het huishouden op het gebied van hun gezondheid, regelmatige onderbreking van hun nachtrust en/of sociale contacten.
- In uren uitgedrukt, geven familie/buren/vrienden ongeveer evenveel hulp als gezinsverzorging/bejaardenverzorging en als werksters. Een ongeveer even groot deel van de groep (ca. 10%) ontvangt hulp van de wijkverpleging, maar die hulp is veel korter van duur.
- De behoefte aan (meer) hulp bij de verschillende huishoudelijke taken is bij ca. 10% van de groep aanwezig. Naar verhouding leverden de zware schoonmaakwerkzaamheden de meeste problemen op: 30% heeft behoefte aan (meer) hulp op dat gebied.

De analyse, om binnen de onderzochte groep bepaalde probleemgroepen te ontdekken, is nog niet afgerond. Voorlopig lijkt de situatie van de ouderen en van degenen met de zorg voor een ernstig gehandicapte het meest ongunstig.

HET FUNCTIONEREN VAN DE EERSTELIJNS HULPVERLENING IN WIJKEN MET ERNSTIGE BODEMVERONTREINIGING

W.B.A.M. Melief, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk
Onderzoek (NIMAWO) Den Haag

Als onderdeel van het onderzoeksprogramma 'Psycho-sociale aspecten van bodemverontreiniging' voerde het NIMAWO, in opdracht van het Ministerie van VROM, een onderzoek uit naar het functioneren en de organisatie van de hulpverlening in een viertal woonwijken in respectievelijk Maassluis, Stadskanaal, Hengelo (O) en Stein (L), waar een ernstige mate van bodemverontreiniging was vastgesteld (zogenaamde 'gifwijken').

Uit de onderzoeksuitkomsten kwamen globaal de volgende, voor de eerste lijn van belang zijnde, bevindingen naar voren.

Wisselend met de fase van het bodemsaneringsproces bestaat er bij 50 à 75% van de betrokken bewoners vooral behoefte aan concrete hulpverlening zoals:

- informatie;
- concrete hulp bij het invullen van formulieren e.d.;
- feitelijke vergoeding van geleden schade;
- medisch onderzoek.

Daarnaast bestond er grote behoefte aan begrip en emotionele steun van de hulpverleners, die de concrete hulp gaven.

De hulp, voorzover door professionals verstrekt, bleek in drie van de vier wijken hoofdzakelijk afkomstig van eerstelijns hulpverleners. In één wijk echter werd de dienstverlening van speciale hulp- en informatie-teams tijdens spannende perioden in het saneringsproces naast de bestaande eerste lijn zeer positief gewaardeerd en intensief gebruikt. Vervolgens bleek er een discrepantie te bestaan tussen enerzijds de verleende hulp (het aanbod) en anderzijds de behoefte aan hulp. In meer dan de helft van de ondervonden hulpbehoeften werd geen hulp verkregen, terwijl anderzijds in aanzienlijke mate hulp ondervonden werd, waaraan geen behoefte was. Het bleek vervolgens, dat in vele gevallen de ondervonden behoeften niet bekend waren bij de hulpverleners, omdat men niet om hulp had gevraagd.

De hulp, die men ondervond zonder daar direct behoefte aan te hebben, werd vooral door niet-professionele hulpverleners gegeven, zoals vrijwilligers van de bewonersorganisaties, burens en kennissen.

Deze bevindingen nopen tot een discussie over de rol die de eerste lijn in 'gifwijken' kan spelen, over de voorwaarden waaronder die rol optimaal kan worden gespeeld en over de mogelijke aanvulling met specifieke tijdelijke hulpverleningsvoorzieningen, die de eerste lijn zou kunnen gebruiken.

Meer in het algemeen zou men zich eveneens, naar aanleiding van deze bevindingen, kunnen beraden over de vraag of alle, ook zeer weinig dringende, hulpbehoeften wel in een hulpverleningscontact met een professionele hulpverlener zouden moeten resulteren. Daarbij kan de vraag niet onbesproken blijven welke de verhouding zou moeten zijn tussen de professionele hulpverlening en de hulpverleningsmogelijkheden in het persoonlijk netwerk van hulpbehoevende mensen.

ZIEKE DOKTERS

Dr. P. Lens, Rijksuniversiteit Leiden,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde

Dit onderzoek richt zich op het ziekte- en gezondheidsgedrag van huisartsen en hun gezinsleden.

Centraal staat daarbij de vraag in hoeverre dit gedrag beïnvloed wordt door het arts-zijn. Over dit gedrag en de samenhang met het beroep is deels inventarisering, deels toetsend onderzoek verricht.

Om de invloed van het beroep goed te kunnen meten is ter vergelijking ook het ziekte- en gezondheidsgedrag van tandartsen bestudeerd.

De gegevens voor dit onderzoek zijn door middel van een enquête verzameld. In totaal werd aan 500 huisartsen en 500 tandartsen een enquêteformulier toegestuurd.

Uit het onderzoek blijkt onder meer dat het ziektegedrag van de huisarts en zijn gezinsleden duidelijk afwijkt van het ziektegedrag van de normale patiënt (in dit onderzoek de tandarts). Met name ontbreekt in de meeste artsengezinnen de eigen huisarts. De huisarts die zelf ziek wordt, probeert eerst zichzelf te genezen. Als hij hulp inroept, consulteert hij doorgaans direct een specialist. Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat dit tot meer ingrepen leidt. In dit onderzoek kon worden bevestigd, dat kinderen van huisartsen vaker aan de blindedarm worden geopereerd dan kinderen van tandartsen.

Ook blijkt dat het vertrouwen in de mogelijkheden die de geneeskunde te bieden heeft bij tandartsen groter is dan bij huisartsen. Dit vertrouwen is wellicht mede een verklaring voor het verschil in ziektegedrag tussen huisarts en tandarts. Binnen de groep huisartsen blijkt namelijk dat er een duidelijke correlatie is tussen dit vertrouwen en het beroep op professionele hulp. Naarmate het vertrouwen groter is, wordt vaker een medische oplossing gezocht.

Overigens is geconstateerd dat huisartsen zich niet onderscheiden van tandartsen in een gezonde wijze van leven. De helft van de huisartsen heeft een gezondheidsgedrag dat geen voorbeeld voor patiënten kan zijn.

A. Samenwerking

- Drs. G.R.P. Bruining Katholieke Universiteit
 Inst. voor Soc. Ped. en Andragogiek
 Erasmusplein 1-18
 6525 HF Nijmegen
 tel. 080 - 512146
- Drs. D. Wijkel Nederlands Huisartsen Instituut
 Postbus 812
 3500 AV Utrecht
 tel. 030 - 319946
- Drs. F. Sanavro Nederlands Huisartsen Instituut
 Postbus 812
 3500 AV Utrecht
 tel. 030 - 319946

B. ELGZ Structuur en beleid

- W. Joling Ministerie van W.V.C.
 Postbus 439
 2260 AK Leidschendam
 tel. 070 - 209260, tst. 2507
- Drs. P.P. Groenewegen Nederlands Huisartsen Instituut
 Postbus 812
 3500 AV Utrecht
 tel. 030 - 319946
- Ir. H.J.B.M. Abeln Twijnstra Gudde NV
 Pikeursbaan 15
 7411 GT Deventer
 tel. 05700 - 10833

C. Andere beroepen in de ELGZ

- Drs. M.H.J.M. Knapen Katholieke Universiteit
 Inst. voor Toegepaste Sociologie
 Postbus 9048
 6500 KJ Nijmegen
 tel. 080 - 780111
- Drs. L. Hingstman Nederlands Huisartsen Instituut
 Postbus 812
 3500 AV Utrecht
 tel. 030 - 319946
- Drs. G. van Rossum Katholieke Universiteit
 Inst. voor Toegepaste Sociologie
 Postbus 9048
 6500 KJ Nijmegen
 tel. 080 - 780111

D. Huisartsgeneeskunde (1e deel)

- Mw. drs. C. Wachters-
Kaufmann Rijksuniversiteit Groningen
 Vakgroep Huisartsgeneeskunde
 Ant. Deusinglaan 4
 9713 AW Groningen
 tel. 050 - 116140
- Ir. J.C. Seidell Landbouwhogeschool Wageningen
 Vakgroep Humane Voeding
 De Dreyen 12
 6703 BC Wageningen
 tel. 08370 - 84336
- Drs. M.M. Kuyvenhoven Utrechts Universitair Huisartsen Instituut
 Mariahoek 6
 3511 LD Utrecht
 tel. 030 - 313802

E. Psychosociale problematiek

- Drs. W. Scheffer Katholieke Universiteit
 Inst. voor Toegepaste Sociologie
 Postbus 9048
 6500 KJ Nijmegen
 tel. 080 - 780111
- Dr. C. Hosman Katholieke Universiteit
 Vakgroep Klinische Psychologie
 en
 RIAGG, buro Oranjesingel 2
 6511 NS Nijmegen
 tel. 080 - 221844
- Dr. I. Ormel Academisch Ziekenhuis Groningen
 Afd. Soc. Psychiatrie
 Oostersingel 59
 9713 AZ Groningen
 tel. 050 - 612079

F. Fysiotherapie

- Prof.dr. J.D. Mulder Rijksuniversiteit Leiden
DZN. Vakgroep Huisartsgeneeskunde
 Postbus 9605
 2300 RC Leiden
 071 - 148333, tst. 4617
- Drs. T.L.J.M. Soons Stichting Algemeen Ziekenfonds N.Limburg ZNL
 Postbus 9001
 5900 MB Venlo
 tel. 077 - 79254

Dr. A.H.M. Kerkhoff GG en GD Leiden
Roodenburgerstraat 1/a
2313 HH Leiden
tel. 071 - 146341

Drs. C. van Dijkum Rijksuniversiteit Utrecht
Inst. voor Pedagogische en Andragogische
Wetenschappen
Postbus 80140
3508 TC Utrecht
tel. 030 - 534911

G. Preventieve zorg

Drs. H. Adriaanse Rijksuniversiteit Limburg
Cap. groep Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel. 043 - 888175

Mw. Drs. D.L.M. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
Schraven St. Annastraat 284
6525 HC Nijmegen
tel. 080 - 516338 of 513315

Drs. L. de Witte Rijksuniversiteit Limburg
Cap. groep Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel. 043 - 888168

Dr. G.J. Muskens Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onder-
zoek van de Hogeschool Tilburg
Postbus 90153
5000 LT Tilburg
tel. 013 - 662443

H. Relatie eerste/tweede lijn

J.W.G. Schellekens, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
arts tel. 080 - 585311
Dorpstraat 30
6678 BH Oosterhout
tel. 08818 - 1445

Drs. F. Nijhout Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 812
3500 AV Utrecht
tel. 030 - 319946

Drs. H. Mokkink Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
St. Annastraat 284
6525 HC Nijmegen
tel. 080 - 516337

Dr. D. Post Regionaal Ziekenfonds Zwolle
Kerkweg 72
8091 GB Wezep
tel. 05207 - 2052

I. Huisartsgeneeskunde (2e deel)

Dr. F.M. Haaijer-
Ruskam Rijksuniversiteit Groningen
Farmacologie/Klinische Farmacologie
Bloemsingel 1
9713 BZ Groningen
tel. 050 - 117548 of 115066

Drs. W.M. van Zutphen Rijksuniversiteit Limburg
Cap. groep Huisartsgeneeskunde
Postbus 616
6200 MD Maastricht
tel. 043 - 616100 tst. 281/283

Dr. J. van der Zee Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 812
3500 AV Utrecht
tel. 030 - 319946

Drs. A. Tuinier Rijksuniversiteit Utrecht
Vakgroep GTP
Vinkenburgstraat 26
3512 AW Utrecht
tel. 030 - 312042

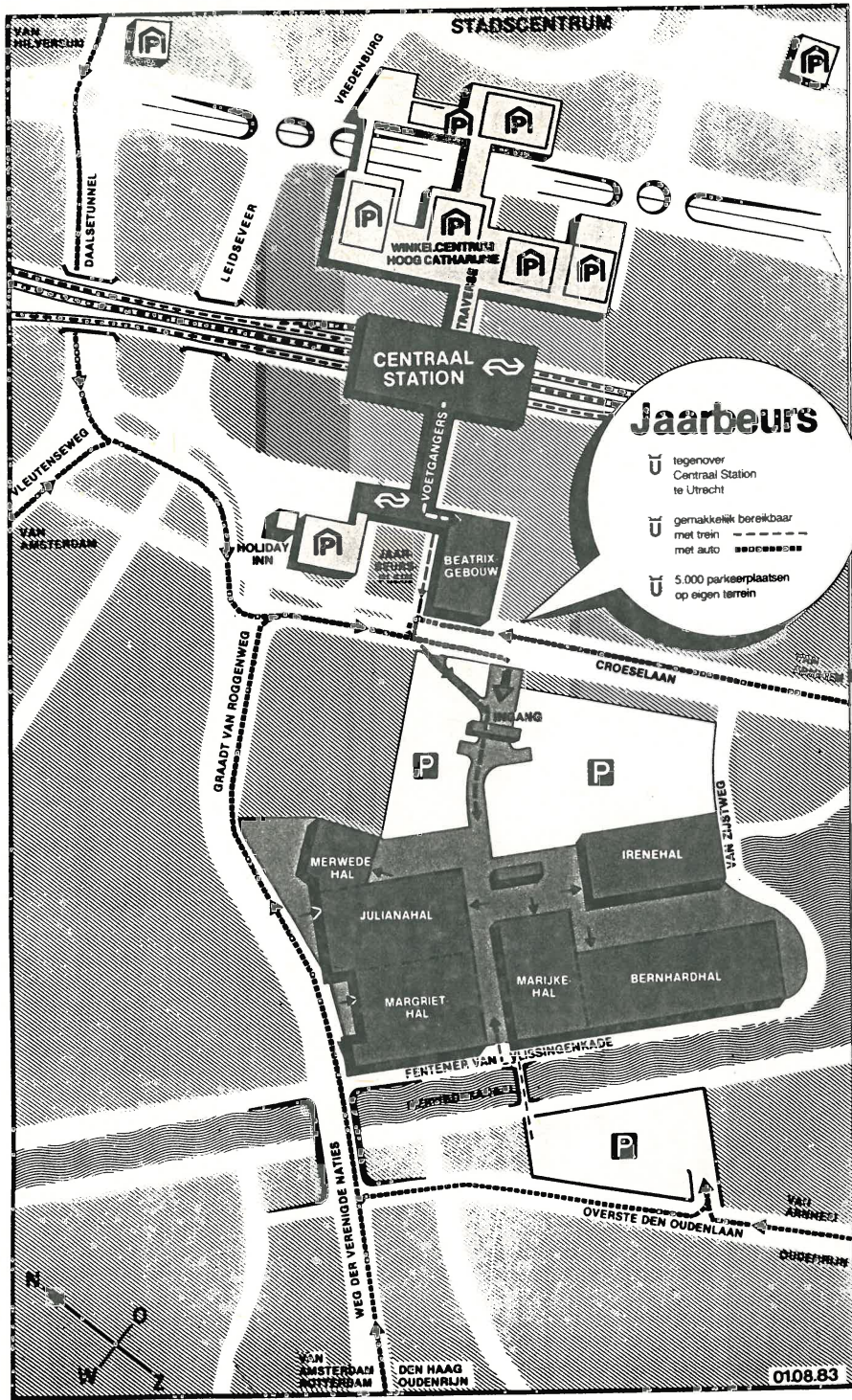
J. Consumenten

Drs. G.J. Visser Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 812
3500 AV Utrecht
tel. 030 - 319946

Drs. K. Gorter NIMAWO
Willem de Zwijgerlaan 66
2582 ES Den Haag
tel. 070 - 551000

W.B.A.M. Melief NIMAWO
Willem de Zwijgerlaan 66
2582 ES Den Haag
tel. 070 - 551000

Dr. P. Lens Rijksuniversiteit Leiden
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Postbus 9605
2300 RC Leiden



STADSCENTRUM

WINKELCENTRUM
HOOG CATHARIJSE

CENTRAAL STATION

Jaarbeurs

- ↳ toegankelijk over Centraal Station te Utrecht
- ↳ gemakkelijk bereikbaar met trein met auto
- ↳ 5.000 parkeerplaatsen op eigen terrein

JAAR-
GEBOUW

BEATRIX-
GEBOUW

HOLIDAY
INN

MERWEDE
HAL

JULIANAHAL

MARGRIET
HAL

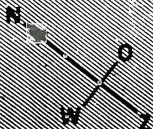
MARIJKE
HAL

BERNHARDHAL

IRENEHAL

FENTEEMER VAN L. VLISSINGENKADE

OVERSTE DEN OUDENLAAN



AMSTERDAM
ROTTERDAM DEN HAAG
OUDENRIJN

0108.83

