

TYPE/ **NATIONALE STUDIE
NAAR ZIEKTEN EN
VERRICHTINGEN IN DE
HUISARTSPRAKTIJK**

EEN CALEIDOSCOOP

februari 1997

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2319946 Fax 030 2319290

ISBN 90-6905-281-4

vormgeving en layout: Mieke Cornelius, NIVEL

INHOUD

	pag
VOORWOORD	IX
DE NATIONALE STUDIE IN BEELD	XI
OUTPUT	XIII
1 OPZET VAN DE STUDIE	1
2 PRAKTIJKORGANISATIE	19
3 PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID	45
4 ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	
1 gezondheidsproblemen bij kinderen	77
2 acute ziekten	107
3 chronische ziekten	151
4 psychosociale problemen	179
5 VERRICHTINGEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK	
1 aanvragen van diagnostiek	229
2 voorschrijven van geneesmiddelen	245
3 relatie eerste en tweede lijn	267
6 PATIËNTEN	325
7 OVERHEID EN BELEID	381
APPENDIX	391
lijst met publikaties	

INHOUD

1. OPZET VAN DE STUDIE	pag.
- Van der Velden J. Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de rol van de huisartspraktijk in Nederland. <i>Medisch Contact</i> 1990 (45); 19: 605-608.	1
- Bensing JM., Foets M., Van der Velden J., Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1991 (34); 2: 51-61.	7
2. PRAKTIJKORGANISATIE	
- Nijland A., De Haan J., Van der Velden J., Meyboom-De Jong B. Sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1990 (33); 9: 350-354.	21
- Nijland A., Groenier K., Meyboom-De Jong B., De Haan J., Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1991 (34); 11: 484-487.	26
- De Veer A., De Bakker D. Praktijkvorm en het handelen van de huisarts. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1993 (71); 5: 279-287.	30
- Groenewegen PP., Hutten JBF. De werkbelasting van Nederlandse huisartsen: resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. <i>Medisch Contact</i> 1994 (49); 2: 55-60.	39
3. PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID	
- Van der Zee J., Verhaak PFM. Preventie: een kwestie van routine? <i>Medisch contact</i> 1989 (44); 3: 75-78.	47
- Van der Velden J. Een preventiemodel voor de jaren negentig. <i>Medisch Contact</i> 1989 (44); 3: 78-81.	51
- Bensing JM., De Bakker DH., Van der Velden J. Hoe ziek is de WAO? <i>Medisch contact</i> 1991 (46); 37: 1075-1080.	55
- Van der Velden J., Abrahamse HPhH., De Bakker DH. Arbeid en gezondheid gezien vanuit de huisartspraktijk. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1995 (73); 5: 300-307.	61
- Van der Velden J., Abrahamse HPhH., De Bakker DH. De huisarts en arbeidsgebonden aandoeningen. <i>TBV</i> 1996 (4); 3: 82-88.	69
4. ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	
4.1 Gezondheidsproblemen bij kinderen	
- Hart HE., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Does E., Van der Velden J. Het kind met koorts in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1992 (35); 6: 246-248.	79

INHOUD

- Van der Ven-Daane I., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA. Het voorkomen en de behandeling van impetigo vulgaris bij kinderen. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 9: 291-293.	82
- Tasche MJA., Bruijnzeels MA., Van der Poel BNM., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Wouden JC. Zuigelingen die vaak huilen: frequentie en aanpak van dit probleem in de huisartspraktijk. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1993 (137); 38: 1927-1930.	85
- Van der Ven M., Van der Ven-Daane I., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Does E. De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 4: 134-136.	89
- Van Suijlekom-Smit LWA., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van der Velden J., Visser HKA., Dokter HJ. Voor welke gezondheidsproblemen bij kinderen wordt de huisarts geconsulteerd en hoe vaak? <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1995 (139); 33: 1684-1689.	92
- Speelman-Verburgh ME., Bruijnzeels MA., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Velden J., Hoes AW., Van der Wouden JC. De incidentie van koortsconvulsies bij kinderen van 3-72 maanden oud. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1996 (140); 12: 664-667.	98
- Versluis-Van Winkel SY., Bruijnzeels MA., Lo Fo Wong SH., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Wouden JC. Geen verschil in frequentie van huisartsbezoek door Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen van 0-14 jaar en door Nederlandse, maar wel in contactredenen. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1996 (140); 18: 980-984.	102
 4.2 Acute ziekten	
- Grol R., Claessens A., Van der Velden J., Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1991 (34); 1: 30-34.	109
- Brandenburg BJ., Hutten JBF., Van der Velden J., Grol RPTM. Acne vulgaris in de huisartspraktijk: een vergelijking met de NHG-standaard. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1991 (34); 12: 535-539.	114
- Bohnen AM., Bruijnzeels MA., Van der Velden J., Van der Wouden JC. Otitis media acuta: incidentie en beleid: gegevens uit de Nationale Studie. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1992 (35); 4: 134-136.	119
- Rooijackers-Lemmens E., Van de Lisdonk E., Van den Hoogen H., Van der Velden J. Otitis externa: klachten en medicamenteus beleid. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 6/7: 212-213, 229.	122
- De Melker RA., Kuyvenhoven MM., Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 1: 7-10.	124
- Bransen EM., Van der Velden J. Het premenstrueel syndroom in de Nederlandse huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 10: 322-327.	128
- De Melker RA., Van der Velden J., Kuyvenhoven MM. Huisbezoek bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang? <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1994 (37); 12: 532-536.	134

INHOUD

- Bijl D., Hutten JBF., Grol R., Van der Velden J. Hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1994 (37); 4: 142-148.	139
- Koning S., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Suijlekom-Smit LWA. Wratten: incidentie en beleid in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1994 (37) 10:431-435.	146
4.3 Chronische ziekten	
- Schellevis FG. Thuis bij patiënten met een chronische ziekte. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1994 (37); 12: 527-531.	153
- Schellevis FG., Van Eijk JThM., Van de Lisdonk EH., Van der Velden J., Van Weel C. Richtlijnen en de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg. Een evaluatie van de uitvoering van richtlijnen. <i>Kwaliteit & Zorg</i> 1994 (1); 3-12.	158
- De Waal MWM., Schellevis FG., Van der Velden J. Consultatie van de huisarts door patiënten met reumatoïde artritis of gonartrose/coxartrose. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1995 (139); 26: 1331-1335.	168
- Donker GA., Foets M., Spreeuwenberg P., Van der Steen J. Multipole sclerose in de huisartspraktijk. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1996 (140); 28: 1459-1463.	173
- Bensing J., Hulsman R., Schreurs K. Vermoeidheid: een chronisch probleem. <i>Medisch Contact</i> 1996 (5); 26: 123-124.	177
4.4 Psychosociale problemen	
- Bensing J., Beerendonk P. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. <i>MGV</i> 1990; 6: 595-618.	181
- Terluin B., De Bakker DH., Verhaak PFM. Het gebruik van de diagnosen surmenage en depressie in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1993 (36); 10: 314-321.	205
- Bensing JM., Verhaak PFM. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1994 (138); 3: 130-135.	213
- Bakker RHC., De Bakker DH., Kerkstra A., Stokx LJ. De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis. <i>Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie</i> 1995 (26): 71-79.	219
5. VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	
5.1 Aanvraag van Diagnostiek	
- Kluijt I., Zaat JOM., Van der Velden J., Van Eijk JThM., Schellevis, FG. Voor een prikje?: het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1991 (34); 2: 67-71.	231
- Zaat JOM., Schellevis, FG., Kluijt I., Van Eijk JThM., Van der Velden J. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1992 (35); 5: 183-187.	236

INHOUD

- Kluijt I., Zaat JOM., Van Eijk JThM., Van der Velden J. Huisarts en beeldvormende diagnostiek: resultaten uit de Nationale Studie. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1992 (35); 5: 188-191.	241
5.2 Voorschrijven van geneesmiddelen	
- Peters L., Van der Kooij T. Huisarts en placebo's: gegevens uit de Nationale Studie. <i>Medisch Contact</i> 1992 (47); 27/82: 850-853.	247
- Foets M., Visser GJ. Het voorschrijven van homeopathische middelen in de Nederlandse huisartspraktijk: resultaten Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. <i>Medisch Contact</i> 1993 (48); 22: 683-687.	251
- Foets M., Stokx LJ. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. <i>Medisch Contact</i> 1993 (48) 16: 489-492.	256
- Foets M., Schellevis FG., Van Dijk L. Competentie van huisartsen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen: een onderzoek op basis van papieren patiënten. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1994 (72); 1: 32-37.	260
5.3 Relatie eerste en tweede lijn	
- Kersten TJJMT., Foets M. De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1990 (68); 1: 36-41.	269
- Kerkstra A., Verheij RA., Foets M., Van der Velden J. Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1990 (68); 8: 346-354.	275
- Kersten TJJMT. Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten. <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i> 1992 (136); 23: 1102-1106.	284
- Kersten TJJMT., Van Kreveland D., Van der Zee J. Contacten tussen huisarts en patiënt in verband met een ziekenhuisopname. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1992 (35); 3: 109-112.	289
- Kersten TJJMT. De invloed van de huisarts op de specialist: een theoretische analyse getoetst aan de opvattingen van huisartsen. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1992 (70); 3: 171-179.	293
- Uunk WJG., Groenewegen PP., Dekker J. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. <i>Mens en Maatschappij</i> 1992 (67); 4: 389-411.	302
6. PATIËNTEN	
- Bensing J., Van den Brink-Muinen A., De Bakker D. Huisarts (M/V): Het kleine verschil met grote gevolgen. <i>Medisch Contact</i> 1992 (47); 29/30: 879-883.	327
- Foets M., Elie I., Van der Rijt G. Medische berichtgeving in de media: de invloed op het consultatiegedrag bij huisartsen. <i>Medisch Contact</i> 1993 (48); 20: 617-619.	332
- Hingstman L., Foets M., Riteco JA. Thuis of in het ziekenhuis bevallen: meningen van de 'consument'. <i>Tijdschrift voor verloskundigen</i> 1993: 66-73.	335

INHOUD

- Sixma HJM., Spreeuwenberg PMM., Van der Pasch MAA. Tevredenheid met de huisarts: een vergelijking van verschillende methoden van data-analyse. <i>Kwaliteit & Zorg</i> 1994; 2: 68-77.	343
- Tijhuis MAR., Flap HD., Foets M., Groenewegen PP. Kenmerken van sociale relaties en gezondheidszorg. <i>Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg</i> 1994 (72); 7: 341-351.	353
- Bensing JM., Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1995 (38); 9: 412-421.	364
- Kooiker S. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. <i>Huisarts en Wetenschap</i> 1996 (39); 2: 50-68.	374
 7. BELEID	
- Van der Zee J. De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. <i>Medisch Contact</i> 1990 (45); 19: 611-614.	383
- Delnoij DMJ., De Bakker DH., Groenewegen PP. Loon naar werken: vergelijking van een gedifferentieerd abonnement en een gemengde honoreringsstructuur voor huisartsen. <i>Medisch Contact</i> 1994 (49); 36: 1109-1111.	387

VOORWOORD

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg heeft of speelt de huisarts een centrale rol. Wie zou verwachten dat het doen en laten van de huisartsen om die reden tot in detail in kaart is gebracht kwam tot voor kort bedrogen uit. Om in deze leemte in kennis te voorzien heeft het NIVEL tien jaar geleden de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in uitvoering genomen. Het was voor de eerste keer dat in Nederland op zo'n grote schaal onderzoek is gedaan naar de plaats en positie van de huisarts. Deze studie is uniek in zijn soort door de combinatie van een intensieve gegevensverzameling bij zowel de huisarts als de patiënt.

Sinds de start van de studie in 1987 zijn vele boeken, rapporten en artikelen gepubliceerd die zijn gebaseerd op gegevens uit deze studie. Vele onderzoekers van verschillende onderzoeksinstituten hebben over de meest uiteenlopende onderwerpen het databestand geanalyseerd en beschreven in Nederlandstalige en Engelstalige publikaties.

Om een overzicht te geven van de omvangrijke output van deze studie is door het NIVEL in september 1995 een portfolio uitgegeven waarin de publikaties in Engelstalige wetenschappelijke tijdschriften is opgenomen. Aangezien op basis van de Nationale Studie ook een omvangrijk aantal Nederlandstalige publikaties is verschenen heeft het NIVEL gemeend ook een boek uit te geven waarin het overgrote deel van alle Nederlandse publikaties in tijdschriften is opgenomen. Om dit te kunnen realiseren heeft het NIVEL toestemming gekregen van de uitgevers van de betrokken tijdschriften, waarvoor onze dank.

De publikatie van dit boek betekent geenszins dat een eind is gekomen aan de publikatiereeks op basis van gegevens uit de Nationale Studie. Vele onderzoekers zijn momenteel nog bezig met het analyseren van het unieke materiaal, zodat het aantal publikaties in de komende jaren verder zal toenemen.

Prof. Jozien Bensing
Prof. Jouke van der Zee

Directeuren NIVEL

DE NATIONALE STUDIE IN BEELD

INLEIDING

De gezondheidszorg in Nederland draait voor een belangrijk deel om de zorg via de huisarts. Vrijwel iedereen staat bij een huisarts ingeschreven, driekwart van de Nederlanders gaat minstens één keer per jaar bij de huisarts langs. Als mensen besluiten professionele hulp te zoeken voor hun problemen, stappen zij meestal eerst op hun huisarts af, of die problemen nu medisch, psychisch of sociaal van aard zijn. Maar niet alleen voor de patiënt speelt de huisarts een belangrijke rol, ook voor het beleid in de gezondheidszorg is hij een figuur van betekenis. In veel gevallen bepaalt de huisarts immers wat er tijdens en na het spreekuur met de patiënt gebeurt: hij geeft een recept voor medicijnen, vult een verwijskaart in of hij geeft de patiënt het advies 'de zaak nog maar even aan te zien'. Kennis over het werk van de huisarts is dan ook belangrijk in een beleid dat gericht is op een goede toegang van zorg, op het terugdringen van zorg van de tweede naar de eerste lijn en op een beheersing van kosten. Bovendien kan de huisarts, door zijn intensieve bemoeienis met en kennis over zijn patiënten, veel informatie geven over de toestand van de gezondheid van de Nederlanders. En ook die kennis is onontbeerlijk, omdat in het beleid de vraagzijde van de zorg - zaken als sociale ongelijkheid en de gezondheidszorg voor specifieke risicogroepen - in de afgelopen jaren nadrukkelijk aan de orde is gesteld.

Voor de beantwoording van de meeste onderzoek- en beleidsvragen ontbrak de meest elementaire informatie. Om deze leemte in kennis op te vullen zijn bijna twintig jaar geleden de eerste ideeën voor een nationale studie over het reilen en zeilen van de huisarts gelanceerd. Er volgde een periode van tien jaar intense voorbereiding, voordat de werkelijke materiaalverzameling van dit project in de huisartspraktijk van start kon gaan. De doelstelling van het project luidde als volgt: "het verkrijgen van inzicht op nationale schaal in de presentatie van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, de door huisartsen naar aanleiding van deze problematiek ondernomen acties en tevens in de factoren, die de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk beïnvloeden als ook de sterk variërende reacties van huisartsen op de hun aangeboden problematiek" (Foets et al., 1986).

Op aanwijzing van het Ministerie van WVC werd het project gesubsidieerd door de Ziekenfondsraad uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

OPZET VAN DE STUDIE

Het onderzoek is uitgevoerd bij een a-selecte niet-proportionele gestratificeerde steekproef van 161 Nederlandse gevestigde huisartsen, die samen 335.000 patiënten bedienen. Er is hoofdzakelijk gebruik gemaakt van vier meetinstrumenten:

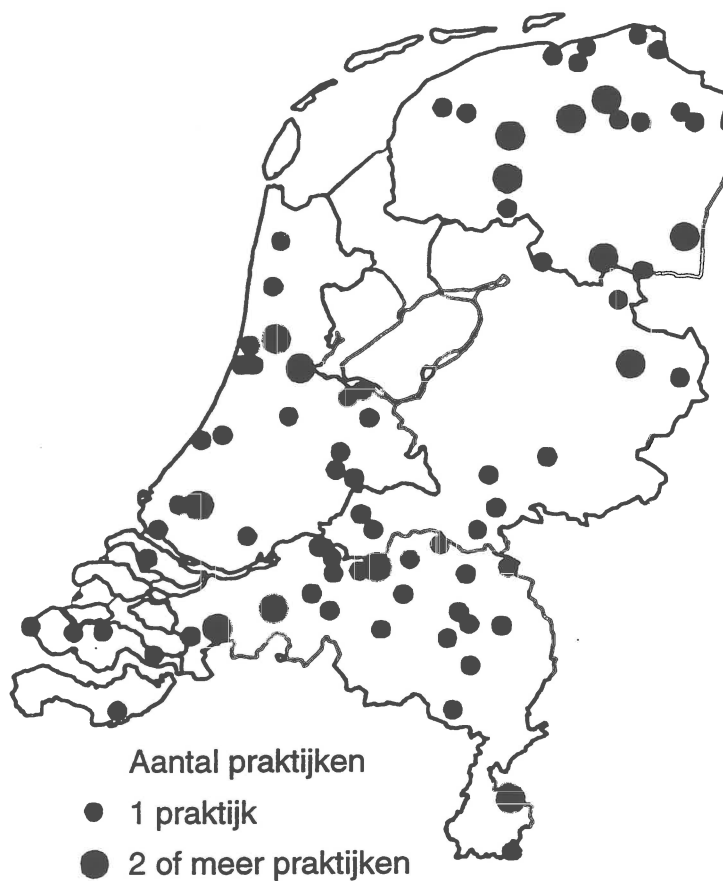
- de patiëntregistratie, door middel waarvan een aantal basiskkenmerken is vastgelegd van alle patiënten die ingeschreven staan in de aan het onderzoek deelnemende huisartspraktijken;
- de contactregistratie, door middel waarvan een aantal gegevens is vastgelegd over alle contacten tussen patiënt en huisarts dan wel assistente in een registratieperiode van drie aaneensluitende maanden. Vanwege mogelijke seizoensinvloeden is de registratie gespreid over de periode van een heel jaar (van 1 april 1987 tot 31 maart 1988);
- de huisartsenquête, door middel waarvan informatie is verzameld over relevante huisarts- en praktijkkenmerken die niet via de contactregistratie aan bod kunnen komen, met name niet direct-patiëntgebonden werkzaamheden evenals opvattingen en houdingen van huisartsen;
- de patiëntenquête, door middel waarvan bij een aselecte steekproef van bruto 100 patiënten per deelnemende huisarts, informatie is verzameld over door de patiënt ervaren morbiditeit, over ziektegedrag, medische consumptie en de determinanten ervan.

DE NATIONALE STUDIE IN BEELD

Overzicht van de gegevens die tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988 zijn verzameld:

aantal huisartsen	161
aantal huisartspraktijken	103
aantal praktijkassistenten	177
aantal patiënten	335.000
aantal consulten	386.000
aantal episodes	300.000

De 161 praktijken zijn als volgt over Nederland verspreid:



OUTPUT

Tien jaar na de start van de Nationale Studie kan een balans worden opgemaakt omtrent de output van dit omvangrijke project. Op basis van de gegevens is een scala van proefschriften, rapporten en wetenschappelijke artikelen gepubliceerd over de meest uiteenlopende onderwerpen. Daarbij moet worden aangetekend dat het analyseren van gegevens ten behoeve van het beleid voorop stond, hetgeen tot uitdrukking komt door het grote aantal rapporten die op verzoek van opdrachtgevers zijn gepubliceerd. Daarnaast kreeg eveneens het analyseren van de gegevens ten behoeve van wetenschappelijke artikelen een hoge prioriteit; bij voorkeur in het Engels. In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal publikaties die tussen 1986 en 1996 zijn verschenen, die deels of grotendeels zijn gebaseerd op gegevens uit de Nationale Studie.

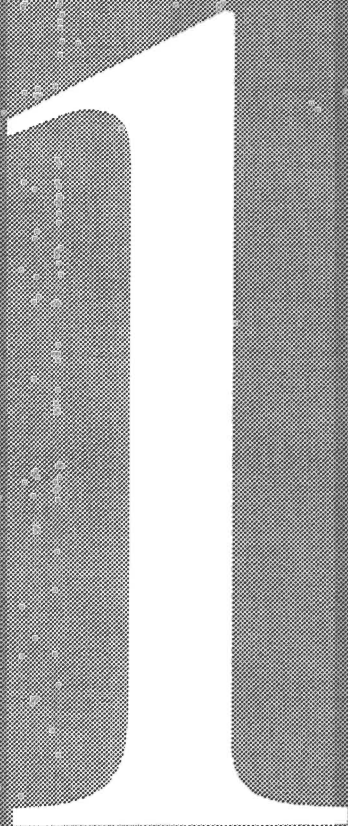
	Aantal
Proefschriften	9
Boeken en rapporten	38
Nederlandstalige artikelen	68
Engelstalige artikelen	37
Boekbijdragen	18

Naast de directe output hebben de gegevens uit de Nationale Studie ook een belangrijke rol gespeeld bij de ondersteuning van beleid op nationale en regionale schaal. Voorbeelden hiervan zijn:

- Beleidsdocumenten van de FOZ, VTV, toekomstscenario's.
- Achtergrondinformatie ten behoeve van NHG-standaarden.
- Ontwikkeling van concepten als co-morbiditeit, 'prescribed daily doses'.
- Informatie ten behoeve van specifieke onderwerpen, zoals: huisarts in de grote stad, positie van de praktijkassistenten, introductie preventieprogramma.

Verder zijn de gegevens uit de Nationale Studie geanalyseerd ten behoeve van en geleverd aan vele onderzoeksinstituten en de media. Ook is de registratiemethode van de Nationale Studie voorbeeld geweest voor veel andere projecten in het binnen- en buitenland.

Om een indruk te krijgen omtrent de veelomvattendheid van de Nationale Studie wordt in dit rapport een overzicht gegeven van een deel van de Nederlandstalige artikelen die in de afgelopen tien jaar zijn gepubliceerd. De artikelen zijn gerangschikt rond een aantal thema's die een centrale rol hebben gespeeld bij de uitvoering van het project.



OPZET VAN DE STUDIE

OPZET VAN DE STUDIE

Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Wat zijn de gezondheidszorgbehoeften van de 'klanten' van de Nederlandse huisarts, wat ziet de laatste daarvan feitelijk in zijn of haar praktijk en hoe worden die gezondheidsproblemen gepresenteerd? Antwoord op deze vragen is gezocht door middel van een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met die studie belastte zich het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel te Utrecht. Deze week de eerste uitkomsten. Onderzoeker J. van der Velden, arts, MSc, schrijft in dit nummer van Medisch Contact over de rol van de huisartspraktijk in ons land ('Dat de resultaten van de drie grote steden ten opzichte van het platteland (. . .) teleur-

stellend zijn, moet te denken geven'). Dr. P. P. Groenewegen rapporteert over de verrichtingen in de huisartspraktijk; daarbij gaat hij ook in op de vraag of de uitkomsten van de Nationale Studie kunnen worden gebruikt om iets te zeggen over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in ons land. Tot slot bespreekt Prof. Dr. J. van der Zee hoe het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts kan worden geëvalueerd met behulp van de resultaten van de Nationale Studie ('Het opheffen van de mogelijkheid zich niet voor huisartsenhulp te verzekeren (betekent) dat men voor een zich goed voelende (...) groep personen de drempel voor de huisartspraktijk verlaagt').

De rol van de huisartspraktijk in Nederland

Cijfermatige informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking wordt van oudsher gebruikt voor gezondheidsbeleid en -planning en de evaluatie ervan. In één van de laatste belangrijke beleidsnota's, de 'Nota 2000', komt dit sterk tot uitdrukking¹. Nadien zijn in de nota 'Epidemiologie en Informatica' de contouren van een beleid op dit vlak geschetst². Over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking wordt reeds een groot aantal gegevens routinematig verzameld³⁻⁵. Tegelijkertijd is een groot aantal omissies vastgesteld, vooral betreffende voor de bevolking representatieve gegevens over ziekten, stoornissen en handicaps, zoals door artsen vastgesteld en aangaande de geestelijke volksgezondheid, de extra- en de semimurale zorg³. Voor een evaluatie van het gezondheidsbeleid is echter ook inzicht nodig in hoe de gezondheidsproblemen die in de bevolking voorkomen zich verhouden tot de gezondheidsproblemen die aan de gezondheidszorg worden gepresenteerd en hoe adequaat de bestaande zorgverlening is. De huisartspraktijk zou door zijn sleutelpositie in de (eerstelijns)gezondheidszorg een goede informatiebron op dit terrein kunnen zijn, maar juist hieromtrent zijn gegevens op nationaal niveau lacunair. Daardoor ontbreekt essentiële informatie over de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem en bestaat er nauwelijks inzicht in de kwaliteit van de zeeffunctie van de huisartspraktijk. Die zeeffunctie bepaalt immers of de pa-

J. van der Velden

tiënt naar de tweede lijn wordt verwezen of binnen de eerste lijn dan wel diagnostisch onderzoek binnen of buiten de huisartspraktijk moet ondergaan, of dat er mogelijk niets hoeft te gebeuren. Voor het beleid ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg en voor de profilering van de discipline huisartsgeneeskunde zijn de volgende vraagstukken van belang:

1. ten aanzien van de *toegankelijkheid* – Wat zijn de gezondheidszorgbehoeften ('health needs') van de praktijkpopulaties, gedifferentieerd naar populatiekenmerken, regio en urbanisatiegraad, en welk deel daarvan wordt aan de huisartspraktijk gepresenteerd?
2. ten aanzien van de *zeeffunctie* – Op welke wijze worden deze gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk gepresenteerd?

METHODEN

De gegevens voor analyse zijn verkregen uit de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'⁶. Aan deze studie hebben 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen deelgenomen, met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 335.000 personen. Deze huisartsen vormen een aselechte, niet-pro-

portionele, gestratificeerde steekproef van de Nederlandse huisartspopulatie. Als stratificatievariabelen golden regio, urbanisatiegraad en de afstand van de praktijk tot het ziekenhuis. Voornoemde huisartspraktijken registreerden in vier achtereenvolgende groepen van gelijke grootte gedurende drie maanden in het tijdvak 1 april 1987-31 maart 1988 gegevens over alle contacten met patiënten. Van de totale praktijkpopulatie zijn de censusgegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, beroep, opleiding, nationaliteit, woonsituatie) vastgelegd, terwijl een aselechte steekproef van 100 patiënten per participerende huisarts geïnterviewd is omtrent haar gezondheidstoestand, medische consumptie, gezondheidsgedrag, sociale netwerken en overige sociale achtergrondkenmerken. De morbiditeitsgegevens uit de bevolking en voor zover gepresenteerd aan de huisartspraktijk zijn tot episodes verwerkt en gecodeerd volgens de ICPC.

De materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisarts(praktijk), welke 320.000 ziekte-episodes omvat. Van 305.000 patiënten (>90% respons) zijn de censusgegevens compleet verkregen, terwijl 13.000 (>76% respons) patiënten zich lieten interviewen.

RESULTATEN

Alle hier gepresenteerde cijfers zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht

OPZET VAN DE STUDIE

en zijn naar de Nederlandse situatie doorberekend. De top-tien aan gezondheidsproblemen in de bevolking van de Nederlandse huisartspraktijk (tabel) geeft een alledaags patroon te zien en is ook niet direct aanleiding tot een zware ziektelast, want van de respondenten op de interviews gaf 85% aan een goede gezondheid te genieten.

De toegankelijkheid van de huisartspraktijk is vastgesteld aan de hand van de prevalenties van chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek in de bevolking en in de huisartspraktijk, waaruit 'use'-'need'-ratio's kunnen worden berekend⁷ (figuur 1): de bevolkingsgegevens vormen de 'need', terwijl de gegevens uit de huisartspraktijk de 'use' weergeven. Bij de meeste chronische aandoeningen heeft het merendeel van de patiënten binnen drie maanden tenminste één keer contact met de huisartspraktijk. Het minst gaat dit op voor chronische gewrichtsaandoeningen en CARA. Evenwel is het mogelijk – en naar later blijken zal vrijwel zeker – dat de patiënt gezien is binnen drie maanden, maar niet speciaal voor de desbetreffende aandoening. De (mogelijk) ernstige psychische problematiek in de bevolking wordt slechts voor ongeveer 15% aan de huisartspraktijk als zodanig gepresenteerd; toch blijkt 50% van de betrokken patiënten wel binnen drie maanden bij de huisarts langs te komen, maar in de eerste plaats met somatische problemen (figuur 2).

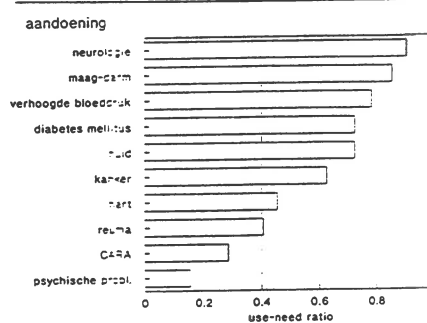
Er zijn grote verschillen tussen huisartspraktijken naar urbanisatiegraad en regionale setting geconstateerd. Terwijl in de drie grote steden onder de praktijkbevolkingen de meeste chronische aandoeningen zijn aangetroffen, en dit geldt nog in sterkere mate de (mogelijk) ernstige psychische problematiek, blijken de 'use'-'need'-ratio's een omgekeerd patroon te zien te geven (figuur 3). Voor vrijwel alle bestudeerde chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek scoort de grotestadspraktijk het laagst.

Regionaal gezien bestaat er een meer diffuus beeld (figuur 4): terwijl in de praktijkbevolkingen tussen de regio's geen grote verschillen in prevalentie van chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek worden geconstateerd, blijken de 'use'-'need'-ratio's voor de meer levensbedreigende chronische aandoeningen (kanker, hart-vaataandoeningen, CARA, diabetes) in het noorden en voor de meer invaliderende chronische aandoeningen (reuma,

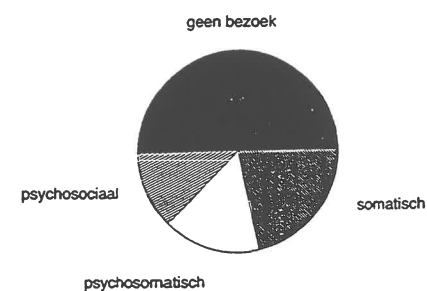
Tabel. Top-tien gezondheidsproblemen in de Nederlandse bevolking per 1.000 personen.

1.	moeheid	290
2.	hoofdpijn	283
3.	hoesten	210
4.	verstopte neus	210
5.	nervositeit	190
6.	slapeloosheid	156
7.	snel opgewonden zijn	155
8.	rugklachten	154
9.	nek/schouderklachten	137
10.	lage-extremitetklachten	131

Figuur 1. 'Use'-'need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 2. Vier types ziektegedrag; positieve GHQ-score in populatie in relatie tot bezoek aan huisartspraktijk.



huidaandoeningen) in het zuiden van het land het gunstigst te zijn. De 'use'-'need'-ratio voor de (mogelijk) ernstige psychische problematiek is het hoogst voor het noorden en het laagst voor het zuiden van het land; dat wil zeggen dat de mensen in het noorden een relatief lagere drempel hebben voor het presenteren van (mogelijk) ernstige psychische problematiek aan hun huisarts.

Naast de toegankelijkheid is de essentiële voorwaarde voor de zeeffunctie van de huisartspraktijk in Nederland bestudeerd: op welke wijze worden de gezondheidsproblemen aan de huisarts gepresenteerd? Daarbij is in eerste instantie geïnventariseerd hoe vaak een gezondheidsprobleem enkelvoudig wordt voor-

gelegd. 'Enkelvoudig' betekent dat er geen ander probleem wordt gepresenteerd en er geen onderliggende ziekte of probleem dan wel geen comorbiditeit bestaat.

Van de contacten tussen huisarts en patiënt betreft 54% een enkelvoudig probleem. In een kwart van de contacten wordt meer dan één probleem gepresenteerd, waarbij een onderscheid moet worden gemaakt tussen het verzoek tot een verrichting (uitschrijven recept, aanvragen voor diagnostisch onderzoek, maken van uitstrijkje) en het optreden van meer gezondheidsproblemen tegelijkertijd. Daar de verrichtingen in het algemeen een 'ja of nee-gebeuren' vormen en ze de kwaliteit van de zeeffunctie niet extreem beïnvloeden, is deze analyse verder beperkt tot de categorie contacten waarin een complex van gezondheidsproblemen wordt gepresenteerd of waarin van een ander bestaand probleem dan wel van een andere ziekte sprake is. In de eerste plaats is gemeten in hoeverre de huisarts vond dat een psychosociaal probleem op de achtergrond meespeelde bij een overigens somatische diagnose en omgekeerd. Het is immers dit soort situaties, dat het werk binnen de huisartspraktijk kenmerkt en waarin het 'zeven' plaatsvindt: wel of niet het psychosociale probleem aanpakken, eerst eens even aankijken of juist meteen verder diagnostiseren, voorschrijven en/of verwijzen. Typerende aandoeningen binnen deze groep blijken spastisch colon, angina pectoris, lage rugpijn en dementia; deze aandoeningen kennen dus zowel somatische als psychosociale aspecten en zijn met elkaar goed voor ruim 12% van alle contacten in de Nederlandse huisartspraktijk.

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen een gepresenteerd probleem en een bijhorende onderliggende ziekte: dit treedt in één op de vier contacten op. In de desbetreffende contacten vielen de bijzonder hoge scores van relatie/gezinsproblematiek (10%) en depressief beeld (6%) op. Omgerekend naar alle gepresenteerde problemen, betreft dit meer dan 4% van de contacten.

Tot slot is de prevalentie van comorbiditeit van chronische aandoeningen gemeten in een deelproject, dat in samenwerking met het Nijmeegs Universitaire Huisartseninstituut wordt uitgevoerd. In 7 praktijken uit de grote steekproef is nauwkeurig nagegaan welke patiënten de volgende aandoeningen hebben: hypertensie, diabetes mellitus, chronische hart-vaataandoeningen, CARA en chronisch degeneratieve aandoeningen van het be-

OPZET VAN DE STUDIE

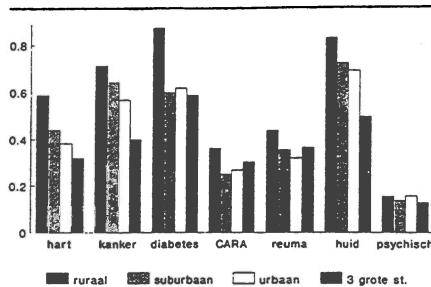
wegingsapparaat. Op basis van bestaande morbiditeitsgegevens was ten behoeve van de logistiek van dit project een schatting van het aantal patiënten met deze aandoeningen gemaakt. Het uiteindelijke aantal patiënten bleek veel lager te liggen, hetgeen volledig op rekening van het fenomeen comorbiditeit kon worden geschreven (figuur 5). Meer dan 60% van alle diabeten heeft een andere van de genoemde chronische aandoeningen, vooral hart-vaataandoeningen. Bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat, hart-vaat-aandoeningen, hypertensie en CARA speelt comorbiditeit in respectievelijk 50%, 40%, 30% en 20% van de gevallen een rol. Bij patiënten boven de 65 jaar valt dit 10% tot 25% hoger uit en treedt comorbiditeit in vrijwel alle contacten tussen deze groep en de huisarts op.

BESCHOUWING

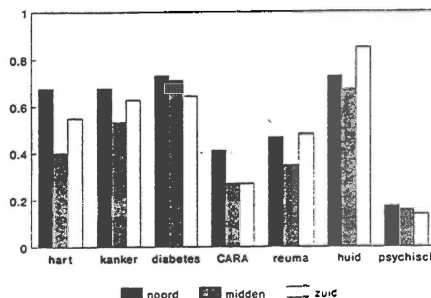
Het beeld dat over de huisartspraktijk in Nederland bestaat, mag wisselvallig en diffuus worden genoemd. Enerzijds is er veel waardering voor de huisarts, maar patiënt noch huisarts noch andere hulpverleners lopen ermee te koop. Anderzijds is er kritiek op het functioneren van de huisarts, in de zin van niet op tijd en niet juist verwijzen, niet goed voorschrijven van geneesmiddelen, niet de psychiatrische morbiditeit kunnen detecteren. Met de epidemiologische onderbouwing van de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland door de Nationale Studie kan het beeld worden verhelderd. Twee essentiële elementen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde in Nederland zijn bestudeerd: de toegankelijkheid en de wijze waarop gezondheidsproblemen aan de huisartspraktijk worden gepresenteerd.

Wat de toegankelijkheid betreft mag worden geconcludeerd, dat in het algemeen geldt dat patiënten met betrekkelijk ernstige aandoeningen, zoals chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek, frequent (= elke drie maanden) bij de huisarts(praktijk) komen, zij het niet altijd vanwege de desbetreffende aandoeningen. Verontrustend is echter dat de praktijkpopulaties in de drie grootste steden van het land de hoogste prevalenties aan chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek vertonen, maar dat de hulp die in de huisartspraktijk wordt gezocht daar omgekeerd evenredig aan is. Het is precies het beeld dat Querido in zijn boek over de grotestadspraktijk

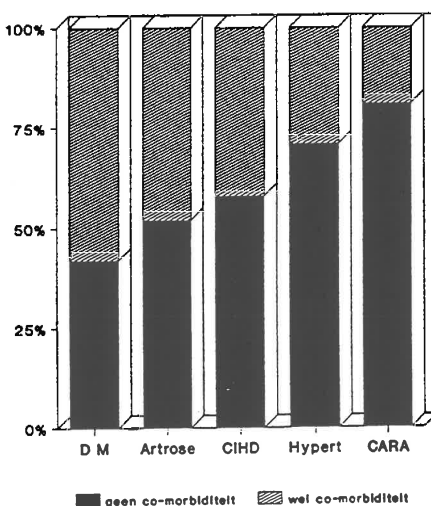
Figuur 3. 'Use'-/need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk naar urbanisatiegraad voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 4. 'Use'-/need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk naar regio voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 5. Comorbiditeit bij chronische aandoeningen.



schetst⁸: een indrukwekkend patiënten-aanbod, maar qua huisartsenzorg volledig ondermijnd door een hoge mobiliteit van de bevolking en een gefragmenteerde hulpverlening op alle niveaus in complexe en wisselende settings. In deze situatie bestaat binnen de gezondheidszorg nau-

welijks nog overzicht over levensloop, continuïteit en andere interacties. Querido's praktijk is een voorbeeld, hoe het met heel veel inspanning en motivatie wel kan en binnen de Nationale Studie waren dit soort praktijken ook aanwezig.

Dat de resultaten van de drie grote steden ten opzichte van platteland en (sub)urbaan teleurstellend zijn, moet te denken geven. Zou het denkbeeldig zijn, dat de slechte gezondheidstoestand van de bevolking in de grote stad verband houdt met het minder ideaal kunnen functioneren van de grotestadshuisartspraktijk? Het is hypothetisch, maar na vier jaren diep kijken in de Nederlandse huisartspraktijk en met de eerste resultaten nu bij de hand, zullen we ons opnieuw moeten bezinnen op wat de essentie van de huisartspraktijk voor onze gezondheidszorg is. Als het lot van de grotestadspraktijk een voorbode van het lot van huisartsgeneeskunde in Nederland is – en zijn de grote steden in menig opzicht geen voorlopers? – dan zal dat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg niet ten goede komen.

De bezinning kan al beginnen: hoe kunnen we rekening houden met patiënten met een veelheid aan somatische, psychische en sociale problemen? Tot op heden kwam dit zeer veel voorkomende type patiënt niet voor het voetlicht: niet in de 'Nota 2000', want die handelt het gezondheidsbeleid per ziekte af; niet in de ziekenhuisgeneeskunde, want die is gebaseerd op ziektecategorieën; zelfs niet in veel patiëntorganisaties, want ook die zijn georganiseerd per ziektecategorie; en tot slot ook niet in het onderzoek, want de patiënt met comorbiditeit wordt er zelden in meegenomen. Is het dan vreemd dat de huisarts, die zich juist om dit type patiënt bekommert, zich schouderophalend afvraagt, wat voor nut de 'Nota 2000' inhoudelijk voor hem of haar heeft of wat hij of zij aanmoet met de resultaten van die beroemde 'trial' of zich in zijn beleid niet begrepen voelt door specialisten?

Kortom: onbegrip alom, en de vraag is of onze gezondheidszorg op dit punt adequaat functioneert. Immers, het is de presentatie van ziekte(n) en de afweging respectievelijk de zeeffunctie van de huisarts, die voor het grootste deel bepalen waar de geldstromen naar toe gaan; we gaan misschien nu begrijpen hoe het zit. De vraag kan ook omgekeerd worden gesteld: moet de huisarts niet een duidelijker positie tegenover bijvoorbeeld de specialistische geneeskunde innemen, waaraan de norm voor onze gezondheidszorg grotendeels wordt ontleend? Wie zal

OPZET VAN DE STUDIE

echter het bewijs leveren dat die norm slecht is, dat huisartsgeneeskunde de norm moet worden? Desalniettemin moet juist de patiënt met een veelheid aan problemen een beroep kunnen doen op de huisarts, als deskundige op het terrein van continuïteit van zorg en levensloop-geneeskunde. In onze jacht op rationaliteit binnen de gezondheidszorg door middel van effectiviteit, efficiëntie en het gelijkheidsbeginsel, wordt mogelijk een an-

dere – meer subjectieve – rationaliteit vergeten namelijk die van solidariteit, continuïteit en welzijn. Deze laatste rationaliteit is juist binnen de (Nederlandse) huisartspraktijk aanwezig, het gaat er nu om, deze eigenschappen van de huisartspraktijk zo uit te buiten dat vooral de patiënt en de populatie als geheel daarvan kunnen profiteren. Dat vraagt een gedurfde visie op hoe het gezondheidszorg-systeem moet functioneren. □

Literatuur

1. Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 19500 nrs 1-2.
2. Kerndocument gezondheidsbeleid. Discussienota Epidemiologie en Informatica. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.
3. Bonte JTP. Het CBS als gegevensbron. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid, Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 16-30.
4. Hoogendoorn D. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 31-41.
5. Pieters JJJ. Andere gegevensbronnen. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 42-60.
6. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990 (in druk).
7. Morris JN. Uses of Epidemiology. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1975.
8. Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.

OPZET VAN DE STUDIE

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Achtergronden en methoden

Inleiding

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waarin de huisarts voor zijn ziekenfondsverzekerden een vast bedrag per patiënt ontvangt, terwijl transacties voor particuliere patiënten niet centraal worden verrekend, is een extra inspanning vereist voor het verzamelen van gegevens over gebeurtenissen in de huisartspraktijk (om het even of het om klachten, problemen of ziekten van patiënten gaat, of om interventies van de huisarts). In Engeland heeft men dit probleem opgelost door eens in de tien jaar een nationaal morbiditeitsonderzoek uit te voeren, gekoppeld aan een volkstelling.¹⁻³

In Nederland heeft de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG in de tweede helft van de jaren zestig gezorgd voor eenmalige landelijke cijfers over de totale morbiditeit in de huisartspraktijk.⁴ Sindsdien worden op enkele plaatsen in Nederland in een beperkt aantal praktijken morbiditeitsgegevens (en soms interventiegegevens) verzameld, zoals in de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (vier praktijken), het Monitoringproject (twaalf praktijken; registratieduur twee jaar), het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg (elf praktijken), en het Transitieproject van de Universiteit van Amsterdam (veertien praktijken; registratieduur minimaal één jaar).⁵⁻⁸ Door de selectie van de deelnemende huisartspraktijken en de grote mate van inter-doktervariatie zijn de gegevens uit deze projecten niet zonder meer generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie (wat overigens ook nooit de bedoeling is geweest). De Continue Morbiditeitsregistratie 'Peilstations Nederland' levert wel jaarlijks landelijke gegevens op, maar slechts met betrekking tot een beperkt aantal hulpvragen.⁹

Landelijke cijfers met betrekking tot de verrichtingen van de huisarts komen routinematig slechts beschikbaar voor zover er op verrichtingenbasis wordt gehonoreerd (verwijskaarten, machtigingen fysiotherapie, e.d.);¹⁰ bovendien is deze informatie niet bijzonder geschikt voor beleidsgericht onderzoek.¹¹

Een ander probleem is het feit dat de informatievoorziening meestal eenzijdig óf op de patiënt óf op de huisarts(praktijk) is gericht.¹² Zo wordt jaarlijks door het Centraal Bureau voor de Statistiek aan circa 10.000 personen gevraagd naar hun gezondheid(sbeleving) en de mate waarin zij gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen. Daarbij worden wel allerlei gegevens over de respondenten verzameld, maar over de aard van de voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, krijgt men slechts beperkte en indirecte informatie. In ander onderzoek (praktijkonderzoek), waarin men wel het nodige over de voorzieningen te weten komt, zijn daarentegen als regel slechts leeftijd, geslacht en – soms – verzekeringsvorm van de patiënten bekend.

Door al deze factoren bestaat een opmerkelijk contrast tussen het belang dat sinds de 'Structuurnota' wordt gehecht aan het werk en de positie van de huisarts, en de beschikbare informatie om het gezondheidszorgbeleid in dezen voor te bereiden, te onderbouwen en te evalueren. Voor de beantwoording van talrijke beleidsvragen ontbreekt de meest elementaire informatie.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (voorheen: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) is zich sedert lang bewust van deze lacune in de informatievoorziening.¹³⁻¹⁵ Dit heeft uiteindelijk geleid tot de subsidiëring (via een ministeriële aanwijzing voor het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'. Overigens is aan dit besluit een lange periode van voorstudies, overleg en voorbereidingen voorafgegaan,¹⁶⁻¹⁸ en is het definitieve besluit pas genomen nadat de contouren van het project waren uitgezet in een Haalbaarheidsstudie, en duidelijk was gebleken dat een grootschalig informatieproject in de huisartspraktijk haalbaar en betaalbaar was.^{16 10}

Doelstelling en referentiekader

De doelstelling van de Nationale Studie is als volgt omschreven: 'Het verkrijgen van inzicht op nationale schaal in de presentatie

J.M. BENSING
M. FOETS
J. VAN DER VELDEN
J. VAN DER ZEE

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' is een grootschalige studie die antwoord moet geven op beleidsvragen rond de positie en het functioneren van de Nederlandse huisarts tussen enerzijds zelfzorg en mantelzorg en anderzijds het overige deel van de professionele zorg. Zowel aan de aanbodzijde (de huisartspraktijk) als aan de vraagzijde (de bevolking) is veel informatie verzameld over het gebruik dat van de huisarts wordt gemaakt. Uitgangspunt voor de Studie was een aselechte, gestratificeerde, niet-proportionele steekproef van 161 huisartsen. Deze huisartsen voerden gedurende drie maanden een volledige contactregistratie van de gepresenteerde morbiditeit en de daarmee samenhangende activiteiten. Van (in beginsel) alle patiënten zijn de gebruikelijke sociaal-demografische achtergrondgegevens vastgelegd, terwijl bij een beperkte steekproef van 100 patiënten per huisarts aanvullende informatie is verzameld via een gezondheidsenquête. De Nationale Studie is opgezet rond een aantal deelprojecten. Daarnaast is het materiaal geschikt voor secundaire analyses.

Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; telefoon: 030-319.946; fax: 030-319.290.

Drs. J.M. Bensing, socioloog, directeur Nivel; Dr. M. Foets, arts; J. van der Velden, arts-epidemioloog; Prof. dr. J. van der Zee, socioloog.

Correspondentie: Dr. Marleen Foets.

OPZET VAN DE STUDIE

van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, de door huisartsen naar aanleiding van deze gepresenteerde problematiek ondernomen acties, en tevens in de factoren die de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk als ook de sterk variërende reacties van huisartsen op de hen aangeboden problematiek beïnvloeden. De verkregen informatie moet kunnen dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin.¹⁰

De Nationale Studie is opgezet vanuit het perspectief van het gezondheidszorgonderzoek ('health services research').^{19 20} De hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk worden (apart, maar nadrukkelijk ook in hun onderlinge samenhang) bestudeerd onder invloed van randvoorwaarden als wetgeving, regulering en financiering (*schema*). Essentieel is dat aan twee zijden wordt gezocht naar verklaringen voor het gebruik dat van de huisartsenzorg wordt gemaakt:

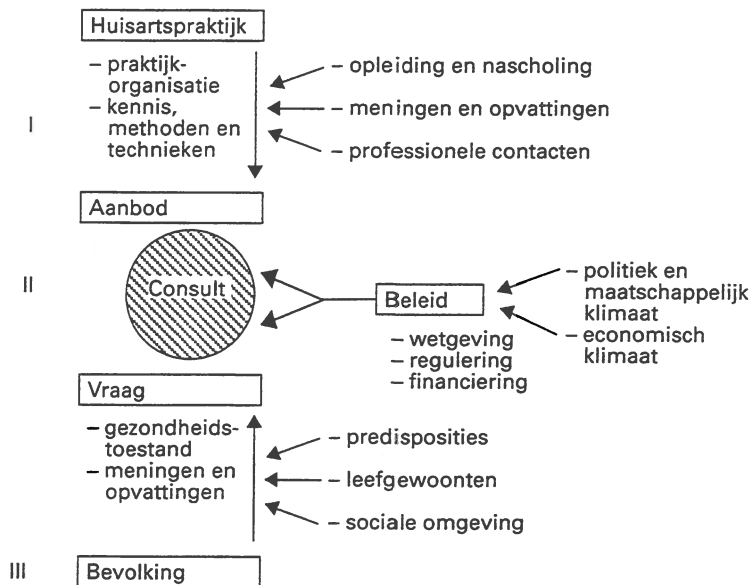
- Welke factoren aan *patiëntenzijde* (sociaal-demografische kenmerken, verzekeringsvorm, gezondheidstoestand, neiging tot zelfzorg, sterkte van de mantelzorg, waardering van de huisartsenzorg) beïnvloeden de presentatie van de gezondheidsproblemen aan de huisarts?
- Welke factoren aan de *aanbodzijde* (organisatie, praktijkgrootte, praktijkvoering, taakopvatting, taakuitoefening van de huisarts en de plaats van de betreffende huisartspraktijk in de gezondheidszorg ter plaatse) beïnvloeden de reacties van huisartsen op de aangeboden problematiek?

Essentieel is ook dat de antwoorden op beide categorieën vragen met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Beleidsvragen (afkomstig uit het rechtergedeelte van het *schema*) kleuren de wijze waarop het onderzoeksmateriaal wordt geanalyseerd en beschreven, en geven een dynamisch karakter aan de Studie. De Nationale Studie is met andere woorden opgezet als een onderzoeksproject dat antwoord moet kunnen geven op concrete beleidsvragen.

In de tijd dat de Nationale Studie werd voorbereid, lag het accent van de beleids-

Schema Gezondheidszorgonderzoek in de huisartspraktijk



Samenwerking

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk' is opgezet en uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Nivel. De patiëntenenquête is door het Nivel uitbesteed aan de NSS. Voor de uitvoering van twee deelprojecten zijn samenwerkingscontracten afgesloten met universitaire huisartseninstituten:

- het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut voor het deelproject 'Huisarts en chronische aandoeningen';
- het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit voor het deelproject 'Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk'.

Daarnaast zijn met enkele instituten samenwerkingscontracten afgesloten voor nader onderzoek op basis van materiaal van de Nationale Studie. We noemen:

- het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut ('Kinderneeskunde in de huisartspraktijk');
- het Interuniversitair Centrum voor Theorievorming en Methodenontwikkeling in de Sociologie (ICSU) te Utrecht ('Werkbelasting');
- het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde ('Vergelijking van enkele verrich-

tingengegevens met landelijke gegevens uit de Nationale Studie ten behoeve van een onderzoek naar de honoreringsstructuur van de huisarts');

- de Vakgroep Kinderpsychiatrie van de Rijksuniversiteit Utrecht ('Kinderpsychiatrische problematiek');
- de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap ('De doktersassistente');
- het Nederlands Huisartsen Genootschap ('Protocolen en standaarden');
- het Bureau Bijwerkingen van het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ('Bijwerking van geneesmiddelen').

Verschillende aanvragen voor informatie en/of samenwerkingsprojecten met het Nivel op basis van gegevens uit de Nationale Studie zijn in behandeling. Materiaal uit de Nationale Studie kan (onder voorwaarden en tegen vergoeding) ter beschikking worden gesteld, tenzij de onderzoeksvraag valt binnen het beleidsterrein van het Nivel zelf; in die gevallen zijn in beginsel samenwerkingsprojecten met het Nivel mogelijk.

OPZET VAN DE STUDIE

voering in de gezondheidszorg nog sterk op de aanbodzijde (de bovenste helft van het *schema*): substitutie van zorg van intramuraal naar extramuraal, van specialistisch naar generalistisch, en van professionele zorg naar mantelzorg, en het bevorderen van coördinatie en samenhang.²¹ Daardoor bestond vooral belangstelling voor zaken als praktijkverkleining, veranderingen in het honeringssysteem, eigen bijdragen van patiënten en andere mogelijkheden om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. De huisarts speelt in dit beleid een bijzondere rol, doordat hij in beginsel veel invloed kan uitoefenen op kosten die ook elders in de gezondheidszorg worden gegeneerd.

De laatste jaren is in het gezondheidszorgbeleid meer accent komen te liggen op de vraagzijde (de onderste helft van het *schema*): sociale ongelijkheid, risicogroepen, e.d. Tevens is meer aandacht ontstaan voor inhoudelijke vraagstukken als preventie en kwaliteit van zorg. Ook in dit beleid is de huisarts belangrijk vanwege zijn laagdrempelige contacten met vrijwel de gehele bevolking: nagenoeg alle Nederlanders staan ingeschreven in een huisartspraktijk; bijna driekwart van de Nederlanders ziet jaarlijks zijn huisarts, de meesten meer dan één keer (gemiddeld 3,6 keer);²² de huisarts is in zijn algemeenheid de eerste hulpverlener aan wie een specifiek probleem wordt gepresenteerd (medisch, psychisch of sociaal). De huisartspraktijk is daarmee een belangrijke bron voor sociaal-epidemiologische informatie.

In overleg met de opdrachtgever zijn twaalf deelstudies ontworpen rond concrete beleidsvragen:

- Een Nationale Studie van morbiditeit in de huisartspraktijk;
- Huisarts en chronische aandoeningen (naast cross-sectioneel deels longitudinaal);
- Huisarts en preventie;
- Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk;
- Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk;
- Verloskundige zorg door de huisarts;
- Huisarts en fysiotherapeutische zorg;
- Psychosociale problematiek in de huis-

artspraktijk en de relatie huisarts/(A)GGZ/AMW (naast cross-sectioneel deels longitudinaal);

- Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten;
- Nazorg en continuïteit van zorg;
- Werkbelasting in de huisartspraktijk;
- Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg.¹⁰

De opzet van de Studie en de keuze van meetinstrumenten zijn bepaald door deze deelprojecten. Secundaire analyses van het materiaal zijn mogelijk binnen de grenzen van de onderzoeksopzet en de meetinstrumenten.

Opzet

Bij de opzet van de Studie is rekening gehouden met de volgende eisen en uitgangspunten:

- een landelijk, representatief registratieproject;
- een zo getrouw mogelijke weergave van wat er in de huisartspraktijk gebeurt; dus niet een selecte groep van hoog gemotiveerde huisartsen en zo weinig mogelijk inbreuken op de dagelijkse routines;
- voldoende variatie aan de aanbodzijde om de inter-doktervariatie te kunnen bestuderen;
- voldoende informatie aan de vraagzijde om determinanten van gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te kunnen bepalen;
- de registratie van het arts-patiënt contact vormt de kern; daarin opgenomen gegevens over de hulpvraag (morbiditeit) en het hulpaanbod (verrichtingen) moeten gerelateerd kunnen worden aan: (1) achtergrondinformatie over huisarts en huisartspraktijk; (2) achtergrondgegevens over de patiënt en zijn leefomgeving; (3) relevante gegevens met betrekking tot de overige delen van het gezondheidszorgsysteem van huisarts en patiënt;
- voldoende waarborgen voor de privacy van patiënt en huisarts.

Op basis van deze uitgangspunten is op drie niveaus informatie verzameld:

- Het niveau van de *huisarts* of *huisartspraktijk*: door middel van een enquête onder alle deelnemende huisartsen, als-

mede een gedurende één week bij te houden dagboek over de tijdsbesteding.

- Het niveau van het *contact*: door middel van een contactregistratie waarin zowel de hulpvraag (morbiditeit), het hulpaanbod (verrichtingen) als de contacten met andere hulpverleners zijn vastgelegd.
- Het niveau van de *bevolking*, door middel van (1) de registratie van enkele (vooral sociaal-demografische) kenmerken van de gehele praktijkpopulatie; (2) een uitvoerige enquête onder een aselechte steekproef van 100 patiënten per participerende huisarts en een gedurende drie weken bij te houden gezondheidsdagboek.

De eerste stap in het onderzoek bestond uit het werven van een groep huisartsen. Deze huisartsen hebben gedurende een beperkte periode al hun contacten met patiënten geregistreerd. Tegelijkertijd is basisinformatie verzameld over hun gehele patiëntenpopulatie, alsmede gedetailleerde informatie bij een random steekproef uit deze populatie.

In de volgende paragrafen zal per niveau worden ingegaan op de steekproeven en de meetinstrumenten. Wij beperken ons daarbij tot de rompstudie: enkele deelprojecten hebben extra meetinstrumenten of een afzonderlijke steekproeftrekking binnen de Nationale Studie, gekoppeld aan een langere registratieperiode. De onderzoeksopzet hiervan zal worden verantwoord in de publikaties over deze deelprojecten. Voor een gedetailleerde beschrijving van de meetinstrumenten en procedures kan verder worden verwezen naar het moederrapport, dat begin 1990 is verschenen.²³

De huisartsen

Wij hebben gekozen voor een aselechte, niet-proportionele, gestratificeerde steekproef²⁴ van 150 huisartsen, te trekken uit alle huisartsen die op 1 januari 1985 in Nederland waren gevestigd (n=5826).

Stratificatie was gewenst om zeker te stellen dat er in de steekproef voldoende spreiding zou zijn van variabelen waarvan bekend is dat zij de morbiditeit en/of verrichtingen beïnvloeden:

- regio (noord, midden, zuid);
- urbanisatiegraad (A: platteland; B: mid-

OPZET VAN DE STUDIE

delgrote steden; C: grote steden exclusief D; D: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag);

- afstand tot ziekenhuis (ziekenhuis in eigen gemeente; ziekenhuis op minder dan 15 km; ziekenhuis verder dan 15 km).^{11 25-29}

Theoretisch ontstaan er op deze manier $3 \times 4 \times 3 = 36$ steekproefcellen, die echter in werkelijkheid niet alle voorkomen; iedere grote stad heeft bijvoorbeeld een ziekenhuis in de eigen gemeente. De 24 steekproefcellen die wél voorkwamen, zijn alle in de Nationale Studie opgenomen.

Een *niet-proportionele verdeling* was nodig om ervoor te zorgen dat de huisartsen gelijkmatig over de verschillende 'cellen' in het stratificatieschema zouden zijn verdeeld.

Door deze wijze van steekproeftrekking is het mogelijk verschillen tussen regio's, stad en platteland en afstand tot tweedelijns voorzieningen te analyseren, en bovendien een nauwkeurige schatting te maken van de totaalcijfers. De consequentie van de gevolgde procedure is echter dat in voorkomende gevallen een weging moet plaatsvinden om tot landelijke, representatieve cijfers te komen. Alleen als er (zoals bij sommige vraagstellingen) geen belangrijke verschillen zijn tussen huisartsen onderscheiden naar regio, afstand tot ziekenhuis en urbanisatiegraad, is weging niet nodig. En uiteraard is weging niet nodig wanneer het verstreken van landelijke cijfers niet het hoofddoel van de onderzoeksvraagstelling vormt.

Om tot een totaal van 150 huisartsen te komen, zijn drie steekproeven van elk 150 huisartsen (met teruglegging) getrokken uit het totale huisartsenbestand per 1-01-1985.³⁰ Aan alle huisartsen uit deze drie steekproeven ($n=408$) is een schriftelijk verzoek tot deelname gericht. Dit verzoek ging vergezeld van een aanbeveling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Ook verscheen in de week van verzending een artikel over de Nationale Studie in *Medisch Contact*, vergezeld van een hoofdredactioneel commentaar.³¹

Een deel van de aangezochte huisartsen reageerde direct op onze oproep. De overi-

ge huisartsen uit de steekproeven werden telefonisch benaderd, waarbij steeds voorrang werd gegeven aan de eerste steekproef. Er werd net zo lang gebeld tot de betreffende 'cel' uit het stratificatieschema voldoende was gevuld. Daarbij werd gestreefd naar zes tot negen artsen per cel.

Er meldde zich een beperkt aantal vrijwilligers ($n=6$). Daarnaast brachten artsen die werkzaam waren in een samenwerkingsverband, in hun kielzog soms andere artsen mee, omdat de afzonderlijke pa-

tiëntenpopulaties niet goed te waren onderscheiden. Medewerking van deze artsen was overigens noodzakelijk, omdat wij niet alleen contacten maar ook episoden wilden kunnen bestuderen. Hierdoor wijkt de samenstelling van de uiteindelijke onderzoeksgroep af van de samenstelling van de totale Nederlandse huisartsenpopulatie: de artsen die aan de Nationale Studie hebben meegewerkt, komen vaker uit een samenwerkingspraktijk, zijn wat jonger en vaker van het vrouwelijk geslacht.

Overzicht data nationale studie (afgeronde cijfers)

Huisartsen	
Meetinstrument	enquête
Aantal	161
(Type) data	achtergrond opleiding nascholing praktijkorganisatie professionele contacten attitudes en opvattingen werkwijze
Contacten	
Meetinstrument	registratie (door huisarts en assistent)
Aantal	386.000
(Type) data	episodes (300.000) problemen (420.000) diagnostiek (36.000) prescripties (275.000) verwijzingen (32.000) opnames (8.000)
Patiënten	
Meetinstrument	registratie (door patiënt)
Aantal	305.000
(Type) data	leeftijd geslacht verzekeringsvorm burgerlijke staat opleiding beroep inkomstenbron ethniciteit woonsituatie
Meetinstrument	interview
Aantal	13.000
(Type) data	gezondheidstoestand medische consumptie leefstijl sociale netwerken attitudes en opvattingen

OPZET VAN DE STUDIE

Toen op deze manier in totaal 161 huisartsen* waren geworven, is de werving gestaakt, aangezien anders de materiaalverzameling (de grootste kostenpost van de Nationale Studie) niet meer te bekostigen zou zijn.

De tabellen 1 en 2 bevatten gegevens over de deelnemende huisartsen, samen

met vergelijkbare gegevens over de totale Nederlandse huisartsenpopulatie per 1-1-1985. Deze huisartsen vormen de kern van de Nationale Studie. Zij hebben de gehele contactregistratieperiode geregistreerd, met uitzondering van één huisarts, die halverwege de registratieperiode moest stoppen wegens gezondheidsredenen.

In het onderzoek waren verder nog enkele andere artsen betrokken: negen huisarts-assistenten, tien waarnemers en dertien huisartsen-in-opleiding. Deze artsen hebben geparticipeerd in de contactregistratie (onder meer noodzakelijk om tot een goede episode-constructie te komen). Bij de meeste analyses worden zij buiten beschouwing gelaten, maar in enkele gevallen worden hun gegevens expliciet in het onderzoek betrokken.

De contacten

Op basis van de Haalbaarheidsstudie is geconstateerd dat registratie van alle contacten in een periode van drie aaneensluitende maanden voldoende materiaal zou opleveren voor het beantwoorden van de vraagstellingen van de meeste deelprojecten. Hierdoor waren wij in staat een episode-georiënteerde registratie uit te voeren, waarbij contacten geordend werden tot 'zorgepisoden'. Een ziekte-episode is een periode van ziek-zijn, van het ontstaan tot het einde van de ziekte; een zorg-episode is de fase waarin gebruik wordt gemaakt van de hulp van de huisarts.²³

Voor twee deelprojecten bleek een langere registratieperiode noodzakelijk, hetgeen (voor een beperkt deel van de huisartsen) ook is gerealiseerd.

In verband met mogelijke seizoensinvloeden is de registratie gespreid over één jaar (1-4-1987 t/m 31-3-1988). De huisartsen zijn evenwichtig verdeeld over de vier registratieperiodes (respectievelijk 41, 39, 41 en 40).

Alle contacten werden geregistreerd, dus niet alleen de spreekuurconsulten, maar ook de contacten met de doktersassistente, telefonische consulten (voor zover resulterend in een prescriptie of verwijzing), visites, bijzondere spreekuren, keuringen, enz. (tabel 3). Voor de contacten met de doktersassistente werd een beperkt registratieformulier gebruikt. Voor de overige typen contacten werden alle gegevens die nodig waren voor de diverse deelprojec-

Tabel 1 Deelnemende huisartsen (N=161) en Nederlandse huisartsenpopulatie per 1 januari 1985 (tussen haakjes, N=5,826) naar stratificatievariabelen.

Regio/Afstand ziekenhuis	Urbanisatieraad			
	A	B	C	D
Noord				
0 km	6 (71)	6 (71)	7 (101)	
0-15 km	6 (204)	11 (99)		
>15 km	6 (94)	6 (15)		
Midden				
0 km	3 (254)	3 (247)	9 (830)	10 (742)
0-15 km	8 (564)	10 (885)	6 (73)	
>15 km	8 (185)	3 (112)		
Zuid				
0 km	8 (58)	5 (203)	6 (315)	
0-15 km	8 (275)	12 (300)	1 (26)	
> km	7 (57)	6 (45)		

Urbanisatiegraden A = (verstedelijkt) platteland (<30.000 inwoners); B = middelgrote steden: forensenge-meenten (30.000-50.000 inwoners); C = grote steden exclusief Amsterdam, Rotterdam, Den Haag (>50.000 inwoners); D = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag.

Tabel 2 Leeftijd- en geslachtsverdeling en praktijkvorm van de deelnemende huisartsen, vergeleken met die van de Nederlandse huisartsenpopulatie per 1 januari 1985. Afgeronde percentages.

	Nederlandse huisartsen (n=5826)	Deelnemende huisartsen (n=161)
Geslacht		
man	92	85
vrouw	8	15
Leeftijd in jaren		
< 35	9	32
35-39	27	30
40-44	23	12
45-49	11	12
50-54	8	7
55-59	9	6
60+	12	0,6
Praktijkvorm		
solo	56	32
duo	30	37
groepspraktijk	7	19
gezondheidscentrum	7	11

* In feite waren het 162 huisartsen. Eén huisarts is echter uitgesloten van het onderzoek, toen kort na het begin van de registratie bleek, dat zijn wijze van registreren sterk te wensen overliet.

OPZET VAN DE STUDIE

ten, gedurende de gehele periode geregistreerd. Hierop is één uitzondering gemaakt, omdat de registratie van herhaalreceptuur in de eerste periode zeer veel materiaal opleverde. Om logistieke redenen is toen besloten de herhaalreceptuur gedurende de overige perioden slechts de helft van de tijd te laten registreren: de helft van de huisartsen registreerde gedurende de eerste zes weken, de andere helft gedurende de laatste zes weken.

De patiënten

Op het niveau van de bevolking werd globale informatie vastgelegd van – in beginsel – alle patiënten van de deelnemende huisartsen; daarnaast werd gedetailleerde informatie verkregen van een steekproef patiënten uit iedere praktijk.

De totale praktijkpopulatie van alle 161 huisartsen bestond uit 334.449 patiënten.

Uit tabel 4 blijkt dat de leeftijdsopbouw in de Nationale Studie maximaal 1 procent afwijkt van de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking. Er is een geringe oververtegenwoordiging van personen onder de 14 jaar en een geringe ondervertegenwoordiging van personen boven de 45 jaar. Ook de verdeling van de patiëntenpopulatie van de Nationale Studie naar geslacht is vrijwel identiek aan die van de Nederlandse bevolking.

Hoewel het verzamelen van basisinformatie over alle bij de huisarts ingeschreven patiënten zeer tijdrovend bleek, is uiteindelijk voor 91 procent van de patiënten een patiëntenregistratieformulier ingevuld ($n=305.100$). De volledigheid van de informatie is ook tamelijk groot: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn nagenoeg altijd bekend; het minst volledig zijn de gegevens over de sociaal-economische status, met als negatieve uitschieter het beroep, dat op 89 procent van de patiëntenregistratieformulieren is ingevuld (81 procent van de totale praktijkpopulatie).

Voor de gezondheidsenquête is een *random* steekproef getrokken van 100 patiënten per huisarts. Er zijn bij de enquête geen leeftijdsgrenzen gehanteerd. Bij patiënten onder de 15 jaar is gewerkt met proxy-interviews.

De mensen zijn thuis geïnterviewd. De respons bedroeg gemiddeld 77 procent; er waren geen noemenswaardige verschillen tussen de vier registratieperioden. Het totaal aantal ingevulde patiëntenenquêtes komt daarmee op 13.066.

In het rechtergedeelte van tabel 4 zien we dat het aantal respondenten van middelbare leeftijd licht is oververtegenwoordigd, terwijl er wat minder 65+-ers onder de respondenten zijn. De verschillen zijn echter klein.

Aan het eind van de enquête is de patiënten gevraagd om gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden.

Bijna 93 procent van de respondenten met wie een gesprek is gevoerd, heeft een dagboek ingevuld; ongeveer 88 procent heeft dit gedurende drie weken volgehouden. Dit betekent dat er 12.139 dagboeken voor analyse beschikbaar zijn, waarvan 11.485 over de volledige periode.

De huisartsenenquête

Bij de samenstelling van de huisartsenenquête stonden ons twee doelstellingen voor ogen:

- het verzamelen van informatie over de niet-patiëntgebonden aspecten van de

Tabel 3 Soorten contacten in de huisartspraktijk. Percentages.

<i>Spreekuur</i>	
vrij spreekuur	8,8
afspreekspreekuur	49,0
tussendoor	10,7
spreekuur bijz. instelling	0,4
<i>Visite</i>	
spontaan	1,9
afpraak	9,5
spoed	1,4
<i>Telefoon</i>	11,1
<i>Ziekenhuisbezoek</i>	0,5
Keuringen	1,2
Consultatiebureau	1,0
Overige (bijv. op straat)	2,4
Niet ingevuld	2,1

Tabel 4 Leeftijd- en geslachtsverdeling van de praktijkpopulatie van de 161 huisartsen van de Nationale Studie en van de respondenten op de patiëntenenquête, vergeleken met die van de Nederlandse bevolking per 31 december 1987. Percentages.

Leeftijd in jaren/ Geslacht	Nederlandse bevolking N = 14.615.125	Patiëntenpopulatie Nationale Studie n = 334.449	Respondenten patiëntenenquête n = 13.066
0-14	18,8	19,3	17,0
15-24	17,1	17,1	16,1
25-44	31,5	32,0	34,7
45-64	20,3	19,3	20,9
65+	12,3	11,8	10,8
onbekend		0,5	0,4
man	49,4	48,1	49,5
vrouw	50,6	51,8	50,1
onbekend		0,1	0,4

OPZET VAN DE STUDIE

huisarts(praktijk), zoals praktijkorganisatie;

- het verzamelen van informatie over factoren waarmee verschillen in het functioneren van huisartsen kunnen worden verklaard, zoals taakopvattingen en andere attitudes.

Bij het opstellen van de enquête is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij eerder onderzoek: waar mogelijk zijn in ander onderzoek geteste vragenlijsten in de enquête opgenomen.

De enquête telde acht rubrieken (de referenties hebben betrekking op aan eerder onderzoek ontleende vragenlijsten).

- *Praktijkorganisatie en werkwijze*, met onder andere vragenlijsten over de taken van de doktersassistenten³³ en over medische technieken.¹¹
- *Preventie*.³⁴
- *Psychosociale problematiek*.^{35 36}
- *Voorschrijven van geneesmiddelen*.^{37 38}
- *Fysiotherapie*.³⁹
- *Overleg met collegae en andere hulpverleners*.⁴⁰

- *Professionele contacten, interesses, nascholing en nevenfuncties*.

- *Attitudes en opvattingen*, met name:

- taakopvatting;^{36 41}
- omgang met onzekerheid;³⁶
- opvattingen over de relatie huisarts-specialist;¹¹

- attitudes ten aanzien van de huisarts-patiënt relatie;³⁶

- zelfbeeld en beleving van het werk.^{42 36 43 44}

Naar deze enquête hebben de huisartsen gedurende één week een dagboek bijgehouden waarin zo nauwkeurig mogelijk werd geregistreerd hoe een werkweek er uitzag, dat wil zeggen hoeveel tijd werd besteed aan welke zaken.

Tenslotte heeft ook de doktersassistent (n=193) een enquête ingevuld met vragen over de eigen achtergrond, opleiding, kwalificaties, taken en attitude ten aanzien van een aantal zaken.

De contactregistratie

Geregistreerd zijn alle contacten, ongeacht het tijdstip waarop ze plaatsvonden. Voor al deze contacten is een contactregistratieformulier ingevuld door de huisarts of –

in voorkomende gevallen – door de doktersassistent.

Op het registratieformulier konden zowel de contactredenen als de geïnitieerde interventies worden genoteerd; daarbij is gebruik gemaakt van de principes van de probleemgeoriënteerde registratie (SOEP),^{45 46} waardoor achteraf episodeconstructie mogelijk was.^{16 47 48} Voorts is erop gelet dat het formulier voldoende gebruikersvriendelijk was.

Ten behoeve van de privacybescherming is een reglement opgesteld dat deel uitmaakte van het contract tussen het Nivel en de participerende huisartsen. In dit reglement was geregeld op welke wijze de patiënt op de hoogte zou worden gesteld van de deelname van zijn huisarts aan de Nationale Studie, op welke wijze de dataverwerking en -analyse binnen het Nivel zou plaatsvinden, en aan welke voorwaarden met betrekking tot de privacy van patiënt, huisarts en praktijkassistenten publicaties en gegevensverstrekking aan derden zouden moeten voldoen.

Op het contactregistratieformulier waren de volgende rubrieken opgenomen:

- *Artscode*.

- *Patiëntgegevens* (patiëntencode, aantal patiënten, eigen patiënt?)

- *Contactgegevens*, noodzakelijk voor inzicht in werkbelasting (duur, tijdstip, setting), dan wel voor de episodeconstructie (soort, initiatief, sequentie)

- *Morbiditeitsgegevens*. Opgenomen zijn de redenen voor contact, werkhypothese of waarschijnlijkheidsdiagnose (inclusief een zekerheidsscore) en onderliggende ziekte. Daarnaast is per reden voor contact een schaal opgenomen over het psychosociale karakter en over de mate van ernst (op de dimensies 'invaliderend' en 'levensbedreigend'). De morbiditeitsgegevens zijn centraal gecodeerd volgens de ICPD.⁴⁹ die ten behoeve van de Nationale Studie op enkele punten is verbijzonderd.⁵⁰

- *Interventiegegevens*:

- A Aangevraagde of uitgevoerde diagnostiek, zowel binnen als buiten de huisartspraktijk. Rubricering vond plaats op basis van de gebruikelijke indeling op aanvraagformulieren van (huisarts)laboratoria en de verwachte aantallen.⁵¹

De uitslagen van de extern uitgevoerde

diagnostiek werden op een afzonderlijk formulier verwerkt.

- B Behandeling (exclusief prescriptie en verwijzing). Het gaat hier met name om activiteiten op het vlak van voorlichting, gespreksactiviteiten, kleine chirurgie en vaccinaties.

- C Prescriptie. Vanwege de grote beleidsrelevantie is de prescriptie van medicatie gedetailleerd geregistreerd (handelsnaam, of – in geval van magistrale receptuur – de samenstellende componenten, sterkte, dagdosering en voorgeschreven hoeveelheid). Op basis van deze informatie zijn enkele maten te construeren voor de omvang van het geneesmiddelengebruik: via de databank van de KNMP en de ATC-classificatie⁵²⁻⁵⁴ 'defined daily dosis' (ddd) en 'prescribed daily dosis' (pdd). Op het registratieformulier is onderscheid gemaakt naar nieuwe recepten en herhaalrecepten, en naar recepten op initiatief van de huisarts en van de specialist.

- D Verwijzing (inclusief opname). Ook deze informatie is gedetailleerd vastgelegd vanwege de hoge beleidsrelevantie. Vastgelegd zijn het doel van de verwijzing, het initiatief tot de verwijzing en het soort verwijzing (nieuw/herhaal/achteraf).⁵⁵ Onderscheid is gemaakt tussen verwijzingen naar de tweede en naar de eerste lijn. Ook de alternatieve genezers zijn afzonderlijk op het formulier opgenomen. Over de verwijzingen naar de fysiotherapeut is een aantal aanvullende vragen gesteld.

- *Overleggegevens*. Over overleg tussen hulpverleners gevoerd direct naar aanleiding van een arts-patiëntcontact is nog weinig bekend. Deze informatie kan inzicht geven in de continuïteit van zorg, zorgcoördinatie en case-management. Vastgelegd is met wie overleg werd gevoerd en waarom.

- *Vervolgafspraken*, van belang in verband met de episode-constructie, alsook om inzicht te krijgen in substitutiemogelijkheden binnen het gedrag van de huisarts (de huisarts als manager van zijn consult).

Per registrerende huisarts werd een veldwerker aangesteld, die de materiaalverzameling opzette, coördineerde, ondersteunde en begeleidde door wekelijkse be-

OPZET VAN DE STUDIE

zoeken. Deze veldwerkers waren vrijwel allen (para)medisch geschoold en werden speciaal voor dit werk getraind. De kwaliteit van de morbiditeitsregistratie door de huisartsen werd gecontroleerd met behulp van 30 papieren patiënten, terwijl de veldwerkers de morbiditeitsgegevens wekelijks op hun juistheid en volledigheid controleerden en zo nodig – in overleg met de huisarts – corrigeerden.

Het coderen gebeurde door de veldwerkers. In de Nationale Studie is dus afgezien van het classificeren en toepassen van diagnostische criteria door de deelnemende huisartsen zelf. Een eerste reden ligt in de opzet van de studie als een gezondheidszorgonderzoek waarbij inter-doktervariatie met betrekking tot de morbiditeit een apart onderwerp van studie vormt. Verder is het toepassen van diagnostische criteria en het classificeren zo tijdrovend, dat een decentrale opzet de medewerking van een grote groep huisartsen onwaarschijnlijk zou maken. Afgezien daarvan zou het ook praktisch onmogelijk zijn geweest om overal in Nederland regelmatig trainings- en toetsingsbijeenkomsten voor het gebruik van diagnostische criteria te organiseren.

De centrale codering van de Nationale Studie heeft, voor zover wij hebben kunnen nagaan, niet geleid tot duidelijk andere resultaten dan bij de morbiditeitsregistraties waarbij de huisarts zelf classificeert. Bovendien zijn tussen de vier registratieperiodes geen grote verschillen gevonden ten aanzien van de niet-seizoensgebonden morbiditeit.

Het coderen werd gecontroleerd door middel van aanvankelijk wekelijkse en later maandelijkse uniformiteitstests op weinig voorkomende en/of gecompliceerde klachten en diagnosen. De gemiddelde overeenstemming bedroeg bij de klachten 85 procent en bij de diagnosen 80 procent (tabel 5). Overigens varieerde het percentage correcte coderingen aanzienlijk tussen de veldwerkers. Slecht scorende veldwerkers werden extra getraind en gecontroleerd. Ook bestond er een – uit de literatuur bekende – aanzienlijke variatie in de betrouwbaarheid tussen de verschillende soorten (papieren) problemen, waarbij vooral vage klachten moeilijk te scoren bleken.

Een extra kwaliteitscontrole vond plaats door het steekproefsgewijs teruglezen van ingevoerde data. De uiteindelijk geconstrueerde episoden zijn alle gecontroleerd en bij twijfel voorgelegd aan de betreffende huisarts.

Onder bepaalde voorwaarden werd een aantal contacten rond één gezondheidsprobleem aan elkaar gekoppeld tot één zorg-episode, die dan genoemd werd naar de diagnose tijdens het laatste contact. Deze episode-constructie vond plaats op basis van de volgende gegevens: contactreden, diagnose, patiëntcode, datum contact, en eerste of vervolg-contact.

Met betrekking tot de episode-constructie kunnen zich vier situaties voordoen:

- de episode neemt *voor* de registratieperiode een aanvang, en wordt beëindigd *in* de registratieperiode;
- de episode neemt *voor* de registratieperiode een aanvang, en wordt beëindigd *na* de registratieperiode;
- de episode begint *in* de registratieperiode en wordt beëindigd *in* de registratieperiode.
- de episodes begint *in* de registratieperiode en wordt beëindigd *na* de registratieperiode.

Voor de berekening van *incidentie*cijfers komen alleen episoden in aanmerking waarvan het begin gesitueerd is *in* de registratieperiode. Voor de berekening van *prevalentie*cijfers – waarin dus veel voor de huisartspraktijk kenmerkende ‘onaffe’ diagnosen voorkomen – zijn alle episode-typen gebruikt.

De incidentie- en prevalentiecijfers zijn per drie maanden berekend. Omrekening naar jaarcijfers is voor de incidentiecijfers mogelijk door vermenigvuldiging met vier. Voor de prevalentiecijfers bestaat die mogelijkheid niet, aangezien chronische gezondheidsproblemen over de registratieperiode heenlopen, waardoor vermenigvuldiging tot onbetrouwbare jaarcijfers zou leiden. Per aandoening zal eerst een gemiddelde ziekte duur berekend moeten worden, alvorens omrekening naar een jaarcijfer (of andere tijdsspanne) mogelijk is.

De patiëntgegevens

Op patiëtniveau zijn drie meetinstrumenten gebruikt: een patiëntenregistratieformulier, een patiëntenenquête en een gezondheidsdagboek.

De volgende rubrieken zijn opgenomen op het *patiëntenregistratieformulier*:

- demografische gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat);
- sociaal-economische gegevens (beroep, opleiding, inkomstenbron, verzekeringsvorm (inclusief informatie over eigen risico en het meeverzekerd zijn van huisartsenhulp bij particuliere patiënten);
- etniciteit (nationaliteit, geboorteland, aantal jaren in Nederland, geboorteland ouders);
- woonsituatie (samenlevingsvorm, type woning, eigendomssituatie woning, mobiliteit).

De beroepen zijn geclassificeerd volgens

Tabel 5 Betrouwbaarheid classificatie morbiditeit van een wisselende collectie papieren patiënten in de ICPC.

Controlepunt	Aantal veldwerkers	Gemiddelde overeenstemming	
		bij klachten	bij diagnosen
1	38	87%	69%
2	32	84%	81%
3	35	87%	77%
4	38	78%	83%
5	34	89%	80%
6	32	82%	88%

* Alleen de eerste zes controlepunten zijn opgenomen in deze betrouwbaarheidstest. Toen na zes metingen bleek dat de betrouwbaarheid voldoende was, zijn de uniformiteitstests verder vooral gebruikt in het kader

OPZET VAN DE STUDIE

de (nominale) Beroepenclassificatie 1984 van het CBS.⁵⁶ Via omcodeersleutels is een transformatie mogelijk naar het EGP-klas-senschema⁵⁷ en is een prestigescore te bere-kenen.⁵⁸ Voor de overige classificaties is zoveel mogelijk rekening gehouden met het voorlopig voorstel van het 'werkoverleg niet-medische gegevens' van het Interuni-versitair Overleg Huisartsgeneeskunde⁵⁹ en met de voorstellen voor uniformering van vraagstellingen naar achtergrondken-merken van de Vereniging van Onderzoeks Instituten.⁶⁰ Waar beknoptere registratie plaatsvond, is gelet op de mogelijkheid om fijnmazige classificaties om te coderen naar grovere classificaties.

Aan een beperkte (random) steekproef uit de praktijkpopulatie van iedere huisarts is een uitgebreide *gezondheidsenquête* voor-gelegd. Het doel hiervan was tweeledig. Enerzijds werd het van belang geacht om informatie te verzamelen over de subjectief ervaren gezondheidstoestand en andere factoren die een rol kunnen spelen bij de overgang van een klacht naar een hulp-vraag. In het kader van de discussie over substitutie tussen professionele zorg en zelf- en mantelzorg is het daarnaast van belang om kennis te verwerven over de klachten en problemen waaraan mensen niets doen, die ze zelf oplossen, of waarmee ze naar andere hulpverleners gaan (bij-voorbeeld alternatieve genezers). Qua op-bouw en formulering van een groot aantal vragen is de enquête zoveel mogelijk afge-stemd op de CBS-gezondheidsenquête.⁶¹ Daarnaast zijn extra vragen (of vragenlijst-ten) toegevoegd, waarbij zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van lijsten die hun bruikbaarheid in eerder onderzoek hebben bewezen.

De patiëntenenquête was samengesteld uit zes hoofdcomponenten:

- *Sociaal-demografische variabelen*, gro-tendeels gelijk aan de CBS-enquête.
- *Morbiditeitsindicatoren*, waaronder de inschatting van de eigen gezondheidstoestand,⁶²⁻⁶⁴ acute klachten (eigen lijst), chro-nische aandoeningen,⁶⁵ lengte en ge-wicht,⁶⁶ beperkingen in het normale func-tioneren (OESO-indicator⁶¹), de General Health Questionnaire (GHQ-30, Nijmeeg-

se vertaling),⁶⁷ en de Biografische Pro-bleeminventarisatielijst (BIOPRO).⁶⁸

- *Ziektegedrag en medische consumptie*, waaronder contacten en ervaringen met een groot aantal verschillende hulpverle-ners in eerste en tweede lijn (waaronder ook alternatieve genezers), ziekenhuisop-name, en geneesmiddelengebruik (op dok-tersrecept en zelfmedicatie).

- *Indicatoren van gezondheids-attent ge-drag* (vragen rond roken, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, slapen, sportbeoefe-ning).

- *Meningen en attitudes*, waaronder het gedrag van de huisarts zoals beleefd door de patiënt,⁶⁹ bereikbaarheid van de huis-arts, meningen over specifiek gedrag van de huisarts (verwijzen, voorschrijven van medicijnen), preferentie voor hulpverle-ners (bij zwangerschap/bevalling, bij psy-chosociale problemen), Health Locus of Control⁷⁰ en verwachtingen van de medi-sche hulpverlening bij alledaagse aandoe-ningen.⁷¹

- *Netwerken, sociale steun en life events*, waaronder samenstelling van de huishou-ding, familiegegevens, lidmaatschappen van verenigingen, sociale contacten, ken-nissen in de gezondheidszorg en stressvolle levensgebeurtenissen.

De patiëntenenquête werd mondeling afgenomen door getrainde interviewers van het marktonderzoekbureau NSS. Een interview duurde ongeveer anderhalf uur.

Het doel van het *gezondheidsdagboek* was het verzamelen van informatie over ge-zondheidsklachten die niet resulteren in een contact met een huisarts of andere professionele hulpverlener (het ijsbergfe-nomeen), en over andere vormen van ziektegedrag dan het consulteren van pro-fessionele hulpverleners (zelfhulp en man-telzorg). Bij de samenstelling van het ge-zondheidsdagboek is vooral gesteund op de ervaringen van *Van de Lisdonk*.⁷¹ Ge-vraagd is voor iedere dag op een afzonder-lijke bladzijde te noteren hoe men zich die dag heeft gevoeld, of men klachten over de gezondheid heeft gehad, hoe men deze klachten heeft beleefd (bijvoorbeeld er zich zorgen over maken), en wat men eraan heeft gedaan.

Ter motivatie en ter voorkoming van

ernstige fouten bij de invulling hebben de enquêteurs tussentijds tweemaal telefo-nisch contact opgenomen met de respon-denten. Na drie weken werden de dagboe-ken opgehaald en op volledigheid gecon-troleerd.

Literatuur

- ¹ Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, second National Study 1970-1971. Studies on medical and population subjects, no. 2b. Lon-don: HMSO, 1974.
- ² Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, second National Study 1970-1971. Studies on medical and population subjects, no. 36. Lon-don: HMSO, 1979.
- ³ Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, so-cioeconomic analysis. Studies on medical and population subjects, no. 46. London: HMSO, 1982.
- ⁴ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartsprak-tijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.
- ⁵ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schelle-kens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices, 1979-1982. Nij-megen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁶ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁷ Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, Kocken RJJ, Limonard ChBG. Het Registratienet huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg. Een geautomati-seerd steekproefbestand voor huisartsgenees-kundig onderzoek. Huisarts Wet 1990; 33: 66-9.
- ⁸ Marinus AMF. Interdoktervariatie in het Transitieproject. Huisarts Wet 1990; 33: 4-8.
- ⁹ Bartelds AIM, Fracheboud J, Van der Zee J. The Dutch Sentinel Practice Network; rele-vance for public health policy. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹⁰ Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrich-tingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: Nivel, 1986.
- ¹¹ Dopheide JPD. Verwijzingen door de huis-arts. Enkele determinanten van het verwijscij-fer van solo-huisartsen op het verstedelijk platteland en forensengemeenten. Gezond-heid en Samenleving 1982; 3: 141-51.
- ¹² Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: NHI/Nivel, 1982.
- ¹³ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhy-

OPZET VAN DE STUDIE

- giëne. Structuurnota. 's Gravenhage: SDU, 1974.
- ¹⁴ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's Gravenhage: SDU, 1980.
 - ¹⁵ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnszorg. 's Gravenhage: SDU, 1983.
 - ¹⁶ Crombie DL, Van der Zee J. The feasibility of a national general practice morbidity and intervention survey in the Netherlands; report of a symposium. Utrecht: NHI, 1982.
 - ¹⁷ Schellevis F, Severien R, Van der Zee J. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk, deel V: Eindrapport. Utrecht: NHI/NUHI, 1984.
 - ¹⁸ Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NHI, 1984.
 - ¹⁹ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's Gravenhage: SDU, 1986.
 - ²⁰ Bensing JM, Van Duyn WMJ, Van der Grinten TED, Van der Meer D. De eigen aard van het gezondheidsonderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1987; 18: 606-10.
 - ²¹ Dopheide JPD. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JPD, Van der Zee J, red. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1985.
 - ²² Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1988. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1989; 9: 5-24.
 - ²³ Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
 - ²⁴ Philipsen H. Steekproeven. Leiden: Universitaire Pers, 1969.
 - ²⁵ Posthuma BH, Van der Zee J. Tussen eerste en echelon I: Onderzoek op macro-niveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Utrecht/Groningen: NHI/ISMW, 1977.
 - ²⁶ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ²⁷ Van Sonsbeek JLA. Gezondheidsenquêtes: (On)gezonde steden. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1989; 1: 5-8.
 - ²⁸ Van Sonsbeek JLA. Gezondheidsenquêtes: Gezondheidsverschillen in regionaal perspectief. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1987; 1: 4-11.
 - ²⁹ Frenken FJM. Regionale gegevens uit de gezondheidsenquête 1985/1988. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1990; 1: 4-20.
 - ³⁰ Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1985 over huisartsen, adspirant-huisartsen en verloskundigen. Utrecht: Nivel, 1985.
 - ³¹ Van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een Nationale Studie. Med Contact 1986; 41: 603-6.
 - ³² Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistiek van de bevoeking oktober 1988. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988: 21-5.
 - ³³ De Haan J. De doktersassistente. Lelystad: Meditekst. 1986.
 - ³⁴ Verhaak PFM, de Vries PJ. Meningen over preventie: ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag. Utrecht: Nivel, 1987.
 - ³⁵ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ³⁶ Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. deel 5. Eindrapportage. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
 - ³⁷ Haayer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in het voorschrijfgedrag verklaren [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
 - ³⁸ Cannoodt L. Determinanten van het voorschrijfgedrag van huisartsen in Vlaanderen. Analyse op basis van patiëntensimulaties. Antwerpen: SESO, 1985.
 - ³⁹ Kerssens JJ, Groenewegen PP, Curfs M. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ⁴⁰ Boerma W. Het werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nivel, 1987.
 - ⁴¹ De Ridder D, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg nader onderzocht. Utrecht: NcGv/Nivel, 1987.
 - ⁴² De Jong H. Verslag van de ontwikkeling van een schaal voor het meten van de 'locus of control' voor huisartsen [Doctoraalscriptie]. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
 - ⁴³ Mechanic D. The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. Med Care 1975; 13: 189-204.
 - ⁴⁴ McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. J Fam Pract 1982; 14: 1107-14.
 - ⁴⁵ Anoniem. Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. Huisarts Wet 1979; 22: 1-47.
 - ⁴⁶ Van der Horst F, Vierhout W, Meulders W. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. Analyse van een consult. Huisarts Wet 1981; 24: 325-31.
 - ⁴⁷ Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, Plagge H, Von Höfen R. Registratie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.
 - ⁴⁸ Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 292-6.
 - ⁴⁹ Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
 - ⁵⁰ Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J. ICPC. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1989.
 - ⁵¹ Wijkkel D, Van der Grijn D. Huisarts en diagnostisch centrum. Utrecht: NHI(Nivel)/NZI, 1982.
 - ⁵² Nordic Council on Medicines. Nordic statistics on medicines 1981-1983, Parts I-III. Uppsala: Nordic Council, 1985.
 - ⁵³ World Health Organization. Studies in drug utilization, methods and applications. Copenhagen, WHO, 1979.
 - ⁵⁴ Werkgroep Classificatie en Coderingen. Advies inzake drie standaard-codesystemen voor geneesmiddelen (farmacotherapeutische groepen, toedieningswegen, farmaceutische groepen). Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1983.
 - ⁵⁵ Posthuma BH, Van der Zee J. Verwijzen op micro-niveau. Voorstel betreffende een onderzoek naar de relatie tussen praktijkgrootte, arts-patiënt contacten en verwijzingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Groningen: NHI(Nivel)/ISMW, 1980.
 - ⁵⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. Beroepclassificatie 1984. Voorburg: CBS, 1985.
 - ⁵⁷ Erikson R, Goldthorpe JH, Portocarero L. Intergenerational class mobility in three west european countries: England, France & Sweden. Br J Sociology 1979; 10: 415-41.
 - ⁵⁸ Sixma H, Ultee W. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. Mens en Maatschappij 1983; 4: 360-82.
 - ⁵⁹ IOH. Voorlopig voorstel van het werkoverleg niet-medische gegevens van de werkgroep 'classificatie en codering'. Utrecht: IOH, 1986.
 - ⁶⁰ De Bie S. Standaardvragen 1987. Voorstellen voor uniformering van vraagstellingen naar achtergrondkenmerken in interviews. Leiden: VOI, 1987.
 - ⁶¹ Van Sonsbeek JLA, Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Statistische onderzoeken M22. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
 - ⁶² Adriaanse H, Drop MJ, Halfens R, Philipsen H. Leeft Nederland oké? Verslag van een

OPZET VAN DE STUDIE

onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.

⁶³ Fürer JW, Tax B, red. Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Eindrapportage van het Regio-project Nijmegen. Nijmegen: ISG, Katholieke Universiteit, 1987.

⁶⁴ Programmatie van het Wetenschapsbeleid. Nationaal Programma Sociale Wetenschappen, Project Eerstelijnszorg. Brussel, Programmatie van het Wetenschapsbeleid, z.j.

⁶⁵ Van den Bosch GAM, Mohrs J, Habbema JDF, et al. Chronische aandoeningen, hulpbehoefte en zorggebruik. Amsterdam/Rotterdam: ISG/IMG, 1986.

⁶⁶ Kok FJ, Matroos AW, Vandenbroucke JP. Te zwaar of niet te zwaar? Voeding 1981; 42: 262-9.

⁶⁷ Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.

⁶⁸ Hodiament PR. Het zoeken van zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. ISG-publikatie, no 16.

⁶⁹ Cassee ETh. Naar de dokter. Enkele achter-

gronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel: Boom, 1973.

⁷⁰ Halfens RJG. Locus of control: de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte en gezondheidsgedrag [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.

⁷¹ Van der Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985. ■

Abstract

Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. The National Study of illnesses and interventions in general practice. Background and methods. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.

The 'National Study of illnesses and procedures in general practice' is a large-scale study designed to supply answers to questions of policy concerning the position and function of the general practitioner between, on the one hand, self-help and care by family and community and, on the other hand, care by other representatives of professional health services. The study is unique in that a lot of information is gathered on both

the supply side (the doctor's practice) as on the demand side (the population): information which should give insight into how the general practitioner is used.

On the basis of the available knowledge, a random, stratified, non-proportional sample of doctors has been chosen. The 161 participating doctors made a complete record of all contacts of presenting morbidity and all associated activities. Socio-demographic background data of (in principle) the whole population of these doctors' practices were recorded. Supplementary information on a limited random sample of 100 patients per doctor was obtained via a health questionnaire. The National Study has been set up around a number of part projects which have been carried out by the Netherlands Institute of Primary Health Care, sometimes in collaboration with a university department of general practice. The information obtained also lends itself to answering many other research questions.

Key words Family practice; Morbidity; Statistics.

Correspondence Dr. M. Foets, Netherlands Institute of Primary Health Care, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

PRAKTIJK- ORGANISATIE

De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente

A. NIJLAND
J. DE HAAN
J. VAN DER VELDEN
B. MEYBOOM-DE JONG

Voor dit onderzoek werd aan 177 dokters-assistentes, werkzaam in 98 huisartspraktijken, gevraagd een enquête in te vullen betreffende hun sociale en professionele kenmerken. Op grond van de antwoorden van 158 respondenten wordt een beeld geschilderd van de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. Zij is een vrouw van 33 jaar, ruim 8 jaar werkzaam als doktersassistente en ruim 6,5 jaar bij haar huidige werkgever in dienst. In de niet-apotheekhoudende normpraktijk heeft zij een 0,8 aanstelling. De meeste van haar werkzaamheden liggen op het gebied van de intake en administratie. Er lijkt veel ruimte aanwezig voor uitbreiding van met name haar medisch-technische functie, de patiënt-voorlichtende functie en de managementfunctie. Mede vanwege haar 0,8 aanstelling ontbreekt hiervoor de tijd.

Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. *Huisarts Wet* 1990; 33(9): 350-4, 363.

A. Nijland, huisarts te Oldemarkt; Dr. J. de Haan, huisarts te Wolvega; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nivel, Utrecht; Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: A. Nijland, Platteweg 2, 8375 GN Oldemarkt; telefoon 05615-2165.

Het onderzoeksproject 'De assistente in de huisartspraktijk' is een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel).

Inleiding

Op grond van de huidige beroepsopleiding mogen we van de doktersassistente verwachten dat zij in de huisartspraktijk een groot aantal taken zelfstandig kan uitvoeren.¹ In een toelichting op het beroepsprofiel wordt vermeld dat de assistente een eigen spreekuur zou kunnen houden voor bepaalde categorieën patiënten (hypertensie, diabetes, ulcus cruris, screening op cervixcarcinoom).² Door Van Ree, Smilde, en De Haan is aangetoond dat de doktersassistente een wezenlijk aandeel kan leveren in de behandeling en begeleiding van patiënten met bepaalde ziekten.³⁻⁵

Er zijn ook aanwijzingen dat het systematisch inschakelen van de doktersassistente een verbetering van de kwaliteit van de zorg kan betekenen.⁵⁻⁶ Met name kan zij een belangrijke rol spelen bij de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen (hypertensie, diabetes, ulcus cruris), hetgeen van belang is tegen de achtergrond van de vergrijzing van de bevolking. Ook kan de assistente een belangrijke rol spelen bij de automatisering van de medische administratie. Met behulp van een geautomatiseerd gegevensbestand kan een signalerings- en bewakingssysteem voor risicogroepen worden ingevoerd.

Een uitbreiding van de taken van de doktersassistente past goed in het door NHG en LHV gepropageerde standaardbeleid.⁷⁻⁸ Uit een oogpunt van efficiëntie moeten de taken die door lager geschoolde personen verricht kunnen worden, niet worden uitgevoerd door mensen met een hogere opleiding.⁹ Dat maakt de gezondheidszorg onnodig duur. De huisarts kan eenvoudige taken overlaten aan zijn assistente en zelf complexere problemen oplossen en eventueel een deel van het werk van de specialist overnemen.

Om deze redenen is het van groot belang meer inzicht te krijgen in het functioneren van de doktersassistente en aanbevelingen te doen voor een adequatere inzet van hulpkrachten in de huisartspraktijk. Sommige auteurs spreken in dit verband over een niet te missen kans om de huisartsgeneeskunde op een hoger peil te brengen.¹⁰⁻¹²

In dit artikel staat de beantwoording van de volgende vragen centraal:

- welke taken en functies vervult de doktersassistente;
- welke opleiding heeft zij;
- welke werkzaamheden voert zij uit?

Methoden

De gegevens zijn verzameld in het kader van 'De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', verder te noemen de Nationale Studie.¹³⁻¹⁴ Ten behoeve hiervan registreerden 163 huisartsen uit 103 huisartspraktijken gedurende 3 maanden wat zij dagelijks doen en met welke klachten, ziekten en problemen zij worden geconfronteerd. De 103 praktijken zijn gekozen op basis van een niet-proportionele, gestratificeerde steekproef. Hierbij zijn drie stratificatie-variabelen gebruikt, waarvan bekend is dat ze samenhangen met aspecten van de huisartspraktijk en van het huisartsgeneeskundig handelen: urbanisatiegraad, regio en afstand tot het ziekenhuis.

Naast de huisartsen hebben ook 177 doktersassistenten gegevens over hun contacten met patiënten geregistreerd. In aansluiting op de registratie werden de assistenten schriftelijk geënquêteerd (najaar 1988). Als persoonsgebonden gegevens werd gevraagd naar: geboortejaar, burgerlijke staat, aantal jaren werkzaam als doktersassistente in het algemeen en bij de huidige werkgever in het bijzonder, (voor)opleiding, al dan niet gediplomeerd zijn als doktersassistente en/of apothekersassistente en jaar van diplomering, werkweek in uren, al dan niet schriftelijke overeenkomst en betaling volgens de richtlijnen van de KNMG. Vervolgens werd informatie gevraagd over de werksituatie: praktijkvorm, eigen werkruimte, apotheekwerkzaamheden, visites afleggen, begeleiden stagiaires.

Ook werd de assistenten gevraagd welke werkzaamheden zij in de praktijk verrichtten. Op een lijst van 63 taken konden zij aangeven of zij de betreffende taak 'dagelijks', 'wekelijks', 'maandelijks', 'zelden' of 'nooit' verrichtten. Deze taken werden, overeenkomstig het 'Beroepsprofiel van de doktersassistente', onderverdeeld in de volgende functies:

PRAKTIJKORGANISATIE

- intake-functie;
- patiënt-voorlichtende functie;
- managementfunctie;
- medisch-technische functie;
- administratieve functie.²

Ter wille van de leesbaarheid zijn de in het algemeen kleine percentages in de de kolom 'maandelijks' samengevoegd met de percentages in de kolommen 'dagelijks' en 'wekelijks' tot de categorie 'regelmatig'; verder zijn (kleine) percentages gevallen waarin een item niet was ingevuld, wegge-
laten.

Verder werd gevraagd of de assistenten in de praktijk nog andere werkzaamheden verrichtten en om welke werkzaamheden het dan ging. Tot slot werd gevraagd welke werkzaamheden die nu niet tot hun taak behoorden, de assistenten wel zouden willen verrichten, indien daartoe de mogelijkheid bestond.

Binnen het bestand van doktersassistenten worden aparte subgroepen gevormd door 'meewerkende partners' en gediplomeerde doktersassistenten. Deze groepen worden in de tabellen afzonderlijk gepresenteerd en zullen afzonderlijk worden besproken.

Resultaten

De 177 geënquêteerde doktersassistenten zijn afkomstig uit 98 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 5 praktijken was geen assistente werkzaam. De respons op de enquête bedroeg 96 procent. Voor analyse kwamen 158 (89 procent) enquêteformulieren in aanmerking; deze waren afkomstig uit 92 praktijken, waarvan 21 apotheekhoudend. Gerelateerd naar praktijkvorm zijn de groepspraktijken en gezondheidscentra in deze steekproef oververtegenwoordigd (tabel 1).

Om een uitspraak te kunnen doen over de representativiteit van deze groep is de rol van de stratificatie-variabelen onderzocht. Hierbij werd voor de basisvariabelen (geslacht, leeftijd, praktijkvorm, aantal jaren werkzaam als doktersassistente en aantal jaren werkzaam bij de huidige werkgever) geen statistisch significant verschil gevonden, zodat mag worden geconcludeerd dat er geen verstoring van de stratificatievariabelen aanwezig was.

Alle assistenten waren vrouwen; zij varieerden in leeftijd van 17 tot 62 jaar. Ongeveer de helft was jonger dan 30 jaar en

een kwart ouder dan 40 jaar; de gemiddelde leeftijd was 33 jaar (standaarddeviatie 9,7; mediaan 31 - tabel 2). Ongeveer 60 procent van de assistenten was gehuwd. Gemiddeld was men 8,2 jaar werkzaam als doktersassistente, variërend van enkele maanden tot 27 jaar. Het gemiddelde aantal jaren dienstverband bij de huidige werkgever bedroeg 6,7.

Van de 158 assistenten waren er 75 (werkzaam in 51 praktijken) gediplomeerde doktersassistenten en 15 gediplomeerde apothekersassistenten; één assistente viel in beide categorieën. Van de 69 niet-gediplomeerde assistenten hadden er 14 ook geen andere opleiding gevolgd, 5 waren nog in opleiding voor doktersassistente, 15 bleken verpleegkundige A te zijn en 16 hadden een paramedische of medisch-gelieerde beroepsopleiding; de overige 14 niet-gediplomeerden hadden opleidingen gevolgd als opleiding kleuterleidster, kostuumopleiding, conservatorium en universitaire opleiding romaanse talen; 5 assistentes beantwoordden deze vraag niet.

Nagenoeg tweederde van de gediplomeerde doktersassistenten had een instuutopleiding gevolgd (ASOP, NIPA, LOI, NIOD, IMEVO, FOID). In een kwart van de gevallen was de MDGO-school bezocht. Van de gediplomeerde doktersassistenten was iets meer dan een derde lid van de Nederlandse Vereniging van Dokters Assistenten (NVDA).

Wanneer de meewerkende partners worden uitgesloten, had tweederde van de doktersassistenten een schriftelijke arbeidsovereenkomst.

Wat betreft de betaling bleek dat 88 assistenten (65 procent) werd betaald volgens de richtlijnen van de KNMG; bij 20 (15 procent) was dit niet het geval, 20 assistenten (14 procent) wisten dit niet en 9 (7 procent) vulden deze vraag niet in.

Omgerekend naar een normpraktijk van 2350 patiënten was er binnen de 103 praktijken van de Nationale Studie 0,84 full-time equivalent (FTE) assistentie aanwezig; hierbij onderscheidde de apotheekhoudende praktijken zich met een hoger FTE (1,04) dan de niet-apotheekhoudende praktijken (0,79).¹⁶

Tweederde van de doktersassistenten beschikte over een eigen werkruimte voor

Tabel 1 Verdeling doktersassistenten in Nederland over de vier praktijkvormen. Percentages.

Praktijkvorm	Totale groep* n=158	Gediplomeerden n=75	Partners n=22
Solopraktijk	42 (55)	35	77
Duopraktijk	25 (31)	19	18
Groepspraktijk	20 (7)	30	0
Gezondheidscentrum	13 (8)	17	5

* Tussen haakjes de percentuele verdeling van de zelfstandig gevestigde huisartsen over de vier praktijkvormen per 1 januari 1988.¹⁵

Tabel 2 Leeftijdverdeling en gemiddelde leeftijd van de doktersassistenten.

Leeftijdklasse	Totale groep n=158	Gediplomeerden n=75	Partners n=22
17 - 24 jaar	24%	32%	0%
25 - 29 jaar	22%	27%	0%
30 - 39 jaar	29%	31%	47%
≥ 40 jaar	25%	11%	53%
Gemiddelde leeftijd	33 jr	29 jr	42 jr

PRAKTIJKORGANISATIE

Tabel 3 Taken van de doktersassistente en de mate waarin deze 'regelmatig', 'zelden' of 'nooit' worden verricht. Percentages.

	Regelmatig	Zelden	Nooit		Regelmatig	Zelden	Nooit
Intake-functie				- wonden lijmen met wondlijm	25	16	59
- werken aan een balie	96	—	2	- wonden hechten	3	5	90
- telefoon aannemen	100	—	—	- hechtingen verwijderen	47	18	35
- inschrijven nieuwe patiënten	91	6	2	- begeleiden pilgebruiksters (pilcontroles)	17	6	76
Patiënt-voorlichtende functie				- verhoogde-bloeddrukcontroles	33	8	58
- adviezen bij veel voorkomende klachten, zoals koorts, diarree of hoesten	93	6	1	- wratten aanstippen met vloeibaar stikstof	27	10	61
- voorlichting over medicijngebruik	79	15	6	- testen gezichtsvermogen	2	4	92
- instructies bij verzamelen urine en faecesmonsters	86	11	2	- oogboldruk meten	1	2	96
- bijhouden mededelingenbord en foldermateriaal	73	18	7	- vuiltje uit oog verwijderen	8	19	73
- voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen (diabetes, hypertensie, Cara)	40	35	22	- ECG's maken	27	4	69
- dieetadviezen	60	22	17	- longfunctie onderzoek met peak-flow meter	2	1	96
Management-functies				- allergietest uitvoeren	15	7	78
- planning van de spreekuren	94	2	3	- vragen stellen voor de dokter komt onderzoeken (anamnese opnemen)	25	18	55
- visitelijst opstellen	84	6	9	- mededeling doen over uitslag onderzoek	73	18	9
- vervolgspraken maken	96	3	1	- urine-onderzoek met teststrips	91	3	6
- patiënten uit risicogroepen (diabetes, hypertensie) oproepen voor controle	17	39	41	- urinesediment beoordelen	78	5	17
- beheren voorraden verband-middelen e.d.	88	6	6	- uricult inzetten + aflezen	42	6	48
- verlostas verzorgen	15	11	69	- zwangerschapstest uitvoeren	84	6	10
- bediening beantwoordings-apparaat	72	13	15	- faecesonderzoek op occult bloed	32	13	53
Medisch technische functie				- faecesonderzoek op wormeieren	3	7	88
- aanleggen of verwisselen verband	61	22	18	Administratieve functie			
- zwachtelen been bij patiënt met ulcus cruris	23	28	49	- verzorging patiëntenadministratie	96	1	1
- lengte of gewicht meten	29	24	46	- herhalingsrecepten schrijven	92	1	1
- injecties geven	69	8	22	- verwijskaarten uitschrijven	99	—	—
- venapuncties verrichten	43	8	49	- typen verwijsbrieven	41	15	42
- bepalen hemoglobinegehalte in bloed	58	6	34	- rekeningen schrijven	71	17	11
- bepaling glucose gehalte in bloed	61	4	34	- bijhouden van het kas/bank/giroboek	57	8	34
- BSE inzetten + aflezen	58	8	34	- patiëntenadministratie via computer	33	2	61
- oren uitspuiten	40	6	54	- financiële administratie via computer	27	3	65
- gehoortest uitvoeren met audiometer	29	5	65	- apotheekadministratie via computer in apotheekhoudende praktijk	16	—	68
- microscopisch onderzoek van fluorvaginalis-preparaat bv. KOH-preparaat	8	9	82	- werken met tekstverwerker	13	3	77
- baarmoedermond-uitstrijkjes maken	1	2	95	Diversen			
				- huisarts assisteren tijdens avonddienst	16	9	75
				- huisarts assisteren tijdens weekenddienst	25	10	65
				- praktijkruimten schoonmaken	55	22	23
				- onderhoud (incl. steriliseren) instrumentarium	91	6	3

PRAKTIJKORGANISATIE

het zelfstandig kunnen behandelen van patiënten tijdens het spreekuur van de huisarts.

Werkzaamheden

Veel van de werkzaamheden die de doktersassistenten opgaven, lagen op het terrein van intake en administratie (tabel 3). Dat de 'computer-items' minder hoog scoorden, laat zich verklaren door de geringe mate waarin de Nederlandse huisartspraktijk ten tijde van de Nationale Studie was geautomatiseerd.

Binnen de voorlichtende functie scoorde het geven van voorlichting aan patiënten met specifieke aandoeningen, minder hoog (40 procent). Van de managementtaken scoorde het oproepen voor controle van patiënten uit risicogroepen het laagst (17 procent).

Het typen van verwijsbrieven behoorde tot de regelmatig voorkomende werkzaamheden van 41 procent van de assistenten. Deze taak was gelijkmatig verdeeld over de verschillende praktijkvormen, met uitzondering van de gezondheidscentra, waar het minst wordt getypt.

Ten aanzien van de medisch-technische taken bestaat een grote inter-assistentevariatie: twee respondenten maakten regelmatig uitstrijkjes, 63 antwoordden regelmatig oren uit te spuiten, en voor 123 assistenten behoorde het beoordelen van een urinesediment tot de regelmatig uitgevoerde taken.

Van de 23 apotheekhoudende huisartspraktijken in de Nationale Studie reageerden er 21 op de enquête. Hiervan hadden 11 praktijken een gediplomeerd apothekersassistente in dienst (in 5 van deze 11 praktijken was de gediplomeerde apothekersassistente de enige 'doktersassistente'), 1 praktijk had zowel een gediplomeerd apothekersassistente als een gediplomeerd doktersassistente, en 5 praktijken hadden alleen een gediplomeerd doktersassistente (inclusief 1 praktijk met 2 gediplomeerde doktersassistenten).

Door de 35 doktersassistenten (22 procent) die te maken hadden met apotheekwerkzaamheden, werd gemiddeld iets meer dan 4 uur per dag aan deze taken besteed; 2 van hen hadden hieraan een volledige dagtaak (8 uur per dag).

Ongeveer een derde van de assistenten legde weleens een visite af bij een patiënt: gemiddeld 1,7 visites per maand. Redenen voor een visite door de doktersassistente waren in volgorde van afnemende frequentie: bloedprikken (Hb, bloedsuiker, BSE), injectie geven (griepvaccinatie, vitamine B12), ECG maken, iets brengen (medicijnen, kunst-/hulpmiddelen, verwijskaarten), sociale visite, wondbehandeling, verband wisselen, hechtingen verwijderen en oren uitspuiten. Iets meer dan de helft begeleidde stagiaires van doktersassistenten-opleidingen.

De helft van de respondenten antwoordde bevestigend op de vraag of zij nog andere werkzaamheden verrichtten. Hierbij werden 80 'andere werkzaamheden' vermeld. Gegroepeerd naar afnemende frequentie waren dat:

- assisteren bij huisartsverrichtingen (kleine chirurgische ingrepen, plaatsen IUD, uitstrijkjes maken);
- huishoudelijke werkzaamheden (koffie zetten, vitrage wassen, planten verzorgen);
- afspraken maken bij ziekenhuis, specialisatie;
- andere bloedbepalingen (leuko's, differentiatie, cholesterol);
- eigen bereidingen apotheek;

De vraag of zij nog andere taken zouden willen verrichten, werd door 46 procent bevestigend beantwoord. In totaal werden 147 werkzaamheden genoemd, waarvan er 138 vielen in de categorie 'medisch-technisch'. De vijf belangrijkste waren:

- verhoogde bloeddruk controleren;
- aanleggen of verwisselen van een verband;
- baarmoedermond-uitstrijkjes maken;
- wonden hechten;
- oren uitspuiten;

Als redenen waarom deze werkzaamheden niet werden verricht, kwamen naar voren: onvoldoende tijd (44 maal), onvoldoende praktijkruimte (19 maal), arts wil het niet (15 maal); 14 maal werd een andere reden genoemd.

Meewerkende partners

Er waren 22 meewerkende partners onder de respondenten, in leeftijd variërend van

31 tot 57 jaar; de helft van hen was jonger dan 40 jaar. Het aantal jaren dat men werkzaam was als doktersassistente, varieerde van 2 tot 27 jaar, met een gemiddelde van 11,5.

In deze groep waren 3 gediplomeerde doktersassistenten. Ruim driekwart werkte in een solopraktijk; in 6 (solo)praktijken was de meewerkende partner de enige doktersassistente (tabel 1). Het aantal uren dat zij aan hun taak besteedden, varieerde van 6 tot 60 uur per week. Twee meewerkende partners gaven meer dan 40 uur per week op: de ene 45 en de andere 60 uur.

Beschouwing

Ondersteuning van de huisarts (met name door de partner) betekent niet altijd dat ook zelfstandige contacten met patiënten plaatsvinden. Over deze vorm van assistentie zijn geen gegevens verzameld. Deze enquête is beperkt tot doktersassistenten die zelfstandige contacten onderhouden met patiënten.

Op grond van de opzet van de Nationale Studie en de responsanalyse mag men aannemen dat de gegevens redelijk representatief zijn voor de Nederlandse doktersassistenten.

In 1981 vonden Van den Broek *et al.* - op basis van onder andere een enquête onder 128 doktersassistenten in huisartspraktijken - een gemiddelde leeftijd van 25 jaar (mediaan 24).¹⁷ In ons onderzoek was de gemiddelde leeftijd aanmerkelijk hoger: 33 jaar (mediaan 31). Ook wanneer de meewerkende partners (allen ouder dan 30 jaar) worden uitgesloten, was de gemiddelde leeftijd nog 31 jaar.

De doktersassistenten in de verschillende praktijkvormen zijn betrekkelijk honkvast. De gemiddelde ervaring in deze functie bedroeg 8,2 jaar, en gemiddeld was men 6,7 jaar bij dezelfde huisarts werkzaam. Van den Broek *et al.* vonden voor beide kenmerken 4 jaar.¹⁷

Van onze onderzoeksgroep bezat 53 procent niet het door de KNMG erkende diploma van doktersassistente. Van de wel gediplomeerde doktersassistenten had tweederde een instituutopleiding gevolgd. Deze particuliere instituten verzorgen een één- of meerjarige avond- of dagopleiding

PRAKTIJKORGANISATIE

en staan onder toezicht van de Permanente Commissie Doktersassistenten (PCD), ingesteld door de KNMG.

Van den Broek *et al.* deden de suggestie om slechts assistenten met een door de KNMG erkend diploma aan te nemen om op die manier het rendement van de opleiding te verhogen. Het zou wellicht aanbeveling verdienen hiermee rekening te houden bij de financieringsstructuur, bijvoorbeeld door voor een gediplomeerde assistente een hogere kostenvergoeding vast te stellen.¹⁷ Dit standpunt lijkt zeker gerechtvaardigd wanneer de taak van de doktersassistent wordt uitgebreid tot de functie zoals die in de Inleiding staat omschreven.

Een relatief groot aantal assistenten (eenderde) beschikte niet over een schriftelijke arbeidsovereenkomst. De NVDA presenteert in haar 'Beroepsprofiel van de doktersassistenten' een model van een individuele arbeidsovereenkomst.² Voorts zei een aanzienlijk deel niet betaald te worden volgens de richtlijnen van de KNMG. De positie van de doktersassistent in de huisartspraktijk lijkt slechts langzamerhand geprofessionaliseerd te worden. Het zou kunnen dat de post 'onkosten voor assistentie' nogal eens gebruikt wordt voor het sluitend maken van de begroting in de huisartspraktijk.¹⁸

Tweederde van de doktersassistenten heeft de beschikking over een eigen werkruimte, een conditio sine qua non voor een behoorlijke uitvoering van haar taken en een eventuele uitbreiding daarvan.

De van oudsher bekende taken – op het gebied van intake en administratie – heeft de assistente behouden. Opmerkelijk is in dit verband dat minder dan de helft van de assistenten verwijsbrieven bleek te typen, en dat zelfs geen enkele assistente in een gezondheidscentrum dit als regelmatige taak aangaf. De NHG-standaard 'De Verwijsbrief'¹⁹ lijkt dan ook in te spelen op een ten tijde van de Nationale Studie bestaande lacune in de presentatie van de huisartspraktijk.

Uit de grote inter-assistentevariatie met betrekking tot de medisch-technische, patiënt-voorlichtende en management-taken valt af te leiden dat er veel ruimte aanwezig is voor uitbreiding van deze functies. In dit kader zou het NHG een rol kunnen spelen

door in de standaarden aan te geven welke taken in aanmerking komen voor delegering aan de assistente. Naast standaarden voor de huisarts zouden ook standaarden voor het werk van de doktersassistent kunnen worden opgesteld.

Veel assistenten zeiden meer medisch-technische werkzaamheden te willen uitvoeren, met name op het terrein van secundaire preventie (bloeddrukcontrole, uitsrijkje). Hiervoor ontbreekt echter de tijd, mede als gevolg van de 0,8 aanstelling. De vraag hoe de Nederlandse huisarts denkt over het delegeren van taken aan de assistente, blijft hier onbeantwoord, evenals de vraag in hoeverre de 0,8 aanstelling een gewilde keus is van huisarts of assistente.

De hoogte van de kostenpost 'doktersassistent' in het kostenbudget van de huisarts is gebaseerd op de kosten van een derde-jaars assistente. In het licht van de onderzoeksresultaten (gemiddeld ruim 8 jaar als doktersassistent werkzaam, gemiddeld 6,7 jaar bij de huidige werkgever, 0,84 FTE assistente per normpraktijk) lijkt een herziening van de post 'assistentie' aangewezen. De LHV zou in veel sterkere mate een betere honoreringsstructuur voor de assistente moeten bepleiten.

Dit inventariserend onderzoek heeft een aantal opmerkelijke gegevens opgeleverd over de belangrijkste medewerkster van de Nederlandse huisarts. In een vervolgonderzoek zal worden gekeken naar haar feitelijke werkzaamheden, en naar de factoren die van invloed zijn op de mate waarin zij in de praktijk wordt ingeschakeld.

Literatuur

- 1 Anoniem. Opleidingsleerplan AG [Definitieve versie]. Enschede: Stichting voor de Leerplan Ontwikkeling, 1984.
- 2 Anoniem. Beroepsprofiel van de doktersassistent(e). Utrecht: Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, 1984.
- 3 Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie Project. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
- 4 Smilde JG. Inschakelen van paramedici bij de behandeling van hypertensie [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1979.
- 5 De Haan J. De doktersassistent. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. Lelystad:

Meditekst, 1986.

- 6 Van Ree JW. Assistente en hypertensie bestrijding. Huisarts Wet 1983; 26: 49-53.
- 7 Anoniem. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG [Discussienota]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1987.
- 8 Anoniem. De positie van de huisarts in de toekomst [Discussienota]. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- 9 Bruins CP, Weisz FH. Medisch assistent(e): een specialisatie van de doktersassistent? Med Contact 1976; 31: 299-302.
- 10 Honingbaum F. Reconstruction of general practice; the way forward. Br Med J 1985; 190: 904-6.
- 11 Anonymous. Towards better general practice. Lancet 1984; ii: 1436-8.
- 12 De Haan J. Verrichtingen van een doktersassistent. Huisarts Wet 1988; 31: 228-31.
- 13 Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- 14 Van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Med Contact 1986; 19: 603-6.
- 15 Anoniem. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1988.
- 16 Van der Velden J. Een preventiemodel voor de jaren negentig. Med Contact 1989; 3: 78-81.

Vervolg op pag. 363.

Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. The social and professional characteristics of the practice nurse. Huisarts Wet 1990; 33(9): 350-4, 363.

For this investigation, 177 practice nurses, working in 98 general practices, were asked to fill in a questionnaire concerning their social and professional characteristics. On the basis of the answers from 158 respondents, a picture was formed of the Dutch GP's most important colleague. This is usually a woman of 33 years, with around 8 years experience as practice nurse and 6.5 years service with her present employer. In practices without an associated pharmacy, she works part-time (80%). Most of her work concerns intake and administration. There appears to be plenty of scope for expansion of her functions, particularly medical/technical, patient information and management. Lack of time, partly due to her part-time position, precludes this.

Key words Family practice; Practice nurse.

Correspondence A. Nijland, 2 Platteweg, 8375 GN Oldemark, The Netherlands.

Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente

A. NIJLAND
K. GROENIER
B. MEYBOOM-DE JONG
J. DE HAAN
J. VAN DER VELDEN

Op basis van gegevens uit de Nationale Studie is een 'delegatie-index' geconstrueerd: naarmate de praktijkassistente meer werkzaamheden krijgt gedelegeerd, scoort zij hoger op deze index. Met behulp van de index is onderzocht welke huisarts-, assistente- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld in de huisartspraktijk. De belangrijkste factoren zijn: het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, de praktijkvorm, het gediplomeerd zijn van de assistente en een schriftelijke arbeidsovereenkomst. De gediplomeerde praktijkassistente krijgt een groot aantal veelal medisch-technische taken gedelegeerd; de niet-gediplomeerde assistente krijgt vooral administratieve taken gedelegeerd. De meer delegerende huisarts legt minder visites af en besteedt een groter deel van de tijd aan spreekuurcontacten dan zijn collega die minder taken overlaat aan de assistente. De situatie voor het meer inschakelen van de praktijkassistente is gunstiger, als de huisarts in een samenwerkingsverband werkzaam is, werkt met een afspraksprekuren en uitsluitend samenwerkt met gediplomeerde praktijkassistenten die de beschikking hebben over een eigen werkruimte.

Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. *Huisarts Wet* 1991; 34(11): 484-7, 499.

Vakgroep huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

A. Nijland, onderzoeker/huisarts; K. Groenier, psycholoog/methodoloog; Prof. dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Dr. J. de Haan, huisarts te Wolvega; J. van der Velden, arts/epidemioloog, Nivel, Utrecht.

Correspondentie: A. Nijland.

Inleiding

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' is gebaseerd op een drie maanden durende registratie in 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen en 177 praktijkassistenten. Deze materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisartspraktijk, waarvan de praktijkassistente 24 procent voor haar rekening nam. Aansluitend op de registratie werden de assistentes schriftelijk geënquêteerd (najaar 1988).¹

In het kader van het onderzoeksproject 'De assistente in de huisartspraktijk' – een initiatief van het NHG en het Nivel – is aan de hand van deze gegevens nagegaan, welke huisarts-, assistente- en praktijkkenmerken van invloed zijn op de mate waarin de praktijkassistente wordt ingeschakeld in de huisartspraktijk.

Methode

De enquête voor de praktijkassistenten omvatte onder meer een lijst met 21 medisch-technische werkzaamheden die aan de assistente gedelegeerd kunnen worden.^{2,3} Uitgaande van deze lijst hebben wij een vijfpuntsindex geconstrueerd waarmee de mate van delegatie kan worden bepaald (*bijlage*). Deze index kan zowel op assistenteniveau als op huisarts- en praktijkniveau worden gebruikt. Bij meer dan één assistente in een praktijk is steeds de score van de assistente met de hoogste score aangegeven als de indexscore op praktijkniveau. Mutatis mutandis hetzelfde geldt voor de indexscore op artsniveau.

De praktijken die niet hadden deelgenomen aan de enquête, zijn niet in de analyse betrokken. Huisartspraktijken waarin geen assistente werkzaam was, kregen de score 0.

Nagegaan is in hoeverre een samenhang bestond tussen de verschillende scores en de volgende kenmerken:

- huisartskenmerken, verzameld door middel van een enquête en gegevens uit de Nationale Studie;
- praktijkkenmerken;
- assistentenkenmerken.²

Als maat voor de samenhang(en) is gebruik

gemaakt van de Pearson-correlatie. Het bivaariaat toetsen van samenhangen heeft echter als nadeel dat geen rekening wordt gehouden met storende invloeden ten gevolge van de onderlinge correlaties van de variabelen. Omdat veel gegevens in ons onderzoek onderling correleren, werden tevens een gewone en een stapsgewijze multiële regressie-analyse uitgevoerd met de delegatie-index als afhankelijke variabele en de kenmerken van arts, assistente en praktijk als verklarende variabelen.⁷

Resultaten

De 177 geënquêteerde praktijkassistenten zijn afkomstig uit 100 (van de 103) huisartspraktijken uit de Nationale Studie. In 3 praktijken was geen praktijkassistente werkzaam. Van 7 praktijken werd geen enquêteformulier ontvangen.

Voor analyse kwamen 157 enquêteformulieren in aanmerking, afkomstig uit 91 praktijken, waarvan 21 apothekhoudend. De 157 assistentes waren gemiddeld 33 jaar oud (SD 9,8) en hadden gemiddeld 8,2 jaar gewerkt als praktijkassistente.

Assistenteniveau

De belangrijkste factoren die een samenhang vertonen met de mate van delegatie aan de assistente, zijn het kunnen beschikken over een eigen werkruimte, de praktijkvorm en het gediplomeerd zijn (*tabel 1*). Als factor verklaart de diplomering 16 procent van de indexvariantie. De gediplomeerde praktijkassistente onderscheidt zich doordat zij vele, vaak medisch-technische taken gedelegeerd krijgt. Gediplomeerde praktijkassistenten verrichten significant vaker de volgende werkzaamheden ($p < 0,01$):

- adviezen geven bij veel voorkomende klachten (koorts, hoesten, diarree);
- mededeling doen over de uitslag van een onderzoek;
- injecties geven;
- venapuncties verrichten;
- bepalen van het hemoglobine- en het glucosegehalte in het bloed en het inzetten en aflezen van de BSE;
- aanleggen of verwisselen van een verband;
- zwachtelen van het been bij ulcus cruris;

PRAKTIJKORGANISATIE

Tabel 1 Samenhang van enkele variabelen op assistenteniveau met de mate van taakdelegering. $N = 151$ à 157 .

Assistenteveriable	Correlatie-coëfficiënt	Kansniveau
Eigen werkruimte	0,54*	$p < 0,0005$
Praktijkvorm	0,49*	$p < 0,0005$
Gediplomeerd	0,41*	$p < 0,0005$
Schriftelijke arbeidsovereenkomst	0,36*	$p < 0,0005$
Urbanisatiegraad	0,23†	$p = 0,021$
Regio	0,22†	$p = 0,022$
Werkweek in uren	0,16*	$p = 0,048$

* Pearson-correlatie. † Eta.

Tabel 2 Verklarende variabelen bij taakdelegering op assistente-, praktijk- en huisartsniveau ('stepwise' multiple regressie-analyse).

Verklarende variabele	B	F	Kansniveau F
Assistenteniveau ($R^2=0,55$)			
Eigen werkruimte	1,55	62,8	$p = 0,0001$
Praktijkvorm	1,16	21,6	$p = 0,0001$
Diplomerings van de praktijkassistente	0,54	6,2	$p = 0,014$
Urbanisatiegraad*	—	3,3	$p = 0,021$
Regio*	—	4,0	$p = 0,021$
Schriftelijke arbeidsovereenkomst	0,52	7,1	$p = 0,009$
Praktijkniveau ($R^2=0,44$)			
Eigen werkruimte	1,33	22,94	$p = 0,0001$
Praktijkvorm	1,66	20,26	$p = 0,0001$
Diplomerings assistente	0,87	8,32	$p = 0,005$
Huisartsniveau ($R^2=0,36$)			
Praktijkvorm	1,11	49,00	$p < 0,0005$
Percentage tijd besteed aan visites	-0,03	5,56	$p = 0,02$

B = regressie-coëfficiënt; F = F-waarde van B

* geen unieke waarde te berekenen

Tabel 3 Samenhang van enkele variabelen op praktijkniveau met de mate van taakdelegering. Pearson-correlaties. $N = 91$ à 96 .

Praktijkvariabele	Correlatie-coëfficiënt	Kansniveau
Eigen werkruimte	0,48*	$p = 0,001$
Aantal full-time equivalenten assistente	0,45	$p < 0,0005$
Praktijkvorm	0,38	$p < 0,0005$
Praktijkgrootte	0,38	$p < 0,0005$
Diploma	0,35	$p = 0,001$
Spreekuur contact ratio	0,35	$p < 0,0005$
Aantal full-time equivalenten huisartsen per praktijk	0,32	$p = 0,001$

- hechtingen verwijderen;
- oren uitspuiten;
- gehoortest uitvoeren met behulp van een audiometer;
- hypertensiecontroles;
- wratten aanstippen met vloeibaar stikstof;
- ECG's maken;
- wondjes lijmen met wondlijm;
- anamnese opnemen.

De niet-gediplomeerde assistente krijgt met name administratieve taken gedelegeerd. Het uitschrijven van herhalingsrecepten gebeurt door bijna iedere assistente. Verder bleek dat aan assistentes die meer dan 15 uur per week werkzaam zijn, significant meer wordt gedelegeerd ($p = 0,003$).

Bij stapsgewijze, multiële regressie-analyse bleek dat zes variabelen een unieke, significante bijdrage leveren; samen verklaren zij 56 procent van de variantie in de index op assistenteniveau: de eigen werkruimte voor de assistente, de praktijkvorm waarin zij werkzaam is, het al dan niet gediplomeerd zijn van de assistente en een al dan niet schriftelijke arbeidsovereenkomst voor de praktijkassistente, de regio waarin de praktijk gelegen is en de urbanisatiegraad (tabel 2).

Praktijkniveau

Uit tabel 3 blijkt dat er meer gedelegeerd wordt, naarmate er meer praktijkassistenten (eigenlijk: meer 'full-time equivalenten assistentie') in de praktijk zijn. De praktijkvorm heeft echter wellicht een storende invloed ten gevolge van de onderlinge correlaties van de variabelen. Praktijkvorm, praktijkgrootte en het aantal full-time equivalenten huisarts - onderling sterk samenhangend - vertonen vergelijkbare Pearson-correlaties met de indexscore (10-14 procent van de indexvariantie verklarend). Er bleken geen significante verschillen tussen de praktijkvormen op te treden ten aanzien van het aantal jaren dat de assistente werkzaam is als praktijkassistente, het aantal jaren dat zij in de praktijk werkzaam is, het aantal gewerkte uren per week, en de aanwezigheid van een eigen werkruimte. In groepspraktijken en gezondheidscentra bleek significant vaker een gediplomeerde praktijkassistente werkzaam dan in solo- of duopraktijken ($p < 0,05$). Tevens gaven de-

PRAKTIJKORGANISATIE

ze praktijkassistenten vaker aan over een schriftelijke arbeidsovereenkomst te beschikken. Inhoudelijk bleek het takenpakket van de praktijkassistenten in solo- en duopraktijken sterk overeen te komen. Hoewel de praktijkassistenten in deze praktijkvormen op een enkele taak het hoogst scoorden, was het verschil geen enkele keer significant.

De praktijkassistenten in de groepspraktijken scoorden het hoogst ten aanzien van het bepalen van het Hb- en het bloedsuikergehalte, het maken van ECG's, het uitvoeren van een gehoortest, het lijmen van wonden met wondlijm, en het zwachten van een been bij ulcus cruris. Ook legden zij significant vaker huisbezoeken af en verrichtten zij vaker de financiële administratie met behulp van de computer. Samen met de collega's in de gezondheidscentra scoorden de praktijkassistenten in groepspraktijken het hoogst ten aanzien van het aanleggen en verwisselen van verbanden, verrichten van venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, en inzetten en aflezen van BSE ($p < 0.05$).

Vaker dan in de andere praktijkvormen scoorden de praktijkassistenten in een gezondheidscentrum het hoogst ten aanzien van de volgende werkzaamheden: hypertensiecontrole, aanstippen van wratten met vloeibare stikstof, en meedelen van uitslagen van onderzoek. Het laagst scoorden deze assistenten op het typen van verwijfsbrieven en het schoonmaken van de praktijkruimte.

Bij stapsgewijze, multiële regressie-analyse bleken op praktijkniveau drie variabelen een unieke, significante bijdrage te leveren: de eigen werkruimte, de praktijkvorm en de diplomering van de assistent (tabel 2).

Huisartsniveau

Tabel 4 geeft een beeld van de huisarts die in grote(re) mate de praktijkassistenten inschakelt bij de praktijkvoering. Deze huisarts werkt in een samenwerkingsverband en heeft een 'niet-traditionele' werkstijl (waarbij een 'traditionele' werkstijl wordt gekenmerkt door het niet laten blijken van onzekerheid aan patiënten, door geen of weinig hulp in te roepen van collega-huisartsen en door het vaak eerst eens met een

Tabel 4 Samenhang van enkele variabelen op huisartsniveau met de mate van taakdelegering. $N = 146$ à 153 , tenzij anders aangegeven. Pearsoncorrelaties.

Huisartsvariabele	Correlatie-coëfficiënt	Kansniveau
Praktijkvorm	0,46	$p < 0,0005$
Visite-contact ratio	-0,32	$p < 0,0005$
Traditionele werkstijl	-0,32	$p < 0,0005$
Percentage tijd besteed aan spreekuur in de praktijk*	0,31	$p = 0,001$
Percentage tijd besteed aan visites*	-0,30	$p = 0,001$
Medisch-technische verrichtingen door de huisarts	0,30	$p < 0,0005$
Tevredenheid met beschikbare tijd	-0,24	$p = 0,003$
Gemiddelde consultduur	0,23	$p = 0,004$
Arbeidssatisfactie: pos. gevoelens	0,21	$p = 0,012$
Percentage tijd (van de totale spreekuurtijd) aan afspraksprekkuur	0,20	$p = 0,030$
Omvang ideale praktijk	-0,20	$p = 0,014$
Arbeidssatisfactie: totaal	0,19	$p = 0,026$

* $N = 116$.

medicijn te proberen.⁸ Tevens legt deze huisarts minder visites af en besteedt hij een groter deel van de tijd aan spreekuurcontacten dan de collega die minder taken overlaat aan de assistente. De meer delegerende huisarts lijkt meer tijd uit te trekken voor ieder consult. Ook de medisch-technische verrichtingen zijn meer vertegenwoordigd in het takenpakket van de meer delegerende huisarts.

Met betrekking tot het delegeren spelen de leeftijd, het geslacht en de jaren beroepservaring van de huisarts geen rol. In de beoordeling van de arbeidssatisfactie lijken bij de meer delegerende huisarts positieve gevoelens te overheersen; tegelijkertijd echter is hij ontevreden over de beschikbare tijd.

Of de huisarts meer of minder aan de assistente delegeert, lijkt voor het totaal aantal werkuren niet uit te maken. Ook ten aanzien van het aantal patiëntcontacten lijkt er geen duidelijk verschil op te treden.

Bij stapsgewijze, multiële regressie-analyse bleken op huisartsniveau twee variabelen een unieke, significante bijdrage te leveren (samen 36 procent verklaarde variantie): de praktijkvorm en het percentage tijd dat de huisarts besteedt aan visites (negatief geladen) (tabel 2).

Beschouwing

Het onderzoek levert een aantal opvallende resultaten op. De factor 'eigen werkruimte' bleek van meer betekenis dan de diplomering van de assistente, hoewel deze factor eveneens van belang is.

Met name in samenwerkingsverbanden lijkt de functie van de assistente meer gericht op zelfstandige, patiëntgebonden verrichtingen. De huisarts in een samenwerkingsverband delegeert meer, waarbij meespeelt dat deze huisarts meestal omringd is door gediplomeerde praktijkassistenten. Een huisarts die zijn assistente meer inschakelt, legt minder visites af en ziet meer patiënten op het afspraksprekkuur, waarbij hij meer tijd voor de patiënt inruimt en zich niet van een als 'traditioneel' omschreven werkstijl bedient. De meer delegerende huisarts heeft eveneens een grotere variëteit van medisch-technische verrichtingen.

De bevindingen van *Bowling* stemmen hiermee overeen.⁹ Haar bevinding dat de artsen die veel handelingen delegeerden, hun opleiding vaker dan anderen recent hadden voltooid, wordt in dit onderzoek echter niet bevestigd.

De praktijkvorm blijkt sterk bepalend

De constructie van de index

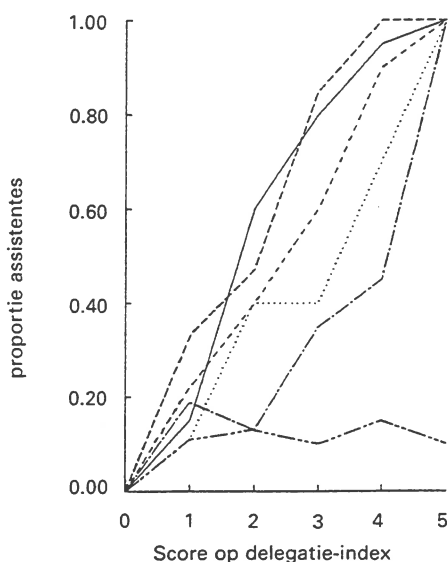
De delegatie-index moest zo worden samengesteld, dat assistentes met een hoge waarde op de index meer werkzaamheden gedelegeerd krijgen dan assistentes met een lage waarde. Verder moet er een positief verband zijn tussen de waarde op de index en de kans dat een werkzaamheid uit de index wordt uitgevoerd.

Om te beginnen werden alle 21 werkzaamheden in de index opgenomen. Een indexscore is dan gelijk aan het aantal werkzaamheden dat regelmatig wordt uitgevoerd. Vervolgens is per werkzaamheid voor elke indexscore berekend welke proportie assistentes die werkzaamheid uitvoert. Deze proportie werd grafisch afgezet tegen de indexscore. Werkzaamheden waarvan de proportie niet toenam met de indexscore, werden vervolgens verwijderd uit de index. Uiteindelijk bleven zo vijf variabelen over: venapunctie, oren uitspuiten, hechtingen verwijderen, hypertensiecontrole en wratten aanstippen met vloeibare stikstof.

De figuur toont voor alle vijf geselecteerde variabelen het verband tussen de waarde op de delegatie-index en de proportie assistentes die de werkzaamheid uitvoeren. Tevens is het verband weergegeven voor de variabele 'vuiltje uit het oog verwijderen', die niet aan de voorwaarden bleek te voldoen: we zien dat de proportie assistentes die deze werkzaamheid uitvoeren, niet toeneemt bij een toenemende delegatie-indexscore.

Om vast te stellen in hoeverre de aldus geconstrueerde index gebruikt kon worden als meetinstrument, is nagegaan of de resultaten voldeden aan het zogenaamde

Figuur Itemverloop delegatie-index.



— venapuncties verrichten	 hypertensiecontrole
- - - oren uitspuiten	- - - wratten aanstippen
- . - hechtingen verwijderen	- - - vuiltje uit oog verwijderen

'Rasch-model'.^{4,5} Dat betekent dat het verband tussen de mate van delegatie en de kans dat een werkzaamheid wordt uitgevoerd, volgens een logistische curve dient te verlopen. Met behulp van het computerprogramma PML⁶ werd vastgesteld dat dit inderdaad het geval was.

voor het delegeren van taken aan de praktijkassistente. Daarnaast blijkt een eigen werkruimte voor de assistente een sterke samenhang te hebben met het delegeren.

Het belang van de gevonden bivariate samenhangen mag intussen niet worden overtrokken; wel kan een aantal hypothesen worden getoetst in verder onderzoek. Voorbeelden zijn de samenhang tussen enerzijds visite-contactratio, regio en urbanisatiegraad en anderzijds de mate van inschakelen van de assistente.

Het percentage verklaarde variantie bij

de regressie-analyse is redelijk hoog op alle drie niveaus. Allereerst valt op dat er een belangrijke inter-assistentevariatie is in de functie-uitoefening. Dat betekent dat er veel ruimte is voor uitbreiding van de functie van de assistente, met name in solo- en duopraktijken. De afgelopen 20 jaar is het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen werkzaam in een samenwerkingsverband gestegen van 14 naar 47 procent. Verwacht mag worden dat deze trend zich zal voortzetten met mogelijke gevolgen voor de functie-inhoud van de praktijkassistente.

Literatuur

- ¹ Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- ² Nijland A, De Haan J, Van der Velden J, Meyboom-de Jong B. De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente. Huisarts Wet 1990; 33: 350-4.
- ³ Nijland A, Tuntler-Vink CJHD, Meyboom-de Jong B, De Haan J. De doktersassistente: Een beroep in beweging. Med Contact 1990; 51/52: 1548-50.
- ⁴ Wright BD, Stone MH. Best test design-Rasch measurement. Mesa uitgave.
- ⁵ Molenaar IW. Mensen die het beter meten. Een inleiding tot enige latente trekmodellen. Kwantitatieve methoden 1982; 5: 3-29.

Vervolg op pag. 519.

Abstract

Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velden J. Determinants for delegating (medical-technical) tasks to the practice nurse. Huisarts Wet 1991; 34(11): 484-7, 519.

An 'index of delegation' was devised, based on a Dutch 'National study of diseases and interventions in general practice' and a supplementary enquiry among 177 practice nurses working in 100 general practices. A high score on the index indicates that more activities have been delegated to the practice nurse. This index was used to explore the characteristics of general practitioners, practice nurses and practices that influence the extent to which practice nurses are involved as collaborators in general practices. The most important factors are: availability of a separate office, the type of practice (single or one partner as opposed to group practice or medical centre), a certification of the nurse and a formal work contract. A great number of medical-technical tasks are delegated to the appropriately certified nurse. Nurses without certification mostly perform administrative tasks. The general practitioner who delegates more tasks spends more time on office contacts and sees fewer patients in their own homes than does the colleague who leaves fewer tasks to the nurse. The chance of more involvement of the nurse is greater if the general practitioner works in a group practice, works according to an appointment scheme and if he works exclusively with certified nurses who have their own office space.

Key words Family practice; Practice nurse.

Correspondence A. Nijland, Department of General Practice, 4 Antonius Deusinglaan, 9713 AW Groningen, The Netherlands. -

Praktijkvorm en het handelen van de huisarts

A. de Veer, D. de Bakker *

Er wordt verondersteld dat het handelen van de huisarts mede bepaald wordt door de praktijksetting waarbinnen de huisarts werkt. Met behulp van de gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk werd nagegaan of praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts zoals blijkt uit verrichtingscijfers. Een samenhang tussen praktijkvorm en handelen werd verwacht omdat de huisartsen in duo- en groepspraktijken meer deelnamen aan onderlinge toetsing en elkaar vaker raadpleegden over patiënten dan huisartsen in solopraktijken. Huisartsen in gezondheidscentra onderscheidden zich daarnaast van andere huisartsen door hun bredere taakopvatting en door meer

multidisciplinair patiëntenoverleg. Ondanks deze verschillen werden er geen relaties gevonden tussen het aantal huisartsen in de praktijk en de hoeveelheid externe diagnostiek, de prescriptie, de behandelingen, en het verwijscijfer naar een medisch specialisme. Monodisciplinair samenwerkende huisartsen verrichtten meer diagnostische handelingen in de eigen praktijk en verwezen vaker naar de fysiotherapeut dan solisten. Of een huisarts al dan niet in een gezondheidscentrum werkt, bleek alleen samen te hangen met de wijze van behandelen: in tegenstelling tot de verwachting registreerden gezondheidscentrum-artsen minder vaak gesprekken met de patiënten en verrichtten zij minder medisch-technische handelingen.

Trefwoorden: samenwerking eerste lijn, huisartsen, multidisciplinaire samenwerking, monodisciplinaire samenwerking

Als gevolg van de stelselwijziging gaan huisartsen contracten afsluiten met ziektekostenverzekeraars. Eén van de vragen die daarbij gesteld kan worden is of de praktijkvorm een rol speelt bij het handelen van de huisarts. Ofwel: handelen huisartsen anders als zij met collega-huisartsen samen een duo- of groepspraktijk vormen en hoe handelen zij als ze met andere eerstelijnsdisciplines onder één dak zitten, zoals in gezondheidscentra. Voor zorgverzekeraars zijn op basis van declaraties verkrijgbare productiecijfers, zoals het aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten, interessant. Doorgaans ontbreken bij de beschikbare administratieve gegevens cijfers over de verrichtingen die de huisarts in de eigen praktijk uitvoert en over het aantal contacten met de patiënten. Er wordt geen koppeling gemaakt met de gepresenteerde morbiditeit. In dit artikel worden met behulp van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk¹ verschillen in handelen van huisartsen onderscheiden naar praktijkvorm geanalyseerd. De Nationale Studie maakt het mogelijk om:

- Ook verrichtingen die niet administratief worden verzameld in het onderzoek te betrekken, zoals interne diagnostiek en behandeling;
- Verrichtingen te relateren aan aantallen contacten met de huisartspraktijk en de gepresenteerde morbiditeit. Er kan een aantal redenen genoemd worden waarom praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts. Zonder de pretentie te hebben volledig te zijn, noemen we hier enkele redenen:
- Huisartsen in verschillende praktijkvormen hebben een andere taakopvatting²⁻⁴ waardoor zij anders handelen.^{5,6} Gezondheidscentrum-artsen hebben een bredere taakopvatting dan solo-artsen, terwijl huisartsen in duo- en

groepspraktijken een tussenpositie innemen.³ Een gezondheidscentrum biedt meer mogelijkheden tot het realiseren van een bredere taakopvatting dan een solopraktijk⁷ en, door de directe aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines, wellicht ook betere mogelijkheden dan een duo- of groepspraktijk.

■ Huisartsen die met collega-huisartsen in één praktijk werken hebben meer mogelijkheden voor onderlinge toetsing en bij- en nascholing. Uit gegevens die in 1984 verzameld zijn blijkt dat gezondheidscentrum-artsen en huisartsen in groepspraktijken meer meededen aan na- en bijscholingsactiviteiten en onderlinge toetsing dan huisartsen in solopraktijken.⁸ Deelname aan onderlinge toetsing blijkt invloed te hebben op het handelen van de huisarts. In een onderzoek is gevonden dat deelname aan onderlinge toetsing invloed had op het handelen van de huisarts in die zin dat deelnemers meer aandacht hadden voor inbreng van de patiënt, meer informatie gaven en minder voorschreven.⁹ In een ander onderzoek vond men echter geen bevestiging voor de hypothese dat de relatie tussen praktijkvorm en het handelen van de huisarts gemedieerd wordt door de mate van intercollegiaal overleg.¹⁰

■ Huisartsen die makkelijk een collega-huisarts kunnen raadplegen als zij zich onzeker voelen over een bepaalde patiënt, zullen minder snel verwijzen naar een specialist of externe diagnostiek aanvragen. De mate van onzekerheid die de huisarts bij het maken van keuzes ervaart en de wens om deze onzekerheid te reduceren, beïnvloedt het handelen.^{11,12} De huisarts kan onzekerheid verminderen door te verwijzen naar de tweede lijn of door extra diagnostiek te verrichten. Ook kan de huisarts onzekerheid verminderen door de mening van een collega te vragen. Huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra bleken vaker informeel te overleggen dan huisartsen in solo- en duopraktijken.⁸ Solisten besteedden veel minder tijd aan patiëntenoverleg dan niet-solisten. Vanuit

* A. de Veer, D. de Bakker, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

PRAKTIJKORGANISATIE

Schalen	n Items	Aantal punten	Cronbach's α	Interpretatie hoge score
Taakopvatting huisarts t.o.v.				
Specialist bij diagnostiek	25	4	0,86	Brede taakopvatting
Specialist bij behandeling	25	4	0,67	Brede taakopvatting
Onafhankelijkheid huisarts t.o.v. specialist	6	5	0,70	Onafhankelijk
Voorschrijfgeneigdheid	8	5	0,65	Voorschrijfgeneigd
Arts-patiënt relatie	7	5	0,65	Democratisch
Bereidheid risico's te nemen	5	5	0,75	Veel risico

Tabel 1
Gebruikte schalen

de benadering van onzekerheidsreductie zou men dan verwachten dat solisten meer naar de tweede lijn verwijzen en meer diagnostiek verrichten. Er is echter ook onderzoek dat wijst op een tegengesteld mechanisme: hoe onzekerder de huisarts des te behoudender is de huisarts in het verwijzen naar een tweedelijnspecialisme.¹³

■ Huisartsen die met andere eerstelijnsdisciplines onder één dak zitten zijn beter op de hoogte van de mogelijkheden van de andere disciplines en zullen eerder daarvan gebruik maken. Volgens de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra streven gezondheidscentra ernaar om de patiënt zo lang mogelijk hulp te geven in de thuissituatie en een geïntegreerde manier van hulpverlening te bieden.¹⁴ Het streven naar integrale zorg uit zich onder meer in de ontwikkeling van zorgmodellen waarin beschreven wordt hoe de zorg, bij bijvoorbeeld lage rugklachten¹⁵, multidisciplinair aangepakt kan worden.

Het is dus aannemelijk dat praktijkvorm samenhangt met het handelen van de huisarts. Op basis van bovengenoemde mechanismen is te verwachten dat huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra minder externe diagnostiek aanvragen, minder naar de tweede lijn verwijzen, minder medicijnen voorschrijven en meer praten met de patiënt. Huisartsen in gezondheidscentra zouden meer naar andere eerstelijnsdisciplines verwijzen. Het is evenwel niet altijd duidelijk wat de bijdrage is van de aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines, zoals in gezondheidscentra het geval is, en van de aanwezigheid van collega-huisartsen, zoals in duo- en groepspraktijken. In de meeste gezondheidscentra in Nederland werken twee (24%) of meer dan twee (72%) huisartsen.¹⁶

Verrichtingencijfers worden ook bepaald door andere factoren dan praktijkvorm, zoals de vestigingsplaats van de praktijk^{7,17}, de patiëntpopulatie^{7,17,18}, en de leeftijd en het geslacht van de huisarts.^{6,19} Bij een onderzoek naar de verrichtingen van huisartsen werkzaam in verschillende praktijkvormen moet hiermee rekening gehouden worden.

Onderzoeken waarin het handelen van de huisarts gerelateerd wordt aan praktijkvorm hebben tot nu toe vooral betrekking op verwijscijfers, waarbij de verwijscijfers gerelateerd werden aan praktijk-, patiënt- en huisartskenmerken.^{7,17,20} In dit onderzoek kijken we niet alleen naar verwijscijfers maar ook naar het diagnostisch onderzoek, de behandeling, en het voorschrijven van medicijnen. Deze cijfers worden gerelateerd aan de gezondheidstoestand van de populatie, voor zover blijkt uit het aantal contacten dat de patiënten hebben met de huisarts. Het effect van multidisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra wordt wellicht duidelijker als gekeken wordt naar de verrichtingen bij chronisch zieke patiënten, bij wie multidisciplinaire samenwerking een belangrijke rol kan spelen.

De vraag die in dit artikel centraal staat luidt derhalve: zijn er verschillen in het handelen van huisartsen in verschillende praktijkvormen zoals dat blijkt uit productiecijfers over de gehele praktijkpopulatie en over de contacten met chronisch zieken en, zo ja, worden deze verschillen verklaard door kenmerken van de vestigingsplaats van de praktijk, de samenstelling van de praktijkpopulatie, de leeftijd en het geslacht van de huisarts?

De vraag die hier echter aan voorafgaat betreft de aanwezigheid van de mechanismen die de relatie tussen praktijkvorm en het handelen van de huisarts mediëren. Met andere woorden, verschillen huisartsen werkzaam in verschillende praktijkvormen in taakopvatting, de hoeveelheid onderlinge toetsing, na- en bijscholing, de mate waarin zij collega-huisartsen raadplegen, en de mate waarin zij samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines?

METHODE

Onderzoeksmateriaal en operationalisaties

Er is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens die door het NIVEL zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹ Er deden 161 huisartsen aan dit onderzoek mee.

Alle huisartsen vulden een vragenlijst in waarin informatie verzameld werd over de mechanismen die een rol kunnen spelen in de samenhang tussen praktijkvorm en handelen. De taakopvatting van de huisarts werd gemeten met vijf schalen.²¹ De schalen meten de taakopvatting over de rol van huisarts en specialist bij diagnostiek en behandeling, de onafhankelijkheid van de huisarts ten opzichte van de specialist, het voorschrijven van medicijnen, en de arts-patiënt relatie (zie tabel 1).

Het tweede mechanisme is dat huisartsen in verschillende mate deelnemen aan onderlinge toetsing en na- en bijscholingscursussen. Dit is gemeten door rechtstreeks te vragen naar de tijd die hierin geïnvesteerd wordt.

Indicatoren voor het derde mechanisme, het verschil in mogelijkheden om ervaren onzekerheid te reduceren door met collega-artsen te praten, zijn de hoeveelheid monodisciplinair patiëntenoverleg (zowel structureel als ad hoc) en de mate waarin de huisarts zelf klachten wil afdelen en daarbij risico's wil nemen (zie tabel 1).

Tenslotte is de hoeveelheid patiëntenoverleg met andere eerstelijnsdisciplines gekozen als maat voor de kennis van de huisarts over het werk van andere eerstelijnsdisciplines.

Naast het invullen van een vragenlijst registreerden de huisartsen gedurende een periode van drie maanden alle contacten met hun patiënten. Het registratieformulier bevatte onder andere de volgende punten: patiëntgegevens

PRAKTIJKORGANISATIE

(zoals leeftijd, geslacht), contactgegevens (zoals duur van het contact), klachten en diagnose, de behandeling (zoals gesprek met de patiënt, voorlichting geven, medisch-technische handelingen), de prescriptie, de verwijzingen en het overleg met anderen naar aanleiding van het contact. Voor elk gezondheidsprobleem waarmee de patiënt bij de huisarts kwam werd een registratieformulier ingevuld. De betrouwbaarheid van een registratie hangt af van de mogelijkheid die de huisarts heeft tot interpretatie van de werkelijkheid. Interpretatieproblemen kunnen bijvoorbeeld optreden bij het voeren van een gesprek en het geven van voorlichting over de klacht of aandoening.

Omdat één huisarts slechts zes weken geregistreerd heeft, is deze huisarts uit de analyses gelaten en heeft dit artikel betrekking op de gegevens van 160 huisartsen. Van deze huisartsen hadden 53 een solopraktijk, 67 huisartsen werkten in een duopraktijk en 40 huisartsen werkten in een groepspraktijk. Achttien huisartsen werkten in een gezondheidscentrum, ofwel samen met één collega-huisarts ($n=8$), ofwel samen met meerdere collega-huisartsen ($n=10$). De geslachtsverdeling van de huisartsen binnen elke praktijkvorm wijkt nauwelijks af van de geslachtsverdeling binnen de populatie van huisartsen werkzaam in de betreffende praktijkvorm. Wat betreft de leeftijd van de huisartsen is er in de steekproef een geringe ondervertegenwoordiging van jongere (<35 jaar) en oudere (>54 jaar) huisartsen.

Analyses

De in dit onderzoek gebruikte concepten en gemeten variabelen staan in het schema. Er werden drie soorten monodisciplinaire samenwerking onderscheiden: *a* solopraktijk, *b* praktijkvoering met één andere huisarts of duopraktijk, en *c* praktijkvoering met meerdere collega-huisartsen ofwel groepspraktijk. Wat betreft de multidisciplinaire samenwerking werden de huisartsen in twee groepen verdeeld: huisartsen in gezondheidscentra en de andere huisartsen. Verschillen tussen de groepen huisartsen werden getoetst met variantie-analyses. Om lege cellen te vermijden (er werken geen solisten in de gezondheidscentra uit de steekproef) werden de analyses in twee stappen gedaan. In de eerste stap werd nagegaan welke rol monodisciplinaire samenwerking speelt, ofwel zijn er verschillen tussen huisartsen in een solo-, duo- en groepspraktijk. In de tweede stap werd nagegaan of huisartsen in gezondheidscentra verschillen van huisartsen die niet in gezondheidscentra praktiseren. Deze laatste groep wordt gevormd door huisartsen uit een duo- of groepspraktijk.

Eerst werd gekeken naar de aanwezigheid van de mechanismen die mogelijk een rol kunnen spelen bij een relatie tussen praktijkvorm en verrichtingen. Als deze mechanismen niet aanwezig zijn, dan is er geen (of in ieder geval minder) aanleiding te veronderstellen dat er een relatie is tussen praktijkvorm en verrichtingencijfers.

Vervolgens werd de samenhang tussen praktijkvorm en verrichtingencijfers onderzocht. De verrichtingen van elke huisarts zijn gerelateerd aan het totaal aantal gezondheidsproblemen waarmee de huisarts gedurende drie maanden geconfronteerd werd (bij de chronische aandoeningen zijn de verrichtingen gerelateerd aan het totaal aantal gepresenteerde problemen rondom chronische aandoe-

Concepten		Gemeten variabelen
Praktijkvorm	Monodisciplinaire samenwerking	Solo-/duo-/groepspraktijk
	Multidisciplinaire samenwerking	Wel/geen gezondheidscentrum
Mechanismen	Taakopvatting huisarts	Diagnostiek door huisarts/specialist
		Behandeling door huisarts/specialist
		Onafhankelijkheid huisarts
		Voorschrijfgeneigdheid
Scholing		Arts-patiënt relatie
		Onderlinge toetsing
		Na- en bijscholing
	Onzekerheidsreductie	Bereidheid risico's te nemen
Verrichtingen	Kennis van mogelijkheden eerste lijn	Monodisciplinair patiëntenoverleg
	Diagnostiek	Multidisciplinair patiëntenoverleg
	Behandeling	Interne diagnostiek
		Externe diagnostiek
Voorschrijven		Behandeling algemeen
		Gesprek met patiënt
		Voorlichting
		Leefregels
Verwijzen en overleggen		Medisch-technisch handelen
		Medicijnen op recept
		Medicijnen zonder recept
		Verwijzen medisch specialisme
Controle-variabelen	Praktijkenmerken	Verwijzen fysiotherapeut
		Verwijzen eerste lijn (excl. fysiotherapeut)
		Overleg met andere hulpverlener
Kenmerken patiëntpopulatie		Regio
		Afstand tot ziekenhuis
		Urbanisatiegraad
		Praktijkomvang
Huisartskenmerken		Percentage 75-plussers
		Percentage ziekenfonds-verzekerden
		Leeftijd
		Geslacht

Schema Overzicht van de concepten en gemeten variabelen

ningen waarmee de huisarts gedurende drie maanden geconfronteerd werd (zie noot)). Het uiteindelijke getal is een promillage: het aantal verrichtingen per 1000 problemen.

Aangezien huisartsen op andere kenmerken (dan praktijkvorm) kunnen verschillen zijn alle analyses ongecontroleerd én gecontroleerd uitgevoerd. Bij de gecontroleerde analyses werd rekening gehouden met mogelijke verschillen in praktijkenmerken (regio waarin de praktijk zich bevindt, de afstand van de praktijk tot een ziekenhuis, de urbanisatiegraad van de gemeente waarin de praktijk zich bevindt), kenmerken van de patiëntpopulatie (prak-

PRAKTIJKORGANISATIE

	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Taakopvatting (gem. score)								
Diagnostiek taak HA	2,85	2,79	2,95	0,25	2,85	2,80	2,97	0,27
Behandeling taak HA	2,03	2,07	1,97	0,31	2,00	2,07	1,96	0,21
Onafhankelijkheid HA	3,27	3,33	3,32	0,87	3,22	3,35	3,37	0,54
Voorschrijfgeneigdheid	2,69	2,55	2,39	0,02	2,64	2,60	2,41	0,16
Arts-patiënt relatie	3,23	3,23	3,45	0,10	3,27	3,23	3,44	0,26
Scholing								
Onderlinge toetsing*	0,27	0,41	0,68	0,01	0,27	0,42	0,62	0,07
Nascholing*	1,11	1,07	0,90	0,57	0,94	1,07	0,86	0,49
Onzekerheidsreductie								
Nemen van risico's	2,99	3,28	3,17	0,08	3,14	3,23	3,06	0,48
Monodisciplinair patiëntenoverleg*	0,45	1,06	1,32	<0,01	0,47	1,04	1,32	<0,01
Mogelijkheden 1^e lijn								
Multidisciplinair patiëntenoverleg*	0,16	0,35	0,33	0,21	0,26	0,32	0,24	0,78

* Uitgedrukt in uren per week

Tabel 2 Taakopvatting en overleg van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken (wel en niet gecontroleerd)

tijdkomvang, percentage 75-plussers, percentage ziekenfondsverzekerden) en leeftijd en geslacht van de huisarts.

De groepen huisartsen werden in het totaal op dertien verschillende verrichtingen vergeleken, waardoor 104 variantie-analyses uitgevoerd werden (mono- en multidisciplinaire samenwerking (2) x alle contacten en contacten voor chronische aandoeningen (2) x ongecontroleerd en gecontroleerd (2)). Hierdoor ontstaat kanskapitalisatie en wordt de kans aanzienlijk groter dat er ten onrechte geconcludeerd wordt dat er verschillen zijn. Bij de interpretatie van de resultaten werd hier rekening mee gehouden door te letten op (in)consistenties in resultaten.

RESULTATEN

Praktijkvorm en de veronderstelde mechanismen

Er is geen relatie tussen het aantal huisartsen in de praktijk en de taakopvatting van de huisarts (tabel 2). Huisartsen in groepspraktijken zijn wel minder geneigd om geneesmiddelen voor te schrijven, maar dit verschil is niet meer statistisch significant als er gecontroleerd wordt op andere verschillen tussen huisartsen. Of een huisarts al dan niet in een gezondheidscentrum werkt hangt daarentegen wel samen met de taakopvatting van de huisarts (tabel 3). Gezondheidscentrum-artsen zien vaker de behandeling

Tabel 3 Taakopvatting en overleg van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen (wel en niet gecontroleerd)

	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Taakopvatting (gem. score)						
Diagnostiek taak HA	2,95	2,83	0,32	2,86	2,85	0,96
Behandeling taak HA	2,17	2,00	0,04	2,23	2,00	0,03
Onafhankelijkheid HA	3,64	3,27	0,02	3,70	3,26	0,05
Voorschrijfgeneigdheid	2,31	2,52	0,14	2,70	2,49	0,25
Arts-patiënt relatie	3,59	3,26	0,03	3,68	3,24	0,04
Scholing						
Onderlinge toetsing*	0,80	0,45	0,07	0,69	0,48	0,42
Nascholing*	0,90	1,07	0,12	0,94	1,03	0,77
Onzekerheidsreductie						
Nemen van risico's	3,40	3,21	0,33	3,78	3,14	0,01
Monodisciplinair patiëntenoverleg*	1,79	1,04	0,02	1,56	1,08	0,25
Mogelijkheden 1^e lijn						
Multidisciplinair patiëntenoverleg*	1,01	0,22	<0,01	1,18	0,19	<0,01

* Uitgedrukt in uren per week

PRAKTIJKORGANISATIE

	Aantal handelingen omgerekend per 1 000 problemen							
	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)								
Interne diagnostiek	673	704	688	0,20	671	711	681	0,05
Externe diagnostiek	63	70	68	0,22	65	68	70	0,67
Behandeling								
Behandeling algemeen	681	704	705	0,80	681	696	719	0,77
Gesprek met patiënt	327	323	278	0,45	292	329	314	0,69
Voorlichting	401	437	434	0,68	410	425	443	0,86
Leefregels	31	32	33	0,86	33	32	31	0,94
Medisch-technisch handelen	72	72	66	0,53	69	73	67	0,51
Voorschrijven medicijnen								
Medicijnen op recept	455	433	435	0,30	458	434	429	0,20
Medicijnen zonder recept	23	30	27	0,22	24	29	27	0,63
Verwijzen en overleggen								
Verwijzen medisch-specialisme	56	54	52	0,57	54	55	53	0,85
Verwijzen fysiotherapeut	22	27	26	0,02	22	27	26	0,04
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	7	9	9	0,07	8	9	8	0,74
Overleg met andere hulpverlener	16	21	19	0,19	17	18	20	0,65

Tabel 4 Werkwijze van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

als taak van de huisarts, willen zich onafhankelijker van de specialist opstellen, en hebben een meer democratische houding tegenover de patiënt.

Intercollegiale toetsing vindt vaker plaats als er meerdere huisartsen in één praktijk werken, maar de relatie tussen praktijkvorm en intercollegiale toetsing verdwijnt vrijwel als er gecontroleerd wordt voor verschillen in andere kenmerken. Er is geen relatie tussen praktijkvorm en de hoeveelheid tijd die de huisartsen besteden aan na-nabij-scholing.

Uit tabel 2 en 3 blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra meer bereid zijn risico's te nemen dan huisartsen die niet in gezondheidscentra werken. Het aantal huisartsen binnen de praktijk is hierbij niet van belang. Het aantal huisartsen is wel van belang als het gaat om de hoeveelheid tijd waarin men met andere huisartsen overlegt over patiënten. Solisten besteden veel minder tijd aan monodisciplinair patiëntenoverleg dan huisartsen in groepspraktijken. Huisartsen in duopraktijken nemen een tussenpositie in.

Tenslotte is multidisciplinair patiëntenoverleg kenmerkend voor gezondheidscentrum-artsen (tabel 3).

Kortom, er is een relatie tussen praktijkvorm enerzijds en de taakopvatting en de overlegfrequentie van huisartsen anderzijds. Als het om opvattingen gaat (waaronder wij ook de bereidheid tot het nemen van risico's kunnen rekenen) dan zijn er verschillen tussen gezondheidscentrum-artsen en andere artsen. Ook wat betreft het overleg met andere eerstelijnsdisciplines onderscheiden gezondheidscentrum-artsen zich van andere artsen. De mate waarin huisartsen deelnemen aan onderlinge toetsing en elkaars patiënten bespreken hangt samen met het aantal huisartsen in de praktijk. Of er nog andere eerstelijnsdisciplines in de praktijk werken speelt hierbij geen rol.

Monodisciplinair samenwerken en verrichtingencijfers

Het blijkt dat er nauwelijks statistisch significante verschillen bestaan tussen huisartsen in solo-, duo-, en groepspraktijken (tabel 4). Het enige verschil betreft de verwijscijfers naar fysiotherapie. Huisartsen in duo- en groepspraktijken verwijzen vaker naar een fysiotherapeut. Bij de ongecontroleerde cijfers lijken zij ook iets vaker te verwijzen naar andere eerstelijnsdisciplines, maar na controle verdwijnen deze verschillen.

Een vergelijking van de verrichtingen bij chronische aandoeningen (tabel 5) levert in grote lijnen hetzelfde beeld op: er zijn meestal geen verschillen tussen de groepen huisartsen. Ook binnen de contacten met chronische aandoeningen verwijzen solisten minder naar een fysiotherapeut dan niet solisten, alhoewel de verschillen na controle slechts op 10% niveau significant te noemen zijn. Als er niet gecontroleerd wordt verrichten de huisartsen in groepspraktijken minder medisch-technische handelingen (bijvoorbeeld tapen, zwachtelen, injecteren) maar deze verschillen verdwijnen na controle.

Solisten verwijzen dus minder naar een fysiotherapeut dan niet-solisten. Wat betreft de andere verrichtingen zijn er geen verschillen tussen solisten, huisartsen in een duopraktijk, en huisartsen in een groepspraktijk.

Multidisciplinair samenwerken en verrichtingencijfers

Als er niet gecontroleerd wordt dan blijkt dat er in gezondheidscentra meer externe diagnostiek wordt aangevraagd, er minder medisch-technische handelingen worden uitgevoerd, en er meer verwezen wordt naar andere eerstelijnsdisciplines (tabel 6). Na controle op verschillen in praktijk-, patiënt-, en artskenmerken verdwijnen de verschillen in externe diagnostiek en het verwijzen naar andere eerstelijnsdisciplines. Statistisch significante verschillen wor-

PRAKTIJKORGANISATIE

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen							
	Niet gecontroleerd				Gecontroleerd			
	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde	Solopraktijk (N=53)	Duopraktijk (N=67)	Groepspraktijk (N=40)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)								
Interne diagnostiek	703	744	727	0,11	702	750	719	0,05
Externe diagnostiek	63	68	67	0,64	66	65	67	0,93
Behandeling								
Behandeling algemeen	677	699	680	0,85	677	693	691	0,94
Gesprek met patiënt	296	287	218	0,18	258	294	256	0,62
Voorlichting	411	455	446	0,62	421	445	451	0,87
Leefregels	43	40	36	0,63	47	40	31	0,16
Medisch-technisch handelen	92	85	69	0,02	90	85	73	0,13
Voorschrijven medicijnen								
Medicijnen op recept	434	420	426	0,69	436	422	420	0,66
Medicijnen zonder recept	17	21	20	0,38	17	21	20	0,60
Verwijzen en overleggen								
Verwijzen medisch-specialisme	77	76	78	0,95	79	76	75	0,80
Verwijzen fysiotherapeut	26	32	34	0,03	26	32	35	0,05
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	8	10	9	0,23	9	10	9	0,67
Overleg met andere hulpverlener	21	26	25	0,41	24	23	25	0,88

Tabel 5 Werkwijze van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken bij chronische aandoeningen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

Tabel 6 Werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen					
	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)						
Interne diagnostiek	666	705	0,09	661	705	0,14
Externe diagnostiek	81	67	0,04	78	68	0,21
Behandeling						
Behandeling algemeen	752	695	0,29	696	706	0,89
Gesprek met patiënt	271	314	0,40	163	335	0,01
Voorlichting	490	425	0,29	447	434	0,87
Leefregels	34	32	0,82	34	32	0,80
Medisch-technisch handelen	52	73	<0,01	43	75	<0,01
Voorschrijven medicijnen						
Medicijnen op recept	446	431	0,48	444	431	0,63
Medicijnen zonder recept	27	29	0,75	33	28	0,61
Verwijzen en overleggen						
Verwijzen medisch specialisme	56	53	0,38	56	53	0,53
Verwijzen fysiotherapeut	31	26	0,05	28	26	0,62
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	12	9	<0,01	11	9	0,30
Overleg met andere hulpverlener	24	19	0,23	20	20	0,94

PRAKTIJKORGANISATIE

	Aantal handelingen omgerekend per 1000 problemen					
	Niet gecontroleerd			Gecontroleerd		
	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde	Gezondheids- centrum artsen (N=18)	Andere artsen (N=89)	p- waarde
Diagnostiek (gem. score)						
Interne diagnostiek	724	740	0,55	712	743	0,38
Externe diagnostiek	77	65	0,10	75	66	0,32
Behandeling						
Behandeling algemeen	738	683	0,35	662	698	0,63
Gesprek met patiënt	213	271	0,29	90	295	<0,01
Voorlichting	516	439	0,23	462	450	0,88
Leefregels	45	38	0,33	44	38	0,52
Medisch-technisch handelen	48	85	<0,01	35	88	<0,01
Voorschrijven medicijnen						
Medicijnen op recept	441	419	0,31	428	421	0,79
Medicijnen zonder recept	24	20	0,46	29	19	0,16
Verwijzen en overleggen						
Verwijzen medisch specialisme	85	75	0,12	85	75	0,24
Verwijzen fysiotherapeut	38	32	0,22	33	33	0,95
Verwijzen 1 ^e lijn (excl. fysiotherapeut)	12	10	0,33	10	10	0,31
Overleg met andere hulpverlener	28	25	0,45	24	25	0,83

Tabel 7 Werkwijze van de huisartsen in gezondheidscentra en monodisciplinair samenwerkende huisartsen bij chronische aandoeningen in een periode van drie maanden (wel en niet gecontroleerd)

den gevonden in medisch-technische handelen en in de frequentie waarmee de huisarts een gesprek voert met de patiënt. Huisartsen in gezondheidscentra doen dit minder vaak.

Bij de contacten waarin een chronische aandoening het probleem vormt zien we een soortgelijk beeld (tabel 7): bij de gecontroleerde analyses blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra minder technische handelingen uitvoeren en minder gesprekken voeren. Wat betreft de overige verrichtingencijfers blijkt dat er bij de gecontroleerde analyses geen verschillen zijn tussen huisartsen in gezondheidscentra en andere huisartsen.

DISCUSSIE

Als er meerdere huisartsen in één praktijk werken dan wordt er meer tijd besteed aan intercollegiale toetsing en patiëntenoverleg. Dit geldt ook voor huisartsen in gezondheidscentra, omdat er meestal meerdere huisartsen in één centrum werken. Huisartsen in gezondheidscentra hebben daarnaast een ruimere taakopvatting en een meer democratische houding ten opzichte van de patiënt. Vanwege deze verschillen tussen huisartsen werd verwacht dat er ook verschillen zouden zijn in het concrete handelen van de huisartsen. Toch worden uiteindelijk nauwelijks verschillen gevonden in verrichtingencijfers.

Gezien het feit dat 17 van de 18 gezondheidscentrum-artsen samen met fysiotherapeuten in één praktijk werkten, zou men kunnen verwachten dat deze huisartsen vaker naar een fysiotherapeut verwijzen. Het al dan niet multidisciplinair samenwerken blijkt echter niet van invloed op het verwijscijfer fysiotherapie. Huisartsen die met collega-huisartsen in één praktijk zitten, verwijzen wel vaker naar een fysiotherapeut dan huisartsen in solopraktijken. Omdat in gezondheidscentra meestal meerdere huisartsen werken wordt hier dan ook (evenals in duo- en groepspraktijken) meer verwezen naar fysiotherapie dan in solopraktijken.

In gezondheidscentra worden minder medisch-technische handelingen door de huisarts uitgevoerd, ondanks de ruimere taakopvatting van de artsen. Mogelijk komt dit doordat de praktijkassistenten hierin een grotere rol speelt dan in andere praktijken. Bij de dataverzameling zijn ook contacten met de assistente geregistreerd voorzover de patiënt direct contact opnam met de assistente en de assistente dit contact volledig zelfstandig afhandelde. Om inzicht te krijgen in de medisch-technische verrichtingen binnen deze contacten is nagegaan hoe vaak de assistente deze verrichtingen deed. Als de medisch-technische verrichtingen van de assistentes en de huisartsen worden opgeteld, dan blijkt er geen verschil meer te zijn tussen de verschillende praktijkvormen. De bevinding dat in gezondheidscentra minder medisch-technische verrichtingen per 1000 artscontacten plaatsvinden moet daarom geweten worden aan het feit dat gezondheidscentrum-artsen meer taken aan de assistente delegeren.

Huisartsen in gezondheidscentra praten veel minder met de patiënten, terwijl zij meer openstaan voor de inbreng van de patiënt. Dit is een opmerkelijk resultaat als we ervan uitgaan dat juist zij expliciet een zorgverlening nastreven waarbij aandacht is voor het gehele functioneren van de patiënt. Misschien is het voor huisartsen in gezondheidscentra zo voor de hand liggend dat zij een gesprek met de patiënt hebben, dat de huisartsen dat niet meer als zodanig herkennen en noteren op het registratieformulier. Het voeren van een gesprek houdt meestal in dat het consult langer duurt. Wij zijn nagegaan of huisartsen in gezondheidscentra ook kortere contacten hebben met de patiënt. Dit blijkt niet het geval te zijn. Hier is misschien sprake van een onbetrouwbaar gemeten handeling.

Wij hadden verwacht dat verschillen in verrichtingencijfers vooral zichtbaar werden bij de contacten met mensen die een chronische aandoening hebben. Dit bleek niet het geval. De reden is wellicht dat huisartsen steeds meer

PRAKTIJKORGANISATIE

gaan samenwerken, bijvoorbeeld in het kader van waarneemgroepen of farmacotherapie-overleg, en dat ook huisartsen die niet in gezondheidscentra werken steeds meer samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines, zoals blijkt uit het bestaan van home-team overleg. In het onderzoek van Wijkkel^{7,17} werd gevonden dat gezondheidscentrum-artsen minder naar de tweede lijn verwezen dan andere artsen. Dit onderzoek is gedaan op basis van verwijsgegevens uit het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen en is een populatieonderzoek. Het onderhavige onderzoek betreft een steekproef. Door de grote interdoktervariatie zijn de relatief kleine verschillen in verwijscijfers niet snel statistisch significant. In een ander onderzoek vond men soms geen (als de verwijzingen gerelateerd werden aan het aantal contacten) en soms een zwak verband (als het verwijzingen gerelateerd werden aan het aantal patiënten) tussen praktijkvorm en verwijs-cijfers.²² Het verschil werd verklaard door het verschil in de mate waarin huisartsen de patiënten terugbestellen: in gezondheidscentra laten de huisartsen de patiënten minder vaak terugkomen. In dit onderzoek werd het aantal contacten beschouwd als indicator voor de gezondheid van de praktijkpopulatie. Rekening houdend met de algehele gezondheid komen de resultaten overeen met bovengenoemd onderzoek.²²

Uit dit onderzoek blijkt dat men voorzichtig moet zijn bij het gebruik van relatief makkelijk toegankelijke produktiecijfers als men het handelen van huisartsen in verschillende praktijkvormen wil onderzoeken. Ondanks het feit dat de veronderstelde mechanismen die verschillen in handelen kunnen bewerkstelligen aanwezig blijken, worden nauwelijks verschillen in verrichtingencijfers gevonden. Produktiecijfers kunnen iets zeggen over de kosten die gegenereerd worden. Uit de in dit onderzoek berekende produktiecijfers kunnen echter geen conclusies getrokken worden over de kwaliteit van de geboden zorg.

NOOT

De volgende ICPC-codes verwijzen naar een chronische aandoening: A12, R97, S98, B80-82, B83.1-9, D82-87, D92-95.3, D99.1-99.9, D72.1-3, D97.1-98.9, D89-D91, F91-99, H81-99, K75.1-84.9, K85-88, K89-99.9, L83-95 (excl. L86.2, L96), L97.1-L99, N86-88, N99.1-99.9, R91.1-96, R99.1-9, S86-97, S99.1-9, T12, T81, T85-86, T99.1, T87-90, T82, T93, U88-99.9, X84-89, X99.2-9, Y85-99, A99, B99, T91, T92, T99.2-T99.3, A79, B72.1-73, D75.1-76.9, L71.2, N74.1-9, R84.1-9, S77, T71, U75-77, W72, X75.1-77, Y76.1-9.

ABSTRACT

Type of practice and the care of general practitioners

It is hypothesized that cooperation within primary health care and the care of general practitioners are related. This article describes differences between general practitioners in single handed practices, partnerships, group practices, and integrated health centers with respect to diagnostics, treatment, prescription, and referrals. Data were derived from the Dutch 'National Survey of General Practice', in which information was gathered on the care provided by 161 general practitioners. General practitioners who co-

operate with colleagues in one single practice participated more often in peer review and consulted more often their colleagues about patients. General practitioners in integrated health centers participated more often in multidisciplinary consultations and displayed a broader task interpretation than general practitioners in single handed practices and monodisciplinary cooperative practices. Despite these differences in cooperation and task interpretation, only a few differences were found in practice output data. Practitioners in partnerships and group practices registered more diagnostic tests within their own practice and had higher referral rates to physical therapy than practitioners in single handed practices. Practitioners in integrated health centers seemed to talk less with their patients during consultation. It was also shown that these practitioners gave fewer medical-technical treatments. Results may imply that output data may not be suitable in showing differences in working-style between types of practices.

Key words: primary health care, integrated health centers, cooperation

LITERATUUR

- 1 Foets M, Velden J van der. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 2 Pineault R, Maheux B, Lambert J, Béland F, Lévesque A. Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings: a Quebec study of local community service center physicians. *Int J Health Serv* 1991;21:49-58.
- 3 Verhaak P. Opvattingen, normen en perceptie van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1984;62:450-4.
- 4 Wolinski F. Why physicians choose different types of practice settings. *Health Serv Res* 1982;17:399-419.
- 5 Mokkink H, Tielens V, Smits A, Grol R. Werkstijlen van huisartsen tijdens het medisch consult. *Huisarts Wet* 1986;29:72-6.
- 6 Tielens V, Mokkink H, Hoogen H van den. Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur. *Huisarts Wet* 1988;31:44-7.
- 7 Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen [proefschrift Rijksuniversiteit Groningen]. Utrecht: Nivel, 1986.
- 8 Boerma W. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nivel, 1987.
- 9 Grol R, Mokkink H, Schellevis F. The effect of peer review in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:10-3.
- 10 Kuyvenhoven M, Pieters H, Jacobs H, Touw-Otten F, Spreeuwenberg C. Intercollegiaal overleg en klinische competentie van huisartsen. *Med Contact* 1991;46:51-4.
- 11 Travis C, Phillippi R, Tonn B. Judgment heuristics and medical decisions. *Patient Education and Counseling* 1989;13:211-20.
- 12 Wolff N. Professional uncertainty and physician medical decision-making in a multiple treatment framework. *Soc Sci Med* 1989;28:99-107.
- 13 Calman N, Hyman R, Licht W. Variability in consultation rates and practitioner level of diagnostic certainty. *J Fam Pract* 1992;35:31-8.
- 14 Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum. Utrecht, 1989.

PRAKTIJKORGANISATIE

15 Wouterlood I, Rijen M van. Lage rugklachten. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1992.

16 Pool J. Gezondheidscentra en groepspraktijken per januari 1991. Utrecht: Nivel, 1992.

17 Wijkel D, Zee J van der, Bakker D de.

Ziekenfondsverwijscijfers van samenwerkende huisartsen: een replicatieonderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1992;70:519-26.

18 Boerma W. Home-team en gezondheidscentrum: een vergelijking op algemene kenmerken. Med Contact 1986;41:1615-7.

19 Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur: somatische fixatie en sekse-asymmetrie tijdens het medisch consult [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.

20 Geurts J, Swinkels H, Doorslaer E van.

Gezondheidsenquêtes: medische consumptie en praktijkvorm

nader belicht; afzonderlijke analyses voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS 1988;7(3):5-13.

21 Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport de huisartsenquête: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.

22 Gloerich A, Zee J van der. Determinanten van verwijzen door de huisarts naar de tweedelij. Utrecht: Nivel, 1992.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw A. de Veer, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 12 november 1991, geaccepteerd 28 april 1993

De werkbelasting van Nederlandse huisartsen

Resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk

P.P. Groenewegen en J.B.F. Hutten

De werkbelasting van de Nederlandse huisarts - ruim 50 uur werken per week (plus 35 uur 'dienst') in 1988, voor driekwart patiëntgebonden activiteiten - afgezet tegen omvang, samenstelling en organisatie van zijn of haar praktijk.

IN DE LITERATUUR over werkbelasting van huisartsen staan het aantal uren dat huisartsen werken, de contactratio en de duur van de consulten centraal;¹ werkbelasting wordt daarin over het algemeen niet gebruikt in de arbeidsgeneeskundige en psychologische zin van de fysieke en psychologische reacties van mensen op taken van een bepaalde zwaarte in relatie tot hun belastbaarheid.^{2,3} Ook in dit artikel gebruiken we werkbelasting op de manier die in de literatuur over de huisartspraktijk gangbaar is.

Het aantal uren dat huisartsen werken kan in een aantal elementen worden uiteengelegd.

Een eerste belangrijk onderscheid is dat tussen het aantal uren dat er feitelijk wordt gewerkt en het aantal uren dat de huisarts beschikbaar moet zijn in verband met avond-, nacht- en weekenddiensten. Zonder dit laatste is een goede beschrijving van de werkbelasting van huisartsen niet mogelijk. Immers, de beschikbaarheidsdiensten leggen een duidelijke beperking op aan de huisarts in de besteding van zijn tijd. Op het moment dat het doel niet een beschrijving van de werkbelasting is, maar een analyse van de determinanten van werkbelasting, bijvoorbeeld door te kijken naar de invloed van praktijkgrootte of taakdelegatie op het aantal werken, is het veelal beter om de beschikbaarheidsdiensten buiten beschouwing te laten en alleen de feitelijke werktijd te bestuderen. Binnen het aantal uren dat feitelijk wordt gewerkt, wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt tussen de tijd die wordt besteed

aan patiëntgebonden activiteiten en de tijd die wordt besteed aan overige activiteiten. Patiëntgebonden activiteiten betreffen met name spreekuren, visites en telefonische consulten. Onder de overige activiteiten worden bijvoorbeeld verstaan: praktijkadministratie, overleg, nascholing en het bijhouden van de medische literatuur.

Binnen de totale contactratio (het aantal contacten in een bepaalde tijdspanne gedeeld door de persoonlijke praktijkgrootte) kan worden onderscheiden tussen de spreekuurcontactratio en de visitatio.

Het blijkt dat de werkbelasting van huisartsen vooral bestudeerd wordt in landen met een (gedeeltelijke) abonnements-honorering. Dat is ook wel begrijpelijk, omdat de relatie tussen praktijkgrootte en werkbelasting vooral in gezondheidszorgsystemen met abonnementshonorering een probleem is. Immers, gelijke praktijkomvang betekent - simpel gezegd - in die systemen gelijk inkomen, maar niet noodzakelijk gelijke werkbelasting: even grote praktijken kunnen een verschillende hoeveelheid werk met zich meebrengen door een verschillende samenstelling van de praktijk. Overigens is honorering niet het enige punt waarom werkbelasting in de belangstelling staat. Ook eventuele gevolgen voor de kwaliteit van de zorg zijn belangrijk. Als in grotere praktijken minder tijd wordt besteed aan de patiënten - een lagere contactratio en kortere consulten, zoals uit Engels onderzoek naar voren komt - zou dat gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg.

In dit artikel zullen we enkele gegevens met betrekking tot de werkbelasting van huisartsen beschrijven en we zullen verbanden leggen met de praktijkomvang, -samenstelling en -organisatie.

Materiaal en methode

De gegevens zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, die in de jaren 1987 en 1988 is uitgevoerd.^{4,5}

Centraal in deze studie staat een drie maanden durende registratie van alle contacten in 103 huisartspraktijken. Hieruit zijn de tellers voor de berekening van de contactratio's en de gegevens over de consultduur afkomstig. Wat betreft de contacten zijn keuringen en consultatiebureaucontacten buiten beschouwing gelaten, omdat die voor een deel niet betrekking hebben op de eigen praktijkpopulatie en afzonderlijk worden vergezocht. De praktijkomvang, de noemer van de contactratio's, is afkomstig uit een registratie van alle patiënten in de deelnemende praktijken.

In de analyses zijn de contactgegevens van 161 deelnemende gevestigde huisartsen en van 7 van hun vaste waarneemers betrokken. Van hen hebben er 155 een volledige week lang een dagboek bijgehouden, waarin zij per kwartier hun werkzaamheden hebben genoteerd. Deze zijn later centraal ingedeeld in specifieke categorieën zoals privé-tijd, patiëntenzorg, praktijkorganisatie en scholing. De dagboeken zijn gebruikt om de aantallen gewerkte uren en de beschikbaarheidsdiensten te berekenen.

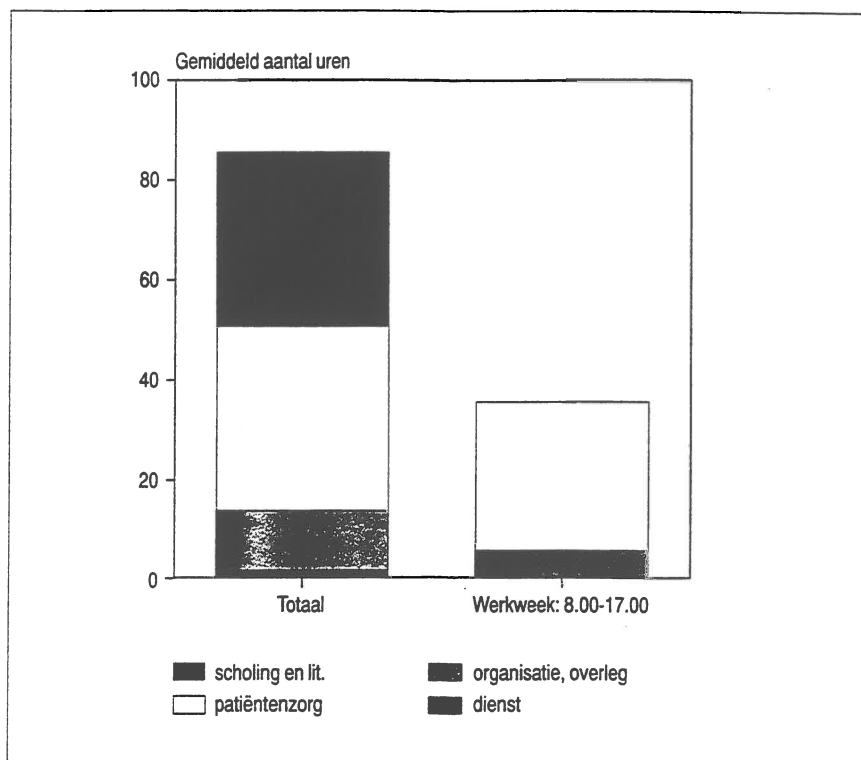
Om de praktijkomvang te kunnen relateren aan de persoonlijke werkbelasting van huisartsen, is de totale praktijkomvang omgezet in het aantal patiënten per individuele huisarts. In het geval van solo-praktijken is dat natuurlijk hetzelfde. Duo- en groepspraktijken hebben vaak een gezamenlijke patiëntenadministratie, waardoor alleen een schatting van de persoonlijke praktijkgrootte van de betrokken huisartsen kan worden gegeven. Dit heeft in drie stappen plaatsgevonden. Ten eerste is aan alle ingeschreven patiënten gevraagd welke arts zij meestal raadplegen. De non-respons op deze vraag bleek echter vrij hoog. Vandaar dat tevens is nagegaan welke huisarts de patiënt gedurende de registratieperiode had bezocht. Het bleek dat hiermee 71% van de patiënten in duo- of groepspraktijken aan een individuele huisarts kon worden gekoppeld. Het overige gedeelte

PRAKTIJKORGANISATIE

te is naar rato over de huisartsen verdeeld. Daarbij is rekening gehouden met de full-time equivalenten (FTE's) van de huisartsen: een part-timer krijgt naar verhouding minder overgebleven patiënten toegewezen dan iemand met een full-time aanstelling.

Bij een beschrijving van de werkbelasting van huisartsen in Nederland is de vraag van belang in hoeverre de deelnemende huisartsen een goede afspiegeling vormen van de totale beroepsgroep. Om twee redenen vormen de deelnemende huisartsen geen goede afspiegeling van de beroepsgroep. In de eerste plaats - en dat hebben we bewust gedaan - is een gestratificeerde steekproef getrokken, waarbij ernaar is gestreefd gelijke aantallen huisartsen te hebben in de combinaties van mate van verstedelijking van de praktijklocatie, afstand tot het ziekenhuis en regio. Hierdoor zijn bijvoorbeeld de plattelandsartsen oververtegenwoordigd. In de tweede plaats omvat de groep van deelnemende huisartsen niet alleen degenen die in de oorspronkelijke steekproef getrokken waren, maar ook hun associatiepartners. In veel gevallen bleek deelname aan de studie alleen aantrekkelijk te zijn als alle associatiepartners konden deelnemen. Hierdoor zijn solo-artsen ondervertegenwoordigd. Deze onder- en oververtegenwoordigingen zijn rechtgetrokken door een weging uit te voeren. De precieze wegingsprocedure is beschreven in het basisrapport 'Verichtingen in de huisartspraktijk'.⁶ Door deze wegingsprocedure zijn de gegevens die hieronder worden gepresenteerd over het aantal werkuren, de contactratio's en de consultduur goede schattingen van het gemiddelde van alle Nederlandse huisartsen in 1988. Daar waar we uitsplitsingen maken naar individuele praktijkgrootte is geen weging toegepast. Het gaat dan om verschillen tussen groepen huisartsen in verschillende categorieën van de praktijkgrootte en

Figuur 1. Verdeling van het gemiddeld aantal werkuren per week van Nederlandse huisartsen over verschillende werkzaamheden binnen de praktijk, in 1988.



niet meer om het gemiddelde van alle Nederlandse huisartsen.

Resultaten

In totaal blijken Nederlandse huisartsen volgens de door hen bijgehouden dagboekjes ruim 85 uur per week te werken, inclusief de beschikbaarheidsdiensten (zie figuur 1). De categorie 'dienst' betreft de diensttijd waarin geen concrete werkzaamheden zijn geregistreerd. Het aantal feitelijk gewerkte uren exclusief de beschikbaarheidsdiensten is ruim 50 uur. Hiervan wordt ruim 70% besteed aan patiëntgebonden activiteiten. Van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activi-

teiten wordt ruim anderhalf uur per week besteed aan scholing en bijhouden van de literatuur. Tevens is de tijdsbesteding weergegeven op doordeweekse dagen van 8 uur 's ochtends tot 5 uur 's middags (wat men de 'normale' werkweek zou kunnen noemen). Beschikbaarheidsdiensten zijn buiten beschouwing gelaten, omdat die voornamelijk in de avonden en in het weekend plaatsvinden. Een relatief groot deel van de niet-patiëntgebonden activitei-

ten blijkt plaats te vinden buiten de 'normale' werkweek.

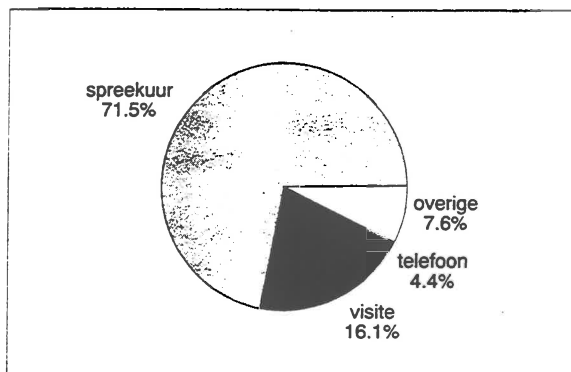
De totale contactratio met de huisartspraktijk blijkt in onze studie uit te komen op 1,15 contacten per ingeschreven patiënt per drie maanden: 0,80 contacten met de huisarts zelf en 0,35 contacten met de praktijkassistente. Dit betekent, dat ongeveer een derde van de contacten plaatsvindt met de assistente. De totale contactratio en het aandeel van de praktijkassistente daarin zijn duidelijk hoger dan in het onderzoek van der Ree c.s.,⁷ in dat onderzoek is echter een deel van de contacten (bijvoorbeeld telefonische contacten) buiten beschouwing gebleven.

De contactratio van ziekenfondspatiënten ligt ruim boven die van particuliere patiënten (1,26 versus 0,93) en vrouwen hebben meer contacten met de huisarts dan mannen (1,35 versus 0,94).

Van de contacten met de huisarts bestaat ruim 70% uit spreekuurcontacten, 17% uit visites en 4% uit telefonische contacten (zie figuur 2).

Bijna twee van de drie huisartscontacten duurt 10 minuten of korter. De huisartsen hebben de duur van de contacten aangegeven in de categorieën die in figuur 3 zijn gebruikt. Daarbij blijkt, dat de categorie van 5 tot en met 10 minuten de helft van alle contacten herbergt en zelfs iets meer dan de helft van alle spreekuurcontacten. De visites duren wat langer en als de

Figuur 2. Verdeling van het soort contacten met de huisarts, in percentages.



PRAKTIJKORGANISATIE

huisartsen de contactregistratieformulieren hebben ingevuld volgens de instructie ligt dat niet aan de reistijd; de instructie was namelijk contactduur exclusief reistijd.

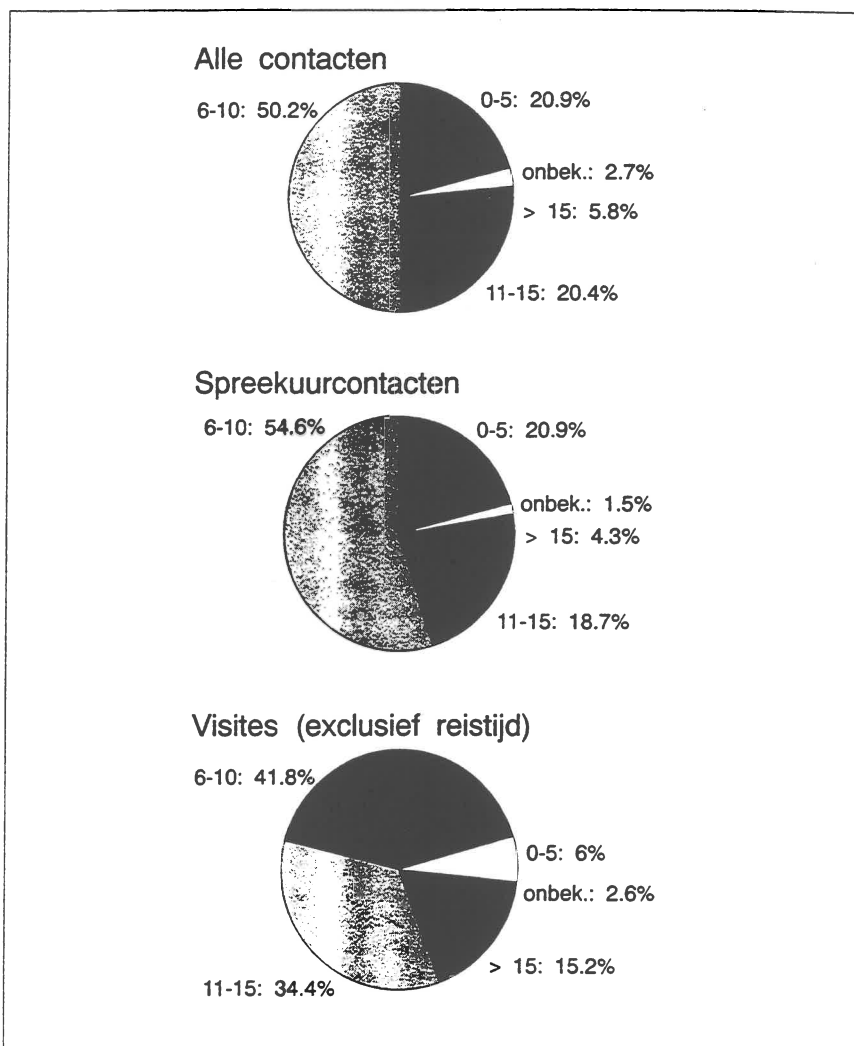
We willen nu kort ingaan op de relatie tussen deze aspecten van de tijdsbesteding van huisartsen en de praktijkgrootte. De vraag is daarbij of grotere praktijken minder toegankelijk zijn dan kleinere praktijken, met andere woorden of de contactratio en de duur van de contacten negatief gerelateerd zijn aan de praktijkgrootte. Van der Zee heeft daar in dit tijdschrift ook al aandacht aan besteed (de cijfers die hier

Een relatief groot deel van de niet-patiëntgebonden activiteiten blijkt plaats te vinden buiten de 'normale' werkweek

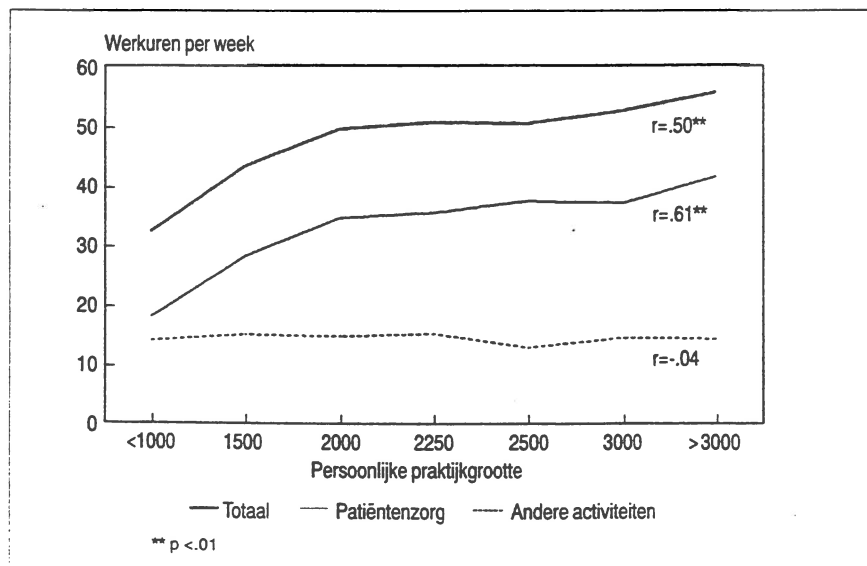
gepresenteerd worden wijken daar enigszins van af omdat de individuele praktijkgrootte herberekend is en de hele kleine praktijken ook zijn meegenomen).⁸

Figuur 4 laat zien, dat huisartsen met een groter aantal patiënten meer uren werken. Het aantal uren dat aan niet-patiëntgebonden activiteiten wordt besteed houdt geen verband met de praktijkgrootte, als we kijken naar het totaal aantal werkuren. Men kan daar op twee manieren tegen aankijken. Een eerste interpretatie luidt, dat de tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten vergelijkbaar is met 'vaste las-

Figuur 3. Verdeling van de duur van de contacten met de huisarts, in minuten, uitgesplitst naar contactsoort.



Figuur 4. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en het aantal werkuren per week bij Nederlandse huisartsen.



ten': ongeacht de praktijkgrootte vergen deze activiteiten een min of meer vast aantal uren. Een tweede interpretatie luidt, dat huisartsen bij een grotere hoeveelheid werk eerder de neiging hebben te beknibbelen op de niet-patiëntgebonden activiteiten dan op directe patiëntenzorg.

De relatie tussen praktijkgrootte en contactratio's is heel zwak negatief en wijkt voor de totale contactratio en de visiteratio niet significant van nul af (figuur 5). Klaarblijkelijk zijn grotere praktijken in het algemeen nauwelijks minder toegankelijk voor de patiënten dan kleinere praktijken. Dit komt doordat in grotere praktijken de praktijkassistente vaker contacten van de huisarts overneemt. Wanneer men echter de huisarts zelf wil spreken, is er wel enige invloed van de praktijkgrootte te zien: de spreekuurcontactratio ligt in grotere praktijken lager. Verder blijkt, dat de gemiddelde duur van de spreekuurcontacten korter is in grotere praktijken (figuur 6).

PRAKTIJKORGANISATIE

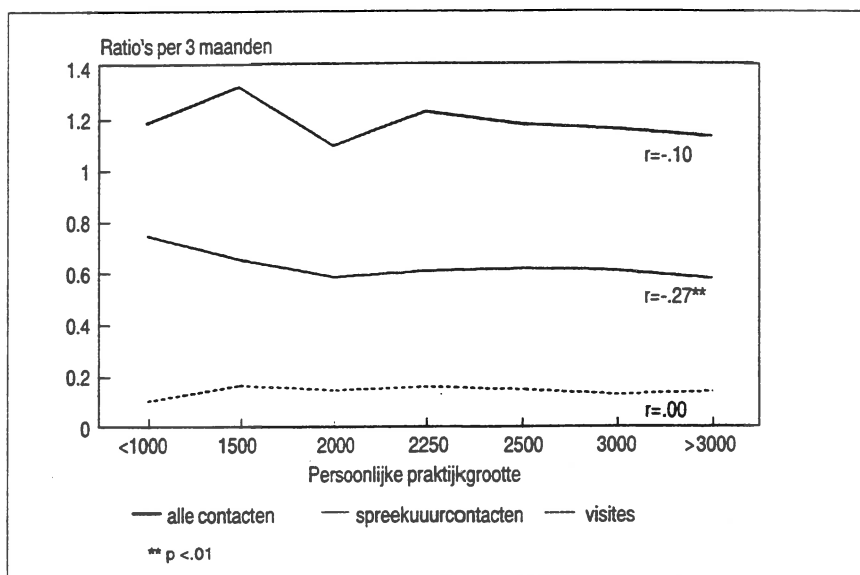
Praktijkgrootte is niet de enige determinant van de werkbelasting en de tijdsbesteding van huisartsen. Dit blijkt uit uitgebreidere analyses die wij hebben uitgevoerd.^{9,10} Voor discussies over de honorering is dat een belangrijke constatering. Naast de praktijkgrootte is aan de ene kant de samenstelling van de praktijk belangrijk en aan de andere kant de praktijkorganisatie en persoonlijke kenmerken van de huisarts.

Het totaal aantal uren dat huisartsen werken en de tijd besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten worden vooral door de praktijkgrootte beïnvloed, in mindere mate door de praktijksamenstelling en de praktijkvoering. De enige factoren die naast de praktijkgrootte van invloed blijken te zijn, zijn het percentage 75+'ers in de praktijk en het hebben van een vrij spreekuur (positieve relatie met het aantal uren directe patiëntenzorg). De tijd die wordt besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten wordt daarentegen niet door de praktijkgrootte beïnvloed, maar wel door een eventueel opleiderschap. Tevens blijkt, dat huisartsen met een relatief groter aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk minder tijd besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten en daardoor ook in totaal minder uren per week werken.

De contactratio's hangen minder sterk samen met de praktijkgrootte; de visiteratio zelfs helemaal niet. De totale contactratio en de totale spreekuurcontactratio liggen in gezondheidscentra wat lager dan in praktijken met een andere organisatievorm; solo werkende huisartsen en vrouwelijke huisartsen hebben een lagere visiteratio.

Wanneer de praktijkassistentes relatief

Figuur 5. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en contactratio's in Nederlandse huisartspraktijken, gedurende drie maanden.



meer consulten verrichten, is de totale contactratio hoger en de visiteratio lager; de spreekuurcontactratio wordt echter niet beïnvloed. Dit betekent, dat praktijkassistentes de toegankelijkheid van de praktijk positief beïnvloeden, weinig invloed hebben op het aantal spreekuurcontacten van de huisartsen, maar dat meer contacten met de praktijkassistentes wel samengaan met een geringer aantal visites door de huisartsen.

Wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie hebben het percentage kinderen van 0 tot 4 jaar en het percentage ingeschreven patiënten met een lage opleiding een positieve invloed op de totale

en spreekuurcontactratio. De visiteratio blijkt in belangrijke mate te worden bepaald door het percentage 75+'ers dat in de praktijk staat ingeschreven.

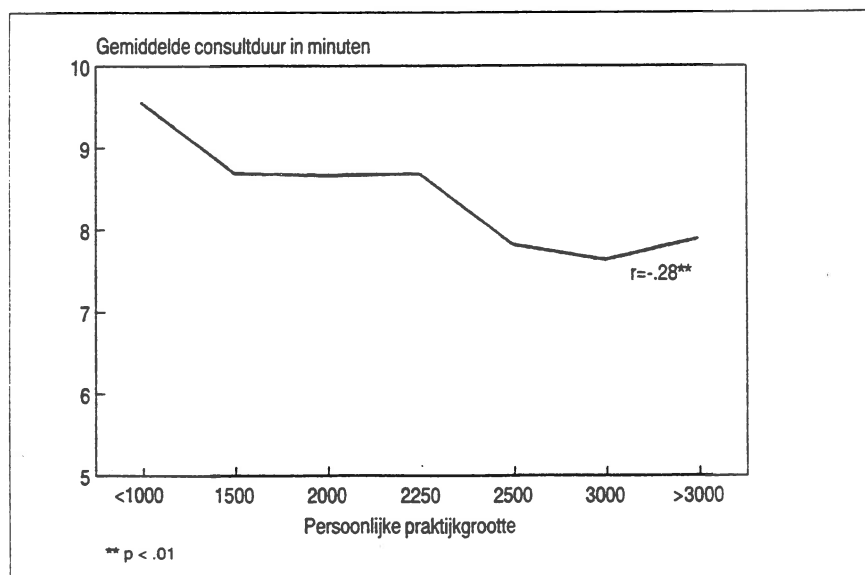
Discussie

We hebben in dit artikel de werkbelasting van huisartsen beschreven in termen van het aantal uren dat zij werken, de contactratio's en de duur van de contacten. De belevingskant ervan - hoe huisartsen hun werkbelasting ervaren,¹¹ en hoe die gerelateerd is aan hun individuele 'belastbaarheid' - is buiten beschouwing gebleven. Toch geeft deze beschrijving al voldoende stof voor discussie. We willen op drie punten ingaan: de verhouding tot de situatie in andere landen, de relatie met honorering en de relatie met kwaliteit van de zorg.

Bij vergelijking van een aantal Europese landen blijkt, dat er geen duidelijke relatie is tussen globale schattingen van het aantal uren dat huisartsen werken en het aantal inwoners per huisarts in een land. Huisartsen in de Scandinavische landen, met name de dienstverbandhuisartsen in Noorwegen, Zweden en Finland, werken duidelijk minder uren dan de Nederlandse huisartsen.¹²

Een goede vergelijking is mogelijk met de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk, waar betaling per abonnement ook een onderdeel van de honorering is. In de jaren zeventig en tachtig zijn daar twee grote 'surveys' uitgevoerd over de tijdsbesteding van huisartsen, één door het Department of Health and Social Security en één door de Health Services Research Unit van de universiteit van Kent. Uit het onderzoek van de DHSS blijkt, dat Britse

Figuur 6. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en de gemiddelde duur van spreekuurcontacten van Nederlandse huisartsen.



PRAKTIJKORGANISATIE

huisartsen bijna 40 uur per week werken en dat daar gemiddeld nog zo'n 35 uur bij komt voor beschikbaarheidsdiensten.¹³ Op basis van het onderzoek van de Health Services Research Unit zijn de relaties tussen praktijkgrootte en tijdsbesteding vergeleken;^{14 15} in grote lijnen liggen die relaties hetzelfde. Echter, de relatie tussen praktijkgrootte en aantal uren in patiëntgebonden activiteiten is wat sterker in Nederland.

de kenmerken lenen zich voor opname in een gedifferentieerd abonnement) wordt nog nauwelijks de helft van de variantie in het aantal aan patiëntgebonden activiteiten bestede uren verklaard. Het gedifferentieerd abonnement lijkt in de Nederlandse discussie een gepasseerd station te zijn. Alle aandacht gaat op het moment uit naar een combinatie van abonnement en verrichtingen voor alle patiënten. De verschillen tussen praktijken in

over werk en vrije tijd is het de vraag of dat gebeurt) of tot een afname van de consultduur en/of de contactratio - geen van alle gewenste opties.

In de discussies over gemengde honoreringssystemen moet worden nagedacht over de manier waarop de praktijkkosten worden vergoed. Die maken nu nog onderdeel uit van het ongedifferentieerde abonnement, waarbij de kostenknik in de honorering het idee van de 'vaste lasten' reflecteert. Bij een gemengd systeem is het voorstelbaar, dat het abonnementsgedeelte vooral in het kostendeel van de honorering voorziet en het verrichtingengedeelte in het honorariumdeel. Een alternatief daarvoor is een vaste toelage per huisarts of praktijk, zoals het geval was in het oude contract (tot april 1990) in het Verenigd Koninkrijk. Daar bestond de honorering feitelijk uit drie delen: een vast bedrag voor elke huisarts met 1.000 patiënten of meer, een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement per patiënt en betalingen voor een aantal verrichtingen. Dat vaste bedrag per patiënt, de 'basic practice allowance', is min of meer vergelijkbaar met een deelsalaris. Men zou kunnen zeggen dat dat deel van de honorering er is om het vaste deel van het tijdsbeslag dat ingenomen wordt door niet-patiëntgebonden activiteiten, te betalen. Gegeven de omvang van het tijdsbeslag voor deze activiteiten zou er misschien wat voor te zeggen zijn het huisartsenhonorarium in drie delen op te splitsen: globaal een derde in de vorm van een vast bedrag, ongeacht de praktijkomvang maar vanaf en bepaalde minimum-praktijkgrootte); (voor de symmetrie ook) een derde in de vorm van een vast bedrag per patiënt; en tenslotte een derde in de vorm van vergoedingen per consult en visite en een aantal afzonderlijke verrichtingen.

In de discussies over gemengde honoreringssystemen moet worden nagedacht over de manier waarop de praktijkkosten worden vergoed

Belgische huisartsen hebben volgens eigen opgave zeer lange werkweken - meer dan 60 uur - bij een aantal inwoners per huisarts dat met 725 ver beneden het Nederlandse cijfer ligt.¹⁶ Belgische huisartsen worden per verrichting betaald, patiënten staan niet ingeschreven bij een huisarts (waardoor ook relaties met praktijkgrootte niet te leggen zijn) en meer dan de helft van de contacten vindt plaats tijdens visites. Dit beeld van de Belgische huisarts wordt bevestigd door de uitkomsten van het onderzoek van Flemming,¹⁷ die verder constateert dat de werkbelasting van huisartsen, in termen van het aantal contacten per week, samenhangt met de huisartsendichtheid: in landen met een geringe huisartsendichtheid, zoals Nederland, Zwitserland en het toenmalige West-Duitsland, is het aantal contacten per week hoger.

Zoals in de inleiding is aangegeven, wordt de werkbelasting van huisartsen vooral bestudeerd in landen met een (gedeeltelijk) *abonnementssysteem*. De impliciete veronderstelling achter ongedifferentieerde abonnements-honorering is, dat praktijkgrootte de belangrijkste determinant is van de werkbelasting. Immers, dan hebben huisartsen bij een gelijke praktijkgrootte ongeveer evenveel werk en een even hoog inkomen. In de discussies over verandering van honorering in ons land was, naast een uniform systeem voor ziekenfonds- en particuliere patiënten, een differentiatie van het abonnement naar 'bewerkelijkheid' van patiëntengroepen het eerste alternatief dat ter sprake kwam (vergelijk het supplement van Huisarts en Wetenschap van 1984). Onze gegevens laten zien, dat een differentiatie naar leeftijd van de patiëntenpopulatie een verbetering zou zijn ten opzichte van een vlak abonnement. Echter, ook als rekening gehouden wordt met de samenstelling van de praktijk (en niet alle daarbij gehanteer-

samenstelling worden daarin niet verdisconteerd via een hoger abonnementsbedrag voor bijvoorbeeld oudere patiënten, maar rechtstreeks door een vergoeding per verrichting. Te honoreren verrichtingen kunnen bestaan uit een vergoeding per consult of visite, al dan niet in combinatie met vergoedingen voor aparte verrichtingen binnen de consulten en visites. Er zijn bij elk honoreringssysteem voor- en nadelen te noemen en het idee achter gemengde systemen is natuurlijk dat de voordelen worden gecombineerd en de nadelen achterwege blijven. Op één punt willen wij hier kort ingaan, omdat dat rechtstreeks verband houdt met de tijdsbesteding van huisartsen. Het verrichtingendeel van een gemengde honorering is erop gericht huisartsen te stimuleren tot een actievere praktijkvoering: meer zelf afhandelen, minder verwijzen. Dit zou kunnen leiden tot een toename van de tijd die aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed. Gegeven het feit dat huisartsen ook

Het verdient de voorkeur in ieder geval ook consulten en visites als aparte verrichtingen te honoreren

streven naar een aanvaardbare verdeling van werk en vrije tijd, zou dat ertoe kunnen leiden dat de tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten in het gedrang komt. Bij de bespreking van de relatie tussen de praktijkgrootte en de aan niet-patiëntgebonden activiteiten bestede tijd was dat een van de mogelijke interpretaties. Bij de andere interpretatie - tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten als een soort vaste kosten ongeacht de praktijkgrootte - zou de overgang naar een gemengd systeem kunnen leiden tot een toename van het totaal aantal werkuren (maar gegeven het streven naar een aanvaardbare verdeling

Naar ons idee verdient het de voorkeur in ieder geval ook consulten en visites als aparte verrichtingen te honoreren. Daarmee wordt immers een belangrijke behandelingsoptie van huisartsen, gespreksvoering, advisering en afwachten gehonoreerd.⁸ Het gevaar van een open-eindfinanciering lijkt bij honorering van consulten en visites minder groot dan bij honorering van afzonderlijke verrichtingen.¹⁸ Daarnaast geldt, dat de winst van een toename van het aantal afzonderlijke verrichtingen in termen van een vermindering van het aantal verwijzingen beperkt is.¹⁹ Het honoreringssysteem wordt er ove- ■

PRAKTIJKORGANISATIE

rigens op deze manier niet eenvoudiger op. Waar in het huidige systeem de financiële afhandeling van consulten van particuliere patiënten administratieve werkzaamheden met zich meebrengt, zou dat in een uniform, gemengd systeem voor de hele populatie gelden. Meer administratieve handelingen hebben weer invloed op de tijdsbesteding van huisartsen; uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen met een groter aandeel ziekenfondspatiënten in de praktijk minder uren aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteden en ook in totaal minder uren werken.

Tenslotte willen we nog iets zeggen over werkbelasting en *kwaliteit van de zorg*. Op basis van dit onderzoek tot nu toe kunnen we hierover alleen indirect iets zeggen in verband met de consultduur. We hebben gezien dat praktijkgrootte negatief gerelateerd is aan gemiddelde duur van de consulten. De vraag is natuurlijk, of kortere consulten kwalitatief slechter zijn dan langere consulten. Onderzoek in Engeland waarbij in een veldexperiment de tijd per consult in het afspraakspreekuur werd gemanipuleerd, heeft aangetoond dat kortere consulten geen effecten hebben op voorschrijven, lichamelijk onderzoek, verwijzen en terugbestellen; kortere consulten hebben vooral effecten op de communicatie tussen arts en patiënt. Er werden minder problemen door de huisarts opgepikt en patiënten waren minder tevreden over de consulten.^{20,21}

Naar ons idee is verder onderzoek naar de relatie tussen werkbelasting en kwali-

teit van de verleende zorg van groot belang. Aan dit onderwerp wordt verder gewerkt door een combinatie te maken van de standaarden die door het NHG zijn ontwikkeld en de contactregistratie die is bijgehouden in het kader van de Nationale Studie. *

prof. dr P.P. Groenewegen,
hoofd onderzoeksafdeling Nederlands
Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns-
gezondheidszorg (Nivel), Utrecht

J.B.F. Hutten,
assistent in opleiding van het Interuniversi-
tair Centrum voor Sociaal-Wetenschappelij-
ke Theorievorming en Methodenontwikke-
ling (ICS), Rijksuniversiteit Utrecht

Literatuur

1. Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science and Medicine* 1991; 32 (10): 1111-9.
2. Ettema JG. Het model belasting en belastbaarheid. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1973; 51: 44-54.
3. Meijman TF, O'Hanlon JF. Arbeidsbelasting: een inleidend overzicht van psychologische theorieën en meetmethoden. In: Drenth PJ, Thierry HK, Willems P, Wolff CH de. red. *Handboek voor arbeids- en organisatiepsychologie*, afl 7. Deventer: van Loghum Slaterus, 1983.
4. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34 (2): 51-61.
5. Foets M, Velden J van der. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures, Utrecht: Nivel, 1990.
6. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de

Huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

7. Ree CM van der, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. De werkbelasting van de huisarts: zijn er mogelijkheden om de werkbelasting te beïnvloeden? *Medisch Contact* 1991; 46 (15): 465-7.

8. Zee J van der. De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. *Medisch Contact* 1990; 45 (19): 611-4.

9. Groenewegen PP, Hutten JBF, Velden J van der. List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 1992; 34 (3): 263-70.

10. Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply related characteristics on general practitioners' workload Utrecht: Nivel, 1993.

11. Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.

12. Groenewegen PP, Zee J van der, Haften R van. Remunerating general practitioners in Western Europe. Aldershot: Avebury, 1991.

13. Ball JG. Workload in general practice. *Br Med J* 1978; 868-70.

14. Butler J, Calnan M. Too many patients? A study of the economy of time and standards of care in general practice. Aldershot: Avebury, 1987.

15. Calnan M, Groenewegen PP, Hutten JBF. Professional reimbursement and management of time in general practice: an international comparison. *Social Science and Medicine* 1992; 35 (2): 209-16.

16. Maesseneer J de. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Gent: Centrum voor Huisartsopleiding, 1989.

17. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis Publishers, 1993.

18. Krasnik A, Groenewegen PP et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 1698-1701.

19. Delnoy DMJ, Kersten TJJM, Stokx LJ. Geld, zorg en geldzorgen. Honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing. Utrecht: Nivel, 1992.

20. Roland MO et al. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874-6.

21. Ridsdale L et al. Study of the effect of time availability on the consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1989; 9: 488-91.

3

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Preventie: een kwestie van routine?

Routine staat haaks op patiëntenzorg

Als men Nederlandse huisartsen vraagt of zij in ideale omstandigheden – wat dat dan ook precies mogen zijn – aan bepaalde populatiegerichte vormen van 'primaire en secundaire preventie' zouden willen doen (ongevraagd advies geven over rook-, drink- en eetgewoonten, systematisch opsporen van hoge bloeddruk en dergelijke), dan antwoordt een aanzienlijk gedeelte in positieve zin. Vraagt men echter wat huisartsen onder de huidige omstandigheden in feite doen, dan zijn de percentages positieve antwoorden veel lager.

ZEGGEN . . .

Ter voorbereiding van het NHG-congres over preventie in 1986 vroegen Verhaak en De Vries huisartsen naar hun mening over preventie¹. Dezelfde vragen zijn gesteld aan de huisartsen die hebben deelgenomen aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk², een groot onderzoek op nationale schaal in het kader waarvan 186 huisartsen en assistent-huisartsen uit 103 huisartspraktijken gedurende drie maanden hebben geregistreerd wat zij dagelijks doen en met welke klachten, ziekten en problemen patiënten hen benaderen. De resultaten van beide onderzoeken staan vermeld in tabel 1.

Voor beide groepen artsen geldt, dat de vaakst ondernomen preventieve activiteiten in de huidige omstandigheden het maken van een cervixuitstrijkje tijdens consulten van vrouwen uit bepaalde leeftijdsgroepen is. Activiteiten waar ook onder ideale omstandigheden de meeste terughoudendheid over lijkt te bestaan, zijn het informeren naar drinkgewoonten ook als de klacht daar geen aanleiding toe geeft en het systematisch noteren van het gewicht van alle normale patiënten. De grootste discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid vindt men bij het systematisch oproepen van vrouwen (die niet voor pil- of zwangerschapscontrole komen) voor het opsporen van baarmoederhalskanker. Het omgekeerde zien we bij het roken: hier zeggen de ondervraagde huisartsen, dat onder ideale omstandighe-

J. van der Zee en
P. F. M. Verhaak

Preventie, opgevat als de actieve, vroegtijdige, populatiegerichte opsporing van bepaalde ziekten of het zonder 'aanleiding' informeren naar bepaalde leefwijzen, zal niet zomaar onderdeel van het werk van de huisarts worden, alle intenties en goede bedoelingen ten spijt. Nivel-medewerkers Prof. Dr. J. van der Zee en P. F. M. Verhaak onderzochten wat er ter zake zoal is gerapporteerd. Ze scherpten hun bevindingen aan tot de volgende slotsom: preventie is inderdaad een kwestie van routine, maar routine staat haaks op de patiëntenzorg, en dat is het voornaamste probleem.

den hun gedrag niet zo veel van het huidige zou verschillen. Men heeft een betrekkelijke actieve houding ten opzichte van (te veel) roken. De aarzelingen zitten vooral in het opsporen en vastleggen van normale gegevens bij normale patiënten, zoals het gewicht en het vragen naar alcoholgebruik als de klachten geen aanleiding geven. Alcohol is duidelijk minder geaccepteerd als risicofactor dan roken. De deelnemers aan de nationale studie zeggen nog wat minder aan preventieve activiteiten onder huidige én ideale omstandigheden te doen dan degenen die ten behoeve van het NHG-congres zijn geëquipeerd; de verschillen zijn echter gering. De gevonden cijfers komen overeen met gegevens uit een onderzoek van Boerma³, die dezelfde vragen stelde aan huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra. Deze groep onderscheidt zich op dit punt niet van een doorsnee-Nederlandse huisarts.

Een recentelijk gepubliceerd Engels onderzoek (Calnan⁴, 1988, materiaalverzameling uit 1984) geeft hogere percentages deelname aan preventieve activiteiten. Bijna tweederde van de Engelse artsen is

actief of zeer 'actively involved' in de screening van hypertensie, 77% in het maken van cervixuitstrijkjes op screeningsbasis, overgewicht en roken worden door ruim driekwart van de artsen actief bestreden. Ook hier is het gebruik van alcohol weer het terughoudendst benaderd. Door de afwijkende vraagstelling kan men deze percentages niet goed vergelijken; de vragen zijn veel vager dan de betrekkelijk precieze vragen uit de Nederlandse onderzoeken ('actively involved' versus: wat doet u als de patiënt niet voor controle komt?). Op zichzelf zou het wel van belang zijn uit te zoeken of Engelse huisartsen, die voor een aantal preventieve activiteiten apart worden gehonoreerd en die bijvoorbeeld ook veel actiever bij de jeugdgezondheidszorg zijn betrokken, nu meer doen dan hun Nederlandse collega's.

Uit de Nederlandse onderzoeken blijkt, dat er nogal een verschil is tussen wat huisartsen in het algemeen of idealiter vinden wat men aan preventie zou moeten doen en wat zij zeggen in feite te doen. Nog groter wordt de kloof tussen ideaal en werkelijkheid als men niet vraagt wat huisartsen doen, maar hen observeert of zelf hun handelingen laat registreren. Boot en Van Zutphen⁵, twee onderzoekers aan de Rijksuniversiteit Limburg, laten zien dat de door hen geobserveerde huisartsen slechts 5% van hun tijd aan preventieve activiteiten besteden (tegenover bijna 40% aan diagnostiek), waarvan driekwart ligt op het gebied van geboortenregeling en perinatale zorg.

. . . EN DOEN

Van de huisartsen deelnemend aan de Nationale Studie, van wie we in tabel 1 hebben gezien wat ze zeggen idealiter en in feite te doen, weten we ook wat ze werkelijk doen of althans wat ze registreren van hun handelingen. Omdat de materiaalverwerking van de Nationale Studie nog in gang was toen de tekst die aan dit artikel ten grondslag ligt moest worden opgesteld, beschikken we slechts over cijfers van de artsen die het eerste

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

half jaar aan de studie hebben deelgenomen (93 van de 186).

We zullen eerst laten zien wat we in dit geval onder preventieve activiteiten verstaan en hoe vaak die voorkomen (tabel 2). Verreweg het vaakst komt voor: een bezoek aan een bejaarde patiënt uit preventieve overwegingen. Alle andere activiteiten vinden naar verhouding minder vaak plaats, iets dat ons, gegeven de hier voor besproken resultaten, niet verbaast. We weten van deze huisartsen wat ze van preventie vinden. Een verband tussen vinden en doen zien we in tabel 3. Tussen het gerapporteerde en het feitelijke gedrag bestaat een zeker verband (al intrigeren ons natuurlijk de zes artsen die zeggen betrekkelijk weinig te doen, maar in feite veel preventieve activiteiten verrichten). Tussen het gedrag onder ideale omstandigheden en het feitelijke gedrag is echter geen verband aantoonbaar. Uit de tabel kan men concluderen, dat de vragen over preventieve activiteiten hier en nu nog zo gek niet waren: ze komen redelijk overeen met geregistreerde gedragingen.

HET GOEDE VOORBEELD

Sinds enkele onderzoekers op de gedachte kwamen hulpverleners te vragen of ze zelf roken, drinken of te veel eten^{6,7} – indiscreter wordt men gelukkig niet – is een interessant doorkijkje verkregen in de leefwijzen en riskante leefgewoonten van huisartsen. In tabel 4 staan enkele cijfers hierover. Ook deze vragen zijn gesteld in de NHG-enquête en de Nationale Studie.

Opvallend is de dalende tendentie. De steekproeven verschillen in grootte en de vragen zijn ook niet helemaal gelijk (bijvoorbeeld bij alcoholgebruik), maar er lijkt wel een verloop in te zitten. Rokende huisartsen vormen in de twee Nivel-onderzoekingen een minderheid en binnen de Nationale Studie rookt bijna tweederde niet of niet meer. Overgewicht komt weinig voor en de cijfers over alcoholgebruik (al zijn die altijd berucht om hun onderrapportage) geven weinig aanleiding voor de wel eens gehoorde stelling: 'Een alcoholist is iemand die meer drinkt dan zijn huisarts'. Bij Van der Velden – zie verderop in dit nummer⁸, Red. – kan men zien of het 'voorbeeld' van de huisarts invloed heeft op zijn preventieve handelingen.

BESCHOUWING

Eén ding is duidelijk tot zover: huisartsen zijn slechts bij uitzondering actief op het

Tabel 1. Houdingen ten opzichte van preventie van huisartsen (steekproef ter voorbereiding van NHG-congres 1986 en deelnemers nationale studie).

	gedrag huisartsen onder ideale omstandigheden (A)		gedrag huisartsen hier en nu (B)		discrepantie (B/A)	
	NHG-steekproef	nationale studie	NHG-steekproef	nationale studie	NHG-steekproef	nationale studie
HYPERTENSIE						
% systematisch opsporen	77%	73%	25%	22%	0,32	0,30
% systematisch registreren	63%	74%	18%	19%	0,28	0,26
% actie bij wegblijven controle	59%	58%	22%	17%	0,37	0,29
CERVIX						
uitstrijkje bij consult	25%	20%	68%	72%		
oproepen/screenen	64%	69%	5%	3%	0,08	0,04
ROKEN						
meestal/altijd informeren	59%	48%	32%	19%	0,54	0,39
meestal/altijd vastleggen	76%	78%	52%	54%	0,68	0,69
iedereen die te veel rookt adviseren te stoppen	84%	84%	68%	62%	0,81	0,74
ALCOHOL						
meestal/altijd informeren	47%	39%	15%	11%	0,32	0,28
(OVER)GEWICHT						
meestal registreren overgewicht	82%	74%	68%	70%	0,82	0,94
meestal gewicht registreren normale patiënten	45%	40%	17%	16%	0,37	0,40
	N=523	N=186	N=523	N=186		

Tabel 2. Overzicht van preventieve activiteiten door huisartsen eerste half jaar nationale studie (N=93) als percentage van het aantal arts-patiëntcontacten.

	gemiddelde	mediaan	min.	max.
BLOEDDRUK				
% bloeddrukmeting spreekuurcontacten	17 %	16%	7,1%	45,3%
idem voor screeningsdoeleinden	0,5%	0%	0,2%	3,7%
% bloeddrukmeting bij hoofdpijnklaften	28,8%	27%	0 %	64,8%
% bloeddrukmeting bij hartklaften	60,2%	67%	0 %	100 %
% bloeddrukmeting bij pilcontroles	54,8%	61%	0 %	100 %
idem met screeningsoogmerk	8 %	0%	0 %	86,5%
% bloeddrukmeting bij zwangerschapscontrole	61,5%	67%	0 %	100 %
idem met screeningsoogmerk	1,6%	0%	0 %	50 %
BORSTONDERZOEK				
% borstonderzoek bij vrouwen met postpartumcontrole, routine onderzoek	4,8%	2%	0 %	81,8%
borst, anticonceptie of uitstrijkje				
% borstonderzoek bij vrouwen met andere dan bovengenoemde klachten	1,8%	2%	0 %	6,3%
% borstonderzoek vrouwen 10-59 jr	2,2%	2%	0 %	11 %
CERVIX				
% uitstrijkjes bij vrouwen met klachten (buik of genitalia)	3,1%	2%	0 %	13,6%
% uitstrijkjes bij vrouwen met andere dan bovengenoemde klachten	0,6%	0%	0 %	4 %
% uitstrijkjes bij vrouwen die vragen om uitstrijkje of routine onderzoek borst	62,6%	67%	0 %	100 %
% uitstrijkjes bij alle vrouwen 10-59 jr	2,3%	2%	0 %	9,1%
HUISBEZOEK				
% spontane visite bij patiënten	2,7%	2%	0 %	20 %
% spontane visite bij alle 75-plussers	8,1%	5%	0 %	40 %
% spontane visite bij alle 75-plussers zonder achterliggende ziekte	6,7%	4%	0 %	37 %

gebied van ongevraagd en niet aan de klacht gebonden preventie. Sterker nog, juist op het gebied waar de huisarts expliciet een rol heeft gekregen: het opsporen van baarmoederhalskanker, is de machtsloosheid van de huisarts (de kloof tussen zijn wens bepaalde leeftijdscategorieën uit zijn praktijk op te roepen en zijn feitelijke gedrag waar hij alleen consultgebonden te werk gaat) het grootst. Al-

leen waarschuwingen tegen de gevaren van tabaksgebruik worden, volgens de opgave van huisartsen, wat vaker gegeven. Er is wel van enige variatie tussen huisartsen sprake⁸. De algemene teneur is echter duidelijk: preventie, opgevat als de actieve, vroegtijdige, populatiegerichte opsporing van bepaalde ziekten of het zonder 'aanleiding' informeren naar bepaalde leefwijzen, zal niet zomaar onder-

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

deel van het werk van de huisarts worden, alle intenties en goede bedoelingen ten spijt.

Het is daarom niet verwonderlijk dat op zich indrukwekkende en voorbeeldige pogingen van huisartsen om actief en bevolkingsgericht afwijkingen op te sporen, zoals beschreven in de proefschriften van Van Weel en Van Ree en het recent verschenen boek van de Engelse huisarts Julian Tudor-Hart⁹⁻¹¹, over de opsporing en behandeling van hypertensie (Van Ree en Tudor-Hart) respectievelijk van hypertensie en baarmoederhalskanker (Van Weel), zonder follow-up ineen lijken te zakken. Van Zutphen en Van Reek schrijven in een ingezonden stuk in het blad van het Royal College of General Practitioners¹², dat na een enthousiaste start van de aan interventieprogramma's deelnemende huisartsen de daling van de tensie in de praktijkpopulatie en de reductie van roken en overgewicht langzamerhand weer zijn verdwenen. Van Ree heeft een zelfde ervaring gehad¹³.

Men kan zich, dit alles constaterende, de volgende vraag stellen:

- Ten eerste, voor de wetenschappelijke volledigheid: Is het nu echt zo matig gesteld met de populatiegerichte preventie?
- Ten tweede: Zo ja, wat dan nog, is dat nu zo erg?
- Ten derde: Hoe komt dat nu? Is er wat aan te doen?

De eerste vraag is niet helemaal overbodig. We hebben weliswaar met verschillende meetmethoden (zelfrapportage, zelfregistratie maar ook observatie) laten zien dat primaire en secundaire preventie zelden systematisch aan de orde komen in de huisartspraktijk, maar het zou kunnen zijn dat er meer gebeurt dan deze onderzoeksmethoden laten zien. Een aanwijzing daarvoor is te vinden in een onderzoek van Rethans en Van Boven¹⁴, die op een heel listige wijze in 46 huisartspraktijken een getrainde en geïnstrueerde patiënt met een gefingeerde urineweginfectie introduceerden. De pseudo-patiënten rapporteerden hun bevindingen en de deelnemende huisartsen gaven ook achteraf op wat zij in het geval van dit type klachten als regel doen. De onderzochte 'patiënten' rapporteerden vaker dat de huisarts advies en voorlichting gaf dan dat de huisarts dat zelf rapporteerde; dat ging blijkbaar zo vanzelfsprekend dat de huisarts het zich niet eens bewust was: hij bleek gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te bedrijven zonder dat te beseffen. Een vergelijkbare ervaring heeft

Tabel 3. Relatie tussen gerapporteerd en feitelijk preventief gedrag van huisartsen deelnemend aan de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1e halfjaar).

feitelijke activiteit	niet of nauwelijks	enigszins	meer dan gemiddeld	naar verhouding veel	totaal
GERAPPORTEERD PREVENTIEF GEDRAG HIER EN NU					
relatief weinig	19 (76%)	16 (67%)	13 (56%)	6 (28%)	54
relatief veel	6 (24%)	8 (33%)	10 (44%)	15 (72%)	39
totaal	25	24	23	21	93
GERAPPORTEERD PREVENTIEF GEDRAG ONDER IDEALE OMSTANDIGHEDEN					
relatief weinig	19 (60%)	16 (46%)	13 (48%)	6 (52%)	54
relatief veel	10 (40%)	13 (54%)	12 (52%)	10 (48%)	39
totaal	25	24	23	21	93

Tabel 4. Riskante leefgewoonten van huisartsen.

	1983 Adriaanse (N=98)	1986 NHG (N=523)	1988 nat. studie (N=186)
ROKEN			
rookt wel eens	56%	43%	36%
nooit gerookt	12%	21%	23%
> 10 sigaretten/> 10 shag per dag		13%	13%
5 sigaren/5 x pijp per dag		6%	4%
vindt dat hij te veel rookt (van de rokers)		50%	63%
afgelopen jaar poging tot stoppen		35%	43%
ALCOHOL			
tenminste 1 x per week > 4 glazen		27%	22%
tenminste 1 x per week > 6 glazen	11%		
GEWICHT			
Quetelet-index > 27	19%	11%	10%
Quetelet-index > 30	2%	1%	3%
gewicht > 90 kg		9%	7%

Sluijs¹⁵, als zij fysiotherapeuten observeert en hen bovendien laat registreren wat ze aan patiëntenvoorlichting doen: registratie geeft onderrapportage aan van (terloopse) opmerkingen in de GVO-sfeer.

Toch is het niet waarschijnlijk, dat de huisarts zich in dit geval (het typisch bevolkingsgericht opsporen van aandoeningen of riskante gewoonten) niet van zijn handelingen bewust zou zijn. Dan zouden de observaties anders hebben uitgepakt en dan zou er ook niet zo'n kloof tussen het ideale en het feitelijke gedrag zijn geweest. Laten we er dus maar van uitgaan dat de gepresenteerde cijfers kloppen.

De volgende vraag is dan: is dat nu zo erg? Daarmee belanden we midden in de discussie over het 'nut' van met name screening en bevolkingsonderzoek. Veel eerbiedwaardige instanties: het Engelse Royal College of General Practitioners¹⁶, de Engelse beroepsvereniging van psychiateren (over alcohol), het ministerie van WVC (met zijn 'Nota 2000'¹⁷), de Wereldgezondheidsorganisatie ('Health for all in the year 2000') en niet te vergeten de Landelijke Huisartsen Vereniging met het Basistakenpakket¹⁸, vinden allemaal

dat preventie 'moet' en dat de huisarts door een verlaging van de praktijkgrootte en door specifieke honorering in staat zou moeten worden gesteld deze taken ook uit te voeren. Daar staan kritische geluiden tegenover. De discussie spitst zich toe op de vraag of consultgebonden dan wel klachtgebonden preventie niet voldoende is. Een goed overzicht van de voors en tegens biedt het NHG-congres van november 1986¹⁹.

Dit artikel heeft niet de pretentie veel aan deze discussie bij te dragen. Een kleinigheid misschien toch, op persoonlijke titel: Diep in mijn hart vind ik het niet zo erg dat mijn huisarts mijn bloeddruk niet meet. Ik zou me er misschien zelfs ongemakkelijk onder voelen, omdat ik dan bij de aanvraag van een levensverzekering of van een aanvullende pensioen- of arbeidsongeschiktheidsverzekering waarin ik probeer de afnemende collectieve solidariteit op individuele wijze bij te verzekeren, het resultaat van die peiling móet opgeven en bovendien moet melden dat men uiteraard contact met mijn arts mag opnemen. Een weigering dat laatste doen, is een garantie voor het niet verstrekken van de verzekering. Een verzekeringsmaatschappij (schadeverzeke-

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

ringsmaatschappij heet dat in het geval van een ziektekostenverzekering) hoeft geen 'brandend huis' te verzekeren. Volgens oud-staatssecretaris Van der Reijden is een man van boven de 45 verzekerings technisch een 'brandend huis'. De sociale implicaties van een afwijkende waarde kunnen aanzienlijk zijn en kunnen op deze manier de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt bedreigen. Het gaat hier om een veel breder terrein dan de HIV-test, zoals ook al eerder van verschillende zijden is betoogd²⁰.

Terugkomend op de vraag: 'Is het nu zo erg?', is het antwoord: 'Ja' volgens de officiële gezondheidswereld, en: 'Hm, mja, och' volgens de sceptische critici, onder wie ik mezelf dan ook maar schaar. *Vraag 3* was wat eraan te doen is.

Ten eerste zou men moeten ophouden met het koppelen van praktijkverkleining en wijziging van de honoreringssystemen van huisartsen en specialisten aan de alsdan vrijkomende mogelijkheden voor preventieve handelingen. Het is een illusie, te denken dat huisartsen bij praktijkverkleining een praktijk gaan screenen; een al te sterke koppeling van deze twee zaken maakt de onderhandelingen betrekkelijk kwetsbaar.

Ten tweede, als er op bepaalde punten, zoals de vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker, consensus is over de medische en maatschappelijke gewenstheid en men wil (om een veelheid van op zichzelf redelijke argumenten) daarvoor geen aparte dienst in het leven roepen of het aan de basisgezondheidsdiensten overlaten, en het blijkt – zoals hiervoor aangetoond – dat de huisarts met de handen in het haar zit, dan zou het te overwegen zijn te experimenteren met samenwerkingsvormen tussen basisgezondheidsdiensten en huisartspraktijken, al dan niet groepsgewijs georganiseerd; de huisarts kan de resultaten van het bevolkingsonderzoek inpassen in zijn dagelijkse patiëntenzorg, terwijl de administratieve routine en de epidemiologische feed-back door de openbare gezondheidszorg kunnen worden geleverd. Het zou de moeite waard zijn dit type samenwerking verder uit te werken en in de praktijk verder te beproeven. In het Nijmeegs RIFOH-project zijn met deze samenwerkingsvorm gunstige ervaringen opgedaan²¹, terwijl in Rotterdam op de hier beschreven wijze de GG&GD en huisartsen gaan samenwerken bij de opsporing van baarmoederhalskanker (Volkskrant 30 augustus 1988). Nadere uitwerking vindt men verderop bij Van der Velden⁸.

Tenslotte zou men kunnen wijzen op de ervaringen van huisartsen die zich een computer met uitgebreid patiënteninformatiepakket hebben aangeschaft, bijvoorbeeld het zeer uitgebreide (wetenschappelijke) Elias-pakket. Dit laatste pakket bevat een programma dat bevolkingsonderzoek in de huisartspraktijk goed mogelijk maakt; het vergt alleen een behoorlijke investering in tijd om alles ingevoerd te krijgen en, vooral, bij te houden.

Afsluitend terug naar de titel: 'Preventie, een kwestie van routine?' Volgens sommigen moet daar inderdaad een vraagteken achter, volgens anderen een uitroep-teken. Op zich is de vaststelling juist: preventie is een kwestie van routine. Punt. De routine staat echter haaks op de patiëntenzorg, en dat is het voornaamste probleem. □

Literatuur

1. Verhaak PFM, Vries PJ de. Mening over preventie. Utrecht: Nivel, 1987.
2. Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
3. Boerma WGW. Preventieve zorg in groepspraktijken en gezondheidscentra. Utrecht: Nivel, 1985.
4. Calnan M. Variations in the range of service provided by general practitioners. *Family Practice* 1988; 5: 94-104.
5. Zutphen W van. De taken van de huisarts. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
6. Witte L de, Adriaanse H. De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt? In: Boerma WGW, Hingstman L. (red.) De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.
7. Adriaanse HP. Health, profession and behaviour. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1988.
8. Velden J van der. Randvoorwaarden voor een preventiemodel in de jaren '90. *Medisch Contact* 1989; 44: 78-81.
9. Weel Chr van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.
10. Ree JW van. Het Nijmeegse interventieproject. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
11. Tudor-Hart J, Stillwell B, Muir Gray JA. Prevention of coronary heart disease and stroke. London: Faber & Faber, 1988.
12. Zutphen W van, Reek J van. Journal of the Royal College of General Practitioners 1988; 38: 228 (ingezonden brief).
13. Ree JW van, Gerwen W van, Hoogen H van den. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 53-8.
14. Rethans JJE, Boven CPA van. Simulated patients in general practice; a different look at the consultation. *British Medical Journal* 1987; 294: 809-12.
15. Sluijs EM. Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten, 1, ontwikkeling van het observatieprotocol. Utrecht: Nivel, 1988.
16. Royal College of General Practitioners. Promoting prevention. 1983 (occasional paper 22).
17. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
18. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1987.
19. Huisarts en Praktijk. Themanummer over preventie. Supplement bij *Huisarts en Wetenschap* 1986; 29.
20. Roscam Abbing HDC. Aids en verzekeringen; een test-case. *Medisch Contact* 1988; 43: 53-4.
21. Schraven DLM, Ree JW van der. Invoering van een eerstelijnsprogramma ter preventie van hart- en vaatziekten. In: Boerma WGW, Hingstman L. (red.) De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.

Een preventiemodel voor de jaren negentig

J. van der Velden

Men wil dus wel, maar doet het niet of aarzelt sterk (zie Van der Zee en Verhaak hiervoor): toch erkent iedereen, dat de huisartspraktijk voor veel preventieve activiteiten de basis bij uitstek is. Hoe nu? Op het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerste lijnsgezondheidszorg, het Nivel te Utrecht, is nagedacht over en werk verzet voor een preventiemodel voor de jaren die volgen. Dat is gebeurd onder leiding van de arts-epidemioloog J. van der Velden.

Na lezing van het hiervoor afgedrukte artikel van Van der Zee zou een ambivalent beeld over preventie in de huisartspraktijk kunnen blijven hangen¹: men wil wel, maar doet het niet of aarzelt sterk, terwijl iedereen erkent dat de huisartspraktijk ten aanzien van de meeste preventieve programma's in een positie verkeert die effectvolle resultaten waarborgt. Om uit deze impasse ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk te komen, waar met name beleidsmakers tegenaan lijken te lopen, is in eerste instantie met behulp van materiaal uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk gezocht naar: 'Wat bepaalt of er in een huisartspraktijk al dan niet aan preventie wordt

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

gedaan?² Op basis van de door Van der Zee gememoreerde activiteiten, te weten screening hypertensie, cervixcarcinoom, mammacarcinoom en preventief bezoek bejaarden – alle al dan niet anticiperend uitgevoerd – is een preventie-index geconstrueerd en is nagegaan of deze index samenhangt met een bepaald type huisarts, met de praktijksetting en met de aard van het werk in de huisartspraktijk. Vervolgens is aan de hand van de resultaten van deze analyse een model ontwikkeld dat ons inziens een betere implementatie van preventieve programma's via de huisartspraktijk waarborgt.

TYPE HUISARTS

Ten behoeve van de analyses aangaande het type huisarts is gekeken naar die huisartsen die het eerste half jaar materiaalverzameling van de nationale studie voor hun rekening hebben genomen (N=83); zij zijn werkzaam in 48 praktijken. Het volgende beeld komt dan naar voren van preventief werkende huisartsen:

Het gaat in het algemeen om jongere (< 40 jaar) en vrouwelijke huisartsen die buiten de steden van meer dan 100.000 mensen werken. Het type praktijk en de praktijkomvang doen er niet toe. Dat de jongere huisarts wat meer tot preventie neigt, zou een gevolg kunnen zijn van de introductie van de opleiding tot huisarts, nu ruim vijftien jaar geleden. Wat betreft de vrouwelijke huisarts, moeten we ons realiseren dat onze preventie-index vanwege screening cervixcarcinoom en mammacarcinoom een oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten impliceert, vrouwelijke patiënten op wie de vrouwelijke huisarts aantrekkingskracht uitoefent³. Hiermee is een mogelijke verklaring voor de 'preventievere' vrouwelijke huisarts gevonden. Daar dient aan te worden toegevoegd dat de meeste vrouwelijke huisartsen onder de 40 jaar zijn en om die reden preventiever werken. Bij de huisartsen in de grote steden moet worden opgemerkt, dat vrijwel zeker GG&GD-activiteiten een compensatie vormen voor geringere activiteiten van huisartsen. Evenwel moeten we ervoor beducht zijn dat juist bepaalde risicogroepen (bejaarden/allochtonen) uit de boot kunnen vallen, hetgeen bijvoorbeeld in de Engelse binnensteden zo duidelijk voorkomt (Acheson report⁴). Dat praktijkvorm en praktijkgrootte er niet toe doen, is van belang voor het overheidsbeleid. Waar samenwerking en praktijkverkleining als randvoorwaarden voor een versterking van de – op preventie ge-

oriënteerde – eerste lijn worden gepropageerd (Nota 2000⁵), moeten we ons nu afvragen of dit terecht is.

Het hierboven geschetste beeld van de preventief werkende huisarts komt goed overeen met wat in Groot-Brittannië is waargenomen⁶. Om dit beeld te completeren, hebben we gekeken of er een verband bestaat tussen het vermijden van riskante leefgewoonten (te weten roken en alcoholgebruik) onder huisartsen en de preventie-index (tabel 1). Uit het materiaal dat we tot op heden hebben geanalyseerd, blijkt geen statistisch verband. Echter, als we kijken naar de tabel, dan valt meteen op dat de elf niet-rokende en niet-drinkende maar wel preventief werkende huisartsen de kleinste groep vor-

Tabel 1. Riskante leefgewoonten van huisartsen naar score preventie-index.

		Riskante leefgewoonten		
		+	-	totaal
preventie index	+	21	11	32
	-	23	23	46
		44	34	78

Tabel 2. Percentage afwijking door huisarts opgegeven en door Nivel getelde praktijkpopulatie naar aantal praktijken.

% afwijking	aantal praktijken (N=103)
0 -	45
4 -	33
10 -	17
20 -	8

Tabel 3. Aantal FTE's assistentie per normpraktijk (apothekhoudend en niet-apotheekhoudend)

	aantal FTE's assistentie per 2.350 patiënten
alle praktijken (N=103)	0,84 (0 - 2,1)
apothekhoudend (N=23)	1,04 (0,6 - 1,7)
niet-apothekhoudend (N=80)	0,79 (0 - 2,1)

Tabel 4. (Voorlopige) top-tien morbiditeit naar contact in huisartspraktijk (in procenten).

	aantal contacten (N=241.583) %
1. hypertensie	6,16
2. bovenste-luchtweginfectie	3,23
3. orale anticonceptie	2,94
4. psychische klachten	2,68
5. eczeem	2,13
6. spierklachten	1,86
7. cystitis	1,74
8. slaapproblemen	1,67
9. acute bronchitis	1,56
10. diabetes mellitus	1,51

men. Dit duidt erop dat een voorbeeldfunctie (niet roken, niet drinken) niet automatisch leidt tot meer preventiewerk in de praktijk. Mogelijk blijkt die voorbeeldfunctie op specifieke deelterreinen wél een rol te spelen.

PRAKTIJKSETTING

Wij verhuizen van het niveau van de huisarts naar dat van de huisartspraktijk. Het niveau waarop de meeste perspectieven voor preventie te vinden zijn. Voor een goede uitvoering van – wetenschappelijk gefundeerde – preventieve programma's zijn identificatie van 'population at risk' en gestandaardiseerde werkwijze essentieel. Daarvoor zijn bij uitvoering via de huisartspraktijk een up to date patiëntenregister en inzet van (paramedisch) hulp personeel voorwaarden. Op deze twee aspecten zal dan ook nader worden ingegaan.

Wanneer de patiëntenregisters van alle praktijken (N=103) die aan de nationale studie hebben deelgenomen, in ogenschouw worden genomen, dan geldt er maar één conclusie: de administratie van de 'kaartenbak' in de meeste huisartspraktijken is een bijzonder verwaarloosd terrein (en dan druk ik mij nog zacht uit). Als epidemioloog denk je in eerste instantie een prachtige noemer te vinden. Dát werd, zelfs in geautomatiseerde praktijken, bijzonder snel achterhaald. Van de 103 praktijken in onze studie waren er 33 met in hun administratie patiëntenaantallen, die bij telling door ons circa 4% (= bij een normpraktijk ongeveer 100 patiënten) afweken van de door de huisarts opgegeven aantallen één tot twee maanden vóór telling; 17 praktijken weken circa 10% af en 8 praktijken circa 20% (tabel 2).

Er ligt hier dus een groot probleem, dat evenwel niet direct de huisarts in de schoenen kan worden geschoven. De hoge mobiliteit van patiënten, vooral in de grote steden, maakt opschoning van het patiëntenbestand tot een dagtaak. En wat voor een belang heeft de huisarts bij een up to date register: voor zijn zorg aan individuele patiënten heeft hij dat niet persé nodig en de vele tijd en energie die het kost om wel te registreren zijn beter te besteden.

Automatiseren is een deel van de oplossing. Immers, ook hierbij wordt 'updating' verlangd, zoals wij al hebben geconstateerd. Maar dan nóg zijn we er niet. Uit ons onderzoek blijkt, dat automatisering vooral plaatsvindt in apothekhoudende praktijken en wordt uitgevoerd

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

door hobbyisten en *niet* samengaat met een preventieve oriëntatie van de huisartspraktijk. Bovendien, als een geautomatiseerd patiëntenregister ten behoeve van preventie zou worden opgezet, kunnen we het ons niet meer permitteren daar slechts leeftijd en geslacht in op te nemen: daar horen voor een goede identificatie van de 'population at risk' ook sociale variabelen in voor te komen. Immers, we weten dat op preventief terrein de meeste winst te behalen valt bij sociaal-bepaalde risicogroepen.

Al met al ligt hier een uitdaging en tegelijk een zware taak, waarvan we ons moeten afvragen of deze met de huidige personele bezetting binnen de huisartspraktijk kan worden vervuld. Dit brengt ons op het punt van het (paramedisch) hulp-personeel. De huidige stand van zaken is (tabel 3), dat binnen de 103 praktijken van onze studie, omgerekend naar een normpraktijk van 2.350 patiënten, er 0,84 FTE (functie-tijdeenheid) assistentie aanwezig is, waarbij de apotheekhoudende praktijken zich – uiteraard – onderscheiden met een hoger aantal FTE (1,04 FTE) ten opzichte van de niet-apotheekhoudende praktijken (0,79 FTE). Ondanks de vrij grote spreiding van het aantal FTE assistentes, is ook hier geen relatie met de preventie-index te vinden. Dat wil zeggen, dat meer – of liever minder tekort aan – assistentie nog niet leidt tot meer preventie, en dat is eigenlijk jammer. De praktijkassistent zou bijzonder geschikt (te maken) kunnen zijn voor het gestandaardiseerd afwerken van een aantal preventieve handelingen, naast haar huidige werkzaamheden. Dat vergt een delegatie van taken, die veel huisartsen nog zwaar valt. Deze aarzeling wordt evenwel weerlegd in onderzoeken, van Van Ree (1981) en Den Haan (1986)^{7,8}, die delegatie van taken in hun praktijken hebben toegepast en hebben ontdekt dat assistentes standaardprocedures als bloeddrukmeting zeker zo goed, zo niet beter, uitvoeren als huisartsen. Men kan zelfs nog verder gaan: waarom lukt huisartsen niet, waar specialisten in ziekenhuizen totaal geen probleem mee hebben?

Ten aanzien van de delegatie van preventieve taken aan de praktijkassistent speelt nog iets anders: uit het reeds eerder geciteerde Engelse onderzoek komt naar voren⁶, dat hoe meer preventief de huisarts denkt en werkt, hoe meer hij delegaert. De impasse ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk is hier heel duidelijk zichtbaar: enerzijds wordt van de huisarts een mentaliteitsverandering

gevraagd, anderzijds zijn er financieel-organisatorische overwegingen: wie betaalt de extra assistentie die nodig is voor een goed bijgehouden geautomatiseerd patiëntenregister en de uitvoering van preventieve programma's en hoe goed is dit in te passen in de praktijkvoering? Wat de mentaliteitsverandering betreft, zijn er goede perspectieven: de door Schellevis op het laatste KNMG-Ledencongres besproken populatiegerichte benadering is een prima uitgangspunt voor én effectieve opsporing én kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde in het algemeen. Op de financieel-organisatorische problematiek komen we dadelijk terug via een voorstel voor een alternatief preventiemodel.

In ieder geval is duidelijk dat voor een goede implementatie van preventieve programma's via de huisartspraktijk (paramedisch) hulp-personeel onmisbaar is, want het is nauwelijks voorstelbaar – en uit kosten-effectief oogpunt eigenlijk foutief – dat de huisarts naast zijn zich steeds uitbreidende takenpakket nog even collectieve preventie gaat doen. Het is zinniger dat de huisarts de zorg voor individuele patiënten optimaliseert: door verbetering van diagnostiek en behandeling, gecombineerd met meer aandacht voor patiënten die moeten worden verwezen of zijn verwezen, valt er veel te verdienen voor onze gezondheidszorg.

AARD WERK

Geconstateerd is dat er weinig aan preventie wordt gedaan, uitzonderingen daargelaten. Het kan ook nauwelijks anders, als we zien hoeveel contacten de gemiddelde huisartspraktijk in onze studie per dag afhandelt: omgerekend naar

een individuele praktijk, zijn dat er bijna vijftig, en dan zijn telefoontjes om uitslagen, afspraken en allerlei overleg niet eens meegenomen.

Inhoudelijk is er een morbiditeits-top-tien, die in totaal 25% van alle contacten omvat; zie tabel 4 (deze vaststelling is gebaseerd op tweederde van ons materiaal). Het valt dan op, dat het huidige werk zich, buiten hypertensie om, weinig verdraagt met de ziekte-categorieën waar de collectieve preventie zich nu op richt. Dat kan evenwel anders worden. Zelf hebben we al een voorbeeld: uit het zuid-oosten van Noord-Brabant is bij ons het verzoek gekomen eens te kijken naar het percentage patiënten met eczeemachtige huidaandoeningen ter plekke en dit te vergelijken met gegevens van elders, omdat er een verband zou bestaan tussen de ammoniakuitstoot van de bio-industrie en het voorkomen van eczeem. Een typisch huisartsgeneeskundig probleem krijgt ineens aandacht op populatieniveau: daar moet het naar toe.

Laten we de balans opmaken. Enerzijds weten we dat de huisarts goed in staat is risicopatiënten te identificeren, vanwege zijn veelvuldige contacten met patiënten en zijn kennis van sociale achtergronden, en goed begeleiding kan geven, niet alleen aan personen bij wie een aandoening is geconstateerd maar ook aan hen bij wie dat onterecht wel of niet is gebeurd, de zogenoemde vals-positieven en vals-negatieven. Anderzijds is het druk in de praktijk, is de gepresenteerde problematiek van een andere orde dan die waar collectieve preventie zich op richt en is de praktijk onvoldoende geëquipeerd voor preventie.

PREVENTIEMODEL

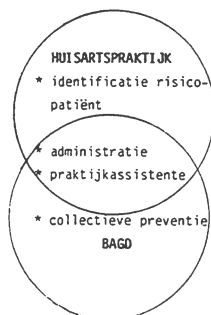
De determinanten van preventie in de huisartspraktijk hebben we nu vastgelegd. Daardoor is het mogelijk en aantrekkelijk een alternatief voor het huidige model met betrekking tot preventie in de huisartspraktijk te ontwerpen.

Op basis van de filosofische gedachte: 'Only connect . . .'⁹, is het volgende model uitgewerkt, dat de – veelvuldig gesuggereerde – samenwerking huisartspraktijk-basisgezondheidsdienst tot kern heeft. Uitgangspunt voor de ontwikkeling van het model is, dat de bestaande specifieke functies van beide partijen (zie figuur 1) zoveel mogelijk intact worden gehouden. De huisartspraktijk doet, al dan niet geïntegreerd in haar dagelijkse patiëntenzorg, aan individuele preventie, houdt de patiënt als werkniveau en heeft

Figuur 1.



Figuur 2.



PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

– daardoor (?) – een vertrouwenspositie en heeft overzicht van respectievelijk inzicht in de praktijkpopulatie. De basisgezondheidsdienst (BAGD) doet op (sub)regionaal niveau aan collectieve preventie en houdt de 'population at risk' als werkniveau. Wat wordt er nu aan toegevoegd (zie ook *figuur 2*)?

1. De administratie van niet-medische patiëntgegevens in de huisartspraktijken wordt geautomatiseerd en vervolgens bijgehouden met assistentie van de basisgezondheidsdienst, die op zijn beurt dit patiëntenregister in een eigen 'database' opneemt. Indien dit voor alle in de (sub)regio aanwezige praktijken wordt gedaan, krijgt de basisgezondheidsdienst een overzicht van de totale populatie in het werkgebied, van belang voor opzet en uitvoering van een eigen preventiestrategie.
2. De praktijkassistente wordt door de basisgezondheidsdienst getraind voor en begeleid bij de uitvoering van een aantal preventieve programma's (waarvoor zij competent is). Indien de huidige 0,8 FTE assistentie per normpraktijk naar 1 FTE wordt opgetrokken, zal dit voldoende zijn voor deze extra taken.
3. De huisarts identificeert binnen zijn dagelijkse zorg risicopatiënten (anticiperende geneeskunde) die op vrijwillige basis worden verwezen naar het collectieve programma, dat zoveel mogelijk binnen de huisartspraktijk wordt geïmplementeerd.

Naast het gescheiden belang – ieder moet zijn eigen specifieke werk kunnen voortzetten – is er ook een wederzijds belang in het model ingebouwd:

- De basisgezondheidsdienst verleent diensten (automatisering administratie/training c.q. begeleiding praktijkassistenten) en ontvangt een geanonimiseerd overzicht van de populatie, een goede bereikbaarheidsgraad van zijn programma's en een hoge score van 'case-finding'.
- De huisartspraktijk verleent diensten (identificatie en begeleiding risicopatiënten) en ontvangt een up to date patiëntenregister en een praktijkassistente, die hem werk uit handen kan nemen. Voor de patiënt is er het voordeel, dat het preventieve programma nu dichtbij wordt uitgevoerd en dat de continuïteit ervan ook beter is gewaarborgd.

Met het model dient flexibel te worden omgegaan: wanneer huisartsen geïnteresseerd zijn, moet het mogelijk zijn dat bepaalde activiteiten op het terrein van

de collectieve preventie door hen worden overgenomen. Anderzijds moet worden beseft dat niet alle collectieve preventie via de huisartspraktijk kan worden gerealiseerd, óf om technische redenen óf vanwege de aard van het programma.

MOGELIJKE KNELPUNTEN

De nationale studie is voor wat betreft de ondersteuning bij de administratie een 'pilot-study' geweest voor het hier gepresenteerde preventiemodel, met het Nivel in de rol van BAGD. Een aantal mogelijke knelpunten van het model hebben wij onder ogen gehad:

– *kosten (1)*. Er zullen meer praktijkassistenten nodig zijn, maar de huisarts wordt routinewerk uit handen genomen, waardoor deze meer tijd kan besteden aan de verbetering van de zorg aan individuele patiënten. Dit kan veel geld opleveren.

– *kosten (2)*. De basisgezondheidsdienst zal op het terrein van de automatisering investeringen moeten doen, maar die vinden los van de huisartspraktijk ook al plaats. Het model slaat eigenlijk twee vliegen in één klap: losse 'population surveys' c.q. screeningprogramma's zijn qua organisatie eenvoudiger uit te voeren en de huisartspraktijk is voor een essentieel deel geautomatiseerd.

– *samenwerking*. Terwijl in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen samenwerking niet zo vanzelfsprekend lijkt, zijn onze ervaringen met aselect gekozen huisartspraktijken bijzonder goed te noemen. De behulpzaamheid van huisartsen en praktijkassistenten om het patiëntenregister 100% rond te krijgen is bijzonder groot, terwijl het werk taai is. Voor het overige was de medewerking trouwens ook goed en hebben wij vrouwen in een samenwerking tussen basisgezondheidsdienst en huisartsen¹⁰.

– *privacy*. De ernst van dit mogelijke knelpunt kan vooraf niet genoeg worden gezien: pas dan krijgt men volop medewerking. Het opstellen van een deugdelijk privacy-reglement en een goede open opstelling tegenover patiënt en huisarts heeft ons met elkaar veel inspanning gekost, maar de beloning is dat van de 340.000 patiënten in ons bestand slechts een handvol om radicale verwijdering heeft verzocht. Een dergelijke inspanning moet dan ook worden beschouwd als een verplichting die vruchten afwerpt.

BESLUIT

Er ligt een uitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg: er kan een daad richting 'primary health care', zoals de Wereldgezondheidsorganisatie deze propageert en die door onze overheid is overgenomen, worden gesteld, zonder dat dit binnen de huidige Nederlandse constellatie tot veel aanpassingen (c.q. kosten) hoeft te leiden. De relatieve achterstand die Nederland op dit terrein heeft opgelopen, vergeleken bij een aantal ons omringende landen, kan zo in één klap worden omgezet in een voorsprong. □

Literatuur

1. Zee J van der, Verhaak PFM. Preventie: een kwestie van routine? Medisch Contact 1989; 44: 75-8.
2. Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
3. Kortenhoeven D. Vrouwelijke huisartsen en vestiging in het vrije beroep. (Nog niet gepubliceerd.)
4. London Health Planning Consortium Primary Health Care in Inner London. London: LHPC, 1981 (Acheson report).
5. Nota 2000; over de ontwikkelingen van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1986.
6. Calnan M. Variations in the range of services provided by general practitioners. Family Practice 1988; 94-104.
7. Ree JW van. Het Nijmeegse interventieproject. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen 1981.
8. Haan J den. De doktersassistente. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen. Lelystad: Meditekst, 1986.
9. Forster EM. Howards End. London, 1910.
10. Nederlands Huisartsen Genootschap/Vereniging van Directeuren van Basisgezondheidsdiensten. PreTensieproject 1987.

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Health for all by the year 2000?

Hoe ziek is de WAO?

De doorsnee-WAO'er is ziek én ongelukkig

In de discussies over de WAO zijn de emotionele ondertonen langzamerhand gaan overheersen boven feitelijk informatie.

Bepalend in die ondertonen is, dat de maatschappelijke waardering van de WAO geleidelijk aan is verschoven: tot voor kort was de WAO gewoon een recht op uitkering, waar iedere werknemer zijn hele arbeidzame leven lang verzekeringspremie voor had betaald. De toenemende internationalisering zorgde voor een vrij algemene nationale trots op 'ons' stelsel van sociale voorzieningen: toch mooi dat er hier een voorziening bestaat voor mensen die hun werk niet meer kunnen verrichten. Dat sentiment was nodig om de volgende stap te kunnen zetten, toen de WAO ontegenzeggelijk te duur werd en de verhouding tussen werkenden en niet-werkenden – ook in internationaal opzicht – onweerlegbaar scheef kwam te liggen: de heersende opinie werd, dat te veel mensen te lang gebruik maken van de WAO; de termen 'oneigenlijk gebruik' en 'misbruik' waren niet langer taboe. De WAO'er werd van 'de zwakkere in de samenleving, die het verdient beschermd te worden', via 'een bofkont, die blij moet zijn in Nederland te wonen' tot 'een klager die op grond van vooral psychische problemen zijn hele verdere leven een riant uitkering geniet'. Iedere Nederlander kent wel iemand die aan dat laatste profiel voldoet. En in alle kranten verschenen treffende casusbeschrijvingen. Dát was het *sociale klimaat* waarin het gewraakte kabinetsplan rond de WAO werd gepresenteerd. De WAO had geleidelijk een negatieve emotionele ondertoon gekregen; het klimaat leek rijp voor een forse ingreep. Niet dus. Arbeidsongeschiktheid is – meer dan werkloosheid – een situatie die in principe iedereen kan treffen en bovendien een situatie waarin de kansen op de arbeidsmarkt principieel worden verkleind, waardoor vrijwel voor iedere werknemer het

Mw. Dr. J. M. Bensing,
Dr. D. H. de Bakker en
J. van der Velden

In de discussie over de WAO wordt verrassend weinig uitgegaan van feitelijke informatie over de WAO'ers en hun gezondheid. Welnu, de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk heeft gegevens opgeleverd waaruit blijkt dat WAO'ers in alle opzichten beduidend ongezonder zijn dan hun leeftijdgenoten in andere maatschappelijke posities; het betreft vooral aandoeningen met een chronisch karakter. Een bericht uit het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel in Utrecht.

perspectief van een leven op het bestaansminimum een angstig realistisch karakter kreeg. Zoals wel vaker gebeurt bleek ook nu de *individuele angst* sterker dan de collectieve morele kritiek, met als gevolg dat Nederland in zijn volle breedte over de kabinetsplannen is gevallen. Maar ook daarin overheersen de emotionele ondertonen.

Hoe terecht en belangrijk deze reacties ook zijn, ze brengen een rationele oplossing van de WAO-problematiek niet dichterbij. Er is geen weg terug: er zal iets met de WAO moeten gebeuren om het uitdijende gebruik dat ervan wordt gemaakt te verminderen. Om echter te voorkomen dat de besluitvorming plaatsvindt op basis van mythische beeldvorming is het van belang de *feiten* rond de WAO'ers goed op een rijtje te zetten: hoe ziek of gezond is de WAO'er? Daarnaast is een analyse nodig van het WAO-systeem als zodanig: hoe ziek of gezond is het WAO-systeem? Door beide analyses

met elkaar te combineren, wordt het mogelijk een oplossingsrichting aan te geven.

De gegevens over het medisch profiel van de WAO'ers zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹ Ten behoeve van deze grootschalige, landelijke studie hebben 161 huisartsen gegevens verzameld over alle patiënten die gedurende een periode van drie maanden contact met hun huisarts hebben gehad (n=386.000). Uit iedere praktijk is bij een steekproef patiënten een uitvoerige enquête afgenomen over hun gezondheid en hun contacten met de gezondheidszorg (n=13.000). Van vrijwel alle patiënten in de desbetreffende huisartspraktijken zijn achtergrondgegevens bekend (n=335.000). Naast leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en woonsituatie zijn dit ook gegevens over beroep en bron van inkomsten (waaronder sociale uitkeringen).² Met behulp van deze gegevens is het dus mogelijk een beeld te krijgen van de feitelijke gezondheidstoestand en medische consumptie van mensen die een uitkering ontvangen krachtens de AAW/WAO (in het vervolg kortweg aangeduid als WAO'ers), vergeleken met mensen die een betaalde baan hebben, het huishouden doen of werkloos zijn. Het voordeel van deze gegevens is dat ze niet gecontamineerd zijn met de WAO-discussie: ze zijn in 1987/1988 verzameld, juist voordat de WAO-discussie actueel werd; bovendien zijn ze verzameld in het kader van een grootschalig onderzoek naar het functioneren van de Nederlandse huisarts, waarbij de maatschappelijke positie van de patiënt slechts een van de vele achtergrondkenmerken is; WAO'ers zullen niet de neiging hebben gehad zich vanwege het onderzoek ongezonder voor te doen dan ze zijn. Nieuw in de gepresenteerde gegevens is dat voor het eerst op landelijk niveau cijfers bekend zijn over de medische beoordeling door de huisarts van

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Tabel 1. AAW/WAO'ers naar beroepsklasse; absoluut en als percentage van alle werkenden, werklozen en AAW/WAO'ers in de desbetreffende beroepsklasse, exclusief beroep onbekend.

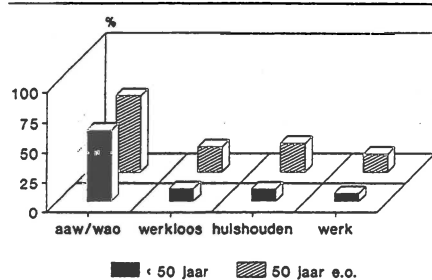
	< 50 jaar		50 jaar e.o.	
	abs.	%	abs.	%
wetenschappelijke en vakspecialisten, kunstenaars	123	1,3	78	12,2
beleidsvoerende en hogere leidinggevende functies	51	1,4	185	13,2
administratieve functies	261	1,5	407	15,3
commerciële functies	153	2,3	272	17,6
dienstverlenende functies	295	3,0	420	20,2
agrariische beroepen, vissers, e.d.	97	3,1	200	13,8
ambachts-, industrie-, transportberoepen en aanverwante functies	1.207	4,9	2.172	32,9
totaal*	2.342	2,8	3.999	21,7

*Inclusief beroep niet classificeerbaar.

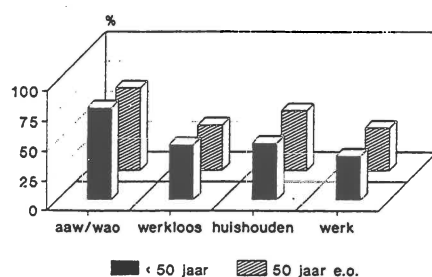
Tabel 2. Percentage van de bevolking met lichte, matig ernstige en ernstige somatische chronische aandoeningen.

	AAW/ WAO	werk- loos	huis- hou- den	wer- kend
LICHTE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	37	26	39	28
50 jaar e.o.	43	26	43	30
MATIG ERNSTIGE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	54	26	20	17
50 jaar e.o.	62	37	41	36
ERNSTIG CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	46	14	11	10
50 jaar e.o.	48	19	20	17

Figuur 1. Percentage van de bevolking dat de gezondheid minder dan goed inschat.



Figuur 2. Percentage van de bevolking met meer dan drie acute klachten in de laatste veertien dagen.



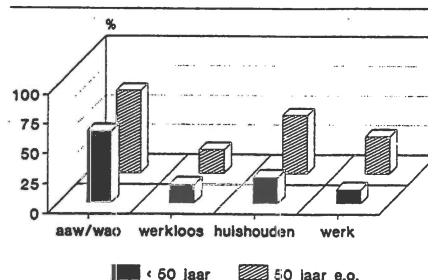
Tabel 3. Percentage van de bevolking dat de afgelopen twee maanden contact heeft gehad met respectievelijk de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut, dan wel de laatste veertien dagen voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt.

	AAW/ WAO	werk- loos	huis- hou- den	wer- kend
CONTACT MET DE HUISARTS				
< 50 jaar	60	29	45	36
50 jaar e.o.	49	37	43	33
CONTACT MET DE MEDISCH SPECIALIST				
< 50 jaar	42	13	17	12
50 jaar e.o.	32	18	19	15
CONTACT MET DE FYSIOTHERAPEUT				
< 50 jaar	45	10	12	14
50 jaar e.o.	26	12	18	18
GEBRUIK VOORGESCHREVEN MEDICIJNEN				
< 50 jaar	45	21	25	18
50 jaar e.o.	60	30	44	30

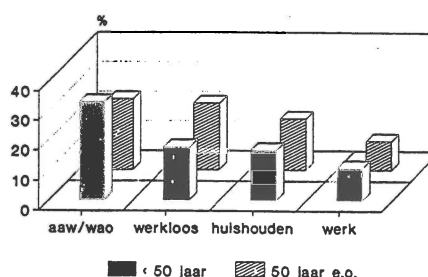
Tabel 4. Percentage patiënten dat in drie maanden met lichte, matig ernstige en ernstige somatische chronische aandoeningen bij de huisarts is geweest.

	AAW/ WAO	werk- loos	huis- hou- den	wer- kend
LICHTE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	10	8	9	8
50 jaar e.o.	19	6	9	7
MATIG ERNSTIGE CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	15	8	9	8
50 jaar e.o.	24	17	26	19
ERNSTIG CHRONISCHE SOMATISCHE AANDOENINGEN				
< 50 jaar	13	6	5	4
50 jaar e.o.	25	11	12	11

Figuur 3. Percentage van de bevolking met functionele beperkingen.



Figuur 4. Percentage van de bevolking met een laag psychosociaal welbevinden (GHQ-score > 4).



de gezondheidsklachten van patiënten met een WAO-uitkering. In de analyses kunnen namelijk de contactgegevens die door de huisarts worden geregistreerd aan de achtergrondgegevens van de patiënt worden gekoppeld. Dit betekent dat er voor alle patiënten die hun huisarts in de betreffende driemaandsperiode hebben bezocht een objectief medisch oordeel beschikbaar is over de op het spreekuur gepresenteerde klachten van een arts die (als regel) de patiënt goed kent, dat los staat van de soms gekleurde en in ieder geval beladen situatie van de WAO-keuring en -controle.

We zullen starten met een profiel van de WAO'ers naar beroepsklasse (gegevens over leeftijds- en geslachtsverdeling zijn voldoende bekend uit andere bronnen). Deze gegevens zijn ontleend aan de patiëntenregistratie. Dan volgt de presentatie van gegevens uit de patiëntenenquête: wat zeggen de WAO'ers zelf over hun gezondheid en medische consumptie? Tenslotte worden de gegevens uit de

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

contactregistratie van de huisarts gepresenteerd: wat vindt de huisarts van hun gezondheidsproblemen? Vanwege de magische grens van 50 jaar die in de politieke discussies wordt gehanteerd zijn de gegevens op die leeftijdsgrens gesplitst; binnen beide leeftijdsgroepen (20-49 jaar en 50-64 jaar) zijn de cijfers voor leeftijd gecorrigeerd. De groepen die steeds worden vergeleken zijn (tussen haakjes het aantal personen in de patiëntenenquête respectievelijk de patiëntenregistratie van de huisarts):

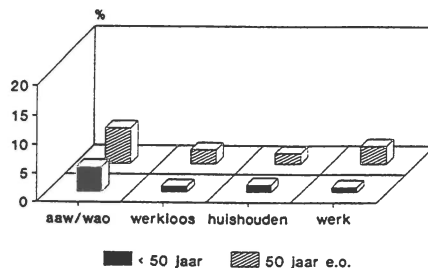
- WAO/AAW ($n_p=465$ $n_h=8.140$);
- werkloos ($n_p=259$ $n_h=6.488$);
- huishouden ($n_p=2.020$ $n_h=38.122$);
- betaalde baan ($n_p=4.968$ $n_h=96.881$).

HOE ZIEK ZIJN WAO'ERS?

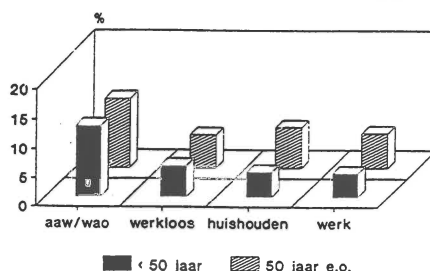
Ter nuancering van de publieke opinie over wie er vooral in de WAO zit, wordt in tabel 1 het aantal WAO'ers in de diverse beroepsklassen weergegeven. Zowel in absolute als in relatieve zin springt één categorie er duidelijk uit: WAO'ers zijn nog steeds vooral te vinden in de ambachts-, industrie- en transportberoepen en aanverwante functies: traditioneel de meest vuile en zware beroepen.

WAO'ers schatten hun gezondheid aanzienlijk slechter in dan de andere onderscheiden groepen (figuur 1). De groep beneden de 50 jaar verschilt in dit opzicht nauwelijks van de groep boven de 50 jaar; het contrast is bij de jongere WAO'ers eerder nog wat groter dan bij de ouderen. WAO'ers rapporteren ook duidelijk meer acute klachten (figuur 2): rond de driekwart van de WAO'ers had in de veertien dagen voor het interview meer dan drie acute klachten, zoals duizeligheid, buikkrampen, rugpijn en dergelijke. Ook chronische lichamelijke aandoeningen worden vaker door de WAO'ers gerapporteerd. Interessant daarbij is, dat de verschillen tussen de groepen groter worden naarmate de chronische aandoeningen objectief ernstiger zijn (tabel 2). Lichte chronische aandoeningen als eczeem en migraine zien we bij WAO'ers ongeveer evenveel als bij mensen (meestal vrouwen) die in het huishouden werkzaam zijn. Matig ernstige chronische aandoeningen als rugklachten, hoge bloeddruk, maagkwalen en reumatische klachten komen al duidelijk va-

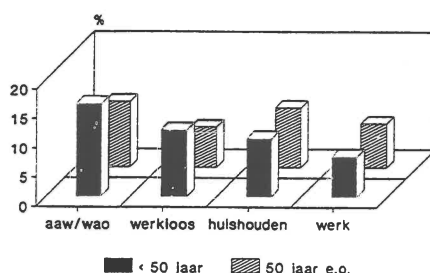
Figuur 5. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege levensbedreigende aandoeningen.



Figuur 6. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege invaliderende aandoeningen.



Figuur 7. Percentage patiënten dat in drie maanden contact heeft gehad vanwege klachten met een psychosociale achtergrond.



ker voor bij WAO'ers. Bij ernstige chronische aandoeningen, zoals CARA, hart- en vaatziekten, ernstige gevolgen van een ongeval, chronische nierziekte, Parkinson, multiple sclerose en epilepsie, zijn de verschillen tussen de groepen extreem. Het contrast met de andere groepen is het grootst bij de groep jonger dan 50 jaar. In beide leeftijdsgroepen heeft bijna de helft van de WAO'ers een ernstige lichamelijke chronische aandoening. Rond de 80% rapporteert een matig ernstige en/of ernstige chronische lichamelijke aandoening (niet in tabel

opgenomen). Ook voor wat betreft het hebben van functionele beperkingen scoren WAO'ers aanzienlijk hoger dan de andere onderscheiden groepen (figuur 3). Het gaat hier om mobiliteitsbeperkingen als het niet zelf de trap op of af kunnen of geen zwaar voorwerp kunnen verplaatsen en om communicatieve beperkingen als slecht kunnen zien, horen en spreken. Op de General Health Questionnaire, als indicator voor geestelijke gezondheid, scoren WAO'ers eveneens slechter dan met name personen met een betaalde baan of een werkkring in het huishouden; het verschil is echter aanmerkelijk minder groot dan in de voorgaande figuren.

In tabel 3 is te lezen wat de WAO'ers rapporteren over het gebruik dat zij van de gezondheidszorg maken (wederom vergeleken met werklozen, mensen met een betaalde baan en mensen werkzaam in het huishouden). Veel WAO'ers hebben in de laatste twee maanden contact met de huisarts gehad. Dit geldt voor jonge WAO'ers sterker dan voor oude WAO'ers; ten opzichte van werklozen en mensen met een betaalde baan is het contrast het grootst. Een derde van de WAO'ers boven de 50 jaar had binnen twee maanden voorafgaand aan het onderzoek contact met een medisch specialist. Van de groep WAO'ers jonger dan 50 jaar is zelfs nog een groter deel bij de specialist geweest: 42%, dat is driemaal zo veel als bij elk van de andere groepen. Bij de contacten met de fysiotherapeut zien we hetzelfde beeld in nog extremere mate: jongere WAO'ers hebben meer contacten dan oudere WAO'ers en extreem veel meer dan werklozen, mensen met een betaalde baan of een werkkring in het huishouden. WAO'ers gebruiken tenslotte vaker voorgeschreven medicijnen dan de andere groepen; hier springen vooral de oudere WAO'ers eruit.

Tot nu toe zijn alle gegevens afkomstig van de WAO'ers zelf. In het resterende deel van de figuren en tabellen worden gegevens gepresenteerd over gezondheid, maar dan zoals door de huisarts waargenomen. De gegevens zijn ontleend aan een registratie van alle contacten in de huisartspraktijk gedurende drie maanden en gerelateerd aan de totale praktijkpopulatie van de huisarts (dus niet alleen diegenen die contact hebben gehad). We hebben in de patiëntenenquête al

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

gezien dat van de WAO'ers een iets groter deel in de afgelopen periode contact met de huisarts heeft gehad dan in de andere groepen het geval was. Dit gegeven wordt bevestigd door de gegevens die de huisarts heeft geregistreerd. Het verschil tussen de WAO'ers en andere groepen wordt bovendien aanmerkelijk groter als we kijken naar het percentage patiënten dat naar het oordeel van de huisarts met een levensbedreigende (figuur 4) dan wel invaliderende (figuur 5) aandoening bij de huisarts is geweest. Ook uit de gegevens van de huisarts blijkt dat de oververtegenwoordiging van WAO'ers geldt voor alle ernstgraaden van de chronische lichamelijke aandoeningen, met uitzondering van de matig ernstige aandoeningen bij mensen die in het huishouden werken. Dit kan te maken hebben met verschillen in de mate waarin men met dergelijke aandoeningen naar de huisarts dan wel naar de medisch specialist gaat. Verder geldt, dat de verschillen tussen WAO'ers en de andere groeperingen groter worden naarmate de ernstgraad van de chronische aandoeningen hoger is. WAO'ers presenteren tenslotte vaker gezondheidsproblemen die naar het oordeel van de huisarts een psychosociale achtergrond hebben, ook al komen ze met een somatische klacht. Dit geldt vooral voor de groep jonger dan 50 jaar; de verschillen met de andere groepen zijn hier overigens niet zo groot als bij de voorgaande figuren. De conclusie uit deze cijfers is heel duidelijk: de gezondheidstoestand van de gemiddelde WAO'er is aanzienlijk slechter dan die van leeftijdsgenoten die een betaalde baan hebben, in het huishouden werken of werkloos zijn. Daarmee bevestigen de gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk die uit andere studies.³⁻⁸ Als regel heeft de WAO'er een slechte gezondheid. Hij beoordeelt zelf zijn gezondheidstoestand slechter dan mensen uit de andere hoofdgroepen; in 80% van de gevallen rapporteert hij een matig ernstige of ernstige chronische aandoening. De tegenwerping dat het hier gaat om een subjectief oordeel is nauwelijks relevant, nu blijkt dat juist dit subjectieve oordeel een uitstekende predictor is voor vroegtijdige sterfte;⁹ zijn ziekte is wat vaker van psychische aard, maar veel minder dan in het beeld dat in de

media wordt geschetst; hij heeft vooral meer ernstig chronische lichamelijke ziekten. De huisarts vindt vaker dat er ook psychische factoren een rol spelen bij zijn lichamelijke klachten, maar hij vindt de klachten ook vaker van invaliderende of zelfs levensbedreigende aard. De WAO'er slijkt vaker medicijnen. Hij bezoekt vaker de huisarts, fysiotherapeut en allerlei medische specialisten. De WAO'er is met zijn gezondheid slecht af. Dat geldt voor de jongere WAO'ers in minstens zo sterke mate als voor de oudere WAO'ers; wat dat betreft is de in de politiek zo belangrijke geachte leeftijdsgrens van 50 jaar in ieder geval medisch gezien arbitrair. Een andere conclusie is, dat het moderne beeld van de simulant, of de luxe-klager die zijn surmenage koestert in ruil voor een levenslange riante uitkering duidelijk bijstelling behoeft. Nu kan men zich de vraag stellen naar wat oorzaak en gevolg is. Een dergelijke vraag wordt gevoed door de constatering dat in Nederland blijkbaar veel meer mensen in een dergelijke situatie terechtkomen dan in ons omringende landen, terwijl er toch weinig redenen zijn om aan te nemen dat in Nederland de arbeidsomstandigheden zoveel ongezonder zijn dan in andere westerse geïndustrialiseerde landen of dat Nederlanders zoveel ongezonder zijn dan hun burens. De gezondheidsstatistieken wijzen anders uit. Als de Nederlander niet zieker is, en het werk in Nederland niet ziekmakender is, resteert er – ongeacht je politieke overtuiging – in feite maar een conclusie: dan zitten er ziekmakende factoren in het systeem. Hoe ziek of ziekmakend is de WAO?

HOE ZIEK IS HET SYSTEEM?

Hoe ziek is de WAO? Het is jammer dat deze vraag – die op zich niet nieuw is – in de politieke discussies een retorische vraag is geworden, die geen antwoord meer behoeft maar krachtige interventies als duurbepanking en entreebepanking legitimeert. Toch is het goed om, zoals Spreeuwenberg in zijn recente redactioneel commentaar bepleitte,¹⁰ ook hier het aloude medische adagium op toe te passen: geen therapie zonder diagnose. Het is nodig een goede analyse te maken van de ziekmakende factoren binnen het huidige WAO-systeem. Het is onvoldoende de te constateren dat de WAO aan-

trekkelijker is dan een werkloosheidsuitkering: daarvoor moet de WAO'er een te hoge prijs betalen; niemand kiest uit vrije wil voor een leven vol beperkingen, chronische aandoeningen, doktersbezoek en medicijngebruik; niemand kiest voor een leven vol psychisch onwelbevinden. Als de WAO zoveel aantrekkelijker zou zijn dan de WW, zouden beide groepen althans op deze parameter andersom van elkaar verschillen. De doorsnee WAO'er is ziek én ongelukkig. In dat licht is het voornemen de duur van de WAO te beperken niet erg logisch. Gelet op het gezondheidsbeeld van de WAO'er hoeven we er niet van uit te gaan dat duurbepanking ertoe zal leiden dat de WAO'er na vijf jaar weer op de arbeidsmarkt verschijnt, laat staan dat hij daar een reële kans zal krijgen. Het is waarschijnlijker dat WAO'ers na vijf jaar uit de ene statistiek verdwijnen om in de andere te verschijnen. Dat levert wel bezuinigingen op, maar is tevens schrijnend voor het typisch Nederlandse gevoel van sociale rechtvaardigheid. Zoals Spreeuwenberg in zijn redactioneel commentaar in dit blad al schreef:¹⁰ enerzijds belijdt het kabinet verbaal dat chronisch zieken moeten worden beschermd, anderzijds zorgt zij er door haar maatregelen voor dat deze mensen steeds meer terechtkomen in de hoek waar de klappen vallen*. Het is ook niet voldoende de huidige WAO'ers te ontzien. Het gaat om de wijziging van een wet die voor alle werknemers vergaande consequenties heeft, ook voor hen die nu nog gezond zijn. De WAO is een *verplichte, collectieve* verzekering. Werknemers hebben bij het begin van hun arbeidscarrière niet de keuze gehad zich privaat of collectief te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid. En een 45-jarige werknemer kan zich nu niet meer privaat verzekeren (zoals de voormalige staatssecretaris Van der Reijden al eens zei: 'Een 45-jarige man is verzekeringstechnisch gesproken een brandend huis; je kunt van verzekeringsmaatschappijen niet verlangen dat ze een brandend huis verzekeren'). Wanneer iemand jarenlang verzekeringspremie heeft betaald voor een uitkering bij arbeidsonge-

* Dat geldt overigens niet alleen voor deze WAO-discussie, maar ook voor de discussies over de stelselwijziging, waarbij de onderlinge solidariteit verloren dreigt te gaan door invoering van eigen bijdragen en eigen risico's.

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

schiktheid, is het strijdig met het rechtsgevoel hem het recht op uitkering ineens te ontnemen. Zulke ingrijpende maatregelen zijn alleen mogelijk bij de generatie die nu op de arbeidsmarkt verschijnt. Voor hen kan (zoals Wolfson in de Volkskrant voorstelde) een deel van de arbeidsongeschiktheidsverzekering van de collectieve naar de private sector worden verschoven met een gelijktijdige aanpassing van de premie voor het verplichte gedeelte. Maar dat kost wel een generatie, zoals de volledige invoering van de veiligheidsgordel een generatie auto's heeft geduurd en de inschaling van jonge academici al vijftien jaar lang zonder al te veel maatschappelijke tegenstand steeds opnieuw naar beneden wordt aangepast. Op korte termijn levert een dergelijke procedure minder bezuinigingen op, maar op de langere termijn wellicht meer, en men vermijdt de maatschappelijke weerstand, die ook (materiële en immateriële) kosten heeft.

Het verschuiven van de collectieve naar de private sector heeft echter als belangrijk nadeel, dat daarmee de sociale ongelijkheid wordt vergroot, aangezien de sociaal zwakkere groepen in de samenleving minder neiging zullen hebben zich privaats te verzekeren. Zowel een christen-democratische als een sociaal-democratische politieke partij zou zich daarom aangesproken moeten voelen om naar andere oplossingsmogelijkheden te zoeken.

Hiervóór is aannemelijk gemaakt dat het probleem van de uitdijende WAO niet (uitsluitend) kan worden toegeschreven aan individuele keuzen van individuele burgers: niet (alleen) de WAO'er is ziek, ook het WAO-systeem lijkt ziek te zijn. Op verschillende plaatsen is daar al het nodige over gezegd; het valt buiten onze competentie daar uitspraken over te doen. Wij willen één gedachte aan de discussie toevoegen, door te wijzen op (het woord zegt het al) het ziekmaken-de element van de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Beide wetten en ook de bijbehorende uitvoeringspraktijken houden zich essentieel bezig met ziekte en niet met gezondheid. Het is de taak van de keurings- of controle-arts steeds opnieuw vast te stellen hoe ziek of arbeidsongeschikt iemand

(nog) is. De zieke werknemer wordt daardoor gedwongen zich steeds opnieuw te concentreren op zijn ziekte, zijn klachten en symptomen. Arts en zieke werknemer raken daardoor samen gevangen in een web van ziekte en ongezondheid. Hun vraag- en antwoordspel verloopt via een voorspelbaar scenario, waarin de ziekterol van de werknemer wordt bevestigd. Er is nauwelijks ruimte om het gezonde deel van de werknemer te verkennen; de straf daarop is immers terugkeer naar het werk op het moment dat de werknemer daar nog niet rijp voor is of verlaging van de uitkering door het vaststellen van een lager uitkeringspercentage. Vanzelf wordt daardoor een begrip als 'ziektewinst' belangrijker dan zijn positieve tegenhanger: 'gezondheidsbesef'.

De vergelijking met het in de huisartsgeneeskunde ontwikkelde begrip 'somatische fixatie' dringt zich op. In die theorie houden zowel huisarts als patiënt zich uitsluitend bezig met de lichamelijke kant van gezondheidsproblemen die ook een psychische achtergrond hebben, omdat zij daar allebei baat bij hebben. Hierdoor raken zij verstrikt in een zichzelf versterkend proces van somatische fixatie dat, los van de initiële klachten, uiteindelijk zelf ziekmakend is en onnodige iatrogene schade veroorzaakt.

Naar analogie hiervan zouden wij de *hypothese* willen formuleren, dat in het Nederlandse Ziektewet- en WAO-systeem de (controleerend) arts en de patiënt beiden belang hebben bij het benadrukken van het zieke deel in de werknemer, waardoor zij onvoldoende toekomen aan het exploreren van het gezonde deel. Dat wordt overigens ook beschouwd als de competentie van de curatieve gezondheidszorg (huisarts en medisch specialist), waarbij een niet te onderschatten en typisch Nederlands probleem is dat de curatieve gezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde elkaar nauwelijks tegenkomen. Door alsmaar bezig te zijn met het zieke deel van de werknemer wordt dit deel vanzelf steeds opnieuw versterkt; los van de initiële klachten zal die werknemer zich daardoor steeds zieker en ellendiger gaan voelen. De cijfers uit de Nationale Studie wijzen in deze richting: WAO'ers voelen zich over de gehele linie (op alle parameters) zieker en ellendiger dan hun leeftijdsgenoten die in andere omstandigheden verke-

ren. Overigens wijzen de cijfers uit de Nationale Studie er ook op dat 'ziekte' en 'arbeidsgeschiktheid' niet noodzakelijk twee elkaar uitsluitende begrippen zijn.

Vanuit deze hypothese is een eerste remedie het veranderen van het kader waarin de zieke werknemer medisch wordt begeleid. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat de Ziektewetperiode wordt ingekort tot drie maanden. Als iemand drie maanden ziek is, is de kans immers zeer groot gebleken dat hij uiteindelijk in de WAO terechtkomt. Op de opiniepagina van de Volkskrant van 17 augustus jl. werd daarom voorgesteld na drie maanden de WAO te laten ingaan. Dat lijkt ons niet verstandig, gelet op de hiervoor geschetste ziektebevestigende aspecten van de WAO. Het zou eerder aanbeveling verdienen de WAO te reserveren voor de zaken waar de wet oorspronkelijk voor bedoeld was: als een laatste vangnet voor mensen (om met de woorden van Kok te spreken) 'die echt geen kant meer op kunnen'. Gelet op de lange duur van (bijvoorbeeld) psychische ziekten zou de WAO wellicht pas na twee of drie jaar moeten ingaan*. Tussen Ziektewet en WAO zou dan een nieuwe voorziening moeten komen, een voorziening waaraan zowel door werkgever als door werknemer materieel en immaterieel zou moeten worden bijgedragen; een voorziening die veel meer dan nu gericht is op reïntegratie en op wat de werknemer nog wel kan, gelet op zijn verminderde gezondheid. We praten dan over: verandering van werk of werkomstandigheden, omscholing, overplaatsing of 'outplacement', 'therapeutisch werken' als aanloop voor een volledige terugkeer. En we praten dan over het WHO-begrip 'positieve gezondheidszorg' en - net als in Duitsland gebeurt - over een op werkherleving gerichte revalidatie. Het zou een voorziening moeten zijn waarin veel meer verantwoordelijkheden bij werkgever en werknemer worden gelegd en minder bij de medische stand. Dat zou zelfs in de naamgeving tot uiting moeten komen (*Wet op de Herintreding* of zo iets). Daarnaast zouden huisartsen en revalidatieartsen bij

* Een uitzondering kan worden gemaakt voor de (beperkte) groep mensen van wie het na drie maanden onbetwistbaar zeker is dat zij nooit meer een arbeidzame rol van betekenis zullen kunnen spelen: de mensen met dwarslaesies; de mensen met terminale aandoeningen.

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

problemen rond werk, ziekteverzuim en werkhervatting een grotere rol kunnen en moeten spelen dan nu het geval is. En tot slot is het verstandig de sterke scheiding tussen de behandelende en de controlerende geneeskunde op te heffen. Maar dat is de laatste tijd al vaker gezegd.

Literatuur

1. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 34 (2): 51-61.
2. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
3. Buys JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking. Proefschrift Groningen. 1986.
4. Horst FGEM van der. Gezondheid en niet werken. Proefschrift Maastricht. 1988.
5. Merens-Riedstra HS. Leven zonder werk: een sociaal wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsongeschiktheid. Proefschrift Maastricht. 1981.
6. Prins R. Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands, a comparative study. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
7. Philipsen H, Halfens R. Niet werken en gezondheid: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vervroegd gepensioneerden en werklozen met werkende mannen. Gezondheid & Samenleving 1983; 4: 161-8.
8. Soeters J. Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte. Proefschrift Maastricht 1983.
9. Bosma H, Appels, Stuurmans F, Schuurman J, Mulder P. KRIS- follow-up IX: Subjectief ervaren gezondheid en sterftekans. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1991; 69: 299-305.
10. Spreeuwenberg C. WAO: waar staan wij artsen? Medisch Contact 1991; 46: 935.

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Arbeid en gezondheid
gezien vanuit de huisartspraktijk*J. van der Velden, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker **

De betekenis van arbeid voor gezondheidsproblemen is aan de hand van gegevens uit de huisartspraktijk bestudeerd. Gegevensbron is de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Ziektegegevens zijn gekoppeld aan werksituatie en specifieke beroeps-categorieën in de werkende bevolking. Incidentie- en prevalentiecijfers zijn berekend evenals de kans op (de presentatie van) een ziekte aan de huisartspraktijk voor specifieke beroepsgroepen. Acute lichamelijke klachten met name van het bewegingsapparaat, ongevallen, infecties vooral van de luchtwegen, chronische ziekten en psychosociale problemen domineren het ziektepatroon bij zowel de werkenden, de werklozen als de WAO/AAW-gerechtigden. Werkenden hebben iets vaker last van ongevallen, werklozen van angst voor ziekte,

terwijl WAO/AAW-ers veel vaker lijden aan chronische ziekten met name hart-vaatziekten, ziekten van het bewegingsapparaat en van het zenuwstelsel, en aan kwaad- en goedaardige gezwellen, psychosociale problemen, gevolgen zorg en preventie, ook na controle voor een aantal sociaal-demografische en sociaal-economische variabelen. Hoge relatieve risico's worden aangetroffen bij de ambachts- en industrieberoepen met betrekking tot acute lichamelijke klachten, infecties en ongevallen. Grote risicoverschillen voor de belangrijkste aandoeningen treden vooral op bij de ambachts- en industrieberoepen en bij de overige beroepsgroepen met name voor wat betreft chronische ziekte en psychosociale problemen. Gegevens uit de huisartspraktijk bieden een fraai inzicht in de problemen rond arbeid en gezondheid.

Trefwoorden: arbeid en gezondheid, arbeidsgebonden aandoeningen, huisartspraktijk

Omtrent de relatie arbeid en gezondheid bestaat een lange onderzoekstraditie, die teruggaat tot ver voor de Industriële Revolutie. Aanvankelijk stond het onderzoek vooral de bestrijding van deplorabele arbeidsomstandigheden ten dienste, later de opzet en het functioneren van bedrijfsgeneeskundige diensten en weer later de evaluatie van de sociale wetgeving. Parallel aan deze ontwikkeling heeft het begrip arbeid in de loop der tijd een andere inhoud gekregen: zware lichamelijke arbeid onder slechte omstandigheden is goeddeels uitgebannen en vervangen door hoofdarbeid tegen betere beloning en minder lange werktijden. Aansluitend staat in onderzoek de vraag naar de kwaliteit van de arbeid centraal, waaraan de volgende dimensies^{1,2} kunnen worden onderscheiden:

■ arbeidsinhoud

Deze wordt bepaald door aard en soort werk (bijvoorbeeld kort-cyclische arbeid), de geestelijke belasting van het werk, de aansluiting van opleiding en ervaring bij feitelijke werkinhoud, het werktempo en de ontplooiingsgelegenheid in het werk.

■ arbeidsomstandigheden

Deze worden vooral bepaald door de volgende aspecten: lichamelijk zwaar werk, lawaai op het werk, trillingen en schokken, klimaat/sick building syndrome, straling, chemische werkomstandigheden, vuil werk, stank in de werkomgeving, biologische agentia en onveiligheid op de werkplek respectievelijk gevaarlijk werk.

■ arbeidsverhoudingen

Deze worden vooral bepaald door indicatoren als relaties met leiding en collega's binnen het bedrijf, overlegmogelijkheden, participatie en stijl van leidinggeven.

■ arbeidsvoorwaarden

Deze worden vooral bepaald door promotiemogelijkheden/vooruitzichten, arbeidsduur, nieuwe arbeidspatronen (tijdelijke banen, afroepcontracten, thuiswerk) en ploegendienst.

Daarnaast spelen in het huidige onderzoek rond arbeid en gezondheid de volgende factoren een rol. Met de totstandkoming en uitvoering van wetgeving rond de sociale zekerheid is een vangnet voor personen met ernstige gezondheidsproblematiek gecreëerd, dat tegelijkertijd heeft gefunctioneerd als onderdeel van een werkgelegenheidsbeleid, met alle mogelijke consequenties vandien voor zowel gezonde als zieke personen. Daarbij moet men zich realiseren, dat WAO/AAW-ers tot voor kort ook tot de categorie werkenden behoorden en dat werkenden in feite een constant op gezondheid geselecteerde groep vormen.³ Er doen zich daarbij selectiemechanismen voor aan de kant waarbij de werksituatie oorzaak van ziekte is en aan de kant waarbij de werksituatie een belemmerende rol speelt bij de terugkeer in het arbeidsproces na ziekte. Complicerend is dat ziekte en arbeidsongeschiktheid niet altijd en automatisch in elkaars verlengde liggen of elkaar uitsluitende categorieën vormen. Sociaal-economische determinanten spelen verder een vooraanstaande rol als mogelijke 'confounder' of 'effect-modifier'.⁴ Al met al kent menig gezondheidsprobleem een multicausale oorsprong, die teruggaat naar de persoon, het karakter van de ziekte en de omgeving. Een goed inzicht welke precieze rol

* J. van der Velden, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

arbeid in vraagstukken rond gezondheid speelt is derhalve uitermate lastig te verkrijgen.⁵

Er is bovendien in Nederland geen landelijk registratiesysteem dat bruikbaar is om een betrouwbaar inzicht te krijgen in de invloed van arbeid op gezondheid. De toegang tot dossiers over WAO-intrede wordt als moeizaam ervaren en van de verzekerde werknemers is het beroep niet bekend. Ook het CBS ontbeert een registratie van beroepen, die gerelateerd zou kunnen worden aan doods-oorzaken en evenmin is een koppeling mogelijk van gegevens uit ziekenhuisregistraties met het beroep van de patiënt.

Bij de operationalisering van begrippen op het terrein van arbeid en gezondheid wordt de term beroepsziekte het meest gehanteerd. Beroepsziekten dienen officieel te worden gemeld, maar er is een aanzienlijke onderrapportage.⁶

Ter illustratie een paar resultaten van wel beschikbare gegevens. Op basis van enquêteonderzoek blijkt, dat mensen in de WAO/AAW ongezonder zijn dan werklozen en werkenden.⁷ Daarnaast zouden naar schatting circa 10.000 nieuwe gevallen van beroepsziekte per jaar voorkomen.⁸ Willems meldt op basis van buitenlandse statistieken de volgende risico-bedrijfstakken: de metaalindustrie, de bouw, de gezondheidszorg, de hout- en meubelindustrie, de horeca, het transport en de levensmiddelenindustrie.⁸

In onderhavige studie is voor het eerst met behulp van landelijk representatieve gegevens uit de huisartspraktijk de relatie tussen arbeid en gezondheid nagegaan. Gegevens uit de huisartspraktijk zijn van groot belang. De huisarts is de eerste en meest geconsulteerde hulpverlener in de gezondheidszorg voor het overgrote deel van de gezondheidsproblemen. Door zijn positie kan de huisarts tevens een goede inschatting maken van de sociale achtergrond van problemen door zijn kennis van de persoon en zijn of haar ziektegeschiedenis, van de thuissituatie en mogelijk van het werk. Dit alles moet worden gezien in het licht van recente suggesties die de huisarts een belangrijker plaats toebeden in het spectrum van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid.⁹

Er is een antwoord gezocht op de volgende onderzoeksvraagstellingen:

- welke ziekten worden door werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers en door beroepscategorieën in de werken-de bevolking aan de huisarts gepresenteerd en waar wordt dit door bepaald?
- hoe sterk is de associatie tussen een beroep en een specifieke aan de huisarts gepresenteerde ziekte?

METHODEN

Een secundaire analyse is verricht op de gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹⁰ Aan de materiaalverzameling van deze studie namen 161 gevestigde huisartsen (en hun praktijk-assistenten) uit 103 praktijken deel, afkomstig uit een aselekt niet-proportionele gestratificeerde steekproef. Deze huisartsen (en hun praktijkassistenten) zijn verdeeld over 4 groepen, die tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988 in vier opeenvolgende perioden van drie maanden de gegevens van al hun contacten met patiënten hebben

vastgelegd. Daaronder zijn contactredenen en diagnoses, welke zijn gecodeerd in een aangepaste, maar volledig compatibele versie van de ICPC en verwerkt in zorg-epi-soden. Een episode is gedefinieerd als een periode van ziek-zijn bij een patiënt over de gehele periode van het ontstaan tot de oplossing ervan.¹¹ In dit onderzoek is het begrip episode beperkt tot de fase waarin professionele hulp van de huisarts wordt gevraagd.

Van de totale praktijkpopulaties (N=335.000) zijn cen-susgegevens, zoals leeftijd, geslacht, leef-situatie, verze-keringsvorm, opleiding, werksituatie/beroep en etnische achtergrond verzameld.

Omdat één praktijk slechts zes weken heeft kunnen registreren, is deze uitgesloten van de analyses.

Voor de onderhavige studie zijn de personen tussen 16 en 64 jaar geselecteerd, die op het moment van registratie betaalde arbeid verrichtten, dan wel werkloos respectie-velijk WAO/AAW gerechtigd waren (N=105.000). Stude-renden, huisvrouwen/mannen, dienstplichtigen en perso-nen in de VUT zijn uitgesloten. Aan alle respondenten is gevraagd voor zover mogelijk het (laatst uitgeoefende) beroep aan te geven. De classificatie van beroepen is uitgevoerd door getrainde codeurs die gebruik hebben gemaakt van de Beroepenclassificatie 1984 van het CBS.¹² Een vergelijking van deze studiebevolking met de nationa-le gegevens van het CBS¹³ op het niveau van beroepssec-tor toont geen grote verschillen, zodat de gegevens uit de Nationale Studie als representatief voor de Nederlandse beroepsbevolking mogen worden beschouwd.¹⁴

Van deze studiebevolking zijn de morbiditeitsgegevens op episodeniveau geanalyseerd en uitgedrukt in aantallen episoden per 1000 in de huisartspraktijk ingeschreven personen. In onderhavige studie is dit gedaan op het niveau van een op de ICPC gebaseerde clustering van diagnoses.¹⁴ Deze wordt in de tekst waar mogelijk nader gepreciseerd met op orgaansysteem georiënteerde gege-vens. De clusters geen ziekte, congenitale afwijkingen, zwangerschap/bevalling, gezinsplanning, handicap en sterfte zijn vanwege hun geringe omvang dan wel hun bijzonder karakter in een rubriek overig ondergebracht. Het cluster preventie omvat vooral vaccinatie (met name griep), overige profylaxis, verzoeken voor een uitstrijkje en mammografie en algemeen periodiek onderzoek. Het cluster gevolgen zorg omvat foutief gebruik, intoxicatie en bijwer-kingen van geneesmiddelen, toxische effecten van overige stoffen alsmede complicaties van medisch handelen.

Vervolgens zijn de cumulatieve incidentie en periode-prevalentie per drie maanden berekend. Er is een onder-scheid gemaakt naar werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers en verder is onder werkenden gekeken naar beroepssectoren en beroepsgroepen. De volgende analyses zijn uitgevoerd.

– De analyses naar *werksituatie* (werkend, werkloos, WAO/AAW) richten zich in eerste instantie op beschrij-vende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 perso-nen per drie maanden, respectievelijk periode prevalentie per 1000 personen) van de onderscheiden groepen, waar-bij de gegevens zijn gestandaardiseerd via de directe methode voor leeftijd en geslacht op de totale beroeps-bevolking. In tweede instantie zijn de verschillen per leeftijd/geslachtscategorie bestudeerd. Tenslotte wordt in

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Cluster	Incidentie			Prevalentie		
	Werkend N=99.950	Werkloos N=7.008	WAO/AAW N=8.140	Werkend N=99.950	Werkloos N=7.008	WAO/AAW N=8.140
Acute lichamelijke klacht	92,6	105,6	126,0	131,4	151,9	215,8
Ongevallen	42,7	38,4	42,4	48,2	44,5	49,8
Infectie	127,5	144,8	159,3	129,5	141,0	158,6
Chronische ziekte	117,7	127,2	144,5	214,4	236,0	343,2
Kwaad-/goedaardig gezwel	6,0	8,3	8,8	10,2	12,7	24,3
Angst voor ziekte	3,1	7,0	3,6	5,1	10,3	5,4
Psyche/sociaal	34,8	49,2	57,9	87,3	133,8	218,9
Gevolgen zorg	3,6	3,4	5,1	6,5	5,5	14,0
Preventie	8,2	11,0	10,8	20,2	24,5	31,2
Overig	28,8	33,0	23,3	86,5	96,9	71,2
Totaal ≥ 1 ziekte(n)	330,8	355,2	389,3	477,0	515,6	632,0

Tabel 1 Cumulatieve incidentie en periode prevalentie van clusters van diagnoses in de huisartspraktijk naar werksituatie per 1.000 personen per 3 maanden: gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

een logistische regressie analyse de odds ratio berekend; deze odds ratio wordt bepaald door de cumulatieve incidentie van een cluster van diagnoses bij werklozen respectievelijk WAO/AAW-ers en de cumulatieve incidentie van hetzelfde cluster bij werkenden; in deze logistische regressieanalyse wordt gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, leefsituatie (alleenstaand/met partner/met partner met kinderen/zonder partner met kinderen), de hoogst voltooide opleiding, verzekeringsvorm (ziekenfonds/particulier) en etnische achtergrond (Nederland/Turkije + Marokko/Suriname + Antillen/overige).

Statistische significantie is nagegaan door tweezijdig toetsen met behulp van de chi-kwadraat met een p-waarde van 0,001. Het cluster overig is in deze logistische regressieanalyse niet meegenomen.

– de analyses naar *beroepssector* richten zich op beschrijvende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 personen per drie maanden). De sector militairen en groep onbekend en de clusters gevolgen van zorg en overig zijn vanwege hun bijzondere samenstelling buiten de analyses gehouden.

– de analyses naar *beroepsgroep* richten zich op de kans van een specifieke beroepsgroep op een ziekte in de huisartspraktijk in vergelijking tot de kans bij alle andere werkenden, uitgedrukt in het relatieve risico respectievelijk het risicoverschil bij een beroepsgroep. Het relatieve risico (RR) wordt bepaald door de ratio van de cumulatieve incidentie van ziekte in een specifieke beroepsgroep en de cumulatieve incidentie van ziekte bij de overige werkenden. Het risicoverschil (RV) wordt bepaald door de cumulatieve incidentie van ziekte in een beroepsgroep te verminderen met de cumulatieve incidentie van ziekte bij de overige werkenden. In beide gevallen is de leeftijd-geslacht verdeling van beide groepen door indirecte standaardisatie vergelijkbaar gemaakt.

In zijn algemeenheid zijn alleen beroepsgroepen geanalyseerd die meer dan 100 personen omvatten, en worden alleen specifieke aandoeningen gerapporteerd waarin minstens 5 gevallen voorkomen. Gerapporteerd wordt een selectie van beroepsgroepen met de hoogste relatieve risico's die bij toetsing statistisch significant van 1 afwijken en risicoverschillen die statistisch significant zijn ($p < 0,05$). Deze toets is uitgevoerd met de formule van 'hypothesis testing with stratified person time data'.¹⁵

RESULTATEN

Ziekten in de huisartspraktijk naar werksituatie

In tabel 1 staan de cumulatieve incidentie en periode prevalentie van ziekten in de huisartspraktijk naar werksituatie vermeld. Over de gehele linie geldt dat werkende personen minder ziekten presenteren dan werklozen en vooral WAO/AAW-ers.

Voor wat betreft de incidentie-cijfers geldt dat er vooral grote verschillen bestaan tussen werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers met betrekking tot acute lichamelijke klachten en psychosociale problemen. Vergelijking van prevalentie-cijfers bevestigt de grote omvang van chronische ziekten (met name aandoeningen van het maag-darmkanaal, hart-vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel en endocriene en metabole stoornissen) en psychosociale problemen onder WAO/AAW-ers, terwijl acute lichamelijke klachten, kwaad- of goedaardige gezwellen en gevolgen zorg eveneens veelvuldig optreden onder WAO/AAW-ers.

Angst voor ziekte wordt het meest frequent geconstateerd bij werklozen.

Analyse van de gegevens naar leeftijd en geslacht (niet in tabel) laten een interessante verdeling zien. Acute lichamelijke klachten, ongevallen en infectie komen zowel bij mannen als bij vrouwen het meest voor op 15-24 jarige leeftijd. Chronische ziekten, gezwellen, angst voor ziekte en preventieve zorg treffen beide geslachten vooral op 45-64 jarige leeftijd. Psychosociale problemen scoren bij mannen vooral hoog op 25-44 jarige leeftijd, terwijl bij werkende en werkloze vrouwen de stijging doorzet tot op 45-64 jarige leeftijd. Vrouwen met recht op WAO/AAW hebben op alle leeftijden (even)veel psychosociale problemen.

Om nu te bezien of werksituatie (werkend, werkloos, WAO/AAW) verband houdt met de presentatie van een aandoening aan de huisartspraktijk, als niet alleen wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, maar ook voor leefsituatie, opleiding, verzekeringsvorm en etnische achtergrond zijn logistische regressie-analyses verricht. De resultaten hiervan staan in tabel 2. Hierbij zijn voor de overzichtelijkheid alleen de statistisch significante odds ratio's weergegeven.

Werklozen presenteren ten opzichte van werkenden vaker aandoeningen uit de clusters angst voor ziekte en

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Cluster	OR werkloos/werkend		OR WAO/werkend	
	Inciden.	Preval.	Inciden.	Preval.
Acute lichamelijke klacht	-	-	-	1,5
Ongevallen	-	0,8	-	-
Infectie	-	-	1,2	1,2
Chronische ziekte	-	-	1,2	1,8
Kwaad-/goed-aardig gezwel	-	-	-	2,0
Angst voor ziekte	1,9	-	-	-
Psyche/sociaal	1,5	1,4	-	1,3
Gevolgen zorg	-	-	-	2,6
Preventie	-	-	1,8	2,1

p<0,001

Tabel 2 Logistische-regressieanalyse voor de kans op een cluster van diagnoses in de huisartspraktijk (cumulatieve incidentie/periode prevalentie per 1.000 personen per 3 maanden): werklozen respectievelijk WAO-ers versus werkenden gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, leefsituatie, opleiding en etnische achtergrond, uitgedrukt in statistisch significante odds ratio's (OR)

psychosociale problemen en zien de huisarts relatief minder vaak in verband met ongevallen (met name van het bewegingsapparaat).

WAO/AAW-ers presenteren ten opzichte van werkenden vaker aandoeningen uit alle clusters met uitzondering van ongevallen en angst voor ziekte.

Ziekten in de huisartspraktijk naar beroepssector

De cumulatieve incidentie van ziekten in de huisartspraktijk op basis van 8 clusters van diagnoses naar de 7 beroepssectoren per 1.000 personen per 3 maanden (figuur) laat zien dat de 'ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies' bij 4 van de 8 clusters het hoogst scoren. In het oog springen daarbij vooral acute lichamelijke klachten en ongevallen. Personen in 'commerciële functies' presenteren relatief veel kwaad-/goed-aardige gezwellen en angst voor ziekte. Psychosociale problemen komen voor bij 'dienstverlenende functies', terwijl preventieve zorg hoog scoort bij de 'wetenschappelijke en andere vakspecialisten, kunstenaars.' De beroepssector 'agrarische beroepen, vissers e.d.' heeft over de gehele linie lage scores, behalve bij ongevallen.

Ziekten in de huisartspraktijk naar beroepsgroep

In totaal zijn bij 146 beroepsgroepen 1966 relatieve risico's (RR) en risicoverschillen (RV) berekend. Van deze 1966 berekende waarden weken er 351 statistisch significant af van 1. In tabel 3 zijn voor de vijf belangrijkste clusters van diagnoses alleen de 5 hoogste en statistisch significant afwijkende RRs weergegeven.

Er zijn hoge RRs in de clusters acute lichamelijke klacht, ongevallen en infectie, terwijl chronische ziekte en psychosociale problemen lagere, maar nog steeds indrukwekkende RRs vertonen. Een groot aantal aandoeningen lijkt direct verband te houden met werk.

Signalen van fysieke beroepsrisico's zijn aanwezig bij slachters, slagers en andere vleesbereiders (symptomen/klachten voet/tenen, lokale infectie vinger/teen, snij- en scheurwond), bakkers, chocolademakers, suikerwerkmakers (lokale infectie vinger/teen), lassers, branders, snijders

			RR
Acute lichamelijke klacht			
1	Slachters, slagers e.a.	Sympt/kl voet/tenen	13,3
2	Dakdekkers	Hoesten	6,1
3	Machine-, onderhoudsreparateur	Sympt/kl gewrichten	6,0
4	Werksters, glazenwassers e.d.	Slikstoomis	4,6
5	Verpleegkundigen	Knobbel borst	4,5
Ongevallen			
1	Plaatwerkers e.d.	Vuiltje in oog	9,9
2	Slachters, slagers e.a.	Scheur-/snijwond	5,5
3	Metaalbewerkers neg ^a	Acuut letsel meniscus/kniebanden	5,4
4	Lassers, branders, snijders e.d.	Vuiltje in oog	5,2
5	Wegenbouw-, spoorwegarbeiders e.d.	Ongeval NNO ^b	4,6
Infectie			
1	Slachters, slagers e.a.	Lokale infectie vinger/teen	13,9
2	Vezelvoorbewerkers	Infectie bovenste luchtwegen	9,9
3	Fysiotherapeuten	Longontsteking	7,8
4	Programmeurs/computerdesk.	Ontsteking buis van Eustachius	7,2
5	Bakkers, chocolademakers e.d.	Lokale infectie vinger/teen	6,9
Chronische ziekte			
1	Arbeiders sociale werkplaats	Zweer twaalfvingerige darm	8,0
2	Distilleerders, indampers e.d.	Chronische bronchitis	7,9
3	Onderwijzers, basisonderwijs	Zweer twaalfvingerige darm	5,8
4	Drukkers neg ^a	Ziekte perifere zenuwstelsel NEC ^c	5,5
5	Huisschilders, constructie schilders	Zweer twaalfvingerige darm	5,5
Psyche/sociaal			
1	Ov. dienstverlenende functies	Overspanning	4,4
2	Huisschilders, constructie schilders	Hyperventilatie	3,7
3	Arbeiders sociale werkplaats	Angstig/nerveus	3,5
4	Scheikundige, natuurkundige analisten e.a.	Spanningshoofdpijn	3,5
5	Docenten voortgezet onderwijs	Psychische ziekte NEC ^c	3,2

a Neg: niet elders genoemd

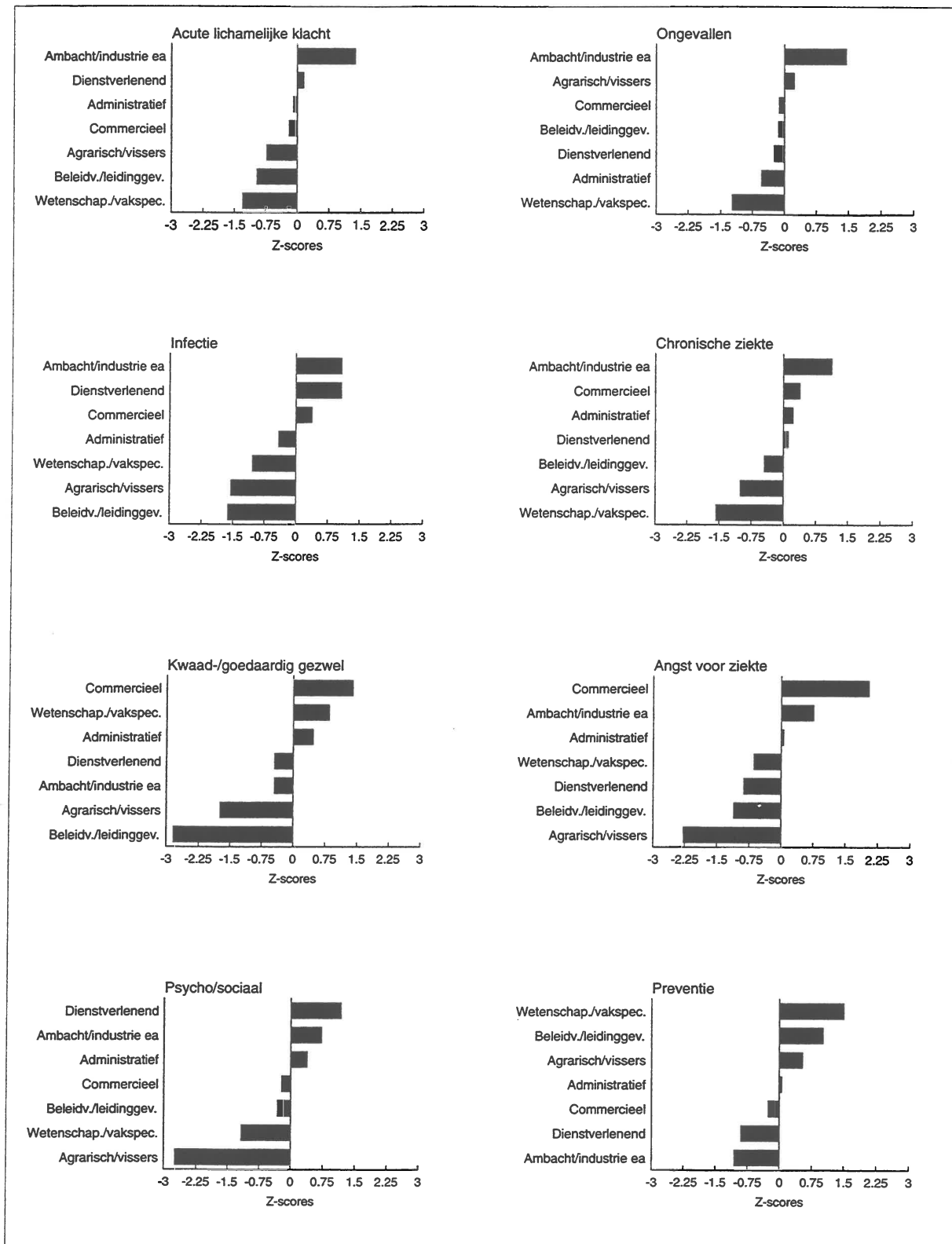
b NNO: niet nader omschreven

c NEC: niet elders classificeerbaar

Tabel 3 De belangrijkste relatieve risico's (RR) voor ziekten in de huisartspraktijk naar beroepsgroep

en plaatwerkers (vuiltje in oog), wegenbouwwerkers, spoorwegarbeiders (ongeval niet nader omschreven), distilleerders, indampers (chronische bronchitis) en drukkens (ziekten perifere zenuwstelsel niet elders classificeerbaar). Signalen van mentale beroepsrisico's treden vooral op bij arbeiders sociale werkplaats (zweer twaalfvingerige darm en angstig/nerveus), onderwijzers basis-onderwijs (zweer

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID



Figuur Grafische weergave van rangorde in beroepssectoren van de cumulatieve incidentie van clusters van aandoeningen in de huisartspraktijk gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht. De 'nullijn' is de cumulatieve incidentie van de totale werkende bevolking. Scores rechts van de nullijn zijn ongunstiger, links van de nullijn gunstiger.

De omvang van de diverse beroepssectoren is als volgt: wetenschappelijke- en andere vakspecialisten e.d. (N=21.283), beleidvoerende, hogere leidinggevende functies (N=4.847), administratieve functies (N=18.824), commerciële functies (N=8.059), dienstverlenende functies (N=11.142), agrarische beroepen, vissers e.d. (N=4.284), ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies (N=27.195).

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

	RV		RV
Acute lichamelijke klachten			
Spit		Sierpijn e.d.	
Timmerlieden	19,3	Metselaars e.d.	14,7
Metselaars e.d.	13,7	Timmerlieden	13,9
Chaufeurs en trambestuurders	11,9	Gespec. bouwvakarbeiders neg	11,4
Werksters, glazenwassers e.d.	10,8	Kelners, buffetbedienden e.d.	10,5
Wegenbouw -, spoorwegarbeiders	9,8	Tuinmansknechten, plantsoenarbeiders e.d.	10,0
Ongevallen		Scheur-/snijwond	
Vuiltje in oog		Timmerlieden	8,5
Timmerlieden	15,9	Machinebankwerker-monteurs	6,1
Machinebankwerker-monteur	13,1	Loodgieters, pijpfitters, verwarmingsm.	4,4
Plaatwerkers e.d.	10,8	Gespec. bouwvakarbeiders neg	4,0
Loodgieters, pijpfitters, verwarmingsm.	10,0	Plaatwerkers e.d.	3,6
Lassers, branders, snijders e.d.	8,9		
Infectie		Kaakholteontsteking e.d.	
Infectie bovenste luchtwegen		Overige handelsvertegenwoordigers	7,9
Werksters, glazenwassers e.d.	37,0	Machinebankwerker-monteurs	7,8
Arbeiders sociale werkplaats	25,0	Tuinmansknechten, plantsoenarbeiders e.d.	6,4
Chaufeurs en trambestuurders	21,4	Post-distributiepersoneel	6,3
Laders, lossers, pakhuisknechts e.d.	15,4	Detectives, veiligheidspersoneel e.d.	3,9
Lassers, branders, snijders e.d.	11,0		
Chronische ziekte		Prikkelbare darm	
Ongecompliceerde hypertensie		Werksters, glazenwassers e.d.	9,0
Overige administratieve functies	9,1	Telefonisten, telegrafisten e.d.	6,1
Verzorgend personeel neg	5,9	Bakkers, chocolademakers e.d.	5,6
Overige handelsvertegenwoordigers	4,7	Wegenbouw-, spoorwegarbeiders	3,3
Directeuren NV, BV coöp., sticht.	4,1	Gespec. bouwvakarbeiders neg	3,2
Distilleerders, indampers e.d.	3,7		
Psyche/sociaal		Angstig/nerveus	
Overspanning		Werksters, glazenwassers e.d.	5,6
Correspondenten e.a. administr. pers. neg	14,8	Kelners, buffetbedienden e.d.	5,0
Maatschappelijke en culturele werkers	9,5	Arbeiders sociale werkplaats	4,3
Overige administratieve functies	9,5	Laders, lossers, pakhuisknechts e.d.	4,0
Hogere leidinggevende functies neg	8,0	Machinereparateurs, onderhoudsmonteurs	3,6
Overige handelsvertegenwoordigers	4,8		

Tabel 4 Risicoverschil (RV) bij veel voorkomende ziekten in de huisartspraktijk naar beroepsgroep

twaaalfvingerige darm), huis- en constructieschilders (zweer twaaalfvingerige darm en hyperventilatie syndroom), overige dienstverlenende functies (overspanning), scheikundige, natuurkundige analisten (spanningshoofdpijn) en docenten voortgezet onderwijs (psychische ziekten niet elders classificeerbaar).

Risicoverschillen treffen voor wat betreft de belangrijkste acute lichamelijke klachten (spit en sierpijn), ongevallen (vuiltje in het oog en scheur-/snijwond) en infecties (bovenste luchtweginfectie en kaakholteontsteking) in de huisartspraktijk met name de ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies (tabel 4). De risicoverschillen voor de belangrijkste chronische ziekten (hypertensie en prikkelbare darm) en psychosociale problemen (overspanning en angstig/nerveus) kunnen alle beroepsgroepen treffen. Timmerlieden, metselaars e.d., machinebankwerker-monteurs, loodgieters, pijpfitters, verwarmingsmonteurs, wegenbouwarbeiders, spoorwegarbeiders niet elders genoemd, laders, lossers e.d., lassers, branders, snijders e.d., arbeiders sociale werkplaats, werksters, glazenwassers e.d. en kelners, buffetbedienden e.d. zijn degenen, die in deze studie vooral een beroep op de

huisarts doen. De 'witte boorden', zoals hoger leidinggevenden en directeuren, doen in vergelijking met andere beroepen relatief vaak een beroep op de huisarts in geval van overspanning respectievelijk hypertensie.

De omvang van de in deze studie vermelde beroepsgroepen varieert van overige dienstverlenende functies (N=193) tot docenten voortgezet onderwijs (N=3.359), waarbij de meerderheid van de vermelde beroepsgroepen meer dan 500 personen omvat.

BESCHOUWING

Aan arbeid gerelateerde gezondheidsproblemen vormen in veel opzichten een belangwekkend en complex thema, zowel voor de gezondheidszorg als voor het sociaal-economische beleid. Het is niet eenvoudig de gezondheidsbevorderende en gezondheidsbedreigende invloeden van de arbeid te duiden, niet in het minst omdat factoren buiten het arbeidsproces daarin evenzeer een rol vervullen.¹⁶⁻¹⁸ Men moet in de interpretatie van gegevens dan ook steeds rekening houden met bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en opleiding. Definities van belangrijke begrippen als arbeid, kwaliteit van arbeid, arbeidsgebonden aandoen-

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

essentiële signalerende rol vervullen. Een intensieve samenwerking met de bedrijfsarts in de arbodienst ligt daarbij voor de hand. Alleen met inzet van alle betrokken partijen zal het lukken een goede balans tussen arbeid en gezondheid en de daaraan gekoppelde sociale zekerheid te handhaven.

ABSTRACT

Occupation and health in general practice in The Netherlands

The relationship between occupation and health problems is analysed with data from general practice. The data come from the Dutch National Survey of General Practice. Morbidity data from the encounters between gps/practice-assistants and patients are linked with data on employment status and occupation. Incidence and prevalence rates and the probability of (the presentation) of a disease to general practice are calculated. Acute somatic complaints especially those related to the musculoskeletal system, injuries, infections specifically of the respiratory tract, chronic diseases and psycho-social problems dominate the morbidity pattern of both the employed, the unemployed and recipients of the sickness benefit schemes, with higher rates in the latter group. The employed suffer a little more often from injuries, the unemployed from fear of disease while people receiving sickness benefits have more chronic diseases including cardiovascular diseases, diseases of the musculoskeletal system and the nervous system, more malignant and benign tumours, psycho-social problems, side effects of care and preventive care, even after controlling for a number of socio-demographic and socio-economic variables. Manual and industrial workers run the highest relative risks of acute somatic complaints, injuries and infections. Large risk differences occur mainly among the manual and industrial workers, and especially with regard to chronic and psycho-social problems, also among professionals. Data from general practice offer a nice picture on health problems in relation to work.

Key words: occupation, health, work-related diseases, general practice

LITERATUUR

- 1 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Vernieuwingen in het arbeidsbestel. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
- 2 Zielhuis R, Dijk F van. Arbeid. In: Maas PJ van der, Hofman A, Dekker E, red. Epidemiologie en gezondheidsbeleid. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1989:102-22.
- 3 Smulders PGW, Bloemhoff A. Arbeid en gezondheid. In: Ruwaard D, Kramers P. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM, 1993.
- 4 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Assen: Van Gorcum, 1994.
- 5 Verbeek JHAM. Beroepsziekten in Nederland: tijd voor bundeling van krachten. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:1519-22.
- 6 Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg. Arbeid, gezondheid en welzijn in de toekomst. Toekomstscenario's arbeid en gezondheid 1990-2010. Houten: Bohn, Scheltema & Holkema, 1991.
- 7 Philipsen H, Halfens R. Niet werken en gezondheid: een vergelijking van arbeidsongeschikten, vervroegd gepensioneerden en werklozen met werkende mannen. Gezondheid & Samenleving 1983;4:161-8.
- 8 Willems JHBM. Enige besprekingen over (de toekomst van) de bedrijfsarts in Nederland. Maandblad Arbeidsomstandigheden 1987;63:429-32.
- 9 Commissie van de Europese Gemeenschappen. Huisartsen en beroepsziekten. Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen, 1993.
- 10 Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- 11 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981;24:342-6.
- 12 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Beroepenclassificatie 1984. Voorburg, 1984.
- 13 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statistiek der beroepsbevolking. Voorburg, 1989.
- 14 Velden J van der, Abrahamse HPH, Bakker DH de. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Arbeid en gezondheid. Utrecht: NIVEL, 1993.
- 15 Rothman KJ. Modern epidemiology. Boston/Toronto: Little Brown Company, 1986.
- 16 Philipsen H. Afwezigheid wegens ziekte [proefschrift]. Groningen: Wolters Noordhoff, 1968.
- 17 Smulders PGW. Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek: de resultaten van 318 studies samengevat. Leiden: NIPG/TNO, 1984.
- 18 Schröer CAP. Ziekteverzuim wegens overspanning [proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers, 1993.
- 19 Grobbee DE. Het belang van psychische factoren bij beroepsziekten: klinische epidemiologie, organisch ziektemodel en andere communicatieve obstakels. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1993;71:168-9.
- 20 Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 21 Gemeenschappelijke Medische Dienst. Statistische Informatie 1969-1990. Amsterdam, 1970-1991.
- 22 Merens-Riedstra HS. Leven zonder werk: een sociaal wetenschappelijk onderzoek naar arbeidsongeschiktheid [proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
- 23 Groothoff JW. Gezondheidstoestand van de beroepsbevolking [proefschrift]. Groningen: Van Denderen, 1986.
- 24 Horst FGEM van der. Gezondheid en niet werken [proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.
- 25 Soeters J. Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte [proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- 26 Bensing JM, Bakker DH de, Velden J van der. Hoe ziek is de WAO? Med Contact 1991;46:1075-80.
- 27 Houtman ILD, Smulders PGW, Bloemhoff A, Kompier MAJ. Bedrijfs- en beroepsgebonden werkdrukstress-risico's en ontwikkelingen hiervan in de tijd. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:128-37.
- 28 Frankenhauser M. The sympathetic-adrenal and pituitary-adrenal response to challenge: comparison between the sexes. In: Dembroski TM, Schmidt TH, Blumchen G, eds. Biobehavioral bases of coronary heart disease. Basel: Karger, 1983:91-105.
- 29 Broersen J, Weel A, e.a. Atlas werk en gezondheid. Amsterdam: NIA, 1991.

CORRESPONDENTIEADRES

J. van der Velden, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946, fax 030-319290

Voor publikatie aanvaard op 21 maart 1995

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

ningen en beroepsziekten zijn niet altijd goed te operationaliseren en bronnen van informatie bij lange na niet compleet of gebonden aan specifieke doelen zoals ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Tegelijkertijd is een nadere exploratie van het ziektebegrip noodzakelijk met daarin meer aandacht voor maatschappelijke aspecten.¹⁹

In onderhavige studie is met behulp van gegevens uit de huisartspraktijk gekeken naar de relatie tussen arbeid en gezondheid. Een belangrijk en voor dit onderzoek relevant kenmerk van de huisartsgeneeskunde is dat het psychische en sociale aspecten wil laten meewegen bij het vaststellen van ziekte en bij de behandeling van de patiënt.

De kracht van de Nationale Studie ligt in de representativiteit op nationaal niveau en in de koppeling tussen sociaal-demografische gegevens van de bevolking en ziektegegevens uit de huisartspraktijk. Naast het transversale karakter is een andere mogelijke beperking van de studie dat het stellen van een diagnose aan de huisarts is overgelaten, die voor zichzelf wel - beperkt - beschikbare diagnostische criteria hanteerde. De diagnose is vervolgens centraal gecodeerd. Er is hierop uitvoerig kwaliteitscontrole toegepast.²⁰

De gegevens uit de huisartspraktijk sluiten grotendeels aan bij de statistieken van de Sociale Verzekeringsraad en een aantal studies voor wat betreft ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.^{7,18,21-26}

WAO/AAW-ers presenteren ten opzichte van werkenden en werklozen, ook na correctie voor een aantal factoren veel acute lichamelijke klachten, infecties, chronische ziekten, kwaad- of goedaardige gezwellen en langerdurende psychische en sociale problemen. De hoge score van WAO/AAW-ers voor 'gevolgen zorg' is daar een logisch gevolg van. Dat WAO/AAW-ers tegelijk veel preventieve zorg ontvangen is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat deze mensen door hun ziekte(n) een hoge risicogroep vormen, die in aanmerking komt voor griepvaccinatie. Acute lichamelijke klachten betreffen vaak het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld spierpijn, spit), infecties worden in meerderheid gevormd door alledaagse aandoeningen, zoals verkoudheid, keel- en kaakholteontsteking, chronische ziekten treffen vooral het maag-darmkanaal, het hart-vaatstelsel en het zenuwstelsel. Ongevallen die vaker bij werkenden optreden zijn allerlei verstuingen, metaaldeeltjes in het oog en andere verwondingen.

Omdat bekend is dat factoren als leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, opleiding en verzekeringsvorm een effect hebben op het presenteren van klachten en aandoeningen in de huisartspraktijk is daarvoor gecorrigeerd in de logistische regressie-analyses. Het is mogelijk dat hierdoor overcorrectie optreedt omdat slechtere arbeidsomstandigheden één van de redenen kan zijn waardoor bijvoorbeeld ziekenfondsverzekerden meer klachten aan de huisarts presenteren dan particulier verzekerden. Er zijn verdergaande analyses, liefst met longitudinale gegevens, noodzakelijk om uiteen te kunnen rafelen wat het aandeel van de arbeid is.

Voor wat betreft het voorkomen van arbeidsgebonden aandoeningen in de werkende bevolking op het niveau van beroepssector geldt dat mensen in (specifieke) ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies en in iets mindere mate uit de dienstverlenende func-

ties veel en mensen uit de agrarische beroepen, vissers e.d. weinig problemen aan de huisarts presenteren. De eerstgenoemde sector staat naar bekend ook het meest bloot aan minder goede arbeidsomstandigheden en dit sluit aan bij eerder vermelde studies.^{6,8} Van de laatstgenoemde sector is bekend, dat zij niet zo snel naar een hulpverlener toestappen, ook al is dat noodzakelijk. Dat mensen in beleidvoerende en hogere leidinggevende functies relatief veel hypertensie (bijvoorbeeld directeuren) en overspanning (bijvoorbeeld hogere leidinggevendenden) aan de huisarts voorleggen past in reeds bekende gegevens, die er op duiden dat deze groep te maken heeft met een hoog werktempo en een daarbij behorend reactiepatroon.^{27,28} Hetzelfde geldt voor de beroepssector dienstverlenende functies vanwege psychosociale problemen. Deze groep omvat met name de horeca-sector, huishoudelijk- en schoonmaakpersoneel, brandweer- en politiepersoneel, die de combinatie van veelal onregelmatige werktijden en lichamelijk zwaar werk kent. Deze combinatie kan aanleiding geven tot werkstress en daardoor psychische problemen.²⁷

De risicobedrijfstakken die Willems⁸ op basis van buitenlandse statistieken noemde komen in deze analyses eveneens naar voren: de metaalindustrie (bijvoorbeeld plaatwerkers en lassers e.d.) de bouw (bijvoorbeeld gespecialiseerde bouwvakarbeiders en metselaars e.d.), de gezondheidszorg (bijvoorbeeld verpleegkundigen), hout- en meubelindustrie (bijvoorbeeld timmerlieden), de horeca (bijvoorbeeld kelners, buffetbedienden e.d.), het transport (bijvoorbeeld chauffeurs en trambestuurders) en de levensmiddelenindustrie (bijvoorbeeld slachters, slaggers en andere vleesbereiders en bakkers, choco-lademakers, suikerwerkmakers). Hieraan kunnen worden toegevoegd het onderwijs en een aantal andere dienstverlenende functies.

In hoeverre de onderscheiden dimensies van kwaliteit van arbeid hierin nu een rol spelen blijft voor een groot gedeelte gissen. De aandoeningen van bijvoorbeeld slachters, slaggers en andere vleesbereiders (infectie van vingers/tenen, wonden) en van plaatwerkers respectievelijk lassers e.d. (metaaldeeltjes in het oog) zijn vermoedelijk sterk gerelateerd aan arbeidsomstandigheden, maar die van onderwijzend personeel (zweer twaalfvingerige darm, psychische ziekten niet elders classificeerbaar) zijn niet noodzakelijk direct aan één aspect te wijten. We moeten dus voorzichtig zijn met al te grote uitspraken. Een causale relatie is nog niet aannemelijk gemaakt. Dit vereist nader onderzoek. Wat het onderhavige materiaal in ieder geval onverdacht en dus sterker maakt is dat de registrerende huisartsen in het geheel niet gericht waren op onderzoek omtrent de relatie tussen arbeid respectievelijk beroep en gezondheid. De gepresenteerde cijfers betekenen niet perse dat nu de meest ongezonde beroepen zijn geïdentificeerd.¹⁴ Het zijn juist wel veelal alledaagse aandoeningen, die het begin kunnen zijn van langerdurende gezondheidsproblemen. Vergelijking van onderhavige gegevens met die uit andere studies is zeer aan te bevelen.²⁹

Het is de taak van de huisarts naast de behandeling van het probleem tegelijk ook preventief actief te zijn door bijvoorbeeld voorlichting. Naar de patiënt en naar het bedrijf toe.

De huisarts kan dus zowel wat betreft de in zijn praktijk beschikbare informatie als wat betreft de aanpak van problemen in de sfeer van arbeid en gezondheid een

De huisarts en arbeidsgebonden aandoeningen

J. van der Velden, H.Ph.H. Abrahamse, D.H. de Bakker

Samenvatting

Het thema arbeid en gezondheid zal voor de huisarts in de nabije toekomst steeds belangrijker worden. In deze studie is nagegaan welke informatie de huisarts op dit terrein tot zijn beschikking heeft. Aan de hand van gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is gekeken welke gezondheidsproblemen de beroepsbevolking, verdeeld naar werkend, werkloos en WAO/AAW, aan de huisartspraktijk presenteert. Mensen die een uitkering ontvangen krachtens de WAO/AAW presenteren verreweg de meeste problemen, met name aandoeningen van het maagdarmkanaal,

het hart-vaatstelsel, het bewegingsapparaat en het zenuwstelsel, psychische problematiek en endocriene/metabole stoornissen.

Werklozen presenteren het meest frequent problemen rond zwangerschap, bevalling, gezinsplanning en ziekten van de geslachtsorganen. Van de werkende bevolking presenteren vooral mensen in dienstverlenende functies en ambachts- en industrieberoepen veel problemen, met name psychische problemen en problemen die waarschijnlijk gerelateerd zijn aan de werkplek. De huisartspraktijk vormt een uitstekende gegevensbron voor onderzoek naar en signalering van arbeidsgebonden aandoeningen. Aan de

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

huisarts de taak zijn of haar belangrijke rol op dit terrein nader in te vullen.

Inleiding

In de loop der tijd is er rond het begrip arbeid in gezondheidkundige termen veel veranderd. Zware lichamelijke arbeid onder erbarmelijke werkomstandigheden van jong en oud zijn gedeels uitgebannen en vervangen door vooral geestelijk inspannende arbeid tegen betere beloning en minder lange werktijden.

Mede onder invloed van veranderingen rond de kwaliteit van arbeid^{1,2} is in de loop der tijd de samenstelling van de werkende bevolking aanzienlijk veranderd. Meer vrouwen nemen deel aan het proces van betaalde arbeid, de werkende bevolking is steeds ouder geworden, terwijl het aantal mensen dat minder dan 35 uur werkt aanzienlijk is toegenomen³. De opleidingsgraad van de totale werkende bevolking ligt eveneens veel hoger dan vroeger, hetgeen evenwel geleid heeft tot discrepanties tussen opleidingsniveau en uiteindelijke werkplek⁴. De totstandkoming en uitvoering van wetgeving rond sociale zekerheid heeft niet alleen gefunctioneerd als vangnet voor serieuze gezondheidsproblemen, maar is evenzeer onderdeel geweest van werkgelegenheidsbeleid met alle mogelijke consequenties van dien voor zowel zieke als gezonde personen⁵.

De vraag is wat de rol van de huisarts in deze kan en moet zijn? Regelmatig wordt de suggestie gedaan om de huisarts bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een belangrijke signalerende rol te geven. De huisarts kent vaak, of heeft in ieder geval informatie over, de betrokkene, zijn ziektegeschiedenis, de thuissituatie, de sociale achtergrond en soms zelfs het werk. Door de strikt gescheiden verantwoordelijkheden van curatieve zorg en zorg op het terrein van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is de Nederlandse huisarts nauwelijks in staat zich een goed oordeel te vormen over de invloed van werk, en ook niet werken, van een patiënt op diens gezondheid. Terwijl dit heel essentieel kan zijn bij zowel de diagnostiek als behandeling van specifieke aandoeningen. Recentelijk is ook vastgesteld dat de huisarts wel graag wat aan de problematiek op en rond het werk wil doen, maar het komt er niet van⁶.

In dit licht is nagegaan in hoeverre de huisartspraktijk als informatiebron kan dienen voor de opsporing en de aanpak van arbeidsgebonden aandoeningen, met de volgende vraagstellingen:

- welke klachten en/of aandoeningen worden door werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers en door specifieke beroepscategorieën aan de huisartspraktijk gepresenteerd?
- welke beroepen lopen vooral kans op het presenteren van ziekten in de huisartspraktijk?

Methoden

Voor de beantwoording van deze vraagstellingen is een secundaire analyse uitgevoerd op de gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Voor deze

studie is een aselechte niet proportioneel gestratificeerde steekproef van in Nederland per 1 januari 1985 aanwezige huisartsen getrokken en geworven. De stratificatie-variabelen zijn regio, afstand van het praktijkadres tot het ziekenhuis en urbanisatiegraad. De werving resulteerde in een deelname van 161 gevestigde huisartsen uit 103 huisartspraktijken, die tezamen 335.000 personen bedienen⁷. Van deze populatie zijn gegevens als leeftijd, geslacht, leefsituatie, opleiding, werksituatie/beroep en etnische achtergrond verzameld. De huisartsen (en hun praktijkassistenten) zijn verdeeld over vier groepen, die tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988 in vier opeenvolgende perioden van drie maanden de gegevens uit al hun contacten met patiënten hebben vastgelegd. Daaronder vallen contactredenen en diagnoses, welke zijn gecodeerd in een aangepaste maar volledig compatibele versie van de ICPC en zijn verwerkt in zorg-episoden⁸. Eén praktijk registreerde slechts gedurende zes weken en is om die reden uitgesloten van de analyses.

Voor deze studie zijn de personen tussen 16 en 64 jaar geselecteerd die op het moment van registratie betaalde arbeid verrichtten dan wel werkloos respectievelijk WAO/AAW-gerechtigd waren (N=105.000). Studerenden, huisvrouwen/mannen, dienstplichtigen en mensen in de VUT zijn buiten gesloten. Aan alle respondenten is gevraagd voor zover mogelijk het (laatst) uitgeoefende beroep aan te geven. De classificatie van beroepen is uitgevoerd door getrainde codeurs die gebruik hebben gemaakt van de CBS beroepenclassificatie⁹. Deze classificatie kent de volgende hiërarchische opbouw (met als voorbeeld bakkers):

beroepssector:	ambachts- industrie- en transportberoepen en andere functies
beroepsklasse:	voedingsmiddelen- en drankenbereiders
beroepsgroep:	bakkers, chocolademakers, suikerwerkmakers etcetera
beroep:	brood-banket bakker (warme bakker; zelfstandig)

Een vergelijking van deze studiepopulatie met nationale gegevens op het niveau van beroepssector toont geen grote verschillen (tabel 1). De gegevens van de Nationale Studie mogen derhalve als representatief worden beschouwd.

Van deze studiepopulatie zijn de ziektegegevens op episodeniveau geanalyseerd¹⁰. Er is een onderscheid gemaakt naar werkenden, werklozen en WAO/AAW-ers. Onder werkenden is gekeken naar beroepssectoren en -groepen.

De eerste analyses die zijn uitgevoerd waren de analyses naar werksituatie. Deze richtten zich in eerste instantie op beschrijvende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 personen per drie maanden, respectievelijk periode-prevalentie per 1000 personen) van de onderscheiden groepen op ICPC hoofdstukniveau (aangevuld met specifieke aandoeningen), waarbij de gegevens zijn gestandaardiseerd via de directe methode voor leeftijd en geslacht. In tweede instantie is in een logistische regressie analyse de odds ratio berekend; deze wordt bepaald door de cumulatieve incidentie en de periode-prevalentie van ziekten

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Tabel 1 Registratie van beroepen: vergelijking gegevens Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 1-1-1988) en Nationale Studie (NS): in percentages

Beroepssector	CBS man	NS man	CBS vrouw	NS vrouw	CBS totaal	NS totaal
Beroepsbevolking(N=)	3.76x10 ⁶	73.456	2.10x10 ⁶	41.639	5.86x10 ⁶	115.095
Wetenschappelijke en andere vakspecialisten, kunstenaars	21.3	19.1	25.1	28.6	22.7	22.5
Beleidvoerende en hogere leidinggevende functies	5.4	6.8	1.3	2.0	3.9	5.1
Administratieve functies	12.3	15.4	26.7	28.3	17.4	20.1
Commerciële functies	9.8	6.9	12.2	10.4	10.7	8.2
Dienstverlenende functies	5.6	5.4	24.3	21.1	12.3	11.1
Agrarische beroepen, vissers, en dergelijke	6.2	5.1	3.0	1.4	5.0	3.8
Ambachtelijke - industriële - transportberoepen en verwante functies	34.7	37.1	5.5	5.9	24.2	25.8
Militairen en groep onbekend	4.7	4.1	1.9	2.3	3.7	3.4

op ICPC hoofdstuk niveau bij werklozen respectievelijk WAO/AAW'ers en de cumulatieve incidentie en de periode prevalentie bij werkenden; in deze logistische regressie-analyse wordt gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, leefsituatie (alleenstaand/met partner/met partner met kinderen/zonder partner met kinderen), de hoogst voltooide opleiding, verzekeringsvorm (ziekenfonds/particulier) en etnische achtergrond (Nederland; Turkije en Marokko samen; Suriname en Antillen samen, en overige). Statistische significantie is nagegaan door tweezijdig toetsen met behulp van de chi-kwadraat met een p-waarde van kleiner dan 0,001.

De analyses van de werkende bevolking naar beroepssector richtten zich op beschrijvende gegevens (cumulatieve incidentie per 1000 personen per drie maanden). De sector militairen en beroepsgroep onbekend is vanwege zijn bijzondere samenstelling buiten de analyses gehouden. Deze analyses zijn weergegeven voor de twaalf meest relevante van de 17 ICPC hoofdstukken.

De analyses van de werkende bevolking naar beroepsgroep richtten zich op de kans van een specifieke beroepsgroep op een ziekte in de huisartspraktijk in vergelijking tot de kans bij alle andere werkenden, uitgedrukt in het relatieve risico (RR) wordt bepaald door de ratio van de cumulatieve incidentie van ziekte in een specifieke beroepsgroep en de cumulatieve incidentie van ziekte bij de overige werkenden. In beide gevallen is de leeftijd-geslacht-verdeling van beide groepen door indirecte standaardisatie vergelijkbaar gemaakt.

In zijn algemeenheid zijn alleen beroepsgroepen geanalyseerd met meer dan honderd personen en worden alleen specifieke aandoeningen gerapporteerd met minstens vijf gevallen.

Gerapporteerd wordt een selectie van beroepsgroepen met de hoogste relatieve risico's die bij toetsing statistisch significant van 1 afwijken. Deze toets is uitgevoerd met de formule van 'hypothesis testing with stratified person time data'¹¹.

Resultaten

Werken of niet werken

WAO/AAW'ers presenteren in vergelijking met werkenden en werklozen het meest frequent ziekten aan de huisarts (tabel 2). Dit betreft vooral aandoeningen van het maag-darm kanaal (met name maligne neoplasmata, chronische enteritis/colitis ulcerosa, diverticulosis/-itis en leverziekten), het hart-vaat stelsel (met name coronairlijden, decompensatio cordis, klepafwijkingen, gecompliceerde hypertensie en cerebrovasculaire ziekten), het bewegingsapparaat (met name spierklachten, fracturen, artrose van de wervelkolom, rugpijn met uitstraling en hernia, reumatoïde artritis) en het zenuwstelsel (met name congenitale afwijking zenuwstelsel, multiple sclerose, epilepsie), psychische problemen (met name angstig/nerveus, (tentamen) suïcide, geheugen-/oriëntatiestoornissen, levensfaseproblematiek, leer-/ontwikkelingsstoornissen, psychosen, hysterie en fobieën), ademhalingsproblemen (met name maligne neoplasma long, chronische bronchitis en emfyseem), endocriene/metabole stoornissen (gewichtverlies, obesitas en diabetes mellitus), urinewegproblemen (met name urine-incontinentie, maligne neoplasma blaas, overige ziekten urinewegen) en sociale problemen (problemen rond behuizing, werkloosheid, sociale verzekeringen, ouder-kind relatie en verlies van familie). WAO/AAW'ers presenteren daarentegen weinig zaken rond zwangerschap, bevalling en gezinsplanning.

Werklozen hebben vaker dan de andere groepen last van tuberculose, obstipatie, chronisch alcoholmisbruik, rook- en drugsverslaving, pediculosis/huidinfestatie, geslachtsziekten, problemen met verhuizing, politie/justitie, sociale/culturele waarden en problemen als gevolg van mishandeling.

Werkenden hebben iets meer kans op ongevallen (met name distorsies/contusies en oogletsel), hartklachten, rugpijn zonder uitstraling, overspanning en gezinsproblematiek.

Als naast standaardisatie voor leeftijd en geslacht ook controle plaatsvindt voor leefsituatie,

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Tabel 2 Cumulatieve incidentie en periode prevalentie van ziekten in de huisartspraktijk op ICPC-hoofdstukniveau naar werksituatie (werkend/werkloos/WAO/AAW) per 1000 personen per 3 maanden: gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

ICPC-hoofdstuk		incidentie			prevalentie		
		werkend	werkloos	WAO/AAW	werkend	werkloos	WAO/AAW
A.	Algemeen e.a.	28,4	34,3	32,4	46,6	51,4	66,8
B.	Bloed e.a.	3,7	4,8	2,7	8,8	11,7	10,8
D.	Maag-darmkanaal	32,4	35,9	34,2	52,5	62,4	89,2
F.	Oog	15,3	22,5	18,8	22,2	28,6	33,2
H.	Oor	20,9	19,6	21,4	24,6	22,5	26,7
K.	Hart-vaatstelsel	12,7	15,2	17,3	59,0	64,5	116,3
L.	Bewegingsapparaat	91,5	85,6	105,1	122,3	119,2	184,5
N.	Zenuwstelsel	9,9	8,6	14,9	24,6	26,9	64,2
P.	Psyche	26,3	37,1	43,0	69,2	103,3	182,3
R.	Ademhalingsorganen	75,7	80,5	106,7	97,2	102,7	147,7
S.	Huid e.a.	58,7	70,6	67,8	85,9	100,0	106,9
T.	Endocrien/metabolisme e.a.	4,1	5,2	11,3	18,8	26,7	46,3
U.	Urinewegen	9,8	11,1	12,2	13,3	13,7	26,2
W.	Zwangerschap e.a.	12,2	16,0	6,9	60,3	65,0	30,1
X.	Vrouwelijke genitaliën e.a.	16,7	21,2	16,0	27,0	34,4	25,6
Y.	Mannelijke genitaliën e.a.	4,6	6,4	6,4	5,9	9,9	8,2
Z.	Sociale problemen	7,4	9,5	11,6	18,1	30,5	36,7
Totaal één of meer ziekte(n)		327,6	352,0	386,1	472,2	512,7	626,3
Totaal aantal personen (N)		99950	7008	8140	99950	7008	8140

verzekeringsvorm, opleiding en etnische achtergrond valt het volgende op (tabel 3). WAO/AAW-ers vertonen ten opzichte van werkenden voor wat betreft de prevalentie-cijfers in vrijwel alle ICPC hoofdstukken vaker problemen, behalve voor aandoeningen aan het oog, het oor, de vrouwelijke genitaliën en zaken rond zwangerschap en andere. Werklozen presenteren in vergelijking met werkenden vaker endocriene/metabole stoornissen, psychische en sociale problemen en juist minder aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Beroepsgebonden aandoeningen

Bezien we ziekten in de huisartspraktijk op basis van twaalf ICPC hoofdstukken voor zeven beroepssectoren uit de werkende bevolking (figuur), dan valt op dat de ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies vaak hoog scoren voor aandoeningen van het maag-darmkanaal (misselijkheid, braken, irritable bowel syndrome), het oog (conjunctivitis, corpus alienum oog), van het oor (doofheid), van het bewegingsapparaat (spier- en gewrichtsklacht-

Tabel 3. Logistische-regressie analyse voor de kans op een aandoening in de huisartspraktijk op ICPC-hoofdstukniveau (cumulatieve incidentie/ periode prevalentie per 1000 personen per 3 maanden): werklozen of WAO/AAW'ers versus werkenden gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, leefsituatie, opleiding en etnische achtergrond uitgedrukt in statistisch significante odds-ratio's

ICPC-hoofdstuk		odds-ratio werkloos/werkend		odds-ratio wao/werkend	
		inc.	pre.	inc.	pre.
A	Algemeen en niet gespec.	-	-	-	1,5
B	Bloed, bloedv. org. milt e.a.	-	-	-	1,7
D	Maagdarmkanaal	-	-	-	1,5
F	Oog	-	-	-	-
H	Oor	-	-	-	-
K	Hart-vaatstelsel	-	-	1,4	1,6
L	Bewegingsapparaat	0,8	0,8	-	1,2
N	Zenuwstelsel	-	-	1,5	2,0
P	Psyche	-	1,2	-	2,0
R	Ademhalingsorganen	-	-	1,3	1,5
S	Huid e.a.	-	-	-	1,3
T	Endocrien/metabolisme e.a.	-	1,4	-	1,7
U	Urinewegen	-	-	-	1,9
W	Zwangerschap e.a.	-	-	-	-
X	Vrouwelijke genitaliën e.a.	-	-	-	-
Y	Mannelijke genitaliën e.a.	-	-	-	1,6
Z	Sociale problemen	-	1,4	-	-

p < 0.001

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

en. distorsie/contusie), endocriene/metabole stoornissen (gewichtsverlies en obesitas) en sociale problemen (problemen tussen partners en in het gezin). Beleidvoerenden en hoger leidinggevenden scoren hoog voor hart-vaataandoeningen (met name ongecompliceerde hypertensie), administratieve functies voor urineweg problemen (met name cystitis), dienstverlenende functies voor psychische problemen (met name overspanning) en agrarische en andere beroepen vanwege aandoeningen van het zenuwstelsel (met name migraine).

Voor 173 beroepen konden relatieve risico's (RR) met voldoende 'power' worden berekend. Van deze RR's weken er uiteindelijk 133 statistisch significant af van 1. Op basis van de relatieve risico's zijn gezondheidsprofielen van specifieke beroepen gemaakt. De 22 beroepen met de meeste hoge relatieve risico's staan vermeld in tabel 4. Tezamen omvatten deze beroepen iets meer dan dertig procent van de totale werkende bevolking in de studie. Dienstverlenende functies, commerciële functies en ambachts-, industrie-, en transportberoepen en verwante functies vallen op. Vooral ongevallen, aandoeningen van het bewegingsapparaat, huidziekten en in mindere mate psychische problemen worden geconstateerd.

Beschouwing

De gepresenteerde gegevens geven een bijzonder fraai inzicht in de problemen die door de beroepsbevolking van 16-64 jaar aan de huisarts worden voorgelegd.

Van de totale beroepsbevolking laten WAO/AAW'ers verreweg de meeste problemen zien. Naast vaak genoemde aandoeningen als die van het bewegingsapparaat en psychosociale problemen, vallen hierbij ook maag-darm problemen, hart-vaatziekten, aandoeningen van het zenuwstelsel en endocriene/metabole stoornissen op.

Een vergelijking van ziekten bij WAO/AAW-ers en bij de werkende bevolking op hetzelfde studiemateriaal laat zien dat de chronische respectievelijk acute aandoeningen prevaleren¹². Een vraag is dan in hoeverre acute klachten of ziekten onder de werkende bevolking zijn gerelateerd aan, en misschien wel voorlopers zijn van, chronische klachten of ziekten bij arbeidsongeschikten¹³. Een volgende vraag betreft de rol van arbeidsomstandigheden. Bekend is dat arbeidsomstandigheden, vooral lichamelijk en geestelijk inspannende arbeid, bijdragen aan een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid: hoe meer inspanning hoe hoger het risico op arbeidsongeschiktheid¹⁴. Arbeidsomstandigheden zijn ook in verband gebracht met sociaal economische gezondheidsverschillen. In een analyse waarin opleidingsniveau, gezondheidsklachten en arbeidsomstandigheden simultaan werden betrokken, bleken arbeidsomstandigheden een belangrijke bijdrage te leveren aan de verklaring van gezondheidsverschillen. Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in arbeidsomstandigheden waren er nauwelijks nog verschillen in gezondheidsklachten naar opleidingsniveau. De

bijdrage van gedragsfactoren (bijvoorbeeld risikante leefgewoonten) bleek in hetzelfde onderzoek tamelijk klein te zijn¹⁵.

Arbeidsomstandigheden lijken mogelijk ook in onze studie een rol te spelen. Van de werkende bevolking presenteren vooral dienstverlenende functies en ambachts- en industrieberoepen problemen aan de huisarts. Dit zijn precies de beroepssectoren die naar bekend het meest bloot staan aan minder goede arbeidsomstandigheden¹⁶. Het betreft vooral psycho-sociale problemen, zoals angst en nerveusiteit bij kelners, serveersters of acute stress reacties bij pakhuis- en magazijnknechten, en aan fysieke arbeidsomstandigheden gebonden aandoeningen zoals verstuingen bij bejaardenverzorgsters en dienstmeisjes, huidinfecties bij werkmasters en schoonmaaksters, corpus alienum oog bij lassers en machinebankwerkers, wervelkolomproblemen bij timmerlieden en vrachtwagenchauffeurs, verwondingen bij slagers. Maar ook uit andere beroepssectoren zijn er signalen, zoals acute laryngitis/tracheitis bij telefonisten en vertegenwoordigers, en distorsie/contusie schouder/arm bij cassières en lokettisten van de spoorwegen.

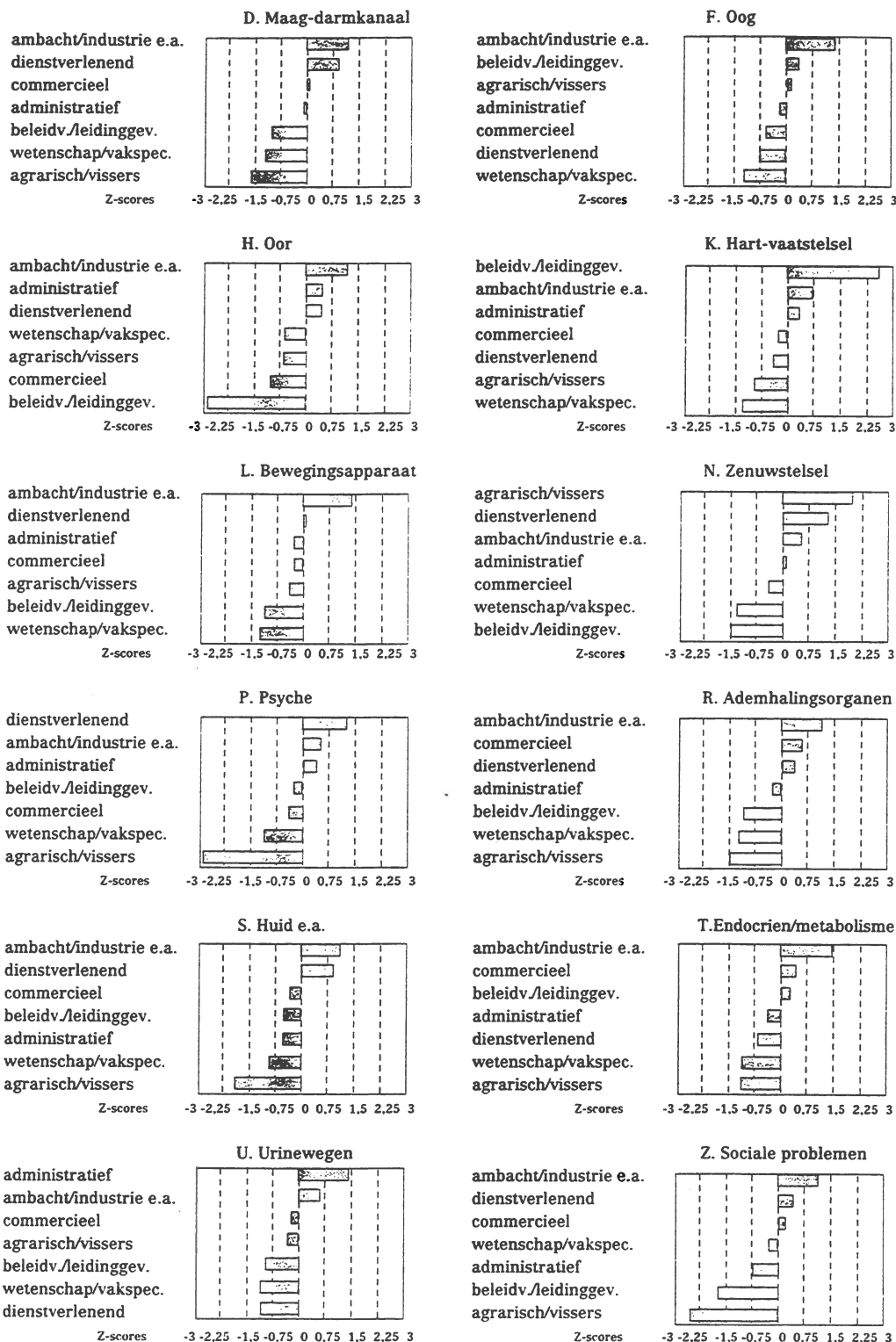
Wat nu het precieze aandeel van het werk in al deze problematiek is, is niet eenvoudig te duiden. Te meer omdat op basis van deze cross-sectionele studie geen causale relaties zijn vast te stellen.

Onze cijfers passen zeer wel bij andere in Nederland uitgevoerde studies, die veelal gebaseerd zijn op enquêtemateriaal¹⁷⁻¹⁹. Wat moet de huisarts nu met al deze, op zich interessante, gegevens? Dit geldt zowel de behandeling als de sociaal medische begeleiding van de individuele patiënt.

Voor de behandeling van de individuele patiënt is van belang dat de huisarts beseft dat het beroep en de daarbijbehorende werkplek het beloop van een ziekte zeer sterk kan beïnvloeden. Kennis over het beroep en de werkplek is dan ook onontbeerlijk tijdens het consult. Een CARA-patiënt die in de verffabriek bij slechte dampen staat te werken, zal medicamenteus slechts met grote moeite goed kunnen worden ingesteld en zo zijn nog tientallen andere voorbeelden te noemen. Het signaal van de patiënt is zijn ziekte, een huisarts moet daarachter kijken. Dit is precies het belangrijke traject van de acute klacht of ziekte onder de werkende bevolking, die overgaat in de chronische klacht of in ziekte die kan leiden tot arbeidsongeschiktheid. Hier mag alertheid van de huisarts worden verwacht. Maar mogelijk nog essentiëler is dat de huisartspraktijk een ideale bron van informatie vormt voor de aanpak van problemen in de sfeer van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en problemen op de werkplek. De privatisering van de Ziektewet en de herziening van de WAO/AAW regelingen dwingen de huisarts tot een bezinning op zijn of haar rol in de sociaal medische begeleiding. De opties zijn velerlei, maar de huisarts moet beseffen dat persoonsgebonden zorg zonder enige controlerende functie van werkenden zijn huidige - sterke - positie heeft bepaald. Nogmaals kan worden vastgesteld dat de huisarts als geen ander weet heeft van de persoon, diens ziektegeschiedenis en de directe omgeving. Intensievere

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Figuur 1 Grafische weergave van rangorde in beroepssectoren van de cumulatieve incidentie van aandoeningen (ICPC hoofdstukken) in de huisartspraktijk gestandaardiseerd op leeftijd en geslacht. De 'nullijn' is de cumulatieve incidentie van de totale werkende bevolking. Scores rechts van de nullijn zijn ongunstiger, links van de nullijn gunstiger.



De omvang van de diverse beroepssectoren is als volgt: wetenschappelijke - en andere vakspecialisten e.d. (N=21.283), beleidvoerende, hogere leidinggevende functies (N=4.847), administratieve functies (N=18.824), commerciële functies (N=8.059), dienstverlenende functies (N=11.142), agrarische beroepen, vissers e.d. (N=4.284), ambachts-, industrie-, transportberoepen en verwante functies (N= 27.195).

PREVENTIE EN ARBEID EN GEZONDHEID

Tabel 4 Beroepen met de hoogste kans op ziekte zoals geregistreerd in de huisartspraktijk, uitgedrukt in relatieve risico's (RR)

Ziekenverzorger (N=955)	RR	Zelfstandig bedrijfshoofd (N=1776)	RR
ziekte gebit/tandvlees	4.8	obesitas	3.0
acuut letsel meniscus/kniebanden	3.5	angina pectoris	2.4
ijzergebreksanaemie	2.7	sympt/kl rug	2.2
tendinitis/synovitis	2.4	corp al oog	1.8
Ov secretaressen, stenotypisten (N=1668)		Caissiere/loketist spoorwegen (N=956)	
premenstrual tension syndrome	5.5	dist/cont schouder/arm	2.8
bepiering/handicap bewegingsapparaat	3.4	allergische rhinitis	2.4
uitsstellen menstruatie	2.5	allergische conjunctivitis NEC1	2.1
vaginale afscheiding	2.4	cerumen	1.8
Telefoniste (N=293)		Middelb admin employe neg1 (N=5329)	
irritable bowel syndrome	4.4	probleem verlies partner	3.3
acute laryngitis/tracheitis	4.2	sympt/kl huid NEC	3.0
infectie bovenste luchtwegen	2.0	acne vulgaris	1.6
myalgia/fibrositis	1.9	zwangerschap bevestigd	1.3
(Admin) ambtenaar spec onbekend (N=2886)		Ov handelsvertegenwoordiger (N=816)	
infectie oog NEC	2.9	algemene malaise	3.8
urticaria	2.8	ongecompl hypertensie	3.1
infectie ademhaling NEC	2.7	acute laryngitis/tracheitis	2.6
angina pectoris	2.3	otitis externa	2.4
Winkelbediende, verkoper detailhandel (N=3880)		Kelner, serveerster (N=597)	
schaafwond/schram/blaar	2.4	sympt/kl menopauze	5.3
psoriasis	2.3	sympt/kl spieren NEC	3.1
algemene sympt/kl NEC	1.9	ziekte perifeer zenuwstelsel	3.1
contacteczeem	1.8	angstig/nerveus	3.0
Dienstmeisje, huishoudster part huishouding (N=783)		Bejaardenverzorger in tehuizen (N=1287)	
dist/cont pols/hand	3.4	herpes simplex lip/mond	3.3
dist/cont knie	3.0	dist/cont/letsel bew app NEC	2.8
hyperventilatie	2.5	atheroomcyste	2.5
tubair catarrh	2.2	dist/cont enkel	2.1
Werkster, schoonmaakster (N=1624)		Tuinmansknecht, plantsoenarbeider (N=343)	
slikstoornis	4.7	influenza	4.5
infectie huid NEC	4.6	dist/cont/letsel bew app NEC	4.0
lipoom	3.9	sinusitis	2.8
vertigo	2.9	myalgia/fibrositis	2.6
Slager, slagersknecht detailhandel (N=381)		Confectiebaaister en -stikster (N=533)	RR
locale infectie vinger/teen	15.0	obesitas	3.4
scheur-/snijwond	6.5	tubair catarrh	3.1
furunkel/carbunkel/cellulitis	6.3	dermatomycosis/phytosis	2.4
tendinitis/synovitis	3.8	urogenitale candidiasis	2.3
Ov machine bankwerker (N=963)		Lasser (metaal) (N=397)	
corp al oog	3.4	corp al oog	5.5
afw maagfunctie/gastritis	2.6	allergisch conjunctivitis NEC	2.5
haemorrhoiden	2.6	ov infectie maag darm	2.4
scheur-/snijwond	2.1	lumbag	2.3
Bouwvaktimmerman (N=1888)		Pakhuis-, magazijnknecht (N=844)	
sympt/kl gewrichten	4.4	acute stress reactie	3.5
zweepslag kuit	3.6	dist/cont voet/tenen	2.7
epicondylitis lateralis	2.8	angstig/nerveus	2.6
afwijking cervicale wervelkolom	2.7	tubair catarrh	2.5
Vrachtwagen-, bestelautochauffeur (N=2171)		Arbeider soc. werkplaats(tewerkstelling) (N=530)	
migraine	3.0	ulcus duodeni	8.0
urticaria	2.9	furunkel/carbunkel/cellulitis	5.0
afwijking cervicale wervelkolom	2.7	angstig/nerveus	3.5
dist/cont wervelkolom excl cervicale	2.6	ov infectie maag darm	2.9

1 NEC = niet elders classificeerbaar/neg=niet elders geclassificeerd



ZIEKTEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

- 1 gezondheids-
problemen bij kinderen

Het kind met koorts in de huisartspraktijk

H.E. HART
M.A. BRUIJNZEELS
J.C. VAN DER Wouden
ET AL.

Op basis van gegevens uit de Nationale Studie is onderzoek gedaan naar koorts bij kinderen en de behandeling daarvan door de huisarts. Uit de contactregistraties van kinderen (0-14 jaar) is nagegaan hoe vaak de huisarts een kind met koorts zag, welke klachten gepresenteerd werden, welke diagnoses de huisarts stelde, welke diagnostiek hij uitvoerde en wat hij voorschreef. Van de 64.198 kinderen in deze praktijken kwam 42 procent bij de huisarts; één op de acht van deze kinderen kwam met koorts. De klachten hadden vooral betrekking op de luchtwegen, evenals de diagnoses. De huisarts verrichtte meestal alleen lichamelijk onderzoek; het aanvullend onderzoek was beperkt. De huisarts gaf bij koortswering vaker paracetamol dan salicylaten. Vooral bij respiratoire diagnoses werden antibiotica voorgeschreven (42 procent).

Hart HE, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Does E, Van der Velden J. Het kind met koorts in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35(6): 246-8.

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-4087611/13; fax 010-425.3338.

H.E. Hart, huisarts; M.A. Bruijnzeels, data-analist; Prof. dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeeneskunde; Drs. J.C. van der Wouden, socioloog; L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts, Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis; J. van der Velden, MPH, Nivel.

Correspondentie: Drs. J.C. van der Wouden.

Inleiding

De huisarts wordt frequent geconsulteerd voor kinderen met koorts. Meestal gaat het daarbij om een virale infectie;¹⁻⁴ zo is in de kliniek bij zeer jonge kinderen aangetoond dat slechts in ongeveer 15 procent van de gevallen een bacteriële infectie verantwoordelijk was voor de koorts.⁵⁻⁷

De meningen over de noodzaak om koorts bij kinderen te bestrijden, lopen uiteen.⁸⁻¹⁰ Bij een virale aandoening is een antibioticum niet geïndiceerd en verder moet de arts bedacht zijn op het verband tussen het gebruik van salicylaten en het syndroom van Reye, met name bij influenza en waterpokken.¹¹⁻¹³

De vraagstelling van ons onderzoek luidde als volgt:

- Hoe vaak ziet de huisarts kinderen van 0-14 jaar met koorts, en welke andere klachten worden er gepresenteerd?
- Welke diagnostiek verricht de huisarts?
- Welke diagnoses stelt de huisarts?
- Hoe vaak schrijft de huisarts antipyretica en antibiotica voor?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het materiaal van de Nationale Studie, waarvoor verwezen kan worden naar eerdere publikaties.^{14 15}

Op contactniveau hebben wij een inventarisatie gemaakt van alle contacten waarbij koorts een van de (maximaal drie) contactredenen was ('koortscontacten'). De incidentie van koorts als contactreden is berekend door het aantal kinderen met één of meer malen koorts, te delen door de tijd dat de kinderen werden gevolgd.

Op episode-niveau hebben wij ons beperkt tot de episoden die in de registratieperiode begonnen met koorts. Daarbij is de diagnose van het laatste contact in de registratieperiode beschouwd als episodediagnose; impliciet is dus verondersteld dat alle geanalyseerde episoden ook binnen de registratieperiode werden beëindigd. Bij twee of meer diagnoses is uitgegaan van de eerst gestelde diagnose.

De episodediagnosen zijn ingedeeld in vier groepen:

- koorts zonder etiologische diagnose ('Koorts');
- diagnoses betreffende de tractus respiratorius en/of het oor ('Resp.');
- diagnoses betreffende de tractus gastro-intestinalis (G.I.);
- overige diagnoses (Overig).

Van deze episoden zijn alleen de eerste contacten bestudeerd. Nagegaan is of de huisarts wel of niet diagnostiek verrichtte, en zo ja, welk onderzoek: lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, urine-onderzoek, röntgenonderzoek en overig onderzoek. Verder is gekeken naar de eventuele therapie: salicylaten (of een preparaat dat salicylaten bevat), paracetamol of antimicrobiële therapie.

Resultaten

De deelnemende huisartspraktijken telden samen 64.198 kinderen van 0-14 jaar. In de registratieperiode hadden hiervan 27.462 kinderen contact met hun huisarts.

Er waren 4.370 koortscontacten bij 3.529 kinderen. Het aantal koortscontacten was niet gelijk verdeeld over het jaar; in de herfst lag dit het hoogst. De huisarts zag evenveel jongens als meisjes.

- De meeste contacten werden geregistreerd bij kinderen van 1 jaar (tabel 1). De incidentie bedroeg voor de groep van 0-4 jaar 443 gevallen per 1000 persoonsjaren, en voor de groep van 5-14 jaar 98.

Bij ruim 20 procent van de koortscontacten was koorts de enige klacht; in de overige gevallen waren er nog één of twee andere klachten (tabel 2).

Bij 3.062 contacten (70 procent) ging het om een eerste contact, d.w.z. het begin van een episode. Deze episoden bestonden uit gemiddeld 1,4 contacten (maximaal 8).

- In 4 procent van de gevallen was 'koorts' de episodediagnose. Veruit de meeste episodediagnosen hadden betrekking op de tractus respiratorius (tabel 3); de belangrijkste diagnoses binnen de verschillende diagnosegroepen zijn vermeld in tabel 4.

- Tijdens 89 procent van de eerste contacten van de koortsepisoden werd diagnostiek verricht (tabel 5). De diagnostiek bestond vrijwel uitsluitend uit lichamelijk onderzoek van het keel-neus-oorgebied en de longen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Tabel 1 Leeftijdverdeling kinderen met koortscontacten. Afgeronde percentages (n = 3529).

Leeftijd in jaren	
0	16
1	18
2	14
3	10
4	10
5	8
6	6
7	4
8	3
9	3
10	2
11	2
12	2
13	2
14	1
Ontbrekend	0,3

Tabel 2 Relatieve frequentieverdeling van de tien meest gepresenteerde klachten naast koorts. Afgeronde percentages (n = 4370).

Hoesten	26
Symptomen/klachten keel	10
Oorpijn	8
Algemene zwakte	7
Infectie bovenste luchtwegen	5
Braken	5
Hoofdpijn	4
Gegeneraliseerde roodheid	4
Diarree	3
Buikpijn	3

Tabel 3 Verdeling van koortsepisoden over diagnosegroepen. Afgeronde percentages (n = 3062).

Koorts	4
Respiratoir	64
Gastro-intestinaal	7
Overig	25

Tabel 4 De vijf meest voorkomende diagnoses (ICPC-codes) per diagnosegroep. Afgeronde percentages.

Respiratoir (n=1972)	
R74 Bovenste luchtweginfectie	29
R76 Acute tonsillitis	16
R78 Acute bronchitis	15
H71 Acute otitis media	15
R80 Influenza (excl. pneumonie)	7

Gastro-intestinaal (n=203)	
D74 Overige inf. maagdarmkanaal	55
D71 Bof (+ complicaties)	21
D87 Afw. maagfunctie/gastritis	7
D11 Diarree	4
D70 Inf. diarree/dysenterie	4

Overige (n=767)	
A77 Overige virusinfecties	54
A76 Virusinfectie met exantheem	8
A74 Rode hond	4
A97 Géén ziekte	4
U71 Cystitis/overige urineweginf.	3

Tabel 5 Diagnostiek verricht tijdens het eerste contact van de koortsepisode. Afgeronde percentages per diagnosegroep (combinaties mogelijk).

	Koorts n=120	Resp. n=1972	G.I. n=203	Overig n=767	Totaal n=3062
Lich. onderzoek	70	92	82	85	89
Bloed	4	0,6	2	4	2
Urine	8	1	5	5	3
Röntgen	—	0,4	0,5	0,1	0,3
Overig	—	0,3	3	0,3	0,4
Totaal	71	92	83	86	89

Tabel 6 Het voorschrijven van medicatie, tijdens het eerste contact van de koortsepisode. Afgeronde percentages per diagnosegroep.

	Koorts n=120	Resp. n=1972	G.I. n=203	Overig n=767	Totaal n=3062
Salicylaten*	—	1	0,5	2	2
Paracetamol	19	12	20	19	15
Antibiotica	4	39	1	6	27
Antibiotica plus†	—	3	0,5	0,6	2
Overig	8	21	23	12	18
Totaal	31	76	44	40	63

* Salicylaten, of preparaten die salicylaten bevatten.

† Combinatie van antibiotica met salicylaten en/of paracetamol.

• Tijdens het eerste contact van de koortsepisode werd in 63 procent van de gevallen medicatie voorgeschreven. In de groep 'koorts' lag dit percentage het laagst, in de groep met diagnoses betreffende de tractus respiratorius het hoogst (tabel 6). Voorts werd in de respiratoire groep tijdens het eerste contact in 42 procent van de gevallen een antibioticum voorgeschreven. In de andere groepen lag ook dit percentage duidelijk lager (2-7 procent). Koortswerende medicatie werd bij de kinderen met 'overige diagnoses' het meest frequent voorgeschreven (22 procent). Paracetamol werd aanzienlijk vaker voorgeschreven dan een salicylaat.

Beschouwing

Onze gegevens bevatten niet alle resultaten van de diagnostiek (geen resultaten van lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek), en evenmin het tijdstip van genezing en de follow-up; daardoor missen wij belangrijke informatie, en zijn de overwegingen van de huisarts nauwelijks te reconstrueren. Verder hebben wij geen aandacht besteed aan gegevens uit vervolcontacten.

Een ander probleem is dat wellicht niet in alle gevallen waarin een kind koorts had, de koorts ook als klacht is gepresenteerd. Daarnaast is niet vastgelegd bij welke temperatuur van koorts werd gesproken; uit de literatuur is bekend dat ouders de hoogte van koorts vaak overschatten.^{16 17}

Van de 64.198 kinderen in de deelnemende huisartspraktijken had 5,5 procent in de registratieperiode van drie maanden contact met de huisarts wegens koorts. Van de 27.462 kinderen die in deze tijd de huisarts bezochten, deed 12 procent dat wegens koorts. De gevonden incidentie komt nagenoeg overeen met die in het Transitieproject.¹⁸

In 96 procent van de gevallen kon de huisarts zelf een nadere oorzaak van de koorts vinden en in tweederde van deze gevallen ging het om een respiratoir probleem. Deze bevindingen stemmen overeen met uitkomsten van eerder onderzoek.^{5 19-21}

Vergelijking met het Transitieproject

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

wordt bemoeilijkt door het feit dat de desbetreffende gegevens hierin per leeftijdsgroep minder gedetailleerd worden gepresenteerd. Vijf procent van de koortsepisodes in het Transitieproject bleek in de diagnose 'koorts' te resulteren.¹⁸ Een duidelijk verschil in de top 5 van einddiagnosen is het voorkomen van de diagnose otitis media in ons onderzoek; de kinderleeftijd heeft zijn specifieke problemen. Klaarblijkelijk achtte de huisarts louter lichamelijk onderzoek voldoende om een diagnose te kunnen stellen. Dit is opmerkelijk, gezien de hoeveelheid adviezen in de literatuur met betrekking tot aanvullende diagnostiek.^{1-3 22-24}

Opvallend is dat de huisarts in de groep met de symptoomdiagnose 'koorts' de minste diagnostiek verrichtte: in deze groep werd 30 procent van de kinderen niet lichamelijk onderzocht; wél werd de urine vaker onderzocht. Kennelijk ging de huisarts uit van een spoedig herstel.

Het aandeel van de gevallen waarin antibiotica werden voorgeschreven, valt mee (29 procent). In de respiratoire groep werd in 42 procent van de gevallen een antibioticum voorgeschreven. Daaronder vallen ook de diagnosen tonsillitis en otitis media, waarbij het gebruik van antibiotica ter discussie staat. In de diagnosegroep 'koorts' kreeg 4 procent van de kinderen een antibioticum voorgeschreven. Geeft de huisarts in deze gevallen een antibioticum uit angst voor en ter preventie van een bacteriële superinfectie? In de gastroïntestinale groep werd weinig antibiotica voorgeschreven.

De huisarts bleek bij koortswerende medicatie vaker paracetamol dan salicylaten voor te schrijven; dit is conform het advies in het Geneesmiddelenbulletin.¹¹ Het zou daarbij interessant zijn om ook inzicht te hebben in de door ouders toegepaste medicatie.

Literatuur

- ¹ Kimmel SR, Gemmill DW. The young child with fever. *Am Fam Physician* 1988; 37: 196-206.
- ² McCutcheon ML. The febrile infant. *J Fam Pract* 1985; 20: 584-8.
- ³ Poole SR. The child with unexplained fever. *Am Fam Physician* 1983; 27: 129-34.
- ⁴ Murray DL, et al. Relative importance of bacteremia and viremia in the course of acute fevers of unknown origin in outpatient children. *Pediatrics* 1981; 67: 157-60.
- ⁵ Caspe WP, Chamudes O, Louie B. The evaluation and treatment of the febrile infant. *Pediatr Infect Dis* 1983; 2: 243-51.
- ⁶ Krober MS, Bass JW, Powell JM, et al. Bacterial and viral pathogens causing fever in infants less than three months old. *Amer J Dis Child* 1985; 139: 889-92.
- ⁷ Crain EF, Shelov SP. Febrile infants: predictors of bacteremia. *J Pediatr* 1982; 101: 686-9.
- ⁸ Winterberg DH, De Groot CJ. Bestrijding van koorts als gevolg van infecties bij kinderen. Zinvol of gevaarlijk? *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1959-61.
- ⁹ Habbick BF. Fever in children: should it be treated? *Can Fam Physician* 1988; 34: 1161-4.
- ¹⁰ Weiss J, Herskowitz L. House officer management of the febrile child. *Clin Pediatr* 1983; 22: 766-9.
- ¹¹ Anoniem. Acetylsalicylzuur en het syndroom van Reye. *Geneesmiddelenbulletin* 1988; 8: 39-42.
- ¹² Pinsky PF, et al. Reye's syndrome and aspirin. Evidence for a dose-response effect. *JAMA* 1988; 260: 657-61.
- ¹³ Visser K. Het syndroom van Reye bij kinderen en het gebruik van acetylsalicylzuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1591-2.
- ¹⁴ Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹⁵ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- ¹⁶ Schmitt BD. Fever phobia, misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1980; 134: 176-81.
- ¹⁷ McCarthy PL, et al. Do mothers overestimate the seriousness of their infants' acute illnesses? *J Dev Behav Pediatr* 1987; 8: 255-9.
- ¹⁸ Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- episode- and process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Department of General Practice, 1991.
- ¹⁹ Van de Lisdonk EH, Van den Bosch JHM. Verkouden kleine kinderen bij de huisarts en de wijkverpleegkundige. *Huisarts Wet* 1984; 27: 280-9.
- ²⁰ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1987.
- ²¹ Wright PF, Thompson J, McKee K, et al. Patterns of illness in the highly febrile young child. *Pediatrics* 1981; 67: 694-700.
- ²² Soman M. Characteristics and management of the febrile young children seen in university family practice. *J Fam Pract* 1985; 21: 117-22.
- ²³ Grossman M. Management of the febrile infant. *Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 730-4.
- ²⁴ Van Es JC. De eerste benadering van de acuut zieke patiënt met koorts. In: Van Es JC, red. *Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde*. 3e dr. Houten, Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1984. ■

Abstract

Hamer-van Lange MAM, Dinant GJ, Van Wersch JWW. Reproducibility of cholesterol estimations using the Reflotron. *Huisarts Wet* 1992; 35(6): 243-5.

Cholesterol levels in capillary blood were measured twice within a brief interval, under identical circumstances, in 30 patients, in order to assess reproducibility of cholesterol estimates done with the Reflotron. Patients also visited the hospital laboratory within one hour, the estimation in this case being done on venous blood. In 30 percent of cases a difference of minimally 0.5 mmol/l was found between the two Reflotron values. The laboratory values were systematically higher than the two Reflotron values. In 10 to 13 percent of the cases the difference between the various estimates was clinically relevant. Considering the investment required, purchase of a Reflotron for cholesterol estimation should be discouraged for the time being.

Key words Diagnosis, laboratory; Chemistry, clinical; Physicians' offices; Blood chemical analysis.

Correspondence G.J. Dinant, PhD, Universiteit Limburg, Department of General Practice, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Het voorkomen en de behandeling van impetigo vulgaris bij kinderen

I. VAN DER VEN-DAANE
M.A. BRUIJNZEELS
J.C. VAN DER Wouden
L.W.A. VAN SUIJLEKOM-SMIT

Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit. Het voorkomen en de behandeling van impetigo vulgaris bij kinderen. Huisarts Wet 1993; 36(9): 291-3.

Samenvatting Dit onderzoek is gebaseerd op gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Gerekend over het gehele jaar werden 19,5 nieuwe gevallen van impetigo per 1000 kinderen per jaar aan de huisarts gepresenteerd. De frequentie varieerde naar leeftijd (het hoogst bij 4-5 jaar), naar seizoen (het meest in de zomer), naar urbanisatiegraad (het meest in kleine gemeenten) en naar regio (het meest in het zuiden van het land). Tijdens het eerste contact werd in 64 procent van de gevallen een antibioticum voorgeschreven – amoxicilline (oraal) en fusidinezuur (lokaal) het meest. Deze handelwijze is niet in overeenstemming met hetgeen op theoretische gronden als wenselijk kan worden beschouwd.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon: 010-408.7611/13; fax: 010-425.3338.
I. van der Ven-Daane, huisarts in opleiding;
Drs. M.A. Bruijnzeels, data-analist;
Drs. J.C. van der Wouden, socioloog;
L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts,
Afdeling Kindergeneeskunde Erasmus Universiteit en Academisch Ziekenhuis/Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.
Correspondentie: J.C. van der Wouden.

Inleiding

Impetigo vulgaris of krentenbaard is een zeer besmettelijke huidaandoening, die vooral op kinderleeftijd voorkomt,¹ en dan vaak in kleine (gezins)epidemieën.² De incidentie vertoont een dalende trend over de laatste 20 jaar.³ Dit lijkt samen te hangen met verbeterde hygiënische omstandigheden.⁴ De aandoening treedt meestal op in de late zomer en de vroege herfst.

Lange tijd werd gedacht dat de streptokok de belangrijkste verwekker is van impetigo vulgaris. Recente onderzoeken wijzen uit dat de *Staphylococcus aureus* het meest frequent gekweekt wordt uit de laesies (80-100 procent).^{5,7}

Er is weinig bekend over de behandeling van impetigo vulgaris door de huisarts. In ons onderzoek zochten wij een antwoord op de volgende vragen:

- Hoe vaak ziet de huisarts kinderen van 0-14 jaar met impetigo vulgaris? In hoeverre wordt het voorkomen van deze aandoening mede bepaald door de factoren geslacht, leeftijd, seizoen, regio, urbanisatiegraad, verzekeringsvorm en sociaal-economische status?
- Hoe vaak wordt impetigo vulgaris door de huisarts behandeld met antibiotica en welke (orale en lokale) antibiotica worden dan voorgeschreven? Vertonen de genoemde patiëntfactoren, het seizoen en de reden vankomst samenhang met het voorschrijven van antibiotica?

Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De registratie van deze gegevens vond plaats tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988. In totaal 161 huisartsen uit 103 over heel Nederland verspreide praktijken werkten mee aan het onderzoek. Van alle patiënten uit de praktijkpopulatie werden basisgegevens, zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, verzameld. De sociaal-economische status van een gezin is door ons geoperationaliseerd in zowel de verzekeringsvorm als het beroep van de kostwinner.

De 161 huisartsen registreerden in vier gelijkelijk over de seizoenen verdeelde groepen gedurende drie maanden alle contacten tussen patiënt en huisarts/praktijkassistent: spreekuurbezoeken, telefonische consulten en visites, zowel tijdens kantooruren als tijdens de diensten. Daarbij werden onder meer de volgende gegevens vastgelegd: maximaal drie redenen van komst, eventuele diagnostiek, de (voorlopige) diagnose – eventueel met een of twee differentiële diagnoses – en de therapie. De redenen van komst en de diagnoses zijn centraal door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) gecodeerd volgens de ICPC.⁸ Impetigo vulgaris heeft de ICPC-code S84.

De wijze van registratie van de contacten maakte een episode-reconstructie mogelijk. Episoden werden hierbij aan de hand van het eerste contact een nieuwe of een recidief-episode genoemd. Alle episoden waarin de (voorlopige) diagnose S84 werd gehanteerd, zijn in deze studie betrokken. Episoden die vóór de aanvang van de registratieperiode waren begonnen, zijn buiten beschouwing gelaten. Voor verdere details over de Nationale Studie kan worden verwezen naar het overzicht van *Bensing et al.*⁹

Resultaten

Voorkomen

De patiëntenpopulatie van de 103 huisartspraktijken omvatte 64.198 kinderen van 0-14 jaar. Gedurende de registratieperiode hadden 27.464 kinderen minimaal één contact met de huisarts; in totaal ging het om 49.309 contacten.

Er waren 323 episoden met impetigo vulgaris, waarvan 305 nieuwe en 18 recidief-episoden. Na correctie voor seizoensinvloeden komt dat neer op 19,5 nieuwe gevallen van impetigo per 1000 kinderen per jaar.

De tabel laat zien dat impetigo het meest voorkwam bij jonge kinderen. Er is een piek rond de leeftijd van 4-5 jaar (ongeveer 38 per 1000). Na het achtste levensjaar is er een scherpe daling naar ongeveer 9 gevallen per 1000 kinderen per

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Tabel Voorkomen van impetigo en voorschrijven van antibiotica (n=305)

	Impetigo- episoden	Aantal kinderen	Frequentie 0/00	Percentage antibiotica
<i>Seizoen</i>			*	
april - juni	61	18373	13	69
juli - september	90	13927	26	60
oktober - december	80	16712	19	66
januari - maart	74	15186	20	64
<i>Leeftijd in jaren</i>				
0	13	5227	10	46
1- 4	136	16988	32	61
5-14	156	41983	15	69
<i>Regio</i>			*	
noord	52	16546	12	58
midden	108	23661	18	59
zuid	145	23991	24	70
<i>Urbanisatiegraad</i>			*	
<30.000	148	25512	25	66
30.000-50.000	105	26919	16	59
>50.000	42	11767	14	71
<i>Verzekeringsvorm</i>				
ziekenfonds	177	34953	20	64
particulier	109	24841	18	68
missing	19	4404	17	42
<i>Beroepsgroep</i>				
hoofdarbeid	121	28336	17	60
handarbeid	184	35862	20	67

* p<0,01.

jaar. Impetigo vulgaris kwam even vaak voor bij jongens als bij meisjes.

De prevalentie was het hoogst in de maanden juli-september. De aandoening kwam het meest voor in gemeenten met minder dan 30.000 inwoners. Het voorkomen was hoger in het zuiden van het land dan in het noorden. Beroepsgroep en verzekeringsvorm vertonen geen verband met de prevalentie.

Behandeling

Tijdens de eerste contacten werd in 64 procent van de gevallen een antibioticum voorgeschreven (oraal: 23 procent; lokaal: 36 procent; oraal + lokaal: 5 procent). Ruim 20 procent werd behandeld met uit-

eenlopende middelen als zinkoxide-zalf (met of zonder zwavel) of corticosteroïd-crèmes, en de overige 16 procent werd niet met medicatie behandeld. Tijdens de vervolgsconsulten werd in 4 procent van alle impetigo-episoden alsnog een antibioticum gegeven; in totaal werd dus 69 procent van alle episoden behandeld met antibiotica. De samenhang tussen het voorschrijven van antibiotica en de verschillende patiëntfactoren is weergegeven in de tabel.

Van de orale antibiotica die werden voorgeschreven, was 46 procent amoxicilline en 33 procent een smal-spectrum penicilline. Verder werden in mindere mate middelen als flucloxacilline, co-trimoxa-

zol en erythromycine gegeven. De lokale antibiotica die werden voorgeschreven, waren met name fusidinezuur (41 procent) en tetracycline (34 procent).

De redenen van komst waren vooral: (gegeneraliseerd) erytheem (130x), lokale huidinfectie (57x) en papels (34x). Soms werden twee of drie redenen van komst genoemd; geregeld was geen enkele reden van komst geregistreerd.

Het voorkomen van de verschillende symptomen vertoonde geen verband met het al of niet voorschrijven van antibiotica, noch met de keuze in het voorschrijven van lokale of orale therapie.

Beschouwing

Voorkomen

Het gevonden aantal van 19,5 gevallen van impetigo vulgaris per 1000 kinderen per jaar komt overeen met de cijfers uit andere morbiditeitsregistraties: het Transitieproject geeft een prevalentie van 22,0 voor de leeftijdsgroep van 0-4 jaar en van 17,4 voor de leeftijdsgroep van 5-14 jaar;¹⁰ de Continue Morbiditeits Registratie geeft een prevalentie van circa 20.¹¹

De sterke daling in het voorkomen van impetigo na het achtste levensjaar was reeds bekend, evenals de toename van impetigo in de zomermaanden.¹²

Interessant is de hogere frequentie in het zuiden: 24 per 1000 per jaar tegen 12 per 1000 per jaar in het noorden. Voor een klein land als Nederland is dat een opvallend groot verschil. Onlangs is een samenhang tussen breedtegraad en virusdiversiteit beschreven voor Engeland en Wales.¹³ Een vergelijkbare gradiënt zien we bij de overgang van grote naar kleine steden. Of bekende invloeden als hygiëne een rol spelen, is onduidelijk. Men zou tenslotte 'crowding' nog kunnen noemen als bekende factor; de gezinsgrootte van een aselecte steekproef van patiënten uit de Nationale Studie blijkt echter juist af te nemen van noord naar zuid.

Behandeling

Impetigo vulgaris geneest in het algemeen spontaan en zonder littekenvorming. Een eventuele behandeling van impetigo vul-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

garis berust op het bestrijden van jeuk door middel van een koelende indrogende zalf of op het ontsmetten met alcohol of betadine-jodium. Het voorschrijven van corticosteroïdcremes bij deze bacteriële infectie is niet wenselijk. Antimicrobiële therapie is geïndiceerd bij langdurige en uitgebreide laesies en bij complicaties.⁴ Gezien het grote percentage penicilline-resistente staphylokokken zijn de middelen van eerste keus dan (oraal) flucloxacilline en erythromycine en (lokaal) middelen als mupirocin en fusidine.

Antibiotica spelen geen rol in het voorkomen van glomerulonefritis als complicatie van impetigo vulgaris.¹⁴

In deze studie worden antibiotica aan ruim tweederde van alle patiënten met impetigo vulgaris voorgeschreven, oraal en/of lokaal. Dit lijkt een hoog percentage als we kijken naar het over het algemeen milde beloop van deze aandoening. Er is echter niets bekend over de ernst van de impetigo van de patiënten die de huisarts bezoeken of over hoe lang de aandoening reeds bestond. Bovendien ligt het percentage dat antimicrobiëel behandeld wordt in veel andere landen veel hoger.

Er blijkt een voorkeur te bestaan bij de onderzochte huisartsen voor de penicilli-

nase-gevoelige antibiotica (amoxicilline, feneticilline en fenoxymethylpenicilline). Dit is opvallend, aangezien in 80-100 procent van alle impetigo vulgaris staphylokokken gevonden worden als verwekker. Deze vertonen in toenemende mate resistentie voor dergelijke middelen.

Dankbetuiging

Met dank aan de medewerkers van de Nationale Studie, in het bijzonder J. van der Velden, voor het beschikbaar stellen van de gegevens.

Literatuur

- 1 Feigin RD, Cherry JD, et al. Textbook of pediatric infectious diseases. Philadelphia: Saunders, 1987.
- 2 Peter G, Smith AL. Group A streptococcal infections of the skin and pharynx (first part). *N Engl J Med* 1977; 297: 311-7.
- 3 Van den Bosch WJHM. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1992.
- 4 Oranje AP. Aspecten van de kinderdermatologie. Lochem: De Tijdstroom. 1990.
- 5 Coskey RJ, Coskey LA. Diagnosis and treatment of impetigo. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17: 63.
- 6 Demidovich CW, Wittler RR, Ruff ME, et al. *Am J Dis Child* 1990; 144: 1313-5.
- 7 Eells LD, Mertz PM, Piovanetti Y, et al. Topical antibiotic treatment of impetigo with mupirocin. *Arch Dermatol* 1986; 122: 1273-6.
- 8 Lamberts H, Wood M. ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 9 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 10 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 11 Van der Hoogen HJM, Huygen FJA, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
- 12 Van de Lisdonk EH, et al. Ziekten in de huisartsp praktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 13 Hunter PR, Iszák J. A latitudinal diversity gradient in virus infections in humans in England and Wales. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 144-8.
- 14 Dillon HC. Streptococcal skin infection and acute glomerulonephritis. *Postgrad Med J* 1970; 46: 641-7.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Zuigelingen die vaak huilen: frequentie en aanpak van dit probleem in de huisartspraktijk

M.J.A. TASCHE, M.A. BRUIJNZEELS, B.N.M. VAN DER POEL, L.W.A. VAN SUIJLEKOM-SMIT EN
J.C. VAN DER WOUDE

INLEIDING

Het beeld van de zuigeling, die vaak en intens huilt, zonder dat een reden voor dit huilen direct aanwijsbaar is, is alom bekend. Soms gaat het huilen gepaard met flatus, opgezette buik en opgetrokken benen. In de 1e levensweken neemt de duur van het huilen toe om na ongeveer 6 weken een maximum te bereiken en vervolgens weer af te nemen. Vrijwel altijd is op de leeftijd van 4 maanden het excessieve huilen gestopt.^{1,2}

Dit beeld is met veel verschillende termen beschreven: excessief huilen, kinderkoliek, navelkoliek, darmkrampjes, huilbaby's, avondkoliek, driemaands-koliek.³ Wij hanteren de term 'koliekbeeld'.

De prevalentie varieert van 10-30%, afhankelijk van definitie en criteria.⁴ De meest gehanteerde definitie is die van Wessel uit 1954 die stelt dat het excessieve huilen, als men een onderscheid wil maken met het normale huilpatroon van zuigelingen, meer dan 3 dagen per week meer dan 3 h/dag moet aanhouden.⁵ In andere definities is de tijdsduur minder strikt omschreven maar worden bijkomende factoren als een andere opstelling of ontevredenheid van de ouders benadrukt.^{6,7}

In de verklaringen voor het ziektebeeld wordt een organische, een niet-organische of een multifactoriële oorzaak gegeven. Een organische oorzaak wordt veelal als van gastro-intestinale aard beschouwd, de niet-organische oorzaken hebben betrekking op gedrag zoals intrinsiek temperament en op interactionele factoren die vooral door de moeder worden bepaald.^{8,9} Geertsma en Hyams nemen ook de intensiteit van het huilen en het al dan niet troostbaar zijn van het kind als criterium en concluderen dat er 2 groepen huilers zijn: kinderen met een klassieke koliek en frequente huilers.⁸ Zij veronderstellen dat de 1e groep gebaat is met voedingsinterventie, de 2e groep met gedragsadviezen.

Er zijn aanwijzingen dat bij zuigelingen die veel huilen psychosociale schade wordt aangericht: ouders zouden deze kinderen als kwetsbaarder blijven beschouwen,¹⁰ er is een positieve correlatie tussen eerdere ervaringen met een koliekind en het voorkomen van het koliekbeeld bij een volgend kind;¹¹ ook wordt het excessieve huilen op de zuigelingenleeftijd als een predispositie voor kindermis-

SAMENVATTING

Doel. Nagegaan werd hoe frequent huisartsen geconfronteerd worden met vaak huilende zuigelingen en welk beleid hierbij gevoerd wordt.

Plaats. Een gestratificeerde steekproef van 103 huisartspraktijken verspreid door Nederland.

Opzet. Descriptief.

Methode. Gedurende 1 jaar registreerden 161 huisartsen uit 103 praktijken (in 4 groepen, elk gedurende 3 maanden) al hun contacten met patiënten in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Er werd een inventarisatie gemaakt van de zuigelingen die qua leeftijd, klacht en diagnose pasten in wat genoemd werd 'koliekbeeld'.

Resultaten. Van de zuigelingen die door de huisarts werden gezien, had 10% klachten van excessief huilen, koliek of rusteloosheid. Bij ruim een derde van deze groep werd een koliekachtige diagnose gesteld; bij kinderen van nul tot vier maanden was dit twee derde. De kans dat een kind in de leeftijdperiode van 0 tot 4 maanden met koliekachtige klacht en diagnose door de huisarts werd gezien, was 7,1% (cumulatieve incidentie). De huisartsen waren grotendeels zeker van hun (overwegend somatische) diagnose. Voor deze kinderen werd, afgezien van het koliekprobleem, statistisch significant vaker een beroep op de huisarts gedaan dan voor leeftijdsgenoten. Het beleid was terughoudend: bij 30% van de patiënten was er een interveniërend beleid, zoals het voorschrijven van dieet of medicatie, of verwijzing naar een andere discipline.

handeling genoemd.¹² Wij stelden ons de volgende vragen:

- Hoe dikwijls wordt de huisarts geconfronteerd met de vaak huilende zuigeling en wat is de gestelde diagnose?
- Hoe groot is de groep zuigelingen die qua klacht, diagnose en leeftijd passen in het koliekbeeld en wat is voor deze groep het gevoerde beleid?

METHODE

Gedurende 1 jaar registreerden 161 huisartsen uit 103 praktijken al hun contacten met patiënten in het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).¹³ De huisartsen, verdeeld in 4 groepen, registreerden allen gedurende een periode van 3 maanden. Van iedere praktijk was de patiëntenpopulatie naar leeftijd en geslacht in kaart gebracht. Wij gebruikten van de Nationale Studie deze patiëntenregistratie en de gegevens van de contactregistratie. Op een contactregistratieformulier werden voor elk contact patiëntgege-

Erasmus Universiteit, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam.

Mw. M.J.A. Tasche en B.N.M. van der Poel, huisartsen; J.C. van der Wouden, socioloog; M.A. Bruijnzeels, data-analist.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde.

Mw. L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts.

Correspondentie-adres: J.C. van der Wouden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

vens, reden van consultatie, diagnose en beleid genoteerd. Redenen van consultatie en diagnoses werden achteraf centraal gecodeerd met de International Classification of Primary Care.¹⁴

Wij maakten een inventarisatie van alle kinderen van 0-1 jaar waarbij de redenen voor het aangevraagde consult als 'algemene symptomen zuigeling' (code A11) of 'darmkramp' (code D01) waren gecodeerd. In het kader van de Nationale Studie werd code A11 nader gespecificeerd in: 'koliek zuigeling'; 'excessief huilen zuigeling'; 'algemene symptomen zuigeling', dat wil zeggen: niet nader te duiden klachten, zoals rusteloosheid en prikkelbaarheid.¹⁵ Met behulp van de gegevens van de contactregistratie werden episoden gereconstrueerd. De episode-diagnose is daarbij de diagnose die bij het laatste geregistreerde contact van de episode is gesteld.

De aangetroffen diagnoses van de zuigelingen met de genoemde contactredenen (algemene symptomen zuigeling/darmkramp) werden door ons in 2 groepen ingedeeld:

1. Alle direct aanwijsbare, te duiden stoornissen (otitis, hernia inguinalis, gastro-enteritis et cetera).
2. Diagnosen passend in het symptomencomplex 'koliekbeeld', met de volgende onderverdeling:
 - darmstoornissen, niet nader te duiden, niet direct behandelbaar (koliek, buikkramp, spastisch colon, dyspepsie, overige buikpijn);
 - excessief huilen, geen aanwijsbare ziekte, niet nader te duiden;
 - gedragsstoornissen en relationele stoornissen;
 - voedingsstoornissen (voedingsproblemen en allergie).

Bij de zuigelingen van 0-4 maanden bij wie klacht en diagnose pasten in het koliekbeeld werd het beleid van de huisarts geanalyseerd. Wij onderscheidden behalve gesprekken, voorlichting en adviezen ook een meer interveniërend beleid zoals het voorschrijven van medicatie of dieet of het verwijzen naar een specialist. De voorgeschreven medicamenten werden verder gespecificeerd m.b.v. de produktcode van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, met uitzondering van diëten en middelen zonder recept.

Het aantal kinderen in de relevante leeftijd werd bepaald halverwege de registratieperiode. Voor de incidentieberekening werd de noemer berekend door na te gaan hoeveel tijd de kinderen in de relevante leeftijd in de registratieperiode hadden doorgebracht.

Met behulp van de exponentiële methode werd met de incidentiecijfers per leeftijdsmaand de cumulatieve incidentie van het koliekbeeld berekend.¹⁶

RESULTATEN

Vóórkomen. De totale patiëntenpopulatie bestond uit 335.000 personen waarvan 4451 kinderen van 0-1 jaar. Tijdens de 4 registratieperioden van elk 3 maanden werden in totaal 3325 nuljarige kinderen (75%) gemiddeld 2,3 keer gezien door de huisarts met betrekking tot 1,6 ziekte-episoden.

Van de zuigelingen die door de huisarts werden gezien kwam 10% (337) met de contactredenen 'koliek/buikkramp', 'excessief huilen' of 'klachten algemeen'. Tabel 1

TABEL 1. Het aantal huisartscontacten en ziekte-episoden bij 337 nuljarige zuigelingen met als contactredenen: 'koliek/buikkramp', 'excessief huilen' of 'klachten algemeen'

contactredenen	aantal		
	contacten	episoden	zuigelingen
koliek/kramp	60	56	54
excessief huilen	258	218	200
algemene symptomen	116	100	83
totaal	434	374	337

laat de onderverdeling van contactredenen naar contacten, episoden en zuigelingen zien. Van de 374 ziekte-episoden staan in tabel 2 de initiële klachten en de uiteindelijke diagnoses vermeld. Bij 62% van alle episoden bij nuljarigen werd een direct aanwijsbare stoornis gediagnostiseerd; bij de episoden van 0-4 maanden oude kinderen was dit percentage 34. Het aantal episoden per levensmaand was voor het 1e levensjaar min of meer gelijk, maar de diagnoses passend in het koliekbeeld worden na de eerste 4 maanden veel minder frequent door de huisarts gesteld; dit gold voor elk van de contactredenen.

Er waren 233 ziekte-episoden met een direct aanwijsbare stoornis; de diagnosegroepen waren: aandoeningen van de luchtwegen (28%), KNO-gebied (27%), maag-/darmstoornissen (19%), algemene aandoeningen als koorts en infecties (16%), huidafwijkingen zoals luierruitslag (6%) en overige aandoeningen (4%).

Van de 0-4 maanden oude zuigelingen (n = 1512) werden gedurende de registratieperioden 1383 zuigelingen gezien door de huisarts (2955 contacten). Er waren 83 zuigelingen van die leeftijd bij wie klacht en diagnose pasten in het koliekbeeld. De cumulatieve incidentie, dat wil zeggen de kans dat een zuigeling in de leeftijdsperiode van 0-4 maanden met een koliekbeeld werd gezien door de huisarts, was 7,1%.

Deze 83 zuigelingen hadden gemiddeld 3,2 contacten met de huisarts gedurende de 3 registratiemaanden, waarvan 1,4 met betrekking tot het koliekbeeld. De andere zuigelingen van deze leeftijd hadden gemiddeld 1,5 contact met de huisarts. De ouders van de koliekin-

TABEL 2. Uiteindelijke diagnoses (als percentage) bij 374 ziekte-episoden bij 337 nuljarige zuigelingen in relatie tot de initiële contactredenen

diagnose	initiële contactredenen			
	koliek/ kramp (n = 56)	excessief huilen (n = 218)	algemene symptomen (n = 100)	totaal (n = 374)
aanwijsbare stoornis	30	68	67	62
koliekbeeld				
darmstoornis	57	9	3	15
excessief huilen	5	14	23	15
gedragsstoornis	4	3	3	3
voedingsstoornis	4	6	4	5

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

deren deden derhalve, afgezien van het koliekprobleem, vaker een beroep op de huisarts dan de ouders van andere kinderen van dezelfde leeftijd ($p < 0,05$; t-toets voor twee steekproeven).

Beleid. Bij 63 van de 83 0-4 maanden oude zuigelingen van wie klacht en diagnose pasten in het koliekbeeld verrichtten de huisartsen lichamelijk onderzoek: bij 50 kinderen gaven zij aan zeker te zijn van de diagnose; bij 57 kinderen werd (vooral) aan een somatische oorzaak gedacht.

Tabel 3 geeft een overzicht van de behandeling. Bij 25 kinderen was sprake van een interveniërend beleid. De medicatie was zeer divers (tabel 4) en werd voornamelijk voorgeschreven in het eerste consult over het koliekprobleem; bij 3 kinderen werd de medicatie in een vervolcontact voorgeschreven. De zuigelingen die medicatie, dieet of verwijzing kregen, hadden geen grotere contactfrequentie voor het koliekprobleem dan de andere zuigelingen met een koliekbeeld, maar de totale contactfrequentie (dus mede over andere problemen) in de registratieperiode was bij hen aanzienlijk hoger, respectievelijk 4,2 en 2,8 contacten ($p < 0,05$).

BESCHOUWING

Van de zuigelingen, gezien door de huisarts, werd 10% gemeld met de klacht: koliek/krimp, excessief huilen, klachten algemeen. Onze inventarisatie geeft een inzicht in frequentie en aanpak van de klachten in de huisartsenpraktijk. De diagnoses passend in het koliekbeeld werden vooral gesteld in de eerste 4 levensmaanden.

Uit de resultaten blijkt dat de huisarts wel met dit probleem geconfronteerd werd, maar niet in die mate als de prevalentiecijfers, beschreven in de literatuur (10-30%), doen vermoeden. Deze prevalentiecijfers hebben betrekking op het voorkomen in de populatie. Het is mogelijk dat de huisarts slechts een deel van de koliekkinderen ziet. Binnen het Nederlandse gezondheidszorgstelsel kan het probleem namelijk ook ter sprake komen tijdens de contacten met het consultatiebureau. Gevonden prevalentiecijfers zijn voorts afhankelijk van gehanteerde definities en criteria.

Er werden geen Nederlandse cijfers ter vergelijking gevonden. In Northampton (Verenigd Koninkrijk) vond 20% van de moeders het huilen van hun kinderen ($n = 400$) problematisch en meer dan de helft (55%) van deze moeders zocht hiervoor medische hulp.¹⁷ In een Amerikaans prospectief onderzoek kwam excessief huilen en koliek voor bij ongeveer 27% van de zuigelingen tot 4

TABEL 4. Door de huisarts voorgeschreven medicatie met recept bij 15 0-4-jarige kinderen met een koliekbeeld

geneesmiddel	aantal kinderen
pijnstiller (paracetamol/acetylsalicylzuur)	2
peristaltiek-verhogende medicatie	3
peristaltiek-verlagende medicatie met pijnstillers	3
antihistaminica	1
eigenbereide/homeopathische middelen	2
	4
totaal	15

maanden.¹⁸ Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 96% van de ouders dit besproken had met de kinderarts, door wie het kind regelmatig werd gezien.

Het beleid van de huisartsen was terughoudend. Hoewel de grotendeels somatische inschatting van het beeld doet vermoeden dat aan een allergie en (of) intolerantie gedacht werd, is het opvallend dat slechts bij 5 kinderen een dieet werd voorgeschreven.

In de onderzoeken waarin effecten van geneesmiddelen op het koliekbeeld werden onderzocht blijkt sprake te zijn van een groot placebo-effect: bij behandeling met een stof zonder werkzaam bestanddeel wordt tot 80% verbetering gevonden.^{19,20} Wij vonden grote diversiteit in de voorgeschreven medicatie.

De ouders van de koliekkinderen deden in de registratieperiode, niet alleen tijdens de contacten over het koliekbeeld, significant vaker een beroep op hun huisarts dan de ouders van andere kinderen van dezelfde leeftijd. Mede gezien de door andere auteurs genoemde psychosociale consequenties is deze hoge contactfrequentie een opvallende bevinding. Het zou interessant zijn na te gaan of deze hoge contactfrequentie ook op latere leeftijd blijft bestaan.

Onze cijfers relativeren de door andere onderzoekers aangegeven leeftijdsgrens van het koliekbeeld. Hoewel minder frequent, wordt een diagnose passend in het koliekbeeld nog in 1 op de 5 contacten met zuigelingen ouder dan 4 maanden door de huisarts gesteld.

Door de jaren heen werd geen consensus met betrekking tot etiologie en behandeling van het koliekbeeld bereikt, niet op de laatste plaats omdat wij te maken hebben met een vaag en moeilijk te definiëren beeld. Dit is een factor die verder onderzoek belemmert. Het is goed denkbaar dat het koliekbeeld geen scherp omschreven ziektebeeld is, maar een symptomencomplex. Omdat de term 'koliek' een gastro-intestinale stoornis en pijn veronderstelt, is het misschien beter te spreken van 'huilbaby's' of, zoals Taubman voorstelt, van 'kinderkolieksyndroom'.²¹

Met dank aan J. van der Velden, arts-epidemioloog, voor het beschikbaar stellen van de gegevens.

ABSTRACT

Excessive crying in infancy: incidence and management of this problem in general practice.

Objective. To determine how frequently general practitioners (GPs) are consulted because of excessively crying infants and how such infants are managed.

TABEL 3. Behandeling bij 83 0-4-jarige kinderen met een koliekbeeld

geen behandeling	9
alleen gesprek/voorlichting	41
medicatie zonder recept* (met gesprek/voorlichting)	8 (2)
recept met gesprek/voorlichting	14
dieet (met gesprek/voorlichting)	5 (4)
verwijzing (met gesprek/voorlichting)	5 (4)
verwijzing en recept, met gesprek/voorlichting	1
totaal	83

*Vrij verkrijgbare middelen en huismiddeltjes.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Setting. A stratified sample of 103 GP practices throughout The Netherlands.

Design. Descriptive.

Method. 161 GPs from 103 practices for one year (in four groups, each for three months) recorded all their contacts with patients as a part of the National Study of Diseases and Items of Service in General Practice, conducted by the Netherlands Institute for Primary Health Care Research. An inventory was made of the infants who fulfilled the criteria of the 'colic syndrome' as to age, symptomatology and diagnosis.

Results. Of the infants seen by the GPs, 10% displayed symptoms of excessive crying, colic or restlessness. In over one-third of this group a colic-like diagnosis was made; of the children from zero to four months this proportion was two-thirds. The probability of a child in the age group of 0 to 4 months being seen by the GP with colic-like symptoms and diagnosis amounted to 7.1% (cumulative incidence). The majority of the GPs were certain of their (mostly somatic) diagnoses. The GPs were consulted more often about these children, apart from the colic problem, than about their contemporaries, the difference being statistically significant. In only 30% of the cases did the GPs prescribe medication or a diet, or made a referral.

LITERATUUR

- ¹ Illingworth RS. 'Three months colic'. Arch Dis Child 1954; 29: 165-74.
- ² Illingworth RS. Infantile colic revisited. Arch Dis Child 1985; 60: 981-5.
- ³ Lucassen PLBJ. Navelkolieken bij zuigelingen. Huisarts Wet 1990; 33: 418-25.
- ⁴ Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants. A double-blind cross-over study. Pediatrics 1989; 83: 262-6.
- ⁵ Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'colic'. Pediatrics 1954; 5: 421-34.
- ⁶ Lothe L, Ivarsson SA, Lindberg T. Motilin, vasoactive intestinal peptide and gastrin in infantile colic. Acta Paediatr Scand 1987; 76: 316-20.
- ⁷ Hyams JS, Geertsma MA, Etienne NL, Treem WR. Colonic hydrogen production in infants with colic. J Pediatr 1989; 115: 592-4.
- ⁸ Geertsma MA, Hyams JS. Colic - a pain syndrome of infancy? Pediatr Clin North Am 1989; 36: 905-19.
- ⁹ Miller AR, Barr RG. Infantile colic, is it a gut issue? Pediatr Clin North Am 1991; 38: 1407-23.
- ¹⁰ Forsyth BWC, Canny PF. Perceptions of vulnerability 3.5 years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. Pediatrics 1991; 88: 757-63.
- ¹¹ Høgdall CK, Vestermarck V, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. J Perinat Med 1991; 19: 251-7.
- ¹² St James Roberts I. Persistent crying in infancy. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 189-95.
- ¹³ Foets M, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- ¹⁴ Lamberts H, Wood M. International classification of primary care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁵ Velden J van der. ICPC, ten behoeve van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1987.
- ¹⁶ Vandenbroucke JP, Hofman A. Grondslagen der epidemiologie. Utrecht: Bunge, 1988.
- ¹⁷ St James Roberts I. Persistent infant crying. Arch Dis Child 1991; 66: 653-5.
- ¹⁸ Forsyth BWC, Leventhal JM, McCarthy PL. Mother's perceptions of problems of feeding and crying behaviors. Am J Dis Child 1985; 139: 269-72.
- ¹⁹ O'Donovan JC, Bradstock AS. The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic. Am J Dis Child 1979; 133: 999-1001.
- ²⁰ Danielsson B, Hwang CP. Treatment of infantile colic with surface active substance (simethicone). Acta Paediatr Scand 1985; 74: 446-50.
- ²¹ Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. Pediatrics 1988; 81: 756-61.

Aanvaard op 4 mei 1993

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk

M. VAN DER VEN
I. VAN DER VEN-DAANE
M.A. BRUIJNZEELS
ET AL.

Van der Ven M, Van der Ven-Daane I, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Does E. De antimicrobiële behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(4): 134-6.

Samenvatting De literatuur leert dat het gebruik van antibiotica bij tonsillitis acuta weinig voordelen biedt boven symptomatische therapie en dat het verantwoord is dit gebruik te beperken tot patiënten met een verhoogd risico. Hoe vaak schrijft de huisarts in de praktijk antibiotica voor aan kinderen met tonsillitis acuta? Zijn er patiëntfactoren die hierop van invloed zijn, en om welke antibiotica gaat het? Uit gegevens uit de Nationale Studie blijkt dat huisartsen frequent antibiotica voorschrijven wegens tonsillitis acuta. 'Koorts' als reden van komst (een aanwijzing voor een bacteriële infectie) geeft een hoger prescriptiecijfer, maar 'bovenste luchtweginfectie' en 'hoest' (aanwijzingen voor een virale infectie) zijn geen aanleiding om minder antibiotica voor te schrijven. Bijna de helft van de voorgeschreven antibiotica is afkomstig uit de breed-spectrumgroep.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam: M. van der Ven en I. van der Ven-Daane, huisartsen in opleiding; Drs. M.A. Bruijnzeels, data-analist; Drs. J.C. van der Wouden, socioloog; Prof. dr. E. van der Does, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Afdeling Kindergeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam en Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis: L.W.A. van Suijlekom-Smit, kinderarts. Correspondentie: J.C. van der Wouden, Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon: 010-408.7611/13.

Inleiding

Uit een recent overzichtsartikel blijkt dat er onvoldoende feitelijke argumenten zijn voor het gebruik van antimicrobiële middelen bij de behandeling van tonsillitis acuta.¹ Ook bij tonsillitiden ten gevolge van de groep A bèta-hemolytische streptokok (GABHS) – verantwoordelijk voor 20-30 procent van alle acute tonsillitiden²⁻⁵ – wordt de ziekte duur door antibiotica met slechts 1-2 dagen bekort. Het is dan ook verantwoord om het gebruik van antibiotica te beperken tot patiënten die tot een risicogroep behoren of toxische verschijnselen vertonen, of bij wie sprake is van een dreigend peritonsillair abces.¹ Een door ons uitgevoerd literatuuronderzoek wees uit dat deze conclusies ook voor kinderen onverkort van toepassing zijn.

Infectieziekten in het algemeen, en tonsillitis acuta in het bijzonder, worden juist bij kinderen frequent gezien, terwijl bepaalde complicaties van tonsillitis acuta vooral op jonge leeftijd een belangrijke rol spelen. Er is echter weinig bekend over hoe vaak huisartsen antibiotica voorschrijven bij tonsillitis, met name bij kinderen, en welke antibiotica dit zijn.

Onze vraagstelling betreft de toepassing van antibiotica door Nederlandse huisartsen bij de behandeling van tonsillitis acuta bij kinderen:

- 1 Hoe vaak wordt tonsillitis acuta behandeld met antibiotica?
- 2 In hoeverre vertonen geslacht en leeftijd van de patiënt, en de aard van de gepresenteerde klacht hiermee een samenhang?
- 3 Welke antibiotica worden gebruikt?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; voor een uitvoerige beschrijving van dit onderzoek zij verwezen naar eerdere publikaties.⁶

Van alle contacten met de patiënten werden onder meer reden(en) van komst (maximaal drie), de door de huisarts gestelde (voorlopige) diagnose (eventueel

met één of twee differentiële diagnoses) en de therapie geregistreerd. Redenen van komst en diagnoses werden achteraf gecoördineerd volgens de ICPC,⁷ farmacotherapie volgens de databank van de KNMP.

Onder een episode verstaan we een aangesloten periode van ziek-zijn waarvoor de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. In de analyse zijn alleen die contacten betrokken waarin voor de eerste maal in een (eerste of recidief) ziekte-episode de (voorlopige) diagnose tonsillitis werd gehanteerd. Vervolgconsulten zijn buiten beschouwing gelaten, evenals contacten waarbij minder dan 14 dagen tevoren antibiotica wegens een andere diagnose waren voorgeschreven. Ook contacten uit episoden die reeds voor de aanvang van de registratieperiode waren begonnen, zijn buiten beschouwing gelaten.

De analyse van de antibioticaprescriptie naar klachten is beperkt tot de nieuwe episoden.

Resultaten

Van alle gedurende de registratieperiode van de Nationale Studie aan kinderen voorgeschreven antibioticumrecepten werd 12,2 procent gegeven wegens de diagnose tonsillitis acuta. Hiermee neemt tonsillitis acuta, mét otitis media acuta, een gedeelde tweede plaats in, na bronchitis acuta.

In totaal waren er 793 contacten waarin de diagnose tonsillitis acuta voor de eerste keer in een ziekte-episode werd gesteld: 731 in een nieuwe episode en 62 in een recidief-episode. De grote meerderheid van deze episoden (80 procent) bestond uit slechts één contact.

Het aantal tonsillitis-episoden was gelijkmatig verdeeld over jongens en meisjes. Jongere kinderen waren sterker vertegenwoordigd dan oudere: bijna de helft van de kinderen was 0-4 jaar oud, een derde was 5-9 jaar.

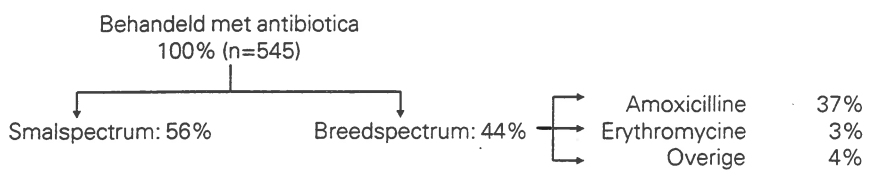
1 In 545 eerste tonsillitis-contacten (69 procent) werd een antibioticum voorgeschreven. Er was in dit opzicht geen significant verschil tussen nieuwe en recidief-episoden. Tijdens visites werd vaker een

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Tabel Relatie tussen het wel of niet noemen van zes klachten als contactredenen bij het eerste contact van een nieuwe episode, en het geven van antibiotica

Contactredenen	Contactredenen wel/niet genoemd (aantallen)	Antibioticavoorschriften indien contactredenen wel/niet genoemd (percentages)	P
Keelklachten	402/329	73/63	<0,05
Koorts	298/433	78/63	<0,05
Hoesten	83/648	66/69	
Algemene malaise	60/671	62/69	
Oorpijn	41/690	71/69	
Bovenste-luchtweginfectie	25/706	69/64	

Figuur Aan de kinderen van 0-14 jaar met tonsillitis acuta voorgeschreven antibiotica



antibioticum voorgeschreven dan tijdens spreekuurcontacten (77 procent versus 65 procent, $p=0,01$).

2 Het geslacht vertoonde geen verband met het prescriptiecijfer. In de leeftijdsgroep 0-4 jaar werd iets minder vaak dan gemiddeld een antibioticum voorgeschreven (67 procent) en in de oudste leeftijdsgroep wat vaker (73 procent).

'Keelklachten' werden het meest genoemd als reden van komst; 'koorts' was een goede tweede (tabel). Deze twee contactredenen hielden duidelijk verband met het prescriptiecijfer; bij de andere geregistreerde redenen van komst was dat niet het geval.

3 Wanneer de huisarts een antibioticum voorschreef, was dat in een kleine meerderheid van de gevallen een smal-spectrum antibioticum, c.q. de smal-spectrum penicillinen fenitcilline en fenoxymethylpenicilline (figuur). Wanneer breed-spectrum antibiotica werden voorgeschreven, was dit meestal amoxicilline; in 0,7 procent van de gevallen was dit amoxicilline + clavulaanzuur.

Beschouwing

Vaak wordt gesteld dat gegevens van registraties in de huisartsp praktijk – en met name gegevens over diagnoses – niet 'hard' zijn, onder meer doordat artsen geneigd zijn de diagnose aan te passen aan de ingestelde therapie.⁸ Dit behoeft echter geen probleem te zijn. Wanneer een huisarts tonsillitis acuta geen antibiotica-indicatie vindt, maar toch antibiotica wil voorschrijven aan een patiënt met een infectie van de bovenste luchtwegen, zal hij minder snel de diagnose tonsillitis noteren dan een collega die tonsillitis wél een goede indicatie voor antibiotica vindt. De prescriptiecijfers in dit artikel kunnen daarom, ongeacht de juistheid van de geregistreerde diagnoses, worden beschouwd als een afspiegeling van het oordeel van de huisartsen over de behandeling van tonsillitis acuta met antibiotica. Kennelijk vinden veel huisartsen tonsillitis acuta een goede reden om antibiotica voor te schrijven. Dat gold overigens niet voor alle huisartsen: terwijl 30 procent in elk eerste

tonsillitis-contact een antibioticum voorschreef, schreef 11 procent consequent geen antibiotica voor bij de diagnose tonsillitis.

Oudere kinderen en kinderen met 'koorts' als reden van komst kregen vaker een antibioticum. Van beide factoren is bekend dat ze gepaard gaan met een relatief frequent voorkomen van een GABHS-tonsillitis. 'Hoesten' en 'bovenste-luchtweginfectie' als redenen van komst – aanwijzingen voor een virale infectie – leidden echter niet tot een minder frequent voorschrijven van antibiotica. Overigens werden resultaten van anamnese en lichamelijk onderzoek niet geregistreerd, zodat verbanden tussen uitkomsten van onderzoek (bijvoorbeeld lymfadenopathie en tonsillair exsudaat) en prescriptie niet onderzocht konden worden.

Opvallend is de uitkomst dat bijna de helft van de voorgeschreven antibiotica een breed-spectrum antibioticum was. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in die gevallen ook rekening werd gehouden met diagnoses die het gebruik van een breed-spectrum antibioticum aannemelijker zouden maken. Inderdaad bleek uit verdere analyse dat in de gevallen waarin een breed-spectrum antibioticum werd voorgeschreven, vaker een dergelijke differentiële diagnose (sinusitis, otitis media en bronchitis) was geregistreerd dan wanneer een smal-spectrum antibioticum was voorgeschreven: bij respectievelijk 13 en 3 procent van de contacten ($p<0,01$). Hiermee kan echter slechts een klein deel van het gebruik van breed-spectrum antibiotica worden verklaard; veruit de meeste werden voorgeschreven zonder dat er sprake was van differentiële diagnoses. Het is onduidelijk waarom veel huisartsen zich niet beperken tot het voorschrijven van smal-spectrum antibiotica bij tonsillitis acuta.

Het gebruik van antibiotica biedt geen belangrijke voordelen boven symptomatische middelen. Dat er toch veel antibiotica worden voorgeschreven en weinig gebruik wordt gemaakt van symptomatische therapie, is onjuist. En indien, in geval van

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

verdenking op een GAHBS-tonsillitis, bij patiënten uit een risicogroep toch besloten wordt tot antimicrobiële behandeling, dan dient men zich te beperken tot een smal-spectrum antibioticum.

Hoewel nog wat voorzichtig, pleit ook de standaard NHG-Standaard Acute Keelpijn voor een terughoudende opstelling bij het voorschrijven van antibiotica bij tonsillitis.⁹ Wellicht dat de standaard zal leiden tot een minder (defensief) voorschrijven van antibiotica bij tonsillitis acuta.

Literatuur

- 1 De Meyere M, Mervielde I, Bogaert M. Het nut van antibiotica bij acute keelpijn. Ned

Tijdschr Geneesk 1992; 136: 2312-8.

- 2 Bots AW. De keelontsteking in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1965.
- 3 Ross PW. Accuracy of clinical assessment of the microbial etiology of sore throat. Practitioner 1971; 207: 659-61.
- 4 Berkowitz CD, Anthony BF, Kaplan EL, et al. Cooperative study of latex agglutination to identify group A streptococcal antigen on throat swabs in patients with acute pharyngitis. J Pediatr 1985; 107: 89-92.
- 5 Wright A, Crabtree B, O'Connor P. Evaluation of a rapid method for diagnosing streptococcal pharyngitis in an office laboratory. J Fam Pract 1987; 25: 505-8.
- 6 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 7 Lamberts H, Wood M. ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987.
- 8 Howie JGR. Diagnosis - The Achilles heel? J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310-5.
- 9 Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 1990; 33: 323-6.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Voor welke gezondheidsproblemen bij kinderen wordt de huisarts geconsulteerd en hoe vaak?

L.W.A.VAN SUIJLEKOM-SMIT, M.A.BRUIJNZEELS, J.C.VAN DER WOUTEN, J.VAN DER VELDEN, H.K.A.VISSER
EN H.J.DOKTER

INLEIDING

Het aantal kinderen van 0-14 jaar is door het dalende geboortencijfer en de toegenomen levensverwachting de laatste decennia verhoudingsgewijs afgenomen tot 18% van de Nederlandse bevolking. Kinderen gaan niet frequenter naar de huisarts dan volwassenen.¹ Desondanks zijn er voldoende redenen die specifieke aandacht voor de bij kinderen voorkomende morbiditeit rechtvaardigen. Het morbiditeitspectrum wijkt af van dat van andere leeftijdsgroepen en ook tussen kinderen in de diverse leeftijdscategorieën zijn er grote verschillen.² Daarnaast zijn er veranderende leefomstandigheden en een toename van het aantal allochtone kinderen, met name in de grote stad.³

Inzicht in de gezondheidsproblemen waarmee kinderen bij de huisarts komen, kan de zorg voor kinderen ten goede komen, zowel binnen de huisartsgeneeskunde als bij de zorg verleend door kinderartsen, andere specialisten en artsen werkzaam in de preventieve gezondheidszorg, zoals consultatiebureau- en schoolartsen. Al sinds 1949 wordt binnen de huisartsgeneeskunde onderzoek naar gemelde gezondheidsproblemen verricht.⁴⁻¹⁰ De

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen hoe vaak en voor welke gezondheidsproblemen bij kinderen een beroep wordt gedaan op de huisarts en of factoren zoals leeftijd, geslacht, seizoen, sociaal-economische status en urbanisatiegraad hierop van invloed zijn.

Opzet. Descriptief.

Plaats. 103 huisartspraktijken (161 huisartsen) verspreid over geheel Nederland.

Methoden. Gegevens van 63.753 kinderen (0-14 jaar) uit de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' werden gebruikt. Een aselechte steekproef van 161 huisartsen registreerde gedurende 3 maanden elk contact tussen praktijk en patiënt. Sociaal-demografische gegevens van de gehele praktijkpopulatie werden voor de registratie verzameld. De gezondheidsproblemen werden afgeleid van de diagnose gesteld door de huisarts en gecodeerd volgens de 'International classification of primary care' (ICPC). Contactfrequentie, gemelde morbiditeit, leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentiecijfers werden bepaald, alsmede relatieve risico's op morbiditeit naargelang sociaal-demografische factoren en seizoenen.

Resultaten. Kinderen hadden gemiddeld 2,8 contacten per jaar met de huisarts. Problemen uit de ICPC-hoofdstukken 'ademhalingsorganen' (bovenste-luchtweginfectie, acute bronchitis, hoesten en acute tonsillitis) en acute otitis media werden het meest gemeld. De gemelde morbiditeit toonde grote variatie met de leeftijd. Kinderen uit de lage sociaal-economische klassen en kinderen uit de grotere steden hadden meer problemen (met name van de ademhalingsorganen en van het oor).

Conclusie. De huisarts ziet een grote verscheidenheid aan problemen van kinderen. De variatie in contactfrequentie en morbiditeit in de sociaal-demografische categorieën maakt duidelijk dat het voor een optimaal inzicht noodzakelijk is gegevens leeftijdsspecifiek te detailleren.

Academisch Ziekenhuis/Sophia Kinderziekenhuis. Dr. Molewaterplein 60, 3015 GJ Rotterdam.

Dr.L.W.A.van Suijlekom-Smit en prof.dr.H.K.A.Visser, kinderartsen. Erasmus Universiteit, Instituut Huisartsgeneeskunde, Rotterdam.

M.A.Bruijnzeels, data-analist; dr.J.C.van der Wouden, socioloog; prof.dr.H.J.Dokter, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.

J.van der Velden, arts-epidemioloog.

Correspondentie-adres: dr.L.W.A.van Suijlekom-Smit.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

methoden van in de huisartspraktijk uitgevoerde onderzoeken verschillen, omdat ze werden bepaald door de doelstelling en de toepassingsgebieden.^{11, 12} Al deze onderzoeken werden in een beperkt aantal geselecteerde praktijken uitgevoerd en de registratieperioden waren van wisselende duur. In deze onderzoeken zijn ook gegevens over de kinderleeftijd terug te vinden, echter niet gedetailleerd.

Door verschillen in gebruikte methoden is het niet eenvoudig de resultaten van de onderzoeken onderling te vergelijken. Gedetailleerder rapportage van de bij artsen gemelde morbiditeit van 0-4-jarige en van 5-9-jarige kinderen werd verricht met gegevens uit de 'Continue morbiditeitsregistratie' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, waarbij ook de factoren die van invloed kunnen zijn op de gemelde morbiditeit en trends in de afgelopen 40 jaar werden beschreven.¹³ Dergelijke gegevens kunnen alleen verkregen worden uit longitudinaal onderzoek over vele jaren bij een stabiele praktijkpopulatie. Noodzakelijkerwijs is bij deze vorm van onderzoek het aantal participerende praktijken beperkt. De in 1987 en 1988 door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht, uitgevoerde 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' had als doel op landelijke schaal inzicht te verkrijgen in de melding van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk.¹⁴

Wij verrichtten onderzoek met de volgende vragen:

- Hoe vaak wordt voor kinderen een beroep gedaan op de huisarts?
- Welke gezondheidsproblemen hebben deze kinderen?
- Wordt het aantal gemelde ziekteproblemen beïnvloed door factoren zoals leeftijd, geslacht, seizoen, sociaal-economische status en urbanisatiegraad?

METHODE

Voor de 'Nationale studie' werd een aselechte niet-proportioneel gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen getrokken uit alle 5826 officieel geregistreerde zelfstandig gevestigde huisartsen op 1 januari 1985. In de 103 participerende huisartspraktijken werden basiskennmerken van de gehele praktijkpopulatie geregistreerd. De steekproef beoogde een representatief beeld te geven van de Nederlandse huisarts en zijn praktijk. Door de onderzoekspopulatie te wegen naar leeftijd, geslacht, registratieperiode en de stratificatievariabelen (urbanisatiegraad en regio) in Nederland werd getracht een representatief beeld voor de Nederlandse bevolking te geven.¹⁵

Voor het verrichten van de contactregistratie werd de groep van 161 huisartsen verdeeld in 4 groepen van ongeveer 40 huisartsen. De 4 groepen registreerden opeenvolgend elk gedurende een aaneengesloten periode van 3 maanden ieder contact tussen patiënt en praktijk. Op deze wijze werden gedurende één jaar, van 1 april 1987 tot en met 31 maart 1988, gegevens verzameld. Tijdens ieder contact werden met behulp van een contact-registratieformulier onder meer de volgende gegevens geregistreerd: algemene contactgegevens, klachten, diagnose/werkhypothese. Zowel klachten als diagnose/

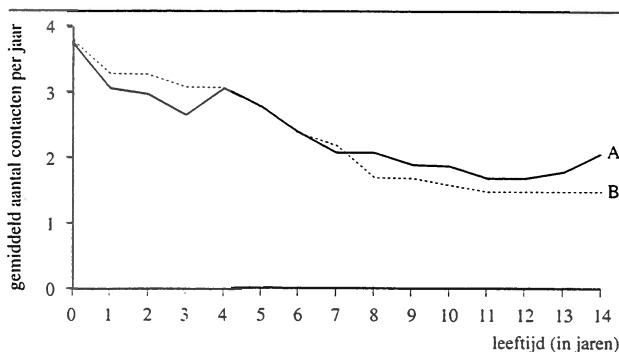
werkhypothese werden genoteerd door de huisarts en vervolgens gecodeerd door een getrainde codeur, gebruik makend van een aangepaste versie van de 'International classification of primary care' (ICPC).¹⁶

In de 'Nationale studie' werd gekozen voor een episode-georiënteerde registratie, met als doel een zo zuiver mogelijk beeld van de incidentie te geven. Binnen één episode konden meer contacten plaatsvinden. Voor de beschrijving van de morbiditeit werd de diagnose van het laatst geregistreerde contact van de episode gebruikt.

Voor een algemeen overzicht groepeerden wij de diagnoses naar ICPC-categorieën. In dit artikel wordt de meest voorkomende diagnose uit elk van de 6 belangrijkste ICPC-categorieën in detail besproken. De weergegeven resultaten betreffen gewogen cijfers. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers werden berekend door het aantal nieuwe en recidiefisoden te delen door het aantal persoonsjaren. De invloed van de factoren geslacht, seizoen, sociaal-economische status en urbanisatiegraad op de gemelde morbiditeit werd weergegeven in relatieve risico's (RR), waarbij voor elk van de factoren de categorie met de minste gemelde morbiditeit de referentie-categorie was. De RR's werden berekend door deling van de incidentiecijfers. De sociaal-economische status van het kind werd afgeleid van het beroep van de kostwinner, waarbij een indeling in 3 klassen werd gehanteerd. De urbanisatiegraad van de huisartspraktijk werd bepaald aan de hand van het aantal inwoners van de gemeente waarin de praktijk gevestigd was en werd ingedeeld in 3 groepen: < 30.000 inwoners, 30.000-50.000 inwoners en > 50.000 inwoners.

RESULTATEN

De gewogen onderzoekspopulatie bestond uit 63.746 kinderen in de leeftijd 0-14 jaar. Deze kinderen hadden 44.634 contacten, betreffende 29.834 episoden aangaande een nieuw of recidiverend gezondheidsprobleem. Het gemiddelde aantal contacten per kind per jaar bedroeg 2,8. Figuur 1 toont de variatie met de leeftijd en de verschillen tussen jongens en meisjes. De 0-jarigen hadden de meeste contacten, gemiddeld 3,8 per jaar; met toenemende leeftijd liep het aantal contacten terug tot en met het 11e levensjaar (1,5 contacten per jaar); vervolgens was er voor meisjes een stijging tot 2,1 per jaar bij 14 jaar.



FIGUUR 1. Gemiddeld aantal contacten van kinderen met de huisartspraktijk per jaar naar leeftijd: meisjes (A); jongens (B).

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

TABEL 1. Morbiditeit van kinderen in de huisartspraktijk in een periode van 3 maanden naar ICPC-hoofdstuk

ICPC-hoofdstuk	aantal kinderen (per 1000)
A: algemeen	4.923 (77,2)
B: bloed	511 (8,0)
D: maag-darmkanaal	3.428 (53,8)
F: oog	1.420 (22,3)
H: oor	3.590 (56,3)
K: hart-vaatstelsel	144 (2,3)
L: bewegingsapparaat	2.927 (45,9)
N: zenuwstelsel	573 (9,0)
P: psyche	699 (11,0)
R: ademhalingsorganen	11.145 (174,8)
S: huid	6.506 (102,1)
T: endocrien stelsel/metabolisme	430 (6,7)
U: urinewegen	520 (8,2)
W: zwangerschap	46 (0,7)
X: vrouwelijke genitaliën	221 (3,5)
Y: mannelijke genitaliën	288 (4,5)
Z: sociale problemen	187 (2,9)
geen diagnose geregistreerd	98
totaal	37.656

ICPC = 'International classification of primary care'.

Een overzicht van de gemelde morbiditeit per ICPC-categorie staat in tabel 1. Tabel 2 toont de 10 meest voorkomende nieuwe diagnoses. Onder deze 10 diagnoses valt bijna de helft, namelijk 43%, van de totale gemelde morbiditeit. Van de 6 meest voorkomende ICPC-categorieën staat in figuur 2 de leeftijdsspecifieke verdeling in de groepen 0, 1-4, 5-9 en 10-14 jaar. Problemen in de categorieën A (algemeen) en R (respiratoir) kwamen het meest voor bij kinderen tot 4 jaar, maar namen na deze leeftijd snel af in frequentie. Voor aandoeningen van het bewegingsapparaat gold het omgekeerde: een toename van de gemelde morbiditeit met het stijgen van de leeftijd.

Tabel 3 toont de relatieve risico's van de overige onderzochte factoren. Meisjes meldden iets meer problemen dan jongens. Voor het seizoen gold dat de referentiecategorie (juli-september) het laagste aanbod kende.

TABEL 2. Top-10 van de meest voorkomende nieuwe diagnoses bij kinderen in de huisartspraktijk in een periode van 3 maanden naar ICPC-code

ICPC-code	omschrijving	aantal kinderen (per 1000)
R74	infectie bovenste luchtwegen	3912 (61,4)
H71	otitis media acuta	1884 (29,6)
R78	acute bronchitis/bronchiolitis	1267 (19,9)
A77	virusinfectie*	1002 (15,7)
R05	hoesten	872 (13,7)
R76	acute tonsillitis, acute adenoïtis	825 (12,9)
A97	geen ziekte	810 (12,7)
S03.1	wratten	767 (12,0)
D74	overige vermoede infecties maag-darmkanaal	727 (11,4)
D73	oxyuren, ascariën, parasieten/wormen	645 (10,1)

*Niet nader omschreven/niet elders geïnclassificeerd.

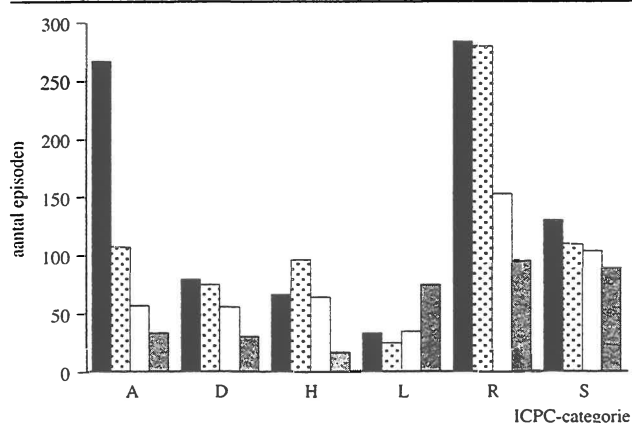
Het hoogste RR was dat voor respiratoire aandoeningen in de maanden oktober-december. Bij opsplitsing naar sociaal-economische status meldden de lagere klassen meer morbiditeit, met als belangrijkste veroorzaker respiratoire aandoeningen. Uitgesplitst naar urbanisatiegraad werd in de grotere steden met meer dan 50.000 inwoners de huisarts vaker geconsulteerd en met name voor problemen van de ademhalingsorganen en het oor dan in kleinere agglomeraties. Aandoeningen van de huid werden frequenter door de huisarts gezien in steden met minder dan 30.000 inwoners.

Uit elk van deze 6 ICPC-hoofdstukken werd de meest voorkomende diagnose geselecteerd. De meest voorkomende diagnose in het ICPC-hoofdstuk 'bewegingsapparaat' was distorsie van de pols, de hand en de vingers (L79.2). Ook andere distorsies kwamen frequent voor. Wij geven derhalve de cijfers voor alle distorsies samen (L77-L79.9). Van de geselecteerde aandoeningen worden in figuur 3 de leeftijdsspecifieke incidentiecijfers getoond. Het verloop van deze incidentiecijfers laat bij elke aandoening een ander beeld zien.

BESCHOUWING

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de frequentie waarin voor kinderen een beroep gedaan wordt op de huisarts en de gemelde gezondheidsproblemen. Een uitvoeriger overzicht is beschikbaar.¹⁵ De gevonden gemiddelde consultfrequentie van 2,8 per kind per jaar met variatie voor de leeftijd komt overeen met die gevonden in andere morbiditeitsonderzoeken in de huisartspraktijk.^{10,13}

Het bleek dat de huisarts een grote verscheidenheid aan problemen zag, waarbij moet worden opgemerkt dat een groot deel van de totale morbiditeit onder een beperkt aantal diagnoses viel. Luchtwegproblemen kwamen veruit het frequentst voor. Vier diagnoses uit het ICPC-hoofdstuk 'respiratoire aandoeningen' behoorden tot de 10 frequentst gestelde diagnoses: bovenste-lucht-



FIGUUR 2. Morbiditeit waarmee kinderen van 0-14 jaar bij de huisarts komen, naar leeftijd (0 jaar (■); 1-4 jaar (□); 5-9 jaar (▨); 10-14 jaar (▩)) en per hoofdstuk van de 'International classification of primary care': A = algemeen; D = maag-darmkanaal; H = oor; L = bewegingsapparaat; R = ademhalingsorganen; S = huid.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

TABEL 3. Relatieve risico's op de morbiditeit waarmee kinderen bij de huisarts komen, naar sociaal-demografische factoren en seizoen

factor	relatief risico* op morbiditeit† (95%-BI)						
	totaal	algemeen (A)	maag-darm-kanaal (D)	oor (H)	bewegings-apparaat (L)	ademhalings-organen (R)	huid (S)
geslacht							
jongens	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
meisje	1,03 (1,00-1,05)	1,04 (0,98-1,10)	1,08 (1,01-1,15)	1,07 (1,00-1,14)	1,12 (1,04-1,20)	0,96 (0,92-1,00)	1,01 (0,96-1,06)
seizoen							
jan-mrt	1,31 (1,27-1,35)	1,43 (1,32-1,55)	1,44 (1,31-1,59)	1,64 (1,49-1,81)	1,32 (1,19-1,47)	1,43 (1,35-1,51)	0,92 (0,86-0,99)
apr-jun	1,23 (1,19-1,27)	1,39 (1,28-1,51)	1,33 (1,21-1,47)	1,29 (1,17-1,43)	1,34 (1,21-1,49)	1,25 (1,18-1,33)	1,03 (0,96-1,11)
jul-sept	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
okt-dec	1,28 (1,24-1,32)	1,20 (1,10-1,31)	1,13 (1,02-1,25)	1,42 (1,29-1,57)	1,11 (1,00-1,24)	1,81 (1,71-1,91)	0,86 (0,80-0,92)
sociaal-economische status‡							
laag	1,17 (1,13-1,21)	0,98 (0,90-1,07)	1,12 (1,01-1,25)	0,93 (0,84-1,03)	1,20 (1,07-1,35)	1,36 (1,28-1,44)	1,06 (0,98-1,15)
midden	1,17 (1,14-1,20)	1,07 (1,00-1,15)	1,17 (1,08-1,27)	1,08 (1,00-1,17)	1,17 (1,07-1,28)	1,23 (1,17-1,29)	1,13 (1,06-1,20)
hoog	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
urbanisatiegraad§							
< 30 000	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
30-50 000	1,01 (0,99-1,03)	1,02 (0,95-1,09)	1,04 (0,96-1,13)	1,14 (1,05-1,24)	1,14 (1,05-1,24)	1,00 (0,96-1,05)	0,93 (0,88-0,99)
> 50 000	1,14 (1,11-1,17)	1,06 (0,99-1,14)	1,06 (0,97-1,15)	1,36 (1,25-1,48)	1,04 (0,95-1,14)	1,33 (1,27-1,39)	0,96 (0,92-1,01)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

*Relatieve risico's met voor elk van de factoren als referentiecategorie de categorie met de minste gemelde morbiditeit.

†Morbiditeit volgens de 'International classification of primary care' (ICPC; categorieën tussen haakjes aangegeven).

‡Sociaal-economische status van het kind afgeleid van het beroep van de kostwinner en ingedeeld in drie klassen.

§Urbanisatiegraad van de huisartspraktijk bepaald aan de hand van het aantal inwoners van de gemeente waarin de praktijk gevestigd was, ingedeeld in 3 groepen: < 30.000 inwoners, 30.000-50.000 inwoners en > 50.000 inwoners.

weginfectie, acute bronchitis, hoesten, acute tonsillitis/adenoïtis.

De leeftijd was een belangrijke factor met betrekking tot het totale aantal contacten: voor jonge kinderen werd de huisarts het frequentst geconsulteerd. Bij hen ging het vooral om infectieziekten, met name van het keel-neus-oorgebied en de luchtwegen, zoals ook blijkt uit de leeftijdsspecifieke incidentie van virusinfecties, acute otitis media en bovenste-luchtweginfecties. Jonge kinderen bouwen in deze levensfase de nodige immuniteit op. Daarnaast speelde waarschijnlijk ook onzekerheid van de ouders een rol: het ontbreekt hun veelal aan ervaring bij de schatting van de ernst van de ziekteverschijnselen bij hun kind, waardoor zij sneller een beroep doen op de huisarts dan ouders van oudere kinderen.¹⁷ Overigens is zeker ook van belang dat de vaak aspecifieke ziektesymptomen bij jonge kinderen moeilijker te interpreteren zijn.

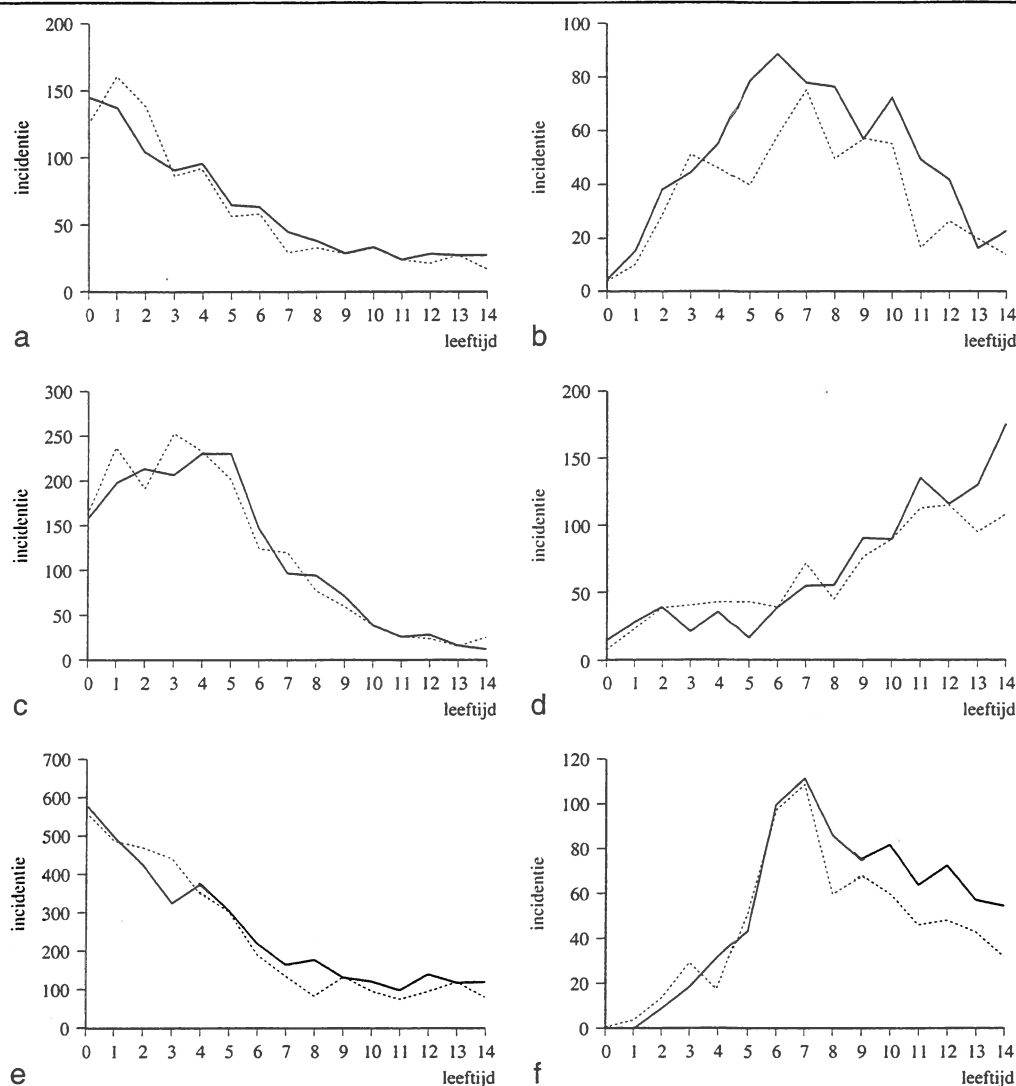
Niet alle aandoeningen kwamen het frequentst voor bij jonge kinderen: aandoeningen in het ICPC-hoofdstuk 'bewegingsapparaat' toonden een toename met de leeftijd, met name door het frequent voorkomen van traumata bij oudere kinderen. Veel aandoeningen hadden een eigen leeftijdsspecifiek presentatiepatroon. Dit

heeft consequenties voor de zorg in de tweede lijn. Het verwijspatroon op de kinderleeftijd kent leeftijdsspecifieke verschillen: jonge kinderen worden vooral verwezen naar de kinder- en de KNO-arts, oudere kinderen worden frequenter naar de chirurg verwezen.¹³

Het verschil tussen jongens en meisjes was niet zo groot. Wel zagen wij evenals anderen een leeftijdsspecifieke geslachtsvariatie, waarbij jongens op jongere leeftijd en meisjes op oudere leeftijd meer bij de huisarts komen.¹³ Het opvallendste verschil werd gezien voor het hoofdstuk 'bewegingsapparaat', waarbij meisjes 1,12 keer zo vaak voor een episode de huisarts consulteerden (zie tabel 3). Op grond van het aantal traumata in deze categorie zou men meer jongens verwachten, maar kennelijk zijn meisjes kwetsbaarder met betrekking tot het bewegingsapparaat.¹⁸

De gevonden seizoensvariatie was niet verrassend en komt overeen met die gevonden in andere onderzoeken.⁹ Luchtweg- en oorproblemen toonden de duidelijkste seizoensinvloed en waren het frequentst in herfst en winter. De aandoening met het hoogste gevonden RR was otitis media acuta, die in de maanden januari-maart 2,28 maal zo vaak voorkwam als in de zomermaanden juli-september.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN



FIGUUR 3. Incidentiecijfers bij jongens (----) en meisjes (—), naar leeftijd, van zes veel voorkomende aandoeningen naar code van de 'International classification of primary care': (a) virusinfectie (niet nader omschreven/niet in een andere categorie ondergebracht; A77); (b) wormen, oxyuren en parasieten (D73); (c) acute otitis media (H71); (d) distorsies (L77-L79.9); (e) bovenste-luchtweginfectie (R74); (f) wratten (So3.1). Incidentiecijfers uitgedrukt als aantal/1000 persoonjaren (verticale as); leeftijd in jaren (horizontale as).

De invloed van de sociaal-economische status en urbanisatiegraad op het presenteren van problemen kwam het duidelijkst tot uitdrukking bij luchtwegproblemen. Kinderen uit de lagere sociaal-economische klassen en kinderen uit de grotere steden kwamen frequenter met luchtwegproblemen bij hun huisarts dan andere kinderen. Waarschijnlijk zijn factoren zoals levensstijl, leef- en woonomstandigheden en kennis ten aanzien van gezondheid mede een verklaring voor het gevonden verschil in aangeboden morbiditeit.¹⁹ Deze verschillen bieden mogelijkheden voor interventie ter preventie. Overigens blijkt seizoensvariatie van de onderzochte factoren grotere verschillen in RR te geven dan sociaal-economische status en urbanisatiegraad, hetgeen de beperkingen van dit soort interventies duidelijk maakt.

Met de gegevens van de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' kunnen vele vragen beantwoord worden. Het onderzoek kent door de opzet ook beperkingen. De incidenties betreffen alleen de aandoeningen waarvoor de huisarts werd geconsulteerd. Door de korte registratieperiode worden de incidentiecijfers van chronischer aandoeningen onderschat. Ook kunnen geen longitudinale gegevens aan het bestand worden ontleend, zoals wel mogelijk is bij langlopende registraties zoals de 'Continue morbiditeitsregistratie'.¹³

Een ander nadeel is dat geen strakke diagnostische criteria zijn gehanteerd, met als gevolg dat de diagnose kan variëren.²⁰ Dit kan een bezwaar zijn bij het exact bepalen van incidenties van met name weinig frequent

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

voorkomende aandoeningen; het sluit echter wel aan bij de dagelijkse gang van zaken in de huisartspraktijk, waar veelal wordt volstaan met een symptoomdiagnose of werkhypothese.

CONCLUSIE

Kinderen van 0-14 jaar worden voor een brede scala aan gezondheidsproblemen door de huisarts gezien. De variatie in frequentie van huisartscontact en morbiditeit in de diverse leeftijdscategorieën maakt duidelijk dat het voor een optimaal inzicht noodzakelijk is gegevens betreffende kinderen meer dan gebruikelijk leeftijdsspecifiek te detailleren. Het inzicht wordt verbreed door factoren zoals seizoen, sociaal-economische status en urbanisatiegraad bij de analyses te betrekken.

ABSTRACT

For what health problems in children is the GP consulted, and how often?

Objective. To determine how often and for what health problems in children general practitioners (GPs) are consulted, and whether this is affected by age, gender, season, socioeconomic status and degree of urbanisation.

Design. Descriptive.

Setting. 103 general practices (161 GPs) in the Netherlands.

Method. Data from 63,753 children (0-14 years of age) collected in the framework of the Dutch National Survey were used. A random sample of 161 GPs registered all contacts between patient and practice during 3 months. Sociodemographic characteristics of all practice populations were gathered. Health problems were coded according to the International Classification of Primary Care (ICPC). Consultation frequency, morbidity presented, age and gender specific incidence rates were determined, as well as relative risks of presented morbidity relative to sociodemographic characteristics and season.

Results. Children consulted a GP on average 2.8 times per year. Problems from the respiratory tract (upper respiratory tract infection, acute bronchitis, coughing and acute tonsillitis) and acute otitis media were presented most. The morbidity varied strongly with age. Children from low socioeconomic strata and children living in larger cities presented more problems (in particular respiratory and ear problems).

Conclusion. The GP is confronted with a great diversity of health problems in children. The variation in consultation frequency and morbidity according to selected sociodemographic characteristics showed that presentation of information in more detail by age is necessary in order to obtain optimal insight.

LITERATUUR

- ¹ Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1993. 's-Gravenhage: SDU, 1993.
- ² Starfield B, Katz H, Gabriel A, Livingston G, Benson P, Hankin J, et al. Morbidity in childhood - a longitudinal view. *N Engl J Med* 1984;310:824-9.
- ³ Tas RFJ. Verdere groei van het aantal Turken en Marokkanen in Nederland. Maandstatistiek bevolking 1989;89:4-6.
- ⁴ Buma JT. De huisarts en zijn praktijk [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1949.
- ⁵ Buma JT. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: NIPG, 1959.
- ⁶ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk [proefschrift]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1969.
- ⁷ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the monitoring project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

- ⁸ Hoogen HJM van den, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Velden HGM van der. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
- ⁹ Lisdonk EH van den, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. redacteurs. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- ¹⁰ Lamberts H. Het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹¹ Meyboom-de Jong B. Morbidity registration in general practice in the Netherlands. *Huisarts Wet* 1993;36 Suppl:49-53. 68.
- ¹² Knottnerus JA. Registreren van morbiditeit in de huisartsgeenakunde. Over diversiteit van doelstellingen en vereisten [commentaar]. *Huisarts Wet* 1994;37:136-41.
- ¹³ Bosch WJHM van den. Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.
- ¹⁴ Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ¹⁵ Bruijnzeels MA, Suijlekom-Smit LWA van, Velden J van der, Wouden JC van der. Het kind bij de huisarts. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam/Utrecht: NIVEL, 1993.
- ¹⁶ Velden K van der, Schellevis F, Steen J van der, redacteurs. ICPC. International classification of primary care. Tabulaire lijst. Utrecht: NIVEL, 1989.
- ¹⁷ Hansen BWL. Acute illnesses in children. A description and analysis of parents' perception of illness threat. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:15-9.
- ¹⁸ Vijlbrief AS, Bruijnzeels MA, Wouden JC van der, Suijlekom-Smit LWA van. Musculoskeletal disorders in children: a study in Dutch general practice. *Scand J Prim Health Care* 1995 (ter perse).
- ¹⁹ Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Assen: Van Gorcum, 1994.
- ²⁰ Velden HGM van der. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1983;26:125-8.

Aanvaard op 22 maart 1994

Bladvulling

Kort en bondig schrijven gewenst

Er heerscht een opgewekt leven in de Geneeskundige kringen van Nederland. Talrijke publicaties leggen daarvan getuigenis af, en in waardij niet het laatst onder deze de Verslagen onzer Physiologische Laboratoria. Detail-onderzoekingen, maar met een perspectief op de groote algemeene vraagstukken van den dag; voorbeelden van duidelijke uiteenzetting, die onze geneeskundige literatuur tot sieraad strekken. Bepaald korte stukken zijn het niet. Trouwens, ik heb een mijner vrienden eens hooren zeggen: 'de klinici schrijven het langst - de physiologen reeds meer zorgvuldig, maar toch nog uitvoerig, - de physici het kortst en het best'. Die qualificatie zou ik niet gaarne voor mijn rekening willen nemen, want zonder het voordeel, heeft zij alle nadeel van een generalisatie, n.l. ongelijkvormige dingen bijeen te voegen. Bovendien hebben de Schrijvers in de 'Verslagen' haar inzoover gelogenstraft, dat, mogen zij ook nu en dan wat van het geduld van den lezer geveerd hebben, noch aan de strenge logica van het betoog, noch aan de nauwgezette beschrijvingen te tornen valt. Maar iets is er toch van aan en vindt in de stof, die behandeld wordt, zijn gereede verklaring. Gissingen beknopt te bewijzen, zal wel niemand gelukken. Beschrijvingen in te krimpen vermindert de duidelijkheid. Alleen formules zijn zoo veelzeggend, dat zij dagen denkens en drukkens kunnen condenseeren.

(Boekaankondiging. *Ned Tijdschr Geneesk* 1895;39I:1072-3.)

Ned Tijdschr Geneesk 1995 19 augustus;139(33) 1689

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

*De incidentie van koortsconvulsies bij kinderen van 3-72 maanden oud**

M.E.SPEELMAN-VERBURGH, M.A.BRUIJNZEELS, L.W.A.VAN SUIJLEKOM-SMIT, J.VAN DER VELDEN, A.W.HOES EN J.C.VAN DER WOUDE

Al sinds de Oudheid is bekend dat stuipen bij kinderen vaak gepaard gaan met koorts. Hippocrates merkte op dat convulsies optreden bij kinderen als er acute koorts aanwezig is, meestal tot aan hun zevende levensjaar.¹ Een koortsconvulsie werd tijdens de 'Consensus development conference' van 1980, gehouden aan de National Institutes of Health in de Verenigde Staten, als volgt gedefinieerd: '...een gebeurtenis in de kinderjaren, gewoonlijk optredend tussen 3 maanden en 5 jaar, sa-

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Neuroepidemiology* (1992;11:169-72) onder de titel 'Incidence of febrile seizures in The Netherlands'.

Erasmus Universiteit, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.
Instituut Huisartsgeneeskunde: mw.M.E.Speelman-Verburgh, huisarts;
drs.M.A.Bruijnzeels, data-analist; dr.J.C.van der Wouden, socioloog-
methodoloog.
Instituut Epidemiologie & Biostatistiek: dr.A.W.Hoes, arts-epidemioloog.
Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.
Mw.dr.L.W.A.van Suijlekom-Smit, kinderarts.
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht.
J.van der Velden, arts-epidemioloog.
Correspondentie-adres: dr.J.C.van der Wouden.

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen van de incidentie van koortsconvulsies bij kinderen in de huisartspraktijk en bestuderen van het beleid van de huisarts bij deze aandoening.

Plaats. Gestratificeerde steekproef van 103 huisartspraktijken (161 huisartsen) verspreid door Nederland.

Opzet. Descriptief.

Methode. Door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg werd in de periode 1 april 1987-31 maart 1988 de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' uitgevoerd. In 103 praktijken (161 huisartsen) werden gedurende 1 van 4 opeenvolgende veldwerkperiodes van 3 maanden alle contacten met patiënten geregistreerd. Van een koortsconvulsie werd gesproken wanneer bij een kind in de leeftijd van 3-72 maanden stuipen bij koorts optraden, zonder dat er een intracraniele aandoening of epilepsie was.

Resultaten. Een eerste koortsconvulsie werd 30 maal gezien, bij 23.801 kinderen. Het incidentiecijfer bedroeg 4,8 per 1000 persoonsjaren, met aanzienlijke variatie naar leeftijd en seizoen. De kans dat een kind in de loop van de leeftijdsperiode 3-72 maanden een koortsconvulsie doormaakt, werd berekend op 2,7%. Van de 30 kinderen werden er 8 verwezen voor nadere evaluatie.

Conclusie. De incidentiecijfers voor eerste koortsconvulsie bij kinderen waren vergelijkbaar met die in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Zweden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

mengaand met koorts, maar zonder tekenen van een intracraniale infectie of duidelijke andere oorzaak'.²

Koortsstuipen moeten onderscheiden worden van epilepsie, die gekarakteriseerd wordt door recidiverende non-febriële convulsies. Het gaat dus om kinderen die geen neurologische stoornissen of ontwikkelingsstoornissen hebben. De gebeurtenis wordt door de meeste ouders als zeer bedreigend ervaren.³

Koortsconvulsies treden vrij algemeen op. In grote onderzoeken in de Verenigde Staten is gevonden dat 2-4% van de populatie jonger dan 5 jaar minstens éénmaal een koortsconvulsie doormaakt, hetgeen de helft is van het totale aantal stuipen in deze leeftijdsgroep.^{4,5} Deze resultaten zijn vergelijkbaar met Europese gegevens.^{6,7} Van de Japanse kinderen krijgt ongeveer 9% een koortsconvulsie voor het derde levensjaar.⁸

Over de in de Nederlandse huisartspraktijk gepresenteerde koortsstuipen zijn weinig gegevens beschikbaar. Volgens een retrospectief enquête-onderzoek onder huisartsen in de regio Rotterdam zouden zij gemiddeld 2,3 keer per jaar geconsulteerd worden in verband met een koortsconvulsie bij een jong kind; opvallend was de grote spreiding tussen huisartsen.⁹ Uit een onderzoek uitgevoerd tijdens het bezoek aan de schoolarts kwam naar voren dat op 6-jarige leeftijd 3,9% van de kinderen ten minste één koortsconvulsie heeft doormaakt.¹⁰

Wij verrichtten een onderzoek om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat is de incidentie van koortsconvulsies in de huisartspraktijk?
- Hoe groot is de kans dat een kind een koortsconvulsie doormaakt?
- Wat is het beleid van de huisarts bij een kind met een koortsconvulsie?

PATIËNTEN EN METHODEN

Door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) werd in de periode 1 april 1987-31 maart 1988 de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' uitgevoerd.¹¹ Voor dit onderzoek werden in elk van 103 praktijken (161 huisartsen) gedurende 1 van 4 opeenvolgende veldwerkperiodes van 3 maanden alle contacten met patiënten geregistreerd. Telefonische en door de praktijkassistent afgehandelde contacten werden eveneens geregistreerd. Van de gehele praktijkpopulatie werd bovendien een aantal basisgegevens, waaronder geboortedatum en geslacht, verzameld (patiëntregistratie).

Per contact werden gegevens verzameld met betrekking tot redenen van contact, aard van het contact, werkdag, diagnose en eventuele differentiaaldiagnose, diagnostiek, behandeling, verwijzing (inclusief opname), overleg, en de gemaakte vervolgspraak. Zowel de redenen van contact als de werkdagdiagnose en eventuele differentiaaldiagnose werden letterlijk door de huisarts op het contactregistratieformulier ingevuld en later door een veldwerker van het NIVEL volgens de 'International classification of primary care' (ICPC) gecodeerd. De door het NIVEL gebruikte versie van deze classificatie

wijkt enigszins af van de door Lamberts et al. geredigeerde versie.^{12,13}

Koortsconvulsie. Wij gebruikten de gegevens van kinderen van 3-72 maanden. Van een koortsconvulsie werd gesproken wanneer convulsies (ICPC-code: N07) bij koorts (A03) optraden, zonder dat er een intracraniale aandoening was of epilepsie.² Deze selectie kwam tot stand op basis van de gegevens over het soort contact (nieuwe of recidiverende problemen), de klachten van de patiënt en de door de huisarts gestelde (waarschijnlijkheids)diagnosen. Ter controle van de door de huisarts gestelde diagnose werden voor de aldus geselecteerde contacten de originele contactregistratieformulieren geraadpleegd.

Berekeningen. Voor de berekening van de incidentiecijfers werd de populatie als stationair beschouwd voor iedere leeftijdscategorie gedurende de afzonderlijke periodes van 3 maanden. De leeftijds- en geslachtsverdeling van de populatie in de betreffende huisartspraktijken was bekend. Derhalve konden leeftijds- en seizoensspecifieke incidentiecijfers van koortsstuipen berekend worden, alsmede de cumulatieve incidentie, dat wil zeggen de kans dat een kind in de leeftijd 3-72 maanden een koortsconvulsie doormaakte.¹⁴ Het beleid van de huisarts, in het bijzonder het prescriptie- en verwijsgedrag, werd ook in het onderzoek betrokken. Voor de incidentiecijfers werden 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend.¹⁴

RESULTATEN

Het totale aantal kinderen in de leeftijd 3-72 maanden bedroeg 23.801, met een verhouding jongens:meisjes van 51:49. Bij 30 kinderen (17 jongens, 13 meisjes) werd een eerste koortsconvulsie aan de huisarts gepresenteerd in de registratieperiode. Daarnaast was er bij 6 kinderen (4 jongens en 2 meisjes) een recidief.

Koortsconvulsies. De gemiddelde leeftijd waarop de kinderen een eerste koortsconvulsie doormaakten, was 28 maanden (uitersten: 4-70), voor jongens zowel als meisjes. De incidentie bedroeg 4,8 per 1000 persoonsjaren. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers staan in tabel 1. Er was een aanzienlijke seizoensvariatie, met de hoogste incidentie in de periode oktober-december (tabel 2). De cumulatieve incidentie, de kans dat een kind op de leeftijd van 3-72 maanden een koortsstuip doormaakt, was

TABEL 1. Leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van koortsconvulsie

leeftijd (in maanden)	aantal convulsies*	aantal persoonsjaren	incidentie per 1000 persoonsjaren (95%-BI)
3-12	3	982	3.1 (1.0-9.5)
13-24	12	1119	10.8 (6.1-18.9)
25-36	7	1071	6.5 (3.1-13.7)
37-48	3	1070	2.8 (0.9-8.7)
49-60	4	1054	3.8 (1.4-10.2)
61-72	1	899	1.1 (0.1-7.8)
totaal	30	6195	4.8 (3.4-6.9)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

*Eerste convulsie.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

TABEL 2. Seizoensspecifieke incidentiecijfers van koortsconvulsies

seizoen	aantal convulsies*	aantal persoonsjaren	incidentie per 1000 persoonsjaren (95%-BI)
januari-maart	5	1464	3,4 (1,4-8,2)
april-juni	6	1734	3,5 (1,6-7,7)
juli-september	3	1353	2,2 (0,7-6,9)
oktober-december	16	1644	9,7 (6,0-15,9)
totaal	30	6195	4,8 (3,4-6,9)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

*Eerste convulsie.

2,7%. In een 'standaard'-huisartspraktijk met een omvang van 2300 patiënten (met 160 kinderen in de leeftijd 3-72 maanden), zou daarmee gemiddeld minder dan één (0,77) koortsconvulsie per jaar door de huisarts worden gezien.

Moment van contact en huisartsbeleid. Het eerste contact van de huisarts met de 30 kinderen met een eerste koortsconvulsie was in 21 gevallen een visite, waarvan 18 maal een spoedvisite; 12 van de spoedvisites vonden overdag plaats, 6 in de avond of in de nacht. De met de koorts verband houdende ziekte was meestal een virale bovenste-luchtweginfectie of otitis media. Eén stuip trad 7 dagen na een bof-mazelen-rubella (BMR)-vaccinatie op.

Bij alle kinderen verrichtte de huisarts lichamelijk onderzoek, waarna hij uitleg gaf aan de ouders en probeerde hen gerust te stellen. De huisarts schreef in 18 gevallen medicijnen voor. Dit betrof 5 maal alleen antipyretica, 3 maal alleen anti-convulsiva en 8 maal een combinatie van beide. Twee keer werden antibiotica voorgeschreven. Acht patiënten werden verwezen naar de kinderarts, waarvan 4 werden opgenomen. Er werden geen intracraniele infecties of cerebrale afwijkingen gevonden.

BESCHOUWING

De resultaten van ons onderzoek kwamen in grote lijnen overeen met die van eerder beschreven onderzoeken. De door ons berekende kans voor het optreden van een koortsconvulsie op de leeftijd van 3-72 maanden (2,7%) is in overeenstemming met de bevindingen uit eerdere grote onderzoeken in de westerse wereld.^{4,5}

Gezien het geringe aantal koortsconvulsies in de door ons bestudeerde groep patiënten is echter enige voorzichtigheid geboden ten aanzien van conclusies. De breedte van betrouwbaarheidsintervallen, met name voor kleinere subgroepen, is in dit verband illustratief.

De leeftijds- en seizoensspecifieke incidentiecijfers en de verdeling over de seizoenen gaven geen wezenlijk verschil met eerdere onderzoekingen te zien. De piek in het tweede levensjaar,⁴ evenals de hogere frequentie van optreden in het najaar,⁸ was al eerder beschreven. Dit laatste houdt verband met het vaker optreden van met koorts gepaard gaande ziekten in dit jaargetijde, met name bovenste-luchtweginfecties. Bij 1 van de 30 kinderen volgde de convulsie op een preventieve immunisatie,

maar onze getallen zijn te klein om ze te kunnen vergelijken met die van Hirtz et al.¹⁵

Ten aanzien van het onderzochte beleid bij deze aandoening speelt een rol dat de gegevens waarover wij rapporteren, betrekking hebben op de periode 1987-1988. Wij hebben geen reden om aan te nemen dat het beleid sindsdien sterk gewijzigd is. Ook zijn er, anders dan voor vele andere aandoeningen, geen nieuwe richtlijnen gepubliceerd voor de huisarts. Onderzoek in de specialistische praktijk heeft aangetoond dat op basis van het klinische beeld meningitis kan worden uitgesloten, zodat het niet nodig is bij alle patiënten na een koortsconvulsie een lumbaalpunctie te verrichten.¹⁶ Deze resultaten vormen een ondersteuning voor het afwachtende beleid van de huisarts.

Veel huisartsen kozen voor voorlichting en geruststelling van de ouders na grondig lichamelijk onderzoek van het kind, eventueel ondersteund door antipyretische of anticonvulsieve therapie. Ruim een kwart van de gecoconsulteerde huisartsen vroeg medebeoordeling door de kinderarts. In de 'National child development study' was dit het geval bij 45% van de aangemelde patiënten. Uit het enquête-onderzoek van Vink et al. kwam naar voren dat 44% van de kinderen met koortsconvulsies volgens de respondenten in het ziekenhuis werd gezien (na verwijzing of op eigen initiatief).⁹

Wij concluderen op basis van onze resultaten dat de incidentie van koortsconvulsies bij kinderen in Nederland niet wezenlijk verschilt van die in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Zweden.

De auteurs danken dr.M.Offringa, mw.dr.G.Derksen-Lubsen en prof.dr.H.K.A.Visser, kinderartsen, en prof.dr.H.J.Dokter, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit artikel.

ABSTRACT

The incidence of febrile seizures in children aged 3-72 months.

Objective. To assess the incidence of febrile seizures in children in the Netherlands, and their management by the general practitioner.

Setting. Non-proportionally stratified sample of 103 general practices (161 general practitioners) throughout the Netherlands.

Design. Descriptive.

Method. The Dutch Institute for Research in Primary Health Care (NIVEL) carried out the National Study of Diseases and Interventions in General Practice. From April 1st, 1987 to March 31, 1988 in the 103 practices all patient contacts were recorded during 1 of 4 successive field work periods of 3 months. A febrile seizure was diagnosed when in a child aged 3-72 months both fever and a convulsion occurred in the absence of diagnosed intracranial abnormalities or epilepsy.

Results. Thirty of 23,801 children suffered a first febrile seizure. The overall incidence rate was 4.8/1,000 person-years. Considerable age and seasonal variation was found. The chance of a child suffering a febrile seizure in the course of the age period of 3-72 months was 2.7%. Eight children were referred to hospital.

Conclusion. The incidence rate of first febrile seizure in children was similar to those found in the US, UK and Sweden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

LITERATUUR

- ¹ Hippocrates (translation: F.Adams). The genuine works of Hippocrates. Vol II. London: The Sydenham Society. 1849: 212.
- ² Consensus statement. Febrile seizures: long-term management of children with fever associated seizures. *Pediatrics* 1980;66:1009-12.
- ³ Baumer JH, David TJ, Valentine SJ, Roberts JE, Hughes BR. Many parents think their child is dying when having a first febrile convulsion. *Dev Med Child Neurol* 1981;23:462-4.
- ⁴ Berg BJ van den, Yerushalmy J. Studies on convulsive disorders in young children. I. Incidence of febrile and nonfebrile convulsions by age and other factors. *Pediatr Res* 1969;3:298-304.
- ⁵ Hauser WA, Kurland LT. Epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935-1967. *Epilepsia* 1975;16:49-66.
- ⁶ Forsgren L, Sidenvall R, Blomquist HK, Heijbel J. A prospective study of febrile convulsions. *Acta Paediatr Scand* 1990;79:550-7.
- ⁷ Ross EM. Epilepsy in childhood. Findings from the national child development study. *BMJ* 1980;280:207-10.
- ⁸ Tsuboi T, Okada S. Seasonal variation of febrile convulsion in Japan. *Neurology* 1984;34:175-81.
- ⁹ Vink R, Offringa M, Does E van der. Het beleid van huisartsen bij convulsies bij koorts. *Huisarts Wet* 1990;33:263-7.
- ¹⁰ Offringa M, Hazebroek-Kampschreur AJM, Derksen-Lubsen G. Prevalence of febrile seizures in Dutch schoolchildren. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1991; 5:181-8.
- ¹¹ Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:51-61.
- ¹² Lamberts H, Wood M. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press. 1987.
- ¹³ Velden J van der, Schellevis F, Steen J van der. *International Classification of Primary Care*. Utrecht: NIVEL. 1989.
- ¹⁴ Vandenbroucke JP, Hofman A. *Grondslagen der epidemiologie*. Utrecht: Bunge. 1988.
- ¹⁵ Hirtz DG, Nelson KB, Ellenberg JH. Seizures following childhood immunizations. *J Pediatr* 1983;102:14-8.
- ¹⁶ Offringa M, Beishuizen A, Derksen-Lubsen G, Lubsen J. Seizures and fever: can we rule out meningitis on clinical grounds alone? *Clin Pediatr* 1992;31:514-22.

Aanvaard op 4 september 1995

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

Geen verschil in frequentie van huisartsbezoek door Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen van 0-14 jaar en door Nederlandse, maar wel in contactredenen

S.Y.VERSLUIS-VAN WINKEL, M.A.BRUIJNZEELS, S.H.LO FO WONG, L.W.A.VAN SUIJLEKOM-SMIT EN J.C.VAN DER WOUDE

Het aantal allochtone kinderen in de Nederlandse bevolking is de afgelopen decennia toegenomen. In 1993 had 11,5% van alle pasgeborenen in Nederland een allochtone vader of moeder.^{1,2} Het beperkte aantal onderzoeken met betrekking tot het hulpzoekgedrag van allochtonen, van zowel kinderen als volwassenen, biedt geen eenduidig beeld. Allochtonen zouden vaker de huisarts bezoeken, echter in verschillende mate.³⁻⁶ Tevens verschilt de opzet van de onderzoeken, in het bijzonder wat betreft de methode om te corrigeren voor sociaal-economische status, terwijl bekend is dat deze een belangrijke verstoring factor is. Aandoeningen die specifiek onder allochtone kinderen lijken voor te komen zijn (ijzergebreks)anemie en voedingsdeficiënties.^{5,7} Meer algemeen zouden allochtone kinderen meer respiratoire en gastro-intestinale klachten en minder oorklachten melden.^{3,6}

In een onderzoek dat in het voorjaar van 1994 in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging is uitgevoerd in de 3 grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) worden onder meer allochtonen genoemd als patiëntencategorie die de werklust verhoogt.⁸ Allochtonen zouden vaker buiten de reguliere praktijken de huisarts bezoeken. Een huisarts in een achterstandswijk wordt eens per 10 contacten geconfronteerd met taalproblemen, wat opnemen van anamnese en geven van adviezen bemoeilijkt en zodoende de consultduur beïnvloedt.

De vraagstelling van dit onderzoek was of huisartsbezoek van Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen verschilt van dat van een groep Nederlandse kinderen, die qua achtergrondkenmerken overeenkomt.

METHODE

Wij maakten gebruik van gegevens uit de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' verricht door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).⁹ Daarbij werd een inventarisatie verricht van de praktijkpopulaties van alle 103 participerende huisartspraktijken en voorts registreerden alle huisartsen (n = 161) gedurende 1 jaar (in 4 groepen van elk 3 maanden) alle contacten

Zie ook het artikel op bl. 975.

SAMENVATTING

Doel. Nagaan of het huisartsbezoek van Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen (0-14 jaar) verschilt met dat van een groep Nederlandse kinderen, die qua achtergrondkenmerken overeenkwam.

Plaats. 103 huisartspraktijken verspreid door Nederland.

Opzet. Cohortonderzoek met vergelijking van gematchte groepen.

Methoden. Gegevens van 63.753 kinderen uit de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, werden gebruikt. Hierbij registreerden 161 huisartsen gedurende 1 jaar (in 4 groepen van elk 3 maanden) al hun contacten. Sociaal-demografische gegevens werden van de populaties van alle praktijken verzameld. Bij elk Turks, Surinaams en Marokkaans kind afzonderlijk werd een Nederlands kind geselecteerd, vergelijkbaar wat betreft de volgende kenmerken: leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, urbanisatiegraad, seizoen van registratie en verzekeringsvorm. Contactfrequentie en -reden, aantal contacten per ziekte-episode, consultduur en percentage consulten buiten reguliere praktijken werden geregistreerd.

Resultaten. Er waren geen significante verschillen in contactfrequentie tussen de 3 allochtone groepen en de Nederlandse vergelijkingsgroep, noch in aantal contacten per ziekte-episode. De gemelde klachten verschilden daarentegen wel. Turkse kinderen kwamen vaker wegens maag-darmklachten (relatief risico (RR): 1,81) en luchtwegklachten (RR: 1,27), maar minder vaak wegens oorklachten (RR: 0,54). Surinaamse kinderen kwamen minder vaak wegens klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat (RR: 0,65), maar vaker met luchtwegproblemen (RR: 1,20). Marokkaanse kinderen kwamen minder vaak met oorproblemen (RR: 0,51). Een groter percentage allochtone kinderen had een contactduur van minder dan 10 minuten.

Conclusie. Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen kwamen niet vaker bij de huisarts dan vergelijkbare Nederlandse kinderen. Wel verschilden de gemelde klachten.

tussen patiënt en praktijk op een speciaal ontworpen contactregistratieformulier.

Onder meer werden de volgende gegevens verzameld: algemene contactgegevens (waaronder tijdstip en duur van het contact), klachten, diagnose/werkhypothesis. De klachten, genoemd door de patiënt, en de diagnose/werkhypothesis, gesteld door de huisarts, werden genoteerd door de huisarts. Vervolgens werden deze gecodeerd volgens een aangepaste versie van de 'International classification of primary care'.¹⁰ Er werd onderscheid

Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Huisartsgeneeskunde, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Mw.S.Y.Versluis-van Winkel, co-assistent; drs.M.A.Bruijnzeels, data-analist; S.H.Lo Fo Wong, huisarts; dr.J.C.van der Wouden, socioloog. Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kindergeneeskunde, Rotterdam.

Mw.dr.L.W.A.van Suijlekom-Smit, kinderarts.

Correspondentie-adres: drs.M.A.Bruijnzeels.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

gemaakt in contacten en episoden. Een episode kon meerdere contacten beslaan. Voor de beschrijving van de morbiditeit werd gebruik gemaakt van de klacht gemeld in het eerste contact van een episode en de diagnose van het laatste contact.

Dit onderzoek had betrekking op kinderen van 0-14 jaar ($n = 63.753$). Een kind werd als allochtoon beschouwd op basis van gepubliceerde criteria, waarbij niet alleen de nationaliteit van het kind, maar ook het geboorteland van het kind en dat van beide ouders bepalend zijn.¹¹ Wij beperkten ons tot de 3 grootste allochtone groepen in Nederland, namelijk Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen.

Controlegroepen. Uit de literatuur is een aantal factoren bekend die de consultfrequentie van kinderen beïnvloeden.¹² Om het effect hiervan uit te sluiten selecteerden wij bij elk allochtoon kind afzonderlijk aselect een Nederlands kind, dat overeenkwam wat betreft de volgende kenmerken: leeftijd (0, 1-4, 5-9, 10-14 jaar), geslacht, sociaal-economische status (op grond van beroep van de kostwinner: laag, midden en hoog), urbanisatiegraad van de plaats waar de praktijk van de huisarts was gevestigd (< 30.000 , $30-50.000$, > 50.000 inwoners; de 3 grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag)), seizoen van registratie (april-juni, juli-september, oktober-december, januari-maart) en verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier). Op deze wijze werden 3 Nederlandse controlegroepen geconstrueerd (per allochtone groep 1 Nederlandse groep). Hulpzoekgedrag werd bepaald aan de hand van de volgende 4 aspecten: (a) consultfrequentie; (b) aantal contacten per episode; (c) gemelde klachten; en (d) duur en tijdstip van de consulten met de huisarts.

RESULTATEN

In tabel 1 is de opbouw van de onderzoekspopulatie weergegeven naar de achtergrondkenmerken waarvoor gematcht werd. Niet voor elk allochtoon kind kon een vergelijkbaar Nederlands kind worden gevonden. De allochtone groepen bleken onderling vooral te verschillen wat betreft sociaal-economische status en urbanisatiegraad. Surinamers hadden een hogere sociaal-economische status en woonden meer in de grote steden dan de Marokkanen en de Turken.

In tabel 2 worden de gemiddelde contactfrequenties per jaar en het aantal contacten per ziekte-episode voor elke etnische groep weergegeven. Geen van de verschillen met de Nederlandse referentiegroepen was statistisch significant.

In tabel 3 zijn de relatieve risico's (RR's) voor de gemelde aandoeningen weergegeven met de 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI's). Turkse kinderen bleken vaker gastro-intestinale en respiratoire klachten en minder vaak oorklachten te melden in vergelijking met de Nederlandse referentiegroep. Het verschil bij de gastro-intestinale problemen bleek vooral veroorzaakt te worden door klachten zoals buikpijn (RR: 2,28; 95%-BI: 1,10-5,19), braken (RR: 1,85; 95%-BI: 0,82-4,14) en worm- en parasietinfecties (RR: 7,82; 95%-BI: 0,98-62,53). In de groep van de respiratoire klachten bleken

TABEL 1. Kenmerken van allochtone kinderen en een Nederlandse controlegroep bij wie de frequentie van huisartsbezoek en de redenen voor contact werden onderzocht, bij een onderzoek onder 161 huisartsen gedurende 1 jaar^a

kenmerk	percentage kinderen in Nederlandse controlegroep/allochtone groep		
	Turkse kinderen ($n = 696/712$)	Surinaamse kinderen ($n = 633/667$)	Marokkaanse kinderen ($n = 693/726$)
leeftijd en geslacht			
0 jaar			
man	4,3/4,2	2,4/2,9	3,9/3,9
vrouw	3,3/3,4	3,3/3,8	4,0/3,9
1-4 jaar			
man	15,2/14,9	15,8/15,6	15,4/15,0
vrouw	14,5/14,7	12,5/12,7	11,7/11,3
5-9 jaar			
man	18,0/18,4	16,3/15,9	17,2/18,2
vrouw	15,7/15,5	14,7/15,0	17,6/17,8
10-14 jaar			
man	15,2/15,0	16,6/15,7	16,3/16,0
vrouw	13,8/13,9	18,2/18,1	13,9/13,9
sociaal-economische status			
laag	60,2/61,0	33,6/35,1	57,0/58,0
middel	26,7/26,3	42,0/40,6	22,5/21,5
hoog	2,6/2,5	10,0/10,0	4,2/4,0
onbekend	10,5/10,3	14,4/14,2	16,3/16,5
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	96/96	83/83	95/95
particulier	4/4	17/17	5/5
urbanisatiegraad			
< 30.000	27,7/27,1	16,9/16,0	19,2/18,5
$30.000-50.000$	29,3/28,7	37,9/36,4	44,4/42,7
> 50.000	33,9/33,1	26,1/24,9	23,1/22,7
Amsterdam, Rotterdam of Den Haag	9,1/11,1	19,1/22,6	13,3/16,1

Turkse kinderen vaker te komen voor hoesten (RR: 1,53; 95%-BI: 1,15-2,02) en keelklachten (RR: 2,07; 95%-BI: 1,16-3,69), maar minder vaak voor herhalingsrecepten voor deze categorie van klachten (RR: 0,20; 95%-BI: 0,02-1,67). Turkse kinderen kwamen minder vaak met oorpijn (RR: 0,44; 95%-BI: 0,24-0,82) en bij hen werd minder vaak otitis media gediagnosticeerd dan bij de Nederlandse (RR: 0,59; 95%-BI: 0,29-1,20).

Surinaamse kinderen bleken minder vaak klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat te melden, maar vaker voor respiratoire klachten de huisarts te consulteren dan de Nederlandse referentiegroep. Bij de problemen in het kader van het bewegingsapparaat was niet één bepaalde klacht of aandoening die het verschil veroorzaakte. De respiratoire problemen bestonden bij de Surinaamse kinderen vaker uit hoesten dan bij de Nederlandse (RR: 1,47; 95%-BI: 1,08-2,01).

Marokkaanse kinderen bleken minder vaak met oorproblemen bij de huisarts te komen. Ook hier werd het verschil voornamelijk veroorzaakt door oorpijn (RR: 0,62; 95%-BI: 0,37-1,05) wanneer het klachten betreft en otitis media wanneer het diagnoses betreft (RR: 0,62; 95%-BI: 0,35-1,09). Herhalingsrecepten voor respiratoire klachten werden minder vaak verstrekt dan bij de Nederlandse referentiegroep (RR: 0,49; 95%-BI: 0,22-1,09). Marokkaanse kinderen kwamen vrijwel niet met

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

TABEL 2. Gemiddeld aantal huisartscontacten per jaar, gemiddeld aantal contacten per ziekte-episode en duur en tijdstip van de contacten voor Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen en hun Nederlandse controlegroepen bij een onderzoek onder 161 huisartsen gedurende 1 jaar^a

leeftijd en geslacht	Nederlandse controlegroep/allochtone groep		
	Turkse kinderen (n = 696/712)	Surinaamse kinderen (n = 633/667)	Marokkaanse kinderen (n = 693/726)
<i>aantal contacten per jaar</i>			
0-4 jaar			
man	6,2/6,4	4,5/4,8	4,4/4,4
vrouw	4,1/5,5	5,2/5,6	4,2/4,4
5-14 jaar			
man	2,8/2,4	2,4/3,1	2,6/2,0
vrouw	2,8/2,5	3,5/2,5	3,4/2,7
<i>aantal contacten per episode</i>			
0-4 jaar			
man	1,62/1,40	1,36/1,38	1,39/1,33
vrouw	1,34/1,39	1,43/1,51	1,39/1,38
5-14 jaar			
man	1,33/1,33	1,28/1,23	1,30/1,17
vrouw	1,38/1,26	1,31/1,18	1,37/1,29
<i>duur en tijdstip contact</i>			
duur	(n = 541/599)	(n = 498/503)	(n = 507/478)
< 10 min	83,9/94,3	80,7/91,8	86,2/88,9
≥ 10 min	16,1/5,7*	19,3/8,2*	13,8/11,1
<i>tijdstip</i>			
door-de-weeks overdag	92,7/90,0	93,4/94,5	91,7/93,3
avond/nacht of weekend	7,3/10,0	6,6/5,5	8,3/6,7

*Significant verschil tussen allochtone en controle-uitkomst: $p < 0,05$.

klachten over wratten in vergelijking met de Nederlandse referentiegroep (RR: 0,10; 95%-BI: 0,01-0,76). Zowel Marokkaanse als Turkse kinderen waren minder vaak bekend wegens astma en bij hen werd deze diagnose ook minder vaak gesteld (respectievelijk RR: 0,60; 95%-BI: 0,40-0,91 en 0,39; 95%-BI: 0,22-0,68).

In tabel 2 zijn tijdstip en duur van de consulten weergegeven. In vergelijking met Nederlandse kinderen duurde het consult bij Turkse en Surinaamse kinderen vaker korter dan 10 minuten.

BESCHOUWING

In dit onderzoek vergeleken wij de frequentie en de redenen van huisartsbezoek bij Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen met die bij Nederlandse kinderen, die wat betreft sociaal-economische status, leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad, seizoen en verzekeringsvorm overeenkwamen. Een verdienste van de onderzoeksopzet was de individuele matching op deze factoren, die voorzover wij weten nog niet eerder is toegepast.

Er was geen verschil in contactfrequentie tussen de 3 allochtone groepen enerzijds en Nederlandse kinderen anderzijds. Ook het aantal contacten per ziekte-episode verschilde niet. De hogere contactfrequenties van allochtonen die in andere onderzoeken gevonden zijn, zijn waarschijnlijk te wijten aan verschillen wat betreft de matchingskenmerken. Bekend is dat personen met een lagere sociaal-economische status, ziekenfondsverzekeren en inwoners van grote steden in het algemeen vaker een arts bezoeken.¹² In de praktijk zullen juist de allochtonen vaak tot deze groep behoren, waardoor het ook deze groep is die de huisarts vaak bezoekt. Voor de werkdruk van de huisarts betekent dit dat de sociaal-economische positie van de gehele praktijkpopulatie meer bepalend is dan het aantal allochtonen per praktijk.

De redenen waarom de huisarts bezocht werd, verschilden wel voor de allochtone en de Nederlandse kinderen. Turkse kinderen consulteerden de huisarts vaker voor luchtweg- en maag-darmklachten en minder vaak voor oorklachten dan Nederlandse kinderen. Deze trends zijn ook in andere Nederlandse onderzoeken waargenomen.^{3, 6, 13} Een daadwerkelijk verschil in prevalentie of culturele verschillen in melding en interpretatie

TABEL 3. Vergelijking van de gemelde klachten tussen Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen en hun Nederlandse controlegroepen, bij een onderzoek onder 161 huisartsen gedurende 1 jaar^a

	relatief risico (95%-betrouwbaarheidsinterval)*		
	Turks/Nederlands	Surinaams/Nederlands	Marokkaans/Nederlands
<i>klacht in eerste contactepisode</i>			
algemeen	1,22 (0,95-1,57)	0,84 (0,63-1,10)	1,21 (0,92-1,59)
maag-darm	1,81 (1,27-2,58)	1,24 (0,87-1,76)	1,11 (0,74-1,64)
ogen	0,63 (0,35-1,14)	1,63 (0,80-3,33)	1,08 (0,59-1,97)
oren	0,54 (0,33-0,87)	1,00 (0,65-1,55)	0,51 (0,33-0,78)
bewegingsapparaat	0,92 (0,65-1,29)	0,65 (0,46-0,91)	1,01 (0,71-1,43)
luchtwegen	1,27 (1,03-1,57)	1,20 (0,97-1,50)	0,91 (0,73-1,13)
huid	0,88 (0,64-1,19)	1,21 (0,88-1,67)	0,85 (0,63-1,16)
<i>diagnose in laatste contactepisode</i>			
algemeen	0,87 (0,64-1,19)	0,65 (0,45-0,93)	0,83 (0,57-1,21)
maag-darm	1,43 (0,96-2,13)	1,07 (0,72-1,58)	1,42 (0,90-2,24)
ogen	0,72 (0,36-1,44)	1,79 (0,80-4,02)	0,77 (0,41-1,46)
oren	0,57 (0,33-0,98)	1,38 (0,87-2,18)	0,58 (0,37-0,91)
bewegingsapparaat	0,91 (0,55-1,51)	0,52 (0,32-0,85)	0,92 (0,54-1,56)
luchtwegen	1,30 (1,05-1,61)	1,24 (0,99-1,55)	0,89 (0,72-1,11)
huid	0,88 (0,63-1,24)	1,11 (0,78-1,57)	0,97 (0,70-1,34)

*Relatief risico voor allochtoon ten opzichte van autochtoon.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

van klachten zouden verklaringen voor deze trends kunnen zijn. Nederlandse ouders zouden extra bezorgd reageren wat betreft oorklachten en Turkse ouders wat betreft maag-darmstoornissen.

Wat betreft oorklachten gold voor Marokkaanse kinderen in zekere mate hetzelfde als voor Turkse. Het waren vooral de Nederlandse kinderen die hiervoor vaak de huisarts bezochten. Dat Marokkaanse kinderen vrijwel niet voor wratten de huisarts bezochten, kan ook op een cultureel verschil duiden. Marokkanen kennen hun eigen traditionele Arabische geneeskunde, waar zij mogelijk gebruik van maken.¹⁴ Zowel de Marokkaanse als de Turkse kinderen waren minder vaak bekend wegens astma. Dit is opmerkelijk, maar werd ook al in andere onderzoeken gevonden.¹⁵ In een groot opgezet onderzoek werd bij mensen van westerse afkomst een hogere prevalentie van astma gevonden dan bij Aziaten, terwijl Noord-Afrikanen de laagste prevalentie hadden.¹⁶ Het vereist nader onderzoek om te kunnen concluderen wat hiervan de oorzaak is.

Surinaamse kinderen kwamen minder vaak met klachten van het bewegingsapparaat dan Nederlandse. Mogelijk hebben Surinaamse moeders huismiddeltjes voor contusies en distorsies of raadplegen zij voor dergelijke problemen hun eigen traditionele geneeskunde.¹⁴ Opvallend is in dat geval dat zij wel vaker de huisarts bezochten voor respiratoire klachten, temeer daar het hier vooral hoesten betrof.

De duur van een consult was bij de allochtone kinderen significant korter dan bij Nederlandse kinderen. Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen hadden vaker een consult van minder dan 10 min dan hun Nederlandse referentiegroep. Dit strookt niet met de verwachting dat een consult met allochtonen eerder meer tijd zal vergen in verband met de taalbarrière. Een mogelijke verklaring voor de relatief korte consultduur is dat de huisartsen weinig een uitgebreide anamnese opnemen en snel tot behandelen overgaan.¹⁷

In ons onderzoek vergeleken wij alleen Turkse, Surinaamse en Marokkaanse kinderen met Nederlandse. Vergelijkingen tussen de onderzochte etnische groepen onderling zouden een andere matching vergen. Wel is duidelijk dat de verschillende niet-Nederlandse groepen niet als één homogene groep beschouwd kunnen worden, gezien hun verschillen in sociaal-economische status en gemelde klachten; zo hadden de Surinamers een hogere sociaal-economische status dan de Turken en de Marokkanen. Het niet van dat bij Nederlanders afwijkende morbiditeitspatroon bij Surinamers voor wat betreft oor- en maag-darmklachten zou een gevolg van een hogere sociaal-economische status kunnen zijn, waarbij zij een meer 'Nederlands' patroon volgen.

De keuze van de door ons gehanteerde criteria,¹¹ waarbij de kinderen worden ingedeeld naar etniciteit, heeft als voordeel dat kinderen altijd kunnen worden ingedeeld, ook in het geval van één-oudergezinnen of van ouders met een verschillende etnische achtergrond; wanneer echter sprake is van verschillende achtergronden van beide ouders worden deze niet apart verdisconteerd. Ook wordt er in de criteria geen rekening mee gehouden

dat de moeder veelal de belangrijkste verzorger van een kind is.

CONCLUSIE

Een aantal aspecten relevant voor de werkdruk van de huisarts, te weten consultfrequentie, duur en tijdstip, verschilt niet voor Nederlandse en allochtone kinderen. Andere aspecten van werkdruk zoals communicatieproblemen, emotionele belasting tijdens het consult, eisend gedrag van de patiënt en 'oneigenlijke' hulpvragen werden door ons niet onderzocht en zouden wel kunnen verschillen. Verder onderzoek is nodig om te bepalen of deze andere aspecten van de werkdruk vaker voorkomen bij allochtone dan bij autochtone kinderen en of de verschillen in gemelde klachten op culturele verschillen in medische consumptie berusten of op een daadwerkelijk vaker voorkomen van met name respiratoire klachten bij Turkse en Surinaamse kinderen, gastro-intestinale klachten bij Turkse kinderen en oorklachten bij Nederlandse kinderen en minder vaak voorkomen van astma bij Marokkaanse en Turkse kinderen.

Wij danken J. van der Velden, arts-epidemioloog, NIVEL, voor het beschikbaar stellen van de gegevens.

ABSTRACT

General practice consultation of children from ethnic minorities. Consult frequency and morbidity of Turkish, Surinam and Moroccan children compared with Dutch children.

Objective. To determine whether consultation behaviour of Turkish, Surinam and Moroccan children (0-14 years old) with a GP differs from that of a comparable group of Dutch children.

Design. Cohort study with comparison of matched groups.

Setting. 103 general practices in the Netherlands.

Method. Data on 63.753 children collected in the Dutch National Survey were used. 161 GPs registered all contacts between patient and practice during 1 year (in 4 parts of each 3 months). Sociodemographic characteristics of all 103 practice populations were gathered. For each Turkish, Surinam and Moroccan child a Dutch child was selected with similar age, gender, socio-economic status, degree of urbanisation, season of registration and sickness insurance coverage. Consult frequency, number of encounters per episode of care, morbidity presented, duration of encounter and percentages of encounters during evening, night and weekend were registered.

Results. There were no significant differences in consult frequency between the three ethnic groups and their Dutch reference group, nor were there any differences in number of encounters during an episode of care. The morbidity presented did vary compared with Dutch children. Turkish children consulted the GP more often for gastrointestinal problems (relative risk (RR): 1.81) and respiratory problems (RR: 1.27), but less often for ear problems (RR: 0.54). Surinam children consulted the GP less often for musculoskeletal problems (RR: 0.65), but more often for respiratory problems (RR: 1.20). Moroccan children consulted the GP less often for ear problems (RR: 0.51). For a larger percentage of ethnic children the duration of encounter was less than ten minutes.

Conclusion. Turkish, Surinam and Moroccan children do not consult a GP more often than a comparable group of Dutch children. The morbidity presented differed.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PROBLEMEN BIJ KINDEREN

LITERATUUR

- ¹ Roelandt T, Smeets HMAG, Veenman J. Jaarboek minderheden 1993. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- ² Schulpen TWJ. Internationale en interculturele aspecten van kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:367-70.
- ³ Slegt AC, Kessel-AL HA van, Brouwer HJ. Ziektegedrag van allochtone patiënten. Huisarts Wet 1985;28:289-93.
- ⁴ Uniken Venema HP, Garretsen HFL, Maas PJ van der. Een enquête naar gezondheid en huisartsbezoek onder Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:1065-8.
- ⁵ Gründemann RWM. Migranten, gezondheid en contacten met de Nederlandse gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1986;64:600-2.
- ⁶ Wieringen JCM van, Leentvaar-Kuijpers A, Brouwer-HJ, Slegt AC, Kessel-AL HA van. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1987;65:587-91.
- ⁷ Velde HCM van de, Wijn MMM, Berg H van de, Leentvaar-kuijpers A, Wieringen JC van, Luyken R. De vitamine D-status van Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 11-jarige schoolkinderen in Utrecht. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1986;64:370-5.
- ⁸ Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. De werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- ⁹ Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL 1990.
- ¹⁰ Velden K van der, Scheellevis F, Steen J van der. ICPC. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst. Utrecht: NIVEL, 1989.
- ¹¹ Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO). Beter meten 1. Rotterdam: ISEO, 1987.
- ¹² Bruijnzeels MA, Woudien JC van der, Foets M. General practice consultation in childhood in The Netherlands: sociodemographic variation. J Epidemiol Community Health 1995;49:532-3.
- ¹³ Gelauff-Hanzon GW. Hulpzoeken. Een onderzoek naar het hulpzoekgedrag van Turkse, Marokkaanse en Nederlandse ouders ten behoeve van hun 0- tot en met 12-jarige kinderen. Den Haag: Nederlands Instituut voor Kinderstudies, 1985.
- ¹⁴ Rijkschroeff BR, The GT. Samen gezond. Ervaringen van migranten met de gezondheidszorg in Nederland. Capelle aan den IJssel: Labyrinth Publication, 1992.
- ¹⁵ Wal MF van der, Rijcken B. Astmatische klachten bij autochtone en allochtone kinderen van 2-11 jaar in Amsterdam. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1995;73:42-50.
- ¹⁶ Laor A, Cohen L, Danon YL. Effects of time, sex, ethnic origin, and area of residence on prevalence of asthma in Israeli adolescents. BMJ 1993;307:841-4.
- ¹⁷ Vink A. Met lege handen. Klachten en vragen van allochtonen over de gezondheidszorg. Utrecht: Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform, 1994.

Aanvaard op 30 oktober 1995



ZIEKTEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

2 acute ziekten

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard

R. GROL
A. CLAESSENS
J. VAN DER VELDEN
H. HEERDINK

In hoeverre werkten Nederlandse huisartsen volgens de standaard 'Enkeldistorsie' voordat deze standaard was uitgebracht? En welke factoren belemmeren het (gaan) werken volgens die standaard? Ter beantwoording van de eerste vraagstelling werden gegevens van de Nationale Studie van het Nivel geanalyseerd. Ter beantwoording van de tweede vraagstelling werd een enquête afgenomen aan een aselechte steekproef van 320 huisartsen (respons 64 procent). In het bestand van de Nationale Studie werden 1366 episoden met de diagnose enkeldistorsie gevonden, met 2194 patiëntcontacten die op deze diagnose betrekking hadden. In bijna 80 procent van de consulten werd lichamelijk onderzoek verricht. Op episode-basis werd in 17 procent van de gevallen een foto gemaakt, in 9 procent van de gevallen verwezen naar de specialist en in 12 procent van de gevallen verwezen naar de fysiotherapeut. Ruim 60 procent van de huisartsen bleek op de hoogte van het bestaan van de standaard en ongeveer 50 procent zei de inhoud goed te kennen. Als belangrijkste problemen om volgens de standaard te werken, noemde men onvoldoende vaardigheid in het bandageren en het feit dat de patiënt nogal eens andere wensen heeft dan de arts en vaak direct naar de eerste hulp of de fysiotherapeut gaat.

Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 30-4.

Prof. dr. R.P.T.M. Grol, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde KUN-RL; A.A.M.C. Claessens, arts, Nivel; J. van der Velden, arts, Nivel; H. Heerdink, socioloog, NHG. Correspondentie: Prof. dr. R.P.T.M. Grol, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

Om de huisartsgeneeskundige zorg op een bepaald terrein op het peil van de NHG-standaarden te brengen, dient men een goede indruk te hebben van zowel de feitelijke zorg (de mate waarin wordt afgeweken van de standaard) als de factoren die werken volgens de standaard belemmeren. Deze laatste factoren kunnen divers zijn en hebben te maken met zowel kennis, vaardigheden en attitude van de huisarts als praktische, organisatorische en situationele omstandigheden.^{1 2} Inzicht in deze factoren kan helpen de invoering van standaarden te richten op de feitelijke problemen in de kwaliteit van de zorg.

Enkeldistorsie is een van de meest voorkomende blessures. *Van Galen & Diederiks* schatten op grond van een telefonische enquête onder bijna 25.000 huishoudens, dat er jaarlijks 2,7 miljoen sportblessures zijn, waarvan 43 procent medisch wordt behandeld: in 22 procent van de gevallen zou het om een enkelblessure gaan.³

De standaard 'Enkeldistorsie', verschenen in 1989, vraagt van de huisarts een centrale rol in de diagnostiek en behandeling van enkeltrauma's. Hij dient het beleid in eigen hand te houden, foto's alleen te laten maken ter bevestiging van een gediagnosticeerde fractuur en bij voorkeur zelf te bandageren.⁴ Het vermoeden bestaat dat veel patiënten onnodig de polikliniek bezoeken, dat er veel overbodige foto's worden gemaakt en dat te veel patiënten voor behandeling en begeleiding bij de fysiotherapeut terechtkomen in plaats van door de huisarts begeleid te worden. In het onderzoek van *Van Galen & Diederiks* bleek het percentage patiënten dat voor een enkelblessure de huisarts bezocht, lager dan het percentage dat direct naar een andere hulpverlener (EHBO, specialist, fysiotherapeut) was gegaan.³

Gegevens over de feitelijke zorg van de huisarts op het gebied van enkeldistorsie ontbreken grotendeels. In de vier CMR-praktijken van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werden in de jaren 1987-1989 584 gevallen van enkeldistorsie gediagnosticeerd (incidentie 1,6 procent).

Daarvan ging 24 procent rechtstreeks naar de eerste hulp, bij 10 procent werd een foto gemaakt, 8 procent kreeg een verwijzing naar de specialist en 7 procent een verwijzing naar de fysiotherapeut [persoonlijke mededeling W.J.H.M. van den Bosch]. Hieruit krijgt men de indruk dat een belangrijk deel van de zorg voor dit probleem zich buiten de huisartspraktijk afspeelt. Het gaat hier echter om gegevens uit enkele geselecteerde praktijken.

Om de feitelijke zorg en problemen bij het werken volgens de NHG-standaard in de huisartspraktijk op grotere schaal in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van twee verschillende databronnen: gegevens van de Nationale Studie van het Nivel en gegevens uit een landelijke enquête onder huisartsen. De vraagstellingen waren:

- in hoeverre werkten Nederlandse huisartsen volgens de standaard 'Enkeldistorsie' voordat deze standaard was uitgebracht?
- welke factoren belemmeren het (gaan) werken volgens die standaard?

Methode

Onderzoek naar het feitelijk handelen

In de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'⁵ van het Nivel zijn gegevens verzameld in een aselechte steekproef van 103 huisartspraktijken met 161 huisartsen en 335.000 patiënten. In deze praktijken werden gedurende drie maanden op speciale registratieformulieren per contact alle klachten, diagnosen en interventies geregistreerd. Gedetailleerde gegevens over anamnese en lichamelijk onderzoek werden niet verzameld. Gezamenlijk geven deze praktijken een goed beeld van de aangeboden problemen en het feitelijk handelen gedurende een heel jaar (periode 1987-88). Controle op de betrouwbaarheid van de zelfregistratie vond plaats door middel van papieren patiënten en door steekproefsgewijs controleren van 10 procent van de zelfregistratieformulieren, terwijl alle ziekte-episoden zijn gecontroleerd.

De Nationale Studie bevat in totaal 1366 episoden met de diagnose enkeldistorsie (ICPC-code L77) en 2194 patiëntcontacten die op deze episoden betrekking hadden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Analyse van deze gegevens vond plaats op episodeniveau (foto's, verwijzingen, beleid, voorlichting) en op contactniveau, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen eerste contacten en vervolcontacten. Tevens werd de relatie tussen het handelen van de huisarts en enkele achtergrondkenmerken van patiënt en huisarts bestudeerd.

Onderzoek naar ervaren belemmeringen

Om de acceptatie van de NHG-standaarden te peilen worden met enige regelmaat schriftelijke enquêtes onder aselechte steekproeven van huisartsen gehouden.⁶ Daarin worden ook door huisartsen ervaren problemen om de standaarden te volgen geïnventariseerd. De enquête over de stan-

daard 'Enkeldistorsie' vond plaats in januari 1990 onder 500 huisartsen. De respons was 64 procent (n=320). In de enquête werden de volgende vragen gesteld:

- Is de huisarts op de hoogte van het bestaan en de inhoud van de standaard enkeldistorsie?
- Hoe staat de huisarts tegenover enkele richtlijnen uit deze standaard?
- Welke problemen ziet de huisarts bij het (gaan) werken volgens de standaard?
- Hangt op de hoogte zijn van of de houding ten aanzien van de standaard samen met kenmerken van huisarts of praktijk?

Vergelijkt men de respondenten met de landelijke populatie van huisartsen, dan ziet men een oververtegenwoordiging van NHG-leden (62 procent versus 55 procent landelijk). Qua leeftijd, praktijkvorm en urbanisatiegraad was er weinig verschil.

Resultaten

Onderzoek naar het feitelijk handelen

Enkeldistorsie kwam relatief meer voor bij mannen dan bij vrouwen, met name in de leeftijdsgroep van 15-44 jaar (tabel 1). In de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder waren de vrouwen in de meerderheid. Bij standaardisatie naar leeftijd bleek dit verschil echter weg te vallen.

Van de 2194 contacten met enkeldistorsie-patiënten had 59 procent betrekking op een eerste contact, 39 procent op een vervolcontact en 2 procent op een recidiefcontact. De contacten vonden hoofdzakelijk in het kader van het reguliere spreekuur plaats (79 procent); 13 procent werd 'even tussendoor' afgehandeld, in 7 procent van de gevallen vond een visite plaats en de rest verliep telefonisch of is onbekend (tabel 2).

Ten behoeve van de *diagnostiek* werd in 79 procent van de contacten lichamelijk onderzoek van enkel of voet verricht. In 17 procent van de episoden met de diagnose enkeldistorsie werd een röntgenfoto van de enkel of de voet gemaakt. Patiënten ouder dan 45 jaar kregen aanzienlijk minder vaak een foto dan jongere patiënten (tabel 3). Door solistisch werkende huisartsen en door huisartsen in de grote steden werden relatief weinig foto's aangevraagd.

Tabel 1 Leeftijd en geslacht van patiënten met enkeldistorsie. Afgeronde kolompercentages.

	Man (n=728)	Vrouw (n=638)	Totaal (n=1366)
0 - 14 jaar (n=223)	14	19	16
15 - 44 jaar (n=895)	75	55	64
> 44 jaar (n=248)	11	25	18

Tabel 2 Aard van het contact. Afgeronde percentages.

	Eerste contact (n=1288)	Herhaal- contact (n=859)	Recidief (n=47)	Totaal (n=2194)
Vrij spreekuur	15	12	15	14
Afspraak	59	73	72	65
Tussendoor	18	7	13	13
Visite	6	7	—	6
Overig	2	1	—	1

Tabel 3 Verwijs- en aanvraaggedrag bij enkeldistorsie en kenmerken van patiënt en huisarts. Percentages.

		Foto	Specialist	Fysio- therapeut
Leeftijd patiënt				
0 - 14	(n=223)	15	8	5
15 - 44	(n=895)	18*	11	14**
> 44	(n=248)	12	11	14
Praktijkvorm				
solo	(n=457)	12	14	13
duo	(n=537)	21**	7**	13
groep/centrum	(n=375)	16	7	11
Urbanisatie				
ruraal	(n=521)	16	9	10
suburbaan	(n=583)	18	9	11*
urbaan	(n=265)	13	12	18

Verskil significant ** p < .01; p* < .05.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Kijkt men naar het *beleid* van de huisarts (tabel 4), dan valt een diversiteit aan handelingen op. In ongeveer de helft van de gevallen is volgens de huisartsen voorlichting over de klacht en over de behandeling

Tabel 4 *Beleid bij enkeldistorsie. Afgeronde percentages (n=1366 ziekte-episoden).*

Geruststellen	19
Voorlichting over klacht/aandoening	47
Voorlichting over beleid	50
Advies	
– aankijken	10
– rust	16
Medicatie (met/zonder recept)	34
Zwachtelen/tapen	59

gegeven. In bijna 60 procent heeft de arts gezwachteld of gebandageerd. Bij een kwart van de contacten werd niet afgesproken, of c.q. in welk geval de patiënt terug diende te komen (tabel 5). Bij eerste contacten werd vaker gezegd dat de patiënt terug moest komen als er geen verbetering was; bij vervolcontacten werd vaker een gerichte periode genoemd.

Er werd in 9 procent van de gevallen/episoden van enkeldistorsie verwezen naar de chirurg of de orthopeed (tabel 6). Volgens de gegevens gebeurde dit in ruim 1 procent van de gevallen via een achteraf uitgeschreven kaart voor een patiënt die al bij de specialist was geweest. In solopraktijken werd twee keer zoveel naar de specialist verwezen als in associaties of gezondheidscentra (tabel 3). In de steden, met name de grote steden, werd de patiënt vaker uit handen gegeven.

In 12 procent van de gevallen vond een verwijzing naar de fysiotherapeut plaats. In de steden werd aanzienlijk meer naar de fysiotherapeut verwezen dan op het platteland (tabel 3).

Onderzoek naar ervaren belemmeringen

Van de respondenten in dit enquête-onderzoek zei 63 procent op de hoogte te zijn van het bestaan van de standaard 'Enkeldistorsie'. Van degenen die op de hoogte waren, zei 73 procent de inhoud van de standaard volledig of grotendeels te kennen. Ongeveer 50 procent van de respondenten kende

dus de inhoud van deze standaard en de daarin gegeven adviezen (nog) niet. Jongere huisartsen, leden van het NHG en huis-

artsen die ooit hebben deelgenomen aan onderlinge toetsing, waren significant beter op de hoogte van de standaard (tabel 7).

Tabel 5 *Vervolgafspraken bij enkeldistorsie. Afgeronde percentages (n=2194 contacten).*

	Totaal (n=2194)	Eerste (n=1335)	Vervolg (n=859)
Geen afspraak	26	27	23
Niet terugkomen	9	7	12
Terugkomen bij geen verbetering	32	39	23
Opbellen	3	3	4
Terug binnen week	21	19	25
Terug binnen 3 weken	8	5	13
Terug binnen 3 maanden	1	–	–

Tabel 6 *Verwijzen bij enkeldistorsie. Percentages (n=1366 episoden).*

	Chirurg/orthopeed	Fysiotherapeut
Totaal	9	12
Nieuw	7	8
Verlenging	0,6	1
Achteraf	1,4	0,3
Onbekend	–	2,7

Tabel 7 *Kennis van de standaard enkeldistorsie en achtergrondkenmerken van de huisarts. Percentages.*

	Kennis van standaard
Leeftijd huisarts	
< 39 jaar (n=125)	71
40 - 49 jaar (n=134)	62***
> 49 jaar (n=61)	48
Lid NHG	
– ja (n=198)	76***
– nee (n=122)	41
Deelname toetsing	
– NUHI ja (n=58)	82***
– nee (n=262)	59
– O & O ja (n=51)	82***
– nee (n=269)	59
Praktijkvorm	
– solo (n=176)	61
– duo (n=83)	54*
– groep/centrum (n=61)	80

Verschil significant *** $p < .001$, * $p < .05$

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Hetzelfde geldt voor huisartsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk of gezondheidscentrum.

Gevraagd naar de mening over enkele essentiële richtlijnen in de standaard, bleek de meerderheid van de huisartsen het daar in grote lijnen mee eens (tabel 8). Een probleem vormde voor een deel van de huisartsen het zelf behandelen van rupturen en het bandageren.

De huisartsen werd verder gevraagd naar ervaren of te verwachten problemen bij het (gaan) werken volgens de standaard (tabel 9). De belangrijkste problemen hebben betrekking op het gegeven dat patiënten zich soms niet wensen te voegen naar de richtlijnen van de standaard. Ze gaan uit zichzelf naar het ziekenhuis of de fysiotherapeut, en twijfelen nogal eens aan de vakbekwaamheid van de huisarts. Verder is het feit dat veel huisartsen niet of niet goed kunnen bandageren, een belemmering.

Op basis van een factoranalyse (varimax rotatie) kan men de problemen globaal clusteren in:

- problemen die te maken hebben met de invloed van anderen op de werkwijze van de huisarts (invloed van patiënten, specialisten, fysiotherapeuten);
- problemen die te maken hebben met kenmerken van de huisarts of diens praktijk, zoals gebrek aan kennis of vaardigheid, wetenschappelijke twijfel of praktische belemmeringen.

Wat betreft de situationele belemmeringen (factor I) bleek dat huisartsen in de steden

deze significant vaker noemden dan huisartsen op het platteland (61 versus 33 procent, $p < 0.0001$).

Beschouwing

Conclusies uit de bevindingen van de twee onderzoeken moeten met enige voorzichtigheid worden getrokken. De gegevens van de Nationale Studie zeggen alleen iets over het handelen van de huisarts bij gepresenteerde enkeldistorsies in de huisartspraktijk en bieden geen inzicht in het gedrag van patiënten bij enkelproblemen. In de CMR-gegevens en het onderzoek van Van Galen & Diederiks wordt de indruk gewekt dat de huisarts in veel gevallen gepasseerd wordt.³ De lage cijfers in de Nationale Studie voor verwijskaarten achteraf zeggen derhalve waarschijnlijk weinig. Nader onderzoek naar het gedrag van patiënten bij enkeltrauma is gewenst.

Een andere beperking kan zijn dat de gegevens in de Nationale Studie over het aanvragen van röntgenfoto's, verwijzingen naar chirurgen en orthopeden en behandelroutines niet betrouwbaar gerelateerd kunnen worden aan een diagnostische noodzaak. De zelfregistratie kan verder hebben gezorgd voor enige onbetrouwbaarheid van de gegevens met betrekking tot voorlichting geven aan patiënten. De landelijk enquête onder huisartsen tenslotte geeft uitspraken van huisartsen weer, geen feitelijk gedrag.

Desondanks bieden de gegevens uit beide onderzoeken bruikbare aanknopingspunten voor het opsporen van probleemgebieden, niet alleen in de kwaliteit van het handelen bij enkeldistorsie, maar ook in de richtlijnen van de standaard:

- Aangezien na twee keer publikatie in *Huisarts en Wetenschap* waarschijnlijk niet meer dan de helft van de huisartsen kennis heeft genomen van de inhoud van de standaard, zullen ook andere kanalen benut moeten worden om huisartsen te benaderen. Met name een persoonlijke benadering via de reguliere, lokale instellingen op het gebied van opleiding en deskundigheidsbevordering komt dan in aanmerking. Vooral huisartsen die geen NHG-lid zijn of actief deelnemen aan toetsing en nascho-

Tabel 8 Houding ten aanzien van enkeldistorsierichtlijnen. Percentages (n=320).

	Mee eens	Werk al zo
Huisarts sluit zelf via onderzoek fractuur uit	89	89
Stressfoto's zijn overbodig	83	80
Enkelbandrupturen worden door de huisarts behandeld	62	62
Bij zwelling eerst enkele dagen rust	92	91
Hematoom en voldoende ontzwelling:		
bandage gedurende enkele weken	91	80
Huisarts bandageert zelf	73	50

Tabel 9 Invoeringsproblemen standaard enkeldistorsie (n=320, percentages, factoranalyse varimax rotatie)

Problemen	Ja	Factoranalyse	
		I	II
Patiënten gaan vaak direct naar het ziekenhuis	83	.60	.05
Patiënten komen vaak met andere wensen	69	.67	.17
Patiënten twijfelen aan vakbekwaamheid huisarts	60	.76	.09
Specialisten wijzen op belang foto i.v.m. mogelijke fractuur	60	.09	.41
Ik kan (nog) niet bandageren	54	.08	.52
Fysiotherapeut heeft patiënt vaak al in behandeling	53	.68	.04
Collegae handelen anders	38	.40	.14
Wetenschap is er (nog) niet helemaal uit	36	.10	.53
Legt extra beslag op weekenddienst	28	.11	.58
Heb onvoldoende kennis van anatomie en pathologie om zelf te behandelen	24	.03	.70
Heb vaste afspraken met de fysiotherapeut	22	.10	.44
Verandering van beleid geeft onrust	11	.21	.38

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

ling, vormen de doelgroep van deze activiteiten.

- Deskundigheidsbevordering zou zich in de eerste plaats dienen te richten op het vergroten van de diagnostische vaardigheden van de huisarts. De resultaten doen vermoeden dat er waarschijnlijk veel onnodige foto's worden gemaakt. In meer dan 20 procent van de gevallen besteedde de huisarts verder de diagnostiek of de behandeling uit aan andere hulpverleners. De verwachting is dat dergelijke percentages kunnen dalen als huisartsen zich zekerder in hun oordeel voelen. Een punt van aandacht zal dan ook het leren van een bandagetechniek moeten zijn, die gemakkelijk in het normale consult kan worden ingepast. Dit betekent dat zo'n methode niet langer dan 5-10 minuten in beslag mag nemen.

- Gezien de belangrijke rol van patiënten in het beslissingsproces rond het enkeltrauma is voorlichting over de standaard, zowel in de landelijke massamedia als lokaal en individueel door de huisarts (folder), een eerste prioriteit. De verwachting is dat een dergelijke 'market-pull-strategy' op indirecte wijze een grote invloed op de routines in de gezondheidszorg kan hebben.⁷ Huisartsen vinden dat zij veel ten onrechte gepasseerd worden bij enkeltrauma's. Het gaat echter te ver de oorzaak daarvan alleen in de schoenen van patiënten en andere hulpverleners te schuiven. De huisarts zal ook zelf moeten laten zien dat hij de eerst verantwoordelijke kan en wil zijn.

- Het is daarom duidelijk dat een stan-

daard die adviseert dat de huisarts de diagnostiek en het beleid bij enkeldistorsie in eigen hand moet houden, niet kan slagen als er geen duidelijke afstemming op lokaal en regionaal niveau is tussen huisarts enerzijds en collega-huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en fysiotherapeuten anderzijds. Dit speelt in het bijzonder een rol in de steden, waar huisartsen de problematiek van de patiënt die de huisarts passeert, ook als erger ervaren. Het verkrijgen van onderlinge afstemming en het ontwikkelen van werkafspraken is een nieuw, vaak nog gevoelig terrein. Huisartsen kunnen dit terrein met de standaard in de hand exploreren.

Literatuur

- ¹ Grol R, Tielens V, Mookink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de ontwikkeling en invoering van standaarden. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
- ² Grol R, Zwaard A. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering van huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
- ³ Van Galen W, Diederiks J. Sportblessures en de huisarts. *Practitioner* 1990; ter perse.
- ⁴ Van den Bosch WJHM, Coumans RHM, Verkerk S, Van Weert H, Sips AJBI. Enkeldistorsie [Standaard]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 182-5; 523-6.
- ⁵ Van der Velden J, Foets M. De huisarts onderzocht. De nationale studie naar ziekten en verrichtingen. Utrecht: Nivel, 1990.
- ⁶ Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 494-7.

- ⁷ Smith R. The roots of innovation. *Br Med J* 1987; 295: 1335-8. ■

Abstract

Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Quality of care in ankle sprains and strains: implementation of a standard. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 30-4.

Data from the Nivel National Study were analysed to determine to what degree general practitioners actually followed the standard 'Ankle Sprains and Strains' of the Dutch College of General Practitioners. In this study all activities in a random selection of 103 practices with 330,000 patients were recorded. 1366 episodes with the diagnosis of ankle sprain or strain referring to 2194 patient contacts were found. In most consultations (almost 80%), the patient was examined. An X-ray was made in 17% of cases. 9% were referred to a specialist and 12% to a physiotherapist.

In another study, a questionnaire was sent to a random selection of general practitioners (n=320, 64% response). Over 60% of the doctors knew of the existence of the standard 'Ankle Sprains and Strains' and approximately 50% claimed to know the content well. The most important problems in following the standard were named as insufficient skill in bandaging and the fact that the patient sometimes has other wishes than the doctor and often goes straight to a physiotherapist or to a casualty department.

Keywords Ankle; Family practice; Morbidity; Quality assurance.

Correspondence Prof. dr. R.P.T.M. Grol, Nijmegen University Department of General Practice, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Acne vulgaris in de huisartspraktijk

Een vergelijking met de NHG-standaard

B.J. BRANDENBURG
J.B.F. HUTTEN
J. VAN DER VELDEN
R.P.T.M. GROL

Het materiaal van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk werd gebruikt om een beeld te krijgen van diagnostiek en behandeling van acne vulgaris in de huisartspraktijk vóór de publikatie van de desbetreffende NHG-standaard. In totaal 1419 patiënten hadden samen 1997 contacten, waarvan 45 procent door de praktijkassistente werd afgehandeld. De grote meerderheid van de contacten (85 procent) eindigde met een recept; tijdens 30 procent van de eerste contacten voor acne werd een middel voorgeschreven dat volgens de standaard pas in tweede of derde instantie zou moeten worden voorgeschreven. Bij 29 procent van de contacten werd een concrete controleafspraken gemaakt en er werd 77 keer verwezen naar de specialist (5 procent). Solo werkende huisartsen verwezen vaker dan huisartsen in een samenwerkingsverband; in de stad werden weinig vervolgspraken gemaakt.

Brandenburg BJ, Hutten JBF, Van der Velden J, Grol RPTM. Acne vulgaris in de huisartspraktijk – een vergelijking met de NHG-standaard. Huisarts Wet 1991; 34(12): 535-9.

B.J. Brandenburg, huisarts, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; J.B.F. Hutten, medisch socioloog, Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep ETS/ICS; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Stichting Nivel, Utrecht; Prof. dr. R.P.T.M. Grol, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: H.J. van der Velden, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

Acne vulgaris is één van de meest voorkomende huidaandoeningen. Naar schatting maakt 90 procent van de mannen en 80 procent van de vrouwen ooit acne door.¹ Slechts een beperkt aantal patiënten gaat hiervoor naar de huisarts. Van de Lisdonk et al. berekenen op basis van de gegevens uit de CMR een jaarlijkse incidentie van 5 per 1000 mannen en 7 per 1000 vrouwen.² De incidentie- en prevalentiecijfers van acne in de huisartspraktijk uit de Nationale Studie zijn respectievelijk 1,7 en 6,0 per 1000 per 3 maanden; voor de groep 15-24-jarigen is de incidentie 5,7 en de prevalentie 22,8 per 1000 per 3 maanden.³ Ondanks deze relatief lage cijfers kan acne worden beschouwd als een belangrijk gezondheidsprobleem. Er bestaat een omvangrijke markt voor drogisterij-artikelen en huidverzorgingsprodukten op dit gebied. De leeftijd waarop de meeste klachten zich manifesteren (puberteit) en de directe waarneembaarheid (meestal in het gezicht) maken acne tot een niet alleen fysiek, maar vooral ook psychosociaal probleem. De huisarts zal voornamelijk worden geconfronteerd met 'ernstige' gevallen: vaak komen patiënten als zelfmedicatie niet tot verbetering heeft geleid.

De NHG-standaard Acne Vulgaris benadrukt de rol van de huisarts bij diagnostisering en behandeling. Om te beginnen is nauwkeurige inspectie van de huid noodzakelijk voor het duidelijk vaststellen van de aard en ernst van de acne en, afhankelijk daarvan, voor het bepalen van de juiste medicatie. Ten aanzien van die medicatie is de standaard duidelijk. Van benzoylperoxide en salicylzuur is de werking bewezen. De behandeling kan dan ook het beste met één van deze middelen worden begonnen. Bij onvoldoende resultaat kan de behandeling worden voortgezet met (een combinatie met) andere middelen, zoals een lokaal antibioticum of tretinoïne (tweede stap), een oraal antibioticum (derde stap) of oraal isotretinoïne (vierde stap). Bij vrouwen met acne die tevens anticonceptie wensen, kan de Diane®-pil worden overwogen.

In de standaard wordt uitvoerig aandacht besteed aan de begeleiding van de patiënt door het geven van voorlichting en regel-

matige controles. Voor die controles en de eventuele aanpassing van de medicatie is het van belang dat er duidelijke afspraken worden gemaakt voor de 'follow-up'. Geadviseerd wordt om herhaalreceptuur tijdens een consult uit te schrijven.

Volgens de standaard is er zelden een indicatie voor verwijzing naar een specialist. Voor orale retinoiden en de behandeling van littekens kan verwijzing eventueel wel noodzakelijk zijn.

Een beschrijving van de bestaande praktijk en de variatie tussen (groepen) huisartsen kan inzicht geven in eventuele lacunes en aandachtspunten waarmee bij de implementatie van en de nascholing rond een standaard rekening zou moeten worden gehouden.⁴ In dit artikel wordt bericht over een onderzoek naar de volgende vragen:

- Hoe zag de diagnostiek en behandeling van patiënten met acne eruit voordat de NHG-standaard was gepubliceerd?
- Welke verschillen in beleid zijn er tussen huisartsen, gemeten naar leeftijd van de huisarts, praktijkvorm en urbanisatiegraad?

Methoden

In het kader van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' registreerden 161 huisartsen en 177 praktijkassistenten, werkzaam in 103 huisartspraktijken met 335.000 patiënten gedurende drie maanden alle contacten tussen patiënt en huisarts/praktijkassistente. Dat gebeurde in de periode april 1987 t/m maart 1988 in vier registratieperioden van elk drie maanden.⁵ Voor ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens van deze studie.

In de NHG-standaard worden complexe handelingen beschreven die niet alle als zodanig terug te vinden zijn in de contactregistratie van de Nationale Studie. Met name over de anamnese en het lichamelijk onderzoek zijn slechts globale gegevens geregistreerd. Voor ons onderzoek zijn als meetpunt die richtlijnen geselecteerd waarover voldoende gedetailleerde informatie beschikbaar is. Deze hebben in hoofdzaak betrekking op het beleid: voorlichting, prescriptie, verwijzen en terugstellen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

In totaal hebben er 1997 contacten met betrekking tot de diagnose 'acne vulgaris' (ICPC-code S96) plaatsgevonden; het ging hierbij om 1419 patiënten. De gegevens zijn voornamelijk op contactniveau geanalyseerd, omdat de registratieperiode van drie maanden voor acne te kort is om adequate uitspraken te kunnen doen over volledige episoden. Een vergelijking van het beleid bij respectievelijk eerste contacten en vervolcontacten kan echter inzicht geven in verschillen in behandeling in de loop van een acne-episode. Daarnaast zijn huisartscontacten en consulten die door de praktijkassistente zijn afgehandeld, apart geanalyseerd.

De praktijkassistenten hebben in de tweede, derde en vierde registratieperiode slechts de helft van de registratieperiode herhaalreceptuur geregistreerd. Daarom is voor de berekening van het aantal assistente-contacten een wegingsprocedure toegepast; hierdoor stijgt het totaal aantal contacten tot 2298.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de patiënten met acne was 22 jaar; 53 procent bestond uit mannen, 47 procent uit vrouwen. Van de mannen behoorde het overgrote deel tot de leeftijdscategorie 15-25 jaar; bij de vrouwen was de spreiding wat groter.

Gedurende de registratieperiode hadden de patiënten gemiddeld 1,2 contacten voor acne; het maximum aantal contacten was 6. Bijna 80 procent van de contacten bestond uit vervolcontacten (tabel 1).

Assistente-contacten

45 procent van de contacten werd afgehandeld door de praktijkassistente; dit is aanzienlijk hoger dan het gemiddelde percentage assistente-contacten in de Nationale Studie (28 procent). 36 procent van de contacten verliep telefonisch. In 97 procent van de gevallen had het contact te maken met een (herhaal)recept. In bijna de helft van de gevallen werd een benzoylperoxyde bevattend preparaat voorgeschreven, terwijl in een kwart van de gevallen een oraal of lokaal antibioticum werd verstrekt (tabel 2).

Een enkele maal verstrekke de assistente

Tabel 1 Aard van de contacten.

	Eerste contact	Vervolgcontact	Totaal
<i>Huisarts</i>			
– persoonlijk	472	739	1211
– telefonisch		42	42
– onbekend		4	4
– totaal	472	785	1257
<i>Praktijkassistente*</i>			
– persoonlijk		629	629
– telefonisch		368	368
– onbekend		43	43
– totaal		1041	1041
Totaal	472	1826	2298

* De cijfers zijn gecorrigeerd voor het feit dat praktijkassistenten in de tweede, derde en vierde registratieperiode maar zes weken herhaalreceptuur hebben geregistreerd.

Tabel 2 Overzicht medicijnen via assistente. Afgeronde percentages (n=1010).

Benzoylperoxydepreparaten	48
Orale antibiotica	2
Lokale antibiotica	14
Overige lokale preparaten	9
Orale anticonceptie	1
Tretinoïnepreparaten	1
Magistrale receptuur + overige	15

Tabel 3 Voorlichting en advies, uitgesplitst naar soort huisartscontact. Afgeronde percentages.

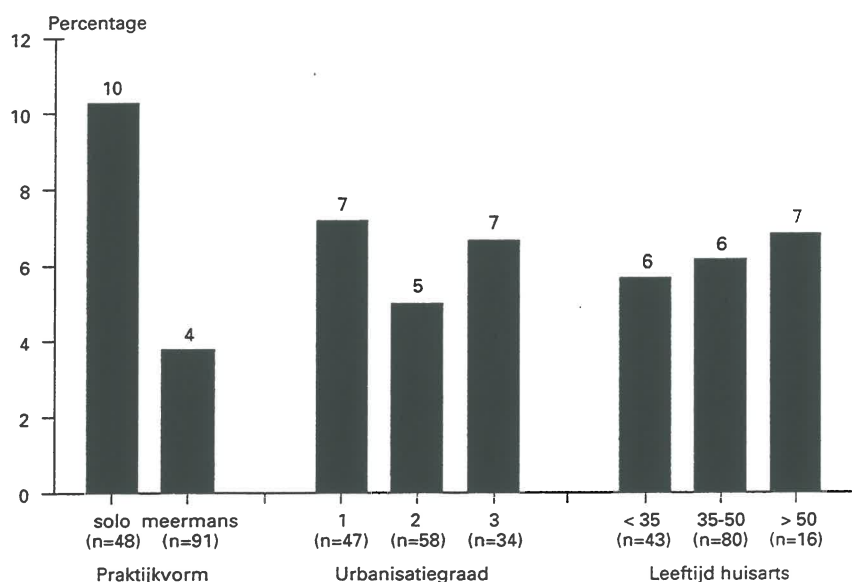
	Eerste contact n=473	Vervolgcontact n=785	Totaal n=1257
Voorlichting	59	59	53
Medicatie zonder recept	1	1	1
Dieet	1	0,5	0,7

Tabel 4 Huisartsreceptuur bij acne, uitgesplitst naar soort contact. Afgeronde percentages.

Soort contact	Eerste contact n=473	Vervolgcontact n=785	Totaal n=1257
Benzoylperoxydepreparaten	39	30	33
Orale antibiotica	15	23	20
Lokale antibiotica	13	17	15
Overige lokale preparaten	16	10	13
Orale anticonceptie	3	6	5
Tretinoïnepreparaten	3	4	3
Magistrale receptuur + overige	12	11	12

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

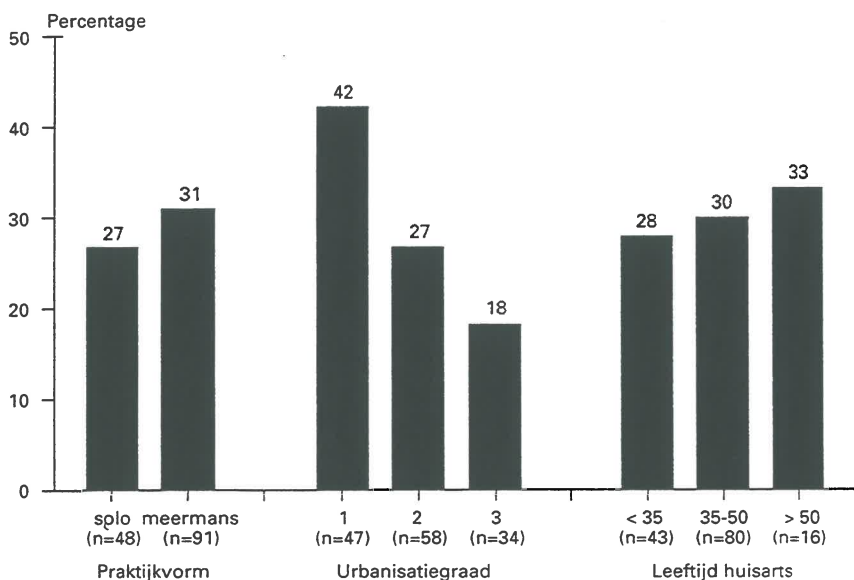
Figuur 1 Verwijscijfers bij acne vulgaris naar praktijkvorm, urbanisatiegraad en leeftijd van de huisarts.



Het verwijscijfer is het aantal verwijzingen per huisarts, gedeeld door het aantal patiënten met acne dat gedurende de registratieperiode contact met de huisarts heeft gehad.

Urbanisatiegraad: 1 Platteland; 2 Sub-urbaan; 3 Stad.

Figuur 2 Gemiddeld percentage contacten voor acne vulgaris met een concrete vervolgspraak naar praktijkvorm, urbanisatiegraad en leeftijd van de huisarts.



Urbanisatiegraad: 1 Platteland; 2 Sub-urbaan; 3 Stad.

een verwijskaart; dit waren vooral verleningen.

Huisarts-contacten

Over de anamnese zijn geen gegevens geregistreerd.

Tijdens de meeste consulten werd de huid onderzocht. Bij eerste contacten gebeurde dit relatief wat vaker dan bij vervolgspraken (87 procent versus 72 procent). In één geval vond extern bloedonderzoek plaats.

In ruim de helft van de gevallen werd voorlichting gegeven (tabel 3) en in slechts enkele gevallen werd zelfmedicatie geadviseerd. Een restrictief dieet werd vrijwel nooit geadviseerd.

In 85 procent van de gevallen werd medicatie voorgeschreven. Uit tabel 4 blijkt dat bij de eerste contacten in bijna 40 procent van de gevallen een benzoylperoxyde-preparaat werd voorgeschreven. Salicylzuur bevattende preparaten werden relatief weinig voorgeschreven (ongeveer 5 procent, meestal in de vorm van magistrale receptuur). In ongeveer 30 procent van de gevallen zag de huisarts bij het eerste contact al aanleiding om antibiotica of tretinoïne voor te schrijven. Als oraal antibioticum werd meestal een tetracycline-preparaat voorgeschreven. In de groep lokale antibiotica kwamen vooral clindamycine en erythromycine bevattende lotions voor. De groep overige lokale preparaten omvatte middelen als benzoylperoxyde met miconazol (Acnidazol®) en preparaten als lotio Kummerfeldi en resorcinol, zwavel of corticosteroid bevattende middelen. Deze laatste ingrediënten vonden we ook terug in een groot deel van de preparaten uit de groep magistrale receptuur. Wanneer orale anticonceptie onder de diagnose acne werd voorgeschreven, ging het vrijwel uitsluitend om de Diane® pil. Overigens bleek slechts 17 procent van de Diane® gerelateerd aan de diagnose acne vulgaris; meestal werd deze pil voorgeschreven onder de diagnose 'anticonceptiepil'.

Bij de vervolgspraken trad een verschuiving op van middelen van eerste keus naar middelen van tweede en derde keus. Orale retinoiden (Roaccutane®) werden door de huisartsen niet voorgeschreven; wél kwam het middel een enkele maal voor

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

in de herhaalreceptuur van de praktijkassistenten.

Bij 28 procent van de eerste contacten met betrekking tot acne werd een concrete afspraak voor controle gemaakt; de gemiddelde termijn bedroeg een maand. In 38 procent van de gevallen werd het initiatief aan de patiënt overgelaten ('terug bij geen verbetering'). Ook na een vervolcontact werd in ongeveer 30 procent van de gevallen een concrete afspraak gemaakt.

Gedurende de registratieperiode werd 77 keer verwezen naar een specialist (vrijwel altijd een dermatoloog). Dit komt neer op 4,6 procent van het aantal ziekte-episoden en 3,9 procent van het aantal contacten. Berekend over alleen de huisarts-contacten gaat het om 5,7 procent van het aantal episoden en 4,9 procent van het aantal contacten. Bij eerste contacten werd in 2,5 procent van de gevallen verwezen, bij vervolcontacten in 5,8 procent. In 47 procent van de gevallen vroeg de patiënt zelf om een verwijzing; dit is aanmerkelijk vaker dan het gemiddelde in de Nationale Studie (16 procent). Bij 34 procent van de verwijzingen lag het initiatief geheel bij de huisarts.

Inter-doktervariatie

Het aantal contacten met betrekking tot acne dat werd geregistreerd, varieerde van 0 tot 28 per huisarts; het gemiddelde was 7.

In 39 praktijken werd meer dan de helft van de contacten door de assistente afgewerkt. Er waren in deze geen verschillen tussen solo- en meermanspraktijken. Wel was er een verschil naar urbanisatiegraad: in plattelandspraktijken verliep gemiddeld meer dan de helft van de contacten via de assistente (53 procent), terwijl dat in suburbane en stadspraktijken respectievelijk 41 en 27 procent was ($p < 0,01$). Dit verschil hangt voor een deel samen met het groter aantal apotheekhoudende praktijken op het platteland: in apotheekhoudende praktijken hebben veel contacten betrekking op (herhaal)receptuur en deze verlopen veelal via de assistente (58 procent versus 36 procent; $p < 0,01$). Maar ook als hiervoor gecontroleerd wordt, blijven er verschillen naar urbanisatiegraad.

Voor een nadere analyse van de inter-doktervariatie hebben wij ons beperkt tot

de 139 huisartsen die minimaal drie acne-gevallen hadden geregistreerd. Het percentage contacten waarbij was geregistreerd dat voorlichting werd gegeven, varieerde aanzienlijk: 17 procent van de huisartsen deed dit in alle gevallen, 14 procent geen enkele keer. Slechts 4 procent adviseerde een restrictief dieet; enkelen deden dit echter in meer dan de helft van de contacten.

Er was weinig inter-doktervariatie in het percentage consulten dat eindigde met een recept.

65 procent verwees geen enkele acne-patiënt; sommigen verwezen echter de helft. Dit bleken allen huisartsen die in de registratieperiode meer dan 5 patiënten met acne zagen. Er is een duidelijk verschil tussen de gemiddelde verwijscijfers van solo- en samenwerkende artsen. De verschillen tussen de onderscheiden urbanisatie- c.q. leeftijdsgroepen zijn daarentegen betrekkelijk klein en statistisch niet significant (figuur 1).

Eén op de vijf huisartsen maakte geen enkele maal een concrete vervolgspraak. Alleen het onderscheid naar urbanisatiegraad leverde significante verschillen op (figuur 2, $p < 0,01$).

Beschouwing

Acne vulgaris is een aandoening waarbij frequent medicatie wordt voorgeschreven. Hierbij blijkt de praktijkassistent een belangrijke rol te spelen, met name bij de herhaalreceptuur. Het is dan ook de vraag of het advies uit de standaard om herhaalreceptuur tijdens een consult uit te schrijven haalbaar is. Het is wellicht zinvoller als de assistente bij antibiotica en orale retinoiden nagaat of de patiënt onder controle is bij een specialist, en anders zorgt voor een controle-afspraak met de huisarts.

In de standaard wordt een stapsgewijze opbouw van de medicatie geadviseerd. In de praktijk blijkt die fasering al vaak te worden toegepast, zij het dat in ongeveer 30 procent van de eerste contacten een middel werd voorgeschreven dat tot de tweede of derde stap behoort. Daarvoor kunnen echter goede redenen hebben bestaan, zoals ernst en duur van de klacht, maar deze aspecten zijn niet geregistreerd.

Daarnaast werd in ongeveer 20 procent van de gevallen een preparaat voorgeschreven dat niet werkzaam of zelfs comedogeen zou zijn.⁶ Huisartsen blijken verder (nog) geen ervaring te hebben met de behandeling met orale retinoiden.

Het percentage verwijzingen ligt met 4,6 procent (per episode) hoger dan in de Continue Morbiditeits Registratie (2 procent). De verwijscijfers 'per 3 maanden' van de Nationale Studie zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar met CMR-cijfers op jaarbasis. De bevinding dat er geen verschillen zijn in het percentage verwijzingen tussen stad en platteland, komt overeen met de resultaten van Post *et al.*⁷ De eerdere bevinding dat huisartsen in samenwerkingsverbanden minder verwijzen, wordt in deze studie nog eens bevestigd.⁸ Opvallend is het feit dat één op de twee verwijzingen op initiatief van de patiënt plaatsvond; dit zal menig praktiserend huisarts echter bekend voorkomen.

Acne vulgaris is een aandoening die uitstekend door huisartsen kan worden behandeld en een verwijzing naar de tweede lijn zal in het algemeen niet nodig zijn. Om dit te kunnen bewerkstelligen, dient de huisarts een duidelijk omschreven beleid te voeren. De standaard biedt hierbij een goed houvast. Teneinde de patiënt meer bij het beleid te betrekken en de therapietrouw te bevorderen, zou meer aandacht kunnen worden besteed aan voorlichting en een rationele, stapsgewijze prescriptie. Ook verdient het aanbeveling duidelijke controle-afspraken te maken.

Tenslotte een financieel-economische opmerking: uit de registratie blijkt dat een eenvoudig middel als benzoylperoxyde in ongeveer tweederde van de gevallen in specialité-vorm wordt voorgeschreven; het prijsverschil met het FNA-preparaat bedraagt gemiddeld een factor 7.⁹ Deskundigheidsbevordering die ook hieraan aandacht besteedt verdient zichzelf terug.

Dankbetuiging

Met dank aan de leden van de Adviesraad: M. Hofstra, M. den Hollander, W. Meyboom, A. Groeneveld, F. König en D. de Bakker voor hun kritische begeleiding en deskundig advies bij het tot stand komen van dit artikel.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Literatuur

- ¹ Blom JJ, Brouwer A, Bruinsma M, et al. NHG-standaard Acne Vulgaris. Huisarts Wet 1991; 34(4): 183-8.
- ² Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- ³ Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Morbiditeit. Utrecht: Nivel, ter perse.
- ⁴ Zwaard A, Zijlstra S, Grol R. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden. Huisarts Wet 1989; 32: 501-4.
- ⁵ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.
- ⁶ Blom JJ, Brouwer A, Bruinsma M, et al. Wetenschappelijke verantwoording Standaard Acne Vulgaris. Utrecht: NHG, 1990.
- ⁷ Post D, Mookink HGA, Van der Ree CM, Gubbels JW. Verschillen in verwijzen en voorschrijven tussen stad en platteland. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1988; 66: 44.
- ⁸ Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986.
- ⁹ Anoniem. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Otitis media acuta: incidentie en beleid

Gegevens uit de Nationale Studie

A.M. BOHNEN
M.A. BRUIJNZEELS
J. VAN DER VELDEN
J.C. VAN DER WOUTEN

De cijfers uit de Nationale Studie over otitis media acuta bij kinderen zijn vergelijkbaar met de uitkomsten van eerdere lokale studies. Zuigelingen werden niet vaker dan oudere kinderen gezien met een aan otitis media acuta verwante oorziekte. Zowel zuigelingen als oudere kinderen kregen weinig frequent antibiotica. Het voorschrijven van antibiotica was wel gerelateerd aan de gepresenteerde klachten. Er bestond geen relatie tussen het voorschrijven van antibiotica in het eerste consult en het binnen één maand daarna optreden van recidieven en complicaties. Minder dan de helft van de kinderen die pijn als klacht presenteerden, kregen orale of rectale analgetica.

Bohnen AM, Bruijnzeels MA, Van der Velden J, Van der Wouden JC. Otitis media acuta: incidentie en beleid. Gegevens uit de Nationale Studie. Huisarts Wet 1992; 35(4): 134-6.

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-4087613; fax 010-4087625.

Dr. A.M. Bohnen, huisarts-onderzoeker; drs. M.A. Bruijnzeels, data-analyst; J. van der Velden, arts, MPH (Nivel, Utrecht); drs. J.C. van der Wouden, socioloog.

Correspondentie: J.C. van der Wouden.

Inleiding

Otitis media acuta komt frequent voor bij kinderen. De gerapporteerde incidentie varieert in de tijd en per regio.¹⁻³ Ook de frequentie van complicaties als mastoïditis varieert in de tijd.⁴ De agressiviteit van de therapie zal met name bepaald worden door de kans op complicaties. *Van Buchem et al.* concludeerden met betrekking tot het geven van antibiotica dat bij kinderen van 2-12 jaar een afwachting beleid gedurende drie tot vier dagen mogelijk is.⁵

In dit artikel geven wij op basis van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' een overzicht van de incidentie van otitis media acuta en daarmee samenhangende ziekten bij kinderen van 0-14 jaar, van de klachten die aan de huisarts worden gepresenteerd, van het beleid, en van het verloop van de aandoening.

Methoden

Aan de Nationale Studie werd deelgenomen door 161 huisartsen uit 103 huisarts-

praktijken met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 335.000 personen.⁶ De hier gepresenteerde analyse heeft betrekking op de contacten van alle 64.198 kinderen van 0-14 jaar.

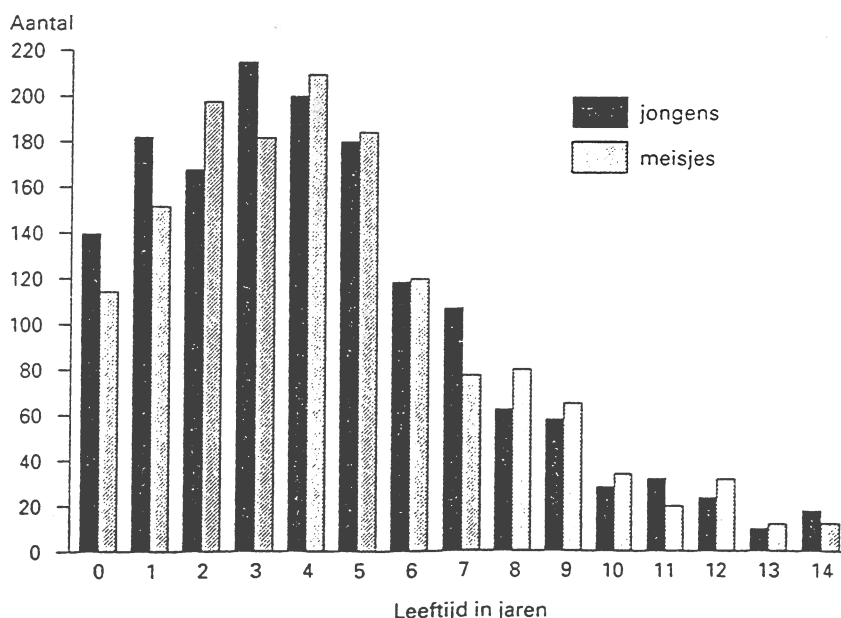
Het vóórkomen van otitis media acuta is berekend door het aantal kinderen die in de registratieperiode één of meer keer otitis media acuta kregen, te delen door de tijd dat de kinderen het risico liepen de ziekte te krijgen (incidentie).⁷ De vervolggroep bestaat uit de 1322 kinderen die na het eerste contact voor een nieuwe episode otitis media nog minimaal 30 dagen konden worden gevolgd. In al deze gevallen werd een follow-up van precies 30 dagen aangehouden.

Resultaten

Voor de gehele groep bedroeg de incidentie 101 per 1000 persoonsjaren (jongens 103 en meisjes 99). Voor 0-4-jarigen was de incidentie 175 en voor 5-14-jarigen 63 per 1000 persoonsjaren.

De incidentie was het hoogst bij de 4-jarigen (figuur).

Figuur Incidentie van otitis media acuta naar leeftijd en geslacht (n=64.198). Aantallen per 1000 patiëntjaren.



ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Tabel 1 Voórkomen otitis media en verwante oorzaken in de registratieperiode. Percentages (N = 64.198).

Diagnose	0-14 jaar	0 jaar	1-14 jaar
Acute otitis media	3,17	4,23	3,07*
Chronische otitis media	0,72	0,54	0,73
Cholesteatoom	0,01	0,00	0,01
Chronische etterige otitis media	0,09	0,02	0,10
Mastoiditis	0,01	0,00	0,01
Trommelvliesperforatie	0,05	0,06	0,06

* $p < 0,001$ bij vergelijking van 0-jarigen met 1-14-jarigen.

Tabel 2 Aard van de klachten en gebruik van antibiotica voor otitis media acuta bij het eerste contact. Afgeronde percentages (n = 1322).

	Voórkomen	Antibiotica
<i>Gepresenteerde klachten*</i>		
- oorpijn	63	21
- verhoging/koorts	17	32†
- overige oorklachten	16	16
- respiratoir	13	31†
- afscheiding oor	7	27
- algehele malaise	5	27
- zuigeling excessief huilen	5	8†
- otitis media acuta	3	27
- gastro-intestinaal	3	9†
Onzeker over diagnose	10	11†
Recidiverend karakter van otitis media	10	24
Aanwezigheid van een onderliggende ziekte	7	21

* Door de huisarts tijdens het consult geregistreerde klachten (maximaal 3) die volgens hem in verband stonden met de diagnose acute otitis media.

† Significant afwijkend ten opzichte van de afwezigheid van de betreffende factor ($p < 0,05$).

Tabel 3 Voorgescreven medicamenten bij otitis media acuta in het eerste contact. Percentages (n = 1322).

<i>Analgetica</i>		- sulfonamiden:	
• systemisch totaal	17,0	sulfaleen	0,3
- acetylsalicylzuur	1,5	sulfamethoxazol + trimethoprim	1,0
- codeïne	0,2	- tetracyclinen: doxycycline	0,1
- diclofenac	0,5	- cefalosporines: cefaclor	0,3
- paracetamol	14,8	- macroliden: erythromycine	1,2
• lokaal lido/xylocaïne	21,6	• lokaal	
		- zonder corticosteroid	0,5
		- met corticosteroid	4,5
<i>Antibiotica</i>		<i>Neusdruppels</i>	
• systemisch totaal	21,0	• xylo- en oxy-metazoline	39,6
- smal-spectrum penicillines:		• natriumchloride	1,7
fenitacilline	0,7		
fenoxymethylpenicilline	0,5		
- breed-spectrum penicillines:		Overige medicatie*	4,9
ampicilline	0,8		
amoxicilline	15,7	Geen medicatie	29,2
amoxicilline + clavulaanzuur	0,5		

* Onder andere antitussiva, antihistaminica, homeopathische middelen, ORS.

Gerekend naar kwartaal bedroeg de incidentie:

januari-maart	137/1000
april-juni	98/1000
juli-september	62/1000
oktober-december	103/1000

Terwijl otitis media acuta significant vaker voorkomt bij 0-jarigen dan bij oudere kinderen, geldt dat niet met betrekking tot de andere oorpathologie (tabel 1).

Bij de vervolggroep van 1322 kinderen was oorpijn de meest gepresenteerde klacht (tabel 2). De huisarts was slechts zelden onzeker over de diagnose. In 74 gevallen was er een andere, onderliggende ziekte: 31 keer Cara. verder onder andere cardio-vasculaire ziekten, diabetes en maligniteiten.

Van de vervolggroep kreeg 21 procent antibiotica tijdens het eerste consult; in zes van deze gevallen werd tijdens het consult een tweede diagnose (pneumonie, tonsillitis, bronchitis) gesteld die het voorschrijven mogelijk heeft beïnvloed.

Antibiotica werden significant vaker gegeven aan kinderen met respiratoire klachten en kinderen met verhoging of koorts: kinderen met gastro-intestinale klachten en excessief huilende zuigelingen kregen significant minder frequent antibiotica. De jongste kinderen kregen niet vaker antibiotica dan de kinderen van andere leeftijden: de 4-jarigen kregen iets vaker antibiotica (27 procent van de gevallen, $p < 0,05$).

De kinderen die antibiotica kregen, werd in 86 procent van de gevallen penicilline voorgeschreven (81 procent breedspectrum en 5 procent smalspectrum - tabel 3). In het eerste consult werden verder voornamelijk sympaticomimetische neusdruppels en analgetica gegeven. Paracetamol werd tienmaal zo vaak gegeven als acetylsalicylzuur.

Ernstige complicaties, zoals meningitis, mastoiditis of cholesteatoom, werden in de vervolgperiode niet gezien. Wél presenteerde 31 procent een recidief otitis media acuta, 5 procent een chronische niet-etterige otitis media (glue ear) en 1 procent een chronisch etterige otitis media; verder hadden vier kinderen een trommelvliesperforatie. Deze diagnoses werden gelijkelijk gesteld in de groep die wel en de groep die

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

geen antibiotica voorgeschreven had gekregen.

Uiteindelijk werden in de vervoloperiode 166 kinderen naar de KNO-arts verwezen, en één naar de kinderarts.

Van de negen gevallen van mastoïditis en cholesteatoom was er slechts één – een mastoïditis – die, voorafgegaan door een otitis media acuta, in de registratieperiode van drie maanden aan de huisarts werd gepresenteerd.

Beschouwing

De hier gepresenteerde cijfers liggen tussen de cijfers van enerzijds het Monitoring- en het Transitieproject en anderzijds de Continue Morbiditeitsregistratie.^{1-8,9} Ook in deze studies werd voor otitis media acuta een hogere incidentie bij jongens gevonden. In de Nationale Studie werd bij kinderen van 0 jaar geen hoger voorkomen van andere oorpathologie gevonden.

Het aantal gevallen van otitis media acuta (tabel 1) mag niet zonder meer gerelateerd worden aan het aantal gevallen van andere oorziekten: deze andere oorziekten kunnen tot een bezoekerziekten kunnen tot een bezoek aan de huisarts leiden, zonder dat een daaraan voorafgaande otitis media acuta aan hem is gepresenteerd.

Het gebruik van antibiotica bij otitis media acuta in Nederland verschilt sterk van dat in veel andere landen: 31 procent tegen 85-98 procent.¹⁰ Mogelijk is dit een uitvloeisel van de publikaties van Van Buchem et al.⁵ Hierin wordt geconcludeerd

dat bij kinderen van 2-12 jaar een afwach- tend beleid gedurende drie tot vier dagen mogelijk is, voordat eventueel antibiotica worden gegeven. Jongere kinderen werden in die studie niet onderzocht. De NHG-standaard Otitis Media Acuta adviseert, bij gebrek aan wetenschappelijke onderbou- wing, om kinderen onder de 6 maanden antibiotica te geven.¹¹ Uit onze cijfers blijkt dat ook jongere kinderen slechts betrekke- lijk zelden antibiotica krijgen, en dat com- plicaties zich ook in deze groep nauwelijks voordoen. Uit de gevonden relaties tussen de klachten en de medicatie blijkt dat kin- deren die antibiotica kregen, op het mo- ment van voorschrijven waarschijnlijk zie- ker waren.

Het is opvallend dat veel kinderen geen pijnstilling kregen voorgeschreven, terwijl oorpijn bij 63 procent van hen de contactre- den was. Mogelijk werd in deze gevallen al zelfmedicatie gebruikt. Lokale anaestheti- ca maakten een fors deel uit van de gegeven pijnstilling; dit is in tegenstelling tot de richtlijnen van de standaard. Het lage ge- bruik van acetylsalicylzuur in vergelijking met paracetamol is mogelijk te verklaren uit vrees voor het optreden van het syn- droom van Reye.¹²

Literatuur

- ¹ Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- ² Stangerup SE, Tos M. Epidemiology of acute suppurative otitis media. Am J Otolaryngol 1986; 7: 47-54.
- ³ Lundgren K, Ingvarsson L. Epidemiology of acute otitis in children. Scand J Infect Dis 1983; suppl 39: 19-25.
- ⁴ De Melker RA. Epidemiologie van otitis media. Huisarts Wet 1987; 30: 244-7.
- ⁵ Van Buchem FL, Peeters MF, Van 't Hof MA. Acute otitis media. A new treatment strategy. Br Med J 1985; 290: 1033-7.
- ⁶ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achter- gronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- ⁷ Bouter LM, Van Dongen MCJM. Epidemiologisch onderzoek. Opzet en in- terpretatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988.
- ⁸ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1982; 25: 401-14.
- ⁹ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹⁰ Froom L, Culpepper L, Grob P, et al. Diag- nosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care network. Br Med J 1990; 300: 582-6.
- ¹¹ Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, et al. NHG-standaard Otitis Media Acuta. Huisarts Wet 1990; 33: 242-5.
- ¹² Hurwitz ES, Barrett MJ, Bregman D, et al. Public health service study on Reye's syn- drome and medications. Report of the pilot phase. N Engl J Med 1985; 313: 849-57. ■

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Otitis externa: klachten en medicamenteus beleid

E. ROOYACKERS-LEMMENS
E. VAN DE LISDONK
H. VAN DEN HOOGEN
J. VAN DER VELDEN

Rooyackers-Lemmens E, Van de Lisdonk E, Van den Hoogen H, Van der Velden. Otitis externa: klachten en medicamenteus beleid. Huisarts Wet 1993; 36(6): 212-3, 229.

Samenvatting Met behulp van gegevens uit de Nationale Studie van het Nivel werd nagegaan welke contactredenen patiënten met otitis externa op het spreekuur van de huisarts presenteren, en welke geneesmiddelen vervolgens worden voorgeschreven. Patiënten met otitis externa klagen vooral over oorpijn en – minder vaak – over afscheiding en overige, niet goed omschreven klachten van de oren. Jeuk wordt opvallend weinig genoemd. Het merendeel van de bij otitis externa voorgeschreven geneesmiddelen bestaat uit preparaten die een combinatie bevatten van corticosteroiden en lokaal toe te passen antibiotica. Zowel op grond van theoretische overwegingen – kans op sensibilisatie en maskering van superinfecties – als op grond van het kostenaspect is hiertegen bezwaar aan te tekenen. Een goedkope aanzurende therapie biedt mogelijk een goed alternatief, maar dient beter op zijn effectiviteit te worden onderzocht.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.
E. Rooyackers-Lemmens, huisarts-in-opleiding; Dr. E. van de Lisdonk, huisarts; H. van den Hoogen, statisticus.
J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht.
Correspondentie: Dr. E. van de Lisdonk.

Inleiding

De geregistreerde prevalentie (nieuwe en bekende gevallen) van otitis externa in de huisartspraktijk bedraagt 15 tot 21 episoden per 1000 patiënten per jaar.¹⁻³ Volgens leerboeken klagen patiënten vooral over pijn, jeuk en afscheiding, en soms over gehoorverlies of een verstopt gevoel. Oortoilet en aanzurende therapie worden genoemd als een goede eerste behandeling, zo nodig gevolgd door lokaal een antibioticum of corticosteroïd.⁴

Het is niet duidelijk of de praktijk in overeenstemming is met deze literatuurgegevens. Dat leidde tot een onderzoek met de volgende vraagstelling:

- welke contactredenen registreren huisartsen bij patiënten met otitis externa;
- welke geneesmiddelen schrijven zij voor aan deze patiënten?

Methode

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit de Nationale Studie.⁵ Aan deze studie namen 102 huisartspraktijken deel in de periode april 1987 tot april 1988. De deelnemers registreerden gedurende drie maanden voor elk contact de volgende gegevens: aard van het contact, contactredenen, verrichtingen, diagnoses, verwijzingen en medicamenteuze therapie.

Voor de morbiditeitsgegevens, klachten en verrichtingen werd gebruik gemaakt van de ICPC.⁶ Per contact konden maximaal drie klachten en drie diagnoses worden genoteerd.

De morbiditeitsgegevens werden geordend naar episoden. Een episode otitis externa begint met het contact waarin deze diagnose wordt gesteld, en eindigt bij het laatste vervol- of controlecontact. De otitis externa is dan blijkbaar hersteld of arts en/of patiënt achten verdere geneeskundige hulp niet nodig. Wij hebben ons beperkt tot de episoden met otitis externa als eerste diagnose. In die gevallen was het aannemelijk dat de in hetzelfde contact geregistreerde klachten en geneesmiddelen betrekking hadden op otitis externa en niet op een andere aandoening.

Bij de verwerking van de registratiege-

gevens van de huisartsen zijn de geneesmiddelen gecodeerd volgens de ATC-classificatie (Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch) en de HPK-classificatie (Handels Produkt Kode). Naast verschillen in opbouw tussen beide classificaties is een belangrijk verschil dat met behulp van de ATC de generieke naam is te vinden, met de HPK ook de voorgeschreven specialité's.

Het morbiditeitsbestand en het prescriptiebestand werden gekoppeld en geanalyseerd met behulp van SAS.⁷

Resultaten

In totaal werden 1298 episoden bestudeerd, met 1494 contacten (gemiddeld 1,2 contact per episode). In 11 procent van de gevallen ging het om contacten met de praktijkassistenten, in 4 procent van de gevallen om telefonische contacten. De prevalentie, berekend op grond van een registratieperiode van drie maanden per huisarts, bedroeg 15,5 episoden per 1000 patiënten per jaar. De verschillen tussen de geslachten waren gering (tabel 1).

Oorpijn is veruit de meest genoemde contactredenen (tabel 2). In de Nationale Studie zijn daarnaast oorklachten, vraag om medicatie en jeuk belangrijke contactredenen. In het Transitieproject werden afscheiding en overige klachten vaker geregistreerd.

In totaal werden 1306 geneesmiddelen voorgeschreven. Ruim 72 procent van de

Tabel 1 Prevalentie van otitis externa per 1000 patiënten per jaar naar leeftijd volgens de Nationale Studie (1987-1988), de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen (CMR, 1986-1990) en het Transitieproject (1985-1988).

Leeftijd in jaren	Nationale Studie	CMR	Transitieproject
0-14	11,0	11,4	10,5
15-24	10,7	14,9	16,0
25-44	17,6	23,7	16,7
45-64	21,8	25,6	17,6
65+	14,5	29,4	17,4
Totaal	15,5	21,2	16,0

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

voorgeschreven medicatie bestond uit een combinatiepreparaat voor lokale toediening dat corticosteroiden en antimicrobiële middelen bevatte; aanzurende middelen maakten slechts enkele procenten van het totaal uit (tabel 3). Als we ons beperken tot de 1107 episoden waarin medicatie werd voorgeschreven, blijkt dat in 83 procent van de gevallen een combinatiepreparaat werd gegeven.

Het aantal herhalingsrecepten bedroeg 34, steeds voor lokale therapie: 30 maal een combinatiepreparaat van corticosteroiden en antibiotica, tweemaal een anti-

bioticum, eenmaal corticosteroiden en eenmaal een 'overig' dermatologisch preparaat.

Een aantal malen werd meer dan één geneesmiddel tegelijkertijd voorgeschreven; daarbij ging het meestal om een lokaal toegepast combinatiepreparaat van corticosteroiden en antibiotica, in combinatie met een systemisch antibioticum (29 maal), een corticosteroïd bevattende huidzalf (12 maal) of een systemische pijnstiller (7 maal). Daarnaast werd nog 8 maal een systemisch antibioticum gecombineerd met een systemische pijnstiller.

Als een lokaal toe te passen combinatiepreparaat werd voorgeschreven, was dat in 94 procent van de gevallen de enige medicatie. Antibiotica (systemisch) werden daarentegen in 69 procent van de gevallen samen met andere medicatie voorgeschreven, voornamelijk combinatiepreparaten of pijnstillers.

In de meest voorgeschreven groep, die van de combinatiepreparaten, werd in 61 procent van de gevallen een combinatie van twee verschillende antibiotica met een corticosteroïd aangetroffen, in 22 procent van de gevallen een combinatie van een corticosteroïd met clioquinol. Neomycine en framycetine waren de meest gebruikte antibiotica in combinatiepreparaten; 71 procent bevatte een van deze twee middelen.

Van de 52 episoden waarbij een aanzurende therapie werd voorgeschreven (36 maal zure oordruppels FNA, 16 maal aluminium-bevattende oordruppels), gebeurde dit 14 keer samen met andere medicatie: 3 maal met een combinatiepreparaat, 4 maal met een systemisch antibioticum, 4 maal met pijnstillers en 3 maal met een lokaal antibioticum.

Beschouwing

Gezien de opzet van de Nationale Studie is het aannemelijk dat onze bevindingen representatief zijn voor het voorschrijfgedrag van de Nederlandse huisarts bij otitis externa. Het opvallendste resultaat is dat in 85 procent van de episoden medicatie werd voorgeschreven, en dat deze in 83 procent van de gevallen bestond uit een

combinatiepreparaat van antimicrobiële middelen en corticosteroiden. Ruim 70 procent van deze combinatiepreparaten bevatte neomycine of framycetine. Neomycine is bekend om zijn sensibiliserend vermogen en het frequent optreden van kruisovergevoeligheid met framycetine of andere aminoglycosiden.

De uitkomsten van deze studie zijn in overeenstemming met een recent onderzoek, waaruit bleek dat otitis externa de meest voorkomende huidinfectie was waarbij lokaal antibiotica werden voorgeschreven.⁹ Het lokaal gebruik van antibiotica, zeker in combinatie met corticosteroiden, moet worden ontraden, omdat het kan leiden tot sensibilisatie en maskering van superinfecties door ongevoelige micro-organismen.

Opvallend weinig werd gebruik gemaakt van aanzurende therapie. Blijkbaar is het vertrouwen in deze relatief eenvoudige medicatie niet groot. Aluminiumacetotartraat als aanzurende therapie is echter goedkoop, veilig (niet ototoxisch) en doeltreffend.^{4,10} Gezien de grote discrepantie tussen de adviezen uit de literatuur en de dagelijkse praktijk, is onderzoek naar de effectiviteit van aanzurende therapie in de Nederlandse situatie zeer gewenst.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 2 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 3 Van der Velden J, De Bakker DH, Claesens AAMC, Schellevis FG, red. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Basisrapport. Utrecht: Nivel, 1991.
- 4 Rooyackers-Lemmens E, Van de Lisdonk EH, Giesen P. Acidifying therapy, best choice in otitis externa? Huisarts Wet 1993; 36(Suppl): 31-5.
- 5 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.

Vervolg op pag. 229.

Literatuur pag. 213

- 6 Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 7 Statistical Analysis System: user's guide. Cary, NC: SAS Institute, 1985.
- 8 Paparella MM, Shumrick DA. Otolaryngology. Philadelphia: Saunders, 1980.

- 9 Samplers GHMA, Sturm AW. Antibiotica in de eerste lijn bij infecties van huid en subcutis. Huisarts Wet 1991; 34: 531-9.

- 10 Lambert IJ. A comparison of the treatment of otitis externa with 'Otosporin' and aluminium acetate: a report from a services practice in Cyprus. J Roy Coll Gen Pract 1981; 31: 291-4.

Tabel 2 Frequentie van vermelden van klachten tijdens episoden van otitis externa. Percentages van de contacten

	Nationale Studie n=1855	Transitieproject n=987
Oorpijn	43,4	40,0
Oorklachten	23,4	7,7
Vraag om medicatie	10,0	2,8
Jeuk	10,0	0,8
Vraag om onderzoek	6,8	5,8
Afscheiding	6,8	9,3
Otitis externa	4,9	5,5
Klachten gehoor	3,9	4,1
Verstopt gevoel	2,9	4,7
Overige	9,7	19,3

Tabel 3 Aard en frequentie van voorschrijven van lokaal in de gehoorgang toegediende geneesmiddelen (tenzij anders vermeld) tijdens episoden van otitis externa. Percentages van het totaal aantal prescripties (n=1306)

Corticosteroiden + antimicrobiële middelen	72,6
Antibiotica (systemisch)	4,7
Corticosteroïd (cutaan)	4,7
Zure oordruppels FNA	2,8
Pijnstillers (systemisch)	1,8
Antibiotica	1,8
Neusdruppels	1,7
Corticosteroiden + antiseptica (cutaan)	1,5
Aluminium-bevattende oordruppels	1,2
Analgetica	1,1
Overige	6,2

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties

R.A. DE MELKER
M.M. KUYVENHOVEN
J. VAN DER VELDEN

Uit cijfers van de Nationale Studie blijkt dat huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties bij een derde van de eerste contacten een antimicrobieel middel voorschrijven. De diagnose speelt daarbij een belangrijke rol. Bij otitis media acuta en acute bovenste-luchtweginfecties worden relatief weinig antimicrobiële middelen gegeven; bij de contactreden 'koorts' wordt vaker een antimicrobieel middel gegeven. Bij acht van de tien voorschriften met antimicrobiële middelen gaat het om drie antibiotica – amoxicilline, doxycycline en penicilline –, waarbij de keuze wordt bepaald door de diagnose. Het totale verwijsperscentage is 3 procent; voor de eerste contacten is dat 1 procent. Vanuit internationaal perspectief heeft de Nederlandse huisarts een restrictief voorschrijf- en verwijsgedrag, met name bij otitis media acuta en tonsillitis acuta. In het algemeen is dit gedrag in overeenstemming met richtlijnen, zoals de NHG-standaarden. In hoeverre het voorschrijfgedrag rationeel is, vereist nader onderzoek naar de effectiviteit van antibiotica en andere middelen bij bovenste-luchtweginfecties.

De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. Huisarts Wet 1993; 36(1): 7-10.

Utrechts Universitair Huisartsen Instituut, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht; telefoon 030-538.188; fax 030-538.105.
Prof. dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde; mw. dr. M.M. Kuyvenhoven, socioloog; J. van der Velden, arts, Nivel.
Correspondentie: Prof. dr. R.A. de Melker.

Inleiding

Bij tweederde van alle recepten voor antimicrobiële middelen die de Nederlandse huisarts uitschrijft, gaat het om een luchtweginfectie. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij de belangrijkste bovenste-luchtweginfecties: otitis media acuta (OMA), otitis media met effusie (OME), acute bovenste-luchtweginfecties (acute BLWI), sinusitis en tonsillitis acuta:

- Wat zijn de contactredenen bij bovenste-luchtweginfecties in de huisartspraktijk?
- Wat is het voorschrijfgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties?
- Hoe vaak worden in de huisartspraktijk antimicrobiële middelen voorgeschreven bij de voornaamste contactredenen bij bovenste-luchtweginfecties?
- Welke antimicrobiële middelen worden door huisartsen voorgeschreven bij bovenste-luchtweginfecties?
- Wat is het verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen van het Nivel, waarover in dit tijdschrift reeds uitvoerig

is bericht.^{1,2} Uit het oorspronkelijke bestand is een selectie gemaakt van alle contacten uit episoden met een bovenste-luchtweginfectie als diagnose (H71, H72, R74, R75 en R76). De volgende gegevens werden gebruikt:

- *Patiëntgegevens*: leeftijd, geslacht en comorbiditeit (aan- of afwezigheid van diabetes, Cara, etc.).
- *Contactgegevens*: eerste contactreden, aard contact (eerste contact, herhaalcontact, contact wegens recidief) en diagnose.
- *Prescriptie en verwijzingen*. Prescriptie werd volgens de ATC-code ingedeeld in antimicrobiële middelen, neusmiddelen (vooral vasoconstrictieve neusdruppels), keel/hoestmiddelen en oormiddelen (met name oordruppels en analgetica). De verwijzingen hebben betrekking op medisch specialisten. Voorschrijf- en verwijsgedrag werden op contactniveau geanalyseerd, omdat de aard van het contact hierbij mogelijk een rol speelt.

De data zijn verwerkt en geanalyseerd met behulp van SPSS-X. De analyse is beperkt tot eerste contacten van episoden, tenzij uitdrukkelijk anders wordt vermeld.

Resultaten

Contactredenen en diagnose

De meest gepresenteerde contactredenen bij bovenste-luchtweginfecties zijn 'hoes-

Tabel 1 Contactredenen per diagnose bij eerste contacten. Afgeronde percentages

Contactredenen	OMA n=1812	OME n=311	Acute BLWI n=8328	Sinusitis n=2499	Tonsillitis acuta n=1721	Totaal n=14.671
Koorts	7	3	5	3	13	6
Oorpijn	63	37	2	1	1	10
Otorrhoea	5	1	—	—	—	1
Gehoorklachten	3	32	1	—	—	2
Hoesten	2	1	38	10	4	24
Keelpijn	—	—	20	2	64	19
Hoofdpijn	—	—	3	32	1	7
Sinusklachten	—	—	—	10	—	2
Acute BLWI	2	2	16	18	2	13
Overige	16	23	16	25	15	18

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

ten' en 'keelpijn': samen meer dan 40 procent van de eerste contactredenen (tabel 1). Voor otitis media acuta is 'oorpijn' verreweg de belangrijkste eerste contactredenen. 'Koorts', 'otorrhoea' en 'gehoor-klachten' vormen zelden de eerste contactredenen.

'Oorpijn' is ook bij otitis media met effusie de belangrijkste contactredenen, direct gevolgd door 'gehoorstoornissen'. De voornaamste contactredenen voor acute bovenste-luchtweginfecties in engere zin is 'hoesten', gevolgd door 'keelpijn'. Bij sinusitis vormt 'hoofdpijn' de meest voorkomende reden voor het contact. Zoals te verwachten is vormt keelpijn de meest voorkomende contactredenen bij tonsillitis acuta.

Voorschrijfgedrag

Bij 77 procent van de eerste contacten wordt een voorschrift verstrekt (tabel 2). Antimicrobiële middelen worden het meest bij sinusitis en tonsillitis acuta gegeven, en in veel mindere mate bij otitis media acuta en acute bovenste-luchtweginfecties. De percentages voor herhaal- en recidiefcontacten in elke diagnosegroep zijn gelijk aan of lager dan de percentages bij de eerste contacten (tabel 3); de percentages van alle contacten gezamenlijk waarin een antimicrobieel middel wordt gegeven, zijn dan ook ongeveer gelijk aan de percentages in de eerste contacten. Bij ongeveer de helft van de eerste contacten wegens otitis media acuta en otitis media met effusie worden neusmiddelen voorgeschreven, voornamelijk decongestieve neusdruppels. Bij sinusitis wordt in bijna de helft van de eerste contacten een neusmiddel gegeven. Keel- en hoestmiddelen worden het meest bij acute bovenste-luchtweginfecties voorgeschreven. Bij ruim een kwart van de eerste contacten in verband met otitis media acuta wordt een oormiddel voorgeschreven. Analgetica worden niet vaak door de huisarts voorgeschreven, nog het meest bij otitis media acuta, acute bovenste-luchtweginfecties en acute tonsillitis (tabel 2).

Er blijkt een verband te bestaan tussen de contactredenen en het voorschrijven van

Tabel 2 Eerste contacten waarin een voorschrift wordt gegeven. Afgeronde percentages per diagnose*

	OMA n=1812	OME n=311	Acute BLWI n=8328	Sinusitis n=2499	Tonsillitis acuta n=1721	Totaal n=14.671
Medicatie	79	64	72	90	84	77
Antimicrobieel	27	10	17	72	74	34
Neusmiddelen	45	50	16	39	2	22
Keel/hoestmiddelen	3	9	36	16	5	24
Oormiddelen	29	11	1	—	—	4
Analgetica	17	7	13	7	13	13

* Het totaal van de verschillende groepen middelen is hoger dan het percentage contacten, waarin een medicatie is gegeven, omdat soms meer dan één voorschrift is gegeven.

Tabel 3 Contacten waarin een antimicrobieel middel wordt voorgeschreven en waarin wordt verwezen naar aard contact en diagnosegroep. Afgeronde percentages per diagnosegroep

	OMA n=3343	OME n=698	Acute BLWI n=13.029	Sinusitis n=4469	Tonsillitis acuta n=2458
<i>Eerste consult</i>					
– voorschrift	27	10	17	72	74
– verwijzing	3	13	—	1	2
<i>Herhaalconsult</i>					
– voorschrift	20	4	18	49	49
– verwijzing	10	31	2	7	8
<i>Recidief</i>					
– voorschrift	25	8	18	62	74
– verwijzing	10	26	2	4	14
<i>Totaal</i>					
– voorschrift	24	7	18	63	68
– verwijzing	6	23	1	3	4

Tabel 4 Eerste contacten waarbij antimicrobiële middelen zijn voorgeschreven, naar diagnose en koorts (+) of geen koorts (–) als contactredenen. Afgeronde percentages per subgroep.*

	OMA		Acute BLWI		Sinusitis		Tonsillitis	
	+	–	+	–	+	–	+	–
	n=133	n=1679	n=393	n=7935	n=79	n=2420	n=228	n=1500
Verskil (95% BI)	44	26	25	17	86	72	76	73
	9-27%		3-12%		7-22%		–3-9%	

* OME blijft buiten beschouwing, omdat hierbij geen sprake is van een acute ontsteking.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Tabel 5 Eerste contacten voor acute bovenste-luchtweginfecties waarbij antimicrobiële middelen zijn voorgeschreven, naar leeftijd en comorbiditeit (+) of geen comorbiditeit (-) (n=8328). Percentages per subgroep*

0-24 jr		25-44 jr		45-64 jr		≥65 jr	
-	+	-	+	-	+	-	+
n=3713	n=446	n=1984	n=311	n=883	n=218	n=412	n=185
13	16	21	17	22	30	24	29

* 176 niet in te delen.

Tabel 6 De vijf meest voorgeschreven antimicrobiële middelen in het eerste contact. Afgeronde percentages per diagnose (alleen gevallen waarin een antimicrobieel middel werd voorgeschreven) (n=5.209).

	OMA n=489	OME n=31	Acute BLWI n=1416	Sinusitis n=1799	Tonsillitis acuta n=1274	Totaal n=5009
Doxycycline	6	16	36	63	5	35
Amoxycilline	79	59	34	22	26	32
Penicilline	5	6	12	1	64	20
Tetracycline	1	3	11	7	1	6
Sulfa	5	13	2	3	2	3
Overige	6	3	4	5	2	4

antimicrobiële middelen. Bij otitis media acuta, acute bovenste-luchtweginfectie en sinusitis worden antimicrobiële middelen vaker voorgeschreven, indien 'koorts' de eerste contactreden is (tabel 4). Nadere analyse leert dat dit voor alle leeftijdscategorieën geldt. Bij acute bovenste-luchtweginfecties wordt met het stijgen van de leeftijd van de patiënt relatief frequenter een antimicrobieel middel voorgeschreven: bij 0-24-jarigen gebeurt dat in ongeveer 15 procent van de gevallen, bij mensen van 45 jaar en ouder in 25 procent van de gevallen (Chi-kwadraat=119.99; p,01).

Deze stijging valt slechts gedeeltelijk te verklaren uit een stijging van de comorbiditeit (tabel 5). Voor de overige diagnoses bestaat er geen samenhang tussen leeftijd en het voorschrijven van antimicrobiële middelen en evenmin tussen de aan- of afwezigheid van comorbiditeit en het voorschrijven van antimicrobiële midde-

Keuze van antimicrobiële middelen

Doxycycline en amoxycilline worden het meest voorgeschreven. penicilline komt op de derde plaats (tabel 6). Bij otitis media acuta, sinusitis en tonsillitis acuta wordt vooral één soort middel voorgeschreven, terwijl bij acute bovenste-luchtweginfecties twee soorten worden geprefereerd. Bij otitis media acuta en otitis media met effusie wordt meestal amoxycilline gegeven. Bij acute bovenste-luchtweginfecties worden in bijna driekwart van de gevallen doxycycline of amoxycilline gegeven, bij sinusitis vooral doxycycline. Bij tonsillitis acuta heeft penicilline in tweederde van de gevallen de voorkeur en amoxycilline bij een kwart (tabel 6).

Verwijzingen

In 1 procent van alle eerste contacten wordt de patiënt verwezen; bij de herhaalcontacten is dat 5 procent en bij de contacten wegens een recidief 6 procent. De verwijzingspercentages zijn bij herhaalcontacten

ten en contacten wegens recidief in het algemeen hoger dan voor de eerste contacten (tabel 3). Opvallend hoge verwijzingspercentages komen voor bij otitis media met effusie bij herhaalconsulten en bij contacten wegens recidief (tabel 3).

Beschouwing

Van alle bovenste-luchtweginfecties wordt 99 procent bij het eerste contact door de huisarts afgehandeld. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met gegevens uit het Transitieproject en de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie.³ Als we de herhaalcontacten en contacten wegens recidieven meerekenen, blijft het verwijzingspercentage laag, slechts 3 procent.

De hier gepresenteerde cijfers geven een redelijk getrouw beeld van wat er in de Nederlandse huisartspraktijk gebeurt.² Dat neemt niet weg dat er bij het coderen waarschijnlijk zowel systematische als onsystematische fouten zijn gemaakt. 'Differentiële misclassificatie' kan niet met zekerheid worden uitgesloten.⁵ Verder zouden verwijzingen en recepten buiten officiële contacten selectief minder geregistreerd kunnen zijn. Vergelijking tussen de subgroepen lijkt, gezien de grote aantallen, echter goed mogelijk.

De bevinding dat hoesten en keelpijn de voornaamste contactredenen bij bovenste-luchtweginfecties zijn, is in overeenstemming met gegevens uit het Transitieproject,³ terwijl de bevinding dat antimicrobiële middelen het meest frequent bij sinusitis en tonsillitis acuta werden voorgeschreven, eveneens in overeenstemming is met eerder onderzoek.^{6,7} Dit is een opvallende bevinding, daar de effectiviteit van antibiotica bij sinusitis niet vaststaat.⁸ Bovendien is een sinusitis met veronderstelde bacteriële oorzaak moeilijk te onderscheiden van een banale rhinitis met virale oorzaak.⁸⁻¹⁰ Mogelijk wordt het relatief hoge percentage voorschriften voor antimicrobiële middelen bij sinusitis verklaard door het feit dat de huisarts bij patiënten met al langer bestaande klachten over purulente rhinorrhoea 'iets wil doen'. De diagnose 'sinusitis' zou dan de rechtvaardiging van het voorschrift vormen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Patiënten met een rhinorrhoea zullen zich immers pas na verloop van tijd bij de huisarts presenteren.

Het voorschrijfpercentage bij tonsillitis acuta is niet strijdig met de NHG-Standaard Acute Keelpijn.¹¹ Vanuit internationaal perspectief is het percentage relatief laag, daar in de meeste Europese landen bij deze ziekte vrijwel altijd antibiotica worden gegeven.¹² Het voorschrijven van antibiotica bij OME is evenmin strijdig met de betrokken NHG-standaard en is te motiveren op grond van Amerikaans onderzoek.^{13,14} Het relatief lage aantal voorschriften bij otitis media acuta is in overeenstemming met de NHG-standaard en ander onderzoek.^{7,15,16} In een internationaal onderzoek nam Nederland met een voorschrijfpercentage van 31 procent een unieke positie in temidden van percentages die varieerden van 85 tot 98 procent.¹⁶

Opvallend is het feit dat bij koorts relatief vaker een antimicrobieel middel wordt voorgeschreven. Daar dit voor alle leeftijdscategorieën geldt, berust dit verband niet op confounding, als gevolg van de samenhang tussen leeftijd en koorts.¹⁰ Het is denkbaar dat de huisarts bij koorts als voornaamste contactreden eerder aan een bacteriële infectie denkt. Het feit dat de huisarts het klachtenpatroon als 'acute bovenste-luchtweginfectie' aanduidt, pleit hier echter tegen; het gaat hier immers juist om een categorie waarbij eerder aan een virale oorzaak wordt gedacht. Een andere verklaring is dat de patiënt met koorts zelf aandringt op het voorschrijven van een antimicrobieel middel.

Bij een acute bovenste-luchtweginfectie wordt bij het stijgen van de leeftijd vaker een antimicrobieel middel voorge-

schreven. Dit blijkt gedeeltelijk samen te hangen met een stijging van comorbiditeit bij oudere patiënten. Comorbiditeit kan het voorschrijven van antimicrobiële middelen rechtvaardigen. In de andere gevallen kan de overweging zijn dat zo eventuele secundaire infecties kunnen worden voorkomen.

Het is opvallend dat de Nederlandse huisarts slechts een beperkt aantal antimicrobiële middelen voorschrijft: doxycycline, amoxycilline en penicilline nemen samen 87 procent van alle voorschriften van antimicrobiële middelen voor hun rekening. Neusmiddelen worden in de meerderheid van de gevallen niet gegeven. Daarbij moet echter worden bedacht dat de zelfmedicatie onbekend is. Ook het relatief geringe aantal voorschriften voor analgetica is moeilijk te beoordelen, gezien de mogelijkheid van zelfmedicatie.

Dankbetuiging

Met dank aan Fré Kreuger voor de analyse op het databestand van de Nationale Studie van het Nivel.

Literatuur

- 1 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 3 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 4 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 5 Last JM, ed. A dictionary of epidemiology. New York, etc.: Oxford University Press, 1988.
- 6 Van Weel CA, Van Zelst AM. Het handelen van huisartsen bij luchtwegaandoeningen. Huisarts Wet 1982(suppl 6): 35-40.
- 7 De Melker RA, Kuyvenhoven MM. Management of upper respiratory tract infection in Dutch general practice. Br J Gen Pract 1991; 41: 504-7.
- 8 Van Duijn N. Sinusitis maxillaris. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 9 Van Buchem L. Sinusitis maxillaris. Practitioner (NI) 1988; 5: 847-50.
- 10 De Melker RA. Infecties van de bovenste luchtweg. Utrecht: Bunge, 1990.
- 11 Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. NHG-Standaard Acute Keelpijn. Huisarts Wet 1990; 33: 323-6.
- 12 Touw-Otten FWMM, Johansen KS. Diagnosis, antibiotic treatment and outcome of acute tonsillitis: report of a WHO regional office for europe study in 17 european countries. Fam Pract 1992; 9: 255-62.
- 13 De Melker RA, Burke PD. Epidemiology of otitis media and the role of the general practitioner in management. Fam Pract 1988; 5: 307-13.
- 14 Van de Lisdonk EH, Appelman CLM, Bosse PC, et al. NHG-Standaard Otitis Media met Effusie. Huisarts Wet 1991; 34: 426-9.
- 15 Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, et al. NHG-Standaard Otitis Media Acuta. Huisarts Wet 1990; 33: 242-5.
- 16 Fromm J, Culpepper L, Grob P, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media. Report from International Primary Care Network. Br Med J 1990; 300: 582-6.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Het premenstrueel syndroom in de Nederlandse huisartspraktijk

E.M. BRANSEN
J. VAN DER VELDEN

Bransen EM, Van der Velden J. Het premenstrueel syndroom in de Nederlandse huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1993; 36(10): 322-7.

Samenvatting Met behulp van gegevens uit een dietal registratieprojecten is onderzocht hoe de Nederlandse huisarts omgaat met premenstruele symptomen en de diagnose premenstrueel syndroom (PMS). Jaarlijks wordt bij 4 op de 1000 vrouwen in de leeftijdscategorie 15-64 jaar premenstruele symptomen/PMS als contactreden geregistreerd. Bij 8 op de 1000 vrouwen in deze leeftijdscategorie stelt de huisarts jaarlijks een episode premenstruele symptomen/PMS vast. Er blijkt weinig basis voor de stelling dat huisartsen premenstruele symptomen/PMS als 'psychisch' interpreteren. Vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS zijn oververtegenwoordigd in de groep 25-44-jarigen en presenteren een groter aantal aandoeningen bij de huisarts dan andere huisarts-bezoekende vrouwen van deze leeftijd. De huisarts doet weinig aan diagnostiek, schrijft in 70 procent van de episoden medicijnen voor en verwijst zelden. Het door de huisarts gevoerde beleid is daarmee niet in overeenstemming met de literatuur. Voor het overige geldt enig voorbehoud bij de cijfers, omdat niet altijd duidelijkheid bestaat over wat precies onder de code premenstruele symptomen/PMS is geregistreerd.

Drs. E.M. Bransen, psycholoog, medisch socioloog, Aletta, Centrum voor Vrouwegezondheidszorg, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht; J. Van der Velden, arts-epidemioloog, Nivel.
Correspondentie: E.M. Bransen.

Inleiding

Ondanks veel onderzoek is er binnen de geneeskunde weinig eensgezindheid over premenstruele verschijnselen.¹ De omschrijving van een eventueel premenstrueel syndroom (PMS) is geen uitgemakte zaak,^{2,3} er is geen overeenstemming over de oorzaak,⁴ en een rationele medicamenteuze therapie voor premenstruele symptomen is vrijwel niet mogelijk.⁵⁻⁷ Niettemin melden populaire media, zoals damesbladen en huis-aan-huisbladen, dat 50 tot 90 procent van de vrouwen vóór de menstruatie kribbig en agressief of juist depressief is, worden ongelukken en kindermishandeling toegeschreven aan het premenstrueel syndroom, en bezoeken patiënten het spreekuur van de huisarts vanwege premenstruele verschijnselen.

Over het beleid van huisartsen ten aanzien van premenstruele verschijnselen is weinig bekend. Zelfhulporganisaties menen echter dat veel huisartsen de klachten en symptomen slecht onderkennen en ten onrechte als 'psychisch' bestempelen, en dat ze niet goed weten hoe ze deze klachten moeten behandelen.

In een Brits onderzoek bleek dat het met name vrouwen van 30-39 jaar met partner en kinderen zijn, die hulp zoeken bij de huisarts vanwege deze klachten.⁸ Uit ander onderzoek bleek dat 50-75 procent van de vrouwen die wegens premenstruele klachten hulp zoeken bij een gynaecoloog of een speciale PMS-kliniek, deze klachten niet (uitsluitend) in de premenstruele periode heeft; bij deze vrouwen wordt nogal eens een affectieve aandoening vastgesteld.⁹⁻¹² Ook lichamelijke aandoeningen of psychosociale problemen liggen soms ten grondslag aan de zelfdiagnose PMS.^{5,13}

In dit artikel wordt nagegaan hoe huisartsen omgaan met een omstreken probleem als het premenstrueel syndroom, aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- Hoe vaak komen premenstruele symptomen/PMS voor in de huisartspraktijk?
- Hoe beoordelen huisartsen de achtergrond van de klachten in termen van lichamelijk en psychisch?

- Welke kenmerken hebben patiënten met premenstruele symptomen/PMS?
- Welk beleid volgt de huisarts bij deze klachten?

Methode

De gegevens zijn ontleend aan de Nationale Studie, het Transitieproject en de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie (CMR).

De gegevens van de Nationale Studie zijn verzameld in de periode 1987-1988 door 161 huisartsen die gedurende drie maanden ziekten, contactredenen en verrichtungen inclusief voorgeschreven medicijnen registreerden.¹⁴ Ten behoeve van dit onderzoek is door het Nivel een deelbestand ter beschikking gesteld dat betrekking heeft op de diagnoses en contactredenen premenstruele symptomen en PMS, en op de demografische en morbiditeitskenmerken van de betreffende vrouwen. Daarnaast werd een uitdraai ter beschikking gesteld betreffende de demografische en morbiditeitskenmerken van alle vrouwen van 15-54 jaar die gedurende de registratieperiode ten minste éénmaal de huisarts bezochten. Voor deze inperking is gekozen, omdat het in dit onderzoek om gepresenteerde morbiditeit gaat en niet om morbiditeit in de totale populatie.

De gegevens uit het Transitieproject zijn verzameld in de periode 1985-1990 en zijn afkomstig van 38 huisartsen uit 22 praktijken. Elke praktijk nam ten minste een jaar deel aan de registratie.¹⁵ Deze gegevens zijn ontleend aan gepubliceerde standaard-output; de cijfers hebben betrekking op de leeftijdscategorie 15-64 jaar.

De gegevens van de CMR-Nijmegen zijn verzameld in vier praktijken over de periode 1971 tot heden.¹⁶ Voor dit onderzoek werd een uitdraai betreffende de incidentie van de diagnose PMS ter beschikking gesteld, alsmede gegevens over sociale laag, burgerlijke staat, kindertal en verwijzingen. De gegevens hebben ook hier betrekking op de leeftijdscategorie 15-64 jaar.

In de Nationale Studie en in het Transitieproject is gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

(ICPC),^{17,18} met codes voor 'premenstruele symptomen' en 'premenstrueel syndroom'. Gezien de stand van zaken in het onderzoek naar het PMS kunnen deze termen als complementair worden beschouwd. Het registratieformulier van de Nationale Studie kent daarnaast een vijf-puntsschaal waarop de huisarts de achtergronden van elke contactreden als (puur) somatisch dan wel (puur) psychosociaal

kan ordenen. De CMR-Nijmegen registreert met behulp van de E-lijst,¹⁹ die uitsluitend een code voor de diagnose PMS bevat.

Resultaten

Vóórkomen

In de Nationale Studie werd in drie maanden tijd bij 1,8 per 1000 vrouwen van

15-54 jaar een episode premenstruele symptomen/PMS vastgesteld. Nieuwe episodendeden zich voor bij 1 op de 1000 vrouwen van deze leeftijd. In het Transitieproject bedroeg de incidentie in de leeftijdscategorie 15-64 jaar 6,6 per 1000 vrouwen per jaar, en de prevalentie 7,7 per 1000 vrouwen per jaar. Uit de CMR-gegevens wordt duidelijk dat PMS vooral sinds 1985 bij de huisarts wordt gepresenteerd. Volgens de CMR bedroeg de incidentie 1,9 per 1000 vrouwen van 15-64 jaar per jaar in de periode 1985-1990.

De cijfers van Nationale Studie en Transitieproject over premenstruele symptomen/PMS als nieuwe contactreden zijn eveneens vrijwel identiek: 0,9 per 1000 vrouwen van 15-54 jaar in drie maanden versus 3,1 per 1000 vrouwen per jaar in de leeftijdscategorie 15-64 jaar. De CMR verzamelt geen gegevens over de contactreden.

Tabel 1 laat zien dat zowel in de Nationale Studie als in het Transitieproject bij rond de 40 procent van de nieuwe episodendeden premenstruele symptomen/PMS een gelijknamige contactreden wordt genoemd. In het Transitieproject werd daarnaast bij 13 procent van de nieuwe episodendeden een verzoek om gynaecologische medicatie als contactreden genoemd. Verder vormt mastopathie een belangrijke contactreden, en in de Nationale Studie bovendien buikpijn/krampe en psychische/sociale klachten.

Diagnose

In de Nationale Studie kreeg 70 procent van de vrouwen met premenstruele symptomen/PMS als nieuwe contactreden dezelfde diagnose, in het Transitieproject was dat het geval bij 80 procent van de vrouwen (tabel 2). De andere diagnoses liggen merendeels op het gynaecologisch vlak en slechts in enkele gevallen kregen vrouwen een diagnose uit de categorieën psychische en sociale aandoeningen.

Uit tabel 3 blijkt dat de huisartsen die aan de Nationale Studie deelnamen, de achtergrond van de contactreden ook slechts in een kleine minderheid van de gevallen als vooral of uitsluitend psychosociaal bepaald interpreteerden.

Tabel 1 Meest voorkomende contactredenen bij nieuwe episodendeden premenstruele symptomen/PMS. Afgeronde percentages

Contactredenen	Nationale Studie n=105	Transitieproject n=86
Premenstruele symptomen/PMS	42	41
Gynaecologische medicatie*	—	13
Mastopathie	13	12
Hoofdpijn/migraine	9	9
Buikpijn/krampe	13	3
Psychische + sociale klachten	10	6
Algehele malaise	3	—

* Medicatievragen zijn in de Nationale Studie niet als contactreden bij een nieuwe episode geregistreerd.

Tabel 2 Episodetitels bij een nieuwe contactredenen premenstruele symptomen/PMS

Episoden	Nationale Studie n=93	Transitieproject n=44
Premenstruele symptomen/PMS	70	80
Gynaecologie	14	7
Zwangerschap/AC (incl. 'pil')	7	—
Psychische + sociale problemen	1	4
Hoofdpijn/migraine	4	—
Overige	4	9

Tabel 3 Het oordeel van de huisartsen van de Nationale Studie over de achtergronden van de contactredenen PS/PMS. Afgeronde percentages (n=186)

Geheel somatisch	22
Vooraf somatisch	15
Beide	38
Vooraf psychosociaal	8
Geheel psychosociaal	7
Niet ingevuld	2
Nvt	9

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Kenmerken

De leeftijdsverdeling in de groep vrouwen met premenstruele symptomen/PMS en in de totale huisarts-bezoekende vrouwelijke populatie in de Nationale Studie is als volgt.

Leeftijd in jaren	PS/PMS n=185	Huisarts- bezoeksters n=56.458
15-24	14%	28%
25-44	77%	54%
45-54	9%	18%

Vrouwen van 25-44 jaar – en zoals uit nadere analyse blijkt: vooral van 30-44 jaar – zijn dus sterk oververtegenwoordigd in de groep vrouwen met premenstruele symptomen/PMS. Ook in de twee andere registraties zijn vrouwen uit de leeftijdscategorie 25-44 jaar oververtegenwoordigd.

Uit de gegevens van de Nationale Studie blijkt dat de groep met premenstruele symptomen/PMS significant vaker in gezinsverband leeft: 75 procent versus 62 procent ($p<0,001$). (Echt)paren zonder kinderen zijn duidelijk ondervertegenwoordigd: 10 versus 21 procent ($p<0,002$). Vrouwen met premenstruele symptomen/PMS zijn bovendien vaker huisvrouw: 47 procent versus 37 procent ($p<0,05$). Er is geen verschil tussen beide groepen in de mate waarin men als eenoudergezin leeft. Ook op het gebied van opleiding onderscheiden beide groepen zich niet. Het verschil is in alle gevallen tweezijdig getoetst.

De gegevens van de CMR-Nijmegen laten een iets ander beeld zien. De Nijmeegse vrouwen met PMS zijn in 65 procent van de gevallen gehuwd, en 58 procent van alle vrouwen met PMS heeft kinderen.

Volgens de gegevens van de Nationale Studie presenteren vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS in drie maanden gemiddeld 2,7 ziekte-episoden (inclusief de episode premenstruele symptomen/PMS). De groep huisartsbezoekende vrouwen van 15-54 jaar in zijn

totaliteit ($n=56.458$) presenteerde in drie maanden gemiddeld 1,9 episoden. Het verschil is significant ($p<0,001$). Het be-

langrijkste verschil tussen beide groepen ligt in het feit of men één of juist meer co-episoden heeft.

Tabel 4 Top 10 van aandoeningen bij vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS en van de totale groep van dezelfde leeftijd. Afgeronde percentages op basis van het aantal vrouwen

PS/PMS-vrouwen		Totale groep vrouwen*	
Nationale Studie n=185		n=56.458	
Anticonceptiepil	9	Anticonceptiepil	22
Infectie bovenste luchtwegen	5	Infectie bovenste luchtwegen	6
Myalgia/fibrositis	4	Ongecompliceerde hypertensie	5
Sinusitis	4	Myalgia/fibrositis	4
Urogenitale candida	4	Geen ziekte	4
Angstig/nervuus	4	Angstig/nervuus	4
Wratten	3	Overig eczeem	3
Lumbago	3	Cystitis	3
Depressie	3	Sinusitis	4
Neurasth./surmenage	3	Slaapstoornis	2
Transitieproject n=112		n=13.829	
Infectie bovenste luchtwegen	17	Anticonceptiepil	15
Anticonceptiepil	13	Infectie bovenste luchtwegen	11
Lage-rugpijn zonder uitstraling	13	Geen ziekte	9
Geen ziekte	12	Uitstrijkje	6
Angstig/nervuus	12	Sinusitis	5
Uitstrijkje	12	Lage-rugpijn	5
Hyperventilatie	6	Ongecompliceerde hypertensie	5
Overig eczeem	6	Overig eczeem	4
Wratten	5	Cystitis	4
Malaise	5	Angstig/nervuus	4

* In de Nationale Studie huisarts-bezoekende vrouwen van 15-54 jaar; in het Transitieproject alle ingeschreven vrouwen van 15-64 jaar.

Tabel 5 Diagnostiek bij premenstruele symptomen/PMS. Afgeronde percentages

	Nationale Studie n=186	Transitieproject n=112
Gynaecologisch onderzoek (mammæ + VT)	22	29
Bloeddruk	9	5
Lichamelijk onderzoek buik	6	4
Overig lichamelijk onderzoek	8	7
Hetero-anamnese	1	—
Hb/leuko-diff./BSE	2	2
Leverfunctie	2	—
Cytologie: cerv\spu\ur	2	3
Glucose	1	—
Nierfunctie	1	—
Radiologie (X)	—	2
Overige	7	2

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Ook in het Transitieproject is er een verschil in het gemiddeld aantal episoden tussen vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS en vrouwen in de totale leeftijdsgroep 15-64 jaar: 5,7 versus 3,1 episoden per jaar. Aangemerkt moet worden dat het bij deze laatste groep om ingeschreven vrouwelijke patiënten gaat (en dus niet om vrouwen die ten minste eenmaal de huisarts bezochten gedurende de registratieperiode). Derhalve ligt het gemiddeld aantal episoden in deze groep waarschijnlijk een derde hoger, omdat jaarlijks rond de 30 procent van de ingeschreven patiënten niet één keer bij de huisarts komt.

De vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS presenteerden nauwelijks andere gezondheidsproblemen dan de totale populatie van 15-54 jaar. Wel hadden vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS duidelijk minder vaak een episode in verband met de pil (tabel 4).

De verschillen in prevalentie van top-tien aandoeningen tussen Transitieproject en Nationale Studie moeten worden toegeschreven aan het verschil in registratieduur. Dat de prevalentie van anticonceptiepil-episoden in de groep 15-64 jaar van

het Transitieproject lager ligt dan bij de groep 15-54 jaar uit de Nationale Studie, moet worden toegeschreven aan het verschil in leeftijdsafbakening. Op hoofdstuk-niveau is er weinig verschil tussen de top-tien van de vier verschillende groepen. Met uitzondering van de episoden 'geen ziekte' en 'malaise' uit het ICPC-hoofdstuk 'Algemeen en ongespecificeerd' die in het Transitieproject meer worden geregistreerd, zijn de klachten afkomstig uit dezelfde ICPC-hoofdstukken.

Beleid

In het Transitieproject werd 75 procent van de episoden premenstruele symptomen/PMS binnen een maand afgerond.

Uit de gegevens van de Nationale Studie blijkt dat in 34 procent van de episoden interne diagnostiek werd verricht; externe diagnostiek werd in 5 procent van de episoden verricht. Tabel 5 laat zien om welke diagnostische handelingen het ging.

De huisartsen uit de Nationale Studie schreven bij 72 procent van alle episoden premenstruele symptomen/PMS één of meer medicijnen voor, de huisartsen uit het Transitieproject bij 63 procent van de episoden. Zoals tabel 6 laat zien, staan hormoonpreparaten op de eerste plaats,

gevolgd door de vitamine-B-preparaten. Psychofarmaca maken slechts 3 procent van de voorgeschreven medicijnen uit. Daarnaast werden zowel in de Nationale Studie als in het Transitieproject vooral voorlichting en advies gegeven.

De huisartsen uit de Nationale Studie verwezen op de 186 episoden vier keer naar een gynaecoloog, één keer naar het maatschappelijk werk en één keer naar een alternatieve genezer. Het is daarbij niet duidelijk of de verwijzingen betrekking hebben op één of op verschillende episoden, van één of verschillende vrouwen. De huisartsen uit het Transitieproject verwezen niet één keer. Huisartsen uit de CMR verwezen in twintig jaar eenmaal naar een gynaecoloog en eenmaal naar een algemeen chirurg. Vier vrouwen kwamen op eigen initiatief bij de gynaecoloog terecht.

Beschouwing

Een fundamenteel probleem bij de registratie van premenstruele symptomen/PMS is, dat deze term weinig zegt over de aard van de klachten. In de literatuur zijn meer dan 150 verschillende symptomen genoemd die kenmerkend zouden zijn voor het premenstrueel syndroom.⁵ Wanneer premenstruele symptomen/PMS als contactreden of als diagnose is geregistreerd, weten we dan ook alleen maar, dat voor de verklaring van de klacht(en) aan de menstruatiecyclus wordt gedacht. Om welke klacht(en) het precies gaat, blijft onbekend.

Sanders schat dat 3-10 procent van de (Britse) vrouwen die cyclisch optredende verschillen in welbevinden rapporteren, hulp zoekt bij de huisarts.⁸ Aangezien men er tegenwoordig van uitgaat dat deze groep 20-40 procent van de menstruerende vrouwen omvat, zou de groep 'hulpzoekers' gevormd worden door 1-3 procent van de menstruerende vrouwen. Dat in dit onderzoek de contactreden premenstruele symptomen/PMS slechts bij 0,4 procent van de menstruerende vrouwen is geregistreerd, kan betekenen dat Nederlandse vrouwen minder hulp zoeken vanwege deze verschijnselen. Het kan ook beteke-

Tabel 6 Medicijnen bij episode premenstruele symptomen/PMS (Nationale Studie) Percentages (n=134)

Hormonen	
- orale anticonceptiva	19
- progestagenen	19
B-vitamines	
- pyridoxine	24
- overige vitamine B	5
Pijnstillers	
- naproxen	9
- overige pijnstillers	3
Diuretica	8
Psychofarmaca	3
Middelen maag/darm kanaal	3
Overige	3
Niet ingevuld	4

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

nen dat de Nederlandse huisarts de klachten niet voldoende onderkent.

Er zijn twee bevindingen die dit weinig aannemelijk maken. Ten eerste noteerden huisartsen in ongeveer 40 procent van de (nieuwe) episoden premenstruele symptomen/PMS een gelijknamige contactreden. Dat betekent dat er bij 60 procent van de episoden dus een andere contactreden was. Dit suggereert dat huisartsen zelfs vaker dan patiënten verschijnselen als premenstruele symptomen/PMS benoemen.

Ten tweede stelt de huisarts bij 70-80 procent van de vrouwen met premenstruele symptomen/PMS als contactreden een episode premenstruele symptomen/PMS vast. Ook dit wijst eerder op een teveel dan op een tekort aan onderkenning van premenstruele symptomen/PMS; uit prospectief onderzoek blijkt immers dat bij 50-75 procent van de vrouwen die wegens premenstruele klachten hulp zoeken, deze klachten niet (uitsluitend) in de premenstruele periode voorkomen.^{25,9}

De uitspraak dat huisartsen premenstruele klachten als 'psychisch' bestempelen, wordt niet bevestigd door de uitkomsten van dit onderzoek. De contactreden premenstruele symptomen/PMS leidde slechts in een zeer klein aantal gevallen tot een diagnose uit de categorie psychische of sociale aandoeningen. Verder beschouwde slechts 15 procent van de huisartsen de achtergrond van de klachten als vooral of geheel psychosociaal van aard.

Het gegeven dat een episode premenstruele symptomen/PMS met name bij vrouwen met partner en kind(eren) wordt vastgesteld, komt overeen met wat Sanders vond voor de Britse huisarts. Dat deze vrouwen vaker huisvrouw zijn, is weinig verbazingwekkend, gezien de cijfers over arbeidsparticipatie van vrouwen met kinderen.²⁰

Ook het feit dat vrouwen met premenstruele symptomen/PMS gemiddeld meer gezondheidsproblemen bij de huisarts presenteren dan vergelijkbare vrouwen, is in overeenstemming met de literatuur. Hoewel het verschil in leeftijdsverdeling tussen beide groepen hiervoor verantwoordelijk kan zijn, lijkt dit niet het geval. De groep huisarts-bezoekende vrouwen van 15-54

jaar omvat immers niet alleen meer oudere maar ook meer jongere vrouwen, die de grotere morbiditeit van oudere vrouwen compenseren. Bovendien is een kenmerk van de groep vrouwen met premenstruele symptomen/PMS dat dezen meer in gezinsverband leven. Dit is nu precies de subgroep van vrouwen met de laagste medische consumptie.²¹ Men zou dan ook bij deze groep eerder minder dan meer gezondheidsproblemen verwachten. Het verschil tussen beide groepen in episoden op het gebied van de anticonceptiepill moet wel worden toegeschreven aan het verschil in leeftijdsopbouw tussen beide groepen.

De verwachting dat in de comorbiditeit episoden op het gebied van de psyche significant vaker aanwezig zouden zijn, is niet bevestigd. Dat kan verband houden met het feit dat voor dit onderzoek gebruik is gemaakt van gegevens uit de huisartsp praktijk, terwijl de literatuur over premenstruele symptomen/PMS vrijwel uitsluitend betrekking heeft op patiënten in de tweede lijn of patiënten die speciale PMS-klinieken bezoeken. De mogelijkheid dat huisartsen psychische problematiek niet voldoende zouden onderkennen, wordt niet bevestigd door de literatuur.²²

Huisartsen doen bij een episode premenstruele symptomen/PMS minder diagnostisch onderzoek dan bij andere gynaecologische aandoeningen.²³ Dit is begrijpelijk omdat een (lichamelijke) oorzaak van premenstruele symptomen/PMS niet bekend is.

In het licht van de literatuur over medicamenteuze behandeling van premenstruele symptomen/PMS is het opmerkelijk dat de huisarts in 70 procent van de episoden een medicijn voorschrijft. De pil kan helpen bij een premenstrueel opgeblazen gevoel en mastopathie.²⁴ Mogelijk is het dan ook terecht dat dit middel in 13 procent van de episoden wordt voorgeschreven. Het feit dat vrouwen in het merendeel van de gevallen juist hulp zoeken vanwege premenstruele stemmingsklachten, pleit hier echter tegen.³ Van progestagenen en de vitamine-B6-preparaten is bewezen dat zij niet beter werken dan een placebo.²⁵ Het gebruik van vitamine B6

met als slogan 'baat het niet, dan schaadt het niet' gaat niet op.²⁶

Vrouwen met een episode premenstruele symptomen/PMS krijgen naast medicatie in zeer veel gevallen – en vaker dan bij andere gynaecologische aandoeningen – voorlichting en advies van de huisarts.²³ Dat is begrijpelijk, gezien de stand van zaken in het onderzoek naar deze klachten. Het feit dat huisartsen toch relatief veel (onwerkzame) medicijnen voorschrijven, zou erop kunnen wijzen dat men niet zo goed uit de voeten kan met een niet-medicamenteuze behandeling van de klachten.

Dankbetuiging

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij een subsidie van het Praeventiefonds. Verder danken wij Dr. B. Tellegen en Drs. H. van Kemnade van de firma PCA voor de statistische ondersteuning. Prof. dr. J. Bensing, werkzaam bij het Nivel, danken wij voor haar kritisch commentaar bij eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

- 1 Gallant SJ, Popiel DA, Hoffman DM, et al. Using daily ratings to confirm premenstrual syndrome/late luteal phase dysphoric disorder. Part II. What makes a 'real' difference? *Psychosom Med* 1992; 54: 167-81.
- 2 Baart ILMA. Bestaat het premenstrueel syndroom? *Huisarts Wet* 1991; 10: 466-71.
- 3 Bancroft J, Williamson L, Warner P, et al. Perimenstrual complaints in women complaining of PMS, menorrhagia, and dysmenorrhea: toward a dismantling of the premenstrual syndrome. *Psychosom Med* 1993; 55: 133-45.
- 4 Schagen van Leeuwen JH. The premenstrual syndrome. Some diagnostic and neuroendocrine aspects [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit, 1991.
- 5 Severino SK, Moline M. Premenstrual syndrome. A clinician's guide. London: The Guilford Press, 1989.
- 6 Anoniem. Medicamenteuze behandeling van het premenstrueel syndroom. *Geneesmiddelenbulletin* 1991; 11: 53-5.
- 7 Morse CA. A critical review of methodological issues and approaches to managing premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1991; 12: 133-51.
- 8 Sanders D. Premenstrual tension. In: McPherson A, ed. *Women's problems in*

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

- general practice. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- 9 Harrison WM, Endicott J, Nee J, et al. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Psychosomatics* 1989; 30: 405-11.
 - 10 Hart WG, Coleman GJ, Russell JW. Psychiatric screening in the premenstrual syndrome. *Med J Aust* 1987; 146: 518-22.
 - 11 Nicolai NJ, Nolen WA, Van Hall EV. Premenstruele syndromen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 743-7.
 - 12 Veeninga A. Psychiatric and psychological aspects of premenstrual syndrome and the climacteric [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992.
 - 13 Keye WR, Hammond C, Strong T. Medical and psychological characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 634-7.
 - 14 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 2: 51-61.
 - 15 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter- & episode- & process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine, University of Amsterdam, 1991.
 - 16 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WHJM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1990.
 - 17 Van der Velden J, Schellevis FG, Van der Steen J. ICPC (International Classification of Primary Care), tabulaire lijst. Utrecht: Nivel 1989.
 - 18 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
 - 19 Van Weel C, Van den Bosch WHJM, Van den Hoogen HJM. De Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen. Een gegevensbestand voor longitudinaal patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1986; 29: 373-7.
 - 20 Hooghiemstra BTJ, Niphuis-Nell M. Sociale atlas van de vrouw. Deel 2: arbeid, inkomen en faciliteiten om werken en de zorg voor kinderen te combineren. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1993.
 - 21 De Bakker DH, Claessens AAMC, Van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel, 1992.
 - 22 Bensing J, Beerendonk Ph. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 50: 595-618.
 - 23 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
 - 24 Graham CA, Sherwin BB. A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive. *J Psychosom Res* 1992; 36: 257-66.
 - 25 Corney RH, Stanton R, Newell R, Clare AW. Comparison of progesterone, placebo and behavioral psychotherapy in the treatment of premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990; 11: 211-20.
 - 26 Katan MB, Van Dusseldorp M. Toxiciteit van hoge doses vitamine B6 en nicotinezuur. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 662-3.

Abstract

Bransen EM, Van der Velden J. Premenstrual tension syndrome in general practice. *Huisarts Wet* 1993; 36(10): 322-7.

Dutch general practitioners' policy towards premenstrual symptoms/PMS was investigated by means of data from three registration projects. As reason for encounter premenstrual symptoms/PMS is registered by 4 in 1000 women in the age-category 15-54. An episode premenstrual symptoms/PMS was assessed by 8 in 1000 women in this age-category. Little support was found for the assumption that GPs regard premenstrual symptoms/PMS as an entirely psychological problem. Women with an episode premenstrual symptoms/PMS are more likely to have a family and present more morbidity to the GP than other comparable women. GPs do not perform a lot of diagnostic procedures in case of premenstrual symptoms/PMS. On the other hand medication is prescribed in 70 percent of the episodes. Referral to a specialist rarely takes place. In that respect the course of action of GPs is not in agreement with the literature. Some reservation towards the figures is required because the nature of the problems that are registered under the code for premenstrual symptoms/PMS is not exactly clear.

Key words Epidemiology; Family practice; Premenstrual syndrome.

Correspondence E.M. Bransen, MA, Aletta, Centrum voor Vrouwegezondheidszorg, Maliesingel 46, 3581 BM Utrecht, The Netherlands.

Huisbezoek bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang?

R.A. DE MELKER
J. VAN DER VELDEN
M.M. KUYVENHOVEN

De Melker RA, Van der Velden J, Kuyvenhoven MM. Huisbezoek bij luchtweginfecties: gezinsgeneeskunde pur sang? *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 532-6

Samenvatting Visites blijken nog steeds een belangrijk onderdeel van het werk van de Nederlandse huisarts te zijn. Uit een secundaire analyse van de Nationale Studie van het Nivel blijkt dat 15 procent van de contacten wegens een luchtweginfectie uit een huisbezoek bestaat. Huisartsen blijken daarbij gericht te werk te gaan. Er bestaan aanzienlijke verschillen per diagnose, contactreden en leeftijd. Relatief hoge percentages huisbezoeken komen voor bij lage-luchtweginfecties, bij koorts als contactreden, bij ouderen en bij jonge kinderen. Het aantal huisbezoeken hangt nauwelijks samen met regio, urbanisatiegraad en afstand. Gezien het belang van het huisbezoek is nader onderzoek noodzakelijk om criteria voor het al of niet afleggen van visites te ontwikkelen.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht; telefoon 030-538.188; fax 030-539.028.

Prof.dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde; J. van der Velden, arts-epidemioloog (Nivel, Utrecht); mw. dr. M.M. Kuyvenhoven, sociologe. Correspondentie: Prof.dr. R.A. de Melker.

Inleiding

In de meeste Westeuropese landen is het aantal huisbezoeken door huisartsen sinds de zestiger jaren sterk gedaald.¹⁻⁶ In Nederland daalde het aantal huisbezoeken in de periode 1965-1987/1988 in een normpraktijk van ongeveer 15 tot 4 per dag.¹² In Noord-Engeland nam in de periode 1969-1980 het aantal huisbezoeken vooral bij patiënten <65 jaar en bij luchtweginfecties af.³⁻⁶ Argumenten om minder huisbezoeken af te leggen zijn onder meer het sterk toegenomen aantal auto's, afspraakspreekuren, betere diagnostische en behandelingsmogelijkheden in de praktijk en onnodig tijdverlies.^{4,7,8} Vooral tijdens diensten blijkt dat veelal met een telefonisch consult volstaan kan worden.⁹ In de USA en Canada is het aantal huisbezoeken nog meer gedaald.¹⁰⁻¹³

Er bestaat de laatste tijd weer aandacht voor het belang van huisbezoeken, ook in landen als Amerika en Canada.¹⁴ Juist een huisbezoek kan de huisarts inzicht geven in leefstijl, omstandigheden en ziektegedrag van de patiënt en zijn gezin, factoren die van belang zijn bij het ontstaan en het al of niet presenteren van ziekten aan de huisarts.^{4,8,15-18}

Omdat omgevings- en gezinsfactoren nauw samenhangen met luchtweginfecties en het presenteren daarvan aan de huisarts is juist bij deze aandoeningen inzicht in leefmilieu en -omstandigheden van belang.^{19,20} De vraag is echter in hoeverre het maken van visites van zoveel belang is dat de geïnvesteerde tijd verantwoord is. Dit geldt zeker voor frequent voorkomende 'gewone' ziekten, die in het algemeen een onschuldig karakter hebben.

Doel van het onderzoek is na te gaan welke praktijk- en patiëntgebonden factoren met het maken van huisbezoeken bij luchtweginfecties samenhangen. De onderzoeksvragen zijn:

- Wat is de relatieve frequentie van huisbezoeken bij luchtweginfecties naar soort contact?
- Bestaat er een samenhang tussen de contactreden in het eerste contact van een nieuwe episode en het percentage huisbezoeken bij luchtweginfecties?

- Hangen mogelijke verschillen in percentage huisbezoeken bij luchtweginfecties samen met patiënt- en praktijkkenmerken?

Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk.^{21,22} In deze studie participeerde een aselechte, gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen (en hun praktijkassistenten), die 335.000 patiënten verzorgen. In 1987-1988 registreerden zij in vier groepen van circa 40 huisartsen successievelijk gedurende drie maanden gegevens van alle contacten met patiënten. Uit dit episode-georiënteerde bestand zijn alle contacten met de belangrijkste diagnostische categorieën (exclusief symptoomdiagnosen) geselecteerd:

H71	otitis media acuta (OMA);
R74	acute bovenste-luchtweginfectie;
R75	sinusitis;
R76/R72	tonsillitis acuta en streptokokkeninfectie;
R77	laryngitis acuta;
R78	bronchi(oli)tis acuta;
R80	influenza;
R84	pneumonie.

De contactredenen werden ingedeeld naar koorts, hoest, keelklachten, verkouden, benauwd, hoofdpijn, oorpijn, algemene malaise en overige op grond van zinvolheid; frequentie van voorkomen speelde vervolgens een secundaire rol.

Als afhankelijke variabele gold de visite, onderscheiden in spoedvisite, afspraakvisite of spontane visite. Als onafhankelijke variabelen zijn een aantal praktijk- en patiëntkenmerken gebruikt. Patiëntkenmerken zijn leeftijd, geslacht en comorbiditeit. Comorbiditeit is geoperationaliseerd in nevenliggende (= andere, in hetzelfde contact gepresenteerde problemen) en onderliggende ziekte (= in hetzelfde contact gemelde, onderliggende aandoening). Praktijkkenmerken in deze studie worden gevormd door de stratificatievariabelen regio, urbanisatiegraad en afstand van het praktijkadres tot het ziekenhuis.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Alleen de contacten met de huisarts zijn bestudeerd. Deze zijn onderverdeeld in eerste contact, herhaalcontact en contact wegens recidief. Alleen de eerst gemelde contactredenen zijn in analyse genomen, evenals de diagnose in de betreffende contacten. Voor de beantwoording van de tweede en derde vraagstelling zijn alleen gegevens uit het eerste contact in beschouwing genomen. Deze contacten zijn het meest frequent en het beslismoment om wel of geen visite af te leggen, is dan het meest essentieel.

In principe zijn steeds bivariate analyses uitgevoerd met behulp van SPSS-X.

Resultaten

Frequentie

Vijftien procent van alle contacten vanwege luchtweginfecties bestond uit een visite (*tabel 1*); dit was zowel bij de eerste contacten als bij de contacten bij recidieven het geval. Bij herhaalcontacten werden vaker visites gemaakt: meer dan 20 procent hiervan was een herhaalvisite. Het percentage visites was het hoogst bij pneumonie, gevolgd door influenza en tonsillitis acuta en bronchitis acuta. Bij de herhaalcontacten was het percentage visites het hoogst bij influenza en pneumonie: bij

ongeveer de helft van die diagnoses werd een herhaalvisite afgelegd. Het percentage herhaalvisites bij acute bovenste-luchtweginfecties, laryngitis acuta, influenza en pneumonie was hoger dan voor eerste contacten en – met uitzondering van pneumonie – ook voor recidiefcontacten.

Van alle visites bij eerste contacten vanwege luchtweginfecties bestond ongeveer 6 procent uit een spoedvisite; alleen bij laryngitis acuta was een kwart van de visites een spoedvisite.

In totaal werd de helft van alle huisbezoeken bij luchtweginfecties gemaakt bij de diagnoses acute luchtweginfecties en bronchitis acuta. Een derde van alle huisbezoeken vanwege luchtweginfecties bij een eerste contact had betrekking op een acute bovenste-luchtweginfectie, eveneens een derde had betrekking op influenza en bronchitis acuta. Driekwart van de herhaalvisites hadden betrekking op bronchitis acuta, pneumonie en acute bovenste-luchtweginfecties.

Contactredenen

Bij bijna tweederde van de contacten waarbij koorts als contactreden werd geregistreerd, werd een visite afgelegd (*tabel 2*). Bij benauwdheid was dit bij één op drie contacten het geval, terwijl bij verkoud-

heid en oorpijn zelden in meer dan 10 procent van de gevallen een visite werd gemaakt. Bij alle diagnoses was het percentage huisbezoeken bij koorts dan ook drie tot zes maal zo hoog als het percentage voor alle contactredenen per diagnose. Bij pneumonieën met koorts als contactreden werd in meer dan driekwart van de gevallen een visite afgelegd. Bij benauwdheid was het percentage huisbezoeken duidelijk hoger dan het gemiddelde bij laryngitis acuta en acute bovenste-luchtweginfecties, en in mindere mate bij bronchitis acuta en pneumonie. Bij algemene malaise werden alleen bij acute bovenste-luchtweginfecties, sinusitis en laryngitis acuta meer visites afgelegd dan gemiddeld voor de betreffende diagnoses (*tabel 2*).

Patiënt- en praktijkenmerken

Het percentage huisbezoeken hing bij alle diagnoses samen met de leeftijd van de patiënt (*tabel 3*). Visites werden vooral bij jonge kinderen en ouderen afgelegd. Bij hoogbejaarden bestond tweederde van de eerste contacten uit een huisbezoek; bij influenza werd in meer dan 80 procent en bij bronchitis acuta en pneumonie bij meer dan driekwart van de eerste contacten een visite afgelegd. Bij jonge kinderen werd bij éénviijfde van de eerste contacten een visite gemaakt; bij influenza was het aantal visites met tweevijfde het hoogste in deze leeftijdscategorie.

Uit nadere analyse door middel van stratificatie blijkt dat bij kleine kinderen (0-4 jaar) het relatief hoge percentage visites niet samenhangt met onderliggende aandoeningen. Bij 65-plussers ging het percentage visites omhoog met de leeftijd, maar die stijging was nog sterker bij mensen met een onderliggende aandoening. Daarbij speelden twee factoren een rol. Ten eerste kwam bij een onderliggende aandoening in alle leeftijdscategorieën een hoger percentage visites vanwege luchtweginfecties voor. Ten tweede was het aandeel patiënten met een onderliggende aandoening bij 65-plussers veel hoger dan in de andere leeftijdscategorieën. Bij een onderliggende aandoening was in ongeveer de helft van de gevallen sprake van Cara; bij bronchitis acuta en pneumonie

Tabel 1 Percentage visites in episoden vanwege luchtweginfecties, onderscheiden naar aard contact. Afgeronde percentages

	N	Eerste contacten	Herhaalcontacten	Recidiefcontacten	Totaal
<i>Bovenste-luchtweginfecties</i>					
- OMA	3.387	13	11	9	12
- tonsillitis acuta/strept.infectie	2.487	22	21	20	22
- acute blwi	11.874	11	20	10	13
- sinusitis	4.444	7	7	3	7
- laryngitis acuta	1.418	8	16	9	13
- totaal	23.590	12	14	9	12
Influenza	1.613	33	47	30	35
Bronchi(oli)tis acuta	6.883	20	25	23	22
Pneumonie	1.600	44	51	53	49
Totaal	33.686	15	22	14	15

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Tabel 2 Percentage visites voor eerste consulten, onderscheiden naar contactreden per diagnose. Afgeronde percentages*

	OMA (n=2067)	Tonsillitis acuta (n=1893)	Acute blw-infectie (n=9207)	Sinusitis acuta (n=2605)	Laryngitis acuta (n=1096)	Influenza (n=1387)	Bronchi(oli)tis acuta (n=3118)	Pneumonie (n=578)	Totaal (n=21951)
Koorts	59	61	60	46	48	65	61	78	61
Hoest	22	18	9	7	9	25	16	35	13
Keel	27	16	6	—	5	8	7	—	10
Verkouden	20	9	8	5	18	12	9	7	8
Benauwd	—	25	27	14	45	—	29	60	34
Hoofdpijn	47	—	10	6	—	31	55	—	11
Oorpijn	8	20	8	11	—	50	—	—	8
Algehele malaise	12	16	21	18	30	33	20	23	23
Overige	8	13	10	3	11	25	22	44	13
Totaal	13	21	11	7	12	19	19	43	15

Toelichting De percentages in deze tabel zijn steeds gebaseerd op het totaal aantal eerste contacten wegens een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld OMA) die geïnitieerd zijn met een bepaalde contactreden (bijvoorbeeld koorts). Van alle eerste contacten met OMA als diagnose, waarbij de contactreden koorts was, bestond dus 59 procent uit een visite.

Tabel 3 Percentage visites voor eerste consulten onderscheiden naar diagnose per leeftijdsklasse. Afgeronde percentages

Diagnose	0-4 (n=4516)	5-14 (n=3207)	15-24 (n=3212)	25-44 (n=6178)	45-64 (n=3018)	65-74 (n=1004)	75+ (n=816)	Totaal (n=21951)
OMA	19	8	3	3	7	5	38	13
Tonsillitis acuta	32	26	11	18	18	36	42	21
Acute blwi	18	10	4	5	7	22	58	11
Sinus	12	5	4	5	8	21	36	7
Laryngitis acuta	27	15	5	5	5	20	44	12
Bronchi(oli)tis acuta	23	12	7	9	14	34	67	19
Influenza	41	38	23	22	27	70	82	33
Pneumonie	25	20	37	37	45	65	78	43
Totaal	21	13	7	8	12	32	62	15

Toelichting De percentages in deze tabel zijn steeds gebaseerd op het totaal aantal eerste contacten in een bepaalde leeftijdsklasse (bijvoorbeeld 0-4 jaar) met een bepaalde diagnose (bijvoorbeeld OMA). Van alle eerste contacten in de leeftijdsklasse 0-4 jaar met OMA als diagnose bestond dus 19 procent uit een visite.

waren er relatief hoge percentages (respectievelijk 73 en 45 procent) en bij otitis media acuta en influenza lage percentages (respectievelijk 26 en 19 procent).

Het percentage huisbezoeken hing nauwelijks samen met regio, urbanisatiegraad of afstand tot het ziekenhuis, behalve voor influenza en pneumonieën; op het platteland werden bij die diagnosen meer visites afgelegd dan in de stad: 36 en 47 procent versus 24 en 37 procent. Uit nadere analyse door middel van stratificatie blijkt echter dat dit leeftijdsgebonden is: er was al-

leen een verschil tussen stad en platteland bij de jongere leeftijdscategorieën, en niet bij 65-plussers.

Beschouwing

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is, dat het percentage huisbezoeken bij contacten wegens luchtweginfecties (15 procent) vrijwel gelijk was aan het gemiddelde voor alle contacten (17 procent),² maar dat er aanzienlijke verschillen per diagnose, contactreden en leeftijd bestonden. Vrijwel alle patiënten met pneu-

monie en koorts als contactreden werden thuis bezocht. Er werden wat vaker visites gemaakt bij herhaalcontacten dan bij eerste contacten en recidiefcontacten. Het aantal spoedvisites was beperkt, behalve bij laryngitis acuta (25 procent). Gezien de ernst van deze aandoening is dit begrijpelijk; bij acuut benauwde kinderen is laryngitis subglottica de meest frequente oorzaak van gevraagde spoedhulp.²³ Huisartsen gaan dus zeer gericht te werk.

Het aantal huisbezoeken in Nederland is ongeveer gelijk aan het aantal in Groot-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Britannië: in Nederland wordt in een normpraktijk ongeveer vier visites per dag afgelegd, in Groot-Britannië ongeveer vijf.²⁻⁵ Marsh vond dat juist het aantal huisbezoeken voor luchtweginfecties sterk was gedaald.³ In de periode 1969-1980 nam het aantal huisbezoeken in Noord-Engeland af van 9,1 tot 5,4 per dag (41 procent). Voor luchtweginfecties was deze afname meer dan 50 procent.³⁻⁵

Een opvallende bevinding is dat bij de contactreden koorts bij alle diagnoses in bijna tweederde van de gevallen een visite gemaakt werd; anderzijds bleef bij de contactreden benauwdheid het aantal beperkt tot ongeveer een derde van het aantal eerste contacten, terwijl er wel een sterke samenhang met de diagnose was (laryngitis acuta en acute bovenste-luchtweginfecties, en in mindere mate bij bronchitis acuta en pneumonie). Daarbij moet bedacht worden dat de contactreden bij een consult niet geheel vergelijkbaar is met de contactreden voor een huisbezoek: huisbezoeken worden (meestal) voorafgegaan door een selectie door praktijkassistente of huisarts. Een patiënt moet een huisbezoek legitimeren. Ook zal de huisarts bij registratie geneigd zijn juist koorts als eerste contactreden te registreren (selecteren).

Het grote aantal huisbezoeken bij de contactreden koorts roept een aantal vragen op: zijn ze medisch geïndiceerd, zijn ze zinvol of geeft de huisarts vooral toe aan de druk van patiënten of hun ouders? Het feit dat de diagnose bij koorts geen rol speelt, maar bij benauwdheid wel, kan erop wijzen dat de huisarts rekening houdt met ongerustheid van patiënten, en dat niet altijd sprake zal zijn van een duidelijke medische indicatie.

Uit onderzoek blijkt dat ouders de betekenis en de gevaren van koorts overschatten, vooral bij kinderen.²⁵⁻²⁷ Men spreekt wel van 'fever phobia'.²⁵ Ouders uit hogere sociaal-economische milieus zijn bezorgder over hersenbeschadiging door koorts dan ouders uit lagere milieus.²⁶ Van belang is dat de opvattingen van huisarts en ouders niet congruent zijn.²⁷ Zo kunnen patiënten c.q. ouders van een kind met verhoogde lichaamstemperatuur ook de ernst van de ziekteverschijnselen willen

uitdrukken. In de literatuur wordt gepleit voor gezondheidseducatie en het besteden van aandacht aan de onjuiste beeldvorming over koorts.^{28,29} Omdat het afleggen van een huisbezoek de onjuiste beeldvorming kan bevestigen, lijkt het van belang een adequate afweging te maken bij het besluit om al of niet een visite te maken.

Bij algemene malaise werden alleen bij acute bovenste-luchtweginfecties, sinusitis en laryngitis acuta meer visites dan gemiddeld afgelegd. Algemene malaise zou iets over de algemene conditie van de patiënt in combinatie met een onderliggende aandoening en mogelijk over de ernstgraad van de luchtweginfectie kunnen zeggen, met name bij ouderen.

De bevinding dat huisbezoeken vooral bij ouderen werden gemaakt, is in overeenstemming met ander onderzoek. In een Engelse huisartspraktijk bleek dat in de periode 1977-1989 het aantal nieuwe huisbezoeken op initiatief van de patiënt voor patiënten <65 jaar was gedaald van 383 naar 95 per 1000; bij de ouderen was er een veel geringere daling: van 115 naar 81 per 1000 bij de 65-74-jarigen, en van 1188 naar 919 per 1000 bij de hoogbejaarden.⁶

Uit het onderzoek van Adam & Ten Cate bleek dat de ernst van de ziekte-toestand, paniek en vervoersproblemen de belangrijkste redenen voor het aanvragen van een visite waren.¹⁷ Relatief ernstige ziekten van de luchtwegen, zoals pneumonieën, komen bij ouderen vaker voor, terwijl ook vervoer moeilijker zal zijn. Huisartsen lijken dus rationeel te werk te gaan.

Dat het aantal huisbezoeken wegens luchtweginfecties nauwelijks samenhangt met regio en urbanisatiegraad, is opvallend. Alleen bij de patiënt met influenza en pneumonie op oudere leeftijd ging de huisarts in de stad frequent op bezoek. Bij eerder onderzoek in de zeventiger jaren werd een duidelijk verschil gevonden voor stad en platteland: respectievelijk 5,8 en 7,6 visites per dag.¹⁷

Uit het onderzoek kan worden afgeleid dat huisartsen bij het maken van huisbezoeken voor en tegen afwegen, gezien het feit dat alleen bepaalde patiëntcategorieën

thuis bezocht worden. Het feit dat Nederlandse huisartsen ook patiënten met luchtweginfecties thuis bezoeken, is een groot goed en toont nogmaals aan dat de benaming 'huisarts' terecht is. Hoewel niemand het belang ervan zal ontkennen, lijkt het noodzakelijk meer inzicht te verkrijgen in de voor- en nadelen van huisbezoeken. Er ontbreken nog steeds duidelijke richtlijnen en criteria waarmee de huisarts kan bepalen voor welke patiënten huisbezoek zinvol is. Meer onderzoek naar de betekenis en achtergrond van huisbezoek is van belang om ook dit aspect van onze huisartsgeneeskunde in stand te houden. Alleen op deze wijze zal ook in een tijd waarin efficiency centraal wordt gesteld, het huisbezoek in stand kunnen worden gehouden.

Dankbetuiging

Met dank aan de heren J.N.H.M. van Snellenberg en H.Ph.H. Abrahamse voor hun bijdrage bij de analyses.

Literatuur

- 1 Van der Hoeven J, Hogerzijl HHW. Medische verrichtingen en de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1965; 8: 168-75.
- 2 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, Nivel, 1992.
- 3 Marsh GN. Efficient care in general practice or how to look after even more patients. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1991: 29-39.
- 4 Whewell J, Marsh GN, Mc Nay RA. Changing pattern of homevisiting in the north of England. BMJ 1983; 286: 1259-61.
- 5 Marsh GN, Mc Nay RA, Whewell J. Survey of home visiting by general practitioners in North-East England. BMJ 1972; i: 487-92.
- 6 Beale N. Daily home visiting in one general practice: a longitudinal study of patient-initiated workload. Br J Gen Pract 1991; 41: 16-8.
- 7 Pereira Gray DJ. Feeling at home. J R Coll Gen Pract 1978; 28: 6-17.
- 8 Marsh GN. Caring for larger lists. In: Anonymous. The future of general practice. London: BMJ Tavistock Square, 1992: 39-52.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

- 9 Marsh GN, Horne RA, Channing DM. A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 301-4.
- 10 Loudon M. Visiting patients in their homes. *JAMA* 1988; 260: 501-2.
- 11 Westbury RC. The electric speaking practice: a telephone workload study. *Can Fam Physician* 1974; 20: 69-76.
- 12 Perrin EC, Goodman HC. Telephone management of acute pediatric illness. *N Engl J Med* 1978; 298: 130-5.
- 13 Knight AL, Adelman AM, Sobal J. House call practices among young family physicians. *J Fam Pract* 1989; 29: 638-42.
- 14 Neuman LZ, Jones JG. Family medicine home visit programs in US and Canada medical schools. *J Med Educ* 1983; 58: 934-40.
- 15 Huygen FJA. Family medicine. The medical life histories of families. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1978.
- 16 Mc Whinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 17 Adam WL, Ten Cate RS. De visite in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 488-93.
- 18 Hennink MP. Criteria voor huisbezoek. *Huisarts wet* 1979; 496-501.
- 19 De Melker RA. Recurrent respiratory tract infections viewed as a natural phenomenon and a problem with multiple causation. *Allgemein Med* 1987; 17: 29-36.
- 20 Graham NMH, Woodward AJ, Ryan P, Douglas RM. Acute respiratory illness in Adelaide children. II. The relationship of maternal stress, social support and family functioning. *Int J Epidemiol* 1990; 19: 937-43.
- 21 Velden J van der, De Bakker DH, Claessen AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Baisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 22 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 23 Smit PTH. Spoedgevallen in de huisartspraktijk. Utrecht/ Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986.
- 24 De Melker RA, Kuyvenhoven MM, Van der Velden J. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bij bovenste-luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1993; 36: 7-10.
- 25 Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984; 79(Suppl): 929-36.
- 26 Kramer MS, Naimark L, Ledus DG. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics* 1985; 75: 1110-3.
- 27 Stephenson MJ. Childhood fever: parental beliefs and management. *Can Fam Physician* 1988; 34: 63-5.
- 28 Van der Meulen P, Uitewaal P, Boomsma LJ, et al. NHG-Standaard Kinderen met Koorts. Wetenschappelijke verantwoording. Utrecht: NHG, 1992.
- 29 Baucher H. Do mothers overestimate the seriousness of their infants illnesses? *J Dev Beh Pediatrics* 1987; 8: 255-9. ■

Abstract

De Melker RA, Van der Velden J, Kuyvenhoven MM. House calls in cases of respiratory tract infections. *Huisarts Wet* 1994; 37(12): 532-6.

House calls are an important part of the duties of Dutch general practitioners. A secondary analysis of the data of the National study of illness and procedures of the Netherlands Institute of Primary Health Care shows that 15 per cent of the contacts in cases of respiratory tract infections are house calls. General practitioners seem to be relatively rational in their decision to make a house call. There are differences in house call figures related to diagnosis, reason for encounter and age. Relatively high rates of house calls are seen in cases of lower respiratory tract infections, 'fever' as reason for encounter, in young children and in elderly. The percentage of house calls does not correlate with region, degree of urbanisation and distance. Further research is necessary to define guidelines for the decision to make a house call.

Key words Family practice; House calls; Respiratory tract infections.

Correspondence Prof.dr. R.A. De Melker, Department of General Practice, Utrecht University, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht, The Netherlands.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn in de huisartspraktijk

D. BIJL
J.B.F. HUTTEN
R. GROL
J. VAN DER VELDEN

Bijl D, Hutten JBF, Grol R, Van der Velden J. Hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1994; 37(4): 142-8.

Samenvatting In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek op basis van gegevens uit de Nationale Studie naar de incidentie, de contactredenen en de diagnoses, de comorbiditeit en het handelen van huisartsen bij hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn. De incidentiegegevens komen overeen met die van andere Nederlandse registratie-onderzoeken. De hoogste incidentie werd gezien bij spanningshoofdpijn (2,1/1000 per 3 maanden). Vooral vrouwen consulteerden hun huisarts voor hoofdpijn. Bij de patiënten bestonden vaak psychosociale problemen en depressieve beelden. Het handelen van huisartsen werd gekenmerkt door veel lichamelijk onderzoek, veel voorlichting en gespreksvoering, met name bij het begin van een episode en bij spanningshoofdpijn ook in bestaande episode. Aanvullend onderzoek werd slechts weinig aangevraagd. Bij hoofdpijn en migraine werden veel medicamenten voorgeschreven, zowel bij het begin als in het vervolg van een episode. Het handelen van de huisarts bij spanningshoofdpijn, en in mindere mate bij hoofdpijn en migraine, sloot dus in hoge mate aan bij de – destijds nog niet gepubliceerde – NHG-Standaard Migraine.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit in de Huisartsgeneeskunde: D. Bijl, huisarts, Prof.dr. R. Grol, hoogleraar huisartsgeneeskunde. Interuniversitair Centrum voor Sociaal-wetenschappelijke Theorievorming en Methode-ontwikkeling, RU Utrecht: J.B.F. Hutten, medisch socioloog. Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel), Utrecht: J. van der Velden, arts-epidemioloog. Correspondentie: D. Bijl, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

Hoofdpijnklaarten vormen een veel voorkomend gezondheidsprobleem. Geschat wordt dat in Nederland 4,5 miljoen werkuren per jaar verloren gaan door werkverzuim ten gevolge van migraine.¹ De meeste hoofdpijnliders zoeken echter geen medische hulp voor hun klachten.²⁻⁴

Epidemiologische studies rapporteren nogal verschillende incidentie- en prevalentiecijfers voor de verschillende hoofdpijnvormen. Dit komt deels voort uit verschillen tussen de gehanteerde definities, deels uit inter-doktervariatie bij het benoemen van hoofdpijnklaarten.⁵ In de VS is migraine het meest voorkomende neurologische probleem (puntprevalentie 20/1000), gevolgd door 'andere ernstige hoofdpijnen' (puntprevalentie 15/1000).⁶ De incidentie van migraine in de VS bedraagt 2,5/1000 per jaar. Het Transitieproject geeft voor migraine een incidentie van 3 en een prevalentie van 7 per 1000 per jaar, voor spanningshoofdpijn een incidentie van 7 en een prevalentie van 10 per 1000 per jaar.⁷ De Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie geeft voor de periode 1978-1982 voor migraine een incidentie van 1,5 en een prevalentie van 5 per 1000 per jaar.⁸ De prevalentie van migraine is bij vrouwen twee- tot driemaal zo hoog als bij mannen.^{9,10}

De International Headache Society (IHS) is voorstander van strengere criteria voor de verschillende hoofdpijndiagnosen.¹¹ Andere onderzoekers propageren het 'severity-model', waarin hoofdpijn wordt beschouwd als een continuum met een wisselende ernst en wisselende combinaties van symptomen, waarbij geen duidelijke diagnostische categorieën onderscheiden kunnen worden.^{12,13} In deze visie zijn de symptomen die men gewoonlijk met migraine associeert, meer een functie van de ernst van de hoofdpijn dan van de diagnose.

De NHG-Standaard Migraine geeft definities voor migraine en spanningshoofdpijn en richtlijnen voor de behandeling van migrainepatiënten.¹⁴ Uitgangspunt is dat hoofdpijn een continuum vormt, waarin migraine als aparte diagnose wordt on-

derscheiden. In dit artikel komen de volgende aspecten van hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn aan de orde:

- incidentie;
- contactredenen en diagnoses;
- comorbiditeit;
- het handelen van de huisarts.

Methoden

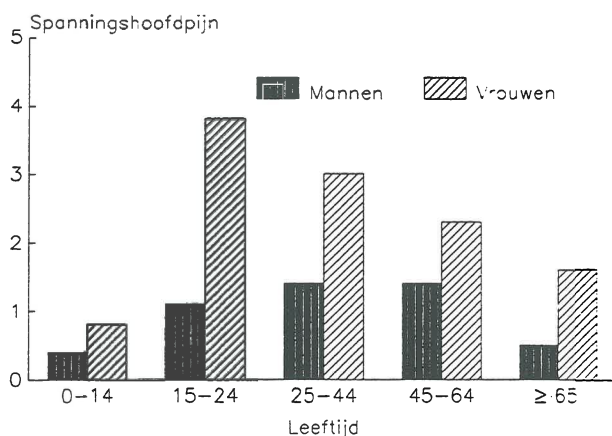
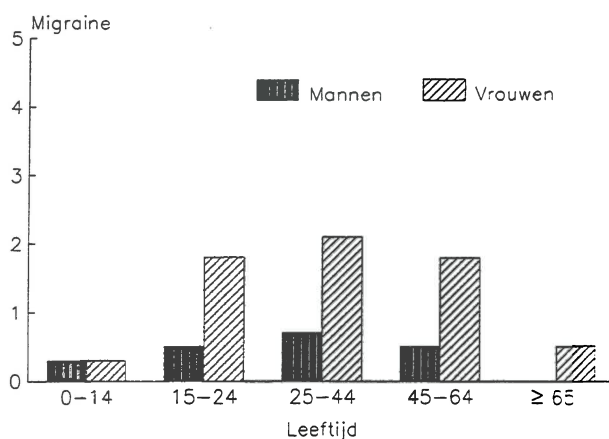
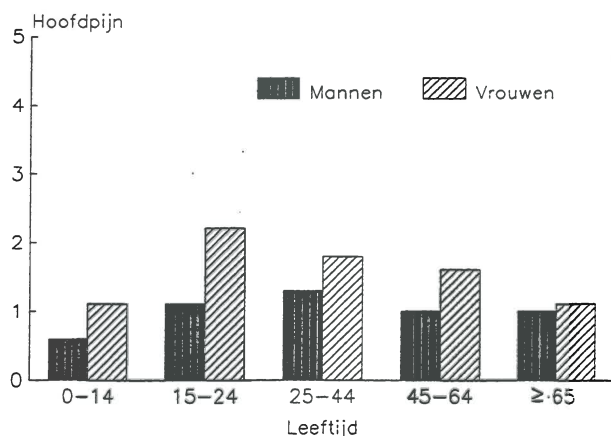
Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.¹⁵ Deze studie is uitgevoerd in de periode van april 1987 tot april 1988, bij een steekproef van 161 Nederlandse huisartsen, met in totaal ongeveer 335.000 patiënten. De 103 deelnemende huisartspraktijken werden aselekt verdeeld in vier groepen. Elke praktijk registreerde gedurende drie maanden alle contacten tussen patiënt en huisarts/praktijkassistent; deze registratie heeft in totaal 386.000 contacten opgeleverd.

Contactredenen en diagnoses werden gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹⁶ Voor de registratie van de diagnoses hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn werden geen nadere diagnostische criteria gebruikt. Medicamenten zijn gecodeerd volgens de Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)-classificatie.¹⁷

Contacten werden achteraf geclusterd in ziekte-episoden; een episode is een periode van ziekzijn, vanaf het ontstaan tot de oplossing ervan.¹⁸ In de Nationale Studie loopt een episode van het eerste tot en met het laatste contact in de huisartspraktijk, binnen de grenzen van de drie maanden durende registratieperiode; elke episode is benoemd naar de diagnose van het laatste contact.

Voor ons onderzoek werden episoden geselecteerd met als definitieve diagnoses N01 (hoofdpijn exclusief sinuspijn, migraine en spanningshoofdpijn), N89 (migraine) en P10 (spanningshoofdpijn). In overeenstemming met de standaard werden met betrekking tot de incidentie alle patiënten in beschouwing genomen, met betrekking tot de andere aspecten alleen patiënten van 18 jaar en ouder.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN



Om inzicht te krijgen in het diagnostisch proces bij patiënten met hoofdpijnklaarten, werden bij alle eerste contacten van nieuwe episoden de contactredenen onderzocht. Om een beeld te krijgen van de andere diagnoses waaronder de drie hoofdpijndiagnosen (tijdelijk) konden schuilgaan, werden de diagnoses die in dit eerste contact gesteld waren, vergeleken met de uiteindelijke diagnoses. Daarvoor werd een selectie gemaakt van alle nieuwe episoden met minimaal twee contacten.

Comorbiditeit is gedefinieerd als het naast elkaar voorkomen van klinische entiteiten die al dan niet met elkaar samenhangen.¹⁹ In dit onderzoek werden twee vormen van comorbiditeit onderscheiden:

- *Onderliggende ziekten:* ziekten of problemen die volgens de huisarts een directe relatie hebben met de contactreden of de diagnose. Deze ziekten of problemen werden gerubriceerd in grote diagnostische entiteiten, zoals Cara en arthrosis deformans, en zijn niet nader gespecificeerd.
- *Parallele episoden:* andere ziekte-episoden waarvoor patiënten tijdens de registratieperiode eveneens hun huisarts consulteerden. Deze episoden behoeven dus geen directe relatie te hebben met de gepresenteerde hoofdpijnklaarten.

De prevalentie van de tien meest voorkomende episoden bij hoofdpijnpatiënten werd vergeleken met die van overeenkomstige episoden van de gehele Nationale Studie. De registratie van zowel de onderliggende ziekten als de parallelle episoden had betrekking op patiënten die in de registratieperiode ten minste één contact met de huisarts hadden.

Voor de analyse van het handelen van de huisarts werd onderscheid gemaakt tussen nieuwe episoden, die betrekking hebben op patiënten die voor de eerste maal hun huisarts bezoeken, en bestaande episoden, die betrekking hebben op patiënten die bij hun huisarts al langer met hoofdpijn

Figuur Leeftijd- en geslachtsspecifieke incidentie van hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn per 1000 personen per 3 maanden

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

bekend zijn. De NHG-Standaard Migraine diende als referentie voor het beschrijven van het handelen van de huisarts, met name bij migraine, en in mindere mate bij hoofdpijn en spanningshoofdpijn.

In de Nationale Studie kon slechts worden geregistreerd of er voorlichting werd gegeven; over de inhoud zijn geen gegevens bekend. Voor de analyse van de medicamenteuze therapie werden de medicamenten geselecteerd die in de NHG-Standaard worden genoemd, aangevuld met de meest frequent voorgeschreven andere medicamenten. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de behandeling van aanvallen en profylaxe.

Resultaten

Incidentie

De incidentie van hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn bedroeg respectievelijk 1,6, 1,2 en 2,1 per 1000 personen per 3 maanden. De huisartsen zagen 2,5 maal zoveel vrouwen als mannen. De incidentie van migraine steeg bij vrouwen sterk met de leeftijd tot het 65e levensjaar; daarna trad een sterke daling in. Hetzelfde patroon, ofschoon minder geprononceerd, zien wij bij spanningshoofdpijn (*figuur*).

Gedurende de drie registratiemaanden werden bij 3496 patiënten van 18 jaar en ouder in total 3518 episoden geregistreerd:

- 1444 met de diagnose hoofdpijn (366 nieuw; 1078 bestaand);
- 1170 met de diagnose migraine (299 nieuw; 871 bestaand);
- 904 met de diagnose spanningshoofdpijn (510 nieuw; 394 bestaand).

Deze 3518 episoden omvatten 4481 contacten; de huisartsen handelden 2826 contacten af en de praktijkassistente 1655. In 1176 gevallen ging het om een eerste contact, in 3305 gevallen om een herhaalcontact of recidief.

Contactredenen en diagnoses

In een groot aantal gevallen was hoofdpijn de reden voor het eerste contact. Daarnaast vindt men als contactredenen symptomen die op grond van de diagnose konden worden verwacht, zoals misselijkheid, braken

Tabel 1 Contactredenen in het eerste contact van patiënten van 18 jaar en ouder met een nieuwe episode hoofdpijn, migraine of spanningshoofdpijn, per 100 episoden per 3 maanden. Afgeronde percentages*

Contactredenen	Hoofdpijn n=366	Migraine n=299	Spannings- hoofdpijn n=510
Hoofdpijn	90	74	86
Symptomen/klachten nek	3	2	14
Algehele malaise	2	1	1
Misselijkheid	2	7	1
Braken	1	7	0,2
Duizeligheid	3	3	3
Visusklachten	—	6	0,4
Hormonale klachten	1	1	—
Ongeval/trauma	4	0,3	0,4
Psychosociale problemen	4	2	7
Bijwerkingen geneesmiddelen/med. handelen	3	—	0,4

* Aangezien per contact maximaal drie contactredenen konden worden geregistreerd, is de som van de percentages >100.

Tabel 2 Diagnosen gesteld in het eerste contact per 100 nieuwe en minimaal 2 contacten omvattende episoden hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn. Afgeronde percentages

Diagnose eerste contact	Hoofdpijn n=81	Migraine n=52	Spannings- hoofdpijn n=84
Hoofdpijn	21	6	4
Migraine	12	69	5
Horton	3	—	—
Spanningshoofdpijn	16	17	43
Surmenage/neuraesthenie	3	2	4
Angst/insufficiëntiegevoelens	6	—	2
Acute stress	1	4	5
Sinusitis	7	4	17
Symptomen/klachten nek	1	—	4
Myalgie/fibrositis	6	2	5
Ongecomp. hypertensie	—	2	2
Virusinfectie NNO/NEC	3	—	1
Algehele malaise	1	—	—
Psychische problemen NEC	—	—	1
Restgroep	54	27	37

Tabel 3 Onderliggende ziekten geregistreerd bij hoofdpijn-, migraine- en spanningshoofdpijnpatiënten van 18 jaar en ouder, per 3 maanden in afgeronde percentages

Diagnose eerste contact	Hoofdpijn n=1444	Migraine n=1170	Spannings- hoofdpijn n=904
Relatie/gezinsmoeilijkheden	4	6	20
Werk/studieproblemen	2	4	15
Depressief beeld	2	2	7
Verslavingsproblematiek	0,5	0,2	0,4
Geweld/mishandeling	0,3	0,3	1
Chronische hartziekte	0,4	0,3	1
Hypertensie	1	1	2
Perifere vaatandoening	0,4	0,3	0,1
CVA	0,3	0,1	0,1
DM	0,3	0,2	0,3
Cara	0,3	0,3	1
Arthrosis deformans	1	0,5	1
Zwangerschap	0,3	0,2	1

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Tabel 4 Top-10 parallelle episoden aantallen per 100 episoden hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn per 3 maanden (in vergelijking met de Nationale Studie) voor patiënten van 18 jaar en ouder. Afgeronde percentages

ICPC per episode	Hoofdpijn n=1444	Migraine n=1170	Spannings- hoofdpijn n=904	Nationale Studie n=260069
Ongecompl. hypertensie	10	7	6	6
Myalgie/fibrositis	6	4	5	2
Anticonceptie	5	5	8	4
Inf. bovenste luchtwegen	5	4	5	3
Angst/nerv. insuff.	8	5	4	2
Slaapstoornissen	7	5	3	2
Geen ziekte	3	2	4	2
Eczeem NEC	3	2	3	2
Depressie	3	3	2	1
Diabetes mellitus	3	1	2	2
Totaal parallelle episoden	2776	1707	1448	

Tabel 5 Diagnostiek met betrekking tot hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn per 100 nieuwe en per 100 bestaande episoden per 3 maanden, voor patiënten van 18 jaar en ouder in afgeronde percentages

	Hoofdpijn		Migraine		Spannings- hoofdpijn	
	nieuw n=366	bestaand n=1078	nieuw n=299	bestaand n=871	nieuw n=510	bestaand n=394
<i>Lichamelijk onderzoek</i>						
- bloeddrukmeting	47	7	36	8	49	24
- KNO	26	4	18	2	25	12
- oog	18	2	21	2	15	6
- wervelkolom	12	2	7	3	30	21
- neurol. onderzoek	18	2	20	4	18	11
Totaal	71	12	60	13	79	48
<i>Aanvullend onderzoek</i>						
Bloedonderzoek	8	2	6	1	7	4
Röntgenonderzoek	3	1	1	0,3	5	4

Tabel 6 Niet-medicamenteuze therapie per 100 nieuwe en per 100 bestaande episoden hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn per 3 maanden, voor patiënten van 18 jaar en ouder in afgeronde percentages

	Hoofdpijn		Migraine		Spannings- hoofdpijn	
	nieuw n=366	bestaand n=1078	nieuw n=299	bestaand n=871	nieuw n=510	bestaand n=394
Gespreksvoering	32	8	33	14	43	38
Voorlichting/advies	48	11	63	20	58	45
Aankijken	11	1	7	0,3	7	5
Dieet	1	—	—	0,1	0,2	0,3
Bedrust	2	0,5	2	0,5	1	1
Medic. zonder recept	5	1	3	1	4	3
Lopende medicatie	0,3	0,2	—	1	1	1
Med. techn. verricht.	4	1	3	1	2	3
Overige	37	9	27	8	38	26

en visusklachten bij migraine. Vooral bij migraine kwam de diagnose van het eerste contact goed overeen met de uiteindelijke diagnose (tabel 2); bij hoofdpijn en spanningshoofdpijn was dit minder het geval. Bij migraine werd in 69 procent van de gevallen de diagnose in het eerste contact gesteld, bij hoofdpijn in slechts 21 procent van de gevallen. Spanningshoofdpijn en hoofdpijn waren de meest voorkomende andere diagnoses waaronder migraine aanvankelijk schuilging. Spanningshoofdpijn werd soms aanvankelijk gediagnostiseerd als sinusitis, hoofdpijn als spanningshoofdpijn of migraine.

Comorbiditeit

- *Onderliggende ziekten.* Bij de contactreden hoofdpijn werd door de huisarts vaak een verband gezien met problemen in relatie en gezin of in werk en studie (tabel 3); dit geldt vooral voor spanningshoofdpijn. Deze problemen besloegen, mét 'depressieve beelden', ongeveer 20 procent van de onderliggende ziekten waarbij een relatie met de contactreden hoofdpijn werd aangenomen.

- *Parallelle episoden.* Bij patiënten met hoofdpijn, migraine of spanningshoofdpijn kwam nevenpathologie vaker voor dan bij de gehele populatie van de Nationale Studie (tabel 4).

Handelen van de huisarts

- *Diagnostiek.* Lichamelijk onderzoek werd vooral verricht bij het begin van een nieuwe episode (tabel 5). Bij bestaande episoden werd bij hoofdpijn en migraine in ongeveer 10 procent van de gevallen lichamelijk onderzoek verricht, bij spanningshoofdpijn in ongeveer 50 procent van de gevallen. Aanvullend onderzoek werd in minder dan 10 procent van de gevallen uitgevoerd, het meest in het begin van een nieuwe episode. Bloedonderzoek bestond voornamelijk uit Hb, BSE en leukocytenaantal. Röntgenonderzoek kwam meestal neer op een schedelfoto; deze werd het meest aangevraagd bij spanningshoofdpijn.

- *Voorlichting en niet-medicamenteuze therapie.* Aan het begin van een nieuwe episode werd meestal voorlichting gege-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

ven (tabel 6). Therapeutische gesprekken kwamen op de tweede plaats. In bestaande episoden van spanningshoofdpijn werd meer gespreksvoering en voorlichting gegeven dan bij hoofdpijn en migraine. Dieetadviezen werden vrijwel niet verstrekt.

• **Medicamenteuze therapie.** Bij het begin van een nieuwe episode werden in gemiddeld 43 procent van de gevallen geen medicamenten voorgeschreven. In bestaande episoden werden bij migraine bijna altijd medicamenten voorgeschreven (93 procent); bij spanningshoofdpijn was dat 63 procent. Specifieke migrainemiddelen – secale alkaloiden, anti-emetica, histamine/serotonine-antagonisten – werden uiteraard vaak voorgeschreven bij migraine, maar soms ook bij hoofdpijn en spanningshoofdpijn. Bij nieuwe migraine-episoden werden in bijna 20 procent van de gevallen secale alkaloiden voorgeschreven; bij bestaande episoden was dat ruim 50 procent (tabel 7).

Bij spanningshoofdpijn werden in zowel nieuwe als bestaande episoden relatief weinig medicamenten voorgeschreven; het meest werd hier paracetamol genoemd, gevolgd door benzodiazepinen en antiflogistica. Paracetamol werd ook vaak bij hoofdpijn voorgeschreven, zowel in nieuwe als in bestaande episoden, gevolgd door acetylsalicylzuur.

Het merendeel van de medicamenten was bestemd voor de behandeling van aanvallen; profylactische behandeling werd in minder dan 10 procent van de gevallen voorgeschreven.

Bij migraine speelden medicamenten de grootste rol. Secale alkaloiden werden, voor zover bekend, voor gemiddeld 5,8 dagen voorgeschreven, in een dagelijkse dosis van gemiddeld 0,44 van de DDD.

• **Verwijzingen.** In 170 episoden vond een verwijzing binnen de eerste lijn plaats (tabel 8), het meest naar de fysiotherapeut, vooral bij spanningshoofdpijn. Ook werd verwezen naar een maatschappelijk werker, vooral bij spanningshoofdpijn. In 126 episoden, vooral bij nieuwe episoden van migraine, werd verwezen naar een medisch specialist, vooral naar de neuroloog.

Tabel 7 Medicamenteuze therapie bij hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn per 100 nieuwe en 100 bestaande episoden per 3 maanden, voor patiënten van 18 jaar en ouder in afgeronde percentages

	Hoofdpijn		Migraine		Spannings- hoofdpijn	
	nieuw n=366	bestaand n=1078	nieuw n=299	bestaand n=871	nieuw n=510	bestaand n=394
Geen behandeling	45	13	43	7	43	37
<i>Aanvalsbehandeling</i>						
– paracetamol (+ combinaties)	22	49	11	9	17	21
– acetylsalicylzuur (+ combinaties)	8	10	8	6	3	3
– antiflogistica	6	4	3	3	5	6
– secale alkaloiden (ergotaminen)	1	4	19	51	1	2
– anti-emetica	1	0,2	9	4	1	1
<i>Profylactische behandeling</i>						
– histamine/serotonine- antagonisten	1	0,4	7	10	3	1
– calciumantagonisten	1	2	9	9	1	3
– benzodiazepinen	4	3	2	3	8	9
– bètablokkers	2	2	5	5	2	5
– thiazinderivaten	1	0,3	1	0,5	3	2
– anti-epileptica	2	1	0,3	1	1	–
– tricyclische anti-depressiva	6	1	–	0,5	1	1

Tabel 8 Verwijzingen naar eerste en tweede lijn per 100 nieuwe en 100 bestaande episoden per 3 maanden, voor patiënten van 18 jaar en ouder in afgeronde percentages

	Hoofdpijn		Migraine		Spannings- hoofdpijn	
	nieuw n=366	bestaand n=1078	nieuw n=299	bestaand n=871	nieuw n=510	bestaand n=394
Fysiotherapie	3	2	1	2	11	12
GGZ	1	0,1	0,3	–	0,4	0,5
Maatschappelijk werk	0,3	0,1	–	0,1	1	1
RIAGG	–	–	0,3	–	0,4	0,3
Neurologie	3	3	4	2	1	3
Oogheelkunde	1	1	1	–	0,2	0,5
Med. specialisten	2	1	1	–	0,2	1

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Beschouwing

De incidentiegegevens van onze studie zijn weergegeven per 1000 personen per 3 maanden. Voor een benadering van de jaarlijkse incidentie kan men de cijfers per 3 maanden vermenigvuldigen met een factor 4.²⁰ De incidentiegegevens van deze studie komen daarmee globaal overeen met de cijfers van andere Nederlandse studies.

Episoden van hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn behoren niet tot de meest frequente in de huisartspraktijk. Vergeleken met hun Amerikaanse collega's blijken de Nederlandse huisartsen de diagnose migraine minder vaak te stellen. Ook uit onze studie blijkt dat vrouwen vaker hun huisarts consulteren voor hoofdpijn. Bij migraine is de vrouw/man-ratio 2,5. Anders dan in het Transitieproject is in ons onderzoek het percentage bejaarden dat de huisarts voor hoofdpijnklachten consulteert, relatief laag.

In het eerste contact stelt de huisarts in het merendeel van de gevallen een waarschijnlijkheidsdiagnose; deze blijft in de loop van de episode gehandhaafd en komt veelal overeen met de contactreden van de patiënt.

Uit de gegevens omtrent de comorbiditeit valt op te maken dat bij patiënten met hoofdpijn, migraine of spanningshoofdpijn relatief vaak sprake is van niet-somatische problemen. Moeilijkheden in relatie of gezin, werk of studie, en depressieve beelden worden frequent als onderliggende ziekten geregistreerd, met name bij spanningshoofdpijn. Tevens vertonen deze patiënten relatief vaak comorbiditeit, waarvoor zij ook hun huisarts consulteren.

Wij zien dus bij hoofdpijn enerzijds een hoog arbeidsverzuim, anderzijds een laag huisartsenbezoek, hetgeen mogelijk samenhangt met het *self-limiting* karakter van de aandoening. Bij patiënten die hun huisarts bezoeken, zien wij een toegenomen comorbiditeit. In dit verband kan men comorbiditeit beschouwen als een determinant voor het consulteren van de huisarts. Eerder hebben wij gerapporteerd over de positieve relatie tussen consultatie van de huisarts en het bestaan van een grote

mate van psychisch onwelbevinden bij migrainelijders en patiënten met ernstige hoofdpijn.⁴

Lichamelijk onderzoek wordt vooral verricht in nieuwe episoden van hoofdpijn en migraine en in bestaande episoden van spanningshoofdpijn. Conform de aanbevelingen van de NHG-Standaard Migraine wordt aanvullende diagnostiek slechts zelden verricht. Huisartsen geven vaak voorlichting en voeren vaak gesprekken bij nieuwe en bestaande episoden van spanningshoofdpijn.

Medicamenten worden het vaakst voorgeschreven bij migraine en het minst bij spanningshoofdpijn. Bij spanningshoofdpijn vindt echter meer gespreksvoering en voorlichting plaats en wordt vaker verwezen, met name naar fysiotherapie en maatschappelijk werk. Uit hetgeen de huisarts aan medicamenten voorschrijft, kan men opmaken dat er een sterke discrepantie bestaat tussen de standaard en de medicamenten die vóór de publikatie van de standaard werden voorgeschreven aan migrainepatiënten. Antiflogistica, paracetamol en anti-emetica worden bij slechts ongeveer 10 procent van de nieuwe migraine-episoden voorgeschreven, en secale alkaloiden bij ongeveer 20 procent, terwijl zij in de standaard als derde keus worden genoemd. In bestaande migraine-episoden wordt in 50 procent van de gevallen een derde-keusmiddel voorgeschreven. De gegevens over de dosering van secale alkaloiden laten zien dat er beperkter wordt voorgeschreven dan door de Nordic Council wordt geadviseerd. Profylactische behandeling van migraine wordt slechts in beperkte mate gegeven.

Wij concluderen dat het handelen van de huisarts bij nieuwe gevallen van hoofdpijn, migraine en spanningshoofdpijn wordt gekenmerkt door een actieve opstelling. In het merendeel van de gevallen wordt aandacht geschonken aan lichamelijk onderzoek, gespreksvoering en voorlichting. Deze actieve opstelling van de huisarts vinden wij ook terug bij bestaande gevallen van spanningshoofdpijn, maar niet bij bestaande gevallen van hoofdpijn en migraine. Is eenmaal de diagnose mi-

graine gesteld en een therapie gegeven, dan krijgt deze kennelijk een routinekarakter. Spanningshoofdpijn wordt vooral bepaald door psychosociale factoren en bevat daardoor voor de huisarts meer aanknopingspunten voor een actief beleid. Deze vorm van hoofdpijn kan daarom worden beschouwd als een typisch huisartsgeneeskundig probleem, dat huisartsen goed hanteren.

Onze gevolgtrekking is dan ook dat het handelen van huisartsen bij spanningshoofdpijn reeds vóór de publikatie van de NHG-Standaard Migraine adequaat was. Voor hoofdpijn en migraine geldt dit alleen voor de nieuwe gevallen.

Dankbetuiging

Met dank aan de leden van de NHG-adviesraad (F. König, A. Groenevelt, M. den Hollander en W. Meyboom) voor hun begeleiding tijdens het onderzoek en hun kritische commentaren, en aan P. Spreeuwenberg voor het mede analyseren van de gegevens.

Literatuur

- 1 Ferrari MD, Kok JG. Migraine: diagnose, pathofysiologie en therapie. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 315-9.
- 2 Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, et al. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. JAMA 1989; 261: 2211-6.
- 3 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
- 4 Donker G, Hutten J, Bijl D. Hoofdbrekens en kopzorgen. Epidemiologie en handelen van patiënt en huisarts bij migraine en andere vormen van hoofdpijn. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 5 Marinus AMF. Interdoktervariatie in het Transitieproject. Huisarts Wet 1990; 33: 4-8.
- 6 Kurtzke JF. Neuroepidemiology. Ann Neurol 1984; 16: 265-77.
- 7 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 8 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWJ, et al. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices. Nijmegen: Universitair Huisart-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

- sen Instituut, 1985: 56.
- 9 Celentano DD, Linet MS, Stewart WF. Gender differences in the experience of headache. *Soc Sci Med* 1990; 30(12): 1289-95.
 - 10 Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267: 64-9.
 - 11 Headache classification committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 1988; 8,suppl 7.
 - 12 Featherstone HJ. Migraine and muscle contraction headaches, a continuum. *Headache* 1985; 25: 194-8.
 - 13 Bass MJ, McWhinney JR, Dempsey BJ, et al. Predictors in outcome in headache patients presenting to family physicians - a one year prospective study. *Headache* 1986; 26: 285-94.
 - 14 Bartelink MEL, Van Duijn NP, Knuistingh Neven A, et al. NHG-Standaard Migraine. *Huisarts Wet* 1991; 34(11): 504-8.
 - 15 Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
 - 16 Lamberts H, Woods M. International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
 - 17 Nordic Council on Medicines 1981-1983. Part I-III. Uppsala: Nordic Council, 1985.
 - 18 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. *Huisarts Wet* 1981; 24: 342-6.
 - 19 Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23: 455-68.
 - 20 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991. ■

Abstract

Bijl D, Hutten JBF, Grol R, Van der Velden J. Headache, migraine and tension headache in general practice. *Huisarts Wet* 1994; 37(4): 142-48.

In this article the incidence, RFE's and diagnosis, comorbidity and the management of migraine, tension headache and other forms of headache in general practice is studied. Incidence figures agree with those of other Dutch morbidity registrations. Incidence was highest

in tension headache (2.1/1000 persons/3 months). Headache as reason for encounter in general practice is most presented by women. Quite often, GPs reported comorbidity in headache patients, in particular psycho-social problems and depression.

The management of headache patients 18 years and older by the GP was compared with the recommendations of the Standard Migraine before this was published. For this purpose all new and old episodes of headache (resp. 366 and 1078), migraine (resp. 299 and 871) and tension-headache (resp. 510 and 394) were selected from the National Survey. The management of headache by the GPs was characterized by many physical examinations, much counselling and information, especially in new episodes and in the case of tension headache also in old episodes. Additional lab and X-ray examinations were rarely performed. In headache and migraine many drugs were prescribed, both in new and in old episodes. We conclude that the management of tension headache by the GPs was already adequate before the Standard was published. For headache and migraine this can only be said of the new episodes.

Keywords Family practice; Headache; Migraine; Tension headache.

Correspondence D. Bijl, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

Wratten: incidentie en beleid in de huisartspraktijk

S. KONING
M.A. BRUIJNZEELS
J.C. VAN DER Wouden
L.W.A. VAN SUIJLEKOM-SMIT

Koning S, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA. Wratten: incidentie en beleid in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1994; 39(10): 431-5.

Samenvatting De incidentie van 'gewone wratten' (*verrucae vulgares*) in de Nationale Studie bedraagt 21,9 per 1000 persoonsjaren. Wratten komen op alle leeftijden voor, maar vaker bij kinderen. In de zomermaanden en op het platteland worden zij door de huisarts minder vaak gezien. Aan de huisarts die beschikt over vloeibare stikstof, worden 50 procent meer wratten aangeboden. De huisarts past in 1 op de 6 gevallen geen therapie toe, schrijft niet vaak medicatie voor, en heeft een voorkeur voor behandeling met vloeibare stikstof. Het verwijscijfer van huisartsen die niet beschikken over stikstof, is tien maal zo hoog dat van stikstof-houdende huisartsen. Door ruimer gebruik van lokale applicatiepreparaten en een bredere beschikbaarheid van vloeibare stikstof zou dit cijfer aanmerkelijk kunnen dalen.

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam:
S. Koning, huisarts-in-opleiding,
Dr. M.A. Bruijnzeels, data-analist,
Dr. J.C. van der Wouden, socioloog-
methodoloog.
Erasmus Universiteit, Afdeling Kinder-
geneeskunde; Academisch Ziekenhuis
Rotterdam Dijkzigt/Sophia Kinderziekenhuis,
Rotterdam: L.W.A. van Suijlekom-Smit,
kinderarts.
Correspondentie: Dr. J.C. van der Wouden.

Inleiding

Wratten behoren tot de twintig meest gestelde diagnoses in de huisartspraktijk.¹ Het gaat om een besmettelijke, virale huidafwijking, die meestal spontaan geneest. Veel patiënten vragen echter om behandeling om cosmetische redenen of wegens pijn, vaak na enige vorm van zelfmedicatie.²⁻⁵

In de literatuur bestaat weinig overeenstemming over de wenselijkheid van therapie, en nog minder over de vraag welke behandeling de juiste zou zijn.²⁻⁶ De thans meest gangbare behandelingsvorm – aanstippen met vloeibare stikstof – geeft organisatorische problemen (transport, opslag, houdbaarheid); daarom is in veel huisartspraktijken een apart wratten-spreekuur georganiseerd. Gemakkelijker hanteerbare koudebronnen, zoals de Histofreezer en de cryoprobe, gaven geen goede resultaten of bleken onpraktisch.^{4,7} In Engeland is het niet beschikbaar hebben van vloeibare stikstof vaak een reden om naar een dermatoloog te verwijzen.⁸

Om inzicht te krijgen in de incidentie van wratten en het beleid van de Nederlandse huisarts op dit gebied, hebben wij een onderzoek verricht met de volgende vraagstelling:

- Wat is de incidentie van wratten, naar leeftijd en geslacht, en is deze afhankelijk van seizoen, regio en urbanisatiegraad?
- Wat is het door de huisarts gevoerde beleid en hoe wordt dit beïnvloed door de leeftijd van de patiënt, de locatie van de praktijk en de directe beschikbaarheid van vloeibare stikstof?

Methode

Wij gebruikten gegevens van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, in 1987 en 1988 uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel). Bij een steekproef van 161 huisartsen in 103 praktijken werden voor alle patiëntcontacten gedurende drie maanden de reden van komst, de diagnose en het gevoerde beleid geregistreerd. Van

alle 333.500 patiënten waren vooraf demografische gegevens verzameld. De registratieperioden waren over het gehele jaar verdeeld (april 1987 t/m maart 1988). Reden van komst en diagnose werden achteraf gecodeerd volgens een door het Nivel gemodificeerde versie van de International Classification of Primary Care (ICPC).⁹

Met behulp van de gegevens van de contactregistratie werden episoden gereconstrueerd. Wij gebruikten in de analyses de episoden waarvan het eerste contact binnen de registratieperiode viel en waarvan bij het laatst geregistreerde contact door de huisarts de diagnose 'wratten' (ICPC-code S03.1) werd gesteld. Binnen deze code valt uitsluitend de 'gewone' wrat (*verruca vulgaris*).

Wij onderscheidden zes categorieën van beleid tijdens het eerste contact:

- voorlichting/gesprek;
- afspraak maken voor specifieke dag binnen 30 dagen (vermoedelijk voor wrattenspreekuur);
- prescriptie;
- aanstippen met vloeibare stikstof;
- kleine chirurgie (scherpe lepel, scalpel, elektrocauter);
- verwijzen.

Onder voorlichting/gesprek vielen alle strategieën waarbij geen interveniërend beleid werd toegepast, dus ook geruststellen en afwachten. Afspraken als 'terug bij geen verbetering' en 'terug over een maand' (>30 dagen) vielen hier eveneens onder.

Terwille van de overzichtelijkheid vond geen weging plaats voor de stratificatiekenmerken van de huisartsensteekproef. Hierdoor zijn er geringe verschillen met een eerdere Nivel-publikatie.¹

Resultaten

Incidentie

Er waren in totaal 1816 nieuwe episoden, waarvan 783 bij mannen en 1033 bij vrouwen (*figuur 1*). Van de verschillende onderzochte variabelen bleken urbanisatiegraad en aanwezigheid van vloeibare stikstof de incidentie het sterkst te beïnvloe-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

den (tabel 1): het incidentiecijfer loopt op met de urbanisatiegraad. De aanwezigheid van vloeibare stikstof in de praktijk gaat gepaard met een hoger incidentiecijfer; deze relatie bleek onafhankelijk te zijn van de urbanisatiegraad.

Beleid

Tabel 2 geeft een beeld van de procentuele verdeling van de door de huisarts gekozen beleidsvorm bij het eerste contact. In 17 gevallen was er een combinatie van beleidsvormen; 16 maal prescriptie in combinatie met kleine chirurgie (11x), stikstof (4x) of een verwijzing (1x).

Van de 254 vervolgspraken werden er 137 gerealiseerd in een geregistreerd herhaalcontact. Bij deze herhaalcontacten was in 60 procent van de gevallen vloeibare stikstof toegepast en in 24 procent van de gevallen kleine chirurgie.

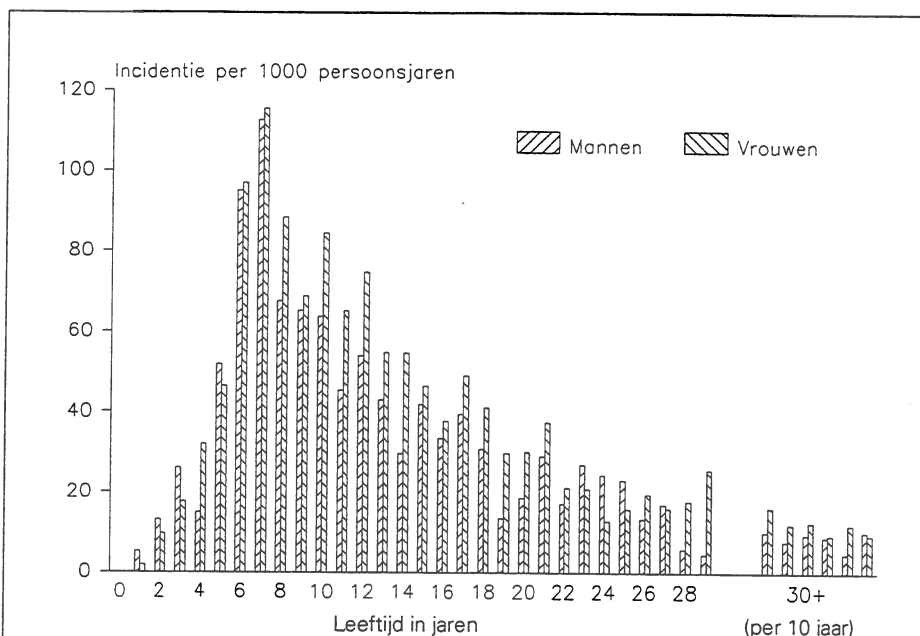
Om het beleid in relatie tot de overige kenmerken te kunnen vergelijken, hebben we ons beperkt tot de in het eerste contact feitelijk uitgevoerde handelingen. Uit figuur 2 blijkt dat alleen 'prescriptie' en 'kleine chirurgie' duidelijk afhankelijk waren van de leeftijd van de patiënt: kinderen kregen vaker een recept en werden minder vaak chirurgisch behandeld dan oudere patiënten. In 80 procent van de 184 gevallen waarin medicatie was voorgeschreven, ging het om een salicylzuurpreparaat.

De aanwezigheid van vloeibare stikstof in de praktijk had een sterke invloed op het beleid (tabel 2). Vanzelfsprekend was er verschil in percentage stikstofbehandelingen (0 versus 55 procent). Door de 'stikstoflozen' werd meer gebruik gemaakt van alle andere mogelijkheden, en relatief het meest van verwijzen (20 versus 2 procent). Plattelandsartsen gebruikten vaker stikstof dan anderen, onafhankelijk van de beschikbaarheid ervan.

Beschouwing

Incidentie

De in de literatuur gegeven incidentie van wratten bij de huisarts varieert. Bergink, Lamberts et al. en Van de Lisdonk et al.



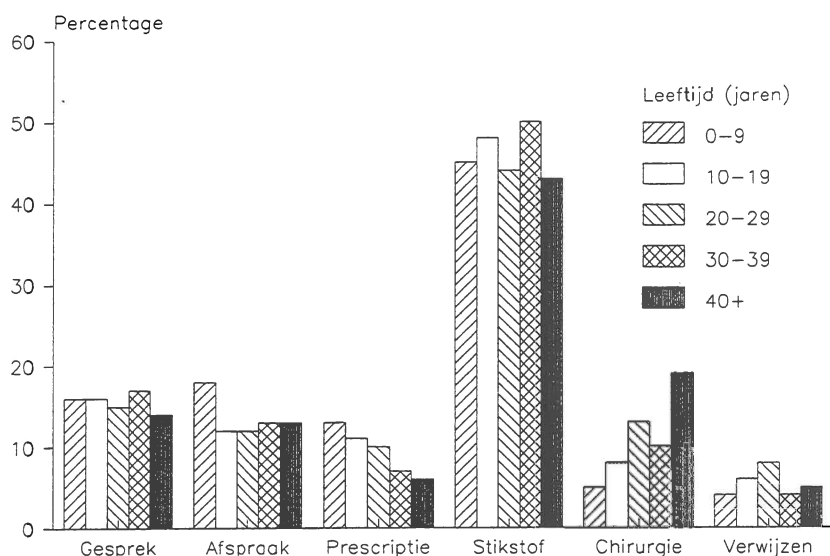
Figuur 1 Incidentie naar leeftijd en geslacht, per 1000 persoonsjaren

Tabel 1 Incidentie van wratten in de huisartspraktijk per 1000 persoonsjaren. Algemeen en naar seizoen, regio, urbanisatiegraad* en aanwezigheid van vloeibare stikstof in de praktijk

	Incidentie	RR (95% BI)†
Algemeen	21,9	
Seizoen		
apr-jun	24,1	jan-mrt t.o.v. jul-sep:
jul-sep	14,4	1,65 (1,42-1,92)
okt-dec	24,6	
jan-mrt	23,8	
Regio		
noord (Gr,Fr,Dr)	24,0	Noord t.o.v. Zuid:
midden (overige)	21,6	1,15 (1,03-1,30)
zuid (N-Br,Li)	20,8	
Urbanisatiegraad		
<30.000	17,6	50.000 t.o.v. :
30-50.000	23,9	1,48 (1,31-1,68)
>50.000	26,1	
Aanwezigheid stikstof		
niet aanwezig	15,5	wel t.o.v. niet:
wel aanwezig	23,9	1,54 (1,37-1,74)

* Urbanisatiegraad= aantal inwoners van de plaats waar de huisartspraktijk gevestigd is.
† RR Relatief risico; BI betrouwbaarheidsinterval.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN



Figuur 2 Beleid naar leeftijd patiënt. In percentages

Tabel 2 Beleid in het eerste contact in percentages.* Algemeen, naar aanwezigheid van vloeibare stikstof in de praktijk en naar afstand van de praktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis.† Percentages

	Totaal n=1816	Wel stikstof n=1501	Geen stikstof n=315
Gesprek/voorlichting	16	14	23
Vervolgafpraak	14	13	17
Prescriptie	10	7	23
Vloeibare stikstof	46	55	0
Kleine chirurgie	10	8	19
Verwijzen	5	2	20
		Zelfde stad n=623	>15 km n=416
Gesprek/voorlichting		17	11
Vervolgafpraak		12	10
Prescriptie		9	7
Vloeibare stikstof		50	65
Kleine chirurgie		10	6
Verwijzen		4	2

* Een combinatie van beleidsopties is mogelijk, waardoor het totaal der percentages meer dan 100 bedraagt.

† 72 praktijken met stikstof, 31 zonder.

‡ Afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. De cijfers hebben alleen betrekking op praktijken waar vloeibare stikstof aanwezig is.

noemen een totale incidentie van respectievelijk 20, 18 en 17 per 1000 persoons-jaren.¹⁰⁻¹² Deze cijfers zijn wat lager dan de onze, terwijl zij betrekking hebben op een grotere categorie, waarin ook verwante huidafwijkingen (mollusca contagiosa, verrucae seborrhoicae en/of condylomata acuminata) zijn opgenomen. Interessant in dit verband is de constatering dat de incidentie van wratten in de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie aanzienlijk is toegenomen in de periode 1971-1988.¹² De in de Nationale Studie gevonden leeftijd- en geslachtsverdeling is vergelijkbaar met die van andere morbiditeitsstudies uit de eerste lijn.

Het opmerkelijk grote verschil in incidentie tussen huisartspraktijken met en zonder vloeibare stikstof lijkt vooral een gevolg van de aantrekkingskracht die vloeibare stikstof op de wrattenpatiënt uitoefent: het aanbod schept de vraag. De lagere incidentie in de zomer illustreert dat het bij wratten gaat om een klacht die uitstel toelaat.

Beleid

In 84 procent van de herhaalcontacten na een specifieke vervolgafpraak werd vloeibare stikstof of kleine chirurgie toegepast; deze vervolgafspraken zullen dan ook meestal verwijzingen naar een wrattensprekkuur zijn geweest. De percentages voor 'stikstof', 'kleine chirurgie' en 'voorlichting/gesprek' als de in het eerste contact *beoogde* therapievorm (tabel 2) zouden bij extrapolatie dan elk enkele procenten hoger zijn.

Gezien de belasting van de behandeling en het feit dat het genezingspercentage bij diverse therapieën niet veel hoger ligt dan het percentage spontane genezingen, wordt routinematige behandeling van alle wratten niet aanbevolen.^{2,13-19} Dat de huisarts in ruim 1 op de 6 gevallen geen behandeling instelt, is daarom niet opmerkelijk.

Wanneer toch voor behandeling wordt gekozen, is voor velen applicatie de eerste keus, al dan niet ter voorbereiding op of in combinatie met chirurgie of stikstoftherapie, en zeker bij jonge kinderen.^{2,16,18-21} In therapie-trials halen diverse middelen een genezingspercentage dat vergelijkbaar is

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

met dat van stikstof.^{16,22} Bij een enquête onder Britse huisartsen zei 99 procent applicaties voor te schrijven.⁸ Het is daarom opvallend dat de Nederlandse huisarts de meer ingrijpende behandelingen, met name die met vloeibare stikstof, verkiest boven medicamenteuze behandeling, ook en bijna even vaak bij jonge kinderen. Een rol hierbij kan spelen dat patiënten vaak zelf al gedurende langere tijd vrij verkrijgbare middelen hebben gebruikt, en van de dokter een andere therapie verlangen.

Het feit dat vier van de vijf voorgeschreven middelen salicylzuurpreparaten zijn, betekent een onverwachte uniformiteit in het voorschrijven.^{2,6,18}

Bij een enquête onder 174 bezoekers van het NHG-congres in 1978 antwoordde 24 procent wratten weleens met vloeibare stikstof te behandelen.²³ Van de huisartsen van de Nationale Studie blijkt 70 procent dat te doen. Dat de beschikbaarheid van stikstof invloed heeft op het beleid (tabel 2), is niet verwonderlijk. De consequentie is echter opvallend groot: de 'stikstofloze' huisarts verwijst tien maal zo vaak – 20 versus 2 procent – en 30 procent van de huisartspraktijken zorgt zo voor tweederde van de wrattenverwijzingen.

Het verwijscijfer (berekend absoluut landelijk aantal ongeveer 27.000 per jaar) is in vergelijking met andere studies laag. Zo was het verwijscijfer in het eerste wrattenconsult in de Continue Morbiditeits Registratie tussen 1971 en 1978 maar liefst 27 procent, dalend naar 5 procent in de periode 1981-1988.¹² In het Transitieproject (1985-1988) bedroeg het verwijscijfer 10 procent.¹¹ Hierbij moet men zich realiseren dat beide cijfers ook betrekking hebben op aandoeningen als condylomata acuminata, die wel veel minder vaak voorkomen, maar relatief veel verwijzingen zullen opleveren. In een recenter artikel uit Groot-Brittannië wordt melding gemaakt van een verwijscijfer van 8 procent.¹⁷ De Nederlandse huisarts lijkt het verwijzen de afgelopen jaren flink te hebben vermindert; de toegenomen beschikbaarheid van vloeibare stikstof lijkt een verklaring hiervoor te zijn.

Conclusie

Wanneer iedere huisarts zou kunnen beschikken over vloeibare stikstof (daartoe zijn eerder oproepen gedaan³⁰), ontstaat een optimaal aanbod aan therapeutische mogelijkheden, waarbij rekening gehouden kan worden met het type wrat, de wensen en de leeftijd van de patiënt. Wanneer dan bovendien alle huisartsen het verwijscijfer van huidige stikstofhouders zouden overnemen, zou het totale aantal wrattenverwijzingen naar de tweede lijn met meer dan 50 procent dalen. Anderzijds dient het niet beschikken over vloeibare stikstof geen reden te zijn om naar een dermatoloog te verwijzen, aangezien de superioriteit van stikstoftherapie boven correcte applicatietherapie in klinisch onderzoek niet is aangetoond.

Dankbetuiging

Onze dank gaat uit naar J. van der Velden, arts-epidemioloog van het Nivel, en naar H.L. van Amerongen, huisarts, voor het kritisch lezen van een eerdere versie van het manuscript.

Literatuur

- 1 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 De Haan M, Weisz FH. Wratten in de huisartspraktijk. Een literatuuronderzoek en een voorstel voor een wrattenprotocol. Huisarts Wet 1984; 27: 162-8.
- 3 Keefe M, Dick DC. Cryotherapy of hand warts; a questionnaire survey of 'consumers'. Clin Exp Dermatol 1990; 15: 260-3.
- 4 Dokkum LA, Van Duijn NP. De behandeling van wratten met vloeibare stikstof: wattenstokje of cryoprobe? Huisarts Wet 1992; 35: 458-60.
- 5 Steele K. Wart charming practices among patients attending wart clinics. Br J Gen Pract 1990; 40: 517-8.
- 6 Steele K, Irwin WG. Treatment options for cutaneous warts in family practice. Fam Pract 1988; 5: 314-9.
- 7 Erkens AMJL, Kuijpers RJAM, Knottnerus JA. Het einde van het wrattensprekuren? Een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van vloeibare stikstof en van de Histofreezer. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 171-4.
- 8 Keefe M, Dick DC. Routine treatment of cutaneous warts: a questionnaire survey of general practitioners. J R Coll Gen Pract 1989; 39: 21-3.
- 9 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 10 Bergink AH. Wratten [Epidemiologische notities]. Huisarts Wet 1988; 31: 266-7.
- 11 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from the Transition Project. Amsterdam: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.
- 12 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- 13 Van der Werf E. Een onderzoek naar het voorkomen en het verloop van wratten bij schoolkinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1959; 103: 1204-8.
- 14 Barr A, Coles RB. Plantar warts. A statistical survey. Trans St John's Hosp Derm Soc 1966; 52: 226-33.
- 15 Barr A, Coles RB. Warts on the hands. A statistical survey. Trans St John's Hosp Derm Soc 1969; 55: 69-73.
- 16 Bunney MH, Nolan MW, Williams DA. An assessment of methods of treating viral warts by comparative treatment trials based on a standard design. Br J Dermatol 1976; 94: 667-79.
- 17 Keefe M, Dick DC. Dermatologists should not be concerned in routine treatment of warts. Br Med J 1988; 296: 177-9.
- 18 Hight AS, Kurtz J. Human papillomavirus (HPV) and warts. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Rook/Wilkinson/Ebling. Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell, 1992.
- 19 Special symposium. Management of warts in children. Ped Dermatol 1987; 4: 36-54.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - ACUTE ZIEKTEN

- 20 Steele K, Irwin WG. Liquid nitrogen and salicylic/lactic acid paint in the treatment of cutaneous warts in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 256-8.
- 21 Oranje AP. Humane-papillomavirusinfecties. In: Oranje AP, De Waard-van der Spek FB. *Aspecten van de kinderdermatologie*. Lochem: De Tijdstroom, 1990.
- 22 Steele K, Shirodaria P, O'Hare M, et al. Monochloroacetic acid and 60% salicylic acid as a treatment for simple plantar warts: effectiveness and mode of action. *Br J Dermatol* 1988; 118: 537-44.
- 23 Van der Voort H. Enkele vaardigheden van de huisarts. *Huisarts Wet* 1980; 23: 218-22.

Abstract

Koning S, Bruijnzeels MA, Van der Wouden JC, Van Suijlekom-Smit LWA. Incidence and management of viral warts in Dutch general practice. *Huisarts Wet* 1994; 37(10): 431-5.

Objective. To assess the incidence of viral warts and the interventions performed by the GP.

Setting A stratified sample of 103 GP practices throughout the Netherlands.

Design Descriptive.

Method In one year, 161 GPs from 103 practices recorded, each during three months, all patient contacts. All new episodes with the diagnosis 'viral warts' were analyzed.

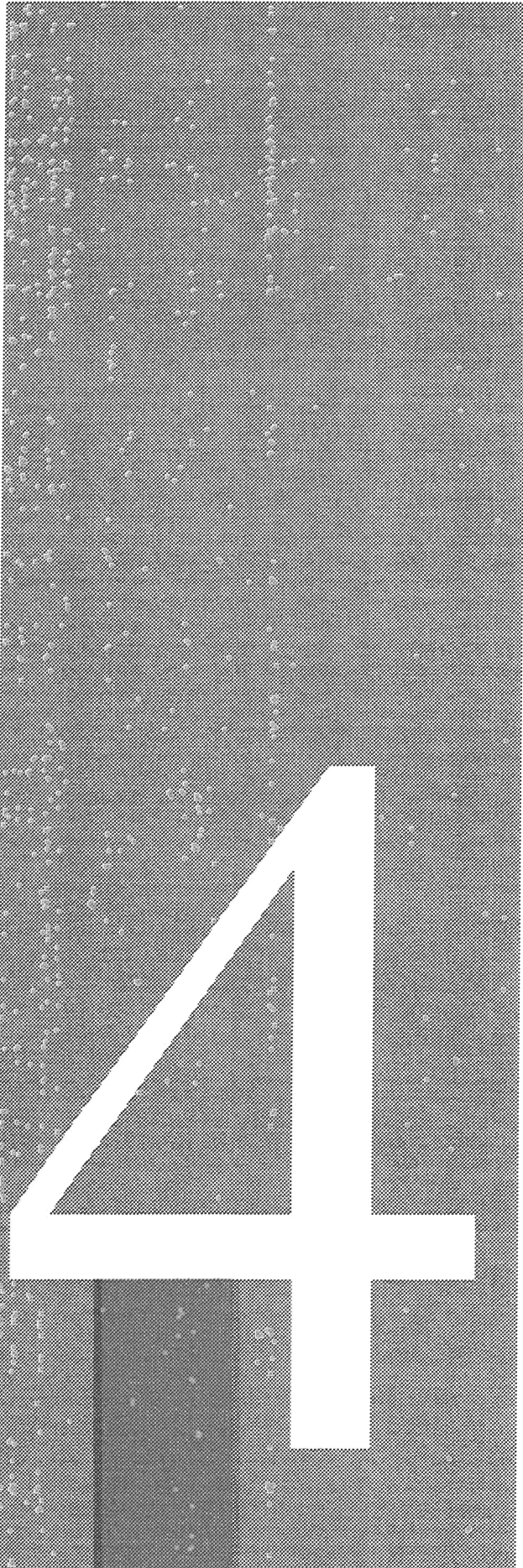
Results The incidence rate is 21.9 per 1000 person years. Viral warts occur at all ages, but

particularly in children. They are less frequently encountered in summer and in rural areas. The availability of liquid nitrogen leads to a 50 percent higher incidence of warts. The GP decides not to treat warts in one out of six cases, infrequently prescribes paints and has a preference for the use of liquid nitrogen. The referral rate among GPs who lack availability of liquid nitrogen is ten times higher than among those who do not.

Both a wider diffusion of liquid nitrogen and a more frequent prescription of paints could reduce the number of referrals of patients with warts.

Key words Family practice; Viral warts.

Correspondence Dr. J.C. van der Wouden, Department of General Practice, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.



ZIEKTEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

3 chronische ziekten

Thuis bij patiënten met een chronische ziekte

F.G. SCHELLEVIS

Schellevis FG. Thuis bij patiënten met een chronische ziekte. Huisarts Wet 1994; 37(12): 527-31.

Samenvatting Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van gegevens uit de Nationale Studie van het Nivel over alle bekende patiënten met diabetes mellitus, Cara, hartlijden, CVA, reumatoïde artritis, dementie en maligne nieuwvorming. In de loop van drie maanden kreeg 27 tot 79 procent (respectievelijk Cara en dementie) van de patiënten een huisbezoek. Van de patiëntfactoren bleek de alleen de leeftijd 2-10 procent van de variantie in huisbezoekfrequentie te verklaren. In de herfst en winter werden meer huisbezoeken afgelegd bij Cara- en bij hartpatiënten. De variatie tussen de huisartsen in het gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken was groot. Tijdens de huisbezoeken kwam vaak ook een andere chronische ziekte aan bod. Nieuw geïdentificeerde ziekten waren vooral gastro-enteritis, decompensatio cordis, myalgie, luchtweginfecties en cystitis. Fysisch-diagnostisch onderzoek werd het meest verricht. Bij 13 procent van de huisbezoeken bij diabeten werd laboratoriumonderzoek uitgevoerd of aangevraagd; bij de andere patiënten varieerde dit van 4 tot 8 procent. In therapeutische zin kwamen een gesprek en een recept het meest frequent voor. Slechts 3-6 procent van de huisbezoeken resulteerde in een verwijzing naar een specialist.

Dr. F.G. Schellevis, huisarts, vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisartseneeskunde / Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek Vrije Universiteit Amsterdam, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-444.8202; fax. 020-444.8181.

Inleiding

De medische zorg voor patiënten met een chronische ziekte is primair een taak voor de huisarts. Door de veelal hoge leeftijd en/of door lichamelijke of geestelijke beperkingen zal een belangrijk deel van deze patiënten niet of niet altijd het spreekuur van de huisarts kunnen bezoeken en wordt de huisartsgeneeskundige zorg dus thuis verleend. Dit onderzoek had tot doel een aantal aspecten van die zorg thuis in kaart te brengen. De volgende vragen dienden daarbij als leidraad:

- Hoe vaak krijgen patiënten met een chronische ziekte een huisbezoek en in hoeverre hangt de frequentie samen met patiëntkenmerken en met het seizoen?
- Hoe vaak leggen huisartsen huisbezoeken af bij deze patiënten?
- Welke ziekten komen tijdens huisbezoeken aan deze patiënten aan de orde en welke nieuwe ziekten worden geïdentificeerd?
- Met welke diagnostische en therapeutische verrichtingen krijgen patiënten tijdens deze huisbezoeken te maken?

Methode

De gegevens voor dit artikel zijn afkomstig van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk van het Nivel.¹ Ten behoeve van deze Nationale Studie zijn door 161 huisartsen gedurende drie maanden gegevens geregistreerd over alle contacten met hun patiënten, zowel tijdens het spreekuur als tijdens huisbezoeken. De gegevensverzameling vond plaats in de periode 1 april 1987 t/m 31 maart 1988. Basisgegevens als leeftijd, geslacht en woonsituatie werden van alle in deze praktijken ingeschreven patiënten verzameld.

Uit het contactregistratiebestand werden alle patiënten geselecteerd die aan het eind van de registratieperiode bekend waren met een van de volgende ziekten:

- diabetes mellitus;
- Cara (astma, chronische bronchitis, emfyseem);
- chronisch hartlijden (chronische ischemische hartziekte, chronisch hartfalen);

- cerebrovasculair accident (CVA);
- reumatoïde artritis;
- dementie;
- maligne nieuwvorming (exclusief maligniteit van de huid en carcinoma in situ).

De patiënten werden 'bekend' geacht, indien deze diagnose in het bestand voorkwam als nieuw gestelde of bekende diagnose of als 'onderliggende ziekte'. Enkele basiskkenmerken van deze patiëntengroepen staan vermeld in *tabel 1*. Patiënten met meer dan één chronische ziekte ('comorbiditeit') zijn meegeteld in alle betreffende patiëntengroepen.

Van de patiënten werden de volgende gegevens gebruikt over alle bij hen afgelegde huisbezoeken:

- aard contact in de episode (eerste contact, herhaalcontact);
- diagnostische verrichtingen;
- diagnose;
- therapeutische verrichtingen.

De diagnose werd door de huisarts in woorden geregistreerd en vervolgens centraal gecodeerd volgens de destijds gebruikte versie van de International Classification of Primary Care (ICPC).² Contacten in verband met eenzelfde diagnose werden achteraf geclusterd tot ziekte-episoden.³

Variabelen

Het aantal huisbezoeken werd bepaald aan de hand van het aantal registratieformulieren van een huisbezoek. Het aantal huisbezoeken per huisarts werd vastgesteld door per huisarts te berekenen hoeveel huisbezoeken gemiddeld waren afgelegd. Deze berekening werd voor elke patiëntengroep afzonderlijk uitgevoerd voor huisartsen met tien of meer van de betreffende patiënten. Deze laatste beperking werd aangebracht om de invloed van een groot aantal huisbezoeken bij één patiënt op het gemiddelde per huisarts te neutraliseren. Bij de ziekten die bij het huisbezoek aan de orde waren ('actuele ziekten') gaat het om de tijdens het huisbezoek gestelde diagnosen. Tijdens een huisbezoek *nieuw geïdentificeerde ziekten* werden gedefinieerd als ziekten waarvan een huisbezoek het chronologisch eerste contact in de

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

ziekte-episode was, terwijl het om een nieuwe, niet eerder gepresenteerde ziekte ging. De aard van de nieuw gepresenteerde ziekten werd ontleend aan de diagnose van de ziekte-episode. De *diagnostische verrichtingen* bestonden uit fysisch-diagnostische handelingen, laboratoriumonderzoek, functie-onderzoek en verwijzing voor beeldvormende diagnostiek. Tot de *therapeutische verrichtingen* werden gerekend: een gesprek of advies, instrumentele behandeling, medicatie (wel/geen recept) en verwijzing.

Als patiëntkenmerken werden *leeftijd*, *geslacht* en *woonsituatie* geselecteerd. De woonsituatie werd ingedeeld in wel/niet alleenstaand. Voor de indeling naar seizoen werd de indeling in de vier registratieperiodes gebruikt: voorjaar (april-juni), zomer (juli-september), herfst (oktober-december) en winter (januari-maart).

Analyse

Alle analyses werden voor iedere patiëntengroep afzonderlijk uitgevoerd. De frequentie van huisbezoeken werd geanalyseerd op groepsniveau. Voor de samenhang met leeftijd werd de Spearman's rangcorrelatie berekend, de samenhang met geslacht en woonsituatie werd getoetst met de Mann-Whitney-toets, de samenhang met het seizoen met de Kruskal-Wallis-toets. In multiële lineaire regressie-analyses werd per patiëntengroep de samenhang tussen het aantal huisbezoeken en de drie patiëntfactoren gezamenlijk geanalyseerd. Als niveau voor statistische significantie werd $p < 0,01$ aangehouden.

Voor het aantal huisbezoeken per huisarts werd de frequentieverdeling van de gemiddelden per huisarts bestudeerd.

De actuele ziekte, de nieuw gepresenteerde ziekten en de verrichtingen werden geanalyseerd op het niveau van het huisbezoek. De ziekten werden zowel afzonderlijk als gegroepeerd tot ICPC-hoofdstukken in de analyse betrokken.

Resultaten

Frequentie van huisbezoek

Van de patiënten met een chronische ziekte kreeg 27-79 procent een huisbezoek

(tabel 2). Meer dan de helft van de patiënten met een CVA, met dementie en met een maligne aandoening kreeg in de drie registratiemaanden minstens één keer een huisbezoek. In alle groepen was er een kleine groep patiënten die wekelijks of nog vaker (≥ 13 in 3 maanden) een huisbezoek kregen. Deze subgroep was in alle groepen kleiner dan 1 procent met uitzondering van de groep patiënten met een maligniteit, van wie 3 procent wekelijks of vaker een huisbezoek kreeg.

Bij zes van de zeven patiëntengroepen was het aantal huisbezoeken bij vrouwen hoger dan bij mannen; alleen bij patiënten met een maligniteit kregen mannen juist vaker een huisbezoek. De man/vrouwverschillen waren in twee groepen niet significant (dementie: $p=0,10$; maligniteit: $p=0,01$).

Ook de woonsituatie hing samen met het aantal huisbezoeken: bij alleenstaanden werd vaker een huisbezoek afgelegd dan bij niet-alleenstaanden; deze verschillen waren statistisch significant, behalve bij de dementiepatiënten. De correlatie tussen leeftijd en het aantal huisbezoeken was in alle patiëntengroepen significant positief, variërend van 0,18 (dementiepatiënten) tot 0,77 (patiënten met een maligne nieuwvorming).

In de multivariate analyse bleek van de drie patiëntfactoren de leeftijd vaak de enige en steeds de meest bepalende factor te zijn voor het aantal huisbezoeken. De leeftijd verklaarde overigens slechts 2-10 procent van de variantie. Het seizoen hing alleen bij Cara-patiënten en bij patiënten met hartlijden significant samen met de huisbezoekfrequentie; bij deze patiënten werd het grootste aantal huisbezoeken in de herfst en de winter afgelegd.

Aantal huisbezoeken per huisarts

Uit tabel 3 blijkt dat het door huisartsen gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken een brede range had. Het hoogste gemiddelde was een veelvoud van het laagste. Patiënten met dementie werden verreweg het meest frequent bezocht, gevolgd door patiënten met een maligniteit en met een CVA.

Actuele ziekte

Logischerwijze kwam tijdens veel huisbezoeken de chronische ziekte waarmee de patiënt bekend was aan bod. Bij diabetes waren er ook relatief frequent ziekten van het hart-vaatstelsel. Bij patiënten met een maligniteit bleek een maligne aandoening van de tractus digestivus, de tractus respiratorius of de vrouwelijke genitalia (inclusief mammae) vaak aan de orde te zijn.

De vijf meest geregistreerde bijkomende diagnosen staan in tabel 4. Opvallend is dat in alle groepen het accent meer ligt op andere chronische ziekten dan op acute ziekten, en dat de patiëntengroepen onderling niet sterk verschillen ten aanzien van de aard van de bijkomende diagnosen.

Nieuw gepresenteerde ziekten

Ziekten waarvan de eerste presentatie tijdens een huisbezoek plaatsvond betroffen vooral het maag-darmstelsel (ICPC-hoofdstuk D), het hart-vaatstelsel (K), het bewegingsapparaat (L) en de luchtwegen (R). Op diagnosesniveau waren de meest frequente ziekten: gastro-enteritis, decompensatio cordis, myalgie, luchtweginfectie en urineweginfectie. Tussen de groepen patiënten waren er daarbij geen duidelijke verschillen.

Diagnostische verrichtingen

Van de diagnostische verrichtingen werd fysisch-diagnostisch onderzoek bij 41-68 procent van de huisbezoeken uitgevoerd; bloeddrukmeting staat op de tweede plaats (tabel 5). Bloedonderzoek werd vooral bij diabetes uitgevoerd (totaal bij 13 procent van de huisbezoeken). De overige vormen van diagnostisch onderzoek werden weinig frequent uitgevoerd of aangevraagd tijdens huisbezoeken.

Therapeutische verrichtingen

Een gesprek en een recept waren de meest toegepaste therapeutische interventies tijdens huisbezoeken. Het patroon van de therapeutische verrichtingen verschilde weinig tussen de groepen patiënten. Tussen 3 en 6 procent van de huisbezoeken eindigde in een verwijzing naar een specialist; verwijzing binnen de eerste lijn vond minder vaak plaats.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Tabel 1 Leeftijd, geslacht en woonsituatie van groepen patiënten met een chronische ziekte

	Diabetes mellitus n=4499	Cara n=8539	Hart- lijden n=8074	CVA n=1687	Reumatoïde artritis n=1331	Dementie n=826	Maligne nieuwvorming n=2203
Leeftijd							
– mediaan	67	50	71	73	65	81	67
– eerste en laatste kwartiel	56/76	20/69	61/79	64/80	52/75	75/85	55/76
Geslacht (percentage mannen)	36	56	52	46	26	33	45
Woonsituatie (percentage alleenwonend)	30	16	30	32	27	51	25

Tabel 2 Aantal huisbezoeken in 3 maanden bij groepen patiënten met een chronische ziekte in percentages van het aantal patiënten

	Diabetes mellitus n=4499	Cara n=8539	Hart- lijden n=8074	CVA n=1687	Reumatoïde artritis n=1331	Dementie n=826	Maligne nieuwvorming n=2203
0	70	73	60	39	64	21	44
1	12	12	15	19	12	23	18
2	6	5	9	13	8	15	10
≥3	12	10	17	29	16	41	29
Absoluut aantal huisbezoeken	3952	6274	10114	3640	1557	2407	5241

Tabel 3 Mediaan en range van het gemiddeld aantal huisbezoeken per huisarts in 3 maanden bij groepen patiënten met een chronische ziekte

	Diabetes mellitus	Cara	Hart- lijden	CVA	Reumatoïde artritis	Dementie	Maligne nieuwvorming
Aantal huisbezoeken	148	161	156	80	40	27	102
Mediaan	0,7	0,6	1,2	2,1	1,1	3,0	2,3
Range	0,1-2,8	0,0-3,0	0,2-3,1	0,3-6,1	0,1-3,6	0,9-5,2	0,1-6,0

Tabel 4 Vijf meest frequente bijkomende diagnoses tijdens huisbezoeken bij groepen patiënten met een chronische ziekte

Diabetes mellitus	Cara	Hart- lijden	CVA	Reumatoïde artritis	Dementie	Maligne nieuwvorming
decompensatio cordis	decompensatio cordis	acute bronchitis	hypertensie	hypertensie	decompensatio cordis	decompensatio cordis
hypertensie	pneumonie	diabetes mellitus	decompensatio cordis	mammacarcinoom	depressie	acute bronchitis
cystitis	hypertensie	pneumonie	depressie	decompensatio cordis	cystitis	hypertensie
angina pectoris	longcarcinoom	depressie	diabetes mellitus	diabetes mellitus	hypertensie	cystitis
ulcus huid	diabetes mellitus	CVA	decubitus	angina pectoris	acute bronchitis	infectie bovenste luchtwegen

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Tabel 5 Verrichtingen tijdens huisbezoeken bij groepen patiënten met een chronische ziekte. Percentages van het aantal huisbezoeken*

	Diabetes mellitus n=3952	Cara n=6274	Hart- lijden n=10114	CVA n=3640	Reumatoïde artritis n=1557	Dementie n=2407	Maligne nieuwvorming n=5241
<i>Diagnostisch</i>							
- bloeddruk meten	9	5	10	14	10	7	3
- gewicht meten	1	-	-	1	1	-	-
- fysische diagnostiek	48	68	60	52	51	42	41
- ECG (eigen beheer)	-	-	-	-	-	-	-
- bloedonderzoek praktijk	8	1	2	2	2	1	1
- urine-onderzoek praktijk	6	1	2	2	2	2	2
- bloedonderz laboratorium	5	2	3	2	4	3	2
- beeldvorm. diagnostiek	1	1	1	1	1	1	1
- ECG (elders)	-	-	-	-	-	-	-
- microbiologisch onderzoek	-	-	-	-	-	-	-
<i>Therapeutisch</i>							
- gesprek/advies	76	76	76	73	75	72	74
- instrumentele behandeling	7	5	6	6	10	8	7
- vaccinatie	1	2	1	1	2	1	1
- recept	43	51	41	35	41	31	30
- verwijzing fysiotherapie	1	2	1	2	2	1	1
- verwijzing 1e lijn	1	1	1	1	1	1	1
- verwijzing 2e lijn	6	5	6	6	5	3	5

* De som van de percentages is meer dan 100: tijdens een huisbezoek kunnen twee of meer verrichtingen plaatsvinden

Beschouwing

Patiënten met een chronische ziekte werden, gemiddeld gezien, vaak thuis bezocht. Gezien het grote aantal patiënten bij wie geen huisbezoek werd afgelegd in de drie registratiemaanden, beperkten de huisbezoeken zich kennelijk tot een specifieke groep patiënten, met uitzondering van de dementiepatiënten. Vrouw-zijn, een hoge leeftijd en alleen wonen waren gerelateerd aan een groter aantal huisbezoeken; deze variabelen zijn niet onafhankelijk van elkaar: leeftijd bleek de meest – zij het weinig – bepalende factor. De gevonden relaties zijn overigens al bij kleine verschillen significant door de grote aantallen patiënten in deze analyses; dat zegt echter weinig over de *relevantie* van de gevonden verschillen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het lage percentage verklaarde variantie van de huisbezoekfrequentie door de leeftijd.

Naast patiëntfactoren bepaalt ook de huisarts hoe frequent huisbezoek wordt afgelegd: de huisartsen verschillen onderling sterk in het aantal afgelegde huisbezoeken; het gemiddelde aantal huisbezoeken per huisarts aan zijn patiënten met een chronische ziekte in de drie registratiemaanden varieerde van 0 tot ruim 6.

Een deel van de variatie in huisbezoekfrequentie zal verklaarbaar zijn door de ernst van de aandoening of de mate van functionele beperking van de patiënt. Hierover waren in dit bestand geen gegevens beschikbaar.

Bij patiënten met een chronische ziekte zal het fenomeen van herhaalvisites regelmatig voorkomen. De gegevens van de Nationale Studie bleken niet bruikbaar om herhaalvisites nauwkeurig in kaart te brengen.

De voor de patiëntengroepen berekende huisbezoekfrequentie is waarschijnlijk een hoge schatting: gedurende de registra-

tieperioden hebben niet alle patiënten contact met de huisartspraktijk gehad, waardoor het werkelijke aantal bekende patiënten groter is dan weergegeven (*Berkson's fallacy*).

Tijdens huisbezoeken komt de chronische ziekte van de patiënt uiteraard aan bod, naast andere, veelal eveneens chronische ziekten. Dit bevestigt eerdere bevindingen betreffende het gelijktijdig voorkomen van meer dan een chronische ziekte bij eenzelfde patiënt (comorbiditeit).⁴ Patiënten met comorbiditeit van chronische ziekten zijn in deze analyse wellicht oververtegenwoordigd vanwege een grotere kans op een huisbezoek dan patiënten zonder comorbiditeit. In deze analyse is niet gecorrigeerd voor comorbiditeit: patiënten met meer dan één chronische ziekte zijn in alle betreffende patiëntengroepen betrokken.

Ziekten waarmee de huisarts voor het eerst tijdens een huisbezoek werd gecon-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

fronteerd, waren vaker van acute aard. Deze ziekte zal nogal eens de aanleiding tot het huisbezoek geweest zijn.

Behalve lichamelijk onderzoek vinden tijdens huisbezoeken niet veel diagnostische verrichtingen plaats; de ogen, oren en handen van de huisarts worden, samen met enkele instrumenten uit de visitetas, voldoende geacht om de diagnose te stellen. Het deel van de huisbezoeken dat wordt afgesloten met een recept of een verwijzing, verschilt niet sterk van het algemene voorschrijf- en verwijscijfer.⁵ In een recent Engels onderzoek, dat zich overigens beperkte tot consulten van patiënten met een chronische ziekte, bleek de frequentie van diagnostische en therapeutische verrichtingen van dezelfde grootte-orde te zijn, met uitzondering van een duidelijk hoger aantal voorschriften.⁶ Vijftien jaar geleden vond *Van der Kooij* bij de analyse van 100 huisbezoeken ook relatief veel klachten op het gebied van hart- en bloedvaten en de ademhalingsorganen; in 9 van zijn 100 huisbezoeken werd laboratoriumonderzoek uitgevoerd.⁷

Het totaalbeeld van de huisartsgeneeskundige zorg tijdens huisbezoeken aan patiënten met een chronische ziekte komt ruwweg overeen met het beeld van de huisartsgeneeskundige zorg in het algemeen: frequent contact met een beperkte groep patiënten, zorg voor tegelijkertijd bestaande ziekten, eenvoudige diagnostiek, matig in het voorschrijven en weinig frequent verwijzen. Dit beeld bevestigt de belangrijke rol van de huisarts in de zorg voor patiënten met een chronische ziekte.

Dankbetuiging

Met dank aan het Nivel in de persoon van drs. H. van Snellenberg voor het beschikbaar stellen van de gegevens voor dit artikel.

Literatuur

- 1 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 2 Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J, red. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst. Utrecht: Nivel, 1989.
- 3 Van der Velden J, De Bakker D, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 4 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk EH, et al. Comorbidity of chronic diseases in general practice. J Clin Epidemiol 1993; 46: 469-73.
- 5 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- 6 Beale N, Searle M, Woodman J. Use made by patients of chronic disease surveillance consultations in general practice. Br J Gen Pract 1992; 42: 51-3.
- 7 Van der Kooij S. Wat doet de huisarts thuis? Huisarts Wet 1979; 22: 501-3.

F.G. Schellevis
J.Th.M. van Eijk
E.H. van de Lisdonk et al.

Richtlijnen en de kwaliteit van de huisartsgenees- kundige zorg

Een evaluatie van de invoering van richtlijnen

.. Writing guidelines is easier than making them work ..¹

Het proces van het formuleren van richtlijnen en het invoeren van richtlijnen in de dagelijkse praktijk is, tot op heden, vooral geëvalueerd op hoog geaggregeerd nationaal niveau²⁻⁶, en in beperkte mate op het niveau van individuele artsen en hun patiënten⁷.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een evaluatie van de invoering van richtlijnen voor de lange-termijnzorg door huisartsen voor patiënten met verschillende chronische ziekten. Deze evaluatie werd zowel op het niveau van de huisarts als op patiëntniveau uitgevoerd aan de hand van de volgende vragen:

- in hoeverre veranderde de werkwijze van huisartsen in vergelijking met de richtlijnen en welke problemen traden op bij het veranderen van de werkwijze?
- in hoeverre traden veranderingen op in ziekte-indicatoren van hun patiënten en in hoeverre werden deze veranderingen door zorg- en patiëntkenmerken beïnvloed?

Methode

Onderzoeksopzet De gegevens werden verzameld in het kader van een niet-gecontroleerd interventie-onderzoek met continue metingen gedurende een periode van 21 maanden vanaf 1 januari 1988. De interventie bestond uit drie elementen: (1) de ontwikkeling van en (2) de invoering van richtlijnen voor de lange-termijnzorg en (3) registratie door huisartsen van hun handelen en van resultaten van metingen bij patiënten. Dit onderzoek maakte deel uit van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het NIVEL⁸.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Selectie van praktijken en patiënten De selectieprocedure werd elders reeds uitvoerig beschreven⁹. Samenvattend namen 15 huisartsen uit zeven praktijken in ZO-Nederland deel aan het onderzoek. Voorafgaande aan het onderzoek identificeerden zij alle patiënten in hun praktijken met een of meer van de volgende ziekten: hypertensie, diabetes mellitus, chronische ischemische hartziekte, chronische aspecifieke respiratoire aandoening, gon- en/of coxartrose. Uit deze groep werden die patiënten geselecteerd die gedurende de gehele onderzoeksperiode van 21 maanden voor hun chronische ziekte onder controle stonden van de huisarts. Dit artikel beperkt zich tot de ziektebeelden hypertensie en diabetes mellitus, zowel wat betreft de werkwijze van huisartsen als de uitkomsten bij patiënten. Deze twee ziektebeelden zijn gekozen omdat de meeste hypertensie- en diabetespatiënten door de huisarts worden gecontroleerd en omdat bloeddruk- en bloedglucosewaarden duidelijk inzicht geven in de ziektestatus. Elders werd over alle vijf genoemde ziekten gerapporteerd¹⁰. Van 613 hypertensiepatiënten en van 95 diabetespatiënten waren gegevens beschikbaar.

De interventie Tijdens de gehele onderzoeksperiode werden maandelijks (met uitzondering van juli en augustus) bijeenkomsten van 1-1,5 uur gehouden met de deelnemende huisartsen. Deze bijeenkomsten vonden plaats in 2-3 subgroepen. Alle huisartsen werden verzocht steeds aanwezig te zijn; indien dit onmogelijk was, was de aanwezigheid van minstens een huisarts per praktijk verplicht.

De eerste zeven bijeenkomsten waren gewijd aan het opstellen van richtlijnen voor optimale lange-termijnzorg bij de vijf genoemde chronische ziekten. Tevoren werden steeds een samenvatting van 'the state of the art' en concept-richtlijnen (beide opgesteld door FS) aan de deelnemers toegezonden. Tijdens de bijeenkomst werden deze besproken en werden de concept-richtlijnen geamendeerd. Van alle bijeenkomsten werd een schriftelijk verslag gemaakt dat tijdens de daarop volgende bijeenkomst werd vastgesteld. Door de aanwezigheid van de eerste auteur bij alle bijeenkomsten konden verschillen tussen de subgroepen worden bediscussieerd. Op deze wijze werd consensus bereikt over de richtlijnen. In tabel 1 staan de belangrijkste aspecten van deze richtlijnen voor de zorg aan patiënten met hypertensie en diabetes mellitus vermeld. Alle deelnemende huisartsen spraken de intentie uit volgens deze richtlijnen te zullen handelen en eventuele verschillen tussen de richtlijnen en het feitelijk handelen te zullen motiveren.

Op de hierop volgende bijeenkomsten stond het handelen van de huisartsen volgens de richtlijnen centraal. Maandelijks werd informatie over de feitelijk verleende zorg aan de huisartsen teruggekoppeld. Deze informatie werd ontleend aan gegevens die de huisartsen zelf hadden geregistreerd (zie verder). Tijdens iedere bijeenkomst werden verschillen tussen de feitelijk verleende zorg en de richtlijnen bediscussieerd, gebruik makend van de methode van onderlinge toetsing¹¹. Bij geconstateerde verschillen werd de huisartsen gevraagd naar belemmeringen om volgens de richtlijnen te handelen. Ook van deze bijeenkomsten werd een schriftelijk verslag gemaakt.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Gedurende de gehele onderzoeksperiode registreerden de huisartsen gegevens over alle contacten die zij met deze patiënten hadden op speciale formulieren. Deze gegevens betroffen zowel handelingen (tabel 1) als uitkomsten van metingen.

TABEL 1.

RICHTLIJNEN	UITKOMSTMATEN	Richtlijnen en uitkomstmaten voor het handelen van huisartsen bij de lange-termijnzorg voor patiënten met hypertensie en met diabetes mellitus
<i>Hypertensie</i>		
– bloeddrukmeting tijdens elk controle-contact	– percentage controle-contacten waarin bloeddruk is gemeten	
– bepaling urine-albumine eens per jaar	– percentage hypertensiepatiënten bij wie urine-albumine is bepaald tijdens de onderzoeksperiode	
– maken van een vaste vervolgspraak na elk controle-contact	– percentage controle-contacten dat is afgesloten met een vaste vervolgspraak	
<i>Diabetes mellitus</i>		
– speciële anamnese met betrekking tot diabetes-specifieke klachten en symptomen	– percentage controle-contacten waarin bloedglucose is bepaald	
– bepaling bloedglucose tijdens elk controle-contact	– percentage controle-contacten waarin het lichaamsgewicht is gemeten	
– meting van lichaamsgewicht tijdens elk controle-contact	– percentage diabetespatiënten bij wie de bloeddruk is gemeten tijdens de onderzoeksperiode	
– bloeddrukmeting eens per jaar	– percentage diabetespatiënten dat tijdens de onderzoeksperiode is gevaccineerd	
– influenzavaccinatie eens per jaar	–percentage diabetespatiënten van wie tijdens de onderzoeksperiode het serumcreatinine is bepaald	
– bepaling serumcreatininegehalte eens per drie jaar	– percentage diabetespatiënten dat tijdens de onderzoeksperiode oogheelkundig onderzoek heeft ondergaan	
– oogheelkundig onderzoek eens per drie jaar		

Uitkomstmaten De werkwijze van huisartsen werd uitgedrukt in een aantal maten behorend bij verschillende aspecten van de richtlijnen (tabel 1). Deze maten geven weer in welke mate het handelen van de huisarts bij zijn patiënten overeenkomt met de richtlijnen. De op patiëntniveau berekende waarden werden hiertoe geaggregeerd naar huisartsniveau. Gegevens over problemen die optraden bij het veranderen van de werkwijze werden ontleend aan de verslagen van de bijeenkomsten. Om het effect van het handelen van de huisartsen bij patiënten na te gaan werden zogenaamde ziekte-indicatoren gekozen die een indruk geven van de status van de patiënt. Wat betreft de hypertensie-patiënten werd

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

het percentage patiënten met een diastolische bloeddruk lager dan 95 mmHg berekend, van de patiënten met diabetes mellitus het percentage normoglycemische patiënten (een bloedglucose lager dan 8.0 mmol/l nuchter of lager dan 10.0 mmol/l niet-nuchter).

Van een aantal patiëntkenmerken werd de samenhang nagegaan met veranderingen van de ziekte-indicatoren, bovendien werd de relatie tussen veranderingen van de ziekte-indicatoren en de geleverde zorg door de huisarts (wel/niet meten van de bloeddruk resp. bloedglucose tijdens elk controle-contact) bestudeerd.

Analyse De werkwijze van de huisartsen en de ziekte-indicatoren van de patiënten werden voor de ziektebeelden hypertensie en diabetes mellitus afzonderlijk geanalyseerd. Analyse vond plaats aan de hand van herhaalde metingen. Hiertoe werd de onderzoeksperiode onderverdeeld in 3 perioden van 6 maanden voor hypertensie en in 5 perioden van 4 maanden voor diabetes mellitus. Deze indeling is ontleend aan de overeengekomen minimum-frequentie van controle-contacten voor deze groepen patiënten (hypertensiepatiënten minimaal eens per 6 maanden, diabetespatiënten minimaal eens per 4 maanden).

De resultaten betreffende de werkwijze van huisartsen zijn weergegeven in de vorm van mediane percentages van het aantal huisartsen ($N=15$) en het bijbehorende 33e en 67e percentiel. De resultaten betreffende de ziekte-indicatoren zijn gepresenteerd als percentages van het aantal patiënten ($N=613$, resp. $N=95$) en het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval. De invloed van huisarts- en patiëntkenmerken werd nagegaan door vergelijking tussen subgroepen. De analyse werd uitgevoerd met behulp van SPSS-X en SPSS-PC.

Resultaten

Werkwijze van huisartsen Ten aanzien van patiënten met hypertensie zijn de deelnemende huisartsen in toenemende mate gaan handelen in overeenstemming met de richtlijnen, zowel wat betreft het meten van de bloeddruk als het vastleggen van een vervolgspraak (tabel 2). Dit blijkt uit de toename van het mediane percentage, maar ook uit het kleiner worden van het 33-67%-interval. In de laatste periode maten vrijwel alle huisartsen bij alle patiënten de bloeddruk tijdens een controle-contact en sloot de helft van de huisartsen meer dan 90% van de controle-contacten af met een vervolgspraak. Vijf huisartsen scoorden in de eerste periode al 100% op beide handelingen en bleven op dit niveau, voor het meten van de bloeddruk nam de score van 6 huisartsen met minstens 10% toe, voor het maken van een vervolgspraak nam de score van 5 huisartsen met minstens 10% toe. Het handelen ten aanzien van het bepalen van de urine-albumine week hiervan duidelijk af: slechts bij 68 van de 613 hypertensiepatiënten werd een of meer keren deze bepaling verricht; tussen de huisartsen waren hierbij geen duidelijke verschillen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

TABEL 2

	BLOEDDRUK METEN	VERVOLGAFSPRAAK MAKEN	
Periode	% (33-67 percentiel)	% (33-67 percentiel)	
1	90.2 (84.7-97.0)	83.5 (72.2-95.7)	
2	98.9 (97.1-100.0)	92.6 (90.9-99.3)	
3	99.6 (98.2-100.0)	92.3 (85.1-100.0)	

Handelen van huisartsen (N=15) bij patiënten met hypertensie. Mediane percentages en 33e en 67e percentiel per periode van 6 maanden. Gemiddeld aantal patiënten per huisarts: 40.9 (range 1-111)

Ook bij patiënten met diabetes mellitus zijn de huisartsen in toenemende mate volgens de richtlijnen gaan handelen (tabel 3). Met name het bepalen van de bloedglucosespiegel werd in toenemende mate verricht tijdens de onderzoeksperiode. Twee huisartsen hadden al in de eerste periode een score van 100% en bleven op dit niveau, de score van 5 huisartsen nam met minstens 10% toe tussen de eerste en de laatste periode. De mate waarin het lichaamsgewicht werd gemeten bleef hierbij achter en fluctueerde nogal. Veertien van de 15 huisartsen maten bij al hun diabetespatiënten minstens tweemaal de bloeddruk tijdens de onderzoeksperiode. Drie huisartsen vaccineerden 100% van hun diabetespatiënten tegen influenza. Wat betreft het bepalen van het serumcreatinine zouden, op basis van extrapolatie tot een periode van 3 jaar, drie huisartsen volledig conform de richtlijnen hebben gehandeld. Voor het oogheeskundig onderzoek zou slechts 1 huisarts op een geëxtrapoleerde 100% uitkomen.

TABEL 3

	BLOEDGLUCOSE BEPALEN	LICHAAMSGEWICHT METEN	
Periode	% (33-67 percentiel)	% (33-67 percentiel)	
1	76.5 (66.7-81.0)	50.5 (31.8-52.8)	
2	82.1 (68.8-85.7)	52.1 (30.0-54.2)	
3	85.7 (78.6-87.5)	64.3 (35.0-66.7)	
4	83.3 (77.1-83.3)	44.4 (12.5-47.2)	
5	89.6 (80.0-91.8)	55.0 (25.8-56.3)	

Handelen van huisartsen (N=15) bij patiënten met diabetes mellitus. Mediane percentages en 33e en 67e percentiel per periode van 4 maanden. Gemiddeld aantal patiënten per huisarts: 6.3 (range 1-16)

Problemen bij invoeren van de richtlijnen De verschillen tussen het feitelijk handelen en de richtlijnen traden vaak op voor handelingen die niet routinematig tijdens elk controle-contact dienden plaats te vinden, maar intermitterend, bijvoorbeeld eens per jaar. De huisartsen gaven aan dat dit in praktijkorganisatorische zin moeilijk als vaste routine is in te bouwen. Verschillen tussen huisartsen in het volgen van de richtlijnen werden nogal eens toegeschreven aan hobby's: sommigen waren sterk gemotiveerd om een vaccinatiegraad van 100% te bereiken, anderen legden meer nadruk op het oogheeskundig onderzoek. Ook het ontberen van specifieke vaardigheden (b.v. fundoscopie) werd als een verklaring voor verschillen tussen huisartsen genoemd. Weerstand van huisartsen tegen

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

uniformering van het handelen door het volgen van richtlijnen kwamen naar boven via discussies over individuele patiënten op wie de richtlijnen niet toepasbaar waren.

Ziekte-indicatoren Het percentage hypertensiepatiënten met een diastolische bloeddruk onder 95 mmHg veranderde nauwelijks gedurende de onderzoeksperiode. (tabel 4)

TABEL 4.

Aantal hypertensiepatiënten met diastolische bloeddruk < 95 mmHg. Percentages en 95%-betrouwbaarheidsinterval (CI) per periode van 6 maanden, totaal en gecontroleerd voor geleverde zorg door de huisarts en terugkomst van de patiënt	Totaal (N=613)	Geleverde zorg: mate van overeenstemming met de richtlijnen		Terugkomsttrouw	
	% (95% CI)	< 100% (N=78)	100% (N=500)	< 100% (N=183)	100% (N=414)
Periode		% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
1	74 (70.0-78.0)	76 (63.4-86.4)	74 (69.2-77.8)	79 (69.6-87.1)	73 (68.2-77.2)
2	71 (66.4-74.6)	67 (54.0-78.7)	71 (66.5-75.2)	63 (52.2-73.3)	72 (67.7-76.5)
3	74 (70.2-78.2)	77 (62.5-87.2)	74 (69.5-78.1)	65 (54.1-74.6)	77 (72.2-80.9)

Of de huisarts tijdens elk controle-contact de bloeddruk mat of niet had geen duidelijke relatie met dit percentage. Van de patiënten met een goede terugkomstrouw (aantal plaatsgevonden controle-contacten conform de richtlijnen) kregen meer een diastolische bloeddruk < 95 mmHg dan van de patiënten die minder trouw waren. Andere patiëntkenmerken als geslacht, leeftijd, initiële bloeddruk en bloeddruk bij aanvang van het onderzoek lieten geen grote verschillen zien wat betreft het beloop van het percentage normotensieve patiënten.

Het percentage diabetespatiënten met een normoglycemische status fluctueerde sterk tijdens de onderzoeksperiode met een dieptepunt in de 4e periode (tabel 5). Van de patiënten bij wie de huisarts tijdens alle controle-contacten het bloedglucosegehalte bepaalde werd een hoger percentage normoglycemisch dan van de patiënten bij wie de huisarts dat niet consequent bepaalde. De terugkomstrouw van patiënten ten aanzien van controle-contacten had geen duidelijke relatie met het percentage normoglycemische patiënten in de loop van de tijd. Van de overige patiëntkenmerken hadden het vrouwelijk geslacht, een hoge leeftijd en een hoge bloedglucosespiegel bij aanvang van het onderzoek een positief verband met (een stijging van) het percentage normoglycemische patiënten.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

TABEL 5.

Periode	Geleverde zorg: mate van overeenstemming met de richtlijnen			Terugkomtrouw		Aantal diabetes mellitus-patiënten met normoglycemie. Percentages en 95%-betrouwbaarheidsinterval (CI) per periode van 4 maanden, totaal en gecontroleerd voor geleverde zorg door de huisarts en terugkomtrouw van de patiënt
	Totaal (N=95)	< 100% (N=50)	100% (N=44)	< 100% (N=39)	100% (N=55)	
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	
1	47 (34.3-59.8)	61 (43.4-76.0)	27 (11.6-47.8)	40 (16.3-67.7)	49 (34.4-63.7)	
2	44 (30.9-58.6)	39 (21.5-59.4)	50 (29.9-70.1)	39 (13.9-68.4)	46 (30.7-62.6)	
3	49 (35.6-62.7)	47 (28.3-65.7)	52 (32.0-71.3)	33 (26.6-78.7)	48 (32.0-63.6)	
4	32 (20.3-45.0)	22 (8.6-42.3)	39 (22.9-57.9)	29 (10.3-56.0)	33 (19.1-48.5)	
5	47 (33.6-61.2)	39 (20.2-59.4)	55 (35.7-73.6)	33 (26.6-78.7)	45 (29.3-61.5)	

Discussie

De werkwijze van de huisartsen bij de lange-termijnzorg voor patiënten met hypertensie en diabetes mellitus veranderde gedurende de onderzoeksperiode in de gewenste richting. Dit komt tot uiting in het stijgende percentage handelingen conform de richtlijnen en een afname van de variatie tussen de huisartsen. De problemen die optraden bij het invoeren van de richtlijnen in de huisartspraktijk waren legio. Tijdens de huisartsbijeenkomsten werden hiervoor vaak praktische oplossingen voorgesteld, waarvan een aantal ook gerealiseerd is. De ziekte-indicatoren van patiënten veranderden niet noemenswaardig. Een aantal patiënt- en zorgkenmerken leek positief samen te hangen met een betere instelling van de bloeddruk, resp. bloedglucosespiegel.

Methodologisch gezien zouden de waargenomen effecten in dit onderzoek alleen dan aan de gepleegde interventie toe te schrijven zijn indien deze voorafgegaan zou zijn door een registratie van het handelen zonder interventie tijdens een 'controle-periode' of indien gebruik gemaakt zou zijn van een controlegroep. Om diverse redenen waren geen van beide opties in dit onderzoek haalbaar. Hierdoor is het ook niet mogelijk onderscheid te maken tussen de effecten van de verschillende onderdelen van de interventie afzonderlijk (opstellen van richtlijnen, invoeren van richtlijnen en registratie van het handelen). Overigens kleven aan het gebruik van gegevens uit een controleperiode of uit een controlegroep ook bezwaren. Het gedetailleerd registreren van het handelen door huisartsen is een interventie op zich. Huisartsen van een controlegroep zouden gevraagd moeten worden hun werkwijze niet te veranderen, geen kennis te nemen van publicaties en geen nascholing te volgen die hun werkwijze in de richting van de interventie zou kunnen beïnvloeden. Dit lijkt moeilijk haalbaar. Elders zijn overigens ervaringen opgedaan

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

met onderzoeksdesigns die aan bovengenoemde bezwaren enigszins tegemoet komen¹².

Het is voorstelbaar dat de mate waarin het handelen van huisartsen overeenkomt met richtlijnen niet gekoppeld is aan een ziekte maar een algemeen huisartskenmerk is. Om dit na te gaan werd een totaalmaat geconstrueerd voor de mate waarin de werkwijze van de huisarts bij de vijf chronische ziekten overeenkwam met de richtlijnen. Hiertoe werd per ziektebeeld een score berekend en werden de huisartsen op basis van de hoogte van de score in drie groepen van vijf huisartsen verdeeld. Van de 15 deelnemende huisartsen was er een wiens score voor het handelen bij alle vijf onderzochte ziektebeelden steeds in de hoogste groep viel; drie huisartsen scoorden bij alle vijf ziektebeelden in de laagste groep. De veronderstelling dat het handelen van huisartsen eerder een algemeen huisartsgebonden dan een specifiek ziektegebonden kenmerk is, kon derhalve niet worden bevestigd.

Evaluatie van de werkwijze van huisartsen op basis van door hen zelf geregistreerde gegevens draagt het risico in zich van bewuste of onbewuste overschatting van het feitelijk handelen; daarnaast is een gebrekkige registratiediscipline een bron van mogelijke onderschatting. Gebrekkige registratie houdt overigens verband met een lage kwaliteit van zorg¹³.

De duidelijkste veranderingen in de werkwijze van huisartsen vonden logischerwijze plaats ten aanzien van handelingen die routinematig tijdens elk controle-contact uitgevoerd dienden te worden en die direct bruikbare informatie opleverden. Handelingen die minder vaak dienden plaats te vinden en/of geen direct bruikbare informatie opleverden, zoals preventieve activiteiten, waren minder aan verandering onderhevig. Deze bevinding verdient aandacht bij programma's voor het invoeren van richtlijnen.

In dit onderzoek is de invoering van richtlijnen geëvalueerd die door de deelnemende huisartsen zelf zijn opgesteld. In vergelijking met de naderhand gepubliceerde standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap^{14,15}, geven deze richtlijnen minimale zorg weer. Volledige overeenstemming tussen de werkwijze van de huisartsen met de richtlijnen was daarom geen onredelijke eis. Waarom dit niet gerealiseerd is, is vooralsnog onduidelijk. Wellicht is het terugkoppelen van informatie over het eigen handelen onvoldoende geweest¹⁶, en zou intensievere feedback, bijvoorbeeld over het handelen bij individuele patiënten¹⁷, meer effect sorteren.

Het handelen volgens richtlijnen heeft tot doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Deze verbetering zou meetbaar moeten zijn op patiëntniveau, hoewel dit nog nauwelijks empirisch onderbouwd is¹. In dit onderzoek is een dergelijk verband geëxploreerd door een relatie te leggen tussen het handelen van huisartsen (meten van bloeddruk resp. bloedglucose) en de uitkomsten bij patiënten (aantal patiënten met een acceptabele instelling van bloeddruk resp. bloedglucose). De resultaten leveren geen duidelijk beeld van deze relatie op. De gekozen uitkomstmaten zijn te beschouwen als korte-termijn indicatoren en zijn relevant omdat huisartsen hun beleid in belangrijke mate hierop baseren. In termen van gezondheidsuitkomsten zijn het echter intermediaire variabelen die slechts tot op zekere hoogte uitkomsten in termen van morbiditeit en mortaliteit voorspellen. Vervolgonderzoek zou zich dan ook dienen te richten op morbiditeit en mortaliteit in relatie tot het handelen van huisartsen op de lange termijn.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Samenvatting

In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre de invoering van richtlijnen voor de lange-termijnzorg door huisartsen aan patiënten met hypertensie of diabetes mellitus veranderingen tot gevolg had in de werkwijze van huisartsen en op de bloeddruk, resp. de glycemische instelling van hun patiënten. Aan het onderzoek namen 15 huisartsen deel en de gegevens van 613 hypertensiepatiënten en van 95 diabetespatiënten werden in het onderzoek betrokken. In maandelijkse bijeenkomsten met de huisartsen werden de richtlijnen opgesteld. De invoering in de praktijk liep parallel aan onderlinge-toetsingsbijeenkomsten waarin aan de huisartsen informatie over het feitelijk handelen werd teruggekoppeld. De gegevens over het handelen van huisartsen en over metingen bij patiënten werden gedurende een periode van 21 maanden verzameld. Uitkomstmaten werden gedefinieerd voor de mate waarin het handelen van de huisartsen overeenkomt met de richtlijnen. Op patiëntniveau werd het percentage hypertensiepatiënten met een diastolische bloeddruk < 95 mmHg en het percentage normoglycemische diabetespatiënten berekend. De huisartsen zijn in toenemende mate volgens de richtlijnen gaan handelen, met name wat betreft het meten van de bloeddruk, het meten van bloedglucose en het maken van vervolgafspraken. Het percentage hypertensiepatiënten met een diastolische bloeddruk < 95 mmHg en het percentage normoglycemische diabetespatiënten veranderde nauwelijks. Geconcludeerd wordt dat de invoering van richtlijnen veranderingen in de werkwijze van huisartsen teweeg bracht maar geen duidelijke veranderingen in indicatoren bij de patiënt tot gevolg hadden.

Literatuur

1. Haines A, Feder G. Guidance on guidelines [Editorial]. *Br Med J* 1992;305:785-6.
2. Grol R. Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract* 1993; 43:146-51.
3. Hill MN, Levine DM, Whelton PK. Awareness, use, and impact of the 1984 joint national committee consensus report on high blood pressure. *Am J Publ Health* 1988; 78:1190-4.
4. Vang J. The consensus development conference and the European experience. *Int J Tech Assess Health Care* 1986;2:65-76.
5. Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990;40:361-4.
6. Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. Een longitudinale analyse. *Huisarts en Wetenschap* 1992;35:101-4.
7. North of England Study of Standards and Performance in General Practice. II: Effects on health of patients with common childhood conditions. *Br Med J* 1992;304:1484-8.
8. Bensing JM, Foets M, Velden J vd, Zee J vd. De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1991;34:51-61.
9. Schellevis FG, Lisdonk EH vd, Velden J vd, Eijk JThM v, Weel Cv. Validity of diagnoses of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:461-8.
10. Schellevis FG. *Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1993.
11. Grol RPTM, Mesker PJR (red.). *Huisarts en onderlinge toetsing. Methoden, normen, protocollen*. Utrecht: Bunge, 1986.
12. Russell I, Grimshaw J. The effectiveness of referral guidelines: a review of the methods and findings of published evaluations. In: Roland M, Coulter A (eds). *Hospital referrals*. Oxford: Oxford University Press, 1992,179-211.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

13. Meyboom WA. *Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit. 1990.
14. Anonymous. NHG-standaard Diabetes mellitus type II. *Huisarts en Wetenschap* 1989; 32:15-8.
15. Binsbergen JJ v, Grundmeyer HGLM, Hoogen JPH vd, Kruysdijk M v, Prins A, Ree JW v, Thomas S. NHG-standaard Hypertensie. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34:389-95.
16. Mitchell MW, Fowkes FGR. Audit reviewed: does feedback on performance change clinical behaviour? *J R Coll Phys London* 1985;19:251-4.
17. Sommers LS, Scholtz R, Shepherd RM, Starkweather DB. Physician involvement in quality assurance. *Med Care* 1984;22:1115-38.

DR. F.G. SCHELLEVIS, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde /
Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit,
Amsterdam

PROF. DR. J.T.H.M. VAN EIJK, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde /
Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit,
Amsterdam

DR. E.H. VAN DE LISDONK, Vakgroep Huisarts-, Sociale - en
Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen

J. VAN DER VELDEN, arts, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerste-
lijns gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

PROF. DR. C. VAN WEEL, Vakgroep Huisarts-, Sociale - en Verpleeghuis-
geneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen

Correspondentie

Dr F.G. Schellevis
Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde
Vrije Universiteit
v.d. Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Consultatie van de huisarts door patiënten met reumatoïde artritis of gonartrose/coxartrose

M.W.M.DE WAAL, F.G.SCHELLEVIS EN J.VAN DER VELDEN

INLEIDING

Reuma is een verzamelbegrip voor alle aandoeningen van het bewegingsapparaat die niet door aangeboren, neurologische of traumatische oorzaken zijn ontstaan. Op dit moment geven de morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk het beste inzicht in de omvang van reuma. De meest voorkomende chronische reumatische gewrichtsaandoening is artrose, met een prevalentie van 6/1000 per jaar voor gonartrose en 4/1000 per jaar voor coxartrose, tot 20/1000 per jaar voor gewrichtsaandoeningen in totaal. Een tweede chronische reumatische gewrichtsaandoening, die weliswaar qua omvang minder op de voorgrond staat maar niet qua ernst, is reumatoïde artritis (RA), met een prevalentie van 3,2/1000 ingeschrevenen per jaar tot 5,8/1000 ingeschrevenen per jaar.¹⁻³

Het begrip 'kwaliteit van leven' speelt een grote rol in de zorg voor reumapatiënten. De Raad voor Gezondheidszorgonderzoek ziet onderzoek gericht op de begeleiding en de opvang van patiënten met reumatische aandoeningen als een van de prioriteiten: vooral de samenwerking en de wederzijdse aanvulling tussen de eerste en tweede lijn zijn hierbij van belang.⁴

Afhankelijk van de ernst en de aard van de reumatische aandoening is men in meer of mindere mate in staat voor zichzelf te zorgen. Idealiter is er een samenspel tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. Onderzoek laat zien dat zowel patiënt- als ziektekenmerken een rol spelen bij het gebruik van professionele zorg. Zo lijkt de mate van lichamelijk functioneren of de aanwe-

SAMENVATTING

Doel. Inventariseren van het beroep op de huisarts door reumapatiënten, en nagaan of bij gon-/coxartrose hier bepaalde patiënt- of ziektekenmerken van invloed zijn.

Opzet. Prospectief statusonderzoek.

Plaats. Zeven huisartspraktijken in Zuidoost-Nederland.

Methode. In de 7 huisartspraktijken werden prospectief alle contacten geregistreerd van 46 patiënten met reumatoïde artritis (RA) en 122 met gon-/coxartrose. Patiënt- en ziektegegevens werden verzameld op intakeformulieren.

Resultaten. Driekwart van de RA-patiënten was onder periodieke controle, voornamelijk van de specialist. Van de patiënten met gon-/coxartrose ontving 47% periodieke controle, waarbij de rol van huisarts en specialist even groot was. Van de RA-patiënten bezocht 74% en van de gon-/coxartrosepatiënten 89% de huisarts in één jaar (gemiddeld respectievelijk 4,7 en 5,0 contacten). Hiervan was respectievelijk 50 en 57% direct toe te schrijven aan de chronische gewrichtsziekte (2,2 en 1,6 contacten). Geen van de patiëntkenmerken en slechts enkele ziektekenmerken (artroplastiek, chronisch medicatiegebruik) waren van invloed op consultatie van de huisarts door gon-/coxartrosepatiënten.

Conclusie. Patiënten met reumatische aandoeningen bezoeken de huisarts vaak, maar lang niet altijd voor hun reuma. Patiënten die contact hebben met hun huisarts, hebben gemiddeld veel meer dan één contact per jaar.

zigheid van andere ziekten van belang, evenals de aanwezigheid van een partner of de financiële situatie.⁵⁻⁷ De professionele hulpverlening is bij voorkeur multidisciplinair. Deze hulp wordt voor een groot deel in de eerste lijn geboden, met name door huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk. In de tweede lijn kunnen behalve de reumatoloog ook andere specialismen (revalidatiegeneeskunde, orthopedische chirurgie) en de ergotherapie genoemd worden. Overigens is bekend uit het 'Epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer' (EPOZ) en de gezondheids-enquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Drs.M.W.M.de Waal, gezondheidswetenschapper; J.van der Velden, arts-epidemioloog.

Vrije Universiteit, vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde/EMGO, Amsterdam.

Dr.F.G.Schellevis, huisarts.

Correspondentie-adres: J.van der Velden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

(CBS), dat lang niet alle patiënten met reumatische aandoeningen in de bevolking onder behandeling van huisarts of specialist staan.^{8,9}

Wij onderzochten het zorggebruik van zowel RA- als gon-/coxartrosepatiënten die bekend zijn bij de huisarts, en stelden de volgende vragen:

- hoe vaak consulteren patiënten met RA of gon-/coxartrose de huisarts?
- wat zijn de redenen voor contact met de huisarts van deze patiënten?
- hangen patiënt- en ziektekenmerken van patiënten met gon-/coxartrose samen met het consulteren van de huisarts? (Voor beantwoording van deze vraag was het aantal patiënten met RA te klein.)

PATIËNTEN EN METHODE

De gegevens werden ontleend aan een onderzoek naar chronische ziekten in de huisartsp praktijk dat gedurende 21 maanden in 1988/89 in aansluiting op de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk' werd uitgevoerd in 7 huisartsp praktijken in het zuidoosten van Nederland.^{10,11}

Van alle patiënten die aan het begin van de registratieperiode bij de huisarts bekend waren wegens gon-/coxartrose of RA werden de gegevens opgespoord (respectievelijk 122 en 46 patiënten). Hiervoor werd in eerste instantie gebruik gemaakt van de contactregistratie van de 'Nationale studie'. In tweede instantie zochten de betreffende huisartsen alle kaarten in hun registratiesysteem na. Wij beschouwden het expliciete gebruik van diagnostische criteria, gezien de aard van de vraagstelling, niet als relevant. Er waren 10 patiënten met zowel RA als gon-/coxartrose; die werden buiten beschouwing gelaten om een duidelijke scheiding te kunnen maken tussen patiënten met een van beide ziekten (de artrose kon bij de patiënten met beide aandoeningen namelijk zowel primair als secundair zijn).

Voor iedere patiënt vulde de eigen huisarts een intakeformulier in. Hierop werden patiëntgegevens en gegevens met betrekking tot de reumatische aandoening, andere chronische ziekten, medicatie en periodieke controle geregistreerd. Comorbiditeit werd gedefinieerd als het voorkomen van minimaal een van de volgende chronische ziekten, naast de RA of de gon-/coxartrose: hypertensie, diabetes mellitus, chronische ischemische hartziekte (angina pectoris, doorgemaakt myocardiinfarct) en CARA. De medicatie werd onafhankelijk van de chronische ziekten geregistreerd en kon dus niet specifiek aan de reumatische aandoening toegeschreven worden.

De samenstelling van de totale praktijkpopulatie was vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, verzekeringsvorm, opleiding en beroepsklasse. Het aantal vijfenzestigplussers was ruim 3% lager dan in de Nederlandse bevolking. Tabel 1 geeft een beschrijving van patiëntkenmerken van de onderzoeksgroep. Van de RA-patiënten was van 60% bekend dat zij al langer dan 5 jaar RA hadden, met een gemiddelde ziekte-duur van 8,3 jaar. Patiënten met gon-/coxartrose hadden gemiddeld al 9,0 jaar last van hun aandoening (65% langer dan 5 jaar).

TABEL 1. Kenmerken van 168 patiënten met reuma, uitgesplitst naar reumatoïde artritis en gon-/coxartrose

kenmerk	percentage patiënten met		
	reumatoïde artritis (n = 46)	gon-/coxartrose (n = 122)	totale praktijk- populatie (n = 23.392)
vrouw	65	69	51
leeftijd in jaren; gemiddeld (SD)	53 (15)	68 (13)	32 (20)
< 25 jaar	4	0	40
≥ 65 jaar	20	66	8
opleiding			
geen/laag	41	53	37
voortgezet/ middelbaar	33	27	40
HBO/universitair	2	2	8
onbekend	24	18	15
woonvorm			
alleenstaand	11	30	10
niet alleenstaand	70	55	81
onbekend	20	15	9
verzekeringsvorm			
ziekenfonds	61	72	64
particulier	20	18	29
onbekend	20	10	7
ziektekenmerken			
artroplastiek	9	36	
gebruik van hulpmiddelen	29	34	
ADL-niveau matig/ zeer hulp- behoevend	76	82	
chronische medicatie	72	66	
comorbiditeit	17	33	

HBO = hoger beroepsonderwijs; ADL = activiteiten van het dagelijks leven.

Contactredenen. Voor alle contacten werden op registratieformulieren gegevens over de aard en de redenen voor contact genoteerd. Een contact werd gedefinieerd als iedere persoonlijke of telefonische betrekking met de huisarts. De redenen voor contact en de morbiditeitsgegevens werden gecodeerd met behulp van een aangepaste versie van de 'International classification of primary care'.¹² Herhaalde recepten werden alleen gedurende de eerste 6 maanden geregistreerd. Bij een steekproef van 2% van de patiënten kwam naar voren dat 70% van de contacten genoteerd op de patiëntkaart van de huisarts ook daadwerkelijk geregistreerd was. De onderrapportage betrof voornamelijk aanvragen voor dezelfde recepten en avond- en weekendconsulten. Contacten met de praktijkassistenten werden niet in de registratie meegenomen.

Analysen. Voor de analyses werden de verzamelde gegevens van de eerste 12 maanden gebruikt: de contactfrequenties werden berekend en de redenen voor contact met de huisarts bepaald. Vervolgens werden van het intakeformulier relevante patiënt- en ziektekenmerken geselecteerd, waarmee de patiënten in subgroepen verdeeld werden. In verband met het geringe aantal RA-patiënten gebeurde dit alleen voor de patiënten met gon-/coxartrose. Met de χ^2 -toets werden verschillen tussen de percentages getoetst. Verschillen tussen gemid-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

TABEL 2. Consultatie van de huisarts door patiënten met reumatoïde artritis of met gon-/coxartrose wegens periodieke controle voor chronische gewrichtsaandoening (puntmeting via intakeformulier) of wegens morbiditeit (prospectief gemeten via contactregistratie gedurende 1 jaar)

periodieke controle en contactredenen	percentage patiënten met	
	reumatoïde artritis (n = 46)	gon-/cox- artrose (n = 122)
periodieke controle gewrichtsaandoening		
huisarts	4	21
specialist	46	19
huisarts en specialist	24	7
geen	26	53
contact met huisarts in 1 jaar		
vanwege aandoeningen bewegingsapparaat	50	57
consultfrequentie totale groep patiënten	2,2	1,6
consultfrequentie patiënten met ten minste 1 contact	4,3	2,8
vanwege morbiditeit in het algemeen*	74	89
consultfrequentie totale groep patiënten	4,7	5,0
consultfrequentie patiënten met ten minste 1 contact	6,3	5,6

*Inclusief klachten van het bewegingsapparaat.

deld aantal contacten werden getoetst met de verdelingsvrije toets van Kruskal en Wallis.

RESULTATEN

Patiënten met reumatoïde artritis. Bij prospectieve meting (via de contactregistratie) bleek dat 74% van de RA-patiënten in 12 maanden de huisarts bezocht; 50% van deze patiënten bezocht de huisarts voor aandoeningen van het bewegingsapparaat (inclusief RA), met een gemiddeld aantal contacten van 4,3 in 1 jaar (tabel 2). Een kwart van de RA-patiënten werd volgens de intakeformulieren niet periodiek gecontroleerd vanwege de RA. Deze controle bleek vooral bij de specialist plaats te vinden.

De contactredenen van RA-patiënten staan in tabel 3. Meer dan een kwart van de contacten met de huisarts vanwege aandoeningen van het bewegingsapparaat be-

trof een verzoek om medicatie (28%); daarnaast werden klachten van het bewegingsapparaat vaak genoemd, met name van de knie (9%) en van andere gewrichten. De redenen voor contact vanwege alle andere aandoeningen (exclusief het bewegingsapparaat) waren divers; de meest voorkomende staan in tabel 3.

Patiënten met gon-/coxartrose. Van de gon-/coxartrosepatiënten bezocht in 1 jaar 89% de huisarts, ongeacht de ziekte, en 57% vanwege aandoeningen van het bewegingsapparaat, met een gemiddeld aantal contacten van 2,8 (zie tabel 2). Volgens het intakeformulier stond bijna de helft van de patiënten onder periodieke controle vanwege de gon-/coxartrose. Hierbij speelde de huisarts een even grote rol als de specialist.

Zoals te verwachten, vormden voor de gon-/coxartrosepatiënten klachten van heup en knie binnen de categorie ziekten van het bewegingsapparaat de meest genoemde reden voor contact met de huisarts (respectievelijk 18 en 15% van de bezoeken) (zie tabel 3). Bij alle andere ziekten was bloeddrukcontrole de meest voorkomende reden voor contact.

Kenmerken van invloed op consultatiefrequentie. Wij gingen voor de gon-/coxartrosepatiënten na of het wel of niet consulteren van de huisarts samenhang met patiënt- of ziektekenmerken (tabel 4). Gon-/coxartrosepatiënten zonder artroplastiek bezochten de huisarts vaker dan patiënten die wel artroplastiek hadden ondergaan. Op het aantal contacten bleek alleen het chronische medicatiegebruik van invloed.

BESCHOUWING

In dit onderzoek bezocht 74% van de RA-patiënten en 89% van de gon-/coxartrosepatiënten de huisarts in 1 jaar (met gemiddeld respectievelijk 4,7 en 5,0 contacten) (zie tabel 2). Respectievelijk 50 en 57% was direct toe te schrijven aan de chronische gewrichtsziekte (gemiddeld 2,2 en 1,6 contacten). Vanwege de onderrapportage heeft het werkelijke aantal contacten waarschijnlijk hoger gelegen. In een – minder representatieve – enquête onder leden van verenigingen voor reumapatiënten bezocht 59% van de RA-patiënten en 63% van de artrosepatiënten de huisarts in 1 jaar vanwege de gewrichtsaandoening (gemiddeld 8,6 en 9,1 contacten).⁵

TABEL 3. Redenen voor contact van patiënten met reumatoïde artritis of gon-/coxartrose met de huisarts

contactredenen	percentage patiënten met			
	reumatoïde artritis (n = 46)		gon-/coxartrose (n = 122)	
top 5 redenen voor contact bij aandoeningen van het bewegingsapparaat	verzoek medicatie	28	symptomen/klachten heup	18
	symptomen/klachten knie	9	symptomen/klachten knie	15
	partieel medisch onderzoek	9	partieel medisch onderzoek	12
	symptomen/klachten meerdere gewrichten	6	symptomen/klachten rug	10
	symptomen/klachten thorax/ribben	6	symptomen/klachten schouder	7
			symptomen/klachten been/dijbeen	7
top 5 redenen voor contact bij alle andere aandoeningen (exclusief die van het bewegingsapparaat)	kortademigheid	8	bloeddrukcontrole	13
	bloeddrukcontrole	6	hoesten	6
	hoesten	6	algemene malaise	5
	symptomen/klachten thorax/ribben	5	infectie bovenste luchtwegen	4
	maagpijn	4	kortademigheid	4

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

TABEL 4. Invloed van patiënt- en ziektekenmerken op het consulteren van de huisarts door 122 patiënten met gon-/coxartrose in één jaar

kenmerk	percentage bezoekende patiënten (n = 122)	gemiddeld aantal contacten per bezoekende patiënt
<i>contact met huisarts naar patiëntkenmerk</i>		
geslacht		
man	55	2.7
vrouw	58	2.8
leeftijd		
< 65 jaar	67	2.5
≥ 65 jaar	53	3.0
opleiding		
geen/laag	55	3.2
middelbaar/hoog	63	2.5
onbekend	55	1.9
woonvorm		
alleenstaand	60	3.3
niet alleenstaand/gehuwd	57	2.8
onbekend	56	1.8
<i>contact met huisarts naar ziektekenmerk</i>		
aantal jaren reuma		
< 1	67	3.5
1-5	53	2.5
> 5	57	2.8
artroplastiek		
ja	43	3.1
nee	65*	2.7
gebruik hulpmiddelen		
ja	54	2.6
nee	60	2.9
ADL-niveau		
zelfstandig	64	2.3
matig/zeer hulpbehoevend	56	2.9
periodieke controle		
gewrichtsaandoeningen		
bij specialist	59	2.5
niet bij specialist	57	2.9
chronische medicatie		
ja	61	3.3
nee	51	1.6†
comorbiditeit		
ja	53	3.0
nee	60	2.7
totaal	57	2.8

ADL = activiteiten van het dagelijks leven.

*Significant verschil ten opzichte van patiënten met artroplastiek: $p < 0,05$ (χ^2 -toets).

†Significant verschil ten opzichte van patiënten met chronische medicatie: $p < 0,01$ (verdelingsvrije toets van Kruskal en Wallis).

Patiënten met reumatische aandoeningen blijken de huisarts vaak te zien, maar lang niet altijd voor die reumatische aandoening. Mogelijk is er een leeftijdseffect in het spel: in het Autonomieproject bezocht 82% van de vijftenzestigplussers in het algemeen in 1 jaar de huisarts.¹³ Voorts lijkt het erop dat een bepaalde groep een groter beroep doet op de huisarts: de patiënten die contact hadden met hun huisarts, hadden gemiddeld veel meer dan één contact per jaar.

De invloed van patiënt- of ziektekenmerken op de consultfrequentie is in een aantal onderzoeken aan bod gekomen: in het algemeen bezoeken vrouwen vaker een

huisarts dan mannen; tevens blijken leeftijd en opleidingsniveau van belang voor het zorggebruik.^{14 15} Voor de RA-patiënt zijn door Mostert 4 factoren genoemd die de zorgbehoefte beïnvloeden: het al dan niet samenwonen met een partner (alleenstaanden hebben meer behoefte aan externe zorg), de aanwezigheid van andere ziekten/kwalen (meer behoefte aan zorg bij meer comorbiditeit), de financiële situatie (minder behoefte aan zorg bij betere financiële situatie) en de hoeveelheid aanwezige hulpmiddelen (meer behoefte aan zorg bij meer hulpmiddelen).⁷ Op de zorg van het kruiswerk (voor RA-patiënten geselecteerd via de reumatoloog) blijken leeftijd, burgerlijke staat of aanwezigheid van andere gezondheidsproblemen niet van invloed. Daarentegen blijken zowel de objectieve als de individueel ervaren gezondheidstoestand en het niveau van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) wel van invloed;⁶ in een onderzoek onder leden van verenigingen van reumapatiënten aangesloten bij de Reumabond blijken reumapatiënten die hun mate van functioneren lager inschatten, de huisarts vaker te bezoeken.⁵

In ons onderzoek vonden wij geen samenhang tussen patiëntkenmerken en consultatie van de huisarts door gon-/coxartrosepatiënten. Vrouwen, ouderen, lager opgeleiden of alleenstaanden met artrose gingen niet vaker naar de huisarts. De ziekte lijkt dus van dien aard, dat dezelfde huisartshulp nodig is of gevraagd wordt door alle patiënten.

Wat ziektekenmerken betreft, vonden wij geen samenhang tussen consultatie van de huisarts en duur van de ziekte. Ook de aanwezigheid van andere chronische ziekten hing niet samen met de consultatie vanwege artrose. Hierbij kan worden vermeld dat de in dit onderzoek geregistreerde chronische ziekten 70% was van de totale prevalentie van chronische ziekten.

Wel consulteerden gon-/coxartrosepatiënten die geen artroplastiek hadden ondergaan vaker de huisarts. Waarschijnlijk is na artroplastiek het aantal klachten van de patiënt geringer. De zelfstandigheid van de patiënt leek hierbij geen rol te spelen: er was geen relatie met ADL-niveau of gebruik van hulpmiddelen. In dit onderzoek waren deze kenmerken alleen bij de start van de registratie bekend; de (klachten)status werd niet longitudinaal gevolgd. Eventueel aanwezige invloeden van veranderlijke ziektekenmerken konden zo gemaskeerd worden.

Bij langdurig medicatiegebruik was het aantal contacten significant groter (zie tabel 4). Vanuit het gezichtspunt van de huisarts kan hierbij het volgende vermeld worden: uit een interview onder huisartsen kwam naar voren dat men controle van patiënten met artrose meestal niet noodzakelijk acht ('artrose is geen ziekte').¹⁶ Mogelijk geldt een uitzondering voor de patiënt die medicatie krijgt voorgeschreven; misschien speelt ook de duur van de klachten een rol ('voor chronisch zieken is het belangrijk te kunnen vertellen hoe men zich voelt'). Hoewel ook in ons onderzoek interdoktervariatie waarschijnlijk een rol speelde, achtten wij analyses op huisartsniveau vanwege het geringe aantal patiënten per huisarts niet zinvol.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Er wordt verschillend gedacht over wie het meest geschikt is als coördinator in de eerstelijnsgezondheidszorg ten aanzien van de reumapatiënt. De huisarts, de wijkverpleegkundige of de specialist wordt genoemd voor de spilfunctie bij de patiënt met RA.^{17, 18} In dit onderzoek leek de specialist met name een rol te spelen bij de periodieke controle van RA-patiënten en niet zozeer bij patiënten met gon-/coxartrose: slechts 28% van zowel de RA-patiënten als de gon-/coxartrosepatiënten stond onder periodieke controle van de huisarts voor de chronische gewrichtsaandoening. Een verwachte aanvulling of vervanging van zorg tussen specialist en huisarts konden wij voor patiënten met gon-/coxartrose niet constateren: er werd geen verband gevonden tussen de aanwezigheid van periodieke controle bij de specialist en de consultatie van de huisarts.

Gezien de vele vragen die nog rond de behandeling van deze aandoeningen bestaan, is adequate controle van de diverse patiëntgroepen geboden. In het onderzoek 'Reuma-onderzoek meerdere echelons' (ROME) is hier een aanzet toe gegeven.¹⁹ Voor toekomstig controleonderzoek is een prospectieve continue registratie van zorggebruik over meerdere echelons aan te bevelen, waardoor de complementaire inzet van huisarts en specialist bestudeerd kan worden. Hierbij is het van belang dat het beloop van de ziekte gevolgd wordt.

ABSTRACT

General practitioner consultation frequency of patients with rheumatoid arthritis or gonarthrosis/coxarthrosis.

Objective. To determine how often patients with rheumatic joint disease consult their general practitioner (GP), and if there are disease and patient characteristics that influence GP consultation of gonarthrosis/coxarthrosis patients.

Design. Prospective record investigation.

Setting. Seven GP centres in the southeast of the Netherlands.

Method. All patient contacts were registered prospectively in the seven GP centres: 46 concerned patients with rheumatoid arthritis (RA), 122 patients with gonarthrosis/coxarthrosis. Patient and disease characteristics were collected on intake sheets.

Results. Three-quarters of the RA patients were periodically seen (mostly by a specialist), and 47% of the gonarthrosis/coxarthrosis patients (as often by their GP as by a specialist). Of the RA patients and of the gonarthrosis/coxarthrosis patients 74% and 89% respectively consulted their GPs in one year (the average numbers of contacts were 4.7 and 5.0); 50% and 57% did so because of the chronic joint disease (with 2.2 and 1.6 contacts respectively). No disease characteristics and only a few patient characteristics (arthroplasty, chronic use of medication) of patients with gonarthrosis/coxarthrosis influenced GP consultation.

Conclusion. Patients with rheumatic joint disease often consult their GP, but not always because of this illness. If they consult their GP, they usually do so more than once a year.

LITERATUUR

- ¹ Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.

- ² Lamberts H. In het huis van de huisarts: verslag van het Transitieproject [proefschrift]. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ³ Lisdonk E van de, Schuurman W, Tiersma W. Reumatoïde artritis en de ziekte van Bechterew. Epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993;36:87-90.
- ⁴ Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). Advies chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek. Advies nr 7. 's-Gravenhage: RGO, 1991.
- ⁵ Witte LP de, Tilli DJP, Ticheler AJG, Winants BAC, Horst FG van der, Linden SJ van der. Leven met een reumatische aandoening. Een onderzoek naar de ervaren kwaliteit van het leven bij 372 mensen met een reumatische aandoening. Hoensbroek: Instituut voor Validatie Vraagstukken, 1989.
- ⁶ Drewes J, Gho PSA, Numan-Remmen M. Reuma onderzoek Twente. De zorg vanuit het kruiswerk aan patiënten met reumatoïde artritis. Bunnik: Nationale Kruisvereniging/Kruisvereniging Twente, 1988.
- ⁷ Mostert HA. De (on)vervulde behoeften aan hulp bij reumatoïde artritis patiënten in wijkverpleegkundige zorg; een explorerend onderzoek. Maastricht: RUL, 1987.
- ⁸ Valkenburg HA, Laar A van, Muller L. Epidemiologisch preventief onderzoek Zoetermeer. Deel 4. Reuma. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1979.
- ⁹ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Chronische ziekten in het jaar 2005. Deel 3. Scenario's over reumatoïde artritis 1990-2005. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.
- ¹⁰ Foets M, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- ¹¹ Schellevis FG. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Comorbiditeit en kwaliteit van zorg [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1993.
- ¹² Lamberts H, Wood M. International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹³ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken [proefschrift]. Lelystad: Meditekst, 1989. Groningen: Rijksuniversiteit, 1989.
- ¹⁴ Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- ¹⁵ Bakker DH de, Claessens AAMC, Velden J van der. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: NIVEL, 1992.
- ¹⁶ Bock GH de, Kaptein AA, Mulder JD. Dutch general practitioners' management of patients with distal osteoarthritic symptoms. Scand J Prim Health Care 1992;10:42-6.
- ¹⁷ Blankendaal F. Thuiszorg voor reumapatiënten. Een literatuurstudie. Med Contact 1989;44:152-4.
- ¹⁸ Starmans R, Mostert HA. Wie coördineert de zorg in de eerste lijn? Huisarts of wijkverpleegkundige? Med Contact 1989;44:87-9.
- ¹⁹ Miedema HS. Reuma-onderzoek meerdere echelons (ROME): basisrapport. NIPG-publikatienr 93.099. Leiden: TNO-PG, 1994.

Aanvaard op 4 januari 1995

Bladvulling

Het verschil tussen toen en nu van toen

Maar welk een verschil tusschen het thans en het toen. Toen de stamelende onbeholpen klanken van een kind, dat een bepaalden weg uitwil; thans de fiere krachtige mannelijke taal van den door wetenschap en ervaring tot erkenning van den weg gekomen man. En dat zulk een krachtige mannentaal thans in de geneeskunde weerklinkt, ik wijt het niet het minst aan dat heerlijk beginsel onzer dagen, dat vraagstukken, die den arbeid van allen behoeven, ook op de samenwerking van allen kunnen rekenen.

(Ned Tijdschr Geneeskd 1895;39I:762.)

Ned Tijdschr Geneeskd 1995 1 juli;139(26)

1335

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Multiple sclerose in de huisartspraktijk

G.A.DONKER, M.FOETS, P.SPREEUWENBERG EN J.VAN DER STEEN

Multiple sclerose (MS) is een veelal progressief verlopende ziekte met een voor de individuele patiënt grillig en onvoorspelbaar beloop. De gemiddelde beginleeftijd van de ziekte ligt tussen 20 en 45 jaar, maar kan variëren van 7 tot 60 jaar.¹ De totale ziekteduur bedraagt gemiddeld 25,7 jaar en de gemiddelde leeftijd bij overlijden 57,7 jaar.¹

Meestal wordt over de variëteit aan symptomen, beperkingen en handicaps van MS-patiënten gepubliceerd vanuit de kliniek.¹⁻³ De huisarts wordt echter geconfronteerd met de eerste verschijnselen van deze ziekte en heeft door zijn centrale positie in de Nederlandse gezondheidszorg een belangrijke rol in de begeleiding van de patiënt en het coördineren van de zorg. Hij beschikt niet over specifieke diagnostische tests voor MS, zodat de diagnose aanvankelijk wordt gesteld op grond van het klinische beeld; na verwijzing wordt de diagnose al of niet bevestigd. Over de daadwerkelijke rol van de huisarts bij MS-patiënten is weinig bekend.

Het doel van ons onderzoek was de rol van de huisarts bij het diagnosticeren te bepalen. De morbiditeit en de comorbiditeit bij patiënten met MS worden in dit artikel beschreven met speciale aandacht voor de sociale en psychische gevolgen van de ziekte. Daarbij gaat het om 3 vragen:

- Met welke klachten komen MS-patiënten bij de huisarts?
- Wat is de geregistreerde comorbiditeit bij MS?
- In hoeverre zijn MS-patiënten in staat deel te nemen aan het arbeidsproces?

PATIËNTEN EN METHODEN

Voor dit onderzoek maakten wij gebruik van gegevens die waren verzameld in het kader van de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk'. Dat onderzoek werd uitgevoerd bij een aselechte steekproef van 161 Nederlandse huisartsen, met in totaal ongeveer 335.000 patiënten, die gedurende 3 maanden al hun contacten met patiënten registreerden.^{4,5} De methode van datacollectie en episoderegistratie zijn elders uitvoerig beschreven.^{4,5}

Diagnosen werden geclassificeerd volgens de 'International classification of primary care'.⁶ Wanneer opeenvolgende redenen van contact tijdens de registratieperiode betrekking hadden op hetzelfde gezondheidsprobleem, werden deze contactredenen samengevoegd tot een zogeheten zorgepisoden. In de 'Nationale studie' werden in totaal ruim 300.000 zorgepisoden vastgelegd. Er waren alleen gegevens beschikbaar over MS-patiënten die de huisartspraktijk bezochten in de specifieke registratieperiode en die door de huisarts minstens 1 maal met MS als hoofddiagnose werden geregistreerd.

SAMENVATTING

Doel. Meer inzicht krijgen in de rol van de huisarts bij diagnostiek en begeleiding van patiënten met multiple sclerose (MS).

Opzet. Descriptief.

Plaats. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht.

Methode. In de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' registreerden 161 Nederlandse huisartsen (aselechte steekproef) de contacten met hun patiënten gedurende 3 maanden. Met deze gegevens werd onderzoek gedaan naar contacten met als einddiagnose 'MS' en naar comorbiditeit.

Resultaten. MS-patiënten (n = 118) hadden in 3 maanden gemiddeld 4,3 maal contact met hun huisarts en (of) de praktijk-assistent. Bij 5 patiënten werd de ziekte voor het eerst vastgesteld. Behalve wegens voor MS typische stoornissen van sensibiteit en motoriek werd de huisarts het meest geconsulteerd wegens slaapstoornissen, urineweginfecties en urine-incontinentie. Eenderde van alle patiënten had een uitkering krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering en een kwart van de patiënten verrichtte betaalde arbeid.

Conclusie. De huisarts had relatief veel contacten met MS-patiënten. Behalve slaapstoornissen werden opvallend weinig psychische klachten geregistreerd.

Comorbiditeit is gedefinieerd als het naast elkaar voorkomen van klinische entiteiten, die al of niet met elkaar samenhangen.⁷ Over comorbiditeit was in de 'Nationale studie' informatie beschikbaar omdat de huisartsen ook andere gezondheidsproblemen van de betrokken patiënten registreerden, tenminste voorzover deze patiënten de huisarts hierover consulteerden gedurende de registratieperiode. Deze niet-MS-episoden bij MS-patiënten worden 'parallele episoden' of 'concurrente comorbiditeit' genoemd.⁸ De parallele episoden behoeven geen directe samenhang te hebben met MS. De prevalentie van de 10 meest voorkomende parallele episoden bij MS-patiënten werd (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) vergeleken met de prevalentie van episoden bij alle consulterende patiënten vanaf 19 jaar in de 'Nationale studie'. Als standaard voor de leeftijds- en geslachtscorrectie gebruikten wij de gegevens van personen vanaf 19 jaar uit de 'Nationale studie' en als statistische toets de Mantel-Haenszel-test.⁹ Waar episoden bij MS-patiënten significant meer voorkwamen, werd een verband met MS aangenomen. Bij het beschrijven van niet-lineaire verbanden, zoals het verband tussen MS en werksituatie, werd als statistische toets de correlatiecoëfficiënt van Pearson gebruikt, berekend met het computerprogramma SPSS.^{9,10}

Onder 'nieuwe patiënten' werden in dit onderzoek patiënten verstaan bij wie gedurende de registratieperiode voor het eerst de diagnose 'MS' gesteld werd. Hoewel het aantal nieuwe patiënten klein was, wordt in dit artikel - vanwege het klinische belang voor de huisarts - beschreven met welke klachten deze patiënten kwamen en op grond van welke klachten die nieuwe diagnose werd gesteld.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Mw.G.A.Donker, huisarts-epidemioloog; mw.dr.M.Foets, medisch socioloog; drs.P.Spreeuwenberg, psycholoog; J.van der Steen, research-assistent.

Correspondentie-adres: mw.G.A.Donker.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

RESULTATEN

In de 'Nationale studie' werden 118 patiënten geregistreerd die de huisartspraktijk 1 keer of meer bezochten in verband met MS (62,7% vrouwen en 37,3% mannen; tabel 1). In deze groep van 118 patiënten waren er 5 nieuwe en 113 bestaande gevallen van MS. De ziekte leek bij vrouwen vaker op jonge leeftijd te beginnen, getuige het relatief hoge percentage van vrouwen in de jongste leeftijdsgroep (zie tabel 1). De leeftijd van de MS-patiënten varieerde van 19 tot 77 jaar, met een piek tussen 40 en 60 jaar.

Gemiddeld hadden deze 118 patiënten in 3 maanden 2,5 contacten gehad wegens MS (inclusief contacten met de praktijkassistent). Het totale aantal contacten van MS-patiënten met de huisartspraktijk was groter omdat de meesten onder hen daarnaast nog met andere gezondheidsproblemen kampten. Gemiddeld hadden deze patiënten naast hun contacten in verband met MS nog 1,7 andere contacten met hun huisarts/praktijkassistent. Het totale aantal contacten van 4,3 (afgerond) per 3 maanden met huisarts/praktijkassistent was groter dan het gemiddelde van 2,3 per bezoekende patiënt in de gehele 'Nationale studie' ($p < 0,001$).

Morbiditeit en comorbiditeit. De klachten waarmee MS-patiënten bij de huisarts kwamen, waren vooral klachten op neurologisch gebied en klachten met betrekking tot het bewegingsapparaat (tabel 2). Het gaat hier alleen om klachten die geregistreerd werden tijdens die contacten van patiënten met de huisarts waarna de eindiagnose 'MS' werd gesteld. Ook algemene symptomen als moeheid en hoofdpijn speelden een rol. De klachten van nieuwe en van reeds wegens MS bekende patiënten overlaptten elkaar, doch verschilden ook gedeeltelijk (zie tabel 2). Sensibiliteitsstoornissen (inclusief paresthesiën) werden het meest geuit door zowel nieuwe als bekende patiënten. Vooral verlamingsverschijnselen, urine-incontinentie en gestabiliseerde handicaps ont-

TABEL 1. Leeftijdverdeling van 118 patiënten met multipale sclerose (MS) vergeleken met die van alle andere consulterende patiënten vanaf 19 jaar ($n = 130.913$)

leeftijd (in jaren)	MS-patiënten			alle patiënten vanaf 19 jaar (in %; $n = 130.913$)
	man ($n = 44$)	vrouw ($n = 74$)	totaal (%) ($n = 118$)	
19-30	3	11	14 (12)	25
31-40	9	11	20 (17)	20
41-50	9	20	29 (24)	15
51-60	13	15	28 (24)	14
61-70	8	12	20 (17)	12
> 70	2	5	7 (6)	14

stonden later in het beloop van de ziekte. De klachten die slechts 1 maal werden geuit door patiënten die wegens MS bekend waren, werden niet in tabel 2 opgenomen.

Gemiddeld was een MS-patiënt behalve voor MS nog voor 1,7 andere zorgepisoden ($n = 202$) bij de huisarts geweest. Een vergelijking met de 'Nationale studie' na correctie voor leeftijd en geslacht liet zien dat verschillende van deze aandoeningen, zoals slaapstoornissen, urineweginfecties, urine-incontinentie, obstipatie, huidproblemen en moeheid, bij MS-patiënten meer voorkwamen; deze klachten leken dus verband te houden met de aandoening (tabel 3). Bij separate analyse van psychi-

TABEL 2. Meest geuite klachten van 118 patiënten met multipale sclerose (MS), uitgesplitst naar nieuwe en reeds bekende MS-patiënten

klacht	aantal patiënten	
	met 'nieuwe' MS ($n = 5$)	bekend wegens MS ($n = 113$)
sensibiliteitsstoornissen	4	11
klachten over been/voet/tenen	3	9
klachten over arm/hand/vingers	2	2
klachten over extremiteiten*	1	5
hoofdpijn	1	4
symptomen van spraak	1	3
rugklachten	1	—
handicap van bewegingsapparaat	—	9
verlamming	—	5
vertigo	—	5
moeheid, algehele malaise	—	4
urine-incontinentie	—	4
symptomen van/klachten over het centraal zenuwstelsel†	—	2
overige	—	32

*Niet nader omschreven klacht over een extremiteit.

†Niet elders geclassificeerd.

sche episoden bleek dat patiënten hun huisarts het vaakst consulteerden wegens slaapstoornissen, angst, nervositeit en gespannenheid. Van deze aandoeningen kwamen alleen slaapstoornissen bij MS-patiënten duidelijk meer voor dan bij andere patiënten in de 'Nationale studie' (zie tabel 3). Depressie werd bij MS-patiënten slechts een enkele maal geregistreerd.

De door de ziekte veroorzaakte invaliditeit bleek uit de werksituatie van MS-patiënten. Eenderde van alle patiënten had een uitkering krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en een kwart van de patiënten werkte (tabel 4). Er was een significant verschil tussen de MS-patiënten en alle patiënten ($p < 0,000$; Pearson-correlatie). Van de WAO-ers was 50% man. Van de werkenden was 40% man, overeenkomstig de geslachtsverdeling onder de patiënten.

Beleid van de huisarts. Nieuwe MS-patiënten werden door de huisarts onderzocht en (of) naar de specialist verwezen ter bevestiging van de diagnose (tabel 5). Nieuwe MS-patiënten werden uitsluitend verwezen naar de neuroloog; bij 4 van de 5 patiënten gebeurde dit binnen 6 weken na de eerste melding van de klachten bij de huisarts. Externe diagnostiek (door de huisarts aangevraagde diagnostiek buiten de huisartspraktijk) en verwijzing naar de fysiotherapeut vonden in deze fase niet plaats.

Gedurende 3 maanden werden in totaal 15 patiënten (12,7%) in verband met MS voor het eerst of opnieuw naar de specialist verwezen; daarnaast waren nog 28 patiënten (23,7%) onder behandeling van een specialist (zie tabel 5). Van de verwijzingen waren de meeste (80%) verwijzingen naar de neuroloog; 2 patiënten werden wegens MS naar de uroloog verwezen en 1 patiënt naar de revalidatiearts. In de eerste lijn vonden slechts verwijzingen plaats naar de fysiotherapeut.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

TABEL 3. Andere klachten waarmee 118 patiënten met multipale sclerose (MS) hun huisarts bezochten, vergeleken met de klachten van alle andere consulterende patiënten vanaf 19 jaar

aandoening*		aantal zorgepisoden			
ICPC- omschrijving code		MS-patiënten (n = 118)		p§	alle patiënten† (n = 130.891)
		gecorrigeerd‡			
P07	slaapstoornissen	110	85	< 0,01	38
U71	cystitis, overige urineweginfectie	102	102	< 0,001	25
K86	ongecompliceerde hypertensie	76	59		110
U04	urine-incontinentie	76	68	< 0,001	8
D12	obstipatie	68	59	< 0,001	12
P01	angstig, nerveus, gespannen	51	25		39
H81	cerumen	42	34		21
R78	acute bronchitis/bronchiolitis	42	34		24
S97	chronisch ulcus huid/decubitus	42	34	< 0,001	3
A04	algehele malaise, moeheid	34	25	< 0,05	10
totaal aantal (parallele) zorgepisoden		202	202		247.567

ICPC = 'International classification of primary care'.⁶

*Toptien van parallele zorgepisoden bij de huisarts per 1000 MS-episoden (bij 118 MS-patiënten) per 3 maanden.

†Exclusief 22 patiënten met inconsistente gegevens.

‡Correctie voor leeftijd en geslacht.

§Waarde van p bij vergelijking van de MS-patiënten met alle patiënten (Mantel-Haenszel-test).

|| Niet nader omschreven.

TABEL 4. Werksituatie van 118 patiënten met multipale sclerose (MS) in vergelijking met die van alle patiënten vanaf 19 jaar (n = 143.861), zonder en met correctie voor leeftijd en geslacht

werksituatie	MS-patiënten		alle patiënten	
	aantal	percentage	(in %;	n = 143.861)
	(n = 118)*		gecorrigeerd†	
huisvrouw/-man	21	21	17	15
WAO-uitkering	34	33	31	4
pensioen/VUT	20	20	25	21
werkend	25	24	26	32
werkloos	2	2	1	2
student	-	-	-	26

WAO = Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering; VUT = vervroegde uittreding.

*Bij 16 van de 118 patiënten was de werksituatie niet bekend.

†Correctie voor leeftijd en geslacht.

TABEL 5. Het beleid van de huisarts bij patiënten met multipale sclerose (MS), uitgesplitst naar nieuwe en reeds bekende MS-patiënten

beleid van de huisarts	aantal patiënten	
	met 'nieuwe' MS (n = 5)	bekend wegens MS (n = 113)
diagnostiek in de huisartsp praktijk	5	22
externe diagnostiek	-	6
prescriptie	5	61
gespreksvoering	5	55
verwijzing naar medisch specialist	4	11
verwijzing naar fysiotherapeut	-	5

BESCHOUWING

Ook in de huisartsp praktijk bleken, in ons onderzoek, de symptomen van MS zeer divers zijn. De huisarts werd zowel in het begin als in het verdere beloop van de ziekte het meest geconsulteerd in verband met sensibiliteitsstoornissen. In het beloop van de ziekte werd de huisarts frequent geraadpleegd wegens klachten met betrekking tot diverse ledematen, motorische stoornissen en handicaps. Ook vertigo en extreme moeheid kwamen frequent voor. Uit ander Nederlands onderzoek blijkt dat extreme moeheid ook vaak voorafgaat aan de eerste neurologische verschijnselen en dat deze klacht bij 14% van de patiënten al langer dan een jaar bestaat voordat de eerste neurologische verschijnselen optreden.¹ De door de ziekte veroorzaakte immobiliteit kan leiden tot complicaties als veneuze trombose en decubitus. De huisarts bleek in ons onderzoek frequent geconsulteerd te worden wegens decubitus en andere huidproblemen. Nog vaker werd de huisarts geraadpleegd in verband met urineweginfecties en urine-incontinentie. Dit is conform de literatuur; de klachten worden veroorzaakt doordat de blaas niet in staat is zich te legen door gelijktijdige contractie van sfincter en detrusor (dyssynergie), of doordat de blaas niet in staat is urine op te slaan (hyperreflexie van de blaas: spasmen van de M. detrusor en hyperactiviteit).¹¹⁻¹³ Stasis van urine kan leiden tot urineweginfectie.

Een deel van de in dit onderzoek geregistreerde comorbiditeit betrof dus met MS samenhangende klachten. Daar deze als aparte entiteiten werden geregistreerd en niet als met MS samenhangende klachten, werden ze pas 'herkenbaar' na het bestuderen van de comorbiditeit.

Opvallend was dat visusstoornissen nauwelijks gerapporteerd werden, terwijl deze bij ongeveer 55% van de MS-patiënten in het beloop van hun ziekte optreden, meestal in de vorm van unilateraal gezichtsverlies of dubbelzien.¹¹ Visusstoornissen treden veelal in het begin van de aandoening op, als de diagnose 'MS' nog niet gesteld is, en vertonen vaak spontaan herstel, waardoor ze mogelijk niet in verband gebracht worden met MS.

Hoewel ernstige psychiatrische stoornissen zelden op de voorgrond staan bij MS, viel in ons onderzoek op dat behalve slaapstoornissen relatief weinig psychologische of psychiatrische problemen gemeld werden.¹² Op grond van publicaties in de jaren twintig werden MS en euforie onlosmakelijk met elkaar verbonden.¹² Latere onderzoeken lieten echter zien dat euforie vooral optreedt in gevorderde stadia van de ziekte en gerelateerd kan worden aan aantasting van de frontale hersenkwalben, basale ganglia en het limbische systeem.^{13, 14} Depressies komen veel meer voor dan men aanvankelijk dacht en sommige patiënten die op het eerste gezicht euforisch lijken, blijken bij gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten depressief te zijn.^{13, 14} Het voorkomen van depressie varieert afhankelijk van de methode van onderzoek, doch in de beter gevalideerde onderzoeken bedraagt het percentage 27 tot 54.¹³⁻²⁰ Het in dit artikel beschreven percentage van 0,8 steekt daar nogal bij af. Wij vonden wel veel slaapstoornissen, die als op zichzelf staand symptoom in de literatuur niet in verband gebracht worden met MS; depressie kan zich wel onder meer uiten in slaapstoornissen. Mogelijk wordt bij de complexe symptomen van MS de diagnose 'depressie' veelal niet overwogen, of niet geregistreerd.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

De duur en de ernst van de ziekte bepalen de mate van invaliditeit. Eenderde van de hier beschreven groep MS-patiënten had een uitkering krachtens de WAO, een uitkomst die weinig verschilt van de resultaten van eerder in Nederland verricht onderzoek.¹ In tegenstelling tot andere onderzoekers,¹ kwamen wij niet tot de conclusie dat de werksituatie bij mannen eerder problemen veroorzaakte dan bij vrouwen. Van de werkende MS-patiënten was 60% vrouw, overeenkomstig de geslachtsverdeling onder de patiënten. Wel ontvingen relatief iets meer mannen dan vrouwen een WAO-uitkering.

CONCLUSIE

De huisarts speelt een belangrijke rol in de behandeling en begeleiding van MS-patiënten. Behalve wegens de voor MS typische neurologische klachten en klachten van het bewegingsapparaat wordt de huisarts vooral gecoconsulteerd wegens slaapstoornissen, urineweginfecties, urine-incontinentie, obstipatie en huidproblemen. Afgezien van de slaapstoornissen worden opvallend weinig psychische klachten geregistreerd. Depressie lijkt onvoldoende te worden gediagnosticeerd.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de 161 huisartsen en hun praktijkassistenten, die in 1987/88 data verzamelden voor de 'Nationale studie' en daarna meerdere malen hun medewerking verleenden aan vervolgonderzoek. Wij danken L.J.Stokx, arts-wetenschappelijk onderzoeker, dr.P.de Kort, neuroloog, en mw.E.de Kort-de Bont, huisarts, voor hun commentaar op het manuscript.

ABSTRACT

Multiple sclerosis in general practice.

Objective. To study the family physician's role in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis (MS) patients.

Design. Descriptive.

Setting. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht, the Netherlands.

Method. In the Dutch National survey of morbidity and intervention in general practice, data were collected by 161 general practices throughout the Netherlands (161 family physicians) regarding contacts with patients during three months. These data were examined for contacts which resulted in the diagnosis of MS and for comorbidity.

Results. MS patients (n = 118) had 4.3 encounters per 3 months with their family physician and (or) the practice assistant. In 5 patients MS was diagnosed for the first time. Apart from neurological complaints characteristic of MS the family physician was consulted most frequently for sleeping disorders, urinary tract infections and urine incontinence. One-third of patients depended on social security and 26% had a paid job.

Conclusion. The family physician was consulted relatively frequently by MS patients. Apart from sleeping disorders remarkably few psychic complaints were noted.

LITERATUUR

- Minderhoud JM, Prange AJA, Dassel H, Schurink HJ, Lootsma E, Hoeven H van der. Epidemiologische aspecten van multiple sclerose. Een onderzoek in de provincie Groningen. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1985;63:64-72.
- Riise T, Gronning M, Aarli JA, Nyland H, Larsen JP, Edland A. Prognostic factors for life expectancy in multiple sclerosis analysed by Cox-models. J Clin Epidemiol 1988;41:1031-6.
- Riise T, Gronning M, Fernandez O, Lauer K, Midgard R, Minderhoud JM, et al. Early prognostic factors for disability in multiple sclerosis, a European multicenter study. Acta Neurol Scand 1992; 85:212-8.
- Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991;34:51-61.
- Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, 1990.
- Velden J van der, Schellevis FG, Steen J van der. International classification of primary care. Tabulaire lijst. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, 1991.
- Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J Chronic Dis 1970;23:455-68.
- Schellevis F. Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993.
- Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 2nd ed. Boston: Prindle, Weber, Schmidt, 1986:302-68.
- Norusis MJ. SPSS/PC+ V2.0 base manual. Gorinchem: SPSS International, 1990.
- Swart EL, Loenen AC van, Polman CH. Farmacotherapeutische behandeling van multiple sclerose. Pharm Weekbl 1994;129:106-10.
- Giesser B. Multiple sclerosis. Current concepts in management. Drugs 1985;29:88-95.
- Erickson RP, Lie MR, Wineinger MA. Rehabilitation in multiple sclerosis. Mayo Clin Proc 1989;64:818-28.
- Graaf J de, Hoeven JH van der, Hoogstraten MC, Minderhoud JM. Multiple sclerosis. Een boek voor patiënt en behandelaar. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988:137-47.
- Surridge D. An investigation into some psychiatric aspects of multiple sclerosis. Br J Psychiatry 1969;115:749-64.
- Salguero LF, Itabashi HH, Gutierrez NB. Childhood multiple sclerosis with psychotic manifestations. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1969;32:572-9.
- Whitlock FA, Siskind MM. Depression as a major symptom of multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1980;43:861-5.
- Minden SL, Schiffer RB. Affective disorders in multiple sclerosis. Review and recommendations for clinical research. Arch Neurol 1990;47:98-104.
- Pratt RTC. An investigation of the psychiatric aspects of disseminated sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1951;14:326-35.
- Schiffer RB, Caine ED, Bamford KA, Levy S. Depressive episodes in patients with multiple sclerosis. Am J Psychiatry 1983;140:1498-500.

Aanvaard op 8 januari 1996

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

Vermoeidheid: een chronisch probleem

Jozen Bensing, Robert Hulsman en
Karlein Schreurs

Over een chronisch probleem dat te weinig aandacht van de dokter krijgt.

IRONISCH GENOEG krijgen de problemen waar chronisch zieken het meest last van hebben vaak het minst de aandacht in de patiëntenzorg. Vermoeidheid is zo'n probleem. Chronisch zieken klagen vaak over vermoeidheid; voor velen is dit het meest belastende aspect van hun ziekte. Toch komt moeheid zelden in de spreekkamer ter sprake. Artsen hechten ook veel minder belang aan het symptoom moeheid dan de patiënten zelf.¹ Er lijkt een kloof te bestaan tussen de ervaringswereld van chronisch zieken en de aandacht van artsen voor het verschijnsel moeheid: die kloof is er zowel wetenschappelijk als in het medisch consult.

Epidemiologie

Van sommige ziektebeelden is inmiddels uit epidemiologisch onderzoek heel goed bekend met welke moeheidsklachten ze gepaard gaan. Zo klaagt meer dan 80% van de kankerpatiënten over moeheid, die bij hen vaak een rechtstreeks gevolg is van de behandeling met chemo- of radiotherapie, maar ook lange tijd daarna kan voortduren.²³ Ook patiënten die lijden aan multiple sclerose klagen vaak over moeheid: ruim 79% MS-patiënten zijn sneller, frequenter en intenser vermoeid dan gezonde mensen.⁴ Bovendien worden andere MS-symptomen door moeheid versterkt.⁵ Van reumapatiënten is uit onderzoek bekend dat 57% van hen moeheid beschouwt als het meest problematische symptoom van hun ziekte.⁶ Ook hartklachten gaan gepaard met moeheidsklachten, die vaak tot 6 maanden na een hartoperatie kunnen aanhouden.⁷

Bij veel andere chronische aandoeningen is over het verschijnsel 'moeheid' nauwelijks iets bekend. Dit komt onder meer doordat moeheid niet wordt beschouwd als een centraal element van gezondheid of kwaliteit van leven. Weinig Kwaliteit van

Leven-lijsten bevatten een expliciete moeheidsschaal. Uitzonderingen zijn de Nottingham Health Profile⁸ en de Rand-36,⁹ maar ook in onderzoek dat van deze lijsten gebruik maakt wordt zelden afzonderlijk over moeheid gerapporteerd.

In de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is aan een random steekproef van dertienduizend mensen gevraagd van welke klachten zij last hadden gehad in de twee weken voor het interview.¹⁰ In de geprecordeerde lijst van symptomen was ook de klacht 'moeheid' opgenomen. Dit bleek, samen met de klacht 'hoofdpijn', de meest genoemde klacht te zijn.¹¹

Bij analyse van de personen van 15 tot 64 jaar (N = 9.379) werd gevonden dat vrouwen meer over moeheid klagen dan mannen.¹² Bij vrouwen bleek de klacht moeheid vooral samen te hangen met de combinatie van werk buitenshuis en de zorg voor kleine kinderen. Bij mannen bleek moeheid vooral te worden verklaard door het uitoefenen van hoofdarbeid. Bovendien bleek moeheid vooral veel voor te komen bij mensen die ook aan allerlei andere gezondheidsproblemen lijdten, zowel acute klachten als chronische aandoeningen. Daarom is een aparte analyse gemaakt van de co-morbiditeit van moeheid bij allerlei chronische aandoeningen over alle personen van 15 jaar en ouder (N = 10.683).

Figuur 1 laat zien dat moeheid meer voorkomt naarmate mensen meer chronische aandoeningen hebben. Bij mensen die geen enkele chronische aandoening rapporteren is er een kans van 23% dat er moeheidsklachten worden gemeld. Wanneer mensen wel chronische aandoeningen hebben, loopt die kans uiteen van 30% bij één aandoening tot 66% procent bij vier of meer aandoeningen. In *figuur 2* is bij achttien chronische ziekten te zien hoeveel procent van de patiënten rapporteren last te hebben van moeheid. Het percentage varieert van 35% (bij hooikoorts of prostaatklaften) tot 56% (bij kanker of schildklier-aandoeningen). Uit deze cijfers mag de conclusie worden getrokken dat moeheid een duidelijk probleem is voor veel verschillende chronisch zieken. Bo-

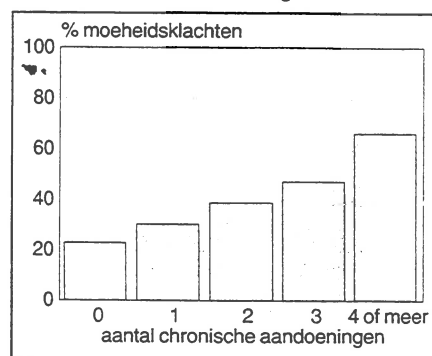
vendien wordt het probleem groter naarmate een patiënt aan meerdere chronische aandoeningen lijdt.

Moeheid: oorzaak of gevolg

Over de etiologie van moeheid komt uit de literatuur geen eenduidig beeld naar voren. Bij laboratoriumonderzoek wordt zelden een duidelijke oorzaak gevonden.¹³⁻¹⁵ Moeheid blijft meestal als symptoomdiagnose bestaan. Wel worden in de literatuur diverse mogelijke oorzaken genoemd, al is bij sommige ervan een oorzakelijk verband nooit echt goed vastgesteld; genoemd worden infecties, verkeerde voeding, verhoogde spiegel van afbraakproducten en toxische metabolieten, anemie, bijwerking van geneesmiddelen, gewichtsverlies (bij kanker), slaapstoornissen, gebrek aan beweging (immobilisatie), psychologische distress en/of depressiviteit, en pijn.^{2 16-19}

Moeheid moet vaak begrepen worden in de hele context waarin de patiënt verkeert, waarbij biomedische aspecten (de oorspronkelijke chronische ziekte), psychologische aspecten en sociale aspecten elkaar voortdurend beurtelings beïnvloeden.⁶ Vaak spelen circulaire, zichzelf versterkende processen een rol. Zo kan het vermijden van lichamelijke activiteit gemakkelijk leiden tot een vicieuze cirkel, die de moeheidsklachten steeds vaker en intenser laat terugkeren.¹⁷ Datzelfde kan worden gezegd van ketenreacties waarbij patiënten vanwege hun vermoeidheid de neiging krijgen sociale activiteiten te

Figuur 1. Percentage moeheidsklachten per aantal chronische aandoeningen.



ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - CHRONISCHE ZIEKTEN

vermijden. Vaak stuit dit op onbegrip: men vindt iemand asociaal of lui, wat leidt tot negatieve of terugtrekkingsreacties van de omgeving.⁵ Vervolgens kunnen bij de patiënt allerlei affectieve reacties ontstaan (piekeren, tobben, irritatie, zelfverwijt, depressiviteit), die het gevoel van moeheid op hun beurt weer verder kunnen versterken.

Zeker is dat moeheid vaak gepaard gaat met allerlei andere gezondheidsproblemen. Naast de reeds genoemde diverse chronische aandoeningen zijn dat vooral: pijn, slaapproblemen, stress, depressiviteit en andere vormen van psychische problematiek.^{16 17 20} En ook hier zijn allerlei vicieuze cirkels te ontdekken. Zo leidt pijn gemakkelijk tot slaapproblemen, hetgeen moeheid tot gevolg kan hebben. Pijn kost ook energie, evenals het vermijden van pijn. Pijn kan ten slotte ook leiden tot het vermijden van lichamelijke activiteit, waardoor de reeds eerder gememoreerde vicieuze cirkel in werking kan treden.¹⁶ Ongeacht of moeheid nu oorzaak of gevolg is van andere problemen, het is duidelijk dat moeheid de kwaliteit van leven sterk beïnvloedt: vermoeide mensen ondernemen minder, zij verliezen hun mobiliteit, vermijden sociale contacten, zorgen vaak slecht voor zichzelf en hebben naast eerder genoemde affectieve reacties ook allerlei cognitieve problemen: het concentratievermogen raakt aangetast, zij verliezen hun besluitvaardigheid, krijgen problemen met hun geheugen en klagen over desoriëntatie en een verminderd denkvermogen.^{5 19}

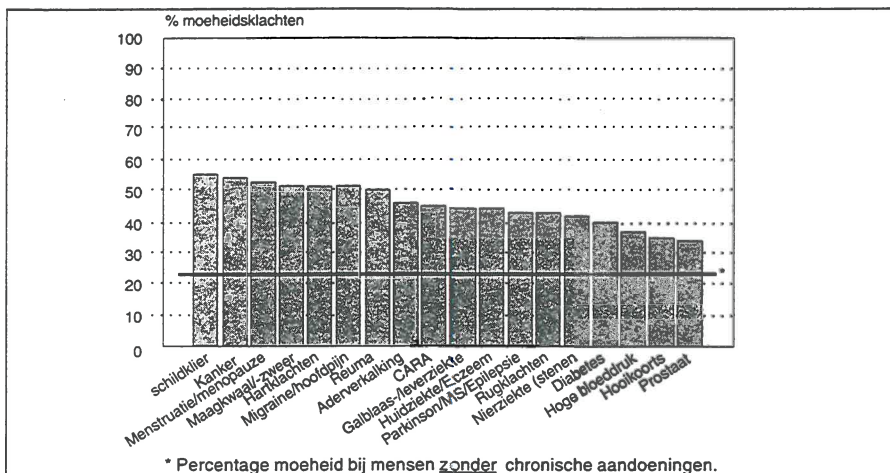
Interventies

Tegen deze achtergrond is het op het eerste gezicht opmerkelijk dat in de spreekkamer zo weinig aandacht aan moeheid wordt geschonken. Toch is dat ook wel begrijpelijk. Er zijn immers op een enkele uitzondering na weinig medicijnen die helpen tegen moeheid. Moeheid wordt vaak beschouwd als een lastig, maar onvermijdelijk bijverschijnsel van de primaire aandoening.

Jammer is dat wel, want uit de literatuur blijkt dat er wel degelijk interventies werkzaam zijn. Deze liggen vooral op het vlak van de voorlichting en educatie: patiënten aan wie van tevoren wordt uitgelegd dat zij kunnen verwachten door een bepaalde behandeling (radiotherapie, chemotherapie) sneller vermoeid te raken, zullen beter in staat zijn met hun moeheid om te gaan.^{5 17}

Het is in ieder geval *niet* verstandig om patiënten uitsluitend te adviseren vooral rustiger aan te gaan doen. Daardoor kan namelijk gemakkelijk de reeds eerder genoemde negatieve spiraal ontstaan. Beter is het om patiënten te stimuleren hun

Figuur 2. Percentage moeheidsklachten bij verschillende chronische aandoeningen.



activiteiten te doseren en een goede balans te zoeken tussen inspanning en ontspanning, bijvoorbeeld door een programma van lichamelijke activiteiten te ontwikkelen waarin ook niet-inspannende activiteiten zijn opgenomen.^{3 16} Ook een goede planning van de dagelijkse activiteiten en onderscheid maken tussen belangrijke en minder belangrijke taken is effectief voor het vinden van een betere energiebalans.⁷ Het kan helpen als de patiënt een tijd lang in een dagboek zowel zijn of haar dagelijkse activiteiten als de moeheidsklachten bijhoudt. Er blijken namelijk grote individuele verschillen te zijn in de mate waarin bepaalde activiteiten tot moeheid leiden. Algemene adviezen zijn daarom zelden afdoende. Wel is het vrijwel altijd belangrijk om, gelet op de hoge co-morbiditeit op deze terreinen, apart

aandacht te besteden aan slaaphygiëne en aan pijnbestrijding.¹⁶ Ten slotte is het van belang om aandacht te besteden aan de rol van de sociale omgeving bij de totstandkoming (overstimulatie) of instandhouding (overmatige bescherming, ziekte winst) van de moeheidsklachten. •

CHRONISCH ZIEKEN/VERMOEIDHEID

Jozien Bensing,

Robert Hulsman,

Karlein Schreurs,

Nivel, Utrecht

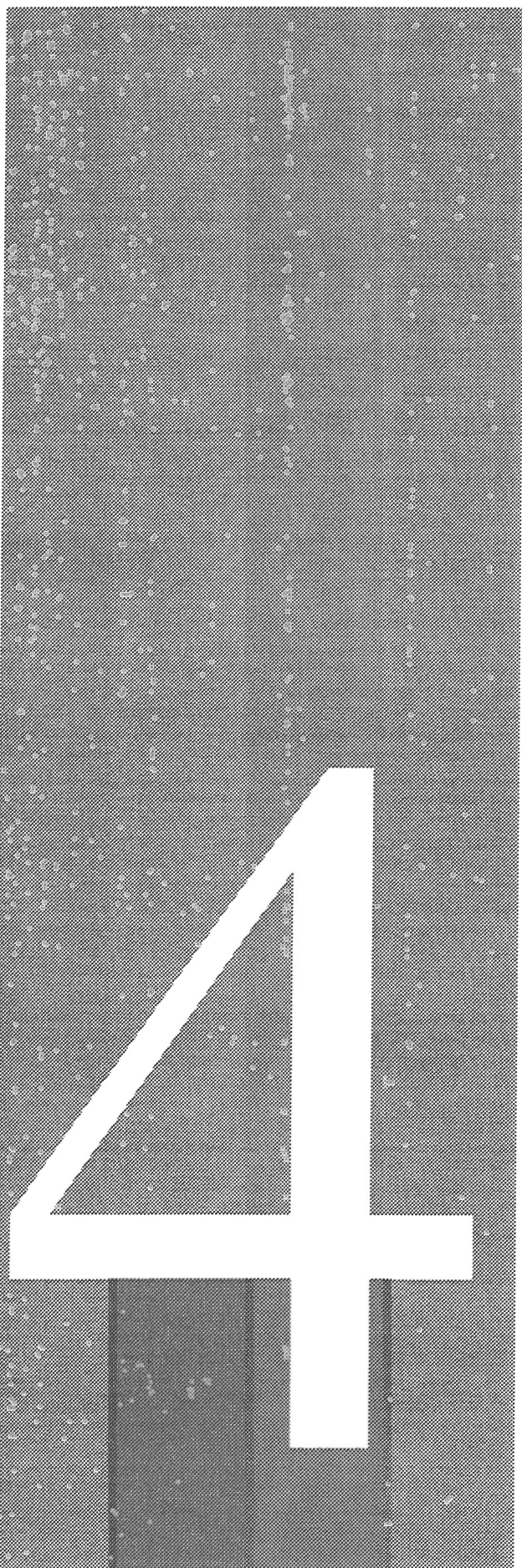
Over 'Vermoeidheid: een chronisch probleem?' wordt op 10 februari in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht een congres gehouden, georganiseerd door de Nederlandse Federatie van Behavioral Medicine in samenwerking met de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht.

Literatuur

- Lewis G, Wessely S. The Epidemiology of Fatigue: More Questions than Answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-7.
- Irvine DM, Vincent L, Bubela N, Thompson L, Graydon J. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs* 1991; 14(4): 188-99.
- Graydon JE, Bubela N, Irvine D, Vincent L. Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer Nurs* 1995; 18(1): 23-8.
- Packer TL, Sauriol A, Brouwer B. Fatigue secondary to chronic illness: postpolio syndrome, chronic fatigue syndrome, and multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75(10): 1122-6.
- Hubsy EP, Sears JH. Fatigue in multiple sclerosis: guidelines for nursing care. *Rehabil Nurs* 1992; 17(4): 176-80.
- Tack BB. Self-reported fatigue in rheumatoid arthritis. A pilot study. *Arthritis Care Res* 1990; 3(3): 154-7.
- Schaefer KM, Shober-Potylycky MJ. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 260-8.
- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile, subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-30.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS-36-item Short-form Health Status Survey (SF-36): 1. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
- Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden.

Huisarts en Wetenschap 1991; 34(2): 51-61.

- Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- Bensing JM, Schreurs K. Sexverschillen bij moeheid. *Huisarts en Wetenschap* 1995; 38: 412-21.
- Zaat JOM, Schellevis FG, Kluij I, et al. Laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1992; 35: 183-7.
- Knotterus JA, Knipschild PG, Wersch JWJ van, Sijstermanns AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte: een onderzoek vanuit de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.
- Knotterus JA, Knipschild PG, Wersch JWJ van, Sijstermanns AHJ. De betekenis van de ferritinebepaling in serum van gezonden en van patiënten met onverklaarde moeheid in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2085-6.
- Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, Gilliss CL. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res* 1993; 42(2): 93-9.
- Smets EM, Garssen B, Schuster-Uitterhoeve AL, Haes JC de. Fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 1993; 68(2): 220-4.
- Feyen L, Foucart L, Meyere M de, Maeseneer J de, Leeuw A de. Dokter, ik ben zo moe. Een klinische discussie rond moeheid. *Huisarts Nu* 1994; (2): 53-7.
- Richardson A. Fatigue in cancer patients: a review of the literature. *Eur J Cancer Care Engl* 1995; 4(1): 20-32.
- Crosby LJ. Factors which contribute to fatigue associated with rheumatoid arthritis. *J Adv Nurs* 1991; 16(8): 974-81.



ZIEKTEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

4 psychosociale
problemen

Joziën Bensing en Philip Beerendonk

595

*Psychosociale problemen in de huisartspraktijk:
weten en meten*

7.55 uur. Een huisarts begint zijn werkdag. Hij bladert vluchtig door de stapel patiëntenkaarten die zijn assistente voor hem heeft klaargelegd, om een indruk te krijgen van wat hij verwachten kan. De eerste kop koffie. Het spreekuur kan beginnen.

Een doodgewone dag in een doodgewone huisartspraktijk. Twintig tot vijftig mensen op het ochtendspreekuur, iedere tien minuten een ander. Ze komen met een snotterende verkoudheid, een versleten rug, een bloeddrukcontrole of algemene malaise. En meestal met van alles een beetje. Velen van hen hebben psychische problemen. Voor zo'n 10 tot 20% van de huisartspatiënten is dat ook expliciet een reden om hun huisarts te consulteren (Lamberts en Hartman, 1982; Verhaak, 1986); veel vaker echter (ruim 40%) spelen die problemen een rol op de achtergrond en zijn ze op een complexe manier verweven met lichamelijke klachten, waarbij oorzaak en gevolg moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn (Bensing en Sluijs, 1984); ook is het niet altijd vanzelfsprekend dat de huisarts actie moet ondernemen. Veel psychische problemen gaan immers ook vanzelf over (Sanavro, 1982; Gerards, 1985; Ormel, 1987). Ook hebben sommige mensen met hun geestelijke of sociale handicaps leren leven, hebben niet zo'n behoefte aan professionele hulp hiervoor of hebben een andere, vertrouwde hulpverlener. En tot slot (al realiseert men zich dat in de geestelijke gezondheidszorg niet altijd): regelmatig liggen de prioriteiten gewoon anders; ook een depressieve patiënt kan hooikoorts krijgen, of een knobbel in de borst.

Inleiding

In Nederland heeft de huisarts formeel de rol toebedeeld gekregen van poortwachter tot de gespecialiseerde gezondheidszorg. Dat geldt voor de algemene gezondheidszorg (medisch specialisten), en ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Niet iedereen is daar even gelukkig mee, deels om politieke redenen, deels uit zorg om de kwaliteit. Zo zou de gehele echelonnering een 'historische vergissing' zijn, omdat zij gebaseerd zou zijn op twee foutieve vooronderstellingen, te weten dat (Van Lieshout en Stoelinga, 1988):

- problemen een verloop kennen dat vergelijkbaar is met dat van infectieziekten (acuut begin – diagnose – behandeling of verwijzing – genezing – einde behandeling), en
- er sprake is van één hoofddiagnose die (dus) door één – zeer gespecialiseerde – discipline tegelijk behandeld dient te worden.

We komen hier later op terug. Een geheel andere bron van kritiek is te vinden in recent onderzoek naar de vaardigheid van de huisarts in het opsporen van psychische problematiek, essentieel voor de legitimiteit van zijn positie als poortwachter voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit onderzoek (meestal afkomstig uit psychiatrische kringen) vergelijkt het oordeel van de huisarts over de mate waarin psychische problemen een rol spelen bij het

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozen Bensing en Philip Beerendonk

596

spreekuurbezoek van hun patiënten, met de scores van dezelfde patiënten op een screeningsinstrument voor 'psychisch onwelbevinden', al dan niet geijkt aan een gestandaardiseerd psychiatrisch interview. Uitkomst is vaak dat de huisarts nogal wat psychische problematiek mist, een ernstige zaak (Goldberg en Blackwell, 1970; Marks e.a., 1979; Boardman, 1987; Wright en Perini, 1987; Wil-
mink, 1989).¹

De twee geschetste ontwikkelingen (het gemopper over de echelonnering enerzijds, en de kritiek op de gebrekkige psychiatrische diagnostiek van de huisarts anderzijds) zetten de rol van de huisarts in de GGZ momenteel onder druk. Tegen deze achtergrond is door ons een nadere studie gemaakt van de diagnostische vaardigheid van huisartsen met betrekking tot de bij hun patiënten aanwezige psychische problematiek. Eerst wordt een strategische analyse gegeven van de positie van de huisarts met het oog op zijn poortwachtersfunctie voor GGZ: wat zijn (op papier) zijn sterke kanten, en waar liggen zijn zwakheden? Vervolgens gaan we (op dezelfde manier als in genoemde psychiatrische studies) na in hoeverre het oordeel van de huisarts over de mate waarin psychische problemen een rol spelen bij een groep doorsnee huisartspatiënten, overeenkomt met het 'psychisch onwelbevinden' van die patiënten, zoals blijkt uit hun score op een screeningsvragenlijst.

Wij zullen echter een stap verder gaan dan gebruikelijk door een nadere analyse te maken van die gevallen waarin het oordeel van de huisarts en de screeningsvragenlijst *niet* met elkaar overeenkomen: de fout-negatieven (bij welke patiënten merkt de huisarts het psychisch onwelbevinden niet op, en hoe komt dat?), maar evengoed de fout-positieven (bij welke patiënten vindt hij dat psychische problemen een rol spelen, terwijl ze volgens de screeningsvragenlijst psychisch gezond zijn; en wat is daar precies aan de hand?). We zullen daarbij zoeken naar meer en minder plausibele verklaringen voor de gevonden verschillen, waarbij we er – in tegenstelling tot genoemde onderzoeken – niet op voorhand van uitgaan dat de screeningsvragenlijst beschouwd kan worden als de 'gouden standaard' waaraan het oordeel van de huisarts wordt 'geijkt'. Feiten en voorbeelden zullen zoveel mogelijk in elkaars verlengde worden gepresenteerd.

Mevrouw drs. J.M. Bensing (1950), psycholoog, is directeur van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) (tijdelijk vrijgesteld voor het doen van wetenschappelijk onderzoek). Zij is redactielid van dit tijdschrift.
Zij publiceerde onder meer, samen met E.M. Sluijs, 'Psychosociale problemen in de eerste-
lijnszorg. NHI-bijdrage aan de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid, Deel 1' (Utrecht,
Nederlands Huisartsen Instituut, 1984). Daarnaast schreef zij onder andere 'Wat mankeert de
RIAGG? Een standpunt vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg' (Maandblad Geestelijke volks-
gezondheid 12-86) en, samen met E.M. Sluijs, 'Leren luisteren, maar wat dan? Evaluatie van
een gesprekst raining voor artsen' (Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 5-84).
Adres: NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

597

Waar cijfermatige verschillen worden gepresenteerd is altijd sprake van een statistisch significant verband ($p < .05$). Bij de keuze van voorbeelden is steeds gezocht naar een representatieve casus.² In de conclusie zullen we terugkomen op de consequenties van ons onderzoek voor de poortwachtersfunctie van de huisarts voor de geestelijke gezondheidszorg.

Strategische analyse

Een in het oog springend sterk punt van de huisarts in verband met zijn poortwachtersfunctie voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg, is dat in Nederland iedereen een huisarts heeft en dat de meeste mensen hun huisarts ook regelmatig consulteren. De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek laten zien dat de huisarts wat dat betreft niet aan belang heeft ingeboet: een huisarts ziet per jaar bijna drie kwart van zijn patiënten, een percentage dat het laatste decennium zelfs nog gestaag is toegenomen. Het gemiddeld aantal contacten van de bezoekers schommelt al jaren rond de 5,0 per jaar (Swinkels, 1989). 'Bekendheid' is in de huisartspraktijk geen loze kreet. Dat geldt nog meer voor mensen met psychische problemen, die grootgebruikers van de huisartspraktijk blijken te zijn, zowel naar aantal consulten als naar aantal per consult gepresenteerde klachten (Van der Zee, 1982; Sanavro, 1982). Daarmee is de huisartspraktijk een (overigens algemeen erkende) goede potentiële vindplaats voor psychische problematiek.

Een tweede sterk punt is de laagdrempeligheid van de huisarts: iedereen kan altijd met van alles bij de huisarts terecht. Dat is algemeen geaccepteerd, door de huisarts, maar ook door de sociale omgeving van de patiënt. Het is niet stigmatiserend, want iedereen gaat naar de huisarts. Er zijn geen lange wachtlijsten of ingewikkelde intakes te overwinnen; ieder probleem is in beginsel acceptabel als reden voor komst. En, eenmaal thuis, kun je altijd nog bedenken wat je aan je sociale omgeving wel en niet zult vertellen over de uitkomsten van het consult.

Een derde sterk punt van de huisarts is zijn principieel integrale wijze van hulpverlening. Psychiatrische problematiek, psychosociale problemen en lichamelijke problemen blijken vaak tegelijkertijd aanwezig.³ Meer dan welke hulpverlener in de (algemene én geestelijke) gezondheidszorg ook, kan de huisarts de hulpvraag van zijn patiënten in het brede kader van zijn lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk functioneren beschouwen. Dat hij dit ook hoort te doen, is sinds 1981 officieel vastgelegd in zijn functieomschrijving (LHV, 1981). En in

*Drs. Ph.M. Beerendonk (1961), psycholoog, is als assistent-onderzoeker verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en als psychotherapeut in opleiding aan de RIAGG Rotterdam-Zuid.
Adres: NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.*

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

598

zijn beroepsopleiding wordt hij er ook voor getraind (onder andere: CCBOH, 1986). In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, met zijn stringente scheiding tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg, is de huisarts de enige hulpverlener die de eenheid van lichaam en geest permanent in het oog kan houden.

Een laatste sterk punt is de continuïteit van de huisarts-patiënt relatie. Wat (per definitie) een probleem is voor instellingen, en zeker voor instellingen die in tijd begrensde hulp verlenen, is voor de huisarts een vanzelfsprekendheid. Een huisarts zal niet zo gauw op het idee komen dat er een case manager nodig is (de nieuwe mode in de GGZ). Hij is immers zelf een case manager avant-la-lettre met zijn vele laagdrempelige contacten door de hele (somatische en geestelijke) gezondheidszorg heen; maar ook met de rustgevende wetenschap dat zijn patiënt binnenkort toch wel weer bij hem op de stoep staat: is het niet met zijn depressie, dan toch in ieder geval met zijn griep. En als hij wil kan hij daar zelf in sturen: door terugbestellen, huisbezoek of (in Amerika gebruikelijker dan hier) door oproepen voor preventief onderzoek. Voor een huisarts kunnen gedane zaken altijd nog een keer nemen. Doctor-shopping is in de huisartspraktijk geen algemeen verschijnsel.

Naast de sterke punten staan natuurlijk ook zwakke punten. Allereerst moet geconstateerd worden dat de sterke punten vaak identiek zijn aan de zwakke: iedere medaille heeft twee kanten, en wat vóór het huwelijk genoemd wordt als de belangrijkste reden waarom de relatie zo goed is, is enige jaren later vaak de belangrijkste reden om een echtscheiding in gang te zetten. De contacten met de huisarts zijn veelvuldig, maar vaak ook vluchtig, en er is veel tegelijkertijd aan de orde. Wat er op enigerlei moment uit dat hele conglomeraat van klachten wordt opgepikt, is vaak afhankelijk van dat moment (tijdsdruk, stemming van arts of patiënt, enzovoorts). Onder tijdsdruk zal allereerst de aandacht voor de psychische kanten van de hulpvraag wijken, niet alleen omdat psychische interventies veel meer tijd kosten dan somatische (Bensing en Sluijs, 1984), maar ook omdat een huisarts eerder voor het tuchtcollege gedaagd wordt voor het missen van een somatische diagnose dan voor het missen van een depressie. Ook kan er sprake zijn van vermijdingsgedrag: wanneer de huisarts bij onduidelijke lichamelijke klachten moet kiezen tussen het sterk geprotocolleerde pad van de somatische geneeskunde en de ongewisse weg van de psychosociale hulpverlening, kan de verleiding groot zijn de gemakkelijkste weg te kiezen. Hodiamont e.a. (1986) voegen daaraan toe dat de huisarts vooral zal zien wat het meest voorkomt en waarop men het meest is ingesteld (waarschijnlijk somatische, psychosociale en psychiatrische problematiek in deze volgorde). Zij zijn bang dat de huisarts het gevaar loopt over het hoofd te zien wat het minst voorkomt, in casu de psychiatrische problematiek, en vrezen dat in de eerste lijn mensen met psychosociale én psychiatrische problematiek eenzijdig psychoso-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

599

ciaal tegemoet worden getreden.

Tegenwoordig is de huisartsopleiding wel ingesteld op de integrale taak van de huisarts, maar veel van de oudere huisartsen, die hun praktijk begonnen zijn voordat de huidige huisartsopleiding bestond en die zich later niet hebben bijgeschoold in gesprekstechniek, zullen nog gewend zijn om in het klassieke medisch model te werken, dat meer gericht is op het actief problemen oplossen dan op het (passief) de patiënt ruimte geven om te praten en hem steun geven. In zijn algemeenheid blijkt de interdoktervariantie bij het herkennen van psychische problematiek groot te zijn (Verhaak, 1986; Marks e.a., 1979; Boardman, 1987).

Veronderstellingen

Op grond van de 'Inleiding' en bovenstaande 'Strategische analyse' zijn de volgende specifieke veronderstellingen geformuleerd.

- 1 Veel huisartspatiënten zullen op het moment dat zij hun huisarts bezoeken psychische problemen hebben. De meesten van hen zullen echter op het spreekuur óók of zelfs uitsluitend lichamelijke klachten presenteren die zich niet of nauwelijks onderscheiden van die van andere patiënten. Wel zullen zij meer klachten presenteren en ook vaker bij de huisarts komen dan mensen zonder psychische problemen.
- 2 De huisarts zal op basis van zijn epidemiologische kennis en praktijkervaring psychische problematiek met name herkennen bij mensen die vaak bij hem komen met veel verschillende klachten. De 'missers' zullen vooral zitten bij mensen die niet aan dit profiel voldoen.
- 3 Wanneer de huisarts een consult van een patiënt met psychische problemen op dat moment niet in een psychische context plaatst, zal hij op grond van zijn continue relatie met die patiënt in een aantal gevallen wel uit vorige consulten bekend zijn met het feit, dat deze patiënt psychische problematiek heeft of heeft gehad, en daar in het verleden met hem over gesproken hebben. Interessant is de vraag wat de redenen zijn waarom de psychische problematiek in dit specifieke consult niet aan de orde is (andere prioriteiten? vermijdingsgedrag?).
- 4 Wanneer de huisarts een consult van een patiënt zonder psychische problemen toch in een psychische context plaatst, zal dit vaak patiënten betreffen die aan het algemene profiel voldoen van patiënten met psychische problemen; dat wil zeggen: mensen die vaak komen met veel klachten. Hier is de vraag gewetigd in welke mate dit toegeschreven moet worden aan stereotypering. Deze vier thema's vormen de leidraad voor onze analyses.

Methode

Bij de keuze van het onderzoeksdesign hebben we ons laten leiden door de inmiddels rijke traditie op dit terrein. In zekere zin is deze studie dus op te vatten

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

600

als een replicatieonderzoek, zij het met een kritische ondertoon. We maken ter wille van de vergelijkbaarheid zoveel mogelijk gebruik van dezelfde meetinstrumenten en procedures. In de 'Discussie' komen we terug op de bruikbaarheid van de gehanteerde methoden.

Het onderzoek maakt deel uit van de 'Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk' (Foets en Van der Velden, 1990); het is een onderdeel van een deelstudie naar het beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk, waaraan 17 huisartsen hun medewerking verleenden.⁴ Het onderzoek vond plaats op twee à drie opeenvolgende dagen in hun praktijk. Patiënten gaven schriftelijk hun toestemming voor het onderzoek.⁵ Daarna werd het consult op de videoband opgenomen en vulden zowel arts als patiënt een vragenlijst in. De videobanden zijn in dit artikel gebruikt voor de selectie van een aantal representatieve casus om zodoende naast de veelheid van kwantitatieve gegevens ook de hulpverleningspraktijk zelf zichtbaar te maken. In totaal werden 474 consulten op video opgenomen. Door 27 patiënten was de patiëntenvragenlijst niet of niet volledig ingevuld. Bij consulten met meerdere patiënten was het achteraf niet mogelijk om te zien wie van de patiënten de vragenlijst had ingevuld. Ook gebeurde het dat moeders die voor hun kind naar het spreekuur kwamen, zelf de vragenlijst invulden. Op die manier was er geen zinvolle koppeling meer tussen klacht, beoordeling door de arts en de score op de vragenlijst. In het onderzoek werden om die reden alleen consulten opgenomen met maar één patiënt. De geslachts- en leeftijdsverdeling veranderde hierdoor niet noemenswaardig. In het onderzoek zijn om bovengenoemde reden uiteindelijk 357 consulten opgenomen.

Als screeningsvragenlijst hebben wij – in het spoor van de traditie – gekozen voor de General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972). De GHQ vraagt naar symptomen: 'Bent u de afgelopen vier weken door zorgen veel slaap te kort gekomen?' of 'Bent u de afgelopen vier weken steeds maar zenuwachtig en gespannen geweest?'. Het aantal positieve antwoorden bepaalt de somscore. De General Health Questionnaire is oorspronkelijk ontwikkeld als psychiatrisch screeningsinstrument. Het begrip 'psychiatrisch' dient daarbij echter ruim genomen te worden: er worden bij bevolkingsonderzoek en onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg GHQ-prevalentiecijfers gevonden tussen de 26% en 55% (Goldberg en Blackwell, 1970; Goldberg en Hillier, 1979; Marks e.a., 1979; Cleary e.a., 1982; Mari en Williams, 1986; Duncan-Jones e.a., 1986; Wright en Perini, 1987; Goldberg en Bridges, 1987; Whewell e.a., 1988; Chong en Wilkinson, 1989). Geleidelijk aan is men de GHQ daarom steeds meer gaan gebruiken om 'psychological distress', 'level of morale' of 'severity of neurotic illness' te meten (Duncan-Jones e.a., 1986). We zullen in dit artikel daarom verder de termen 'psychisch onwelbevinden' en 'psychische problematiek' gebruiken, waarmee de gehele scala van 'psychosociaal' tot 'psychiatrisch' wordt

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

601

bedoeld. In de literatuur wordt de GHQ beschouwd als een betrouwbaar en valide meetinstrument om 'psychological distress' te meten.

Wij hebben in dit onderzoek gekozen voor de 12-item versie van de GHQ.⁶ Analooq aan Goldberg (1972) wordt de drempel gelegd tussen 1 en 2. Dat betekent dat bij patiënten met een 'lage' GHQ-score (0 of 1) de kans op psychisch onwelbevinden klein is, terwijl bij patiënten met een 'hoge' GHQ-score (2-12) die kans groot is. De General Health Questionnaire werd door iedere patiënt na afloop van het consult ingevuld. Ook de arts vulde na elk consult een vragenlijst in. Hij gaf op de dimensie somatisch-psychosociaal (een 5-puntsschaal) aan hoe hij de klachten van de patiënt beoordeelde. Voor dit onderzoek is deze maat gedichotomiseerd met een drempelwaarde tussen 1 (zuiver somatisch) en 2 (niet zuiver somatisch). Verder werd de huisarts een aantal vragen gesteld omtrent de patiënt (onder andere leeftijd en bezoekfrequentie), het consult (onder andere type consult en noodzaak consult) en werd gevraagd naar de bekendheid van de arts met eerdere psychische problematiek van de patiënt.

De door de patiënt gepresenteerde klachten werden door getrainde observatoren gescoord volgens de ICPC, het internationaal gangbare classificatiesysteem voor de huisartspraktijk (Lamberts en Wood, 1987). Dit systeem kent 17 hoofdcategorieën. Zo staat categorie 'A' voor algemene en aspecifieke klachten, zoals vermoeidheid. Categorie 'P' staat voor psychische klachten, 'Z' voor sociale klachten, 'D' voor klachten met betrekking tot het maag-darmkanaal enzo-voorts.

Resultaten

Inleiding

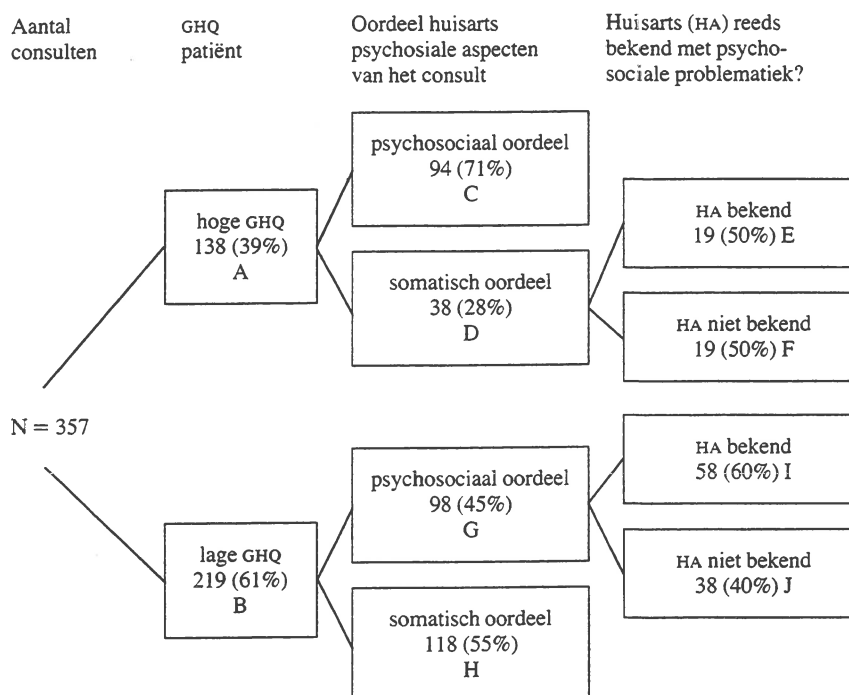
In onderstaande figuur is een boomdiagram gegeven van de voornaamste variabelen in deze studie. Eerst zijn alle consulten uitgesplitst naar mensen met een hoge, respectievelijk lage GHQ-score. Dit zijn dus de mensen met een (volgens de GHQ) verhoogde kans op psychisch onwelbevinden (39%) ten opzichte van de mensen die dat niet hebben (61%). Vervolgens is voor elk van deze groepen een uitsplitsing gemaakt naar de mensen van wie de huisarts vindt dat er psychische aspecten een rol spelen bij het doktersbezoek, en de mensen van wie de huisarts het consult als zuiver somatisch beschouwt. De consulten waarin arts en GHQ het met elkaar eens zijn, laten we verder buiten beschouwing. Interessanter is het middelste gedeelte van het boomdiagram: daar waar de huisarts een somatisch label hecht aan een patiënt met een hoge GHQ-score of – andersom – waar een huisarts het consult in een psychische context plaatst bij mensen met een lage GHQ-score. Van deze groepen is nagegaan of de huisarts bekend is met het feit dat deze patiënt eerder dit jaar psychische problemen heeft gehad, en of de huisarts in het verleden ooit met de patiënt gesproken heeft over zijn eventuele psychische problemen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

602

Figuur Boomdiagram van consulten, gesplitst naar GHQ, huisartsenoordeel in het betreffende consult en reeds aanwezige bekendheid van de huisarts met psychosociale problematiek



N.B. Doordat van sommige variabelen niet alle waarden bekend zijn, zijn er soms kleine verschillen in de aantallen.

De analyse is als volgt opgebouwd. Steeds wordt een vergelijking gemaakt tussen twee (sub)groepen uit het boomdiagram:

- patiënten met een hoge versus een lage GHQ-score (de hokjes A en B);
- (binnen de groep mensen met een hoge GHQ-score:) de patiënten wiens psychische problemen wel versus niet door de huisarts worden herkend (de hokjes C en D);
- (binnen de groep mensen met een hoge GHQ-score die niet door hun huisarts wordt herkend:) de patiënten die de huisarts wel versus niet uit het verleden kent met psychische problematiek (E en F);
- (binnen de groep mensen met een lage GHQ-score:) de patiënten aan wie de huisarts wel versus niet psychische problemen toeschrijft (G en H);
- (binnen de groep mensen met een lage GHQ-score aan wie de huisarts toch

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

603

psychische problemen toeschrijft:) de patiënten die de huisarts wel versus niet uit het verleden kent met psychische problematiek (I en J).

De belangrijkste verschillen tussen al deze groepen zijn in een overzichtstabel weergegeven (tabel 1). Gedetailleerdere informatie is bij de auteurs verkrijgbaar.

Tabel 1 Overzichtstabel van de significante verschillen tussen de verschillende subgroepen consulten (de letters verwijzen naar de groepen consulten zoals weergegeven in het boomdiagram).

	B-A ¹	D-C	F-E	H-G	J-I
<i>Patiënt/consultkenmerken</i>					
Geslacht (man/vrouw)	—	—	.02(-)	.01	—
Leeftijd (11-82 jaar)	.005 ²	—	—	—	—
Bezoekfrequentie (< 1 - > 10 maal per jaar)	.003	.001	.008	—	.000
Type consult (eerste/herhaal)	—	—	—	.05	—
Aantal klachten (1 - 10)	.02	.002	.02	.005	—
Noodzaak consult (nee/ja)	—	—	—	.02	—
HA bekend met psychosociale problematiek (nee/ja)	.000	.09	nvt	.01	nvt
Eerder met HA gesproken over psychosociale problematiek (nee/ja)	.000	.008	nvt	.001	nvt
<i>Klachtenpatroon (frequentie > 5%)</i>					
A - Algemeen	.007	—	—	—	—
D - Spijsvertering	—	—	—	.003	—
F - Oog	—	—	—	—	—
H - Oor	—	—	—	—	—
K - Bloedsomloop	—	—	—	—	—
L - Bewegingsapparaat	—	—	—	—	—
N - Neurologie	—	—	—	—	—
P - Psychologisch	.000	.003	—	.001	.07
R - Ademhaling	—	—	—	—	—
S - Huid	—	.05(-)	—	.02(-)	—
T - Hormonaal	—	—	—	—	—
U - Urologie	—	—	—	—	—
X - Gynaecologie	—	—	—	.03	—
Z - Sociaal	.000	.07	—	.003	—
<i>GHQ-patroon</i>					
Stressfactor	.000	.009	—	nvt	nvt
Depressie	.000	—	—	nvt	nvt

- 1 A = hoge GHQ-score; B = lage GHQ-score;
C = hoge GHQ, psychosociaal HA-oordeel; D = lage GHQ, somatisch HA-oordeel;
E = hoge GHQ, somatisch HA-oordeel, HA is bekend met psychosociale problemen;
F = hoge GHQ, somatisch HA-oordeel, HA is niet bekend met psychosociale problemen;
G = lage GHQ, psychosociaal HA-oordeel; H = lage GHQ, somatisch HA-oordeel;
I = lage GHQ, psychosociaal HA-oordeel, HA is bekend met psychosociale problemen;
J = lage GHQ, psychosociaal HA-oordeel, HA is niet bekend met psychosociale problemen;
- 2 Een significant verschil tussen bijvoorbeeld de groepen B en A betekent dat op de betreffende variabele groep A gemiddeld een hogere score heeft dan groep B. Wanneer tussen haakjes een minteken is gegeven, is de richting van het verband tegengesteld. Een streepje betekent dat het verschil niet significant is.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

604

Profiel van de patiënten met een hoge en een lage GHQ-score

Het percentage mensen met een hoge score op de GHQ in de huisartspraktijk (39%) is vergelijkbaar met dat wat in ander onderzoek wordt gevonden (zie hiervoor). Het ligt aanmerkelijk hoger dan in het bevolkingsonderzoek (N=10.171) dat deel uitmaakte van diezelfde 'Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk' en in dezelfde periode werd gehouden (12%). Daarmee is een deel van onze eerste verwachting bevestigd: relatief veel mensen die een bezoek brengen aan hun huisarts, hebben een hoge GHQ-score. Waaraan kan men in de huisartspraktijk patiënten met een hoge score op de GHQ herkennen? Waarin onderscheiden zij zich van de rest? In de eerste kolom van tabel 1 zijn de significante verschillen tussen de twee subgroepen gegeven. In levenden lijve zien ze er als volgt uit.

8.00 uur. De eerste patiënt komt binnen, een vrouw van 62 jaar. Zij klaagt over pijn in haar been, die erger wordt als haar been afkoelt. Een warme lamp helpt wel wat, maar niet voldoende. De arts vraagt of ze verder goed gezond is. De vrouw zegt dat er altijd wel iets aan de hand is (laatst had ze bijvoorbeeld last van evenwichtsstoornissen), maar dat dat ook altijd weer vanzelf overgaat. De arts onderzoekt haar uitvoerig en neemt een uitgebreide anamnese af. Hij concludeert dat het wellicht een oude botbreuk is die opspeelt, en stelt voor een foto te laten maken en een bezinking te laten prikken. De patiënte gaat akkoord.

8.14 uur. Een man van middelbare leeftijd komt de spreekkamer binnen en blijft wat schutterig staan tot de huisarts hem vraagt te gaan zitten. Ook de opening van het consult komt van de huisarts. Dan komt het verhaal los. 'Dokter, ik heb zo het idee dat ik aan het doordraaien ben. Ik heb koppijn, lig 's nachts uren wakker en voel me rot; ik zie geen oplossing meer.' De man is werkloos geworden op zijn veertigste, terwijl hij tot zijn vijfendertigste gestudeerd heeft om hogerop te komen. Hij voelt zich nutteloos, niet meer nodig. Inmiddels heeft dit thuis ook tot de nodige spanningen geleid. De huisarts vraagt wat de man van hem verwacht. Deze vertelt dat hij er inmiddels wel van overtuigd is dat hem lichamelijk eigenlijk niets mankeert, maar dat hij graag zijn ei kwijt wil. De huisarts vraagt of hij wel eens aan andere hulp heeft gedacht, bijvoorbeeld van het AMW of de RIAGG. De man is wat argwanend. De huisarts probeert hem te motiveren, hetgeen gedeeltelijk lukt. De huisarts geeft nog wat informatie over de gang van zaken bij de RIAGG en het consult wordt afgesloten met een vervolgafspraken.

De eerste patiënt is het prototype van een patiënt met een lage GHQ-score; de tweede een kenmerkend voorbeeld van een patiënt met een hoge GHQ-score. Patiënten met een hoge score op de GHQ onderscheiden zich vooral van de anderen doordat zij vaker bij de huisarts komen, meer klachten presenteren, vooral van het type A (algemeen en aspecifiek), P (psychisch) en Z (sociaal). Zij onderscheiden zich ook doordat de huisarts hun bezoek vaker in een psychische context plaatst, bekend is met psychische problemen die het afgelopen jaar bij hen zijn opgetreden, en vanwege het feit dat hij daar eerder met hen over gesproken heeft. Zij onderscheiden zich niet door hun sekse; wel enigszins naar

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

605

leeftijd (met name de groep patiënten van middelbare leeftijd heeft vaker een hoge GHQ-score). De noodzaak van hun consult wordt door de huisarts gelijk beoordeeld.

Wanneer (in een discriminantanalyse) alle variabelen gelijktijdig in beschouwing worden genomen, blijkt de beoordeling van de arts de beste voorspeller voor het feit of een patiënt een hoge dan wel een lage GHQ-score zal hebben. Het is overigens veel moeilijker te voorspellen wie wel dan wie niet een GHQ-geval is. Dit komt vooral doordat er nauwelijks een verband is tussen het op het consult gepresenteerde klachtenpatroon en de GHQ-score; weliswaar heeft het merendeel (bijna 70%) van de patiënten die tijdens het consult expliciet een psychische of een sociale klacht presenteren, ook een hoge GHQ-score, omgekeerd is dat verband echter minder duidelijk: van alle mensen met een hoge score op de GHQ presenteert twee derde louter en alleen lichamelijke klachten. Deze klachten onderscheiden zich (met uitzondering van de reeds genoemde algemene en aspecifieke klachten) in geen enkel opzicht van de klachten van patiënten met een lage GHQ-score (noch naar soort, noch naar mate van trivialiteit): ook depressieve mensen kunnen hooikoorts hebben of een knobbel in de borst.

Wie wordt door de huisarts herkend?

Allereerst de ruwe cijfers. Bij 71% van zijn patiënten met een hoge GHQ-score vindt de huisarts dat psychische aspecten een rol spelen in het consult. In 29% van de consulten ziet hij alleen somatische aspecten. Waar zitten de verschillen?

8.27 uur. Opnieuw een man, ongeveer dezelfde leeftijd. Hij komt terug voor zijn ingegroeide teennagel. Wat de huisarts tijdens het vorige consult heeft gedaan, heeft slechts tijdelijk geholpen. De huisarts kijkt ernaar en frunnikt er weer een tijdje aan. De patiënt is sceptisch over het resultaat. Hij herinnert de huisarts eraan dat deze vorige keer heeft gesproken over een kleine chirurgische ingreep. De huisarts weet dat nog, maar waarschuwt de patiënt voor de ongemakken die dat met zich meebrengt. Er wordt een tijdje over gedelibereerd. Uiteindelijk zegt de patiënt daar toch de voorkeur aan te geven. Omdat zo'n ingreep niet tijdens een normaal spreekuur kan gebeuren, wordt een nieuwe (lange) afspraak gemaakt.

8.40 uur. Een vrouw van 45 jaar komt binnen en gaat op het puntje van de haar aangeboden stoel zitten. Ze maakt een nerveuze indruk. Met 'ik ben niet goed, dokter' opent ze het gesprek. Ze vertelt dat ze sinds een dag of veertien veel last heeft van opboeren en problemen heeft met slikken ('het lijkt wel of het er niet uit wil'). En verder is ze ook 'helemaal niet fit'. De dokter reageert empathisch. Hij zegt dat hij zo naar haar keel zal kijken, maar hij wil eerst weten wat de vrouw er zelf van denkt ('Ben je ergens bang voor?'). Het hoge woord komt eruit. Sinds er 'iets van haar stembanden is gehaald', denkt ze dat ze kanker heeft (huilt). De arts laat haar een tijdje praten, steunt zo nu en dan, maar geeft ook aan, dat deze manier van reageren erg bij haar past (ze komt vaak op het spreekuur met verschillende klachten). Na een tijdje vraagt de arts of er ook een concrete

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

606

aanleiding voor de klachten is. Patiënte kan niks verzinnen. Hij vraagt of het met 'haar vrouw-zijn' te maken kan hebben (nog niet lang geleden zijn de baarmoeder en de eierstokken weggehaald), maar ook dat blijkt niet het geval. Het lichamelijke onderzoek levert niets op ('je bent voor mij zo gezond als 't maar zijn kan'). Hij vertelt de vrouw hoe psychosomatiek werkt, gaat ook in op het proceskarakter daarvan ('je voelt iets, wordt angstig, gaat er beter op letten, voelt het erger, en wordt nog angstiger'). Hij veronderstelt dat de wetenschap dat het geen kanker is misschien al voldoende is om de klachten te laten verminderen. Zo niet, dan wil hij graag een keer verder met haar praten.

In het eerste consult herkent de huisarts de hoge GHQ-score niet, in het tweede wel. In tabel 1 (tweede kolom; vergelijking tussen de groepen C en D) zijn de significante verschillen tussen de twee subgroepen weergegeven. Wat blijkt? Het zijn vooral de mensen die vaak komen en veel klachten presenteren die de huisarts eruit pikt. Ook als de huisarts in het verleden al eerder met de patiënt over psychische problemen had gepraat, is de kans op een psychisch etiket groter. Met andere woorden: wat de hoge GHQ-patiënten onderscheidt van de lage GHQ-patiënten, vormt (binnen de groep hoge GHQ-patiënten) tevens het onderscheid tussen de consulten waarin de huisarts psychische problematiek wel, respectievelijk niet herkent. De frequentie van doktersbezoek in het afgelopen jaar is alleen al een uitstekende voorspeller: van de mensen die weinig bij hun arts komen (0 of 1 keer), hebben ook weinig mensen een hoge score op de GHQ (24%); er is echter ook weinig kans dat de huisarts die ontdekt (39%). Van de mensen die vaak bij hun huisarts komen (3 of meer keer per jaar), hebben ook veel mensen een hoge GHQ-score (42%). De kans op herkenning is hier ook aanzienlijk: 83%. Met andere woorden, er treedt een sneeuwbal effect op: mensen die aan het klassieke profiel van een patiënt-met-psychische-problemen voldoen, worden vaker als zodanig herkend; mensen die er niet aan voldoen, lopen een reële kans door de huisarts gemist te worden.

Een eerste nadere analyse van het klachtenpatroon van beide groepen patiënten levert nauwelijks extra informatie op: psychische klachten (P) en sociale klachten (Z) worden (niet verwonderlijk) vaker herkend; huidklachten (S) worden daarentegen vaker gemist: deze krijgen van de huisarts relatief vaak ten onrechte een somatisch label. Echter, ook hier geldt dat de meeste huidklachten somatisch van aard zijn; patiënten met huidklachten hebben niet vaker een hoge GHQ-score dan patiënten met andere lichamelijke klachten. De man met zijn ingegroeide teennagel, die tot nu toe zelden op het spreekuur kwam en die ook niet bij zijn huisarts bekend was als iemand met psychische problematiek, bleek echter wel een opmerkelijk hoge GHQ-score te hebben. Hoe had de huisarts daar achter kunnen komen? Ook bij herhaald terugzien van de videoband hebben wij (als psychologen) geen indicaties kunnen vinden dat er met deze man meer aan de hand was dan die teennagel. Het consult, verstopt tussen andere, aan een psychiater voorgelegd, bleek ook geen herkenning op te leveren.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

607

Geïntregeerd door het verschijnsel van deze fout-negatieven (de 'missers') zijn we verder gaan zoeken naar mogelijke verklaringen hiervoor. We zijn daarvoor gaan kijken naar de achterliggende problematiek van de mensen die wel en niet herkend worden met psychische problemen: het aantal en de soort items van de GHQ die positief gescoord worden. Meestal wordt de GHQ gedichotomiseerd gebruikt; de hoogte van de GHQ-score wordt echter ook opgevat als een graduele maat voor de kans op psychisch onwelbevinden: hoe hoger de GHQ-score, des te ernstiger de problematiek (Marks e.a., 1979). Zoals verwacht zou mogen worden, hebben de mensen die wel door de huisarts worden herkend, inderdaad een significant hogere score op de GHQ dan de mensen die de huisarts 'mist'. Maar ook het profiel van de scores is anders. Met name item 9 ('ik voel me de laatste tijd vaker zenuwachtig en gespannen') wordt significant vaker gescoord door mensen wiens bezoek aan de huisarts volgens hem een psychische achtergrond heeft. Een factoranalyse op de GHQ levert twee duidelijk interpreteerbare factoren op die te zamen ruim 57% van de variantie verklaren (zie tabel 2).

Tabel 2 Factoranalyse van de General Health Questionnaire (GHQ)

<i>GHQ-item en omschrijving</i>	<i>factor 1</i>	<i>factor 2</i>
1 zinvol bezig geweest	.18	.68
2 onder druk gestaan	.77	.10
3 moeilijkheden de baas kunnen	.76	.21
4 plezier hebben	.52	.55
5 slaap te kort gekomen	.66	.31
6 problemen onder ogen zien	.08	.79
7 zelfvertrouwen kwijtgeraakt	.52	.48
8 moeite met concentreren	.44	.57
9 zenuwachtig en gespannen	.82	.18
10 moeite met beslissingen nemen	.21	.64
11 ongelukkig en neerslachtig	.71	.37
12 redelijk gelukkig	.54	.55
	<i>Eigenwaarde</i>	<i>pct. of variance</i>
Factor 1	5.75	47.9
Factor 2	1.13	9.4
		57.3

De eerste factor verwijst naar de 'struggle for life'; het is een 'stress'factor: zenuwachtig en gespannen zijn, onder druk staan, de moeilijkheden niet de baas kunnen, je ongelukkig voelen en slaap te kort komen. De tweede factor is veel introverter van aard; het is een 'depressie'factor: niet zinvol bezig zijn, moeite hebben met het nemen van beslissingen en met het onder ogen zien van je

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozen Bensing en Philip Beerendonk

608

problemen. Met name de eerste factor (de stressfactor) blijkt sterk te discrimineren tussen herkende en niet herkende patiënten; wellicht omdat stress een algemeen aanvaarde relatie heeft met ziekte en lichamelijke klachten, misschien ook wel omdat de items binnen deze factor vaak een zichtbare component hebben: het is vaak goed aan iemand te zien of hij zenuwachtig is, onder druk staat of slaapgebrek heeft. Dat pikt een huisarts wel op. De meer onbestemde gevoelens van nutteloosheid en zinloosheid worden minder snel zichtbaar binnen de context van een huisartsconsult en komen waarschijnlijk ook minder snel spontaan ter sprake vanwege de niet voor de hand liggende relatie met lichamelijke problemen.

In een multivariate analyse blijkt van ruim 83% van de consulten correct te kunnen worden voorspeld of de huisarts al dan niet een psychisch label zal verstrekken. Overigens doet zich hier het omgekeerde fenomeen voor van wat we zojuist zagen bij de voorspelling van hoge en lage GHQ-patiënten. Nu laten zich juist de 'treffers' goed voorspellen: 93% (!) correct voorspeld op basis van de genoemde variabelen. Wie door de huisarts ten onrechte geen psychisch label wordt toegekend, laat zich veel minder goed voorspellen (61%). Een reden om nog wat verder te zoeken. De ingang bij deze zoektocht is de vraag of de huisarts ooit in het verleden met de patiënt gesproken heeft over eventuele psychische problematiek, dan wel er op een andere manier mee bekend is: het laatste gedeelte van het boomdiagram.

Kent de huisarts ze echt niet?

Bij een nadere beschouwing van het onderzoeksmateriaal blijkt dat de huisarts bij de helft van zijn zogenaamde 'missers' wel degelijk bekend is met het feit dat deze patiënt psychische problemen heeft (gehad). De werkelijke bekendheid van de huisarts met de aanwezigheid van psychische problematiek bij zijn patiënten is in de praktijk veel groter dan uit een oppervlakkige beschouwing van het boomdiagram blijkt. De huisarts mist geen 29% van de psychische problematiek, maar slechts de helft daarvan: van 86% van de mensen met een hoge GHQ-score weet de huisarts (nu of uit het verleden) dat er psychische problemen in het spel zijn. Geen slecht resultaat, maar het blijft interessant om na te gaan waarin die 'echte' missers zich onderscheiden van de mensen bij wie de arts wel op de hoogte is van de aanwezigheid van psychische problematiek, maar deze niet actueel acht in het betreffende consult. We hebben al een voorbeeld gezien: de man met de ingegroeide teennagel was een typisch voorbeeld van een 'echte misser'. Soms weet de arts wel dat er psychische problemen zijn, maar liggen de prioriteiten in dit consult anders.

9.00 uur. Er komt een meisje binnen van een jaar of vijftien. Ze vertelt dat ze zich sinds gisteravond beroerd voelt, koorts, hoesten enzovoorts. De huisarts concludeert dat het een

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

609

griepje is en raadt haar aan thuis te blijven totdat de koorts is gezakt. En passant informeert hij hoe het gaat op haar nieuwe school. Het meisje reageert enthousiast: het gaat veel beter, de mensen daar weten niets van haar verleden en ze wordt veel beter geaccepteerd. Met haar nieuwe voogd heeft ze goed contact. Het consult eindigt in een amicale sfeer.

De arts kent het problematische verleden van het meisje, maar niet rechtstreeks van haarzelf. Het meisje (zeer hoge GHQ-score) komt bij haar huisarts voor haar lichamelijke klachten. De huisarts beperkt zich ook tot die rol, wetend dat ze elders in behandeling is. Hij beoordeelt dit consult als louter somatisch. Er zijn meer van dergelijke consulten. Overigens komt het ook voor dat de arts wel weet dat de patiënt psychische problemen heeft, maar vermijdt hierover met de patiënt te praten.

9.12 uur. Een wat stuurse vrouw van tegen de vijftig komt binnen. Ze komt voor de uitslag van de foto's die van haar rug zijn gemaakt. De huisarts vertelt dat er geen duidelijke afwijkingen te zien zijn. De vrouw blijft echter (in gloedvolle bewoordingen en met vele handgebaren) vasthouden aan haar klachten. De huisarts herinnert haar eraan dat tot nu toe niets geholpen heeft: de fysiotherapie niet, de injecties niet. Hij doet nogmaals lichamelijk onderzoek. Zuchtend besluit hij haar naar de orthopeed door te sturen.

In de derde kolom van tabel 1 (de subgroepen E en F) zijn de verschillen aangegeven tussen de patiënten die respectievelijk wel en niet bij de huisarts bekend zijn met psychische problematiek (in beide gevallen geeft de huisarts een somatisch oordeel aan het consult, terwijl de patiënt een hoge GHQ-score heeft). We zien enkele interessante resultaten: van de echte missers is twee derde van het mannelijk geslacht; slechts 11% komt regelmatig op het spreekuur (dat wil zeggen meer dan 3 keer per jaar). Het merendeel van hen (eveneens twee derde) presenteert slechts één klacht op het spreekuur. De man met zijn ingegroeide teennagel wordt in zijn subgroep gezelschap gehouden door mannen met aambeien, een abces, een pijnlijke knie, een gebroken duim, een doorgezakt voetgewelf, een conjunctivitis: stuk voor stuk enkelvoudige klachten, waarvoor een doktersbezoek nodig is en waar niets psychosomatisch aan valt te bekennen.

Overigens zien we ook hier weer het bekende sneeuwbal-effect: wanneer iemand vaak genoeg komt met meerdere klachten tegelijkertijd, is de kans groot dat psychische problematiek wordt herkend; valt hij buiten dit bekende profiel, dan is de kans groot dat dit wordt gemist. Welke lichamelijke problematiek wordt gepresenteerd, maakt daarbij niet uit. Wel het type onderliggende psychische problematiek zoals die uit de GHQ naar voren komt. Ook hier maken mensen die zich 'zenuwachtig en gespannen' voelen, méér kans bij de huisarts bekend te zijn met hun psychische problematiek, maar blijken mensen die 'moeite hebben zich te concentreren', opvallend vaak door de huisarts gemist te

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

610

worden; wellicht wederom omdat dit een probleem is dat nauwelijks uiterlijk zichtbaar is en ook geen in het oog springende relatie heeft met ziekte of lichamelijke klachten. Opvallend is voorts het significant grote aantal mannen onder de 'complete missers'. Mannen komen minder vaak bij de huisarts dan vrouwen; blijkbaar heeft dit invloed op de herkenning door huisartsen van eventuele psychische problematiek. In een multivariate analyse blijkt de sekse van de patiënt zelfs de belangrijkste voorspellende variabele te zijn.

9.22 uur. Kort pauze.

Wat weet de huisarts wat de GHQ niet meet?

Tot nu toe hebben we het gehad over patiënten die volgens hun score op de General Health Questionnaire een verhoogde kans hebben op psychische problematiek, en over wat er met hen gebeurt in de huisartspraktijk. Het omgekeerde is echter evenzeer interessant. Het boomdiagram heeft ons laten zien dat in 45% van de consulten van patiënten met een lage GHQ-score, de huisarts toch vindt dat er psychische problemen in het spel zijn. Wat is hier aan de hand? Zijn dit echte fout-positieven: vindt de huisarts dat er psychische problemen in het spel zijn terwijl de patiënt zelf vindt dat er niets aan de hand is? Of 'mist' de GHQ patiënten die door de huisarts wel worden herkend? Om deze vraag te beantwoorden is een serie analyses uitgevoerd die vergelijkbaar is met die in de vorige paragrafen. Eerst is nagegaan op welke kenmerken de beide subgroepen van elkaar verschillen.

9.45 uur. Een man van 35 'komt voor zijn knie'. Hij geeft een gedetailleerde beschrijving van wanneer hij er last van heeft (met trappenlopen 'vooral sinds de tweeling er is'). Hij heeft geen idee waar het vandaan komt. De arts onderzoekt de knie en constateert een 'jumpers knie'. Hij geeft een uitvoerige uitleg en raadt aan om piekbelasting te vermijden. Vervolgens vertelt de man dat hij (sinds de tweeling) ook last heeft van eczeem. Hij wijt het aan het veelvuldig handen wassen. Hij vraagt zich af 'of het alleen uitwendig is, of dat het ook psychisch zou kunnen zijn'. De huisarts vertelt dat het typisch een huisvrouwenkwaal is. Het lijkt hem niet erg waarschijnlijk dat psychische factoren daarin een rol spelen. Hij raadt aan regelmatig een crème te gebruiken en zeep te vermijden.

9.56 uur. De volgende patiënte is een vrouw van 39. Ze vertelt dat ze de dag tevoren zwarte vlekken voor haar ogen kreeg. Ze durfde niet meer op straat. Ze noemt nog andere hyperventilatieverschijnselen (koude vingers, hartkloppingen). De arts informeert hoe het verder met haar gaat. Ze blijkt net verhuisd te zijn, waarop de arts opmerkt dat ze al eerder na een verhuizing is ingestort. Op haar werk gaat het niet naar wens. De arts doet een hyperventilatie-provocatietest. Ook na uitvoerige uitleg blijft ze lange tijd betwijfelen of ze wel hyperventilatie heeft. Pas nadat ze een folder krijgt waarin ze de symptomen herkent, raakt ze overtuigd. De arts legt een verband met vorige keren dat ze met (telkens verschillende) spanningsklachten op zijn spreekuur kwam. Hij raadt haar aan om het wat rustig aan te doen en vraagt haar om terug te komen wanneer het binnen een paar dagen niet beter gaat.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

611

Beide patiënten hadden een lage score op de GHQ. In het eerste consult is de huisarts het daarmee eens, in het tweede consult vindt hij nadrukkelijk dat psychische aspecten een rol spelen. Waar zitten – wederom – de verschillen? In de vierde kolom van de overzichtstabel (de subgroepen G en H) zijn weer de verschillen gegeven.

Een interessant fenomeen dat beoefenaars van vrouwenstudies bekend zal voorkomen, is dat consulten van vrouwen met een lage GHQ-score vaker psychisch beoordeeld worden dan die van mannen met een vergelijkbare GHQ-score. Verder blijkt een aantal inmiddels bekende variabelen ook hier van invloed te zijn: patiënten die veel klachten presenteren en van wie de arts uit het verleden reeds bekend is met diens psychische problematiek, lopen een grotere kans als 'psychisch' gelabeld te worden, óók als zij op dit moment een lage GHQ-score hebben. Hun consulten zijn vaker een herhaalconsult, en volgens de arts niet strikt noodzakelijk. Interessant is het ook om hun klachtenpatroon te bekijken: deze patiënten presenteren opvallend veel psychische en sociale klachten in het consult, ook al hebben ze een lage GHQ-score. Wanneer alle variabelen tegelijkertijd in beschouwing worden genomen, blijkt dit zelfs verreweg de krachtigste voorspeller te zijn. Het is dus te simpel om de beoordeling van de arts af te doen met de term 'overdiagnostiek'. Wanneer een patiënt met een expliciete psychische hulpvraag op het spreekuur komt, zal de huisarts daar hoe dan ook iets aan moeten doen, hoge GHQ-score of geen hoge GHQ-score. De gepresenteerde casus maakt dat duidelijk. De jonge vrouw met haar hyperventilatieklachten loopt al jarenlang de deur bij haar huisarts plat. Iedere keer heeft ze een nieuwe psychosomatische klacht, die zij zelf als strikt lichamelijk beschouwt. Iedere keer opnieuw maakt de huisarts haar duidelijk (soms na lichamelijk onderzoek, andere diagnostiek, of zelfs een verwijzing) dat er echt niets lichamelijks aan de hand is. Uiteindelijk raakt de vrouw hier dan van overtuigd (zo ook in dit consult), om enkele weken later met nieuwe symptomen op het spreekuur te verschijnen. Geen hoge GHQ-score, maar toch.

Iedere huisarts kent patiënten als deze in zijn eigen praktijkpopulatie (vergelijk: Runia, 1989). Ze zijn zelden te motiveren tot een verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ (overtuigd van het somatische van hun klachten en gefrustreerd wanneer dat niet wordt erkend). Psychosomatiek is evident aanwezig in de huisartspraktijk en lastig te hanteren. Blijkbaar weet ook de GHQ niet goed raad hiermee: velen van de patiënten die door de GHQ worden 'gemist' maar door de huisarts als psychisch worden gelabeld, zijn patiënten die somatiseren bij klachten met een psychogene achtergrond. Naast hun expliciet psychische en/of sociale klachten hebben deze patiënten verder opvallend veel spijsverteringsklachten en gynaecologische klachten. Huidklachten worden daarentegen in deze groep zelden gepresenteerd. Dit staft de bevinding uit de vorige paragraaf dat de huisarts huidklachten eerder somatisch dan psychisch beoordeelt.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

612

Het psychische oordeel van de huisarts in consulten van patiënten met een lage score op de GHQ is in veel gevallen geen eendagsvlieg. Zoals het laatste gedeelte van het boomdiagram laat zien, is de huisarts in 60% van deze consulten bekend met psychische problematiek van deze patiënt in het nabije verleden. Een nadere analyse naar de verschillen tussen de patiënten die uit het verleden wel, respectievelijk niet bij de huisarts bekend zijn met psychische problematiek, levert geen interessante nieuwe gezichtspunten op (wat overigens op zich een interessante bevinding is).

Samenvatting en discussie

Op het spreekuur van de huisarts komen veel mensen die volgens een psychiatrisch screeningsinstrument (de GHQ) 'een verhoogde kans hebben op psychisch onwelbevinden'. Op het spreekuur van de huisarts komen veel mensen die volgens hun huisarts op dat moment psychische problemen hebben. Deze twee groepen vallen slechts gedeeltelijk samen: 29% van de consulten van mensen met een hoge GHQ-score wordt door de huisarts als zuiver somatisch beschouwd; ongeveer de helft van de consulten die door de huisarts in een psychische context worden geplaatst, betreft patiënten met een lage GHQ-score. Beide discrepanties prikkelen de nieuwsgierigheid.

Voor een deel zijn deze verschillen terug te voeren op een methodische kwestie: de GHQ meet de algemene kans op psychische problematiek; de huisarts is gevraagd een oordeel te geven over de mate waarin psychische problemen een rol spelen in *dit* consult. Dat zijn twee verschillende dingen. Echter, deze werkwijze wordt ook toegepast in de in de inleiding geciteerde onderzoeken op basis waarvan wordt geconcludeerd dat de huisarts veel psychische problematiek mist. Uit onze gegevens blijkt dat dit verwijt op zijn minst genuanceerd moet worden: in de helft van de zogenaamde 'missers' blijkt de huisarts wel degelijk weet te hebben van de bestaande problematiek. Daarbij gebeurt het slechts zelden dat de huisarts weet dat er psychische problemen bestaan, dat het klachtenpatroon een psychogene oorzaak doet vermoeden, maar dat er toch een somatisch label gegeven wordt. Het gebeurt veel vaker dat de huisarts de bestaande psychische problematiek niet actueel acht in dit consult, omdat er op dat moment andere prioriteiten liggen of omdat de arts zich tot de lichamelijke hulpvraag beperkt in de veilige wetenschap dat zijn patiënt op dat moment elders in behandeling is. Men ziet op de video vaak dat de arts even polst hoe het contact met de andere hulpverlener verloopt, waarna hij zich tot de actuele (vaak lichamelijke) hulpvraag beperkt.

Wanneer de hierboven bedoelde groep patiënten wordt meegeteld, blijkt de huisarts bij 86% van de patiënten met een hoge score op de GHQ op de hoogte te zijn van het feit dat deze patiënt psychische problemen heeft. Bovendien blijken de patiënten met de hoogste GHQ-scores (op te vatten als maat voor de ernst van

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

613

de problematiek) er meestal wel te worden uitgepikt. Al met al een goed resultaat voor de huisarts, zeker wanneer men in aanmerking neemt dat patiënten met een hoge GHQ-score meestal uitsluitend lichamelijke klachten presenteren! Blijkbaar is de huisarts toch niet zo'n somaticus als in GGZ-kringen wel eens wordt aangenomen. Daarmee is de huisartsenpraktijk niet alleen een goede vindplaats voor mensen met psychische problematiek (onder de huisartsbezoekers bevinden zich, blijkens deze studie, inderdaad relatief veel mensen met een hoge GHQ-score), maar ook een plaats, waar de kans groot is dat psychische problematiek daadwerkelijk gevonden wordt. Uiteraard zegt dit nog niets over de kwaliteit van de interventies van de huisarts in zo'n geval (dat valt ook buiten het bestek van dit artikel), maar het is in ieder geval duidelijk dat aan één essentiële voorwaarde voor de poortwachtersfunctie van de huisarts is voldaan: de huisarts is voldoende sensitief voor de psychische problematiek van zijn patiënten.

Waarop baseert de huisarts zijn oordeel over de psychische componenten in de hulpvraag? Allereerst, en meest belangrijk, op het bezoekpatroon: mensen met een hoge GHQ-score komen vaak bij de huisarts en presenteren er veel verschillende klachten, vaak algemene, aspecifieke klachten zoals moeheid, niet fit voelen enzovoorts. De huisarts weet dat en bijgevolg worden mensen met een dergelijk bezoekpatroon zelden door de huisarts gemist. Ook blijkt de continuïteit in de arts-patiënt relatie van wezenlijk belang. Bij mensen met een hoge GHQ-score heeft de arts in vorige consulten reeds vaak gesproken over hun psychische problematiek. En ook hier is sprake van een proces; de in vorige consulten opgedane kennis vergroot de kans op herkenning in latere consulten. We hebben al eerder gesproken over het sneeuwbaaleffect. Als patiënten eenmaal bekend zijn met psychische problematiek en/of als ze maar voldoen aan het klassieke profiel van 'vaak komen met veel klachten', is de kans op een psychisch oordeel in een volgend consult ook groter. Vergelijkbare resultaten worden gevonden door Marks e.a. (1979) en Wilmink (1989).

Deze bevinding ondergraaft de kern van de kritiek van Van Lieshout en Stoelinga (1988) op het echelonneringsmodel voor de GGZ. Want als al de echelonneringsgedachte gestoeld zou zijn op twee vooronderstellingen die niet geldig zijn voor de wereld van de GGZ, namelijk (1) dat problemen een acuut verloop hebben en (2) dat er sprake is van één hoofddiagnose (zie ook de 'Inleiding'), dan blijkt uit deze studie(s) dat de echelonneringsgedachte voor de GGZ toch minder desastreus is dan Van Lieshout en Stoelinga aannemen: juist bij mensen met chronische problematiek (vooronderstelling 1) en juist bij mensen die veel verschillende klachten tegelijkertijd hebben (vooronderstelling 2), hoeft men niet bang te zijn dat de huisarts psychische problematiek over het hoofd zal zien. Hij ziet juist psychische problematiek over het hoofd bij die categorie mensen die volgens Van Lieshout en Stoelinga model hebben gestaan

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

614

voor de echelonneringsgedachte: de mensen met één enkelvoudige, acute aandoening (de man met zijn ingegroeide teennagel, de man met zijn gebroken duim). Mensen met langdurige en complexe problematiek gaan vaak naar de huisarts, en de huisarts weet van hun problemen. Het is uitermate belangrijk dat de huisarts voor deze mensen een rol blijft vervullen, ook als ze tijdelijk naar de gespecialiseerde GGZ worden doorverwezen. Immers, alleen hij heeft zowel een functie in het somatisch lijden als het psychisch lijden. Alleen hij kan de eenheid hierin (die principieel altijd aanwezig is) bewaken, ook als de patiënt tijdelijk voor een deel van zijn problematiek onder specialistische behandeling is.

Een nadere analyse van de patiënten met een hoge score op de GHQ die door de huisarts niet wordt herkend, stelt ons voor een aantal problemen. Dat zijn namelijk de mensen die tot nu toe weinig op het spreekuur zijn geweest en ook slechts een enkele klacht presenteren. Het is duidelijk dat men van een huisarts niet kan en mag verwachten dat hij in elk consult (ook als daar op het oog geen enkele aanleiding voor is) zou moeten zoeken naar psychische problematiek. De tijdproblemen die dit zou opleveren, vormen nog het minste bezwaar. Dat is uiteindelijk een kwestie van praktijkgrootte, en daarmee van geld. Erger is de irritatie die dit ongetwijfeld zou losmaken bij zijn patiënten, en de consequenties daarvan voor de arts-patiënt relatie. Ook zou het aantal fout-positieven (de omgekeerde medaille van de fout-negatieven) hierdoor onaanvaardbaar groot worden. Toch een paar lichtpuntjes.

In de eerste plaats kan het de huisarts helpen om de principes van het door het Nederlands Huisarts Genootschap ontwikkelde 'Methodisch werken' (Sluijs en Van der Leden, 1988) toe te passen, bijvoorbeeld door altijd aan de patiënt te vragen of er nog andere zaken zijn waarvoor hij zijn huisarts had willen raadplegen. Ook zouden de artsen zich ervan bewust moeten zijn dat zij niet voor alle psychische problematiek even sensitief zijn. Een factoranalyse op de GHQ liet twee duidelijk verschillende factoren zien met een duidelijk verschillende herkenningkans. Aan stress gerelateerde problemen (onder druk staan, zenuwachtig en gespannen zijn, slapeloosheid en dergelijke) blijken zowel gemakkelijker door de patiënten in verband te worden gebracht met hun lichamelijke kwalen, als gemakkelijker door de huisarts te worden opgepikt (wellicht omdat deze problemen vaak ook een zichtbare component hebben, en ze bekend zijn uit de leer van de psychosomatiek en de behavioral medicine). De huisarts heeft met name moeite met de introverte vormen van depressiviteit (het leven zinloos vinden, moeite hebben met het nemen van beslissingen enzovoorts). Deze problemen zijn minder zichtbaar in het consult en worden blijkbaar door de patiënt niet spontaan in verband gebracht met lichamelijke klachten. Met een goede interviewtechniek is hier nog duidelijk winst te behalen voor de huisarts. Hier ligt een taak voor de huisartsopleidingen.

En tot slot is een geruststelling op zijn plaats, die wederom te maken heeft

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

615

met die continuïteit van de arts-patiënt relatie. Het onderzoek betreft een momentopname in een veel langer proces. Het kan zijn dat de mensen met een hoge GHQ-score die incidenteel een beroep doen op hun huisarts voor een eenvoudige acute klacht, geen behoefte hebben om met hun huisarts over hun problemen te praten. Het kan ook zijn dat de relatie nog niet zo gerijpt is dat er een klimaat is om over psychische problematiek te praten. Door de principieel continue relatie van huisarts en patiënt blijft de mogelijkheid bestaan dat het later alsnog aan de orde komt. De man met zijn ingegroeide teennagel heeft nu een afspraak gemaakt met zijn huisarts voor een halfuur-consult; daarna is nog minstens een vervolgsconsult noodzakelijk. Er is altijd nog een herkansing. Alleen in een longitudinale studie kan worden vastgesteld welke patiënten de huisarts uiteindelijk blijft missen en waarom.

Tot slot nog een enkel woord over de andere helft van onze nieuwsgierigheid: de patiënten met een lage GHQ-score die desondanks toch door de huisarts worden gelabeld als 'psychisch'. Ook hier ontstaat een genuanceerd beeld. Voor een deel lijken huisartsen zich schuldig te maken aan een zekere vorm van stereotypering; bij mensen die voldoen aan het klassieke profiel van 'veel komen met veel klachten' stelt de huisarts vaak psychische problemen vast, ook als ze een lage GHQ-score hebben. Dit geldt met name vrouwen. Terwijl de psychische problematiek van mannen (net niet significant) te weinig wordt herkend, worden vrouwen (wel significant) duidelijk vaker psychisch gelabeld, terwijl daar volgens de GHQ geen aanleiding voor is. Of dit nu komt door hun vrouw-zijn of door het feit dat vrouwen vaker voldoen aan het klassieke bezoekpatroon van een patiënt met psychische problematiek, kan in dit onderzoek niet worden vastgesteld en vraagt om nadere studie.

Echter, niet alle consulten in deze groep kunnen op deze manier worden afgedaan. We hebben gezien dat er wel degelijk ook veel consulten zijn waarin evidente psychische problematiek aan de orde is, vaak psychosomatiek met een duidelijke weerstand van de kant van de patiënt om de problematiek in andere dan strikt lichamelijke te benoemen. Deze categorie patiënten is een omvangrijke en bekend lastige categorie in de huisartspraktijk, ook al omdat ze zelden te motiveren zijn voor een verwijzing naar de GGZ. Het lijkt erop dat de GHQ niet gevoelig is voor deze categorie patiënten ('er is niets met me aan de hand; ik heb alleen veel last van benauwdheid'). Misschien is de GHQ toch niet de 'gouden standaard' waarvoor zij vaak versleten wordt?

10.16 uur. Het eerste gedeelte van het spreekuur zit er op. Alles bij elkaar niet zo'n slechte ochtend. Redelijk tevreden begint de huisarts aan zijn koffiepauze.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

616

Noten

- 1 In verschillende onderzoeken worden verschillende percentages genoemd. Bij Goldberg en Blackwell (1970) mist de huisarts 35,5% van alle GHQ-gevallen (zie verder onder 'Methode'), bij Wright en Perini (1987) 31%. Wilmink (1989) komt in zijn recente proefschrift zelfs tot ruim 58%. Marks e.a. (1979) en Boardman (1987) geven geen overeenstemmingspercentages, maar correlaties. Ook deze zijn niet hoog (respectievelijk .39 en .35).
- 2 De casus worden gepresenteerd als illustratie van subgroepen consulten die op één essentieel punt van elkaar verschillen. De casus zijn geselecteerd op basis van hun gemiddelde waarde op die variabelen die (in een multivariate analyse) het sterkst discrimineerden tussen de twee subgroepen. Als zodanig kunnen ze beschouwd worden als representatief voor hun subgroep.
- 3 Zo blijkt onder andere uit het Regioproject Nijmegen (een bevolkingsonderzoek), waarin bijna 60% van de mensen met psychosociale problematiek óók lichamelijke klachten bleek te hebben en – omgekeerd – dat bij ongeveer de helft van de mensen met somatische klachten óók sprake is van psychosociale problematiek (Furer en Tax, 1987). Zie ook het in de inleiding geciteerde onderzoek in de huisartspraktijk, waaruit bleek dat naast de 10 à 20% hulpvragen met een expliciet psychosociaal karakter, de huisarts in 43% van de consulten van mening is dat somatische, psychische en sociale problemen met elkaar verweven zijn in de hulpvraag (Bensing en Sluijs, 1984). Eerder is in dit blad al gewezen op de samenhang tussen psychosociale en psychiatrische problematiek (Hodiamont e.a., 1986) en op de aanwezigheid van lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten (Hoogduin e.a., 1987). Zie ook het recente proefschrift van Honig (1989).
- 4 Deze 17 huisartsen vormen een selectie uit de totale groep van huisartsen die aan de 'Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen' in de huisartspraktijk hebben meegewerkt (N=160), en die te zamen een goede afspiegeling vormen van de Nederlandse huisartspraktijk. De selectie van de 17 artsen van deze deelstudie vond plaats op basis van hun bereidheid om medewerking te verlenen aan een tweetal longitudinale projecten naar respectievelijk het beloop van een aantal chronische aandoeningen, en het beloop van psychische problematiek. De video-opnamen waarop dit artikel berust, vormen hiervan slechts een klein onderdeel.
- 5 Het exacte aantal weigeringen is niet bekend. In een eerder onderzoek (Verhaak, 1987) bleek ongeveer 18% van de patiënten geen toestemming te verlenen voor de video-opname. Dat maakt het belangrijk de steekproef te testen op representativiteit. De leeftijds-/geslachtsverdeling van de patiënten komt over het algemeen goed overeen met wat in ander onderzoek gevonden wordt: ten opzichte van de steekproef van het onderzoek van Wilmink (1989) is alleen de groep mannen tussen de 56 en de 65 jaar iets ondervertegenwoordigd. Verder zijn er geen verschillen.
- 6 Gekozen is voor de GHQ-12, omdat deze in de drukte van de huisartspraktijk het best haalbaar leek. De 12-item versie van de GHQ heeft ten opzichte van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (CIS) een sensitiviteit van 79% en een specificiteit van 85% (Mari en Williams, 1986). Op basis hiervan kan de GHQ-12 beschouwd worden als een efficiënt en voldoende valide meetinstrument.

Literatuur

- Bensing, J.M. en E.M. Sluijs. *Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg. NHI-bijdrage aan de nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid. Deel I*. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- Boardman, A.P. The General Health Questionnaire and the Detection of Emotional Disorder by GP's. *British Journal of Psychiatry* 151 (1987), pag. 373-381.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten

617

- Busschbach, J.T. van en P.F.M. Verhaak. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 41 (1986), 5, pag. 475-492.
- CBS. Huisartscontacten in 1 jaar, naar leeftijdscategorie, geslacht en verzekeringsvorm; GE, 1981 en 1982. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 3 (1984), 10, pag. 8 (tabel).
- CCBOH. *De opzet van het curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts*. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, Coördinatiecommissie Beroepsopleiding Huisartsen, 1986.
- Chong, M.Y. en G. Wilkinson. Validation of 30- and 12-items versions of the Chinese Health Questionnaire (CHQ) in patients admitted for general health screening. *Psychological Medicine* 19 (1989), pag. 495-505.
- Cleary, P.D., I.D. Goldberg, L.G. Kessler en G.R. Nucz. Screening for mental disorder among primary care patients. Usefulness of the GHQ. *Archives of General Psychiatry* 39 (1982), pag. 837-840.
- Duncan-Jones, P., D.A. Grayson en P.A.P. Moran. The utility of latent trait models in psychiatric epidemiology. *Psychological Medicine* 16 (1985), pag. 391-405.
- Foets, M. en J. van der Velden. *Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Methoden van Onderzoek. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures*. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1990.
- Furer, J.W. en B. Tax. *Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Eindrapport van het Regioproject Nijmegen, deel 1*. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- Gerards, F.M. Van kwaad tot erger? De geldigheid van de continuïteitshypothese in de psychosociale preventie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 40 (1985), 3, pag. 243-258.
- Goldberg, D.P. en B. Blackwell. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 1970, vol. 2, pag. 439-443.
- Goldberg, D.P. *The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Londen, Oxford University Press, 1972.
- Goldberg, D.P. en V.F. Hillier. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9 (1979), pag. 139-145.
- Goldberg, D. Identifying psychiatric illness among general medical patients. *British Medical Journal* 291 (1985), pag. 161-162.
- Goldberg, D. en K. Bridges. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the questionnaire. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 37 (1987), pag. 15-18.
- Hodiamont, P.P.G. e.a. Psychiatrische en psychosociale problematiek: overeenkomst en verschil. Resultaten van een bevolkingsonderzoek in de regio Nijmegen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 41 (1986), 2, pag. 128-144.
- Honig, A. *Mind the body. Omtrent omgang met lichamelijke klachten en ziekten bij chronische patiënten in een sociaal psychiatrische praktijk*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1989. Academisch proefschrift.
- Hoogduin, C.A.L., E. de Haan, B. Terluin en C. Dolman. Lichamelijke ziekten bij psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 42 (1987), 10, pag. 1101-1108.
- Lamberts, H. en B. Hartman. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. 1. Gegevens over probleemgedrag uit het monitoringproject. *Huisarts en Wetenschap* 25 (1982), 9, pag. 333-342.
- Lamberts, H. en B. Hartman. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. 2. Een analyse van het huisartsgeneeskundig handelen bij probleemgedrag in het monitoringproject. *Huisarts en Wetenschap* 25 (1982), 10, pag. 376-393.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Jozien Bensing en Philip Beerendonk

618

- Lamberts, H. en M. Wood (red.). *ICPC, International Classification of Primary Care*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- LHV. *De functieomschrijving van de huisarts*. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1981.
- Lieshout, P.A.H. van en B. Stoelinga. Echelonering in de geestelijke gezondheidszorg: een historische vergissing. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 3, pag. 243-253.
- Mari, J.J. en P. Williams. Misclassification by psychiatric screening questionnaire. *Journal of Chronic Diseases* 39 (1986), pag. 371-378.
- Marks, J.N., D.P. Goldberg en V.F. Hillier. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine* 9 (1979), pag. 337-353.
- Ormel, J. Primaire preventie van veel voorkomende psychische stoornissen: hoe mogelijk is het onmogelijke? Een epidemiologische verkenning. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 42 (1987), 12, pag. 1358-1367.
- Pols, J. Geestelijke gezondheid, ziekte en zorg. De GGZ door de Gezondheidsraad gewogen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 43 (1988), 12, pag. 1324-1339.
- Runia, E.H. Hulpeloos, maar competent: somatiserende patiënten bij de huisarts. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 44 (1989), 9, pag. 933-945.
- Sanavro, F.L. *Probleempatiënten in de huisartspraktijk*. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- Sluijs, E.M. en J. van der Leden. Methodisch werken: de ontwikkelingen sinds 1976. *Huisarts en Praktijk* 31 (1988), 12, pag. 3-7 (supplement bij Huisarts en Wetenschap 31 (1988), 11).
- Swinkels, H. Trendcijfers Gezondheidsenquête, 1981-1988. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 8 (1989), 9, pag. 5-24.
- Verhaak, P.F.M. *Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen*. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verhaak, P.F.M. *Dokters in beeld: een beschrijving van 2690 huisartsconsulten aan de hand van observatie van klachten en verrichtingen*. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1987.
- Whewell, P.J., V.A. Gore en C. Leach. Training Practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 38 (1988), pag. 259-262.
- Wilmink, F.W. *Patient, Physician, Psychiatrist*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, 1989. Academisch proefschrift.
- Wright, A.F. en A.F. Perini. Hidden psychiatric illness: the use of the general health questionnaire in general practice. *Journal of the Royal College of Practitioners* 37 (1987), pag. 164-167.
- Zee, J. van der. *De vraag naar diensten van de huisarts*. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Limburg.

Summary

Bensing, J.M. and Ph.M. Beerendonk. *Psychosocial problems at the general practitioner's: knowing and measuring*. Report of a study on the degree in which the general practitioner's diagnosis of his patients' psychosocial problems corresponds to the score on a psychiatric health questionnaire (the GHQ-12). Patients with a high score on the GHQ consult their practitioner more often and have many and vague symptoms. It is these kinds of patients that the general practitioner identifies most often. When the practitioner gave a somatic label to the complaints he nevertheless appeared to be familiar with the psychiatric problems.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk

B. TERLUIN
D.H. DE BAKKER
P. VERHAAK

Terluin B, De Bakker DH, Verhaak P. Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1993; 36(10): 314-21.

Samenvatting Het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie is onderzocht in het materiaal van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld dan de diagnose depressie. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld bij jong-volwassenen en bij werkenden, de diagnose depressie vaker bij alleenstaanden. De diagnose surmenage wordt vaker gesteld bij 'stress'-klachten en/of (vage) somatische klachten als contactredenen, terwijl de diagnose depressie vaker wordt gesteld naar aanleiding van depressieve en andere psychische klachten. Werk/studieproblemen hangen vaker samen met de diagnose surmenage. Huisartsen doen vaker lichamelijk onderzoek bij surmenage, terwijl zij bij depressie vaker medicatie geven en verwijzen naar het maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Depressie-episoden omvatten meer contacten dan surmenage-episoden. De diagnoses surmenage en depressie verwijzen naar (althans gedeeltelijk) verschillende klinische entiteiten.

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht.
B. Terluin, huisarts te Almere;
Dr. D.H. de Bakker, sociaal-wetenschapper;
Dr. P.F.M. Verhaak, psycholoog.
Correspondentie: B. Terluin, Gezondheidscentrum 'De Spil', 's Hertogenboschplein 1, 1324 WB Almere.

Inleiding

De diagnose *surmenage* wordt door meer dan 90 procent van de Nederlandse huisartsen gebruikt: zij beschouwen surmenage als een compensatiesyndroom ten gevolge van psychosociale overbelasting. Surmenage zou worden gekenmerkt door neurasthene klachten, hyperesthetisch-emotionele klachten, psychische spanningsklachten en sociaal dysfunctioneren.¹ De diagnose *depressie* lijkt in de huisartspraktijk vooral te worden gesteld bij twee verschijnselen: een gedeprimeerde gemoedstoestand die door de patiënt en/of de arts als abnormaal wordt beoordeeld, en een negatieve beleving van zichzelf, het leven en de toekomst.²⁻⁴ In *tabel 1* zijn de theoretische verschillen tussen surmenage en depressie samengevat.¹⁻⁵

In hoeverre beide huisartsgeneeskundige diagnoses in de praktijk ook verwijzen naar verschillende klinische entiteiten, is nooit onderzocht. Wij hebben het gebruik van de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk bestudeerd aan de hand van de volgende vragen:

- Hoe vaak stellen huisartsen de diagnoses surmenage en depressie?
- Diagnostiseren huisartsen die veel (weinig) surmenage diagnostiseren, weinig (veel) depressies en andere psychische diagnoses?
- Bij welke patiënten stellen huisartsen de diagnoses surmenage en depressie?
- Wat gaat vooraf aan het stellen van de diagnoses surmenage en depressie (in de zin van klachten en psychosociale en somatische achtergronden)?
- Wat zijn de gevolgen van het stellen van de diagnoses surmenage en depressie (in de zin van voorschriften, adviezen, onderzoek, verwijzingen en herhaaltcontacten)?
- Hoe stabiel zijn de diagnoses surmenage en depressie?
- Wat maakt dat een huisarts kiest voor de ene of de andere diagnose?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van de in 1987 en 1988

gehouden Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{6,7} Ten behoeve van dit onderzoek is door een landelijke, disproportioneel gestratificeerde steekproef van 161 huisartsen (in 103 huisartspraktijken) gedurende drie maanden een contactregistratie uitgevoerd. Per patiëntencontact zijn gegevens als klachten/contactredenen, (werk)diagnosen, onderliggende ziekten en verrichtingen genoteerd. Klachten en (werk)diagnosen zijn centraal gecodeerd door getrainde codeurs met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC).⁸

De registratie van contacten is episodegeoriënteerd. Onder een episode wordt verstaan de periode van een ziekte of probleem vanaf de eerste presentatie aan de huisarts tot het moment dat de ziekte genezen is, het probleem is opgelost, of geen geneeskundige hulp meer wordt gevraagd.⁹ De contacten die de huisarts met een patiënt in het kader van een episode heeft gehad, zijn aan elkaar gekoppeld, zodat de samenhang van klachten, diagnosestelling en verrichtingen met betrekking tot een ziekte of probleem kan worden geanalyseerd. Per contact is bovendien vastgelegd of het om een eerste of een vervolcontact binnen een episode, dan wel om een eerste contact in een recidieve episode ging. Aan de episode als geheel is de diagnose van het laatste contact (als de meest waarschijnlijke diagnose) toegekend. In eerdere contacten van de episode kan de werkdiagnose dus afwijken van de uiteindelijke episodenaam.

Naast een registratie van contacten heeft een registratie van alle patiënten van de deelnemende huisartsen plaatsgevonden, waarbij demografische gegevens als leeftijd en geslacht, en sociaal-economische gegevens als beroep en opleiding zijn vastgelegd.

Voor het beantwoorden van de eerste twee onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van het totale bestand van de Nationale Studie. Incidentiecijfers van de verschillende diagnoses zijn berekend op basis van nieuwe episoden met de betreffende episodenaam per 1000 ingeschreven patiënten. Als maat voor de samenhang tussen de

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Tabel 1 Mogelijke verschillen tussen surmenage en depressie

	Surmenage	Depressie
<i>Klinisch beeld</i>		
– klachten/ verschijnselen	Uitputting en spanning op voorgrond Weinig uitgesproken anhedonie* Geen suicidaliteit Geen vitale kenmerken Dysfunctioneren sterker in beroepssfeer dan in privé-sfeer	Gedepimeerde stemming op voorgrond Vaak uitgesproken anhedonie Vaak suicidaliteit Soms vitale kenmerken Dysfunctioneren in alle sociale rollen even sterk
– stemming	Normaal of begrijpelijk gedepimeerd	Sterker gedepimeerd dan begrijpelijk is in verhouding tot de aanleiding
– beleving	Afwezigheid van hopeloosheid en wanhoop	Negatief zelfbeeld (waardeloos), negatieve kijk op het leven (zinloos) en de toekomst (een zwart gat)
– inzicht	Patiënt heeft vaak goed inzicht P. zoekt de oorzaken meer in de buitenwereld	Patiënt weet vaak niet wat er aan de hand is Patiënt geeft zichzelf de schuld
<i>Etiologie en pathogenese</i>		
– uitwendige oorzaken	Alle vormen van stress Vaak overbelasting	Verlieservaringen en/of krenkingen Soms onderbelasting
– predispositie	Angstige persoonlijkheid	Depressieve persoonlijkheid Mogelijk erfelijke predispositie
– invoelbaarheid	Normale reactie op teveel stress	Pathologische reactie
<i>Behandeling</i>	Rust nodig (in begin) Medicijnen meestal niet nodig Verwijzing meestal niet nodig	Rust niet nodig Medicijnen meestal wel nodig Verwijzing vaker nodig
<i>Prognose</i>	Weken – maanden	Half tot heel jaar of langer; grotere kans op recidieven

* Anhedonie = verlies van plezier en interesse in het dagelijks leven.

incidenties voor de verschillende diagnosen per huisarts is gekozen voor de rangcorrelatiecoëfficiënt van Spearman om de invloed van extreme getallen af te zwakken.

Voor het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen is een bestand geselecteerd van alle patiënten van 15 jaar en ouder bij wie de diagnose surmenage of depressie is gesteld, terwijl het eerste contact van de betreffende episode binnen de eerste negen weken van de registratieperiode viel. Alle episodens kunnen dus minimaal vier en maximaal dertien weken worden vervolgd. Om na te gaan of er selectiebias is opgetreden, zijn de patiënten die uitvielen doordat het eerste contact in de laatste vier weken viel, vergeleken met de geselecteerde patiënten ten aanzien van leeftijd en geslacht, woonsituatie, werksituatie en opleiding.

Het contact waarin de diagnose surmenage of depressie voor het eerst in de episode wordt gesteld, noemen we het indexcontact. De contacten die aan het indexcontact voorafgaan en tot dezelfde episode behoren, noemen we voorafcontacten. De contacten die volgen op het indexcontact en tot dezelfde episode behoren, noemen we vervolgcontacten.

Omdat onze vraagstelling betrekking heeft op het handelen van de huisarts, beperken we ons tot de contacten met de huisarts, en laten we de weinige contacten met de praktijkassistente buiten beschouwing.

Om de vergelijking tussen patiënten met surmenage en patiënten met een depressie te optimaliseren, worden gestandaardiseerde cijfers gepresenteerd; daartoe is een directe standaardisatie op leeftijd en

geslacht uitgevoerd. De verschillen zijn statistisch getoetst met een tweezijdige toets voor verschillen in proporties.¹⁰ Voor het beantwoorden van de laatste onderzoeksvraag is een logistische regressieanalyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele de diagnose surmenage versus depressie, en als onafhankelijke variabelen de kenmerken, achtergrondgegevens en klachten die in de eerdere analyses een relatie met de diagnosen te zien hebben gegeven.

Resultaten

Incidentie

De incidentie van surmenage bedraagt 14,0 per 1000 per jaar, die van depressie 9,2 per 1000 per jaar. De naar geslacht en leeftijd gespecificeerde incidentiecijfers vertonen een sterk verschillend patroon

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

(figuur 1). De diagnose surmenage wordt vaker bij jong-volwassenen gesteld (top: 25-44 jaar); depressie wordt verhoudingsgewijs meer bij ouderen gediagnostiseerd (top: 65-74 jaar). Bij vrouwen worden beide diagnoses vaker gesteld dan bij mannen, maar de vrouw/man-ratio is bij depressie beduidend hoger dan bij surmenage (2,6 tegen 1,4). Een 'gemiddelde' huisarts (in een praktijk met 2350 zielen) zou per jaar 33 keer de diagnose surmenage en 22 keer de diagnose depressie stellen. Uit figuur 2 blijkt dat er een aanzienlijke inter-doktervariatie bestaat, die bij de diagnose surmenage groter is dan bij de diagnose depressie (F-toets, $p < 0,001$).

Correlaties

Uit tabel 2 blijkt dat de meeste correlaties tussen de verschillende incidentiecijfers (zwak) positief zijn. Wie als huisarts veel surmenage ziet, diagnostiseert ook meer spanningshoofdpijn. Wie veel depressie diagnostiseert, vindt ook vaker spanningshoofdpijn en hyperventilatie.

Patiëntkenmerken

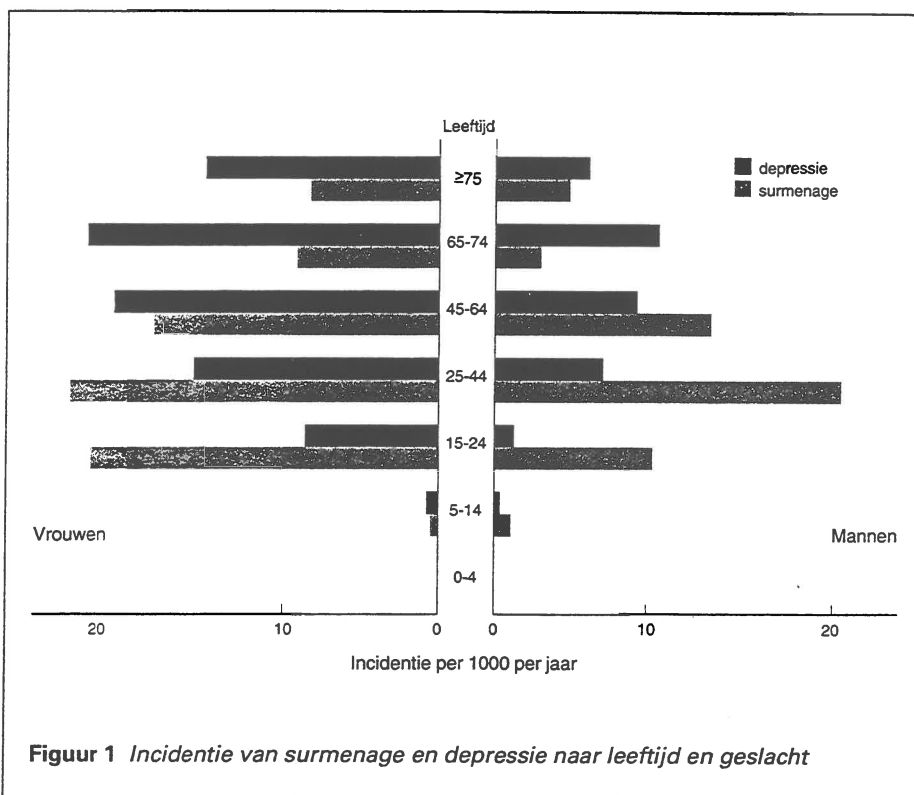
Het geselecteerde bestand telt 1453 patiënten:

- 978 patiënten met een diagnose surmenage: 569 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38,0 jaar ($SD=15,7$) en 409 mannen met een gemiddelde leeftijd van 38,5 jaar ($SD=12,4$);
- 527 patiënten met een diagnose depressie: 359 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 45,6 jaar ($SD=17,5$) en 168 mannen met een gemiddelde leeftijd van 46,4 jaar ($SD=16,9$).

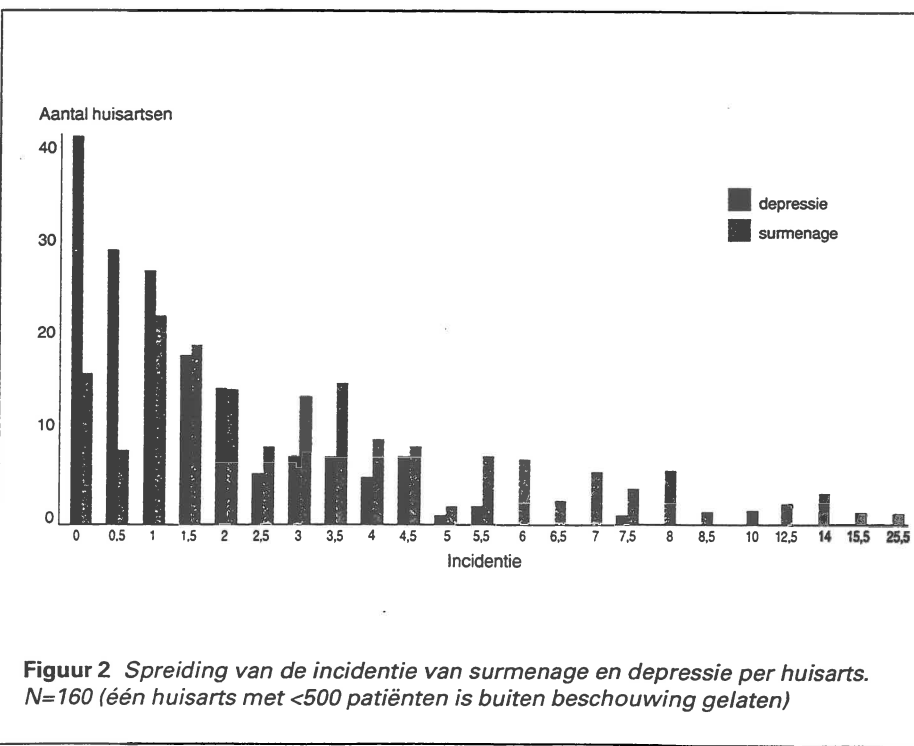
Bij 52 patiënten werden beide diagnoses gesteld, bij 30 patiënten in de volgorde surmenage-depressie, en bij 22 patiënten in de volgorde depressie-surmenage.

De leeftijd/geslachtsverdeling van de geselecteerde groep komt overeen met de leeftijd/geslachtsverdeling van de patiënten met surmenage en depressie in het totale bestand van de Nationale Studie.

Door het criterium 'eerste contact niet in de laatste vier weken van de registratieperiode' werden 386 patiënten met een diagnose surmenage en 160 patiënten met een diagnose depressie uitgesloten. Deze



Figuur 1 Incidentie van surmenage en depressie naar leeftijd en geslacht



Figuur 2 Spreiding van de incidentie van surmenage en depressie per huisarts. N=160 (één huisarts met <500 patiënten is buiten beschouwing gelaten)

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Tabel 2 Correlatie tussen de incidentiecijfers per huisarts van de zeven belangrijkste psychische diagnoses ($n=160^*$). Spearman's rangcorrelatie-coëfficiënten (vetgedrukt indien $p<0,05$).

	P78	P76	P01	P02	P10	P11	P07
P78 surmenage	x						
P76 depressie	.12	x					
P01 angstig/nerveus	.03	.01	x				
P02 acute stress	-.01	.03	-.04	x			
P10 spanningshoofdpijn	.26	.14	.14	.01	x		
P11 hyperventilatie	.02	.18	.17	.02	.27	x	
P07 slaapstoornis	.03	.05	.09	.10	-.05	.08	x

* Eén huisarts met minder dan 500 patiënten is buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3 Kenmerken van de patiënten naar geslacht en diagnose. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd

	Vrouwen		Mannen	
	surmenage n=569	depressie n=359	surmenage n=409	depressie n=168
Woonsituatie				
- alleenstaand/eenouder	18	25 †	11	23 †
- paar zonder kinderen	27	22	27	20
- gezin met kinderen	42	40	50	46
- overig/onbekend	13	13	11	11
Werk situatie				
- werkend	43	33 †	68	56 †
- WAO	2	3	4	8 *
- werkloos	2	1	2	3
- huisvrouw/man	24	30	0	0
- pensioen/VUT	11	12	11	11
- overig/onbekend	18	21	16	22
Opleiding				
- niets of lagere school	18	28 †	19	22
- voortgezet of middelbaar	58	51 *	55	51
- HBO/universitair	8	5	12	9
- onbekend	15	16	14	18
Beroep				
- wetenschappelijk e.a., vakspecialisten, kunstenaars	17	12 *	13	9
- beleidsvoerende en hogere leidinggevende functies	2	1	6	4
- administratieve functies	16	15	15	14
- commerciële functies	7	6	4	6
- dienstverlenende functies	15	20	5	4
- agrarische beroepen, vissers e.d.	2	1	3	5
- ambachts-, industrie-, transportberoepen e.d.	5	6	32	32
- overig/onbekend/geen beroep	36	41	21	26

* $p<0,05$; † $p<0,01$.

patiënten verschillen niet significant van de geselecteerde patiënten ten aanzien van leeftijd, geslacht, woonsituatie en opleiding. Wel is er een hoger percentage werklozen onder de depressieve patiënten (5 tegen 2 procent).

Het gemiddeld aantal contacten per episode bedroeg voor surmenage 1,8 ($SD=1,4$) en voor depressie 2,4 ($SD=2,0$) in het geselecteerde bestand ($p<0,001$). Van de surmenage-episoden bestond 58 procent uit slechts één contact, van de depressie-episoden 44 procent ($p<0,001$).

Tabel 3 laat zien dat patiënten met surmenage vaker 'werkend' waren (in tegenstelling tot huisvrouw/man, studierend, werkloos, arbeidsongeschikt of gepensioneerd). Depressieve patiënten waren vaker alleenstaand, hadden vaker een zeer lage opleiding (vrouwen), en zaten vaker in de WAO (mannen). Overspannen patiënten hadden vaker een gezin met kinderen dan depressieve patiënten (48 versus 38 procent), hetgeen samenhangt met hun jongere leeftijd.

Antecedenten van de diagnoses

De diagnose surmenage werd bij 83 procent van de surmenage-episoden gesteld bij het eerste contact; de diagnose depressie werd bij 77 procent van de depressie-episoden gesteld bij het eerste contact ($p<0,01$).

De overspannen patiënten hadden gemiddeld 0,2 voorafcontacten, de depressieve patiënten gemiddeld 0,4 ($p<0,01$).

De problematiek werd door de huisarts als 'vooral of geheel psychosociaal' beoordeeld in 71 procent van de gevallen waarin tot een diagnose surmenage werd besloten, en in 82 procent van de gevallen waarin de diagnose depressie werd gesteld ($p<0,01$). Tabel 4 laat zien welke diagnoses, klachten en problemen voorafgingen aan het stellen van beide diagnoses. De diagnoses die werden gesteld bij de voorafcontacten, kunnen worden opgevat als verlaten werkhypothesen; hierbij doen zich geen belangrijke verschillen voor tussen patiënten met surmenage en met depressie.

De diagnose surmenage werd vaker voorafgegaan door ('vage') somatische

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Tabel 4 Wat voorafgaat aan de diagnoses surmenage en depressie. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=978	Depressie n=527
<i>Diagnose in voorafcontacten</i>		
- depressie	2	-
- surmenage	-	6
- depressieve gevoelens	1	1
- angstig/nervus	2	2
- acute stress	3	2
- spanningshoofdpijn	1	1
- hyperventilatie	1	1
- slaapstoornis	0	1
- overig psychisch	2	4 †
- algemene malaise	1	0
- hoofdpijn	0	0
- vertigo	0	0
- overig somatisch	6	7
- sociale problemen	2	3
<i>Klachten/contactreden bij index- of voorafcontacten</i>		
- depressie	0	7 †
- depressieve gevoelens	7	41 †
- surmenage	3	1 *
- angstig/nervus	20	15 *
- acute stress	13	8 †
- spanningshoofdpijn	0	0
- hyperventilatie	0	0
- slaapstoornis	9	13 †
- overig psychisch	12	20 †
- algemene malaise	33	24 †
- hoofdpijn	11	5 †
- vertigo	9	3 †
- overig somatisch	38	27 †
- sociale problemen	14	15
<i>Onderliggende somatische ziekte in index- of voorafcontacten</i>		
- diabetes, CARA, etc.	5	4
- geen onderliggende ziekte	95	96
<i>Achterliggende problemen in index- of voorafcontacten</i>		
- relatie/gezinsmoeilijkheden	22	29 †
- geweld/mishandeling	1	1
- werk/studie	26	16 †
- depressief beeld	10	41 †
- verslavingsproblematiek	1	1
- geen achterliggende problemen	57	46 †

* p<0,05; † p<0,01.

Tabel 5 Interventies van de huisarts bij de diagnoses surmenage en depressie tijdens index- en eventuele vervolgcontacten. Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=978	Depressie n=527
Lichamelijk onderzoek	49	27 †
Aanvullend onderzoek (eigen lab.)	9	8
Aanvullend onderzoek (extern lab.)	15	11
Overige externe diagnostiek	2	1
Gesprek (passief en/of actief)	67	82 †
Advies omtrent werk	21	8 †
Advies (bed)rust	8	3 †
Medicatie	40	53 †
- benzodiazepines	21	18
- antidepressiva	3	25 †
- neuroleptica	0	1 *
- overige sedativa	0	0
- overige medicatie	28	30
Verwijzing AMW	1	3 †
Verwijzing GGZ	3	9 †
Verwijzing somatisch specialist	2	2
Onvoorwaardelijk terugkomen	45	66 †

* p<0,05; † p<0,01.

Tabel 6 Diagnosen gesteld tijdens de vervolgcontacten na de diagnoses surmenage en depressie (registratieperiode 1-3 maanden). Afgeronde percentages, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht

	Surmenage n=307	Depressie n=242
Surmenage	59	13 †
Depressie	15	64 †
Angstig/nervus	17	4
Acute stress	8	4
Slaapstoornis	1	0
Spanningshoofdpijn	1	1
Depressieve gevoelens	2	10 †
Hyperventilatie	3	0 †
Overig psychisch	8	16 †
Algemene malaise	2	1
Hoofdpijn	0	1
Vertigo	1	0
Overig somatisch	18	9 †
Sociaal	8	8

* p<0,05; † p<0,01.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Tabel 7 Resultaat van stapsgewijze logistische regressie-analyse met als afhankelijke variabele de diagnose surmenage versus depressie (n=1453).*

Contactreden/kenmerk	Partiële regressiecoëfficiënt	P-waarde	Odds-ratio
Stressklachten†	0.89	.000	2.43
Werk/studieproblemen	0.77	.000	2.17
Leeftijd 15-44 jaar	0.72	.000	2.05
Werkend	0.62	.000	1.86
Somatische klachten	0.37	.024	1.44
Laagste opleidingsniveau	-0.36	.023	0.69
Ov. psychische klachten / slaapprobleem	-0.61	.000	0.54
Alleenstaand	-0.63	.000	0.54
Depressieve klachten‡	-2.51	.000	0.08
Constante	0.88	.000	

Proportionele reductie 26,1%

* De 52 patiënten met beide diagnoses zijn buiten beschouwing gelaten. De in de tabel genoemde odds-ratio's geven de relatieve kans op de diagnose surmenage (in plaats van depressie), gegeven een bepaald kenmerk. De odds-ratio's voor depressie zijn de inversen van de overeenkomstige odds-ratio's voor surmenage. De odds-ratio voor depressie, gegeven de aanwezigheid van depressieve klachten, is dus $1/0,08=12,5$.

† Stressklachten: 'surmenage', 'angstig/nerveus' of 'acute stress'.

‡ Depressieve klachten: 'depressie' of 'depressieve gevoelens'.

klachten en door 'stress'-klachten als contactredenen, terwijl de diagnose depressie vaker werd voorafgegaan door depressieve klachten, slaapproblemen en overige psychische klachten. Bij overspannen patiënten werd vaker een werk/studieprobleem gesignaleerd, terwijl bij depressieve patiënten vaker relatie/gezinsmoeilijkheden werden vastgesteld. Bij 44 procent van de depressieven werd als achterliggend probleem een 'depressief beeld' gecodeerd. Het is echter onduidelijk welke betekenis hieraan moet worden gegeven. Mogelijk is het niet meer dan een tautologie, of een artefact veroorzaakt door de registratiemethode in de Nationale Studie. Een andere mogelijkheid die moet worden overwogen, is dat met het achterliggende 'depressieve beeld' een reeds bekend chronisch of recidiverend probleem wordt aangeduid, vergelijkbaar met de 'depressieve persoonlijkheid' of 'dysthyme stoornis'.

Gevolgen van de diagnoses

Op de diagnose surmenage volgden in een periode van één tot drie maanden gemid-

deld 0,6 vervolcontacten en op de diagnose depressie 0,9 ($p<0,001$). Tabel 5 laat zien wat de huisarts deed tijdens de indexcontacten en de eventuele vervolcontacten. De diagnose surmenage leidde vaker tot lichamelijk onderzoek, extern laboratoriumonderzoek, adviezen over het werk en het advies om rust te nemen. De diagnose depressie leidde vaker tot praten, pillen en verwijzen voor psychosociale hulp. Dat neemt niet weg dat ook met twee van de drie overspannen patiënten gepraat werd, en dat één van de drie medicatie kreeg.

Omdat er voorafgaand aan de diagnose depressie meer contacten plaatsvonden dan voorafgaand aan de diagnose surmenage, is het de vraag of de gevonden verschillen daarmee samenhangen. Daarom hebben we de analyse die ten grondslag ligt aan tabel 5, herhaald over alle contacten. Het beeld blijkt dan niet te veranderen. Het is dus niet zo dat lichamelijk onderzoek minder vaak volgde op de diagnose depressie dan op de diagnose surmenage, doordat vóór het stellen van de diagnose

depressie vaker lichamelijk onderzoek werd verricht.

Stabiliteit van de diagnoses

Een eenmaal gestelde diagnose surmenage werd (over een periode van één tot drie maanden) in 75 procent van de gevallen tot en met het laatste contact van de episode gehandhaafd, een eenmaal gestelde diagnose depressie in 82 procent van de gevallen ($p<0,01$). Het indexcontact voor surmenage was echter in 69 procent van de gevallen het laatste contact van de betreffende episode; hetzelfde gold voor 54 procent van de indexcontacten voor depressie. Uiteraard kon in deze gevallen de diagnose niet meer veranderen.

Tabel 6 laat zien dat de diagnose gehandhaafd bleef in het vervolg van de episode bij 59 procent van de overspannen patiënten en bij 65 procent van de depressieve patiënten; het verschil is statistisch niet significant. Bij 11 procent van de overspannen patiënten en bij 12 procent van de depressieve patiënten werd er stuivertje gewisseld; ook dit verschil is statistisch niet significant. De diagnose surmenage veranderde wat vaker in een somatische diagnose; de diagnose depressie veranderde wat vaker in een (overige) psychische diagnose of in 'depressieve gevoelens'. Het is de vraag of dit laatste berust op een minder ernstige inschatting van het probleem, of op een probleem met het coderen van termen als 'depressief', 'depressiviteit' en 'depressieve klachten'.

Determinanten van de diagnoses

Uit tabel 7 blijkt dat de diagnose surmenage werd bepaald door somatische en 'stress'-klachten als contactredenen, door werk en het hebben van werk/studieproblemen, en door een jong-volwassen leeftijd. De diagnose depressie werd bepaald door depressieve en 'overige psychische' klachten als contactredenen, door de woonvorm (alleenstaand), en door een lage opleiding. Het hebben van relatie/gezinsmoeilijkheden en het in de WAO zitten leverden geen significante bijdrage aan het regressiemodel. Het geslacht en de leeftijd 65+ hadden eveneens geen zelfstandige invloed op de diagnose. De rela-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

tie tussen het vrouwelijk geslacht en de diagnose depressie blijkt bij de analyse samen te hangen met het feit dat vrouwen minder vaak 'werkend' waren en (dus ook) minder vaak werk/studieproblemen hadden. De relatie tussen de leeftijd 65+ en de diagnose depressie blijkt samen te hangen met het feit dat ouderen vaker alleenstaand waren en minder vaak werkten.

Beschouwing

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de duur van de registratieperiode; daardoor kunnen episoden slechts één tot drie maanden worden vervolgd. Langere episoden worden als het ware afgekap, en dit heeft uiteraard consequenties voor het interpreteren van onze bevindingen. In het Monitoringproject werden na de diagnose surmenage 1,0 herhaalcontacten geregistreerd, en na de diagnose depressie 1,9.¹¹ Wij vonden in een periode van één tot drie maanden 0,6 respectievelijk 0,9 herhaalcontacten. Wij missen dus een derde (bij surmenage) tot de helft (bij depressie) van de herhaalcontacten van volledige episoden. Uit het Transitieproject is gebleken dat 37 procent van de depressie-episoden langer duurt dan zes maanden.¹² Hoewel de beperking van ons onderzoek belangrijk is, komen onze conclusies ten aanzien van verschillen tussen surmenage- en depressie-episoden er niet door in gevaar.

De diagnosen surmenage en depressie worden in de huisartspraktijk betrekkelijk vaak gesteld en zijn verantwoordelijk voor een kwart van alle nieuwe psychische diagnosen.⁷ Huisartsen verschillen onderling nogal sterk in de mate waarin ze beide diagnosen stellen. We hebben echter geen aanwijzingen dat de ene huisarts surmenage noemt wat de andere depressie noemt, en omgekeerd.

In het Monitoringproject lagen de incidenties van surmenage en depressie hoger dan in de Nationale Studie: respectievelijk 32 en 14 per 1000 per jaar.¹¹ Terluin kwam in één jaar (1984) tot een incidentie voor surmenage van 50 per 1000 per jaar; dit onderzoek vond plaats in een nieuwe praktijk in een nieuwe stad, Almere.¹³ Bij een deelstudie van de Nationale Studie, die in

Almere is verricht in 1987-1988, werden incidenties voor surmenage en depressie gevonden van 38,8 respectievelijk 7,2 per 1000 per jaar.¹⁴ Bijna alle huisartsen in Almere werken in gezondheidscentra. De meeste huisartsen die deelnamen aan het Monitoringproject, werkten ook in een gezondheidscentrum. Misschien ligt de incidentie van surmenage hoger in de omgeving van gezondheidscentra (vaak nieuwbouwwijken). Of misschien zijn huisartsen die in gezondheidscentra werken, eerder geneigd de diagnose surmenage te stellen.

In het Transitieproject was de incidentie van depressie vergelijkbaar met onze cijfers: 5 per 1000 per jaar,¹² terwijl de diagnose surmenage in deze registratie niet werd gebruikt. Dat laatste is misschien verklaarbaar vanwege de onofficiële status van deze diagnose, maar het is wel jammer, gezien het uitgebreide gebruik dat de Nederlandse huisartsen ervan maken.

De diagnose surmenage wordt in de huisartspraktijk vaker gesteld dan de diagnose depressie. De diagnose surmenage wordt vaker bij jong-volwassenen gesteld, terwijl de diagnose depressie relatief vaker bij ouderen wordt gesteld. Dat laatste heeft te maken met het feit dat ouderen vaker alleenstaand zijn en geen werk hebben. Bij surmenage is er vaker sprake van een patiënt met een gezin met kinderen, met een baan, en/of met werk/studieproblemen. Bij depressie is er vaker sprake van een patiënt die alleenstaand is, een lage opleiding heeft, huisvrouw is of in de WAO zit. Voor een deel zijn deze verschillen terug te voeren op het verschil in leeftijd tussen overspannen en depressieve patiënten. De genoemde verschillen zouden kunnen passen bij de in tabel 1 vermelde veronderstellingen als zou surmenage meer het gevolg zijn van overbelasting (werk, jong gezin) en depressie meer van verlieservaringen (oudere leeftijd, pensioen, alleenstaand). Relatief gezien zijn vrouwen sterker vertegenwoordigd bij depressie dan bij surmenage. Dat betekent niet dat depressie een aandoening van vrouwen is; eerder is het zo dat surmenage een aandoening van

werkenden is, terwijl vrouwen minder vaak werk hebben.

Surmenage wordt gemiddeld iets minder 'psychisch' ingeschat dan depressie. Dit kan samenhangen met de presentatie van lichamelijke klachten door overspannen patiënten. Of misschien komt dit doordat een deel van de surmenage-problematiek ook werkelijk meer lichamenlijk bepaald is: overwerktheid. In elk geval leidt de diagnose surmenage tot meer somatisch handelen, terwijl de diagnose depressie tot (nog) meer psychosociaal handelen aanleiding geeft. De diagnose depressie gaat gepaard met meer bemoeienis van de huisarts: gesprekken, medicatie, verwijzingen en vervolcontacten. Dit geeft de indruk dat depressie wordt beschouwd als een ernstiger probleem dan surmenage, en/of dat de prognose van depressie minder gunstig is dan die van surmenage. Een voorschrift voor antidepressiva is praktisch voorbehouden aan patiënten die de diagnose depressie hebben gekregen. Dit zou kunnen wijzen op een 'legitimerende functie'¹² van de diagnose depressie. Aangezien slechts een kwart van de depressieve patiënten een dergelijk voorschrift krijgt, heeft de diagnose depressie daarnaast kennelijk ook andere functies.

Tussen de diagnosen surmenage en depressie bestaat geen groot verschil in 'stabiliteit' over een periode van één tot drie maanden. Als een patiënt met een diagnose surmenage of depressie bij de huisarts terugkomt, wordt hem in meer dan één op de drie gevallen een andere diagnose toegerekend. In één op de acht à negen gevallen wordt gewisseld tussen de diagnosen surmenage en depressie. Deze mogelijke inconsistentie in het toekennen van diagnosen is misschien typerend voor de huisartspraktijk; ze hangt in elk geval niet samen met de aard van de diagnose. Hoewel depressieve patiënten vaker bij hun huisarts terugkomen dan overspannen patiënten, wordt bij depressie wat vaker teruggegrepen op de oorspronkelijke diagnose dan bij surmenage, zodat uiteindelijk de diagnose depressie iets 'stabiel' is dan de diagnose surmenage. Misschien is depressie toch een duidelijker diagnose dan surmenage. Overigens bleek bij de Nationale Studie

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

dat het overeenstemmingspercentage bij de benoeming van papieren patiënten met surmenage en depressie boven de 85 respectievelijk 95 procent lag.⁷

Al met al blijkt dat de diagnoses surmenage en depressie in de huisartspraktijk naar (althans gedeeltelijk) verschillende zaken verwijzen. Voor de diagnoses surmenage en depressie bestaan in de huisartsgeneeskunde geen algemeen geaccepteerde diagnostische criteria. Kennelijk gaan huisartsen door de confrontatie met psychische problemen in de praktijk min of meer spontaan twee verschillende syndromen onderscheiden, die zij labelen als surmenage en depressie.

Literatuur

- 1 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? Huisarts Wet 1992; 35: 311-5.
- 2 Sigling HO, Van Tilburg W. De depressieve patiënt. Utrecht: Bunge, 1981.
- 3 Van der Burg-van Walsum M, Chavannes AW, Van Berkestijn LGM. De dokter in gesprek. Utrecht: Bunge, 1988.
- 4 Jongerius JAC. Depressie. Huisarts Wet 1987; 30: 248-51.
- 5 Van den Hoofdakker RH, Albersnagel FA, De Cuyper H. Stemningsstoornissen. In: Vandereycken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG. Handboek psychopathologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 6 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 7 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 8 Lamberts H, Wood M, eds. International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 9 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981; 24: 342-6.
- 10 Blalock HM. Social statistics. 2nd ed. Tokyo: McCraw-Hill Kogakuska, 1979.
- 11 Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 12 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 13 Terluin B. Surmenage in een huisartspraktijk. Over de wanverhouding tussen psychische belasting en belastbaarheid. Med Contact 1988; 43: 1495-8.
- 14 De Bakker D, Sixma H, Van der Velden J. Morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Oorspronkelijke stukken

Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie

J.M.BENSING EN P.F.M.VERHAAK

INLEIDING

Er is sprake van een aanzienlijke 'onderdiagnostiek' van psychopathologische afwijkingen in de huisartspraktijk: 14% van de opeenvolgende huisartsbezoekers heeft klinisch relevante psychische problemen, waarvan een belangrijk deel (33-50%) niet door de huisarts herkend wordt, afhankelijk van onder meer de ernst van de afwijking en de wijze waarop de patiënt zijn klachten bij de huisarts verwoordt.¹⁻⁴ Deze conclusies bevestigen de resultaten van eerdere psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken.⁵⁻⁷ In al deze onderzoeken wordt het oordeel van de huisarts over de aan hem voorgelegde klachten vergeleken met de score van de patiënt op een psychiatrisch screeningsinstrument, meestal de 'general health questionnaire' (GHQ), die de kans aangeeft op de aanwezigheid van psychopathologische afwijkingen.

Oorzaken van waargenomen onderdiagnostiek. In eerstelijnskringen wordt nogal eens kritiek geuit op de beschreven werkwijze, omdat de resultaten gebaseerd zijn op een diagnostische momentopname, terwijl het diagnostisch proces bij de huisarts vaak meerdere consulten omvat.⁸⁻¹² Ook is er kritiek op het feit dat de huisarts niet gevraagd wordt of de betreffende patiënt psychische problemen heeft, maar of de op dat moment geuite klachten van psychische aard zijn; als een depressieve patiënt voor zijn hooikoorts naar de huisarts gaat, zal deze de klacht 'puur somatisch' noemen, ook wanneer hij weet dat deze patiënt psychische problemen heeft – problemen die een hoge GHQ-score opleveren.^{8-9, 13} In eigen onderzoek waarin deze gebruikelijke psychiatrisch-epidemiologische procedure werd gehanteerd, bleek de huisarts bij slechts 50% van de patiënten met een hoge GHQ-score aan te geven dat er sprake was van psychische problemen.¹⁴ Toen echter aan de huisarts werd gevraagd of hij wist bij wie er psychische problemen waren geweest in het afgelopen jaar, bleek hij van 86% van zijn patiënten met een hoge GHQ-score te weten dat zij psychische problemen hadden.⁵

Zeeffunctie van de eerste lijn. Wanneer psychische problemen zijn geconstateerd, worden verreweg de meeste patiënten door de huisarts zelf behandeld, waarbij opvalt dat de huisarts vaak kiest voor een gesprek als behandel-

Zie ook de artikelen op bl. 118 en 123.

SAMENVATTING

Doel. Epidemiologische beschrijving van patiënten met psychische problemen in de huisartspraktijk vanuit een huisarts-geneeskundig perspectief.

Opzet. Descriptief bevolkingsonderzoek.

Plaats. Gegevens zijn ontleend aan de 'nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'.

Methode. Van 1987-1988 werd bij 10.350 personen boven de 14 jaar (uit 161 huisartspraktijken) naar de gezondheidstoestand en het gebruik van medische voorzieningen gevraagd door middel van een interview; verder werd de kans op aanwezigheid van psychopathologische afwijkingen vastgesteld met behulp van de 'general health questionnaire' (GHQ). Gedurende 3 maanden werden alle contacten met de huisarts geregistreerd met de contactredenen en het oordeel van de huisarts over de aanwezigheid van psychische factoren in de contactredenen.

Resultaten. In de groep met een hoge GHQ-score legde slechts een derde zijn psychische problematiek direct aan de huisarts voor, bij 70% herkende de huisarts de psychische problemen tijdens de onderzoeksperiode van 3 maanden; naast psychische problemen had deze groep ook tal van acute en chronische lichamelijke problemen. Personen met een hoge GHQ-score hadden weliswaar meer klachten, maar geen andere klachten dan 'geestelijk gezonde' patiënten.

Conclusie. Het gebruik van screeningsprogramma's voor psychische problemen in de huisartspraktijk is af te raden omdat risicogroepen onvoldoende kunnen worden gespecificeerd; specifieke diagnostiek is mogelijk in een welomschreven groep van patiënten die vaak bij de huisarts komen met veel lichamelijke klachten. Voorlichting in de gezondheidszorg waarbij patiënten worden aangespoord psychische problemen rechtstreeks met hun huisarts te bespreken lijkt zinvol.

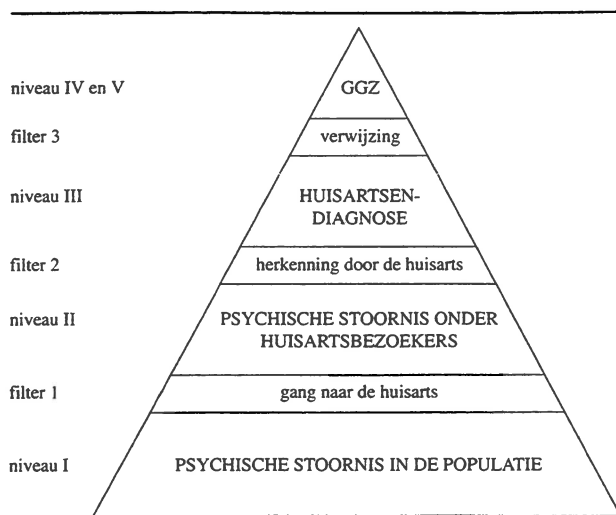
vorm wanneer de patiënt zijn psychische problemen zelf expliciet naar voren brengt.^{15, 16} Minder dan 10% van de patiënten met psychische problemen wordt verwezen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ).¹⁷⁻¹⁹ Ormel et al. concluderen in navolging van anderen dat er behalve van onderdiagnostiek waarschijnlijk ook sprake is van 'onderbehandeling' van psychopathologische afwijkingen in de huisartspraktijk.²⁰ Naar aanleiding van soortgelijke bevindingen kwamen Goldberg en Huxley tot hun 'filtermodel' als symbolisatie van de gang van patiënten met psychische problemen door de gezondheidszorg.²¹ Het model wordt gevisualiseerd door een piramide (figuur 1) waarvan de basis wordt ge-

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Mw.prof.dr.J.M.Bensing (tevens: Rijksuniversiteit, afd. Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Utrecht) en dr.P.F.M.Verhaak, klinisch psychologen.

Correspondentie-adres: mw.prof.dr.J.M.Bensing.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN



FIGUUR 1. Het model van Goldberg en Huxley om de filters en de gezondheidszorgniveaus te visualiseren die een patiënt doorloopt voordat hij met psychische problemen bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) terecht komt.²¹

vormd door de populatie, waar zich de mensen met psychische stoornissen bevinden. Om vanuit deze populatie tot de psychiater (de top van de piramide) door te dringen moet de patiënt een aantal filters passeren. Het eerste filter wordt gevormd door de beslissing van de patiënt om de huisarts te raadplegen. De herkenning door de huisarts van de psychische aandoening is het tweede filter. Het derde filter wordt gevormd door de beslissing van de huisarts om de patiënt door te verwijzen.

Verskil in epidemiologisch perspectief van psychiater en huisarts. Het kleine groepje patiënten dat alle filters passeert, vormt de patiëntenpopulatie van de psychiater, die daardoor al snel de indruk krijgt slechts het topje van de ijsberg te zien. Voor de huisarts is deze patiëntengroep echter slechts een klein en select gedeelte van de groep patiënten die met vergelijkbare problemen op het spreekuur komt; het grootste deel blijkt na verloop van tijd spontaan of na enige behandeling of begeleiding genezen. Daarom ziet de epidemiologie van psychische problematiek in de huisartsp praktijk er anders (milder, diffuser) uit dan die in de psychiatrische praktijk.^{13, 22} Een ander relevant verschilpunt is dat patiënten met psychische problemen die hun huisarts bezoeken vaak en soms vooral een beroep doen op de huisarts voor somatische zorg.⁸

Hiermee is de leidraad van dit artikel gegeven: het verschillend perspectief van waaruit huisarts en psychiater de patiënten bezien waarmee zij worden geconfronteerd. De psychiater kijkt terug naar de geschiedenis van patiënten wier symptomen uiteindelijk zijn uitgemond in een psychiatrisch ziektebeeld, en verbaast zich erover dat de stoornis niet eerder door de huisarts is onderkend. De huisarts daarentegen moet voorspellenderwijs patiënten van wie de symptomen wellicht zullen uitmonden in een psychiatrisch ziektebeeld schiften van patiënten bij wie dit niet het geval is, met een a priori grotere

kans op het laatste. Hoe de filterwerking in het piramidevormige systeem beoordeeld wordt, hangt af van het perspectief van waaruit men ernaar kijkt: van boven of van beneden. In dit artikel willen wij trachten deze filterwerking te schetsen vanuit het perspectief van de huisarts.

METHODE

De gegevens van dit onderzoek zijn afkomstig uit de 'nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk', een onderzoek onder 161 huisartsen en hun 340.000 patiënten, uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) in 1987-1988.¹¹ Uit het patiëntenbestand van iedere deelnemende huisarts werd een steekproef van 100 patiënten getrokken die (thuis) aan een uitvoerig gezondheidsinterview werden onderworpen. Iedereen uit de steekproef werd benaderd voor een interview, ongeacht of men wel of niet zijn huisarts had bezocht; het betreft hier dus een bevolkingsonderzoek. In het interview kwamen onder meer vragen aan de orde over ziekte en gezondheid, over ziekte- en gezondheidsgedrag, over medische consumptie en over arbeidsverzuim. De patiënten kregen een lijst van de meest voorkomende chronische aandoeningen (30 stuks) en acute aandoeningen (45) voorgelegd.¹¹ Ook werd de GHQ afgenomen.²³ In dit onderzoek werd voor de GHQ een hoger afkappunt gekozen dan gewoonlijk (7/8 in plaats van 4/5; score-uitkomsten: 0-30) om daarmee de klinisch relevante groep patiënten te isoleren en te voorkomen dat de resultaten van de GHQ gecontamineerd werden met de algemene klachten van de patiënt waarvoor hij zijn huisarts bezocht. De respons op het gezondheidsinterview bedroeg 77%. Van 10.350 personen boven de 14 jaar waren de gegevens beschikbaar. Dit is een redelijke afspiegeling van de Nederlandse bevolking boven de 14 jaar.²⁴

De 161 huisartsen van de nationale studie registreerden gedurende 3 maanden al hun contacten met al hun patiënten. Daarom werd van al de geïnterviewde personen ook bekend of zij in die periode wel of niet de huisarts hadden bezocht en zo ja, voor welke contactredenen (geclassificeerd met de 'international classification of primary care' (ICPC)), hoe deze contactredenen door de huisarts werd beoordeeld, wat voor behandeling werd uitgevoerd en of er een verwijzing had plaatsgevonden. Omdat zowel gegevens uit de populatie als uit de huisartsp praktijk bekend waren, was het mogelijk om – in termen van Goldberg en Huxley – voor iedere individuele patiënt de route naar de geestelijke gezondheidszorg in kaart te brengen. Aan de huisarts werd gevraagd om in de contactregistratie iedere contactreden van de patiënt te beoordelen op de dimensie 'somatisch-psychosociaal'. Voor deze procedure werd gekozen om de vergelijkbaarheid te bevorderen met het klassieke psychiatrisch-epidemiologische onderzoek, waarin doorgaans dezelfde procedure wordt gehanteerd. Om tegemoet te komen aan de huisartsgeneeskundige kritiek op deze handelwijze werden in de analyses alle patiëntcontacten in de periode van 3 maanden betrokken, ongeacht het tijdstip van contact met de huisarts (de patiënteninterviews von-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

den ongeveer halverwege de periode van contact-registratie plaats); zo werd recht gedaan aan de huisartsgeneeskundige visie dat alle contacten en alle contactredenen in zo'n periode een potentiële gelegenheid vormen om psychische problemen ter sprake te brengen.¹³

RESULTATEN

De populatie. Van de 10.350 door ons onderzochte personen had 13,5% een GHQ-score boven de drempelwaarde 4, en 7,8% een score boven de drempelwaarde 7. Deze laatste groep respondenten werd beschouwd als een groep patiënten met klinisch relevante psychische problemen. In tabel 1 worden de door deze groep respondenten zelf gerapporteerde gezondheid en medische consumptie vergeleken met die van respondenten met een lage GHQ-score (van 45 patiënten ontbrak een GHQ-waarde).

Personen met een hoge GHQ-score waren er over de gehele linie slechter aan toe dan personen met een lage: 44% van hen beschreef de eigen gezondheidstoestand als 'minder dan goed' en 12% als 'heel goed'; bij de groep met een lage score was dat precies andersom. Significant meer mensen met een hoge score hadden last van chronische aandoeningen, en gemiddeld had deze groep ook méér van die aandoeningen (respectievelijk 1,9 en 1,0).

TABEL 1. Gezondheid en medische consumptie in een bevolkingsonderzoek van personen met een hoge of een lage score op de 'general health questionnaire' (GHQ)

	aantal patiënten (in %) met GHQ-score		χ^2 *
	> 7 (n = 807)	≤ 7 (n = 9498)	
gezondheid			
subjectieve gezondheidstoestand			
heel goed	12	33	642
goed		44	54
minder dan goed	44	14	
chronische aandoeningen			
minstens één	77	54	160
gemiddeld aantal aandoeningen	1,9†	1,0†	
acute klachten laatste 2 weken			
minstens één	98	79	179
gemiddeld aantal klachten	9,7†	3,5†	
ziekterverzuij in de laatste 2 maanden	38	16	232
medische consumptie			
contact in afgelopen jaar met			
huisarts	91	75	101
medisch specialist	53	36	96
fysiotherapeut	22	14	33
wijkverpleging	5	2	31
alternatieve genezer	14	7	42
geestelijke gezondheidszorg	12	3	204
medicijngebruik in de laatste 14 dagen	55	30	217

* Waarde van χ^2 bij toetsing van het verschil tussen de groep met een hoge en die met een lage GHQ-score; alle waarden waren statistisch significant: $p < 0,0001$.

† Absoluut aantal.

Hetzelfde gold voor de acute aandoeningen en het ziekteverzuim.

Uit tabel 1 blijkt voorts dat personen met een hoge GHQ-score meer gebruik maakten van allerlei gezondheidsvoorzieningen: niet alleen van de GGZ, maar ook van de diensten van medisch specialisten, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen. Ook alternatieve genezers werden meer door hen bezocht. Ruim de helft van de respondenten met een hoge GHQ-score had in de 14 dagen voor het interview medicijnen gebruikt (55%), tegenover 29% van degenen met een lage GHQ-score.

Mensen met een hoge GHQ-score waren zieker dan mensen met een lage GHQ-score en gingen opmerkelijk veel vaker naar allerlei soorten hulpverleners. Uit tabel 2 blijkt echter dat zij wel meer, maar geen andere gezondheidsproblemen hadden dan mensen met een lage GHQ-score.

Het patroon van chronische aandoeningen zag er bij beide groepen patiënten vrijwel hetzelfde uit: 9 van de 10 meest voorkomende chronische aandoeningen waren hetzelfde; chronische rugklachten, migraine, hypertensie, aambeien en spataderen waren bij beide groepen patiënten de meest voorkomende chronische aandoeningen. Sterk levensbedreigende of invaliderende chronische aandoeningen als diverse vormen van kanker, ziekte van Parkinson, multiële sclerose et cetera kwamen in beide groepen patiënten bij minder dan 3% voor. Ook het patroon van acute aandoeningen bij beide groepen vertoonde een opmerkelijke gelijkenis: 8 van de 10 acute klachten waren gelijk, bovenaan stonden hoofdpijn en moeheid. Aangezien veel meer mensen een lage dan een hoge GHQ-score hadden, mag worden geconcludeerd dat bij verreweg de meeste mensen die klaagden over hoofdpijn of moeheid geen toegenomen kans bestond dat zij tevens een psychopathologische afwijking hadden: van alle mensen die klaagden over hoofdpijn was volgens de GHQ 85,8% 'psychisch gezond' en 14,2% 'psychisch ongezond'; van alle mensen die klaagden over moeheid moest 83,0% beschouwd worden als 'psychisch gezond', 17,0% als 'psychisch ongezond'.

De gang naar de huisarts. Wie komt bij de huisarts terecht (eerste filter)? Uit de contactregistratie in de huisartsp praktijk bleek dat 55% van de mensen met een hoge GHQ-score in een periode van 3 maanden rond het interview de huisarts bezocht had tegen 35% van de mensen met een lage score. Dit verschil is significant. Uit deze cijfers blijkt ook dat bijna de helft van de mensen met een hoge GHQ-score de huisarts in die 3 maanden niet had bezocht. Wanneer beide subgroepen met elkaar vergeleken worden op dezelfde indicatoren voor lichamelijke en geestelijke gezondheid en medische consumptie die in de eerste analysestap zijn gebruikt (zie tabel 1 en 2), blijkt dat de huisartsbezoekers met een hoge GHQ-score in het algemeen een wat slechtere gezondheid en een grotere medische consumptie rapporteerden dan hun lotgenoten die de huisarts niet bezochten, maar dat de frequentste chronische aandoeningen en acute klachten van beide groepen sterk overeenkwamen. Mensen met een toegenomen kans op psychopathologische afwijkingen die hun huisarts bezochten en dus het

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

TABEL 2. De meest gerapporteerde chronische en acute klachten van personen met een hoge of een lage score op de 'general health questionnaire' (GHQ)

	aantal patiënten (in %)* met GHQ-score	
	> 7 (n = 807)	≤ 7 (n = 9498)
<i>chronische klachten</i>		
rugklachten	25 (1)	14 (1)
migraine	21 (2)	9 (2)
aambeien	14 (3)	8 (4)
hypertensie	13 (4)	9 (3)
spataderen	13 (5)	8 (5)
hartklachten	11 (6)	5 (7)
maagklachten	10 (7)	4 (10)
eczeem	9 (8)	6 (6)
chronische menstratieklachten	9 (9)	-
chronische bronchitis	8 (10)	5 (8)
hooikoorts	-	5 (9)
<i>acute klachten</i>		
moeheid	68 (1)	28 (2)
nervositeit	67 (2)	16 (6)
hoofdpijn	57 (3)	29 (1)
slapeloosheid	50 (4)	14 (8)
lusteloosheid	50 (5)	9 (11)
snel opgewonden	48 (6)	13 (9)
rugklachten	36 (7)	17 (5)
nek-/schouderklachten	34 (8)	15 (7)
duizeligheid	32 (9)	9 (12)
hoesten	28 (10)	19 (4)
been-/knie-/voetklachten	28 (11)	13 (10)
verstopte neus	25 (12)	19 (3)

* Tussen haakjes het rangnummer van de klacht.

eerste filter gepasseerd waren, hadden geen andere gezondheidsproblemen dan hun lotgenoten die thuisbleven. Zij rapporteerden alleen een nog slechtere geestelijke en lichamelijke gezondheid.

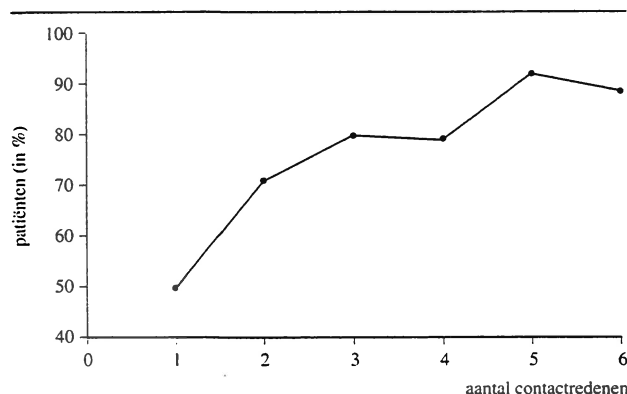
Bij de huisarts. Welke patiënten met een hoge GHQ-score worden door de huisarts herkend (tweede filter)? De huisarts beoordeelde tijdens de onderzoeksperiode bij gemiddeld 70% van de personen met een hoge GHQ-score de contactredenen van de patiënt als 'niet puur somatisch'. Welke personen dit waren, hing nauwelijks samen met de soort contactredenen. De frequentst geuite gezondheidsproblemen van spreekuurbezoekers met een hoge GHQ-score en van spreekuurbezoekers met een lage score (samen ruim 30% van alle voorgelegde morbiditeit) vertoonden wederom een opmerkelijke gelijkenis; overeenkomst was er vooral bij de 5 meest aangegeven gezondheidsproblemen: mensen die voor bloeddrukcontrole, hoesten, rugklachten, hoofdpijn of zelfs voor algemene malaise op het spreekuur kwamen, konden net zo goed een hoge als een lage GHQ-score hebben. Deze klachten geven de huisarts derhalve geen indicatie voor de mogelijke aanwezigheid van psychopathologische afwijkingen. Er zijn wel andere factoren die de herkenning bevorderen: vooral contactfrequentie (in de 3 maanden) en aantal contactredenen per consult (figuur 2). Wanneer een patiënt met een hoge GHQ-score in een periode van 3 maanden de huisarts slechts een-

maal bezocht en dan slechts 1 contactreden gaf, werd deze contactreden door de huisarts in minder dan de helft van de gevallen in een psychosociale context geplaatst. Dit percentage liep op tot circa 80 bij 3-4 contactredenen en tot circa 90 bij ≥ 5 contactredenen. Een andere belangrijke factor bleek te zijn of de patiënt zelf expliciet psychische of sociale contactredenen naar voren bracht. Bij patiënten die dit deden, geschiedde herkenning van psychosociale problemen vrijwel automatisch (99%), terwijl bij slechts 57% van de patiënten met een hoge GHQ-score die uitsluitend lichamelijke contactredenen noemden de psychosociale problemen werden herkend.

BESCHOUWING

Ongeveer 8% van de onderzochte personen had een dusdanig hoge GHQ-score (> 7) dat gedacht moest worden aan klinisch relevante psychische problemen. Deze mensen hadden een slechtere gezondheid dan mensen met een lage GHQ-score. Zij voelden zich zieker, hadden meer acute klachten en chronische aandoeningen, verzuimden vaker hun werk en maakten vaker gebruik van allerlei gezondheidszorgvoorzieningen. Soortgelijke resultaten zijn gemeld door anderen.^{25 26} Er was in onze groep sprake van gelijktijdige lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, en zeker niet uitsluitend van gemaskeerde depressies of psychosomatische aandoeningen. Ook dit resultaat wordt door ander onderzoek bevestigd.²⁷ Overigens had de onderzochte groep patiënten weliswaar meer klachten, maar geen andere klachten dan de normale populatie: bij mensen met een hoge GHQ-score komen (ook) allerlei somatische klachten voor, bij mensen met een lage GHQ-score komen (ook) allerlei klachten voor die als psychisch worden gezien.

De helft van de mensen met een hoge GHQ-score bezocht in 3 maanden tijd de huisarts. De aard van de klacht voorspelde niet of iemand de huisarts zou bezoeken of niet. In de huisartsp praktijk werd opnieuw dit fenomeen opgemerkt: de contactredenen die het meest aan de huisarts werd voorgelegd was niet verschillend bij patiënten met een toegenomen kans op psychopathologi-



FIGUUR 2. Percentage patiënten met een score op de 'general health questionnaire' (GHQ) > 7 bij wie de huisarts opmerkte dat er psychopathologische problemen waren bij een toenemend aantal contactredenen in 3 maanden.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

sche afwijkingen (blijkens de GHQ-score) en bij patiënten die volgens de GHQ 'psychisch gezond' waren. Het merendeel van de gegeven contactredenen was van somatische aard; slechts 32,5% van de patiënten met klinisch relevante psychische problemen (GHQ-score > 7) bracht tijdens het spreekuur psychische of sociale problemen ter sprake. De huisarts staat voor een dilemma: hij weet dat mensen met een hoge GHQ-score vaak komen voor bloeddrukcontrole, rugklachten, hoofdpijn of algemene malaise, maar hij weet tegelijkertijd ook dat patiënten die komen voor bloeddrukcontrole, rugklachten, hoofdpijn of zelfs algemene malaise vaker geen dan wel een hoge GHQ-score zullen hebben.

Van psychiatrische zijde wordt kritiek op huisartsen geleverd: zij zouden belangrijke psychische problemen niet of te laat herkennen. Voor een deel kan men deze kritiek pareren door te wijzen op het feit dat de methodologie van de psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken niet is aangepast aan de huisartsgeneeskundige wijze van werken, die gekenmerkt wordt door diagnostische processen welke over meerdere consulten worden uitgesmeerd. Dit 'uitsmeren' helpt onder andere gezondheidsproblemen die vanzelf overgaan te scheiden van gezondheidsproblemen die professionele aandacht behoeven.⁸⁻⁹⁻¹³ Niettemin moet uit ons onderzoek worden geconcludeerd dat een deel van de psychische problemen ook bij een langere rapportageperiode in de huisartspraktijk buiten beeld blijft. Een psychiater kan met recht betogen dat wanneer een ernstig depressieve patiënt wegens hooikoorts naar de huisarts gaat niet alleen de hooikoorts, maar ook de depressie behandeld zou moeten worden. Een verbetering van de huidige situatie is dan ook geïndiceerd.

Uit onze resultaten blijkt dat de epidemiologische kenmerken van de psychische aandoeningen het de huisarts niet erg gemakkelijk maken psychische problemen juist in te schatten. Psychiatrische screening is echter geen bruikbaar alternatief omdat de risicogroepen niet eenduidig kunnen worden vastgesteld.²⁸⁻³⁰ Bovendien hebben huisartsen niet alleen een taak op psychiatrisch gebied, maar op het hele brede terrein van de geneeskunde, waardoor zelfs een korte screeningsvragenlijst vaak niet toegepast zal kunnen worden. De huisarts moet voortdurend prioriteiten stellen op basis van inschattingen. En dan is de kans dat een patiënt die voor een bloeddrukcontrole bij de huisarts komt, de volledige route van Goldberg en Huxley naar de GGZ aflegt, toch kleiner dan de kans dat deze uiteindelijk bij de internist, de cardioloog, de oogarts of de diëtist terechtkomt. Dit verschil in perspectief tussen psychiater en huisarts ligt ten grondslag aan de huidige discussies over de waarde van psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek voor de huisartspraktijk.

CONCLUSIE

Het is denkbaar dat huisartsen getraind worden in het gebruik van korte stoornis-specifieke vragenlijsten voor een beperkt aantal goed omschreven situaties. Indicatoren hiervoor die uit dit onderzoek naar voren komen, zijn:

- het expliciet uiten van psychische of sociale problemen door de patiënt;
- veelvuldig doktersbezoek waarbij veel klachten worden voorgelegd.

In die gevallen weet de huisarts gewoonlijk dat psychische factoren een rol spelen, maar dit geeft hem te weinig aanknopingspunten voor specifieke interventies. Met behulp van goed diagnostisch instrumentarium zou het algemene oordeel van de huisarts dat sprake is van psychische problemen omgezet kunnen worden in een stoornis-specifieke waarschijnlijkheidsdiagnose, hetgeen zou kunnen leiden tot een kwaliteitsverbetering in de zorg ten aanzien van die ziektebeelden waarbij van psychiatrische zijde de samenhang tussen diagnose en geïndiceerde behandeling kan worden aangegeven. Onze resultaten leiden tot nog een andere suggestie, namelijk om het initiatief tot hulp zoeken voor psychische problemen veel meer bij de patiënt zelf te leggen, een suggestie die eerder ook door Hofmans-Okkes is gedaan.³¹ In het bevolkingsonderzoek rapporteren patiënten hun klachten veel vaker in psychische termen dan bij de huisarts, bij wie vooral lichamelijke klachten worden geuit. In die tegenstrijdigheid ligt een belangrijke interventiemogelijkheid in de richting van de huisartsen (via gesprekst rainingen),³²⁻³⁴ maar vooral in de richting van de patiënt zelf, aan wie (via algemene gezondheidsvoorlichting) duidelijk gemaakt zou moeten worden dat het vertalen van psychisch ongenoegen in lichamelijke klachten bij de huisarts niet nodig is en - gelet op de resultaten van ons onderzoek - ook niet wenselijk.

ABSTRACT

Mental problems in general practice more variable and diffuse than in psychiatry.

Objective. To describe the epidemiology of mental problems in general practice, from the viewpoint of the general practitioner (GP).

Design. Descriptive population survey.

Setting. Data were collected from the National Study of Morbidity and Interventions in General Practice.

Method. In 1987-1988 we used an interview to assess health status and medical consumption of 10,350 persons, aged 15 and over. At the same time they were screened for mental illness using the General Health Questionnaire (GHQ). For three months, all doctor-patient contacts, the reason for contact (classified in ICPC) and the GP's assessment of possible psychological factors in the reason for contact were recorded.

Results. Of the patients with a high GHQ score only one third explicitly mentioned his psychological problems to the GP, 70 were recognized by the GP as having psychological problems in the three month period and besides psychological problems this group showed much more acute and chronic physical illness. Patients scoring high on the GHQ have more symptoms, but in general not other symptoms than mentally 'healthy' people have.

Conclusion. Screening-programmes on mental illness are not recommended because of the impossibility of determining the groups at risk. Prevention might be possible in patients with a high frequency in doctor-patient contacts and many physical complaints. A public health approach, encouraging patients to discuss psychological problems directly with their GP, might be sensible.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

LITERATUUR

- 1 Brink W van den, Leenstra A, Ormel J, Willige G van de. Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis. *J Affect Disord* 1991; 21: 273-84.
- 2 Ormel J, Giel R. Medical effects of nonrecognition of affective disorders in primary care. In: Sartorius N, Goldberg D, Girolamo G, Costa e Silva J, Lecrubier Y, Wittchen U, eds. *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Hogrefe & Huber, 1990: 146-58.
- 3 Ormel J, Brink W van den, Koeter MWJ, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990; 20: 909-23.
- 4 Ormel J, Koeter MWJ, Brink W van den, Willige G van de. Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 700-6.
- 5 Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 1979; 9: 337-53.
- 6 Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 15-8.
- 7 Wright AF, Perini AF. Hidden psychiatric illness: use of the general health questionnaire in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 164-7.
- 8 Bensing JM, Beerendonk P. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1990; 45: 595-618.
- 9 Meer K van der, Smith RJA, Groenier KH. De General Health Questionnaire in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 470-5.
- 10 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 11 Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 12 Gunning-Schepers LG, Mootz M. Gezondheidsmeting. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 13 Huygen FJA. A family physician's concept of mental health and mental health services. In: Visser GJ, Bensing JM, Gersons BPR, Maoz B, Margolis CZ, eds. *Mental health and primary care. Dutch and Israeli experience*. Utrecht: NIVEL, 1986.
- 14 Verhaak PFM, Wennink HJ, Tjhuis MAR. The importance of the GHQ in general practice. *Fam Pract* 1990; 7: 319-24.
- 15 Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986. Proefschrift.
- 16 Verhaak PFM, Wennink HJ. What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *Int J Psychiatry Med* 1990; 20: 151.
- 17 Whitehouse CR. A survey of the management of psychosocial illness in general practice in Manchester. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 112-5.
- 18 Wilkinson MJB, Barczak P. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 311-3.
- 19 Verhaak PFM. Referrals of psychosocial problems by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 203-8.
- 20 Ormel J, Brink W van den, Meer K van der, Jenner J, Giel R. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 123-6.
- 21 Goldberg D, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock, 1980: 191.
- 22 Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders*. London: Tavistock, 1992.
- 23 Goldberg DP. The detection of psychiatric illness: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. New York: Oxford University Press, 1972: 152.
- 24 Foets M, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 25 Williams P, Tarnapolsky A, Hand D, Shepherd M. Minor psychiatric morbidity and general practice consultations. *The West London Survey Psychological Medicine Monograph* 1986; 16: suppl 9.
- 26 Vasquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Gaité L, et al. Why people with probable minor psychiatric morbidity consult a doctor. *Psychol Med* 1992; 22: 495-502.
- 27 Katon W, Korff M von, Lin E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 355-62.
- 28 Sturmans F. Screening. 1: Voorwaarden en vooronderstellingen. *Med Contact* 1983; 38: 717-9.
- 29 Water HPA van de, Davidse W. Organisatorische versterking van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Leiden: NIPG/TNO, 1992.
- 30 Verhaak PFM, Bosman J, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: preventie. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 31 Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 32 Bensing JM, Sluijs EM. Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc Sci Med* 1985; 20: 737-44.
- 33 Whewell PJ, Gore VA, Leach C. Training general practitioners to improve their recognition of emotional disturbance in the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 259-62.
- 34 Gask L, McGrath G, Goldberg D, Millar T. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Med Educ* 1987; 21: 362-8.

Aanvaard op 16 augustus 1993

Bladvulling

De influenza-bacil

Vergun mij met een enkel woord te wijzen op een berichtje, voorkomend in uw nummer van heden, pag. 132, getiteld: *influenza-bacillen*. hetwelk mij toeschijnt een eigenaardige illustratie te leveren van het gemis aan logische redeneering, dat ik juist bij onderzoekers op het gebied der bacteriologie zoo dikwijls meen aan te treffen.

BORCHARDT vindt bij het onderzoek van 50 gevallen van influenza in 35 daarvan den PFEIFFER'schen bacil. In 15 daarvan is het resultaat negatief. Te bewijzen was, gelijk bekend is, en ook uit den vorm der mededeeling blijkt, het veelvuldig voorkomen van dezen bacil bij die ziektegevallen, waarin op grond van waarnemingen van anderen aard de diagnose 'influenza' mag worden gesteld. Wanneer dit bewezen is, zal omtrent het causaal-verband tusschen den bacil en de verschijnselen nog niets bewezen zijn en aan de diagnostische beteekenis van den bacil eerst dan eenige meerdere waarschijnlijkheid zijn verleend, wanneer te gelijkertijd zijne afwezigheid bij ziekten, die tot eene andere diagnose recht geven, blijkt. Uit het vervolg der mededeeling zien wij nu, dat er onder de 35 gevallen met een positief resultaat één was, waarbij de differentiële-diagnose tusschen ileo-typhus en influenza niet met zekerheid was te stellen. De ouderwetsche logica zou ons leeren een dergelijk geval, als voor bovenvermeld onderzoek absoluut onbruikbaar, niet in de bewijsvoering op te nemen. Niet aldus de moderne bacterioloog. Fluks wordt het quod erat demonstrandum van zoeven tot axioma verheven; de diagnose influenza wordt gesteld op grond van het voorkomen van den bacil, en het geval doet verder in de eerste rei dienst om te bewijzen, dat men op grond van het voorkomen van den bacil de diagnose mag stellen op influenza.

'Welk eene muggenzifterij!' roept, ik ben daar zeker van M. d. R., een groot deel uwer lezers uit. 'Op grond van een enkel wellicht minder juist te pas gebracht feit eene conclusie, die op zoovele andere feiten berust, te willen ontkennen!'

Pardon! Ik negeer noch affirmeer feiten of conclusiën; ik wijs slechts op eene fout in de methode. Was zij de eenige, die begaan werd?

In dat geval zou ik zeker ongelijk gehad hebben eenige regelen van uwe plaatsruimte voor deze opmerking te vragen.

(Ingezonden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1894; 38 I: 157-8.)

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis

R.H.C. Bakker, D.H. de Bakker, A. Kerkstra en L.J. Stokx*

Samenvatting

In dit artikel wordt, met behulp van landelijk representatieve gegevens afkomstig uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, een overzicht gegeven van de mate waarin psychische en sociale problemen door verzorgingstehuisbewoners (n=2893) aan de huisarts gepresenteerd worden. Daarnaast worden de contacten van verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen met de huisartspraktijk beschreven alsmede de interventie die de huisarts vervolgens instelt. Als referentie zijn ook de resultaten voor zelfstandig wonende ouderen (n=28056) vermeld. Bij 33% van de patiënten uit het verzorgingstehuis en bijna 17% van de zelfstandig wonende oudere patiënten constateerde de huisarts een psychisch probleem. Ook na controle voor achtergrondkenmerken blijkt dat de verzorgingstehuisbewoners meer psychische problemen aan hun huisarts presenteren dan zelfstandig wonende oudere patiënten. Sociale problemen worden minder dan psychische aan huisartsen gepresenteerd, namelijk door 8% van de patiënten uit het verzorgingstehuis en 5% van de zelfstandig wonende oudere patiënten. Na controle voor achtergrondkenmerken verdwijnt dit verschil. De meest voorkomende interventie die de huisarts instelt bij psychische of sociale problematiek is het voorschrijven van geneesmiddelen. Bij bijna 80% van zowel de verzorgingstehuisbewoners als de zelfstandig wonende oudere patiënten is in de periode van drie maanden een medisch voorgeschreven. Doorverwijzingen naar de tweede lijn of de geestelijke gezondheidszorg komen het minst vaak voor. Doordat er in het verzorgingstehuis relatief veel meer mensen met psychische en sociale problemen wonen heeft de huisarts daar veel werk. Geconcludeerd moet worden dat de huisarts echter niet wezenlijk anders omgaat met de psychische en sociale problemen van zijn/haar patiënten uit het verzorgingstehuis dan met die van zelfstandig wonende oudere patiënten.

Summary: The role of the general practitioner in psychological and social problems of people living in homes for the elderly. Based on Dutch nationally representative data, this article reports on the number of psychological and social problems that residents of homes for the elderly (n=2893) present to their general practitioner (GP). Furthermore, the number of encounters residents with psychological or social problems have with the general practice and the interventions which the GP applies are described. A comparison is made with elderly patients living independently (n=28056). In a three-month pe-

riod the GP found psychological problems in 33 per cent of the patients from homes for the elderly. For elderly patients living independently this was 17%. Controlling for background variables the patients from homes for the elderly still show considerably more psychological problems. Social problems are reported less frequently to GP's; 8% of patients from homes for the elderly and 5% of patients living independently report these problems. After controlling for background variables no statistically significant differences were found. The most frequently used intervention is the prescription of drugs. In both groups almost 80% of the respondents received drugs. Referral to mental health care is the least frequently used intervention. Many patients living in homes for the elderly have psychological or social problems. This implies a high workload for the GP. However, no evidence is found that GP's treat their patients in homes for the elderly differently from those living independently.

Trefwoorden: Huisarts, Ouderen, Psychische problemen, Sociale problemen, Verzorgingstehuis.
Tijdschr Gerontol Geriatr 1995; 26:71-9

Inleiding

In Nederland is de huisarts verantwoordelijk voor de medische zorg aan bewoners van verzorgingstehuizen. Een onderdeel daarvan is de zorg voor bewoners met psychische en/of sociale problemen. Er zijn weinig feitelijke gegevens bekend over de wijze waarop de huisarts deze rol invult. Met het oog op vernieuwingen in de zorg voor ouderen zoals substitutieprojecten verpleeghuiszorg en het ontstaan van gecombineerde verzorgings- en verpleeghuizen is het bijvoorbeeld voor de samenwerking en taakafbakening tussen huisartsen en verpleeghuisartsen van belang hier meer inzicht in te krijgen. In dit artikel wordt getracht in deze leemte in de kennis te voorzien.

Uit een aantal studies blijkt dat de laatste tien jaar niet alleen de lichamelijke hulpbehoefte van verzorgingstehuisbewoners is toegenomen, maar ook dat het aantal bewoners met psychische en/of sociale problemen stijgt en dat deze problemen steeds ernstiger worden.¹⁻⁶ Zo vonden Bronts e.a. dat bij 41% van verzorgingstehuisbewoners sprake is van complexe problematiek, dat wil zeggen zowel met betrekking tot lichamelijk als psychosociaal functioneren.⁶ De toenemende problematiek hangt samen met het feit

* Nederlands Instituut voor Onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

dat de bewoners steeds ouder worden. In 1983 was 39% ouder dan 85 jaar, in 1992 gold dat voor iets meer dan de helft (51%).⁷ Verder komt de toename van problemen voort uit een strengere indicatie voor plaatsing in het verzorgingstehuis en de lange wachtlijsten voor het verpleeghuis.⁴ Kocken en Jurg benadrukken de rol van de huisarts bij psychosociale problemen van ouderen.⁸ Ze stellen dat huisartsen in de huidige situatie een sleutelpositie innemen op het grensvlak van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Veel patiënten komen op het spreekuur met psychosociale problemen, waarvoor een strikt medische benadering veelal onvoldoende soelaas biedt. Het is aan de huisartsen om te bemiddelen voor een geschikte vorm van hulpverlening. Daarnaast concludeert Kocken dat aan de huisarts veruit de voorkeur wordt gegeven om bij psychische problemen te rade te gaan, zelfs boven familieleden.⁹ Ook volgens Meyboom-de Jong neemt de huisarts in de gezondheidszorg voor ouderen een prominente plaats in.¹⁰ Uit haar onderzoek blijkt namelijk dat de huisarts met de 65-plussers uit zijn praktijk gemiddeld bijna vijf maal per jaar contact heeft en 80% van hen per jaar ziet.

Echter naar de daadwerkelijke rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen van verzorgingstehuisbewoners is nog nauwelijks onderzoek verricht en voor zover dit wel het geval is betreft het onderzoek onder ouderen in een bepaalde regio.^{8,10,11} In het hier gepresenteerde onderzoek beschikken we voor het eerst over gegevens die representatief zijn voor heel Nederland. Het doel van dit artikel is derhalve inzicht te verschaffen in de rol die de huisarts speelt bij psychische en sociale problematiek in verzorgingstehuizen. Dit zal aan de hand van de volgende vragenstellingen worden onderzocht:

1. Welke psychische en sociale problemen worden door bewoners van verzorgingstehuizen aan de huisarts gepresenteerd?
2. Hoe vaak hebben deze verzorgingstehuisbewoners contact met de huisarts, wat is de duur en de vorm (spreekuur, visite) van deze contacten en op wiens initiatief vinden ze plaats?
3. Welke interventies stelt de huisarts in?

Om de rol van de huisarts in perspectief te plaatsen zullen de contacten van de verzorgingstehuisbewoners met de huisarts worden vergeleken met een referentiegroep van zelfstandig wonende oudere patiënten.

Methode

Steekproef

De data voor dit onderzoek zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.¹² Hieraan hebben 161 huisartsen meegewerkt afkomstig uit een landelijke, ge-

stratificeerde steekproef. Deze huisartsen hebben samen met hun assistentes in een aaneengesloten periode van drie maanden, tussen 1 april 1987 en 31 maart 1988, alle contacten met hun patiënten geregistreerd. Per contact werden gegevens over klachten, de diagnose en de behandeling, door de huisarts vastgelegd. Naast de contactregistratie zijn er ook van alle ingeschreven patiënten sociaal-demografische gegevens verzameld.

Voor dit onderzoek zijn de gegevens gebruikt van ouderen, mensen van 65 jaar of ouder, van wie de woonsituatie bekend was. In totaal gaat het om 30.949 bij de huisarts ingeschreven ouderen, waarvan er 2.893 (9,3%) in een verzorgingstehuis verbleven. Met 2294 (79,3%) van de patiënten uit een verzorgingstehuis was er in de geregistreerde periode minstens eenmaal contact met de huisartspraktijk; dit gold voor 19.162 zelfstandig wonende oudere patiënten (d.i. 68,3% van de 28056). De spreiding van de ouderen over de praktijken is gelijkmatig. Van de 102 huisartspraktijken die aan het onderzoek meewerkten zijn er 4 die helemaal geen patiënten uit een verzorgingstehuis hadden en 5 waarvan meer dan 20% van de oudere patiënten in een verzorgingstehuis verbleven. Een beschrijving van de onderzoeksgroep volgt uit tabel 1.

Zoals verwacht wonen er aanzienlijk meer vrouwelijke patiënten in verzorgingstehuizen dan mannelijke. De verzorgingstehuisbewoners in de steekproef zijn gemiddeld 82 jaar oud (min. 65 jaar, max. 102 jaar). 68 procent van de verzorgingstehuisbewoners woont alleen en 24% woont er samen met een partner. Verreweg de meeste patiënten uit het verzorgingstehuis zijn via het ziekenfonds verzekerd. Tevens heeft de huisarts, in de geregistreerde periode, met 62% van de verzorgingstehuisbewoners contact gehad voor tenminste één chronische somatische aandoening. Daarvan was 42% ernstig te noemen.¹³ Ouderen bij wie meerdere somatische aandoeningen werden geconstateerd, zijn geclassificeerd naar hun meest ernstige aandoening.

Om deze gegevens in perspectief te plaatsen zijn in tabel 1 dezelfde kenmerken opgenomen voor zelfstandig wonende oudere patiënten. Verzorgingstehuisbewoners zijn veel vaker van het vrouwelijk geslacht, ze zijn gemiddeld ouder, wonen vaker alleen, zijn vaker via het ziekenfonds verzekerd en er waren meer (ernstige) chronische somatische aandoeningen volgens de huisarts. Dit is in overeenstemming met resultaten uit eerder onderzoek.¹⁴⁻¹⁶

Operationalisatie van psychische en sociale problemen en medische consumptie

We beschikken over gegevens van psychische en sociale problemen die aan de huisarts in de geregistreerde periode zijn gepresenteerd. Niet de

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

klachten van de patiënten, maar de diagnose van de huisarts is uitgangspunt voor het vaststellen van psychische en sociale problematiek. De door ons gehanteerde categorieën van deze problemen worden gevormd door de hoofdstukken P, psychologische problemen, en Z, sociale problemen, uit de International Classification of Primary Care (ICPC).¹⁷ In de in dit onderzoek gehanteerde ICPC-codes komt tot uitdrukking welke diagnose

Tabel 1. Achtergrondkenmerken van patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten (Characteristics of elderly people living in homes for the elderly and those living independently)

	verzorgings- tehuis (n=2893)	zelfstandig wonend (n=28056)
man	25.7%	42.0%
vrouw	74.3%	58.0%
gemiddelde leeftijd	81.9 jaar	73.2 jaar
alleenwonend	68.1%	32.8%
samenwonend	23.6%	66.3%
onbekend	8.3%	0.9%
ziekenfonds	81.4%	69.0%
particulier	15.8%	29.9%
onbekend	2.8%	1.1%
chronische somatische aandoening*		
- geen	37.8%	48.3%
- licht	2.6%	2.2%
- matig	17.9%	20.6%
- ernstig	41.7%	28.9%

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij $p \leq .05$, (Chi²-toets).

* De door De Bakker e.a. geconstrueerde indeling van de chronische somatische aandoeningen is als volgt¹³:
- lichte chronische aandoeningen: hooikoorts, aambeien, spataderen, migraine/ernstige hoofdpijn, chronische huidziekte/eczem, nervositas/ gespannen, allergische afwijking.
- matig ernstige chronische aandoeningen: hoge bloeddruk, open been, rugklachten/hernia/ ischias, reuma/ artritis/artrose, maagkwaal/ maagzweer/ zweer aan de 12-vingerige darm, galstenen/ galblaas/leverziekten, schildklierafwijking, oogklachten, gehoorafwijkingen, klachten aan gewrichten, andere chronische aandoeningen.
- ernstige chronische aandoeningen: CARA (chronische bronchitis/astma), hartvaat ziekten (hartklachten/ vocht achter de longen), aderverkalking, gezwellvorming/kanker/leukemie, M. Parkinson/multiple sclerose/epilepsie, suikerziekte of diabetes mellitus, chronische nierziekte/nierstenen, ernstige gevolgen ongeval, handicap tgv erfelijke afwijking.

de arts stelt.¹² Om wille van de duidelijkheid rapporteren we slechts de psychische en sociale problemen die het meest door patiënten van 65 jaar en ouder aan de huisarts gepresenteerd zijn, zoals blijkt uit de morbiditeitsrapportage van van der Velden e.a.¹⁸ De minder vaak gepresenteerde psychische en sociale problemen zijn bij elkaar opgeteld en vormen de categorieën 'overige psychische problemen' en 'overige sociale problemen'.

De medische consumptie van ouderen met psychische en/of sociale klachten bekijken we aan de hand van verschillende aspecten. Na een selectie te hebben gemaakt van de ouderen in de steekproef die tenminste één psychisch of sociaal probleem aan hun huisarts presenteren, stellen we allereerst vast hoe vaak deze ouderen, gedurende drie maanden, contact met hun huisarts of diens assistente hebben. Van deze contacten inventariseren we de diagnose - psychisch, sociaal of somatisch - en waar deze contacten plaatsvinden. Vervolgens kijken we wie dit contact geïnitieerd heeft. Daarna presenteren we de interventies die de huisarts bij psychische en sociale problemen van patiënten uit het verzorgingstehuis uitvoert. Dit betreft de aard van het gesprek dat de arts met de patiënt voert, hoe vaak medicijnen worden voorgeschreven en in welke mate de ouderen worden doorverwezen naar de tweede-lijnsgezondheidszorg.

Tenslotte rapporteren we de geneesmiddelenconsumptie van ouderen in het verzorgingstehuis. Deze zal vanwege de aard van de klachten zijn toegespitst op de psychofarmaca. De voorgeschreven geneesmiddelen zijn geïnclassificeerd volgens de Anatomical Therapeutic Chemical classification (ATC).¹⁹

Analyse

Net als in tabel 1 zal bij de geconstateerde psychische en sociale problemen met bijbehorende medische consumptie van verzorgingstehuisbewoners, de groep zelfstandig wonende ouderen als referentiecategorie worden opgenomen.

Verschillen tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten zijn op significantie getoetst door middel van de chi²-toets. Verzorgingstehuisbewoners zijn onder meer als gevolg van de indicatiestelling meer hulpbehoevend dan zelfstandig wonende ouderen en hebben daardoor een grotere medische consumptie. Aangezien deze grotere hulpbehoefte samenhangt met verschillen in samenstelling van de populatie naar leeftijd, geslacht, samenlevingsverband, verzekeringsvorm en de mate van chronische somatische aandoeningen, wordt hiervoor gecontroleerd met behulp van multivariate analyse. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat ouderen, vrouwen, alleenstaanden,

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

ziekenfondsverzekerden en chronisch zieken een hogere medische consumptie hebben.^{13,18,20} De geëigende techniek voor de multivariate analyse is logistische-regressie-analyse omdat de afhankelijke variabelen dichotoom zijn (wel of niet een bepaalde diagnose, wel of niet een bepaalde interventie).²¹

De gecontroleerde verschillen komen tot uitdrukking in oddsratio's. Deze geven aan in hoeverre bepaalde fenomenen bij patiënten uit het verzorgingstehuis meer voorkomen dan bij de zelfstandig wonende oudere patiënten, na controle voor de samenstelling van die groep naar de genoem-

de achtergrondkenmerken. De significante verschillen die na controle overblijven zijn dan toe te schrijven aan de specifieke situatie van verzorgingstehuisbewoners dan wel een indicatiestelling op basis van specifieke psychische of sociale problemen.

Resultaten

Gepresenteerde psychische en sociale problematiek

In tabel 2 is weergegeven welke psychische en sociale problemen in welke mate in drie maanden tijd in de huisartspraktijk werden gepresenteerd. Ter vergelijking zijn dezelfde gegevens voor zelfstandig wonende ouderen opgenomen. De eerste twee kolommen vermelden de percentages van de ouderen bij wie het betreffende psychische of sociale probleem is geconstateerd. Het betreft hier cijfers die niet zijn gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondkenmerken. De oddsratio's in de laatste kolom zijn wél gecontroleerd voor verschillen in de genoemde achtergrondkenmerken.

Van alle bij de huisartsen ingeschreven verzorgingstehuisbewoners heeft, in drie maanden tijd, 36% contact gehad met de huisartspraktijk in verband met een psychisch of sociaal probleem. Het kon gaan om een nieuw probleem of een probleem dat reeds eerder als zodanig bij de huisarts bekend was. In geval van een reeds bij de huisarts bekend probleem kon het contact zowel geweest zijn met de huisarts zelf als met de praktijkassistente in verband met het uitschrijven van een herhaalrecept voor medicijnen. Ongetwijfeld zal het percentage patiënten met een psychisch of sociaal probleem dat als zodanig bij de huisarts bekend was hoger zijn. De hier gepresenteerde gegevens hebben uitsluitend betrekking op de vraag of men al dan niet contact had voor een dergelijk probleem in een periode van drie maanden tijd.

Het vergelijkbare percentage voor zelfstandig wonende oudere patiënten ligt op 19%, aanzienlijk lager dus. Dit verschil in percentage wordt slechts voor een klein deel verklaard door verschillen in samenstelling van de onderzoeksgroep naar de vijf achtergrondkenmerken. De odds-ratio ligt immers op 1,65 terwijl het percentage 1,86 keer hoger ligt.

Er zijn vier keer zo veel patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische problemen bij de huisarts geweest als met sociale problemen. Het verschil tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten was bij psychische problemen groter dan bij sociale problemen. Bij de sociale problemen werd het op zich significante verschil tussen verzorgingstehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen zelfs geheel verklaard door verschillen in achtergrondkenmerken.

Tabel 2. Percentage patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten dat in drie maanden een psychisch of sociaal probleem in de huisartspraktijk heeft gepresenteerd en odds-ratio's gecontroleerd voor achtergrondkenmerken (Percentage of residents of homes for the elderly and independently living elderly who presented psychological or social problems in general practice during three months and odds ratio's controlled for background characteristics)

	verzorgings- tehuis (n=2893) %	zelfstandig wonend (n=28056) %	odds- ratio
psychisch en/of sociaal probleem	35.7	19.2	1.65
psychisch probleem	32.5	16.8	1.76
angstig/nervuus	7.3	5.6	-
acute stress reactie	1.3	1.0 (n.s.)	-
depressief gevoel	2.8	1.3	1.99
boos gevoel/geagiteerd	3.0	0.7	3.40
slaapstoornis	15.1	7.1	1.56
geheugen-/oriëntatie- stoornis	2.0	0.7	1.79
dementia (pre)senilis	3.6	0.8	1.89
depressie	4.9	2.1	2.35
neurasthenie/surmenage	0.3	0.6 (n.s.)	-
psychose	1.8	0.5	3.60
overig	6.6	3.1	1.98
sociaal probleem	8.4	5.1	-
ziekte partner	0.4	0.7 (n.s.)	-
dood partner	1.1	1.1 (n.s.)	-
eenzaamheid	1.8	0.6	-
behuizing	0.4	0.3 (n.s.)	-
verhuizing	0.6	0.1	2.23
ziekte/verlies naaste	0.5	0.5 (n.s.)	-
overig	5.6	3.4	-

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij $p \leq 0.05$, (Chi²-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Van de onderscheiden psychische problemen kwamen slaapstoornissen (vaak ging het hier om het verkrijgen van een herhaalrecept voor medicatie) het meest voor. Ruim één op de zeven patiënten uit het verzorgingstehuis is in drie maanden tijd bij de huisarts geweest in verband met slaapstoornissen. Andere veel voorkomende psychische problemen in het verzorgingstehuis waren 'angstig/nervuus' en 'depressie'. In vergelijking met de zelfstandig wonende oudere patiënten kwam in het verzorgingstehuis de diagnose 'psychose' en het symptoom 'boos gevoel/geagitteerd' na controle voor patiëntkenmerken 3,5 keer vaker voor. Ook bij de diagnose 'depressie' en het daarvan vaak moeilijk te onderscheiden symptoom 'depressief gevoel' was het verschil aanzienlijk. Bij 'geheugen-/oriëntatiestoornis' en 'dementie' was vooral het verschil in percentage erg groot: respectievelijk een factor drie en een factor vier. Na controle voor achtergrondkenmerken werd het verschil geringer, maar bleef toch nog aanwezig.

Uit de logistische-regressie-analyses bleek verder (niet in tabel) dat naast het woningtype van de oudere vooral het hebben van een matig-ernstige of ernstige chronische, somatische aandoening van invloed te zijn op het presenteren van een psychisch probleem. Ouderen met een matig-ernstige of ernstige chronische, somatische aandoening hadden twee tot drie keer zo vaak een psychisch probleem als ouderen zonder of met een lichte chronische, somatische aandoening. Bovendien hadden oudere vrouwen vaker een psychisch probleem dan oudere mannen.

De afzonderlijke sociale problemen kwamen relatief weinig voor en de verschillen tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten waren in de meeste gevallen niet statistisch significant. Eenzaamheid werd drie keer vaker aan de huisarts gemeld in het verzorgingstehuis dan daarbuiten. Het verschil viel in de logistische-regressie-analyse echter weg, met name omdat hierin gecontroleerd werd voor het al dan niet hebben van een partner. Dat er een verschil was in de mate waarin men problemen had in verband met een verhuizing behoeft geen verbazing te wekken. Bij verzorgingstehuisbewoners zal het hier vooral gaan om de verhuizing naar het verzorgingstehuis. De zelfstandig wonende ouderen zullen veel minder vaak recentelijk zijn verhuisd en als zij zijn verhuisd dan zal dat van een geheel andere aard zijn dan een verhuizing naar een verzorgingstehuis.

Uit de logistische-regressie-analyses bleek dat sociale problemen vooral voorkwamen bij alleen wonende oudere patiënten en oudere patiënten met een matig-ernstige of ernstige chronische aandoeningen. Deze kenmerken waren dus verantwoordelijk voor het meer voorkomen van so-

ciale problemen huisartspatiënten uit het verzorgingstehuis.

Contactfrequentie

Nu we hebben vastgesteld hoeveel procent van de patiënten uit het verzorgingstehuis welke psychische en sociale problemen in de huisartsp praktijk hebben gepresenteerd, richten we ons verder op de groep door wie tenminste één psychisch of sociaal probleem is gepresenteerd: d.i. de groep die in drie maanden tijd minimaal één keer contact heeft gehad met de huisartsp praktijk in verband met een dergelijk probleem.

Tabel 3 laat zien dat deze groep gemiddeld meer dan twee contacten met de huisartsp praktijk had die rechtstreeks in verband stonden met psychische of sociale problemen. Dat was iets vaker dan

Tabel 3. Gemiddeld aantal contacten per 100 ouderen voor psychische en/of sociale problemen en voor somatische klachten met de huisartsp praktijk in drie maanden van ouderen met geconstateerde psychische of sociale problematiek in en buiten verzorgingstehuizen (average number of contacts with general practice for psychological/ social and somatic problems per 100 elderly during three months of elderly people with psychological or social problems living in homes for the elderly versus those living independently)

	Psychische/sociale problemen		Chronische somatische klachten	
	verzorgings- tehuis (n=922)	zelfst. wonend (n=4653)	verzorgings- tehuis (n=922)	zelfst. wonend (n=4653)
contacten met de huisartsp praktijk	224	203	651	444
met de arts	87	90 (n.s.)	288	241
met de assistente	137	113	363	203
artscontacten op initiatief:				
- huisarts	24	19 (n.s.)	66	42
- huisarts/patiënt	11	15 (n.s.)	36	48
- patiënt	30	44	108	123
- hulpverlener	11	2	41	19
- anders	5	4 (n.s.)	19	9
- onbekend	6	6 (n.s.)	18	0
artscontacten:				
spreekuur	7	39	27	110
visites	56	42	191	108
telefonisch	5	5 (n.s.)	11	10 (n.s.)
overig	19	4	59	13

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij $p \geq 0.05$, (Chi²-toets), tenzij vermeld (n.s.).

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

de vergelijkingsgroep van zelfstandig wonende oudere patiënten. Het verschil in contactfrequentie werd veroorzaakt doordat patiënten uit het verzorgingstehuis vaker contact met de praktijk-assistente hadden.

Bezien we de initiatiefnemer voor het contact met de arts dan bleek dat in het verzorgingstehuis minder vaak de patiënt zelf en vaker een hulpverlener (naar mag worden aangenomen vooral personeel van het verzorgingstehuis) te zijn. Patiënten uit het verzorgingstehuis kwamen in vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten weinig op het spreekuur in de praktijk van de huisarts. Visites en overige contacten (vaak contacten 'tussendoor' als de huisarts toch al in het verzorgingstehuis is) kwamen veel vaker voor. Er is geen statistisch significant verschil in tijdsduur van de contacten gevonden tussen patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten. Bij beide groepen was de tijdsduur gemiddeld iets meer dan 13 minuten per contact.

Tevens laat tabel 3 voor dezelfde groep patiënten het aantal contacten in verband met somatische problemen zien. Hieruit blijkt dat patiënten uit

het verzorgingstehuis met een psychisch of sociaal probleem in drie maanden tijd naast contacten voor die psychische of sociale problemen ook nog eens 6,5 contacten met de huisartspraktijk hadden in verband met somatische problemen. Het vergelijkbare cijfer voor patiënten uit het verzorgingstehuis zonder psychische of sociale problemen was 3,5 (niet in tabel).

De huisarts zelf had gemiddeld bijna één keer in de maand contact met deze groep verzorgingstehuisbewoners voor een somatisch probleem. De verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen hadden duidelijk meer contacten in verband met somatische problemen dan de vergelijkbare groep zelfstandig wonende oudere patiënten. Er waren niet alleen meer contacten met de praktijkassistent, maar ook met de huisarts zelf.

De contactfrequenties onderscheiden naar initiatief en aard van het contact bieden een zelfde beeld als bij de contacten voor psychische en sociale problemen: relatief veel contacten op initiatief van een hulpverlener, veel visites en overige contacten bij patiënten uit het verzorgingstehuis en relatief weinig contacten op initiatief van de patiënt en spreekuurcontacten. Een verschil is dat we bij patiënten uit het verzorgingstehuis ook relatief veel contacten in verband met somatische problematiek op initiatief van de huisarts zien.

Tabel 4. Interventies in de huisartspraktijk bij psychische of sociale problemen bij oudere patiënten met geconstateerde psychische of sociale problematiek, gedurende drie maanden: verzorgingstehuisbewoners in vergelijking tot zelfstandig wonende ouderen (Interventions in general practice for psychological or social problems in elderly people with established psychological or social problems during three months: residents of homes of the elderly compared with independently living elderly)

	verzorgings- tehuis (n=922) %	zelfst. wonend (n=4653) %	odds- ratio gecontroleerd voor andere kenmerken
- voeren van een actief explorerend gesprek	15,5	19,5	-
- voeren van een passief gesprek, luisteren	21,5	26,3	0,81
- patiënt geruststellen	9,0	12,1	-
- voorlichting geven	6,6	10,8	0,68
- voorschrift medicijnen	78,7	76,4 (n.s.)	-
- verwijzing naar 2e lijn	0,8	1,3 (n.s.)	-
- verwijzing naar GGZ	1,3	0,9 (n.s.)	-
- overleg met andere hulpverleners	5,2	2,8	1,54

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij $p \leq 0,05$, (Chi²-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen.

Interventies

Tabel 4 geeft weer welke interventies de huisarts dan wel de praktijkassistent heeft verricht bij patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische of sociale problemen in vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten. Het gaat hierbij om interventies die specifiek waren gericht op de psychische of sociale problematiek. De interventies die plaatsvonden tijdens de contacten in verband met somatische problemen blijven hier buiten beschouwing.

Veruit de meest voorkomende interventie bij verzorgingstehuisbewoners met psychische of sociale problemen was het voorschrijven van medicijnen. Bij bijna 80% is in drie maanden tijd minimaal één medicijn voorgeschreven. Andere interventies lagen vooral op het gespreksmatige vlak: luisteren naar het verhaal van de patiënt en het voeren van een actief gesprek ('counselling') of de patiënt geruststellen of voorlichten. Overleg met andere hulpverleners (personeel van het verzorgingstehuis) kwam bij één op de twintig bewoners voor. Verwijzingen kwamen bij deze groep nauwelijks voor.

De vergelijking met de referentiegroep van zelfstandig wonende oudere patiënten leert dat er weinig verschillen waren in 'harde' interventies (voorschrijven en verwijzen), maar dat bij zelf-

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

standig wonende ouderen meer gespreksvoering plaatsvond en minder overleg met andere hulpverleners.

In tabel 5 is verder uitgesplitst wat werd voorgeschreven bij patiënten uit het verzorgingstehuis met psychische of sociale problemen.

Hypnotica/sedativa (slaapmiddelen) werden het meest voorgeschreven aan patiënten uit het verzorgingstehuis, gevolgd door anxiolytica en anti-psychotica. In vergelijking tot zelfstandig wonende oudere patiënten werden bij verzorgingstehuisbewoners veel antipsychotica voorgeschreven en veel antidepressiva maar weinig anxiolytica. Dit is consistent met de resultaten van tabel 2, naar aanleiding waarvan werd geconstateerd dat bij verzorgingstehuisbewoners de diagnoses 'depressie' en 'psychose' relatief vaak voorkwamen.

Discussie

Ouderen komen in aanmerking voor opname in een verzorgingstehuis als zij niet meer in staat zijn zelfstandig een huishouden te voeren. Een deel van de zorg voor het alledaagse leven wordt in het verzorgingstehuis door anderen overgenomen. Medische problemen worden bij verzorgingstehuisbewoners evenals thuis primair behandeld door de huisarts.

In dit artikel hebben we de rol van de huisarts bij

psychische en sociale problemen bij mensen in het verzorgingstehuis onderzocht aan de hand van landelijk representatieve data. Om de rol van de huisarts in perspectief te plaatsen zijn patiënten uit het verzorgingstehuis vergeleken met thuiswonende oudere patiënten. Doordat sinds de verzameling van ons materiaal (1987/88) de hulpbehoefte en de hoeveelheid psychische en sociale problematiek van verzorgingstehuisbewoners alleen nog maar is toegenomen zal de beschrijving van de rol van de huisarts eerder een onderschatting zijn dan een overschatting. Overigens zullen de aan onze studie deelnemende huisartsen en hun assistentes vanwege de registratieduur van drie maanden zeker niet alle patiënten met psychische en/of sociale problematiek hebben gezien. Dit is een belangrijk gegeven bij de interpretatie van de gegevens.

De achtergrondkenmerken in onze landelijke steekproef laat een zelfde beeld zien als in eerdere onderzoeken: patiënten uit het verzorgingstehuis zijn gemiddeld ouder, vaker alleenstaand, vaker vrouw en vaker ziekenfondsverzekerd dan zelfstandig wonende oudere patiënten.

Huisartsen zien een veel groter deel van de patiënten uit het verzorgingstehuis in hun praktijk i.v.m. psychische problematiek (33%) dan van de zelfstandig wonende oudere patiënten (17%). Ook na correctie voor de eerder genoemde achtergrondkenmerken blijft dit verschil bestaan. Bovendien heeft de huisarts met verzorgingstehuisbewoners met psychische en sociale problemen ook veel vaker contact in verband met chronische somatische aandoeningen.

Een opvallend resultaat is dat er géén verschil in het percentage ouderen met sociale problematiek bestaat tussen de twee groepen na correctie voor de achtergrondkenmerken. Diesfeldt e.a. beschrijven dat gemeten met de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale Problemen (BPS) ernstige problemen met sociaal contact bij 12% van de verzorgingstehuisbewoners voorkomen en zij stellen bovendien dat deze problematiek juist veel vaker voorkomt in het verzorgingstehuis dan daarbuiten.⁵ Indien dit zo is dan is er mogelijk sprake van te weinig aandacht van de huisarts voor sociale problematiek bij verzorgingstehuisbewoners. Een directe vergelijking is echter lastig te maken omdat de instrumenten als de BPS ter screening in populatieonderzoek worden gebruikt en wij in ons materiaal het oordeel van de huisarts in een zorgregistratie gebruiken.

De werkdruk voor huisartsen door patiënten met psychische en sociale problematiek in het verzorgingstehuis is over het algemeen gelijk aan die van thuiswonende patiënten. Beide groepen hebben gemiddeld even vaak contact met de huisarts en de face to face contacten duren even lang (ge-

Tabel 5. Percentage oudere patiënten uit het verzorgingstehuis en zelfstandig wonende oudere patiënten met geconstateerde psychische of sociale problematiek dat medicijnen krijgt voorgeschreven gericht op die psychische of sociale problemen (percentage of elderly either living in a home for the elderly people or independently to whom medications were prescribed for psychological or social problems during three months)

	verzorgings- tehuis (n=922) %	zelfst. wonend (n=4653) %	odds- ratio gecontroleerd voor andere kenmerken
geen medicijnen	21,3	23,5	-
antipsychotica	12,4	3,7	4,53
anxiolytica	23,5	33,1	0,83
hypnotica/sedativa	40,2	35,4	-
antidepressiva	8,6	6,6	1,84
overige	15,2	14,6	-

N.B. Alle verschillen tussen de twee groepen zijn significant bij $p \leq 0,05$, (Chi²-toets), tenzij vermeld (n.s.). Tevens zijn alleen de significante oddsratio's opgenomen. Omdat een persoon meerdere medicijnen voorgeschreven kan krijgen, tellen de percentages op tot boven de 100%.

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

middeld 13 minuten). De grotere hoeveelheid somatische problematiek die verzorgingstehuisbewoners met psychische en/of sociale problemen bovendien presenteren vergroot de werkdruk voor de huisarts aanzienlijk. Iets van de grotere werkbelasting voor huisartsen wordt overigens gecompenseerd doordat huisartsen vaak op een vast tijdstip 'spreekuur' verzorgen in verzorgingstehuizen. Zelf blijven huisartsen deze bezoeken overigens bestempelen als visites. Afdelingshoofden in het tehuis bereiden zo'n 'spreekuur' vaak voor door een lijst van bezoekende bewoners aan de huisarts samen te stellen. Dit fenomeen kan het relatief grote aandeel van hulpverleners bij het initiatief tot contact verklaren.

Als we de inhoud van de behandeling door de huisarts bij ouderen met psychische en/of sociale problemen van die problemen verder ontleden, dan valt op dat huisartsen aan patiënten uit het verzorgingstehuis in verhouding tot zelfstandig wonende oudere patiënten minder voorlichting geven en minder vaak een passief gesprek met hen voeren, dat wil zeggen minder vaak een afwachtende houding aannemen, de patiënt minder laten praten en de patiënt minder ondersteunen tijdens het gesprek. Daarentegen voeren zij vaker overleg n.a.v. van het contact met andere hulpverleners, waarschijnlijk verzorgenden in het verzorgingstehuis. Actieve gespreksvoering, geruistellen, verwijzen en het voorschrijven van geneesmiddelen hanteert de huisarts bij beide groepen in gelijke mate indien een psychisch en/of sociaal probleem aan de orde is.

Aan patiënten uit het verzorgingstehuis worden meer antipsychotica en antidepressiva voorgeschreven. Dit is in overeenstemming met het grotere aandeel van psychoses en depressies in het verzorgingstehuis die door de huisarts worden geconstateerd. Bij oudere patiënten met psychische en sociale problematiek worden slaapmiddelen en anxiolytica zowel in als buiten het verzorgingstehuis even vaak voorgeschreven. Op populatieniveau worden echter met name meer slaapmiddelen voorgeschreven in het verzorgingstehuis omdat daar veel meer slaapstoornissen voorkomen.

Al met al kan worden geconcludeerd dat de huisarts veel werk besteedt aan de behandeling van zijn/haar patiënten in het verzorgingstehuis met psychische en sociale problematiek en dat deze behandeling niet wezenlijk afwijkt van die van zelfstandig wonende oudere patiënten. Wel valt op dat huisartsen ook juist bij de deelpopulatie van bewoners met psychische en/of sociale problemen het merendeel van de tijd aan somatische problematiek besteden. Of dat tegelijkertijd betekent dat huisartsen te weinig aandacht hebben voor psychische en met name sociale problema-

tiek valt uit ons onderzoeksmateriaal te veronderstellen, maar niet eenduidig te concluderen. Verder onderzoek naar de aansluiting tussen de hulpvraag van patiënten in het verzorgingstehuis en de door de huisarts en andere hulpverleners gegeven zorg is daarvoor nodig.

Literatuur

1. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (1). Tijdschr Gerontol Geriatr 1983; 14: 199-206.
2. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (2). Tijdschr Gerontol Geriatr 1985; 16: 135-40.
3. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). Tijdschr Gerontol Geriatr 1988; 19: 201-10.
4. Vink MT, Kam P van der, Diesfelt HFA. Gedragsproblemen in verzorgingstehuizen: Een inventarisatie in zes verzorgingstehuizen en een vergelijking met enkele verpleeghuizen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1989; 20: 3-11.
5. Diesfelt HFA, Jas KJ, Merbis CP. Hulpbehoefte en psychosociale zorgvragen in verzorgingshuizen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1993; 24: 45-50.
6. Bronts PAJM, Loveren-Huyben CMS van, Westerveld FMGD van. Enkelvoudige en meervoudige problematiek in verzorgingshuizen. Nijmegen: Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, 1993.
7. Kwartel AJJ van der, Delnoij DMJ, Vandermeulen LJR, Harmsen J. Branche-rapport verpleging en verzorging: Feiten, Ontwikkelingen, Knelpunten. Utrecht: NZI NIVEL, 1994.
8. Kocken PL, Jurg HP. Afstemming tussen huisarts en psychosociale hulpverlening. Medisch Contact 1993; 48: 855-7.
9. Kocken PL. Psychisch welbevinden op oudere leeftijd. Onderzoek naar de prevalentie van psychische problematiek en preventiemogelijkheden bij Rotterdamse ouderen. Rotterdam: GGD-Rotterdam, 1991.
10. Meyboom-de Jong B. Ouderen vanuit de optiek van de huisarts. Tijdschr Gerontol Geriatr 1991; 22: 82-4.
11. Molen T van der, Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. Huisarts en wetenschap 1991; 34: 377-82.
12. Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
13. Bakker DH de, Claessens AAMC, Velden J van der. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: NIVEL, 1992.
14. Bosma A. De gezondheid van mensen in de derde levensfase; een onderzoek naar lichamelijke en psychische aspecten. Eindhoven: G.G.D. Eindhoven, 1988.
15. Janssen T, Romijn CM, Woldring CL. Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid; het onderzoek van de projecten in de beginfase. Nijmegen: ITS, 1989.
16. Romijn CM, Janssen T, Woldring CL. Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van

ZIEKTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

- het substitutiebeleid; resultaten van het landelijk onderzoek onder ouderen. Nijmegen: ITS, 1990.
17. Lamberts H, Wood M. International Classification of Primary Care. Oxford, 1987.
 18. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.
 19. Øydvinn K, Alhava E. Guidelines for ATC classification. Oslo, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology en Nordic Council on Medicines, 1992.
 20. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
 21. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York, Wiley-interscience publication, 1989.

Correspondentie:

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), t.a.v. drs. R.H.C. Bakker, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Aanvaard: maart 1995

5

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

1 aanvragen van diagnostiek

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Voor een prikje?

Het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts

I. KLUIJT
J.O.M. ZAAT
J. VAN DER VELDEN
J.Th.M. VAN EIJK
F.G. SCHELLEVIS

In de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' zijn door 193 huisartsen gegevens geregistreerd over het gebruik van laboratoriumdiagnostiek. Bij 4 procent van alle aangeboden problemen ($n=418.737$) werd bloedonderzoek verricht of aangevraagd; in totaal ging het om ruim 50.000 bepalingen. De tien meest verrichte of aangevraagde bepalingen waren merendeels eenvoudig en goedkoop. De top-20 van de werkhypothesen waarbij bloedonderzoek plaatsvond, verschilt van de algemene top-20 door het grote aandeel van betrekkelijk vage problemen, zoals algemene malaise. Deze problemen worden gekenmerkt door een grote onzekerheid ten aanzien van de diagnose. Tussen de verschillende werkhypothesen bestaat een zeer grote spreiding met betrekking tot het aantal verrichte of aangevraagde bloedbepalingen.

Kluijt I, Zaat JOM, Van der Velden J, Van Eijk JThM, Schellevis FG. Voor een prikje? Het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts. *Huisarts Wet* 1991; 34(2): 67-71.

Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, Faculteit der Geneeskunde, Vrije Universiteit, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam.

I. Kluijt, arts-onderzoeker; J.O.M. Zaat, huisarts-onderzoeker; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht; Prof. dr. J.Th.M. van Eijk, hoogleraar huisartsgeneeskunde; F.G. Schellevis, huisarts-onderzoeker.

Correspondentie: I. Kluijt.

Inleiding

Het gebruik van laboratoriumbepalingen heeft in de afgelopen twintig jaar een vaste plaats gekregen in de huisartspraktijk.¹⁻⁴ Aanvullend (technisch) onderzoek levert echter slechts in beperkte mate – en bij strikte indicaties – een bijdrage aan het stellen van de diagnose, terwijl de invloed op het beleid gering is.⁴⁻⁵ Een 'overmaat' aan laboratoriumdiagnostiek wordt in de hand gewerkt door onvoldoende kennis van de diagnostische waarde van de beschikbare tests, door defensief handelen en door een neiging onzekerheid te vertalen in diagnostische actie.⁶⁻⁹ Een groot deel van het onderzoek wordt bovendien niet aangevraagd op diagnostische gronden, maar ter controle van een bekende aandoening of ter geruststelling van de patiënt. Ook het ondoorzichtige systeem van vergoedingen speelt een rol: de meeste artsen zijn slecht op de hoogte van de kosten van laboratoriumbepalingen.¹⁰

Een overmaat aan diagnostiek leidt niet alleen tot hoge kosten, maar ook tot een grotere kans op iatrogene schade ten gevolge van fout-positieve uitslagen bij lage prior kansen. Daarnaast is het aannemelijk dat diagnostiek die niet strikt noodzakelijk is voor diagnose of beleid, bij een deel van de patiënten kan leiden tot somatische fixatie. Het verrichten van veel medische handelingen en de daardoor verhoogde kans op het vinden van afwijkende uitslagen bij overigens gezonde mensen kunnen leiden tot onnodig ziektegevoel en ziektegedrag.¹¹⁻¹²

Anderzijds wordt ertegen gewaarschuwd aanvullende diagnostiek al te snel na te laten. Besliskundige begrippen hebben immers betrekking op abstracte groepen patiënten, terwijl bij het kiezen voor aanvullende diagnostiek moet worden uitgegaan van het belang voor de *individuele* patiënt.¹³ Wanneer het gebruik van veel diagnostiek leidt tot een snelle diagnose en een adequaat beleid, kunnen kosten en schadelijke effecten worden voorkomen. Optimaal gebruik van aanvullende diagnostiek betekent derhalve niet automatisch matiging van het aanvraaggedrag.

De kosten van laboratoriumverrichtingen in de gezondheidszorg overschrijden inmiddels de 1 miljard gulden per jaar.¹⁴

Hoewel de door huisartsen aangevraagde bepalingen afzonderlijk relatief goedkoop zijn, vormen ze door hun grote aantal waarschijnlijk toch een belangrijke bijdrage aan de totale kosten.¹⁵

In de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (Nationale Studie) worden vele aspecten van het handelen van de huisarts geanalyseerd. Eén van de twaalf deelprojecten heeft betrekking op het gebruik van diagnostische hulpmiddelen. In dit artikel beschrijven we het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de hele groep van 193 deelnemende huisartsen: hoeveel en welke bepalingen worden door deze huisartsen verricht of aangevraagd, welke kosten gaan hiermee gepaard en bij welke problemen vindt bloedonderzoek plaats?

Methoden

Voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksmethodologie van de Nationale Studie kan worden verwezen naar het basisrapport 'Meetinstrumenten en procedures' en het artikel van *Bensing et al.* in dit nummer.¹⁶⁻¹⁷ De aangeboden problemen zijn geassocieerd met de International Classification of Primary Care (ICPC), die voor de Nationale Studie op een aantal punten is aangepast.¹⁸⁻¹⁹

Tijdens het onderzoek werd aanvullende diagnostiek alleen in hoofdgroepen aangegeven (nierfunctie, leverfunctie, etc.). Via een uitslagenformulier kon later echter worden achterhaald welke specifieke bepalingen waren aangevraagd.

In eerste instantie zijn de aangevraagde bepalingen per soort gesommeerd, onafhankelijk van de aangeboden problemen. Vervolgens zijn de door de patiënt aangeboden problemen (benoemd in termen van de arts) als analyse-eenheid genomen. Per probleem werden het totaal aantal bloedonderzoeken (binnen en buiten de praktijk) en de verschillende soorten bepalingen beschreven. Iedere keer dat een patiënt met een bepaald probleem bij de huisarts kwam, werd betrokken in de analyses; in een deel van de gevallen was de diagnose reeds bekend en werd laborato-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

riumdiagnostiek verricht ter controle van de aandoening.

De kosten van de bepalingen zijn uitgedrukt in aantallen 'Spaanderpunten'. Dit is een rekeneenheid die niet de werkelijk gemaakte kosten weergeeft, maar de werkelast ten behoeve van een bepaling. Het aantal punten per bepaling staat vast; de puntprijs varieert echter per laboratorium, waardoor slechts een schatting van de werkelijke kosten mogelijk is. Naast de 'Wet Tarieven Gezondheidszorg' (WTG) bestaan er lokale overeenkomsten tussen laboratoria en ziektekostenverzekeraars, waarin de prijs per Spaanderpunt geregeld wordt op basis van de totale laboratoriumkosten. Het Centraal Orgaan voor de Tarieven van de Gezondheidszorg (COTG) beoordeelt vervolgens deze tarieven. Op dit moment is de gemiddelde puntprijs circa NLG 2,-. Het COTG ontwikkelt echter nieuwe richtlijnen waarbij de puntprijs mogelijk wordt verlaagd. Naast het puntensysteem worden voor diverse bepalingen toeslagen berekend, variërend van NLG 15,- tot NLG 60,-. In het laatste geval gaat het voornamelijk om radio-isotopenonderzoek.^{1 20}

Resultaten

Door de huisartsen werden 51.043 (klinisch-chemische, hematologische en serologische) bepalingen aangevraagd bij 16.002 problemen (4 procent van alle aangeboden problemen). Per probleem waarbij laboratoriumdiagnostiek plaatsvond, werden gemiddeld 3,2 bepalingen verricht of aangevraagd. Bij de helft van de problemen met bloedonderzoek ging het om één bepaling per probleem, bij 25 procent om twee tot vier bepalingen per probleem, en in de overige gevallen werden meer dan vier bepalingen per probleem verricht of aangevraagd.

Bij de helft van het aantal problemen waarbij bloedonderzoek plaatsvond, werden de bepalingen in de eigen praktijk verricht (8.258 bepalingen, gemiddeld 1,1 bepaling per probleem). Bij de overige problemen werd onderzoek aangevraagd (42.785 bepalingen, gemiddeld 4,7 bepalingen per probleem).

Tabel 1 Top 10 van door de 191 (huis)artsen verricht of aangevraagd bloedonderzoek.

Soort bepaling	Aantal bepalingen	Aantal Spaanderpunten
1 Hb/Ht	8.600	15.050
2 Bezinking	6.144	3.072
3 Glucose	3.932	15.728
4 Leukocyten	3.738	7.476
5 Leuko-diff.	2.707	5.414
6 Kreatinine	2.450	12.250
7 ALAT/ASAT	2.300	36.800
8 Gamma-GT	1.878	15.024
9 Ureum	1.627	6.508
10 Alk. fosfatase	1.458	5.832
Totaal 1 t/m 10*	34.834 (68%)	123.154 (51%)

* De percentages betreffen het aandeel in respectievelijk het totaal aantal bepalingen en het totaal aantal Spaanderpunten.

In totaal bedroegen de kosten 256.434 Spaanderpunten.

Van alle aangevraagde bepalingen bleek 3,3 procent niet te herleiden tot specifieke bepalingen, omdat de uitslagformulieren in deze gevallen ontbraken. Deze bepalingen zijn buiten de analyses gehouden.

Inconsistenties in de aangevraagde diagnostiek – een gevolg van inadequaate aanvraaggedrag of van codeerfouten – bleken bij minder dan 5 procent van de aangeboden problemen voor te komen.

Hoewel de in de eigen praktijk verrichte bepalingen niet worden vergoed volgens het Spaanderpuntensysteem, hebben wij ze meeberekend om een schatting van de kosten te kunnen maken. Uit tabel 1 blijkt dat de top-10 van het verrichte of aangevraagde bloedonderzoek 68 procent omvat van alle bloedonderzoeken, maar slechts 51 procent van het totaal aantal Spaanderpunten (en 41 procent van de kosten, wanneer de toeslagen worden meeberekend). De duurste bepalingen vallen dus buiten de top-10.

Mononucleosis infectiosa is de werkhypothese waarbij relatief gezien de meeste bepalingen zijn aangevraagd (tabel 2). Deze bepalingen werden voornamelijk in een extern laboratorium verricht. Anders is de verhouding interne/externe diagnostiek bij problemen als diabetes mellitus en anemie,

waarbij de bepalingen in de helft van de gevallen in de eigen praktijk werden verricht. In absolute zin werden de meeste bepalingen verricht bij de vaak gestelde (waarschijnlijkheids)diagnose 'diabetes mellitus'. Het percentage van de problemen waarbij de huisarts bloedonderzoek aanvroeg, varieert van 2 procent bij (verdenking op) bronchitis en cystitis tot 62 procent bij verdenking op mononucleosis infectiosa en 64 procent bij verdenking op anemie NNO. De werkhypothese 'geen ziekte' werd geformuleerd bij diverse contactredenen, zoals algemene malaise, vertigo, verzoek om bloedonderzoek, algehele keuring of onderzoek na een trauma.

Uit tabel 3 blijkt dat eenvoudige bepalingen als Hb/Ht en leukocytentellingen bij vrijwel alle werkhypothesen in de top-12 voorkomen. Bij elke werkhypothese is er echter een enorme variatie in de soort bepalingen die werden aangevraagd: gemiddeld 45 verschillende bepalingen per probleem, variërend van 28 bepalingen bij vetverteringsstoornissen tot 63 bepalingen bij algemene malaise.

Beschouwing

Door de huisartsen van de Nationale Studie werden per probleem waarbij een of andere vorm van bloedonderzoek plaatsvond, 3,2 bepalingen gedaan. In de gevallen waarin bloedonderzoek bij externe laboratoria

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Tabel 2 Werkhypotheses waarbij de meeste bloedonderzoeken werden verricht of aangevraagd, gemeten in drie maanden.

Werkhypothese	Bepalingen /1000 problemen	Totaal aantal problemen	Percentage problemen met diagnostiek	Interne bepalingen /1000 problemen	Externe bepalingen /1000 problemen
1 Mononucleosis infectiosa	2918	475	62	109	2808
2 Anemie NNO	1607	859	64	445	1162
3 Algemene malaise	1291	2277	28	145	1146
4 Vetverteringsstoornis	830	460	33	2	828
5 IJzergebreksanemie	622	2229	41	381	241
6 Surmenage/neurasthenie	575	3209	12	63	512
7 Diabetes mellitus	491	6175	36	283	208
8 Reumatoïde arthritis	394	1655	9	27	367
9 Virusinfecties NNO	382	2988	10	39	343
10 Buikpijn/buikkrampen	359	1535	9	48	311
11 Irritable bowel syndrome	309	2360	8	33	275
12 Zwangerschap (bevestigd)	284	2804	15	100	184
13 Exogene/neurotische depressie	189	4793	4	20	169
14 Geen ziekte	156	487	7	46	110
15 Angst/spanning	123	7445	3	11	113
16 Ongecompliceerde hypertensie	91	24297	2	4	87
17 Myalgie/fibrositis/spierkr.	76	7970	2	9	67
18 Cystitis/urinewegsinfect. NNO	59	7423	2	9	49
19 Infectie bovenste luchtwegen	56	14207	2	10	46
20 Acute bronchitis/bronchiolitis	50	7438	2	9	41

NNO = niet nader omschreven.

Tabel 3 Meest verrichtelaangevraagde bloedonderzoeken per werkhypothese.

<i>Mononucleosis infectiosa</i>		<i>IJzergebreksanemie</i>		<i>Virusinfecties NNO</i>	
monosticon*	434	Hb/Ht	411	bezinking	73
bezinking	371	bezinking	39	Hb/Ht	65
leukocyten	358	leukocyten	22	leukocyten	41
Hb/Ht	354	ijzerspectrum	20	leuko-diff.	33
leuko-diff.	318	leuko-diff.	15	monosticon*	24
<i>Anemie NNO</i>		<i>Surmenage/neurasthenie</i>		<i>Buikpijn/buikkrampen</i>	
Hb/Ht	615	Hb/Ht	100	bezinking	63
bezinking	150	bezinking	61	Hb/Ht	57
leukocyten	109	leukocyten	47	leukocyten	37
leuko-diff.	81	ALAT/ASAT	35	ALAT/ASAT	25
kreatinine	63	kreatinine	35	leuko-diff.	22
<i>Algemene malaise</i>		<i>Diabetes mellitus</i>		<i>Irritable bowel syndrome</i>	
Hb/Ht	233	glucose	317	bezinking	57
bezinking	157	glc nuchter	25	Hb/Ht	43
leukocyten	110	glc dagcurve	16	leukocyten	31
leuko-diff.	85	kreatinine	14	ALAT/ASAT	24
kreatinine	78	Hb/Ht	11	leuko-diff.	23
<i>Vetverteringsstoornis</i>		<i>Reumatoïde arthritis</i>		<i>Zwangerschap (bevestigd)</i>	
cholesterol	315	bezinking	66	Hb/Ht	114
triglyceriden	228	Hb/Ht	56	VDRL*	25
Hb/Ht	28	leukocyten	37	Rubella**	24
glucose	28	Waler/Rose**	36	bezinking	12
gamma-GT/bez.	26	leuko-diff.	25	glucose	11

De cijfers hebben betrekking op het aantal bepalingen per 1.000 aangeboden problemen.

* en/of Paul-Bunnell; ** en/of auto-antistoffen; + en/of Wasserman; ++ antistoffen.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

werd aangevraagd, bedroeg het gemiddelde 4,7 bepalingen per probleem.

Dit cijfer ligt beduidend lager dan de uitkomsten van een onderzoek in het Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO).¹ Hier werden gemiddeld 3,9 hematologische en serologische bepalingen en 5,0 klinisch-chemische bepalingen per aanvraag verricht (totaal 8,9 bepalingen per aanvraag). Een van de doelstellingen van het DCO was echter het beter bereikbaar maken van diagnostische middelen voor huisartsen; dit is wellicht een verklaring voor het verschil.

Het door ons gevonden percentage problemen waarbij de huisarts bloedonderzoek aanvraagt (4 procent), komt overeen met het percentage van het Monitoringproject uit 1981 (3,6 procent).²¹

De huisartsen in de Nationale Studie hebben in totaal 256.434 Spaanderpunten omgezet, waarbij ook de in de eigen praktijk verrichte bepalingen zijn meegeteld. Uitgaande van een puntprijs van NLG 2,— betekent dit een bedrag van NLG 512.868. Inclusief de eerder genoemde toeslagen is door de betrokken 193 (huis)artsen in drie maanden circa NLG 600.000 omgezet ten behoeve van bloedonderzoek, hetgeen in een jaar tijd 2,4 miljoen gulden betekent. Gegeneraliseerd naar alle (circa 6000) Nederlandse huisartsen wordt er per jaar dus zo'n 75 miljoen gulden gespendeerd aan bloedonderzoek, ongeacht of dit binnen of buiten de praktijk plaatsvindt. Dit is uiteraard een zeer ruwe schatting.

De top-10 van bloedonderzoeken komt sterk overeen met de uitkomsten van het DCO, van het Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht en met de cijfers van een studie naar het functioneren van arts-laboratoria in Nederland.^{1 3 22} Opvallend is het aandeel van de hematologische bepalingen binnen de top-10. Omgerekend naar Spaanderpunten blijkt het grootste deel van de punten echter te worden gespendeerd aan de duurdere klinisch-chemische bepalingen.

De spreiding in de hoeveelheid bloedonderzoek per werkhypothese waarbij bloedonderzoek plaatsvond, is enorm: bij de nummer 1 van de desbetreffende top-20 werden bijna 60 maal zoveel bloedbepalin-

gen per 1.000 aangeboden problemen verricht of aangevraagd als bij de nummer 20. Ook varieerde de lokatie van het bloedonderzoek (binnen of buiten de praktijk) sterk tussen de 20 werkhypothesen.

De samenstelling van de top-20 van werkhypothesen waarbij bloedonderzoek plaatsvond, verschilt aanzienlijk van de samenstelling van de top-20 van alle werkhypothesen.²³ Opvallend in de eerstgenoemde top-20 is het aandeel van betrekkelijk vage werkhypothesen, zoals algemene malaise, geen ziekte, surmenage/neurasthenie, angst/spanning, irritable bowel syndroom en buikpijn/buikkrampen. Deze problemen worden gekenmerkt door een grote onzekerheid met betrekking tot de diagnose. Nadere analyses zullen moeten aantonen of bloedonderzoek in deze gevallen bijdraagt tot een grotere zekerheid, tot het stellen van een meer specifieke diagnose of tot bijstelling of verandering van het beleid.

Bij zwangerschap werd vrij veel bloedonderzoek aangevraagd. Hierbij moet worden opgemerkt dat 30 procent van de deelnemende huisartsen verloskunde in het takt pakket had.

Verschillende werkhypothesen binnen de top-20 (ijzergebreksanemie, anemie NNO, algemene malaise) zijn mogelijk terug te voeren tot dezelfde onderliggende problemen. In hoeverre hier sprake is van registratiebias, is niet te zeggen. In de Nationale Studie werd geen gebruik gemaakt van diagnostische criteria; de huisartsen interpreteerden de aangeboden problemen tot werkhypothesen en benoemden deze in eigen woorden. Het gevolg hiervan is dat er tussen de huisartsen een zekere variatie zal bestaan in de 'specificiteit' van hun diagnoses.

In het Transitieproject is het probleem van de registratiebias nader onderzocht.²⁴ Ook na correctie voor leeftijd en geslacht van de praktijkpopulaties bleken de huisartsen ieder een eigen morbiditeitspatroon te hebben; dat gold zowel voor de aard van de aandoeningen, als voor de mate waarin hun diagnoses meer of minder specifiek waren. Dit fenomeen zal ook in de Nationale Studie een rol spelen.

Ook kan niet achterhaald worden in hoeverre de huisartsen gebruik hebben ge-

maakt van gegevens uit de voorgeschiedenis van een patiënt (bijvoorbeeld bij het opstellen van de werkhypothese ijzergebreksanemie). Verder bestaat de mogelijkheid dat in sommige gevallen de werkhypothese werd aangepast aan de gewenste diagnostische verrichting (bijvoorbeeld de werkhypothese ijzergebreksanemie bij de wens om een ijzerbepaling te laten doen).

In ons onderzoek vormen deze typen van registratiebias echter geen probleem. Het gaat namelijk niet om de samenhang tussen diagnoses en diagnostisch handelen, maar om de samenhang tussen door huisartsen opgestelde werkhypothesen en diagnostisch handelen. Of deze werkhypothesen juist of onjuist en meer of minder specifiek zijn, is daarvoor niet van belang.

In het algemeen vroegen de huisartsen van de Nationale Studie vrij eenvoudige bepalingen aan. De overeenkomst tussen de vijf meest aangevraagde bepalingen bij de diverse werkhypothesen is groot. Het gaat voornamelijk om 'little ticket'-bepalingen, die weliswaar goedkoop zijn, maar door hun aantal toch een belangrijke bijdrage aan de totale kosten vormen.

Inhoudelijk valt op te merken dat de top-5 van bepalingen op het eerste gezicht lijkt op de standaardbepalingen uit de interne kliniek. Aanvraaggedrag wordt waarschijnlijk met name in de fase van de klinische co-assistentenschappen aangeleerd. Of deze bepalingen voor de huisartsp praktijk ook de meest aangewezen tests zijn, moet nader bezien worden. Deze eerste kwantitatieve beschrijving laat immers geen kwaliteitsoordeel van het aanvraaggedrag toe.

Literatuur

- ¹ Wijkkel D, Van der Grijn D. Huisarts en diagnostisch centrum. Utrecht: NHI/NZI, 1982.
- ² Prins A. Drempelverlaging tot gebruik van laboratoriumfaciliteiten door de huisarts. Huisarts Wet 1976; 19: 252-4.
- ³ Beusmans G. Huisarts en diagnostisch centrum [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- ⁴ De Melker RA. Diagnostische faciliteiten voor de huisarts: wie wordt er beter van? Huisarts Wet 1983; 26: 184-8.
- ⁵ Hampton JR, Harrison MJG, et al. Relative

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

contributions of history taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis. *Br Med J* 1975; ii: 486-9.

- ⁶ Sandler G. Costs of unnecessary tests. *Br Med J* 1979; ii: 21-4.
- ⁷ Griner PF, Glaser RJ. Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. *N Eng J Med* 1982; 307: 1336-9.
- ⁸ Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 134-6.
- ⁹ Eisenberg JM, Hershey JC. Derived thresholds. Determining the diagnostic probabilities at which clinicians initiate testing and treatment. *Med Decis Making* 1983; 3: 155-68.
- ¹⁰ Wielink G. Hoeveel kost aanvullend onderzoek? *Huisarts Wet* 1985; 28: 136-8.
- ¹¹ Knottnerus JA, Volovics A. Het onderscheidend vermogen van diagnostische tests. *Huisarts Wet* 1989; 32: 338-46.
- ¹² Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company, 1985.
- ¹³ Vandenbroucke JP. De halsstarrigheid van een professie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 2540-2.
- ¹⁴ Anoniem. VNZ wil meer efficiency laboratoria. *Inzet* 1988; 1: 12-3.
- ¹⁵ Grossman R. A review of physician cost containment strategies for laboratory testing. *Med Care* 1983; 21: 783-802.
- ¹⁶ Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹⁷ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34(2): 51-61.
- ¹⁸ Lamberts H, Woods M, eds. *International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁹ Van der Velden J, Schellevis F. Van der Steen J, eds. *International classification of primary care (aangepaste versie t.b.v. de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk)*. Utrecht: Nivel, 1989.
- ²⁰ Anoniem. Honorering van specialistische hulp door ziekenfondsen. *Tariefboek. Zeist: Centraal Bureau voor de Administratie der Specialistien-honorering*, 1987.
- ²¹ Lamberts H. Morbidity in general practice. *Diagnosis related information from the Monitoring Project*. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ²² Davidse W, Wissink GJ. *Het functioneren van arts-laboratoria*. Leiden: NIPG, 1985.
- ²³ Van der Velden J, De Bakker D, Claessens A, Schellevis F. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Morbiditeit. Utrecht: Nivel, 1990.
- ²⁴ Marinus AMF. Inter-doktervariatie in het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1990; 33: 4-8.

Abstract

Kluijt I, Zaat JOM, Van der Velden J, Van Eijk JThM, Schellevis FG. The use of biochemical, hematological and serological tests by the general practitioner. *Huisarts Wet* 1991; 34(2): 67-71.

In The National Study of illnesses and procedures in general practice, data from 193 general practitioners on the use of laboratory diagnosis has been recorded. With this information the diagnostic procedures of the doctor can be related to morbidity. In this article, the biochemical, hematological and serological tests requested by the participating doctors are described. Blood examination was requested or performed in 4% of all presenting problems (n=418,737); this resulted in around 50,000 tests. The ten most performed or requested tests are in the main simple and cheap. The top 20 working hypotheses where blood examination was carried out differed from the general top 20 hypotheses by the high proportion of relatively vague problems, such as general malaise. These problems were characterised by a high degree of uncertainty concerning the diagnosis. There is a very great variation between the working hypotheses as to the number of blood tests requested or performed.

Key words Family practice; Laboratory diagnosis.

Correspondence I. Kluijt, Department of General Practice and Nursing Home Medicine, Free University, PO Box 7161, 1007 MC Amsterdam, The Netherlands.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk

J.O.M. ZAAT
F.G. SCHELLEVIS
I. KLUIJT
ET AL.

In hoeverre leidt laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid tot een wijziging van de (voorlopige) diagnose van de huisarts en een toename van zijn zekerheid over de diagnose? Het onderzoek had betrekking op 195 episoden met de klacht moeheid waarin bij het eerste contact laboratoriumonderzoek werd verricht/aangevraagd, terwijl de huisarts geen andere diagnose stelde dan algemene malaise of psychische of sociale problemen. Daarnaast was er een controlegroep van 325 vergelijkbare patiënten bij wie geen laboratoriumonderzoek werd verricht/aangevraagd. Over het algemeen leverde laboratoriumonderzoek weinig ernstige somatische aandoeningen op. Laboratoriumonderzoek werd vooral aangevraagd bij onzekere diagnoses. Na laboratoriumonderzoek was er een significante toename van de zekerheid en waren de huisartsen veelal even zeker als in de gevallen waarin geen laboratoriumonderzoek plaatsvond. Het nut van laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid ligt dan ook niet zozeer in het opsporen van nog niet bekende somatische aandoeningen, maar in het vergroten van de zekerheid over de vermoedelijke diagnose.

Zaat JOM, Schellevis FG, Kluijt I, Van Eijk JThM, Van der Velden J. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35(5): 183-7.

Vakgroep Huisarts en Verpleeghuisgeneeskunde, Vrije Universiteit, Van de Boeorchstraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-5484553.

Dr. J.O.M. Zaat, huisarts-onderzoeker; F.G. Schellevis, huisarts-onderzoeker. I. Kluijt, arts-onderzoeker; Prof. dr. J.Th.M. van Eijk, hoogleraar huisarts-geneeskunde; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nivel, Utrecht.

Correspondentie: Dr. J.O.M. Zaat.

Inleiding

De klacht moeheid is in de huisartspraktijk een veel voorkomend diagnostisch probleem, waarbij relatief vaak laboratoriumonderzoek wordt aangevraagd.^{1,2} In een Brits onderzoek had ruim 10 procent van de bezoekers van het spreekuur van de huisarts langer dan een maand last van vermoeidheid;³ in een Amerikaans onderzoek was gold hetzelfde voor 24 procent van de bezoekers aan een *primary care*-kliniek.⁴ In de patiëntenenquête van de Nationale Studie gaf 28 procent van de patiënten aan in de twee weken vóór de enquête klachten over moeheid te hebben gehad.⁵

Moeheid kan allerlei oorzaken hebben, variërend van het postvirale moeheidssyndroom tot diabetes en van anemie tot depressies. Bij een groot aantal patiënten met onduidelijke moeheidsklachten wordt nooit een specifieke diagnose gesteld,⁶ en laboratoriumonderzoek levert maar zelden een oorzaak voor de klacht op.^{4,7-10}

Wij hebben onderzocht welk effect de uitslag van laboratoriumonderzoek dat wordt uitgevoerd op grond van de klacht moeheid, heeft op de aanvankelijke diagnose van de huisarts; in dit verband dient men overigens te bedenken dat zo'n eerste diagnose vaak niet meer dan een *werkhypothese* is. Wij hebben ons daarbij gericht op episoden waarbij de huisarts in het eerste contact geen duidelijke somatische oorzaak voor de klacht kon vinden. De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

- Hoe vaak verandert de *diagnose* na laboratoriumonderzoek, en is er in dat opzicht enig verschil met vergelijkbare diagnoses waarbij geen laboratoriumonderzoek wordt verricht?
- Verandert de *zekerheid* van de huisarts over de diagnose na laboratoriumonderzoek?
- Verandert het oordeel van de huisarts over de *oorzaak* (somatisch of psychosociaal) van de klacht na laboratoriumonderzoek?
- Welke *tests* gebruiken huisartsen bij deze groep patiënten?

Methoden

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het materiaal van de Nationale Studie, waarin 161 huisartsen in 103 praktijken alle contacten gedurende drie aaneengesloten maanden registreerden.^{11,12} Contactredenen, diagnoses en interventies werden geregistreerd met de International Classification of Primary Care (ICPC).¹³ De zekerheid over de diagnose en het oordeel van de huisarts over de somatische dan wel psychosociale achtergrond van de klacht werden in elk contact vastgelegd op een vijf-puntsschaal. Verder werd bij elk contact geregistreerd of er onderliggende ziekten of problemen waren die relevant waren voor het begrijpen van de klacht.

Voor het samenstellen van de onderzoeks- en de controlegroep werd eerst een selectie gemaakt van alle episoden met twee of meer contacten met moeheid (A04) als belangrijkste *contactreden* en algemene malaise (A04) of een diagnose uit de hoofdstukken P (psyche) of Z (sociale problemen) als *diagnose*.

Voor het samenstellen van de *onderzoeksgroep* is deze verzameling beperkt tot de episoden waarin tijdens het eerste contact een of meer hematologische, klinisch-chemische en/of serologische bepalingen waren aangevraagd in een huisartsen- of ziekenhuislaboratorium. De *controlegroep* is samengesteld uit de episoden waarin geen laboratoriumonderzoek was aangevraagd.

We hebben in dit onderzoek de diagnoses in het eerste contact vergeleken met de diagnoses in het daaropvolgende contact. De effectparameters zijn:

- verschil in diagnose tussen het contact waarin tot laboratoriumdiagnostiek werd besloten en het vervolcontact;
- veranderingen in de zekerheid omtrent de werkhypothese na laboratoriumdiagnostiek;
- veranderingen op de schaal somatisch-psychosociaal;
- aantal interne en externe hematologische, klinisch chemische en serologische bepalingen;
- percentage afwijkende uitslagen (op basis van de referentiewaarden van de betrokken laboratoria).

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Bij een niet-specifieke diagnose als 'algemene malaise' levert laboratoriumonderzoek meestal weinig op, terwijl laboratoriumonderzoek bij psychische of sociale problemen vooral gebruikt wordt om somatische aandoeningen uit te sluiten. De huisarts kan daarom in deze gevallen in eerste instantie volstaan met een BSE-bepaling.¹⁴

Resultaten

De klacht moeheid staat in de onderzoeksgroep vrij vaak niet op zich zelf. Bij 20 procent van de patiënten achtte de huisarts onderliggende problemen – zoals relatie-, werk- en gezinsproblemen, depressies en verslavingsproblematiek – relevant. Bij 53 procent van de patiënten was er geen andere klacht dan moeheid, 27 procent uitte twee klachten en 20 procent drie. Als andere klachten werden met name genoemd: hoofdpijn (10×), duizeligheid/oorsuizen (11×), angst voor ziekten (8×), psychische problemen (31×), klachten van de luchtwegen (10×), verminderde eetlust/afvallen (6×) en dorst (2×).

De diagnoses waren in dit eerste contact bij 21 procent van de contacten onzeker, bij 35 procent twijfelachtig en bij 44 procent zeker. De overeenkomstige percentages in de Nationale Studie voor een nieuw probleem anders dan moeheid (n=135.554) zijn respectievelijk 4, 9 en 87 procent.

Bij het vervolgconsult (dus na het aanvragen van laboratoriumonderzoek) waren er 23 somatische diagnoses waarbij het laboratoriumonderzoek een rol kan hebben gespeeld: mononucleosis infectiosa (3), anemie (13), chronische hepatitis (2), hypoglykemie (1) diabetes (2), vitaminedeficiëntie (1) en overig, niet gespecificeerd schildklierlijden (1). Een van de diabetespatiënten was overigens al met deze diagnose bekend en zijn vermoeidheid werd vanwege een afwijkende glucose aan zijn diabetes geweten.

Algemene malaise

Bij 90 patiënten uit de onderzoeksgroep en bij 68 uit de controlegroep werd in het eerste consult de diagnose algemene malaise gesteld. De diagnoses bij de onderzoeksgroep waren significant minder zeker dan

Tabel 1 Diagnosen in het tweede contact bij de diagnose 'algemene malaise' in het eerste contact. Percentages.

Diagnosen	Met lab n=90	Zonder lab n=68
Algemene malaise	29	29
Psychosociaal	22	21
Niet ziek	10	10
Anemie	4	–
Diabetes mellitus	2	1
Somatische symptomen	4	7
Overige somatische diagnoses	28	18

Tabel 2 Mate van zekerheid over de diagnose algemene malaise in het eerste (I) en tweede (II) contact. Percentages.

Zekerheid	Met lab		Zonder lab	
	I	II	I	II
Zeker	29	66	55	76
Twijfelachtig	37	21	29	18
Onzeker	34	13	16	6

Tabel 3 Intern verrichte diagnostiek bij de diagnoses algemene malaise en psychosociale klachten in het eerste contact. Percentages.

Verrichting	Algemene malaise n=78	Psychosociale problemen n=78
Lichamelijk onderzoek		
Bloeddruk	39	49
Gewicht	6	7
Inspectie huid	10	7
Keel/neus/oren	24	24
Hart	36	36
Longen	38	35
Buik	17	27
Algeheel	26	13
Overig	12	15
Laboratoriumonderzoek		
Hb	29	32
BSE	18	13
Glucose	5	1
Overig bloed	3	3
Urinesediment	17	11
Nitriet	6	11
Glucose/eiwit urine	17	16
Overig/ECG	6	–

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Tabel 4 Extern aangevraagde diagnostiek bij de diagnosen algemene malaise en psychisch-sociale klachten in het eerste contact. Percentages.

Verrichting	Algemene malaise n=78	Psychosociale problemen n=78
<i>Hematologie</i>		
BSE	64	52
Hb	81	83
Leukocyten	59	70
Differentiatie	54	51
Erytrocyten	19	17
Celindices	16	22
Trombocyten	7	4
Glucose	36	50
<i>Leverfuncties</i>		
ALAT/ASAT	38	41
Gamma-GT	33	39
Alkalische fosfatase	35	28
Bilirubine	13	18
LDH	6	12
<i>Nierfunctie</i>		
Creatinine	49	51
Ureum	30	28
<i>Elektrolyten</i>		
Natrium	17	21
Kalium	19	20
Overige	13	10
<i>Overig</i>		
Monosticon/Paul-Bunnell	14	15
Cholesterol/triglyceriden	12	26
Schildklier	25	27
Urinezuur	—	8
Diversen	19	24
Totaal	457	592

Tabel 5 Diagnosen in het tweede contact bij de diagnose 'psychosociale problemen' in het eerste contact. Percentages.

Diagnosen	Met lab n=105	Zonder lab n=257
Algemene malaise	7	7
Psychosociaal	63	84
Niet ziek	4	—
Anemie	9	—
Mononucleosis infectiosa	3	—
Viraal infect	2	—
Afwijkende uitslag eci	1	—
Somatische symptomen	1	3
Overige somatische diagnosen	11	6

de diagnosen in de controlegroep (Mann-Whitney, $p=0,001$).

De diagnosen in het tweede contact zijn weergegeven in tabel 1. De diagnosen bij de patiënten in de onderzoeksgroep blijken in dit tweede contact een stuk zekerder geworden (tabel 2, Wilcoxon, $p<0,0001$). Bij de controlegroep zijn de verschuivingen statistisch niet significant. Er is dan tussen beide groepen ook geen verschil in zekerheid meer.

Er was in de onderzoeksgroep geen significant verschil tussen het eerste en tweede consult in de beoordeling van de oorzaak van de klachten (Wilcoxon, $p=0,85$).

Niet minder dan 87 procent van de patiënten uit de onderzoeksgroep werd onderzocht in de eigen praktijk. Naast het meten van de bloeddruk werden vooral hart en longen onderzocht (tabel 3). De huisarts deed 43 bloedbepalingen bij 26 patiënten.

Bij 69 patiënten (77 procent) vroeg de huisarts extern laboratoriumonderzoek aan: 457 bepalingen, verdeeld over 34 verschillende soorten bepalingen (tabel 4). In totaal 42 externe bepalingen (9 procent) waren afwijkend. Slechts bij één patiënt werd alleen een BSE geprikt; tien keer werd alleen een Hb bepaald.

Psychosociale problemen

Bij 105 patiënten uit de onderzoeksgroep en 257 patiënten uit de controlegroep stelde de huisarts in het eerste contact een diagnose uit de hoofdstukken P of Z. Juist bij deze patiënten heeft de huisarts al relevante voorkennis: bij respectievelijk 46 en 130 patiënten waren er onderliggende psychosociale problemen.

De diagnosen in het vervolcontact zijn weergegeven in tabel 5. Het laboratoriumonderzoek leverde in 12 van de 105 gevallen een bijdrage aan de uiteindelijke werkhypothese (anemie en mononucleosis infectiosa). Ook in de controlegroep bleven vrijwel alle diagnosen binnen de categorie psychosociale problemen (84 procent).

Tussen de onderzoeksgroep en controlegroep bestond in het eerste contact een significant verschil in zekerheid omtrent de diagnose (tabel 6, Mann-Whitney, $p<0,0001$). Na het laboratoriumonderzoek

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

waren er in de onderzoeksgroep minder onzekere diagnoses (Wilcoxon, $p < 0,0001$). Bij de controlegroep was de diagnose in het eerste contact veelal al zeker, waardoor er in dit opzicht ook geen verschil was tussen de twee contacten. Het resultaat is dan ook dat de diagnoses in het tweede contact in beide groepen even zeker zijn geworden.

In tabel 7 zien we dat het laboratoriumonderzoek heeft geleid tot een verschuiving vanuit het midden van de schaal betreffende de oorzaak van de klacht naar de beide uiteinden. De verschillen zijn significant (Wilcoxon, $p = 0,031$).

Zowel in het eerste als in het tweede contact was er een significant verschil in de score somatisch-psychisch tussen de onderzoeks- en de controlegroep (Mann-Whitney, p -waarden beiden $< 0,0001$). In controlegroep werd de diagnose vaker als psychosociaal beschouwd (76 versus 50 procent). Laboratoriumonderzoek werd blijkbaar vooral gebruikt bij psychische diagnoses waarover de huisarts onzeker was en waarbij hij een somatische oorzaak waarschijnlijker achtte.

Bij de diagnose psychosociale klachten werd minder vaak intern (lichamelijk) onderzoek verricht dan bij de diagnose algemene malaise (74 versus 87 procent). Maar ook hier scoren het meten van de bloeddruk en onderzoek van hart en longen hoog (tabel 3).

Ondanks alle voorkennis over psychosociale problemen werden er bij deze diagnose veel tests aangevraagd: 32 interne bepalingen (waarvan 10× een BSE) bij 23 patiënten en 592 externe bepalingen bij 83 patiënten (33 verschillende soorten tests) (tabel 4). Tien procent van de uitslagen was afwijkend. Slechts bij 5 patiënten werd uitsluitend een BSE aangevraagd.

Beschouwing

De literatuur over moeheid in de huisartsp praktijk is betrekkelijk schaars. In een meta-analyse van vijf retrospectieve studies (de nrs. 7, 8, en 15-17) beschrijft Valdini dat van in totaal 940 patiënten met onverklaarde moeheid (= algemene malaise) 50 pro-

Tabel 6 Mate van zekerheid over de diagnose psychosociale problemen in het eerste (I) en tweede (II) contact. Percentages.				
Zekerheid	Met lab		Zonder lab	
	I	II	I	II
Zeker	56	85	85	86
Twijfelachtig	33	7	13	12
Onzeker	11	8	2	3

Tabel 7 Oordeel over de achtergrond van de klacht (somatisch of psychosociaal) in het eerste (I) en tweede (II) contact bij de 90 patiënten met 'psychische en sociale problemen/diagnosen' bij wie laboratoriumonderzoek werd uitgevoerd. Kolompercentages.

Diagnose II		Diagnose I		
		somatisch n=7	somatisch/ psychosociaal n=39	psychosociaal n=44
Somatisch	(n=26)	57	33	21
Somatisch/psychosociaal	(n=21)	29	26	21
Psychosociaal	(n=43)	14	41	58

cent psychische problemen had en 36 procent een somatische ziekte.¹⁸ Selectie-bias is door de retrospectieve opzet van de onderzoeken echter niet uitgesloten. Kroenke et al. vonden in een prospectieve studie bij 102 langdurig vermoeide patiënten slechts weinig somatische pathologie.⁴ Knottnerus et al. vonden bij de follow-up na een jaar bij 174 patiënten met onverklaarde vermoeidheid veel minder vaak een verklaring voor de vermoeidheid dan in de retrospectieve studies gebeurde.⁶ In de moeheidperiode vonden zij bij 70 procent geen verklaring voor de klachten, en na een jaar was dat nog het geval bij 55 procent; 17 procent had na een jaar een somatische en 16 procent een psychosociale verklaring. In ons onderzoek was er bij de diagnose algemene malaise in het tweede consult bij 43 procent geen of slechts een symptoomdiagnose, bij 22 procent een psychosociale verklaring en bij 34 procent een somatische verklaring. Vergelijking van de verschillende studies is door de verschillende selectiecriteria over de duur van de moeheid en de verschillende follow-up periodes echter niet goed mogelijk.

Het best zijn onze cijfers nog vergelijken met de cijfers uit het Transitieproject.² In

grote lijnen stemmen de resultaten van deze onderzoeken overeen. In het Transitieproject bleef de diagnose algemene malaise in 19 procent van de gevallen in het vervolcontact gelijk; 5 procent van de patiënten had een depressie, 3 procent diabetes, 3 procent een viraal infect en 3 procent decompensatio cordis. Van de episoden die met moeheid waren begonnen, eindigde 29 procent met de diagnose algemene malaise; 27 procent van die diagnoses was toen nog onzeker.

Het netto-effect van laboratoriumonderzoek op de zekerheid van de diagnoses is bij beide groepen te bestuderen. Huisartsen vragen bij patiënten met de diagnose algemene malaise laboratoriumonderzoek aan als zij onzeker zijn over de diagnose; het maakt daarbij niet zoveel uit of zij dan aan een somatische of een psychosociale genese denken. Door het laboratoriumonderzoek krijgen de huisartsen in het vervolcontact dezelfde zekerheid over de diagnose als in de gevallen waarin geen laboratoriumdiagnostiek was aangevraagd. Ook de diagnoses uit de hoofdstukken P en Z zijn in de onderzoeksgroep aanvankelijk minder zeker, terwijl er bovendien twijfel is over de psychische aard van de klacht. Na

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

laboratoriumonderzoek zijn de diagnosen in beide groepen vrijwel even zeker geworden.

Nederlandse huisartsen vragen in vergelijking met bijvoorbeeld Belgische huisartsen over het algemeen weinig laboratoriumonderzoek aan.¹⁹ Desondanks werden in onze studie bij extern onderzoek gemiddeld zeven tests tegelijk aangevraagd. Het gevaar van fout-positieve uitslagen is bij zeven tests echter aanzienlijk: er is dan meer dan 30 procent kans op ten minste één afwijkende uitslag.²⁰ Een deel van de afwijkende uitslagen is alleen al op grond van dit fenomeen te verklaren. Of huisartsen zich daarvan bewust zijn, is niet te achterhalen.

Het betrekkelijk hoge percentage patiënten waarbij bepalingen van lever- en nierfuncties werden aangevraagd, stemt tot nadenken. De prevalentie van lever- en nieraandoeningen in de huisartsp praktijk is heel laag,²¹ zodat het weinig zinvol is de lage prior kans nog verder te verkleinen als er geen duidelijke verdenking op pathologie is.²² Bij aanvragen voor leverfunctietests – met name de Gamma-Gt – en de celindices zou een vermoeden op alcoholmisbruik een rol gespeeld kunnen hebben. Bij de diagnosen in het vervolgconsult komt de diagnose alcoholmisbruik echter geen enkele keer voor.

De Nationale Studie is opgezet om informatie te verzamelen over het doen en laten van huisartsen, en niet over hun denken. We moesten daarom rekening houden met de mogelijkheid dat huisartsen vooral onderzoek doen om werkhypothesen uit te sluiten die zij wel overwegen, maar niet expliciet vastgelegd. Nu wordt wel gesteld dat artsen in het begin van een consult vijf werkhypothesen hebben,²³ maar in echte consulten blijft er aan het eind vaak maar één over;²⁴ het is dan ook de vraag of dit bezwaar in de praktijk werkelijk geldt.

De Nationale Studie bestrijkt slechts drie maanden en daardoor zou het diagnostisch nut van later in een episode aangevraagde tests kunnen zijn gemist. Het feit dat het diagnostisch spectrum bij veel klachten inderdaad in de loop der tijd verandert, is echter voor dit onderzoek geen bezwaar: hoe langer de duur van de klacht moeheid,

des te kleiner immers de kans op somatische afwijkingen, en des te geringer het rendement dat van laboratoriumonderzoek valt te verwachten.⁴

Een groter probleem is het gegeven dat huisartsen hun diagnosen aanpassen aan de wens om therapie te geven:²⁵ zo kan het bijvoorbeeld verleidelijk zijn om bij een marginaal verlaagd Hb-gehalte de moeheid toe te schrijven aan een anemie, zodat de patiënt een duidelijke verklaring kan worden gegeven en vervolgens een 'echte' therapie kan krijgen. In hoeverre dit verschijnsel een rol heeft gespeeld, is niet te achterhalen.

Belangrijkste conclusie uit ons onderzoek is dat laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid vooral dient om de huisarts zekerheid te geven over een bepaalde diagnose. Onverwachte verklaringen voor de klacht levert het niet op.

Literatuur

- ¹ Kluij I, Zaat JOM, Van der Velden J. et al. Voor een prikje? Het gebruik van klinisch-chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts. *Huisarts Wet* 1991; 34: 67-71.
- ² Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ³ David A, Pelosi A, McDonald E. et al. Tired, weak, or in need of rest: fatigue among general practice attenders. *Br Med J* 1990; 301: 1199-202.
- ⁴ Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff D, et al. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. *JAMA* 1988; 260: 929-34.
- ⁵ Foets M, Sixma H. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- ⁶ Knottnerus JA, Starmans R, Vissers A. Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van onverklaarde moeheid. *Huisarts Wet* 1987; 30: 9-12.
- ⁷ Morrison JD. Fatigue as a presenting complaint in family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 795-801.
- ⁸ Katerndahl DA. Fatigue of uncertain aetiology. *Fam Med Rev* 1983; 1: 26-38.
- ⁹ Valdin AF. Fatigue of unknown aetiology – a review. *Fam Pract* 1985; 2: 48-53.

- ¹⁰ Sugarman JR, Berg AO. Evaluation of fatigue in family practice. *J Fam Pract* 1984; 5: 643-7.
- ¹¹ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, van der Zee J. De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- ¹² Foets M, van der Velden J. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹³ Lamberts H, Wood M, eds. *ICPC. International Classification of Primary Care*. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1987.
- ¹⁴ Dinant GJ. Diagnostic value of the erythrocyte sedimentation rate in general practice. Amsterdam: Thesis, 1991.
- ¹⁵ Allan FN. Differential diagnosis of weakness and fatigue. *N Engl J Med* 1944; 231: 414-8.
- ¹⁶ French MA. The clinical significance of tiredness. *Can Med Assoc J*. 1960; 82: 665-71.
- ¹⁷ Jerrett WA. Lethargy in general practice. *Practitioner* 1981; 225: 731-7.
- ¹⁸ Validini A, Steinhardt S, Feldman E. Usefulness of a standard battery of laboratory tests in investigating chronic fatigue in adults. *Fam Pract* 1989; 6: 286-91.
- ¹⁹ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een explorerend onderzoek bij huisarts-stagebegeleiders aan de RU Gent [Dissertatie]. Gent: Rijksuniversiteit Gent, 1989.
- ²⁰ Rümke ChL. Ongebruikelijke laboratoriumuitslagen bij normale mensen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1975; 119: 1411-3.
- ²¹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ²² Knottnerus JA, Volovics A. Het onderscheidend vermogen van diagnostische tests. *Huisarts Wet* 1989; 32: 338-46.
- ²³ Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge, 1982.
- ²⁴ Hoekman K. Het probleem-oplossen van de huisarts. *huisarts Wet* 1980; 23: 389-92.
- ²⁵ Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. *J R Coll Gen Pract* 1972; 22: 310-5. ■

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Huisarts en beeldvormende diagnostiek

Resultaten uit de Nationale Studie

I. KLUIJT
J.O.M. ZAAT
J.Th.M. VAN EIJK
J. VAN DER VELDEN

In welke mate maakten de 193 huisartsen van de Nationale Studie gebruik van beeldvormende diagnostiek en welke kosten waren hieraan verbonden? Welke röntgen- en echo-onderzoeken werden het meest aangevraagd en bij welke indicaties worden deze aanvragen gedaan? Bij 8833 (1,7 procent) van alle 418.737 aan de huisarts voorgelegde problemen werd gebruik gemaakt van radiodiagnostische faciliteiten. Skeletfoto's, thoraxfoto's en foto's/echo's van de buikorganen waren de meest verrichte onderzoeken. Ze werden voornamelijk aangevraagd bij gerichte diagnoses met een duidelijke vraagstelling, zoals verdenking op een fractuur en cholelithiasis. Deze gegevens doen vermoeden dat de Nederlandse huisarts weinig en dan gericht gebruik maakt van beeldvormende diagnostiek.

Kluijt I, Zaat JOM, Van Eijk JThM, Van der Velden J. Huisarts en beeldvormende diagnostiek. Resultaten uit de Nationale Studie. Huisarts Wet 1992; 35(5): 188-91.

Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam; telefoon 020-548.7431.

I. Kluijt, arts-onderzoeker; Dr. J.O.M. Zaat, huisarts-onderzoeker; Prof. dr. J.Th. M. van Eijk, hoogle-raar huisartsgeneeskunde; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Nivel, Utrecht.

Correspondentie: I. Kluijt.

Inleiding

Aanvullende diagnostiek in de eerste lijn heeft veelal een andere functie dan in de tweede lijn. De specialist rechtvaardigt zijn 'diagnose' door zijn onderzoek; de huisarts rechtvaardigt zijn onderzoek veelal door zijn 'diagnose'.¹ De aanvankelijke diagnose is dan niet de waarschijnlijkste aandoening, maar de aandoening waarop de huisarts zijn diagnostiek richt.² Het gaat in zo'n geval dus veeleer om een *werkhypothese* dan om een diagnose in klassieke zin. We hanteren hier niettemin de term 'diagnose'.

Bij het aanvragen van beeldvormende diagnostiek moet, net als bij ander onderzoek, steeds een afweging worden gemaakt tussen de kosten en de baten van het onderzoek. De kostenzijde van de balans lijkt de duidelijkste factor, maar door het ondoorzichtige vergoedingensysteem is het nauwelijks mogelijk om uitspraken te doen over het gebruik van beeldvormende technieken in het algemeen en door huisartsen in het bijzonder. In de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van het Nivel is onder meer het gebruik van beeldvormende diagnostische faciliteiten door de huisarts in kaart gebracht. De volgende vragen stonden daarbij centraal:

- In welke mate maakt de huisarts gebruik van beeldvormende diagnostiek en welke kosten gaan hiermee gepaard?
- Welke röntgen- en echo-onderzoeken worden het meest aangevraagd?
- Bij welke diagnoses vraagt de huisarts beeldvormende diagnostiek aan?

Methoden

Aan de Nationale Studie werd meegewerkt door 193 artsen: 161 huisartsen, 10 huisarts-assistenten, 9 waarnemers en 13 huisartsen-in-opleiding. Net als ons vorige onderzoek³ heeft dit onderzoek betrekking op de totale groep.

In het kader van de Nationale Studie^{4,5} registreerden de artsen gedurende drie maanden onder meer of zij al dan niet beeldvormende diagnostiek aanvroegen. Daarbij werden alleen hoofdgroepen gehanteerd (wervelkolomfoto's, foto's van ledematen/gewrichten, etc.). Via een uit-

slagenformulier kon door ons echter worden achterhaald welke specifieke röntgen- en echo-onderzoeken waren aangevraagd.

In eerste instantie werd een totaaloverzicht van de verschillende typen röntgenfoto's en echo's gemaakt, onafhankelijk van de diagnoses waarbij ze waren aangevraagd. Vervolgens werd als analyse-eenheid de diagnose van de huisarts genomen. Per diagnose werden het totaal aantal aangevraagde onderzoeken en de verschillende typen röntgen- en echo-onderzoek vastgesteld. Daarbij werden ook de röntgenfoto's en echo-onderzoeken ter controle van bekende aandoeningen betrokken.

Voor de kostenberekening van het aangevraagde onderzoek werd uitgegaan van de huidige tarieven volgens de 'Honorering specialistische hulp door ziekenfondsen'.⁶ Uiteraard gaat het hier om een schatting van de werkelijk gemaakte kosten.

Resultaten

De 193 huisartsen vroegen 8833 radiologische onderzoeken aan bij 7172 door de patiënt voorgelegde problemen (1,7 procent van alle aangeboden problemen). Bij 82 procent van deze problemen ging het om één foto of echo per probleem, bij 14 procent werden twee onderzoeken aangevraagd, en bij 4 procent meer dan twee. De totale kosten van dit radiologisch onderzoek bedroegen circa NLG 580.000.

Tabel 1 geeft een overzicht van de aangevraagde beeldvormende diagnostiek en de geschatte kosten. Zo werden in de onderzoeksperiode van 3 maanden in totaal 1329 thoraxfoto's aangevraagd, hetgeen NLG 66.144 kostte.

Tabel 2 geeft een overzicht van de 20 diagnoses waarbij de meeste onderzoeken werden aangevraagd. We zien bijvoorbeeld dat de huisartsen 4692 maal de diagnose 'sinusitis' hanteerden. Hiervoor werden in totaal 404 radiologische onderzoeken aangevraagd; dat is 86 per 1.000 diagnoses 'sinusitis'. Bij een klein deel van de diagnoses werd meer dan één onderzoek aangevraagd; het percentage diagnoses 'sinusitis' waarbij één of meer radiologische onderzoeken werden aangevraagd, bedraagt 6 procent.

Wanneer alle traumata, fracturen, dis-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

Tabel 1 Aangevraagde beeldvormende diagnostiek.

Type onderzoek	Aantal onderzoeken	Kosten	Type onderzoek	Aantal onderzoeken	Kosten
X-thorax	1329	66.144	X-buikorganen	926	
X-WK	1373		X-maag	535	52.098
X-CWK	355	23.100	X-dunne darm	78	7.339
X-ThWK	286	15.598	X-colon	174	14.830
X-LWK	732	65.122	X-galblaas	62	5.030
			X-BOZ	77	3.642
Onderste ledematen	1697		IVP	136	13.182
X-femur	96	3.387	Mammografie	508	60.968
X-onderbeen	112	3.750	Scan/CT-scan	16	5.616
X-heup	387	39.253	Angiografie	3	586
X-knie	389	39.456			
X-enkel	317	32.153	Overig röntgen	37	
X-voet	396	15.699			
X-bovenste ledematen	999		Echografie	707	
X-humerus	29	1.712	zwangerschap	153	10.535
X-onderarm	79	2.087	bovenbuik/galblaas/pancreas	330	39.739
X-schouder	249	25.256	nieren	77	9.272
X-elleboog	90	9.129	overig	157	
X-hand	374	8.886			
X-pols	178	18.055			
Arthrografie (overig)	15	1.521			
X-schedel	711		Totaal		635.978
X-sinus	601	35.131			
X-schedel	84	5.061			
X-schedel/stenvers	26	2.637			
X-kaak					

Tabel 2 Diagnosen waarbij de meeste radiologische onderzoeken werden aangevraagd.

	Aanvragen per 1000 problemen	Totaal aantal problemen	Percentage problemen met beeldvormende diagnostiek
1 # Os (meta)carpale/(meta)tarsale/digiti	416	519	42
2 Cholelithiasis	368	304	30
3 # Radius/ulna	321	299	31
4 Symptomen/klachten mamma NEG	257	549	24
5 # Overige*	254	106	25
6 Coxarthrosis	191	845	14
7 Nier-, ureter-, blaassteen	167	598	14
8 Ulcus duodeni	161	820	13
9 Distorsie/contusie pols, hand, vingers	133	1348	12
10 Arthrosis overigt	119	1306	8
11 Distorsie/contusie enkel	110	2054	10
12 Distorsie/contusie voet, tenen	109	1023	10
13 Pneumonie	104	1101	4
14 Sinusitis	86	4692	6
15 Lumbago	82	3946	5
16 Symptomen/klachten rug	76	1558	4
17 Distorsie/contusie/letsel bewegingsapparaat NEG	72	1723	3
18 Afwijkingen maagfunctie/gastritis	66	2247	5
19 Schouderafwijkingen, incl. bursitis	48	1997	4
20 Tendinitis/synovitis	44	2158	4

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

torsies en contusies bij elkaar worden geteld, nemen zij veruit de belangrijkste plaats in, met 1415 aanvragen per 1.000 aangeboden problemen met deze diagnose (de nummers 1, 3, 5, 9, 11, 12 en 17).

Het percentage diagnosen waarbij één of meer beeldvormende onderzoeken werden aangevraagd, varieert van 3-4 procent tot 42 procent.

Tabel 3 geeft voor elk van de 16 diagnosen waarbij de meeste radiologische onderzoeken plaatsvonden, een overzicht van de vier meest aangevraagde onderzoeken. Zo werden per 1000 diagnosen 'cholelithiasis' in totaal 230 echo's van de bovenbuik/galblaas/pancreas, 40 röntgenfoto's van de galblaas, 36 röntgenfoto's van de maag en 13 IVP's aangevraagd. Foto's van ledematen en gewrichten en foto's/echo's van de buikorganen komen bij veel diagnosen in dit rijtje voor. Bij verschillende diagnosen zien we een grote overeenkomst in het aangevraagde onderzoek.

Beschouwing

Door de huisartsen van de Nationale Studie werd bij 1,7 procent van de aangeboden problemen röntgen- en/of echo-onderzoek aangevraagd. Dit is beduidend lager dan de 4 procent waarbij door dezelfde huisartsen bloedonderzoek werd aangevraagd of verricht. Ook het gemiddelde aantal onderzoeken per probleem waarbij aanvullende diagnostiek plaatsvond, is voor beeldvormende diagnostiek lager dan voor bloedon-

Tabel 3 De vier meest aangevraagde onderzoeken bij de 16 diagnosen waarbij de meeste radiologische onderzoeken plaatsvonden. Aantal aanvragen per 1000 problemen met de desbetreffende diagnose.

Diagnose/onderzoek	0/00	Diagnose/onderzoek	0/00
# Os (meta)carpale/(meta)tarsale/digiti		# Radius ulna	
X-voet	100	X-pols	157
X-hand	62	X-elleboog	64
X-digiti	71	X-radius	60
X-metacarpale	50	X-ulna	30
# Overige*		Nier-, ureter-, blaassteen	
X-knie	47	IVP	75
X-schouder	38	X-BOZ	39
X-enkel	28	Echo nieren	30
X-pols	28	Echo bovenbuik†	17
Distorsie/contusie pols, hand, vingers		Distorsie/contusie enkel	
X-pols	42	X-enkel	86
X-digiti (vingers)	34	X-voet	10
X-hand	25	X-metatarsae	3
X-metacarpale	10	X-knie	3
Pneumonie		Lumbago	
X-thorax	84	X-LWK	44
X-sinus	3	X-sacrum	13
		X-ThWK	9
		X-heup	5
Cholelithiasis		Symptomen/klachten mammae NEG	
Echo bovenbuik‡	230	Mammografie	240
X-galblaas	40	Echo	13
X-maag	36	X-maag	2
IVP	13	X-jejunum/ileum	2
Coxarthrosis		Ulcus duodenum	
X-heup	123	X-maag	120
X-LWK	20	X-jejunum/ileum	17
X-sacrum	12	X-galblaas	9
X-sacro-ileac.	12	Echo bovenbuik‡	6
Arthrosis overigt		Distorsie/contusie voet/tenen	
X-schouder	15	X-voet	59
X-knie	14	X-enkel	20
X-heup	12	X-metatarsae	12
X-hand	12	X-digiti (tenen)	11
Sinusitis		Symptomen/klachten rug	
X-sinus	72	X-LWK	33
X-thorax	9	X-ThWK	15
X-schedel	3	X-sacrum	12
X-CWK	1	X-CWK	5

Legenda bij tabellen 2 en 3

* Alle fracturen uitgezonderd radius/ulna, humerus, tibia/fibula, metacarpalia/tarsalia/vingers, collum en femur, schedel, wervelkolom, rib en bekken. Verdenking op fracturen van bijvoorbeeld de neus, knie, enkels (hoewel strikt genomen een tibia of fibulafractuur), pols en de verdenking van een fractuur in de voet zonder nadere specificatie vallen wel onder deze categorie.

† Alle artrosis uitgezonderd heup, knie en wervelkolom.

‡ Echo bovenbuik, galblaas, nieren, pancreas.

NEG = Niet elders geclassificeerd.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - DIAGNOSTIEK

derzoek: respectievelijk 1,2 en 3,2 onderzoeken per probleem.³ Waarschijnlijk hanteren de huisartsen bij het aanvragen van beeldvormende diagnostiek strengere normen dan bij de keuze voor het (laten) verrichten van bloedonderzoek. Gezien de belasting en het mogelijke risico van beeldvormende diagnostiek voor de patiënt vergeleken met de belasting en het risico van bloedonderzoek is dat ook niet verwonderlijk.

De geschatte totale kosten à NLG 580.000 komen, omgerekend naar alle Nederlandse huisartsen, neer op een jaarlijks bedrag van zo'n 77 miljoen gulden.

In de Nationale Studie is de kwaliteit van het aanvraaggedrag van de huisartsen globaal te beoordelen aan de hand van de diagnosen en de typen aangevraagd onderzoek. De ranglijst van aangevraagd röntgen- en echo-onderzoek bevat voor een belangrijk deel skeletfoto's (wervelkolom, ledematen, gewrichten). Verder scoren thoraxfoto's en foto's/echo's van de buikorganen hoog in deze rij. Ook de huisartsen die deelnamen aan het Experimenteel Diagnostisch Centrum Maastricht, vroegen het meest röntgenfoto's van de lumbosacrale wervelkolom, thorax en maag/duodenum aan.⁷ Dierick vond in zijn enquête-onderzoek uit 1975 een vergelijkbare lijst van veel aangevraagd onderzoek, bestaande uit traumatologie-foto's, foto's van maag, galblaas, colon, nieren, thorax en wervelkolom.⁸ De Melker en Hardy bevelen dezelfde lijst aan als onderzoeken die in aanmerking komen voor gebruik door de huisarts.^{9, 10}

Uit eerder – kleinschalig – onderzoek is gebleken dat huisartsen gericht gebruik maken van beeldvormende diagnostiek en dat het percentage afwijkende uitslagen relatief groot is, hetgeen ook wijst op een scherpe indicatiestelling.^{11, 12} Nadere analyses van de gegevens van de Nationale Studie zullen moeten uitwijzen welk percentage van de aangevraagde onderzoeken afwijkend is en in welk deel van de gevallen dit in overeenstemming is met de verwachting van de huisarts bij aanvraag van het onderzoek.

Vergeleken met de algemene top-20 van diagnosen en de lijst van diagnosen waarbij

veel bloedonderzoek plaatsvindt, komen in de top-20 van diagnosen met aanvragen voor beeldvormende diagnostiek meer gerichte diagnosen voor.^{3, 13} Dit wijst op een gericht gebruik van radiodiagnostische faciliteiten met een duidelijker vraagstelling.

Tussen de diverse diagnosen is er een grote overeenkomst naar de meest aangevraagde röntgen- en echo-onderzoeken. Het gaat om relatief eenvoudige onderzoeken, die geen hoge kosten met zich meebrengen. Opmerkelijk is dat enkele onderzoeken niet rationeel lijken, gezien de bijbehorende diagnose, zoals X-maag en X-jejunum/ileum bij symptomen/klachten van de mamma. Deze aantallen zijn echter zo klein, dat uitspraken hierover niet mogelijk zijn.

Ook in het Transitieproject valt het merendeel van de aanvragen voor beeldvormende diagnostiek in de ICPC-hoofdstukken 'bewegingsapparaat' (42 procent) en 'ademhalingswegen' (21 procent).¹⁴ Vergelijking van onze cijfers met die van het Transitieproject wordt echter bemoeilijkt door de verschillende analysesniveaus. Het Transitieproject geeft cijfers per contactreden of per episode, terwijl wij rapporteren op het niveau van de diagnose van de dokter op het moment dat hij een onderzoek aanvraagt. Zo leidt de vraag van de patiënt 'Heb ik mijn middenhandsbeentje gebroken?' in het Transitieproject maar in 16 procent van de gevallen tot een foto, terwijl na de diagnose 'fractuur os metacarpale/tarsale' van de dokters uit de Nationale Studie in 42 procent van de gevallen beeldvormende diagnostiek volgt. Dit verschil zegt iets over de verschillende invalshoeken van beide studies met betrekking tot een probleem van patiënt en huisarts. In veel gevallen besluit de huisarts immers op grond van anamnese en onderzoek dat er geen fractuur is. Diagnostiekgebruik is naar onze mening meer een gevolg van het denken van de dokter (c.q. diens diagnose van dat moment) dan van de klacht van de patiënt. Dat betekent dat cijfers op het niveau van de contactdiagnose meer inzicht geven in het handelen van de huisarts dan cijfers op het niveau van de klacht of van de uiteindelijke episodediagnose.

Literatuur

- ¹ Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. Huisarts Wet 1983; 26: 125-8.
- ² Knottnerus JA. Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1986; 29: 269-73.
- ³ Kluijdt I, Zaat JOM, Van der Velden J, Van Eijk JThM, Schellevis FG. Voor een prikje? Huisarts en bloedonderzoek; resultaten uit de Nationale Studie. Huisarts Wet 1991; 2-I: 67-71.
- ⁴ Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ⁵ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk: achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 2: 51-61.
- ⁶ Anonymus. Honorering van specialistische hulp door ziekenfondsen. Tarievenboek. Zeist: Centraal Bureau voor de Administratie der Specialistien-honorering, 1987.
- ⁷ Kerkhof PD. Werkafspraken voor radiodiagnostiek van de lumbale wervelkolom. Huisarts Wet 1983; 26 (suppl.): 26-7.
- ⁸ Dierick MCIM. Resultaten van een enquête over de samenwerking tussen huisarts en radioloog. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1300.
- ⁹ Hardy GH. De waarde van het röntgenonderzoek. [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1980.
- ¹⁰ De Melker RA. Diagnostische faciliteiten voor de huisarts: wie wordt er beter van? Huisarts Wet 1983; 26: 184-8.
- ¹¹ Cobben JJ, Weerdenburg JPG. Huisarts en röntgenmaagonderzoek. Huisarts Wet 1982; 25: 485-90.
- ¹² Cottaar M, Van Doorn H, et al. Röntgenonderzoek in de huisartsp praktijk. Huisarts Wet 1983; 26: 373-5.
- ¹³ Van der Velden J, De Bakker D, Claessens A, Schellevis FG. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsp praktijk. Basisrapport. Morbiditeit. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹⁴ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

5

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

2 voorschrijven van geneesmiddelen

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Huisarts en placebo's

Gegevens uit de Nationale Studie

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende verrichting van huisartsen.¹ Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat huisartsen niet alleen aanmerkelijk verschillen in de mate waarin ze voorschrijven; ook ten aanzien van de kwaliteit van het voorschrijven is een grote variatie vastgesteld. Het bevorderen van de kwaliteit van het voorschrijven, vaak aangeduid met 'rationaliteit van de prescriptie', krijgt ruime aandacht.² Effectief bij de gegeven indicatie, 'veilig', 'de juiste duur en dosering', en 'economisch verantwoord', zijn de meest genoemde criteria van een rationele prescriptie.^{3,4} Op het eerste gezicht lijken dergelijke criteria – en dat geldt bijvoorbeeld ook voor de door de commissie Keuzen in de zorg geïntroduceerde criteria⁵ – evident. In de dagelijkse huisartspraktijk komen de grenzen van deze (rationele) modellen echter in zicht. Niet alleen interpretatieproblemen doemen op, ook de afweging tussen de criteria kunnen een rol gaan spelen. Zo zal het voorschrijven van een geneesmiddel om van een zeurende patiënt af te komen de toets van het rationeel voorschrijven niet doorstaan en vanuit die optiek als irrationeel worden bestempeld. Of deze verrichting daarmee ook ongewenst is, is minder duidelijk.

In dit artikel richten we ons op placebo's, een type middelen dat per definitie niet voldoet aan het effectiviteitscriterium of, in de termen van de commissie Keuzen in de zorg, aan het criterium van de werkzaamheid. De literatuur over het therapeutisch gebruik van placebo's is omvangrijk.⁶ In de, vooral buitenlandse, publicaties gaat de aandacht met name uit naar de ethische aspecten: is het voorschrijven van placebo's legitiem, zo ja: wanneer en op welke wijze? Afhankelijk van de positie die wordt ingenomen tussen een utilitaristisch (het nuttig effect van placebo's prevaleert boven het verhullen van de waarheid) en een deontologisch uitgangspunt (het waarheidsprincipe verhoudt zich niet met het voorschrijven van placebo's),⁷ wordt stelling genomen. Het is opval-

Loe Peters en
Tineke van der Kooij

Van grote weerstand tegen placebo's onder artsen is geen sprake, althans niet onder de Nederlandse huisartsen. Hun prescriptie omvat tussen de 0% en 15% van de praktijkpopulatie jaarlijks. Aangenomen wordt, dat placebo's alleen worden voorgeschreven als men de diagnose niet kan stellen of als er geen 'rationele' therapie voorhanden is. Opnieuw werd de goudmijn aan uitkomsten van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk aangeboord.

lend dat de meeste auteurs tot dezelfde 'liever niet, maar in bijzondere gevallen wel'-conclusie komen. Cijfermateriaal over het voorschrijven van placebo's in de dagelijkse (huis)artspraktijk ontbreekt. De effecten van placebo's bij diverse aandoeningen zijn weliswaar goed gedocumenteerd,⁸ maar dit betreft meestal resultaten van experimenteel geneesmiddelenonderzoek. Voor zover gegevens wel betrekking hebben op de dagelijkse praktijk zijn deze vaak niet bruikbaar, omdat placebo-prescriptie op één hoop is gegooid met alle 'onjuiste' of 'irrationele' prescriptie van geneesmiddelen. In deze bijdrage doen we verslag van een inventariserend en explorerend onderzoek onder huisartsen. Centraal daarbij staat de vraag hoe huisartsen denken en handelen met betrekking tot placebo's en welke kenmerken van huisartsen met eventuele verschillen in placebo-prescriptie samenhangen. Omdat onze belangstelling in eerste instantie uitgaat naar de intentie van de huisarts bij het voorschrijven en niet zozeer naar de farmacologische kenmerken van het middel, is het onderzoek niet alleen gericht op 'echte' of 'zuivere' placebo's, maar ook op het voorschrijven van als zodanig bedoelde middelen.

METHODE

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.⁹ Aan deze studie, waarvan de achtergronden en methoden elders uitvoerig zijn beschreven,¹⁰ hebben 103 huisartspraktijken met 161 huisartsen deelgenomen. De door ons uitgevoerde analyses zijn gebaseerd op enquêtegegevens die zijn verstrekt door 156 huisartsen. In de omvangrijke schriftelijke enquête is een beperkt aantal vragen opgenomen dat rechtstreeks betrekking heeft op de houding ten opzichte van placebo's en het feitelijk voorschrijven van placebo's of als zodanig bedoelde middelen.¹² Om verschillen in dit voorschrijven nader te exploreren, zijn ze in verband gebracht met een aantal persoons- en praktijkenmerken van de huisartsen, alsmede diverse attitudes, (taak)opvattingen en andere aspecten van het werk. In de analyses is aangesloten bij de schaalconstructies die al eerder op basis van het materiaal van de huisartsenquête zijn uitgevoerd.¹³

RESULTATEN

Het voorschrijven van placebo's door huisartsen

Placebo's of middelen die qua werkzaamheid of dosering worden toegepast om een placebo-effect te bereiken, worden jaarlijks door 61% van de huisartsen voorgeschreven. Het aantal patiënten aan wie die placebo's worden voorgeschreven loopt per huisarts sterk uiteen: van een enkele patiënt tot jaarlijks 15% van de ingeschreven patiënten. Gemiddeld gaat het echter om een bescheiden aantal: bijna 14 per 1.000 ingeschreven patiënten.

Van de soort middelen die huisartsen in deze gevallen voorschrijven zijn de vitaminepreparaten het populairst (zie tabel 1). Ruim een kwart van de betreffende huisartsen verkiest uitsluitend deze middelen, ruim driekwart noemt vitamines en andere middelen als ze een placebo-effect nastreven.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Uit deze tabel blijkt tevens, dat zuivere placebo's op de tweede plaats komen en tonica een derde plaats innemen.

Homeopathische preparaten worden in dit verband slechts sporadisch genoemd. Slechts 6% van de placebo voorschrijvende huisartsen zegt dergelijke middelen voor te schrijven als ze een placebo-effect willen bereiken. Het gegeven dat van dezelfde onderzochte huisartsen bijna éénderde (32,5%) zegt homeopathie toe te passen, zou een aanwijzing kunnen zijn dat het voorschrijven van homeopathische middelen door huisartsen meestal berust op de overtuiging dat deze middelen niet alleen helpen maar ook werkzaam zijn. Deze bevinding sluit aan bij eerder verricht onderzoek door Visser,¹⁴ die meldt dat 40% van de huisartsen homeopathische middelen voorschrijft en 60% van de huisartsen homeopathie positief beoordeelt.

Het oordeel van huisartsen over placebo's

Huisartsen verschillen niet alleen wat betreft het voorschrijven van placebo's, ook hun opvattingen over placebo's lopen nogal uiteen (tabel 2).

Met de stelling dat het voorschrijven van placebo's nooit gerechtvaardigd is, is slechts 18% het (volledig) eens. De meer pragmatische stellingen dat het voorschrijven 'vaak een adequate handelwijze is' en 'een noodzakelijk kwaad is', worden door respectievelijk 50% en 53% van de respondenten (volledig) verworpen. Bij de reactie op de stellingen valt overigens op, dat huisartsen een uitgesproken mening hebben over placebo's: de uitspraken worden onderschreven of verworpen, een tussenpositie komt weinig voor; opvallend, als in aanmerking wordt genomen dat blijkens de literatuur hier vaak zo genuanceerd over wordt gedacht.

Voor alle in tabel 2 genoemde stellingen geldt een sterke samenhang met de feitelijke plaats die placebo's volgens de huisartsen in hun praktijk innemen ($p < 0,0000$). Placebo's blijken voor de huisarts een thema te zijn ten aanzien waarvan (algemene) opvattingen en handelen in de alledaagse praktijk nauw in elkaars verlengde liggen.

Welke huisartsen schrijven placebo's voor?

Tabel 1. De vier meest gerapporteerde middelen die worden voorgeschreven om een placebo-effect te bereiken; percentages van de huisartsen die dergelijke middelen voorschrijven (n=94).

	enig genoemd middel	genoemd in combinatie met andere middelen
vitamines	26%	79%
echte placebo's	13%	49%
tonica	3%	46%
homeopathische middelen	2%	6%

Tabel 2. Het oordeel van huisartsen over placebo's of als zodanig bedoelde middelen; percentages.

	(helemaal) mee eens	deels wel, deels niet mee eens	(helemaal) meeneens
Het voorschrijven is in geen enkel geval gerechtvaardigd (n=152)	18%	11%	71%
Het voorschrijven is in de huisartspraktijk vaak een adequate handelwijze (n=154)	27%	23%	50%
Het voorschrijven is een noodzakelijk kwaad (n=150)	23%	25%	53%

De grote verschillen tussen huisartsen wat betreft het voorschrijven van placebo's maken nieuwsgierig naar de factoren die hierbij van belang zijn. Bij het zoeken naar verklaringen hebben we ons beperkt tot de vraag of het 'andere' huisartsen met een 'andere' praktijkvoering zijn die placebo's voorschrijven. Verschillen in patiëntenpopulaties konden gezien het beschikbare onderzoeksmateriaal slechts in bescheiden mate aan bod komen.

Bij de mate waarin placebo's of als zodanig bedoelde middelen worden voorgeschreven, zijn drie categorieën huisartsen onderscheiden: degenen die geen placebo's voorschrijven, degenen die 'weinig' placebo's voorschrijven (jaarlijks minder dan 10 per 1.000 ingeschreven patiënten) en die 'veel' placebo's voorschrijven (10 of meer per 1.000 ingeschreven patiënten). Van de volgende kenmerken is nagegaan of er sprake is van een samenhang met de mate van placebo-prescriptie: praktijkgegevens (praktijkgrootte, urbanisatiegraad, praktijkvorm), persoonskenmerken (leeftijd, geslacht), taakopvatting (alge-

meen, op het somatisch vlak, op het psychosociale vlak, met betrekking tot diagnostiek, met betrekking tot therapie), competentiegevoel (op het somatische vlak, op het psychosociale vlak), taakuitoefening (algemeen, met betrekking tot alternatieve geneeswijzen), opvattingen over de relatie huisarts-patiënt, de omgang met onzekerheid, het nemen van risico's bij gezondheidsproblemen, de houding ten opzichte van geneesmiddelenprescriptie, de 'locus of control' en tenslotte de (arbeids)satisfactie van de huisarts.¹¹⁻¹³

Tabel 3 bevat een opsomming van de kenmerken die significant (chi kwadraat/ANOVA, $p < 0,10$) samenhangen met de mate waarin placebo's worden voorgeschreven.

Uit een multiple regressieanalyse komt naar voren, dat de in tabel 3 opgenomen kenmerken samen 28% van de variantie verklaren in het voorschrijven van placebo's. Uiteindelijk blijken drie van deze kenmerken een unieke significante bijdrage te leveren aan de verklaarde variantie: praktijkvorm, algemene taakuitoefening en het percentage patiënten dat volgens de huisarts een recept verwacht, zijn samen verantwoordelijk voor ruim 20% van de verklaarde variantie. Op basis van de analyses kan de 'veel' placebo voorschrijvende huisarts vooralsnog als volgt worden getypeerd: het gaat om een huisarts die relatief vaak werkzaam is in een solo-praktijk, heeft - naar eigen zeggen - een smal takenpakket en weinig inbreng bij de tweedelijsbehandeling (de algemene taakuitoefening) en schat dat het percentage patiënten dat bij een consultatie een recept verwacht groot is. Dit profiel wordt relatief vaak aangetroffen bij mannelijke huisartsen, degenen die alternatieve geneeswijzen toepassen, degenen die van mening zijn dat de meeste klachten met goed resultaat door medicijnen kunnen worden behandeld en huisartsen die een minder democratische opvatting over de arts-patiëntrelatie hebben. Daarnaast hebben deze huisartsen op psychosociaal gebied niet alleen een smallere taakopvatting, ze schatten hun eigen competentie op dit vlak ook lager in. De bevinding dat ze relatief weinig invloed op hun omgeving (en hun patiënten) menen te hebben ('locus of control') en minder tevreden zijn over de beschikbare tijd en het inkomen, gaat overi-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

gens samen met minder negatieve gevoelens in hun werkcontacten.

Huisartsen die zeggen nooit placebo's voor te schrijven, onderscheiden zich van hun wel placebo voorschrijvende collega's vooral door het feit dat ze relatief vaker in een gezondheidscentrum of groepspraktijk werkzaam zijn, dat ze vaker vrouw zijn en in de relatief hoge mate waarin ze menen hun omgeving te kunnen beïnvloeden ('locus of control').

De mate waarin huisartsen placebo's voorschrijven blijkt niet samen te hangen met (onder andere) de taakopvatting en het competentiegevoel op het somatische vlak, de taakopvatting ten aanzien van het diagnostiseren en behandelen van aandoeningen, en de mate waarin de huisarts bereid is om risico's te nemen bij gezondheidsproblemen. Evenmin is een verband geconstateerd met de urbanisatiegraad, de praktijkgrootte en de leeftijd van de huisarts.

Door de gevolgde explorerende onderzoeksmethode hebben deze resultaten vooral een hypothesevormende waarde. Nader toetsend onderzoek is dus gewenst.

BESCHOUWING

Volgens Spiro ontkennen artsen vaak dat ze placebo's geven,¹⁵ beducht als ze zouden zijn om hun natuurwetenschappelijke achtergrond te misken- nen of voor een charlatan te worden aangezien, hebben artsen volgens Spiro een grote weerstand tegen placebo's. Ons onderzoek levert geen ondersteuning op voor de ontkenningshypothese: 61% van de door ons benaderde huisartsen gaven te kennen doelbewust placebo's of als zodanig bedoelde middelen voor te schrijven, soms incidenteel, soms substantieel. Zo ontkenning al een rol heeft gespeeld bij de invulling van de vragenlijst, betekent dit dat de genoemde cijfers de plaats van placebo's in de huisartspraktijk onderschatten. Hoe dan ook, het gaat niet om een marginaal verschijnsel.

Met de geconstateerde grote verschillen tussen huisartsen in de prescriptie van placebo's - van nooit tot jaarlijks 15% van de praktijkpopulatie - wordt het belang onderstreept om het therapeutisch aanwenden van placebo's, meer dan nu het geval is, aandacht te geven. Daarbij ligt het voor de hand er ook de meer formele aspecten bij te

Tabel 3. Kenmerken van huisartsen die samenhangen met de mate waarin placebo's worden voorgeschreven; percentages (eerste zes kenmerken) en somscores van vijf-puntsschalen (overige kenmerken); (n = max. 146).

	schrijft geen pla- cebo's voor	schrijft weinig placebo's voor*	schrijft veel placebo's voor*
geslacht**			
man (n=125)	38%	42%	20%
vrouw (n=21)	62%	33%	5%
praktijkvorm***			
solopraktijk (n=50)	30%	34%	36%
duopraktijk (n=53)	42%	49%	9%
groepspraktijk (n=30)	53%	37%	10%
gezondheidscentrum (n=13)	62%	38%	0%
past alternatieve geneeswijzen toe**			
ja, eigen en/of patiënteninitiatief (n=30)	30%	40%	30%
ja, alleen op initiatief patiënten (n=24)	54%	25%	21%
nee (n=91)	43%	45%	12%
meeste klachten kunnen door medicijnen met goed resultaat worden behandeld**			
(helemaal) mee eens (n=19)	37%	21%	42%
deels wel, deels niet mee eens (n=54)	43%	44%	13%
(helemaal) mee oneens (n=72)	42%	43%	15%
er is niets op tegen als patiënten een beetje opzien tegen hun huisarts**			
(helemaal) mee eens (n=52)	38%	35%	27%
deels wel, deels niet mee eens (n=46)	35%	54%	11%
(helemaal) mee oneens (n=46)	52%	35%	13%
schatting (door huisarts) percentage patiënten dat een recept verwacht**			
<40% (n=37)	49%	46%	5%
40%-60% (n=68)	46%	37%	18%
>60% (n=41)	29%	41%	29%
taakopvatting op psychosociaal vlak**			
(gemiddelde somscores) (n=135)	3,38	3,46	3,19
competentiegevoel op psychosociaal vlak**			
(gemiddelde somscores) (=135)	3,29	3,31	3,00
algemene taakuitoefening***			
(gemiddelde somscores) (n=135)	3,13	3,12	2,80
'locus of control'***			
(gemiddelde somscores) (n=135)	3,19	3,08	2,95
negatieve gevoelens tijdens werk**			
(gemiddelde somscores) (n=136)	3,12	3,06	2,83
tevredenheid over beschikbare tijd en inkomen***			
(gemiddelde somscores) (n=136)	3,28	3,37	3,08

* 'weinig' = jaarlijks minder dan 10 per 1.000 ingeschreven patiënten; 'veel' = jaarlijks 10 of meer per 1.000 ingeschreven patiënten

** p < 0,10

*** p < 0,05

betrekken. De huidige situatie is in die zin uniek, dat (zuivere) placebo's - per definitie farmacologisch niet werkzaam - worden vergoed door de zorgverzekeraars en recent in het kader van de AWBZ. Ook het Farmacotherapeutisch Kompas vermeldt 15 placebo's.¹⁶ Deze vorm van erkenning is, in tegenstelling tot de vergoeding van homeopathische en antroposofische middelen,¹⁷ naar ons weten nooit aanleiding tot protest geweest. Of placebo-prescriptie als een vorm van onterecht gelegitimeerde kwakzalverij moet worden bestempeld dan wel juist als een onderdeel van geneeskunst, is een vraag die in zijn algemeenheid moeilijk te beantwoor-

den is. Verondersteld mag worden, dat het voorschrijven van placebo's alleen in die (veel voorkomende) situaties geschiedt waar een diagnose niet kan worden gesteld of waar een 'rationele' therapie niet beschikbaar is. Placebo's voorschrijven is dan slechts één van de vele mogelijke uitkomsten van een consult, naast andere vaak ook discutabele (be)handelingen.

Beantwoording van de vraag hoe huisartsen met de bovengeschetste situatie omgaan, welke keuzes ze waarom maken en tenslotte of en hoe de betrokken patiënten dit waarderen, is nodig om tot een afgewogen oordeel over de toepassing van placebo's te

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

komen. Deze kennis is op dit moment onvoldoende aanwezig. Placebo's zijn daarnaast een voorbeeld hoe moeizaam een formeel-rationeel keuzemodel, zoals ontwikkeld door de commissie-Dunning,⁵ zich verhoudt met gezondheidszorg in de praktijk.

Literatuur/Noten

1. Groenewegen PP. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact 1990; 45: 608-11.
2. Post D. Rationele prescriptie van geneesmiddelen. Medisch Contact 1991; 46: 623-6.
3. Parish PA. Sociology of prescribing. Br Med Bull 1974; 30: 214-7.
4. Kuyvenhoven MM, Toenders WGM, Blom ATHG. Prescriptie huisartsen: mogelijkheden ter verbetering? Medisch Contact 1985; 40: 1425-8.
5. Kiezen en delen. Rapport van de commissie Keuzen in de zorg. 's-Gravenhage, 1991.
6. Kooij CH van der, Kuijlen JAJ. Bibliografie Placebo's. Utrecht: Nivel, 1992.
7. Elander G. Ethical conflicts in placebo treatment. Journal of Advanced Nursing 1991; 16: 947-51.
8. Zie bijvoorbeeld: Beecher HK. The powerful placebo. JAMA, 1955; 159: 1602-6.
9. Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: Nivel, 1986.
10. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 34: 51-61.
11. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
12. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Bijlagen. Utrecht: Nivel, 1991.
13. Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. De huisarts-enquête van de Nationale Studie: Datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
14. Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1988; 31: 252-6.
15. Spiro HM. Doctors, patients and placebo's. New Haven/London: Yale University Press, 1986.
16. Centrale Medische Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas: medisch farmaceutische voorlichting. Ziekenfondsraad, 1990.
17. Zie bijvoorbeeld de brief in Medisch Contact 1989; 44: 353-4 van A. M. van Dongen, getiteld: 'Volksverlakkerij'.

Auteurs

Loe Peters, socioloog, werkzaam bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) als projectleider van het themagebied 'Hulpvraag en hulpvrager';
Tineke van der Kooij, gezondheidswetenschapper, ten tijde van het hier beschreven onderzoek bij het Nivel werkzaam als onderzoeker.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Het voorschrijven van homeopathische middelen in de Nederlandse huisartspraktijk

RESULTATEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

NOG STEEDS KAN de homeopathie zich verheugen in de belangstelling van het publiek. In 1990 bezocht volgens het CBS 2,3% van de Nederlanders een homeopathisch arts of therapeut; 8,8% bezocht een homeopathisch werkend huisarts. In totaal bezochten in dat jaar 1,6 miljoen Nederlanders een homeopaat, wat goed was voor 9,6 miljoen contacten.¹ De totale omzet van homeopathische middelen - inclusief de zelfmedicatie - bedroeg volgens een schatting van de Nehoma, de koepelorganisatie van fabrikanten en importeurs van alternatieve preparaten, in 1989 ongeveer 60 miljoen gulden.²

Hoe populair ook, onomstreden is de homeopathie zeker niet. Hoewel de vergelijking met die andere populaire alternatieve geneeswijze, de acupunctuur, positief uitvalt, blijft twijfel bestaan over de effectiviteit van de homeopathie. Het feit dat de werking ervan niet langs natuurwetenschappelijke weg kan worden verklaard, draagt daar toe bij.³ Mede daardoor staat ook het al dan niet vergoeden van homeopathische middelen ter discussie. In de huidige situatie komen deze middelen, mits regulier voorgeschreven, voor vergoeding in aanmerking. In 1991 adviseerde de Ziekenfondsraad in meerderheid daaraan een eind te maken.⁴

In de geneesmiddelenbrief die staatssecretaris Simons in april aan de Tweede Kamer zal sturen, zal naar verwachting worden aangekondigd dat homeopathische middelen niet langer via de AWBZ zullen worden vergoed.

In medische kring woedt een niet aflatende discussie over de vraag of artsen zich met homeopathie zouden mogen inlaten of niet. Een belangrijk deel van de artsen past zelf homeopathie toe. De Vereniging

M. Foets en G.J. Visser

Homeopathie is het onderwerp van sterke controverses. Enerzijds weten patiënten de weg naar een homeopaat in groten getale te vinden; anderzijds zijn er twijfels over de effectiviteit en daarmee ook over de noodzaak homeopathische middelen uit de ziektekostenverzekering te (blijven) vergoeden. Maar hoe staat het nou eigenlijk met de feitelijke toepassing van homeopathie in de Nederlandse huisartspraktijk?

van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN) telt inmiddels 450 leden, onder wie 170 huisartsen (100 met en 70 zonder een consultatieve praktijk voor elders ingeschreven patiënten) en 10 specialisten met een consultatieve praktijk. Het aantal huisartsen dat homeopathie toepast is groter. In de genoemde CBS-enquête zegt 11,1% van de ondervraagden een huisarts te hebben die homeopathie toepast. Volgens een enquête van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) zei in 1988 40% van de huisartsen homeopathie toe te passen, zij het meestal incidenteel en voor een gering gedeelte van de praktijkpopulatie. Van de huisartsen bleek 60% positief te staan ten opzichte van homeopathie en

een ongeveer even grote groep zei wel eens patiënten - gemiddeld 7 per jaar - naar een homeopaat te verwijzen.⁵ Onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg maakte duidelijk dat ongeveer 45% van de huisartsen homeopathie effectief vond in de behandeling van bovenste luchtweginfecties en hooikoorts; 30% achtte homeopathie effectief bij chronische gewrichtsklachten.⁶ Dat deze mening in de beroepsgroep lang niet door iedereen wordt gedeeld, mag duidelijk zijn voor wie de discussies in onder meer Medisch Contact in de afgelopen jaren heeft gevolgd. Vanuit het perspectief van de critici is de kloof tussen reguliere geneeskunde en alternatieve geneeswijzen (waaronder de homeopathie) in principe onoverbrugbaar.⁷⁻⁹

Lijkt de homeopathie desondanks een plaats in de Nederlandse huisartspraktijk te hebben ingenomen, cijfers zoals hierboven weergegeven bieden geen precies inzicht in de kwantitatieve betekenis ervan: ze zijn gebaseerd op wat huisartsen denken en zeggen. In dit artikel wordt daarom ingegaan op de feitelijke toepassing van homeopathie door huisartsen. De vraagstellingen zijn de volgende:

- Hoe groot is het aandeel van homeopathie in de huisartspraktijk?
- Zijn hierbij verschillen naar patiëntkenmerken?
- Bij welke diagnose(groepen) worden homeopathische middelen vooral voorgeschreven?
- Zijn er verschillen tussen de huisartsen in het aandeel van de homeopathische middelen in het totaal der voorgeschreven medicijnen?
- Wat is het aandeel van de praktijkassistenten in het voorschrijven van homeopathische middelen?

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Daarnaast laat deze studie het toe regi-strategiegegevens te vergelijken met enquêtegegevens:

- Komen de door huisartsen geregistreerde gegevens overeen met het in een enquête gerapporteerd gedrag?

Methode

Definiëring homeopathische geneesmiddelen

De homeopathie gaat uit van het principe 'similia similibus curantur': ziek(t)en worden behandeld met stoffen die bij de ge-zonde mens erop gelijkende ziektever-

De verschillen tussen de huisartsen zijn aanzienlijk

schijnselen veroorzaken. Men gebruikt daarbij sterk verdunde geneesmiddelen, ook hoog gepotentieerde stoffen genoemd. In lage potenties werken de stoffen op 'allopathische' wijze.¹⁰ Omdat veel homeopathische geneesmiddelen plantaardig van oorsprong zijn, is de grens met phytotherapie in de praktijk niet altijd even gemakkelijk te trekken.

Het afbakenen van de groep homeopathische middelen is ook om andere redenen niet steeds gemakkelijk. Er bestaan verschillende meningen over toedieningsvormen, over doseringen, over het gebruik van samengestelde stoffen. In deze studie is uitgegaan van de wettelijke definitie van homeopathische geneesmiddelen, die breder is dan die welke klassieke homeopaten hanteren. Homeopathische middelen zijn farmaceutische producten, "waarbij op het etiket en/of de verpakking een verdunding of verwrijving van het op het etiket vermelde uitgangbestanddeel of van de uitgangbestanddelen van minimaal 1:10 of de oertinctuur vermeld staat, met gebruikmaking van de daartoe in de 'Amtliche Ausgabe 1978' van het 'Deutsches Homöopathisches Arzneibuch' aangegeven symbolen D, C, LM of Ø, dan wel van de symbolen die gebruikelijk zijn in het land van herkomst van het produkt".¹¹ Een produkt wordt niet aangemerkt als homeopathisch, indien er naast de bestanddelen aangegeven in een homeopathische verdunding of verwrijving, ook andere bestanddelen, niet in een homeopathische verdunding of verwrijving, niet zijnde hulpstoffen, in aanwezig zijn.

Populatie

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisarts-

praktijk. Aan deze studie hebben 161 zelfstandig gevestigde huisartsen in 103 praktijken meegewerkt; 98 huisartsen zijn gekozen via een aselechte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef.¹² De stratificatievariabelen waren regio a, urbanisatiegraad b en afstand tot het ziekenhuis c. Om elders toegelichte redenen hebben collega's van de meewerkende steekproefartsen verbonden aan dezelfde praktijken ook meegewerkt aan deze studie.¹³

Contactregistratie

De voor dit artikel uitgevoerde analyses zijn grotendeels gebaseerd op een door deze artsen bijgehouden contactregistratie. Zij registreerden elk gedurende drie maanden alle contacten met de patiënten, waarbij zij een aantal gegevens vastlegden over onder andere diagnose en behandeling. In verband met seizoensinvloeden liep deze registratie over één jaar, van 1 april 1987 tot 31 maart 1988. De deelnemende huisartsen werden hiervoor verdeeld in vier groepen. De keuze voor een registratieduur van drie maanden was het resultaat van wat haalbaar is gebleken in een vooronderzoek.

Ook door de huisarts-assistenten (N=9), arts-assistenten in opleiding (N=13) en waarnemers (N=11) werkzaam in deze praktijken is een contactregistratie ge-

receptuur door assistentes maar voor de helft van de periode geregistreerd. Op basis van de handelsproductcode van de geregistreerde medicijnen was het mogelijk de homeopathische middelen te selecteren.

Enquête

Tevens is aan de huisartsen en de huisarts-assistenten (N=170) gevraagd mee te werken aan een schriftelijke enquête, waarin onder meer vragen zijn gesteld over het zelf toepassen van alternatieve geneeswijzen; 161 artsen hebben deze enquête ingevuld.

Data

De *representativiteit* van de data kan zijn verstoord wanneer het voorschrijven van homeopathische middelen afhankelijk zou zijn van de stratificatievariabelen (door de niet proportionele stratificatie), van de deelname van collega's van steekproefartsen aan het onderzoek, en van het deel van de tijd dat praktijkassistenten herhaalreceptuur hebben geregistreerd. Hiervoor wordt gecorrigeerd bij de berekening van een landelijk representatief cijfer.¹⁶

In dit artikel wordt het voorschrijven van homeopathische middelen weergegeven als percentage van de totale receptuur. Daarnaast wordt, bij de analyses per dia-

In het midden van Nederland en in de grotere steden worden wat meer homeopathische middelen voorgeschreven dan elders

voerd. De in dit artikel gepresenteerde cijfers hebben in principe betrekking op de volledige registratie, dus van zelfstandig gevestigde huisartsen, huisarts-assistenten, waarnemers en arts-assistenten in opleiding (N=194). Alleen wanneer naar verschillen tussen huisartsen wordt gekeken, blijven de drie laatst genoemde groepen omwille van hun beperkte praktijkvoering buiten beschouwing.

Voor de *classificatie* van aldus geregistreerde klachten en diagnoses is gekozen voor de International Classification of Primary Care (ICPC),¹⁴ waarin ten behoeve van de Nationale Studie enige aanpassingen zijn aangebracht. Door samenvoeging van categorieën die in de huisartspraktijk niet consistent worden onderscheiden, is een tabulaire lijst van 684 klachten en diagnoses ontwikkeld.¹⁵ De deelnemende artsen hebben, naast andere gegevens, de handelsnaam van de *voorgeschreven middelen* geregistreerd. Om redenen van logistiek is vanaf de tweede registratieperiode de herhaal-

gnose(groep), ook gekeken naar het percentage homeopathische recepten van het totaal aantal homeopathische recepten. Immers, bij bepaalde diagnose(groepen) kan het aandeel van de homeopathische receptuur in het geheel van de receptuur klein zijn, maar het aandeel in het geheel van de homeopathische recepten groot.

Resultaten

Het aandeel van homeopathische geneesmiddelen in het geheel van de receptuur

Van het totaal aantal in de Nationale Studie geregistreerde medicijnen is 1,2% een homeopathisch middel. Dit cijfer varieert nogal afhankelijk van de regio, de urbanisatiegraad en de afstand tot het ziekenhuis. Zo is het aandeel van de homeopathische receptuur aanzienlijk groter in het midden van Nederland (2,3%) dan in het noorden (0,9%) en het zuiden (0,4%). Ook zijn er verschillen naar urbanisatiegraad. In de grotere steden bedraagt dit ■

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

percentage 2%, terwijl het in rurale gebieden slechts 0,9% is en in de suburbane gebieden 1,2%. Tenslotte zijn er verschillen naar gelang de afstand tot het ziekenhuis, die deels samenhangen met de urbanisatiegraad: van 1,5% wanneer er een ziekenhuis is in de plaats van de praktijk tot 0,8% wanneer een ziekenhuis meer dan 15 km ver is.

Corrigerend voor de invloed van deze en de overige hierboven genoemde mogelijk versturende factoren, komen we op een landelijk representatief cijfer van 1,5%.

Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm

In tabel 1 ziet men dat het percentage homeopathische receptuur afneemt met de leeftijd van de patiënt; ook is het aandeel van homeopathische middelen groter bij particuliere patiënten dan bij ziekenfondspatiënten en iets groter bij vrouwelijke dan bij mannelijke patiënten.

Homeopathische middelen en diagnose

In tabel 2 ziet men het aandeel van homeopathische middelen voor elk van de ICPC-hoofdstukken.

In de eerste kolom met percentages ziet men dat het grootste aantal homeopathische middelen wordt voorgeschreven bij aandoeningen die worden geclassificeerd in de hoofdstukken 'bewegingsapparaat' (19,9% van alle homeopathische recep-

Tabel 1. Homeopathische middelen naar geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van de patiënt (in % van het totaal aantal voorgeschreven medicijnen)

geslacht	%
man	1,1
vrouw	1,3
Pearson chi kwadraat=24,13 p < 0,001	
leeftijd	%
0-4 jaar	1,8
5-14 jaar	1,8
15-24 jaar	1,1
25-44 jaar	1,4
45-64 jaar	1,2
65-74 jaar	1,0
75 jaar e.o.	0,9
Pearson chi kwadraat = 139,46 p < 0,001	
verzekeringsvorm	%
ziekenfonds	1,0
particulier	1,8
Pearson chi kwadraat = 218,9 p < 0,001	

ten), 'ademhalingsorganen' (16,7%), 'algemeen en niet gespecificeerd' (11,6%), 'huid en onderhuids weefsel' (11,1%) en 'psyche' (10%).

Bekijkt men de tweede kolom (percentage homeopathische receptuur op het totaal aantal voorschriften in elk van de betreffende hoofdstukken), dan is het relatief deel homeopathische middelen het hoogst in het hoofdstuk 'algemeen en niet-gespecificeerd' (3,4% van alle recepten bij dit hoofdstuk), gevolgd door het hoofdstuk 'mannelijke geslachtsorganen' (3,1%), 'bewegingsapparaat' (2,8%), 'sociale problemen' (2,4%) en 'zenuwstelsel' (1,8%).

Voor de ICPC-hoofdstukken waarbij veel homeopathische middelen worden voorgeschreven, is verder onderzocht welke afzonderlijke diagnoses daarbij belangrijk zijn. Geen enkele diagnosecategorie springt hierbij echt op de voorgrond. De meeste recepten voor homeopathische middelen worden gevonden bij myalgieën/fibrositis/spierkrampen (5,2% van de homeopathische recepten). Het meest voorgeschreven homeopathisch middel blijkt overigens SRL-gelei te zijn met 14,2% van alle homeopathische recepten. Op de tweede plaats worden homeopathische middelen voorgeschreven bij de diagnose 'algemene achteruitgang' (4,6% van alle homeopathische recepten). Het relatief hoge percentage homeopathische recepten in het ICPC-hoofdstuk 'mannelijke geslachtsorganen' is deels toe te schrijven aan het voorschrijven van enkele homeopathische middelen bij prostatitis.

Verschillen tussen huisartsen

Het percentage homeopathische recepten van het totaal van de recepten varieert sterk per huisarts (zie tabel 3). Ongeveer eenderde van de huisartsen (N=170) schrijft geen enkel homeopathisch recept voor gedurende de registratieperiode. Een minderheid van de huisartsen (5,9%) schrijft relatief vaak - meer dan 5% van alle recepten - een homeopathisch middel voor. Het aandeel van de homeopathische recepten op het geheel van de recepten is bij deze groep 13,8%. Deze huisartsen schrijven samen reeds 58,8% van alle homeopathische recepten voor. De grootste groep huisartsen (65,4%) zit tussen deze beide groepen in met een percentage homeopathische receptuur dat beneden de 5% ligt. Binnen deze groep zijn er nog verschillen. Bij een grote groep (51,2% van het totaal) ligt dit percentage beneden de 1% zodat het in werkelijkheid slechts om één enkel of een paar recepten gaat. Bij een andere, minder grote groep (14,2% van het totaal) ligt het percentage homeopathische receptuur tussen de 1% en de 5%. De helft van de huisartsen die veel homeopathische medicijnen voorschrijven, heeft een praktijk in het midden van het land. Eveneens de helft werkt in een solo-praktijk. Collega's van artsen werk-

Tabel 2. Homeopathische middelen bij de diverse ICPC-hoofdstukken in absolute cijfers (eerste kolom), in % van het totaal aantal voorgeschreven homeopathische medicijnen (tweede kolom) en in % van het totaal aantal voorgeschreven medicijnen in het betrokken ICPC-hoofdstuk (derde kolom).

ICPC-hoofdstuk	N	%	%
	3205		
algemeen en niet gespecificeerd (N=10 789)*	371	11,6	3,4
Bloed, bloedvormende organen, lymfestelsel en milt (N=3 632)	18	0,6	0,5
maag-darmkanaal (N=18 718)	191	6,0	1,0
oog (N=5 238)	66	2,1	1,3
oor (N=8 034)	105	3,3	1,3
hart-vaatstelsel (N=40 327)	167	5,2	0,4
bewegingsapparaat (N=23 110)	638	19,9	2,8
zenuwstelsel (N=8 652)	155	4,8	1,8
psyche (N=25 827)	322	10,0	1,2
ademhalingsorganen (N=56 137)	536	16,7	1,0
huid en onderhuids weefsel (N=24 160)	357	11,1	1,5
endocriene klieren, metabolisme en voeding (N=7 830)	42	1,3	0,5
afgewogen (N=7 484)	6	0,2	0,8
zwangerschap, bevalling, kraambed en anticonceptie (N=11 955)	15	0,5	0,1
vrouwelijke geslachtsorganen en mamma (N=6 780)	99	3,1	1,5
mannelijke geslachtsorganen en mamma (N=1 019)	32	1,0	3,1
sociale problemen (N=1 199)	29	0,9	2,4

* de cijfers tussen haakjes betreffen het totaal aantal voorschriften in elk ICPC-hoofdstuk.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

zaam in meermanspraktijken die veel homeopathische middelen voorschrijven, schrijven zelf nauwelijks homeopathische geneesmiddelen voor.

Rol van de praktijkassistenten

In de beschreven percentages (tabel 3) homeopathische receptuur, zijn de homeopathische recepten van praktijkassistenten buiten beschouwing gelaten. Het percentage homeopathische receptuur op het geheel van de door hen uitgeschreven recepten is 5,1%; vergeleken met het eerder genoemde cijfer van 1,2% voor de hele studie is dat vrij hoog. Van de totale homeopathische receptuur wordt echter slechts 0,6% door assistentes uitgeschreven.

Aantal patiënten dat homeopathische middelen krijgt voorgeschreven

Wanneer we patiënten die een homeopathisch recept van de assistente kregen buiten beschouwing laten, ligt het percentage patiënten dat met homeopathische middelen wordt behandeld op 1,9%. Voor de hierboven onderscheiden groep van artsen met een percentage homeopathische receptuur boven de 5%, bedraagt het aantal wel eens zo behandelde aantal patiënten ongeveer een kwart.

Enquête- en registratiegegevens vergeleken

Voor de huisartsen die ook een enquête hebben ingevuld (N = 161), is nagegaan in welke mate registratie- en enquêtegegevens overeenkomen. Van deze groep geeft 31,1% in de enquête aan homeopathie toe te passen. Gecorrigeerd voor de stratificatievariabelen en de deelname van verschillende artsen uit één praktijk, vinden we een

percentage van 36,9. In tabel 4 ziet men de overeenkomstpercentages, voor elk van de op basis van de registratie onderscheiden groepen. Deze percentages geven weer bij hoeveel procent van de huisartsen de in de enquête gegeven antwoorden overeenstemmen met de registratiegegevens. De overeenkomst is het grootst bij artsen die nooit en bij artsen die relatief veel homeopathische middelen voorschrijven. Bij de groep waarvan minder dan 1% van de recepten homeopathisch is, is de overeenkomst bijzonder laag.

Beschouwing

In een eerdere enquête van het Nivel zei 40% van de huisartsen homeopathie toe te passen. Hoewel duidelijk was dat slechts

gevens die zijn gebaseerd op de contactregistratie van de Nationale Studie. Gemiddeld, zo blijkt hieruit, is in heel Nederland 1,5% van alle uitgeschreven recepten in de huisartspraktijk een recept voor een homeopathisch middel; 2% van alle patiënten kreeg in de registratieperiode van drie maanden wel eens een homeopathisch middel voorgeschreven. De verschillen tussen de huisartsen zijn echter aanzienlijk. Slechts een kleine groep huisartsen (5,9%) schrijft vrij regelmatig homeopathische middelen voor. Het aandeel van de homeopathie in het geheel van de receptuur van deze huisartsen is gemiddeld bijna 14%; omgekeerd zijn zij verantwoordelijk voor bijna 60% van de totale homeopathische receptuur in alle huisartspraktijken samen. Deze huisart-

De indruk bestaat dat huisartsen vooral dan naar homeopathische middelen grijpen als zij de klacht van de patiënt niet goed kunnen benoemen

incidenteel gebeurde, was de kwantitatieve betekenis van de homeopathie in de huisartspraktijk niet precies vast te stellen.⁵³

In de enquête die in het kader van de Nationale Studie is afgenomen geeft bijna 37% van de huisartsen aan homeopathie toe te passen. Het kleine verschil kan mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat aan onze studie ook huisarts-assistenten hebben deelgenomen, die geen van allen homeopathie zeiden toe te passen. Deze studie beschikt daarnaast over ge-

sen schrijven homeopathische geneesmiddelen dus meer dan incidenteel voor. Dat blijkt ook uit het feit dat zij in een registratieperiode van drie maanden aan gemiddeld ongeveer een kwart van hun patiënten wel eens een homeopathisch middel bleken voor te schrijven. Bijna tweederde van de huisartsen schrijft incidenteel een homeopathisch middel voor. De helft van de huisartsen blijkt dit echter zo zelden te doen (minder dan 1% van de recepten), dat het maar de vraag is of zij bewust voor homeopathie kiezen. Inderdaad geeft slechts een kwart van deze groep in de enquête aan zelf homeopathie toe te passen. De kleinere groep huisartsen (14,2%) waarvan het aandeel van de homeopathische receptuur tussen de 1% en de 5% ligt, geeft in meerderheid (76,2%) wel aan zelf homeopathie toe te passen.

Het voorschrijven van homeopathische medicijnen is in de Nederlandse huisartspraktijk dus een beperkt verschijnsel. Wel worden in het midden van Nederland en in de grotere steden wat meer homeopathische middelen voorgeschreven dan elders. Opvallend is verder dat het aandeel van de homeopathische recepten vooral bij kinderen tot 14 jaar en ook bij particuliere patiënten wat hoger ligt. De indruk bestaat dat huisartsen vooral dan naar homeopathische middelen grijpen als zij de klacht van de patiënt niet goed kunnen benoemen (in het ICPC-hoofdstuk 'algemeen en niet gespecificeerd' vormen de homeopathische middelen 3,4% van alle voorgeschreven medicijnen).

Tabel 3. Frequentie waarmee huisartsen homeopathische recepten voorschrijven (N = 170)

	N	%
geen homeopathische receptuur	55	32,4
homeopathische receptuur minder dan 1%	81	51,2
homeopathische receptuur 1% en < 5%	24	14,2
homeopathische receptuur ≥ 5%	10	5,9

Tabel 4. Overeenkomst tussen registratie- en enquêtegegevens (N = 161)

registratiegegevens	aantal enquêtes	% overeenkomst
geen homeopathische receptuur	51	92,2
homeopathische receptuur minder dan 1%	79	26,6
homeopathische receptuur ≥ 1% en < 5%	22	72,7
homeopathische receptuur ≥ 5%	9	88,9

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Omgekeerd wordt van alle homeopathische middelen 11,6% voorgeschreven voor klachten en aandoeningen in deze algemene categorie. Bij aandoeningen van het bewegingsapparaat (19,9% van alle voorgeschreven homeopathische middelen) en bij aandoeningen van de ademhalingsorganen (16,7% van alle voorgeschreven homeopathische middelen) worden relatief wat meer homeopathische middelen voorgeschreven.

Wat eventuele stopzetting van vergoeding van homeopathische middelen voor gevolgen zal hebben op het voorschrijfgedrag van de huisartsen valt op grond van dit materiaal niet te voorspellen. Het feit dat een belangrijke groep huisartsen volgens onderzoek in de effectiviteit van homeopathische middelen zegt te geloven,⁶ maakt het onwaarschijnlijk dat zij in dat geval de homeopathische middelen zonder meer door andere middelen zullen vervangen of de patiënt dan maar niets zullen voorschrijven.

Volgens eerder gepubliceerde gegevens uit de enquête van de Nationale Studie zegt slechts 6% van de placebo voorschrijvende huisartsen homeopathische middelen voor te schrijven als zij een placebo-effect willen bereiken.¹⁷ Zeker voor de groep huisartsen die deze middelen meer dan incidenteel voorschrijft is een homeopathisch middel waarschijnlijk méér dan een placebo: zij zullen het niet snel voor een ander middel inruilen. Huisartsen die homeopathische middelen wél als een placebo voorschrijven, zullen, met het ver-

dwijnen ervan uit de AWBZ, naar een ander middel moeten grijpen om de patiënt tevreden te stellen. Of dat de totale kosten zal drukken, is nog maar de vraag. •

DR M. FOETS EN DRS G.J. VISSER
zijn beiden verbonden aan het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel)

Noten

- a. Er werden drie regio's onderscheiden:
 - noorden: provincies Groningen, Friesland en Drenthe;
 - midden: Overijssel, Gelderland, Utrecht, Flevoland, Noord-Holland, Zuid-Holland en Zeeland;
 - zuiden: Noord-Brabant en Limburg.
- b. De indeling naar urbanisatiegraad vond plaats op basis van de CBS-indeling:
 - ruraal: omvat de plattelandsgemeenten, kleine stedelijke plattelandsgemeenten en kleine steden (tot 30.000 inwoners in de woonkern);
 - subruraal: omvat de wat grotere verstedelijkte plattelandsgemeenten, de forensengemeenten en de wat grotere steden (tot 50.000 inwoners in de woonkern);
 - urbaan: zijn de grotere steden (met meer dan 50.000 inwoners in de woonkern), evenwel exclusief Amsterdam, Rotterdam en Den Haag;
 - grote stad: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag.
- c. De afstand tot het ziekenhuis is als volgt ingedeeld:
 - groep 1: artsen met praktijkadres in dezelfde woonplaats waarin ook het ziekenhuis ligt;
 - groep 2: artsen met praktijkadres op een afstand van het ziekenhuis tussen de 1 en 15 km;
 - groep 3: artsen met praktijkadres meer dan 15 km verwijderd van een ziekenhuis.

Literatuur

1. Verweij CG. Ontwikkelingen in het raadplegen van alternatieve genezers en huisartsen, 1985-1990. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1992; 11(5): 4-11.
2. Aakster CW. Maatschappelijke situering van de alternatieve geneeswijzen. In: Aakster CW, Wijk R van,

Dijk PA van. Integratie geneeskunde; een inleiding. Groningen: Wolters-Noordhoff 1989.

3. Kleijnen J, Knipschild P, Riet G ter. Clinical trials of homeopathy. BMJ 1991; 302: 316-23.

4. Advies inzake de verstrekking van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1991.

5. Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Uitkomsten van een enquête. Huisarts en Wetenschap 1988; 31: 252-6.

6. Knipschild P, Kleijnen J, Riet G ter. Geloof in alternatieve geneeswijzen. Medisch Contact 1990; 45: 421-2.

7. Smagt van der CP. Nog eens alternatieve geneeswijzen; een pleidooi tégen. Medisch Contact 1988; 43: 1281-4.

8. Ariëns EJ. Rapporten alternatieve geneeswijzen; door alternatieven voor alternatieven? Medisch Contact 1991; 46: 375-8.

9. Smagt van der CP. Alternatieve en reguliere geneeswijzen; kan samenwerking ook slecht zijn voor de patiënt? Medisch Contact 1993; 48: 206-8.

10. Dijk van J. Geneeswijzen in Nederland. Deventer: Ankh-Hermes 1979.

11. Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1987. Amstelveen: Ziekenfondsraad 1987.

12. Bensing J, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 2: 51-61.

13. Foets M, Velden J. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.

14. Lamberts H, Woods M. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

15. Velden J van der, Schellevis F, Steen J van der. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1989.

16. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

17. Peters L, Kooij T van der. Huisarts en placebo's; gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact 1992; 47: 850-3.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk

DE MEEST VOORGESCHREVEN WERKZAME STOFFEN

IN NEDERLAND WORDT 75% van alle medicatie voorgeschreven door de huisarts.^{1,2} Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende vorm van therapie in de huisartspraktijk: meer dan de helft (65%) van de contacten tussen patiënt en huisarts eindigt met een voorschrift.³

Landelijk representatieve gegevens over het voorschrijven door huisartsen zijn tot nu toe niet of nauwelijks beschikbaar: meestal wordt er gewerkt met gegevens die uitsluitend betrekking hebben op ziekenfondspatiënten. De belangrijkste twee medicijnbestanden tot nog toe zijn:⁴

- Het Geneesmiddelen Informatie Project:⁵ een continu informatiesysteem over het geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden, gebaseerd op informatie verstrekt door de apotheken. Informatie is bekend over het aantal voorschriften, de hoeveelheid eenheden en de kosten. Zowel de voorschrijver als de afleveraar is bekend, waarbij wat betreft de voorschrijver een onderscheid kan worden gemaakt tussen huisartsen en andere voorschrijvers (met name medisch specialisten). Informatie over particulier verzekerden ontbreekt.
- Een database die is gebaseerd op door honderd apotheken aangeleverde gegevens, vergelijkbaar met die in het Geneesmiddelen Informatieproject. Bovendien is een aantal patiëntkenmerken bekend, zoals leeftijd en geslacht. In dit bestand zijn zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten opgenomen. Van deze laatsten is niet zeker of de data compleet zijn, omdat particuliere patiënten niet in een vaste apotheek zijn ingeschreven.⁶

Behalve dat onderzoek meestal beperkt is tot ziekenfondspatiënten, kan vrijwel nooit een verbinding worden gelegd met morbiditeitsgegevens. Een goede beoordeling van de kwaliteit van prescriptie is alleen mogelijk wanneer de indicatiestelling bekend is. Het voorschrijven wordt bovendien meestal nogal ruw gemeten, bijvoorbeeld met het aantal voorschriften per ver-

M. Foets en L. Stokx

Indicatiestelling, dosering en duur van het door de huisarts uitgeschreven recept zijn globaal in overeenstemming met de richtlijnen van het 'Farmacotherapeutisch Kompas'. Dit blijkt uit een analyse van de veertig meest voorgeschreven werkzame stoffen in de huisartspraktijk, waarvoor gebruik werd gemaakt van gegevens verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk.

zekerde of met de kosten per verzekerde als maatstaf. Over de voorgeschreven dosering en duur van de receptuur is maar zelden iets bekend. Dit artikel wil in deze leemtes voorzien door een overzicht te geven van veertig meest voorgeschreven werkzame stoffen in de huisartspraktijk. Samen omvatten zij 48,5% van het totaal aantal voorschriften. In de discussie zullen de resultaten met betrekking tot indicatie, dosering en waar mogelijk duur, worden vergeleken met de aanbevelingen zoals die werden gedaan in het 'Farmacotherapeutisch Kompas', uiteraard in de versie die ten tijde van het onderzoek van toepassing was.⁷

Methode

De gegevens zijn afkomstig uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk.^{8,9} Aan dit onderzoek is meegewerkt door 161 huis-

artsen in 103 praktijken. Via een aselece niet-proportioneel gestratificeerde steekproef zijn 98 huisartsen gekozen. De stratificatievariabelen waren regio, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis. Om elders toegelichte redenen hebben collega's van deze huisartsen, werkzaam in dezelfde praktijken, ook aan deze studie meegewerkt.⁸

De huisartsen en hun praktijkassistenten hebben gedurende een periode van drie maanden een registratie bijgehouden van alle contacten met patiënten, waarin zij kenmerken van het contact vastlegden, gegevens over de klachten van de patiënt en de diagnose van de huisarts en ten slotte gegevens over de diagnostische en therapeutische interventies. In verband met seizoensinvloeden liep de registratie over een periode van één jaar, van 1 april 1987 tot 31 maart 1988. De deelnemende artsen werden in vier groepen verdeeld. In dit kader zijn ook gegevens verzameld over het voorschrijven van geneesmiddelen. Om logistieke redenen is vanaf de tweede registratieperiode de herhaalreceptuur door assistentes maar voor de helft van de periode geregistreerd. In het totaal zijn 268.951 voorschriften geregistreerd.

Het aantal voorschriften per diagnose bleek niet overwegend te zijn beïnvloed door de reeds genoemde stratificatievariabelen, noch door de participatie aan het onderzoek van collega's van de steekproefartsen en evenmin door de onvolledige registratie van herhaalrecepten. Daarom was het voor deze analyses niet nodig te corrigeren met behulp van weegfactoren.¹⁰

In deze studie wordt het voorschrijffvolume uitgedrukt in zowel de frequentie waarmee wordt voorgeschreven als de omvang van het voorschrijven.

De voorschrijffrequentie geeft weer hoe vaak een huisarts iets voorschrijft,¹¹ en wordt hier uitgedrukt in het aantal voorschriften per diagnose. De voorschrijffrequentie houdt er geen rekening mee hoeveel en welke gebruikseenheden

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

(tabletten, poeders, etc.) artsen per keer voorschrijven. Daarom is in deze studie ook de duur en de dosering van de recepten onderzocht. Deze beide aspecten, die iets zeggen over *hoeveel* er wordt voorgeschreven, worden slechts zelden in een onderzoek betrokken. Beide gegevens zijn niet onafhankelijk van elkaar en kunnen in principe worden berekend doordat de huisarts ten tijde van de registratie niet alleen de handelsnaam en sterkte (bijvoorbeeld Valium, 5mg), maar ook de voorgeschreven hoeveelheid (bijvoorbeeld 30 tabletten) en de wijze van gebruik (meestal een aanwijzing over het aantal tabletten, ml drank, etc. in combinatie met aanwijzingen over

Heeft een huisarts eenmaal besloten een geneesmiddel voor te schrijven, dan is het beeld van de manier waarop bij dat doet meestal positief

wanneer en hoe, bijvoorbeeld: 3 maal per dag 1 tablet) heeft vastgelegd. Uit de voorgeschreven gebruikswijze in combinatie met de sterkte van het voorgeschreven middel kan de voorgeschreven dosering per dag ('prescribed daily dose', 'pdd') worden afgeleid. Vervolgens kon de duur van het voorschrift, uitgedrukt in dagen, worden berekend door de totale voorgeschreven hoeveelheid te delen door de dagdos. De voorgeschreven dagdos (pdd), zoals afgeleid uit onze data, wordt steeds uitgedrukt in milligrammen van de werkzame stof in kwestie.

De voorgeschreven dagelijkse dosis en daardoor ook de duur kunnen in een aantal andere gevallen niet of niet betrouwbaar worden berekend. De belangrijkste reden is dat de voorgeschreven gebruikswijze op het recept onduidelijk is door bijvoorbeeld omschrijvingen als 'Gebruik bekend' of 'Gebruik indien nodig' in plaats van een preciezere aanduiding over het aantal in te nemen tabletten, etc.

Koppeling van de door ons verzamelde gegevens aan de informatie uit de Geneesmiddelen Databank van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) levert extra mogelijkheden op.¹² Ten eerste kunnen de voorgeschreven medicijnen worden geclassificeerd volgens een internationaal geaccepteerd classificatiesysteem, de 'Anatomical Therapeutic Chemical' (ATC)-classificatie. Ten tweede is hierdoor de 'defined daily dose' ('ddd') of standaarddagdos beschikbaar. Dit is een internationale, voor statistisch gebruik bedoelde norm voor de dagelijkse hoeveelheid van het genees-

middel, wanneer het bij een volwassene voor de hoofdindicatie wordt voorgeschreven. Deze studie laat bijgevolg een praktische validering van deze ddd-waarden toe op basis van reële prescriptiegegevens.

Voor elk van de veertig middelen is daarom een pdd/ddd - ratio berekend.*

Voor sommige soorten geneesmiddelen zijn ddd's niet toepasbaar. Voorbeelden zijn preparaten voor topisch gebruik, oplossingen voor intraveneus gebruik, sera en vaccins, carcinostatica, allergeen extracten, anesthesica en röntgen contrastmiddelen. Hoewel voor sommige van deze geneesmiddelengroepen vuistregels bestaan om alsnog een ddd te bepalen, zijn deze voor onze verdere analyses te grof. Uiteraard kan ook in deze gevallen geen pdd/ddd-ratio worden berekend.

De aldus verzamelde prescriptiegegevens kunnen zowel worden gerelateerd aan de door de huisarts gestelde diagnose als aan de kenmerken van patiënten. In de nationale studie zijn de diagnosegegevens geclassificeerd volgens de ICPC.¹³ De patiëntkenmerken werden via een aparte patiëntregistratie verzameld.⁸

In dit artikel zal, voor elk van de veertig geselecteerde werkzame stoffen, worden beschreven:

- bij welke indicatie de stof het meest wordt voorgeschreven: de belangrijkste indicatie;
- de gemiddelde leeftijd van de patiënt;
- hoeveel procent van de recepten bij de belangrijkste indicatie wordt voorgeschreven;
- het marktaandeel van de desbetreffende stof bij de belangrijkste indicatie;
- de gemiddelde duur in dagen van het recept;
- de pdd/ddd-ratio.

Resultaten

De resultaten van de analyses worden in de *tabel* weergegeven. Hierin zijn de veertig meest voorgeschreven werkzame stoffen geordend naar frequentie van voorkomen. Het aantal in deze studie geregistreerde recepten per werkzame stof ligt tussen de 8.157 voor amoxicilline en 1.497 voor feneticilline en voor chlooramfenicol. In de eerste kolom vindt men de namen van de bestudeerde stoffen in de Nederlandse huisartspraktijk. Tussen haakjes staat eerst de ATC-code vermeld en vervolgens - voor zover bekend en mits geen combinatiepreparaat - het jaar waarin het middel in de handel is gekomen. Hieruit blijkt dat deze stoffen zijn verdeeld over een groot aantal geneesmiddelengroepen, werkzaam op het centrale zenuwstelsel, het hart-vaatstelsel, het skelet-spiersstelsel, het ademhalingsstelsel, het maag-darmkanaal en het metabolisme. Verder zijn er anti-microbiële middelen, anticon-

ceptiepillen, dermatologica, een oogmiddel en een antitromboticum. Opvallend is dat alle bestudeerde middelen reeds geruime tijd op de markt zijn: het meest recente dateert uit 1978.

In de tweede kolom volgt voor elk van deze middelen de belangrijkste indicatie. Negen van de tien** meest voorkomende prevalentie diagnoses in de Nederlandse huisartspraktijk komen hier aan bod;¹⁴ deze zijn in de tabel vet gedrukt. In de derde kolom staat de gemiddelde leeftijd van de patiënten die deze middelen bij de genoemde diagnose krijgen voorgeschreven.

In de vierde kolom staat een percentage dat weergeeft hoeveel procent van alle recepten voor elk van de werkzame stoffen zijn voorgeschreven bij de belangrijkste indicatie. Dit percentage zegt iets over de indicatiebreedte van de bestudeerde stoffen en varieert aanzienlijk. Zo ziet men in deze cijfers duidelijk de verschillen tussen breed-spectrum en smal-spectrum antibiotica weerspiegeld (amoxicilline en doxycycline, respectievelijk 27% en 28% versus feneticilline met 48%), evenals de verschillen in indicatiebreedte voor verschillende diazepine-derivaten.

In de vijfde kolom staat te lezen hoe vaak het desbetreffende middel wordt voorgeschreven bij de eerste indicatie, indien er iets wordt voorgeschreven. Dit cijfer geeft dus het marktaandeel weer van het betrokken middel bij de eerste indicatie. Bij een verzoek om anticonceptie vormen de drie hier bestudeerde contraconceptiva 88% van de voorschriften. Ook blijkt, dat de vijf hier bestudeerde middelen bij infecties van de bovenste luchtwegen samen 52% van de recepten bij deze indicatie vormen. Voor de indicatie 'angstig/nerveus' vormen drie van de hier bestudeerde benzodiazepines 67% van alle recepten. Voor de indicatie 'slaapstoornis' vormen de twee overige hier bestudeerde benzodiazepinederivaten 51% van de recepten.

De zesde kolom vermeldt voor welke duur de voorschriften worden voorgeschreven en kolom zeven, tenslotte, de pdd/ddd-ratio. Bij deze ratio valt op dat afwijkingen meestal wijzen op een, vergeleken met de internationale standaard, zekere voorzichtigheid van de Nederlandse huisarts bij het doseren van de medicijnen. Een extreme uitzondering naar boven is vitamine B complex.

Conclusies

In dit artikel werd een beschrijving gegeven van de veertig meest voorgeschreven werkzame stoffen in de Nederlandse huisartspraktijk. Hiertoe werd gebruik gemaakt van gegevens verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Nederlandse Huisartspraktijk. Deze studie heeft twee

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Tabel. De 40 meest voorgeschreven werkzame stoffen in de Nederlandse huisartspraktijk, met belangrijkste (= eerste) indicatie, gemiddelde leeftijd, marktaandeel, duur van het recept, pdd/ddd-ratio.

werkzame stof, ATC-code en jaar van invoering	eerste indicatie	gem. leeft.	% bij 1e indic.	% markt-aandeel	duur recept	pdd/ddd
1 amoxicilline (J01CA04) (1972)	acute bronchitis	30	27	27	8	1,05
2 paracetamol (N02BE01) (1893)	infectie bovenste luchtwegen	25	12	06	7	0,45
3 xylometazoline (R01AA07) (1959)	infectie bovenste luchtwegen	24	30	15	14	0,83
4 doxycycline (J01AA02) (1966)	sinusitis	37	28	31	9	1,14
5 diclofenac (M01AB05) (1974)	myalgia/fibrositis	48	14	18	11	1,29
6 oxazepam (N05BA04) (1964)	angstig/nerveus	57	43	35	38	0,54
7 expectorantia exclusief mucolytica: combinatiepreparaten (R05CA10)	infectie bovenste luchtwegen	30	41	15	10	0,82
8 oestrogeen met levonorgestrel in vaste verhouding (G03AA07)	anticonceptie pil	27	87	43	170	1,00
9 ibuprofen (M01AE01) (1969)	myalgia/fibrositis	48	18	15	13	0,95
10 hydrochloorthiazide met kaliumsparende middelen (C03EA01)	ongecompliceerde hypertensie	66	71	12	70	0,80
11 diazepam (N05BA01) (1961)	angstig, nerveus	54	36	19	41	1,06
12 furosemide (C03CA01) (1964)	decompensatio cordis	78	29	30	53	1,35
13 oestrogeen met levonorgestrel, sequentieel preparaat (G03AB03)	anticonceptie pil	25	90	25	165	1,00
14 paracetamol combinatiepreparaten excl. psycholeptica (N02BE51)	infectie bovenste luchtwegen	36	16	04	6	0,56
15 atenolol (C07AB03) (1975)	ongecompliceerde hypertensie	58	87	11	76	0,73
16 salbutamol (tracheaal) (R03AC02) (1968)	astma bronchiale	40	37	21	-	-
17 metoprolol (C07AB02) (1975)	ongecompliceerde hypertensie	60	70	08	68	0,71
18 temazepam (N05CD07) (1969)	slaapstoornis	63	65	23	46	0,81
19 nitrazepam (N05CD02) (1965)	slaapstoornis	70	81	28	52	0,97
20 oestrogeen met desogestrel in vaste verhouding (G03AA09)	anticonceptie pil	24	88	20	48	1,00
21 vitamine B complex (A11EA)	algemene malaise	59	17	41	48	1,63
22 codeïne (R05DA40) (?)	hoesten	44	34	22	10	0,46
23 propranolol (C07AA05) (1964) --	ongecompliceerde hypertensie	60	61	07	61	0,63
24 digoxine (C01AA05) (1968)	decompensatio cordis	78	31	23	71	0,82
25 broomhexine (R05CB02) (1963)	infectie bovenste luchtwegen	36	28	05	12	1,19
26 co-trimoxazol (J03BA01)	cystitis/urinewegs-infectie NNO	49	48	24	9	0,86
27 lokale anti-rheumatica NNO (M02A)	myalgia/fibrositis	48	38	19	-	-
28 miconazol (D01AC02) (1971)	dermatophytosis/-mycosis	35	63	45	-	-
29 triamcinolon (D07AB09) (1956)	overig eczeem	40	53	23	-	-
30 indometacine (M01AB01) (1963)	lumbago	44	11	09	10	0,96
31 isosorbidedinitraat (C01DA08) (1946)	angina pectoris	72	45	27	56	0,85
32 carbasalaatcalcium (N02BA15) (1951)	infectie bovenste luchtwegen	34	18	03	7	0,52
33 acetylcysteïne (R05CB01) (1962)	infectie bovenste luchtwegen	43	25	04	10	1,19
34 naproxen (M01AE02) (1973)	pijnlijke menstruatie	27	12	42	13	1,35
35 lorazepam (N05BA06) (1971)	angstig/nerveus	56	47	13	46	1,15
36 domperidon (A03FA03) (1978)	afwijking maagfunct./gastr.	41	19	17	-	-
37 antacida: combinatiepreparaten met Al-, Ca- en Mg-verbindingen (A02AD)	afwijking maagfunct./gastr.	45	34	28	-	-
38 acenocoumarol (B01AA07) (1955)	oud infarct	62	19	17	-	-
39 feneticilline (J01HA09) (1960)	acute tonsillitis/adenoïtis	24	48	32	7	0,99
40 chlooramfenicol (S01AA01) (1949)	ov. conjunctivitis: allergisch/NEC	34	40	22	-	-

belangrijke voordelen: ten eerste is het mogelijk medicatiegegevens te beschrijven in relatie tot de indicatiestelling, ten tweede bevat deze studie niet alleen informatie over de voorschrijffrequentie, maar ook over duur en dosering. De meest voorkomende indicaties bij de veertig geselecteerde medicijnen komen goed overeen met de indicaties zoals die worden aanbevolen in het 'Farmacotherapeutisch Kompas'.⁷ Hierop zijn twee uitzonderingen vermeldenswaard:

1. De indicatiestelling voor vitamine B complex is in de huisartspraktijk duidelijk ruimer dan in het 'Farmacotherapeutisch Kompas', dat slechts een zeer beperkt indicatiegebied voor het gebruik ervan ziet. Uit het overzicht bleek 'algemene malaise' de meest voorkomende indicatie te zijn. Deze diagnose geldt niet zonder meer als een indicatie voor vitamine B complex. Uit aanvullende analyses bleek, dat pas de derde indicatie 'vitamine-voedingsdeficiëntie' ook als

aldusdanig geldt in het 'Farmacotherapeutisch Kompas'. De ruimere toepassing van vitamine B complex bleek overigens ook reeds uit het feit dat dit middel ruim (nummer 21 op de ranglijst) bij de eerste veertig werkzame stoffen vertegenwoordigd was.

2. Het samenstellers van het 'Farmacotherapeutisch Kompas' neemt een wat sceptische houding aan ten aanzien van de werkzaamheid van de hoest- en verkoudheidsmiddelen. Het voor-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

schrijven van expectorantia in combinatiepreparaten blijkt nog veel voor te komen, maar wordt in het 'Farmacotherapeutisch Kompas' niet rationeel geacht. Zoals reeds gezegd *doseren* de huisartsen meestal voorzichtig, wanneer men dit afmeet aan de internationaal vastgelegde standaarddosering. De in kolom 7 geregistreerde afwijkingen zijn meestal terug te voeren op het feit dat de aanbevelingen in het 'Farmacotherapeutisch Kompas' niet geheel overeenkomen met de ddd. Nederlandse huisartsen lijken zich in deze gevallen naar het 'Farmacotherapeutisch Kompas' te richten. Een andere verklaring die mogelijk een rol speelt bij paracetamol, al dan niet in combinatiepreparaten, is het feit dat deze middelen tot de meest voorgeschreven middelen bij kinderen behoren. Opvallend was de hoge pdd/ddd-ratio bij vitamine B complex. De vraag is in hoeverre hier sprake is van zogenoemde orthomoleculaire toepassingen. De relatief hoge pdd bij Naproxen kan worden toegeschreven aan de in Nederland op de markt zijnde tabletten à 600 mg, terwijl de ddd voor dit middel slechts 500 mg bedraagt. Over de *duur* van de voorschriften is het moeilijker conclusies te trekken. Voor een groot aantal van de hier beschreven medicijnen is dit ook niet zinvol, omdat deze over het algemeen langdurig/chronisch worden gebruikt. Opvallend is wel dat terughoudendheid wordt geadviseerd bij het voorschrijven van benzodiazepinederivaten, terwijl daarvan in deze studie niet veel is terug te vinden. Van de vijf gerapporteerde middelen is de gemiddelde duur van de recepten tussen de 34 en de 52 dagen. Wat betreft de bestudeerde antimicrobiële middelen valt in deze studie op, dat de gemiddelde kuurlengte wat langer

uitvalt dan wat tegenwoordig met name in de huisartsgeneeskundige standaarden wordt geadviseerd.^{15,16***}

Concluderend kunnen we stellen dat, indien de huisarts de beslissing heeft genomen de patiënt een geneesmiddel voor te schrijven, het beeld van de manier waarop hij dat doet meestal positief is. De indicatiestelling, de dosering en de duur van het door hem uitgeschreven recept zijn globaal in overeenstemming met de richtlijnen zoals geformuleerd in het 'Farmacotherapeutisch Kompas'. Deze uitspraak is natuurlijk gebaseerd op een analyse van de veertig meest voorgeschreven werkzame stoffen in de huisartspraktijk en heeft betrekking op de eerste indicatie. De resultaten voor de tweede en derde indicatie wijzen in dezelfde richting.¹⁰

Voor zover hier afwijkingen zijn gesignaleerd van dit over het algemeen positieve beeld - bedoeld worden het voorschrijven van vitamines en van benzodiazepine derivaten - zijn deze momenteel onderwerp van nadere analyses. •

M. FOETS EN L. STOKX,
beiden werkzaam bij het Nivel te Utrecht

Noten

* Deze ratio is, evenals de duur, uiteraard gebaseerd op een bepaalde fractie van alle recepten, namelijk die waarvoor een pdd kon worden berekend. In procenten uitgedrukt lag dit aantal tussen de 34 (bij doxycycline) en 95 (bij co-trimoxazol en indometacine).

** De uitzondering betreft de diagnose 'geen ziekte'.

*** De duur van negen dagen bij co-trimoxazol kan overigens niet worden verklaard door de langere geadviseerde duur van de medicatie voor mannen met urineweginfecties.

Literatuur

1. Doorn AB van, Does E van der, Lubsen J. Over de noodzaak van geneesmiddelenonderzoek in de huisartspraktijk. TGO/JDR 1989; 1: 35-8.
2. Tempelaar AF. Iatrogene schade en geneesmiddelen. Pharmaceutisch Weekblad 1991; 32: 326-8.
3. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Utrecht: Nivel, 1992.
4. Haaijer-Ruskamp FM. Drug utilization Studies in the Netherlands. Pharmaceutisch Weekblad (Scientific Edition) 1990; 12: 91-6.
5. GI-Projecties. Uitgave Geneesmiddelen Informatie Project Ziekenfondsraad. Oktober 1991.
6. Leufkens HGM, Bakker A, Hekster YA. Risk indicators from pharmacy records: a prescription drug use database of patients on antirheumatic therapy. Proceedings of the 4th international conference on pharmacoepidemiology. Chelsea: Lewis, 1988.
7. Centrale Medische Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1987. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
8. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
9. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 34(2): 51-61.
10. Stokx LJ, Foets M, Bakker DH de, Flierman H. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
11. Haaijer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren. Proefschrift. Meppel: Krips, 1984.
12. Smet PAGM de. Het wetenschappelijke deel van de KNMP-Geneesmiddelen Databank. 2: Doelstelling, plaatsbepaling en basisprincipes. Pharmaceutisch Weekblad 1988; 123: 214-6.
13. Lamberts H, Woods M. International classification of primary health care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
14. Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC Schellevis FG. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
15. Balen FAM van, Baselier PJAM, Pienbroek E van Winkens RAG. NHG-standaard Urineweginfecties. Huisarts en Wetenschap 1989; 32 (11): 439-43.
16. Balder FA, Dagnelie CF, Jong LJ de, Kootte H. Acute keelpijn. NHG-standaard. Huisarts en Wetenschap 1990; 33 (8): 323-6.

Competentie van huisartsen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen

Een onderzoek op basis van papieren patiënten

M. Foets, F.G. Schellevis, L. van Dijk *

Het doel van deze studie is het verkrijgen van inzicht in de competentie van huisartsen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. Hierbij wordt de voorschrijfcompetentie bestudeerd in samenhang met huisarts- en praktijkkenmerken. Deze competentie reflecteert de farmacologische juistheid, de dosering en de duur van het voorgeschreven medicament. Onderzocht zijn 157 huisartsen en hun recepten bij 6 papieren patiënten (N=459). De voorschrijfcompetentie, gemeten aan de hand van de door de onderzoekers gestelde criteria, blijkt vrij goed te zijn. De verschillen tussen de huisartsen zijn niet erg

groot. De competente huisarts kenmerkt zich tegenover de minder competente huisarts als iemand die: a) een negatievere houding heeft ten aanzien van symptoomgericht voorschrijven; b) de vakbladen *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Huisarts en Wetenschap* en het *Geneesmiddelenbulletin* vaker leest; c) jonger is; d) minder snel placebo's voorschrijft. Bij interpretatie van de gegevens moet rekening gehouden worden met het feit dat niet het werkelijke maar het intentionele gedrag van de arts gemeten is.

Trefwoorden: huisarts, competentie, prescriptie, kwaliteit

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende therapievorm in de huisartspraktijk.¹ Het gebruik van geneesmiddelen is in Nederland relatief laag vergeleken met dat in de omliggende landen.² Wel bestaan er aanzienlijke verschillen in het voorschrijfgedrag van huisartsen, zowel in de omvang als in de aard van de voorgeschreven middelen.³ Daarom krijgt de kwaliteit van het voorschrijven van artsen veel aandacht.^{4,5}

Wanneer een huisarts, naar aanleiding van één of meer klachten van de patiënt tot een werkhypothese is gekomen, staat hij voor de volgende beslissingen: a) is medicamenteuze behandeling geïndiceerd; b) zo ja, welk geneesmiddel is bij deze patiënt de beste keuze (gezien het bestaan van andere aandoeningen, het gebruik van andere medicamenten en gezien de voorgeschiedenis); en c) in welke dosering en voor hoe lang moet het worden voorgeschreven?⁶

Als het gaat om kwaliteit van het voorschrijven wordt vaak de term 'rationeel' gebruikt.⁷ Criteria voor rationeel voorschrijven zijn dat het geneesmiddel geïndiceerd en geschikt is voor de behandeling van de aandoening, dat het wordt voorgeschreven in een juiste dosering en voor een juiste tijdsduur, en dat er een gunstige balans is tussen effectiviteit en veiligheid.^{7,8} Dit wordt ook wel de farmacologische juistheid genoemd. Daarnaast kunnen ook de

kosten van het recept beschouwd worden als een aspect van kwaliteit. In dit artikel wordt het begrip kwaliteit afgebakend tot farmacologische juistheid.

Onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen gebeurt vaak aan de hand van zogenaamde *papieren casus*^{3,9}, waarbij men in feite de competentie van de huisarts meet, terwijl de relatie met het reële voorschrijfgedrag niet zondermeer duidelijk is. Toch wordt deze methode vaak toegepast: ten eerste geldt het methodische voordeel dat artsen gemakkelijk onderling kunnen vergeleken worden omdat ze allemaal dezelfde casus voorgelegd krijgen.¹⁰ Daarnaast geldt het praktische voordeel dat deze methode in veel situaties een aantrekkelijk alternatief vormt, omdat het verkrijgen van reële prescriptiegegevens kostbaar en arbeidsintensief is.

Uit onderzoek op basis van papieren casus blijkt steeds dat met name jongere en dus recenter afgestudeerde artsen meer competent zijn inzake het voorschrijven van geneesmiddelen. Verder gaat een positievere houding ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen als behandelingsvorm gepaard met minder competentie, terwijl een kritische houding ten aanzien van de farmaceutische industrie met een betere competentie gepaard gaat.^{3,9}

Naast de genoemde variabelen levert elke studie weer verklarende variabelen op die in andere studies niet zijn onderzocht of niet relevant bleken. Belangrijk is de conclusie dat verschillen in voorschrijfcompetentie grotendeels verklaard worden door factoren die onafhankelijk zijn van de morbiditeit.

Mokkink maakte in zijn onderzoek gebruik van *ziekenfondsgegevens*.¹¹ Op basis van een exploratieve factoranalyse bleken er twee onafhankelijke dimensies in het voorschrijfgedrag onderscheiden te kunnen worden: specifiek en specifiek voorschrijven. Aspecifiek voorschrijven

* M. Foets, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht
F.G. Schellevis, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde / Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit Amsterdam
L. van Dijk, Interuniversity Center for Sociological Theory and Methodology (ICS), Rijksuniversiteit Utrecht (destijds: NIVEL, Utrecht)

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

betreft middelen die in de regel een breed indicatiegebied bestrijken, betrekking hebben op niet ernstige ziektes, voor te schrijven zijn bij onduidelijke en onzekere diagnoses, in de regel niet onmisbaar zijn en gebruikt kunnen worden als symptomatische aanpak bij psychosociale problematiek. Als gevolg van deze omschrijving wordt aan aspecifiek voorschrijven een negatieve connotatie verbonden.¹² Mokkink vond dat verschillen tussen praktijken in de hoeveelheid voorgeschreven aspecifieke medicatie niet zijn toe te schrijven aan verschillen in morbiditeit in de patiëntenpopulaties. In het onderzoek van Mokkink werd het percentage bejaarden in de praktijk gebruikt als indirecte maat voor morbiditeit.

In tegenstelling tot Haaijer-Ruskamp en Mokkink, vond de Maeseneer tenslotte dat juist de morbiditeit het grootste deel van de verschillen in voorschrijfgedrag tussen artsen verklaarde.¹² Zijn onderzoek was gebaseerd op *reële prescriptiegegevens*, waarbij bovendien de *indicatie* bekend was.

Beide methoden - papieren casus en reële prescriptiecijfers - hebben voor- en nadelen. Bovendien stelt zich zoals reeds gezegd de vraag of met beide instrumenten wel hetzelfde gemeten wordt. Belangrijk is het reeds genoemde methodische voordeel van papieren casus dat voor morbiditeit en patiëntkenmerken gecontroleerd wordt.¹⁰

In het kader van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is op basis van papieren casus een onderzoek uitgevoerd naar de competentie van de deelnemende huisartsen inzake het voorschrijven.¹³ Dit maakt het mogelijk om eerder onderzoek - met name dat van Haaijer-Ruskamp³ - te repliceren bij een landelijke steekproef van Nederlandse huisartsen. Hierdoor wordt het tevens mogelijk meer duidelijkheid te krijgen over een aantal factoren die mogelijk verschillen in voorschrijfcompetentie verklaren. Om één en ander te realiseren werd als intermediair doel tevens gesteld het ontwikkelen van een - in vergelijking met eerder onderzoek - verbeterde maat aan de hand waarvan de voorschrijfcompetentie kan beoordeeld worden.

GEGEVENS EN METHODE

In de periode van april 1987 tot en met maart 1988 is door het NIVEL een grootschalig onderzoek uitgevoerd bij een selecte steekproef van Nederlandse huisartsen.¹³ Het doel van de studie was het verkrijgen van inzicht in

- de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk;
- de door de huisartsen naar aanleiding hiervan ondernomen acties.

Aan het onderzoek hebben 161 huisartsen meegewerkt.

Papieren patiënten

De meewerkende huisartsen (N=161) is ondermeer gevraagd een schriftelijke enquête in te vullen. In het kader hiervan is de huisartsen een lijst van zes 'papieren patiënten' (figuur 1) voorgelegd die reeds in eerder onderzoek gebruikt zijn.^{3,9} Gevraagd werd of de huisarts aan de betreffende patiënt een recept zou voorschrijven en zo ja, om het volledige recept uit te schrijven. Bij de beschrijvingen is getracht om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de

Papieren patiënt 1

Patiënt is een 40-jarige man, gehuwd, drie kinderen. Nadat hij op spreekuur was geweest met klachten over hoofdpijn, moeheid en zo nu en dan wat hartkloppingen, waarbij u geen andere afwijkingen vindt dan een bloeddruk van 175/105, is hij in korte tijd twee keer bij u terug geweest voor controle en werd gevonden respectievelijk 180/100 en 170/110. U hebt vervolgens een thoraxfoto, IVP en een ECG laten maken; geen afwijkingen, behoudens enkele unifocale extrasystoles. Nierfuncties, electrolyten - geprikt bij een huisartsenlab - geen afwijkingen. Hij rookt niet, is wat te zwaar. Heeft een enerverend beroep, drinkt incidenteel.

Papieren patiënt 2

Een 36-jarige vrouw, die over enige tijd gaat verhuizen naar de plaats waar haar man sinds een maand of wat werkt, komt erg in de put op spreekuur. 'Eerst heb ik drie maanden een weekend-huwelijk gehad, moest ik de kinderen alleen opvangen; straks komt de verhuizing, die ik ook helemaal alleen moet organiseren. Ik kan er niet meer van slapen, kunt u mij niet helpen?'

Papieren patiënt 3

Een 20-jarige man, beroepsvoetballer, komt op spreekuur. Hij is een week geleden gevallen tijdens een wedstrijd en heeft daarbij zijn rechterknie bezeerd. 's Avonds kreeg hij wat meer last, de knie was ook opgezet. Stevig verband en weinig lopen hebben wel geholpen, maar over is het niet. Overige gegevens: kniefunctie ongestoord, geen aanwijzing voor meniscuslaesie. Spootje vocht en drukpijn onder patella.

Papieren patiënt 4

Patiënte is een 36-jarige vrouw, gehuwd en moeder van twee zoons van respectievelijk 8 en 12 jaar. Zij komt regelmatig voor pilcontrole, verder geen bijzonderheden. Ze belt thans (zelf) omdat ze zich niet lekker voelt; ze heeft 37,9° en wat keelpijn bij het slikken. Ze hoest niet en geeft niet op. Gisteren bent u reeds bij haar zoontje geweest, die een angina tonsillaris bleek te hebben. Ze dringt er bij u op aan haar te helpen, 'want ik kan me niet permitteren in bed te gaan liggen'.

Papieren patiënt 5

Een 27-jarige vrouw komt op het spreekuur met allerlei vage klachten. Uw mening, dat hier sprake is van een 'gemaskeerde' depressie wordt door de patiënte niet afgewezen. Desondanks komt ze twee weken later terug met hetzelfde beeld.

Papieren patiënt 6

Een 20-jarige man, zittend beroep, komt op spreekuur. Hij heeft pijn. Hij is een week of wat geleden gevallen en heeft daarbij zijn rechterknie bezeerd. 's Avonds kreeg hij wat meer last, de knie was ook opgezet. Stevig verband en weinig lopen hebben wel geholpen, maar over is het niet. Overige gegevens: kniefunctie ongestoord, geen aanwijzing voor meniscuslaesie. Spootje vocht en drukpijn onder de patella.

Figuur 1 Beschrijving van de papieren patiënten

realiteit van de huisarts door gevallen te kiezen die regelmatig in de huisartspraktijk voorkomen.

De casus zijn zo gekozen dat het op professionele gronden mogelijk is om wel, maar ook om geen geneesmiddel(en) voor te schrijven.³ De klachten en problemen die aan de hand van de papieren patiënten zijn beschreven kunnen namelijk beschouwd worden als ziekten, waarvan het beloop weinig of niet door het gebruik van medicatie wordt beïnvloed.

De respons op de enquête bedroeg 97,5% (N=157).

Voorschrijfcompetentie

De door de huisartsen uitgeschreven recepten zijn beoordeeld met behulp van een kwaliteitsmaat gebaseerd op het

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Farmacologische juistheid

Gezien de indicatie in de casus beoordeel ik het voorgeschreven geneesmiddel als volgt:

- 0 Het is onwaarschijnlijk dat deze farmacotherapie substantieel bijdraagt tot het verlichten van de klachten, terwijl de ratio hoofdwering/bijwerkingen een behandeling hiermee niet rechtvaardigt.
- 1 Het geneesmiddel bevat (een) stof(fen) waaraan een zekere werking niet ontzegd kan worden, maar waarvan de werking zo discutabel is en/of de bijwerkingen van dien aard zijn, dat deze keuze plaats zou moeten maken voor een andere.
- 2 Het geneesmiddel bevat (een) stof(fen) die weliswaar werkzaam is (zijn) voor de indicatie, maar er bestaan betere, gezien de werking en/of bijwerkingen.
- 3 Het geneesmiddel bevat (een) stof(fen) die zeer geschikt is (zijn) voor de indicatie, gezien de ratio hoofdwering/bijwerking.

Dosering

In relatie tot de farmacologische juistheid van het geneesmiddel vind ik de dosering:

- 0 Veel te hoog/veel te laag
- 1 Te hoog/te laag
- 2 Acceptabel
- 3 Goed

Voorschrijfduur

In relatie tot de farmacologische juistheid van het geneesmiddel vind ik de voorschrijfduur:

- 0 Veel te lang/veel te kort
- 1 Te lang/te kort
- 2 Acceptabel
- 3 Goed

Figuur 2 Kwaliteitsmaat

onderzoek van Haaijer-Ruskamp.³ De maat die in dit onderzoek gebruikt is, omvat drie kwaliteitsbepalende criteria (figuur 2). De waardering van de criteria dosering en duur, is - in tegenstelling tot wat eerder het geval was bij Haaijer-Ruskamp - afhankelijk gesteld van de waardering voor farmacologische juistheid, vanuit de gedachte dat, indien een middel niet geïndiceerd is bij de gestelde indicatie, het niet voorgeschreven dient te worden en daarom iedere duur en dosering 'verkeerd' zijn (zie noot).

Zoals blijkt uit figuur 2 bestaat de maat uit drie vierpuntsschalen. De scores 0 en 1 zijn 'niet acceptabel', de scores 2 en 3 wel. Ook blijkt uit deze figuur dat bij de beoordeling van de farmacologische juistheid zowel met de effectiviteit, gedefinieerd als de farmacologische werkzaamheid, als met de toxiciteit, gedefinieerd als de bijwerkingen, is rekening gehouden.

De drie genoemde criteria zijn gewogen op basis van een schriftelijke enquête bij 17 apothekers, waarin werd gevraagd om in algemene zin 100 punten te verdelen over de drie kwaliteitsbepalende criteria. Het resultaat van deze peiling geeft aan dat de farmacologische juistheid belangrijker gevonden wordt dan de dosering en de voorschrijfduur (resp. 47, 30 en 23 punten).

De recepten zijn beoordeeld door een panel bestaande uit twee huisartsen en twee apothekers. Na individuele beoordeling is vervolgens de overeenstemming tussen de beoordelaars bepaald aan de hand van de volgende criteria: indien de beoordelingen meer dan een punt uit elkaar lagen, werden zij gezien als niet overeenstemmend. De scores 0 en 1 werden dus als overeenkomend gezien, in

casu als 'niet acceptabel', evenals de scores 2 en 3, in casu als 'wel acceptabel'. Een uitzondering is gemaakt voor de scores 1 en 2: zij worden ook als verschillend beschouwd omdat de score 2 volgens de definitie/omschrijving (figuur 2) binnen de grenzen van het acceptabele valt en de score 1 niet meer.

De mate van overeenstemming is uitgedrukt in overeenstemmingspercentages en niet door middel van Cohen's kappa, omdat deze maat moeilijk interpreteerbaar is wanneer de verdeling van de randtotalen sterk onevenwichtig is.^{14,15} Dit was in deze studie herhaaldelijk het geval. De overeenstemmingspercentages zijn voor de meeste recepten vrij hoog, namelijk boven de 80%.

Wanneer zich bij de individuele beoordelingen van de recepten door de panelleden een meerderheid voor een bepaald standpunt aftekende werd dit meerderheidsstandpunt de aan de arts toegekende score. Over de 56 recepten waarover volgens de gestelde criteria onvoldoende overeenstemming was, werd een consensusoverleg met het panel gehouden.

Elke deelnemende huisarts kreeg voor iedere papieren patiënt een score, die het gewogen gemiddelde is van de waarderingen voor de drie afzonderlijke criteria. Bij artsen met één ontbrekende waarde wat betreft dosering of voorschrijfduur is het gemiddelde van de scores op de vijf andere patiënten op het betreffende criterium als waarde ingevuld. De hoogste score werd toegekend indien een arts een medicament voorschreef dat door het panel werd beoordeeld als farmacologisch juist, met een goede dosering en voorschrijfduur, of indien hij niets voorschreef. Dit laatste is verantwoord omdat de beschrijvingen van de papieren patiënten zoals gezegd dusdanig opgesteld zijn, dat geen farmacotherapeutische behandeling een goede keuze was.

Per arts wordt tevens een totaalscore berekend die het gemiddelde is van deze zes scores. Bij de somming tot één score per huisarts zijn de scores op de papieren patiënten eveneens gewogen: casus 5 kreeg een half gewicht toegekend omdat de consensus tussen de beoordelaars laag uitviel: de overeenstemmingspercentages bedroegen hier maximaal 50%.

Artsen met meer dan één onvolledig recept zijn niet in de analyses opgenomen. Dit betreft 5 artsen. Het maximale aantal mogelijke recepten is dus $(152 \times 6) = 912$.

Arts- en praktijkkenmerken

Eveneens via de huisartsenenquête is informatie verzameld over huisarts- en praktijkkenmerken. Meer specifiek betrof dit individuele artskenmerken (geslacht, leeftijd en universiteit van afstuderen), kenmerken over de praktijklocatie en -organisatie (regio, urbanisatiegraad, afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, praktijkgrootte, aantal bejaarden in bejaardentehuis, praktijkvorm, al of niet apotheekhoudend), attitudes (inschatting van de rol van psychosociale factoren bij klachten; inschatting aantal patiënten dat een recept verwacht, inschatting van aantal patiënten dat onnodig op het spreekuur komt; houding ten aanzien van placebo's, alternatieve geneeswijzen, symptoomgericht voorschrijven); werkstijlkenmerken (tijd per patiënt op het spreekuur, toepassing van placebo's, alternatieve geneeswijzen); arbeidssatisfactie; wijze van omgaan met

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

	Dit onderzoek	Onderzoek Haaijer- Ruskamp
Patiënt 1, lichte hypertensie, 40 jaar, man		
Geen farmacotherapie	15,9	8,5
Betablokkers	61,1	45,8
Diuretica	11,5	26,3
Patiënt 2, insomnia, 36 jaar, vrouw		
Geen farmacotherapie	45,2	21,2
Benzodiazepines	52,3	60,2
Antidepressiva	1,3	0,8
Patiënt 3, knietrauma, 20 jaar, man, beroepsvoetballer		
Geen farmacotherapie	82,3	61,0
Antirheumatica	15,3	33,9
Dermatologica	0,6	1,7
Patiënt 4, verhoging, keelpijn, 36 jaar, vrouw		
Geen farmacotherapie	26,1	11,9
Analgetica	45,9	22,9
Penicillines	11,5	21,2
Patiënt 5, 'gemaskeerde' depressie, 27 jaar, vrouw		
Geen farmacotherapie	57,4	39,0
Antidepressiva	40,1	43,2
Benzodiazepines	1,3	8,4
Patiënt 6, knietrauma, 20 jaar, man, zittend beroep		
Geen farmacotherapie	80,9	66,9
Antirheumatica	14,7	21,1
Analgetica	3,2	0,8

Tabel 1 Voorgeschreven geneesmiddelen per papieren patiënt geclassificeerd volgens de ATC-codering in dit onderzoek (N=157) en in het onderzoek van Haaijer-Ruskamp³ (N=118) in percentages van het aantal huisartsen

onzekerheid; gebruik van informatiebronnen. Deze informatie werd verzameld om verschillen in het diagnostisch en therapeutisch gedrag van artsen, in casu het voorschrijven, te helpen verklaren.

Analyse

Via een multiële regressie-analyse is onderzocht welke van de hierboven genoemde arts- en praktijkkenmerken een verklaring geven voor de verschillen in voorschrijfcompetentie.

Omdat uit eerder onderzoek (zie de inleiding) de relevantie van al deze variabelen niet zondermeer duidelijk is, werden eerst enkelvoudige regressiecoëfficiënten berekend. Alleen de variabelen waarvan het significantieniveau lager was dan $p=0,10$ zijn vervolgens meegenomen in de multiële regressie-analyse.

RESULTATEN

De recepten

Op een totaal van 912 mogelijke recepten is door de huisartsen daadwerkelijk 459 keer iets voorgeschreven. Deze recepten (N=459) zijn gecodeerd volgens de ATC-classificatie.¹⁶ In de eerste kolom van tabel 1 staan de twee meest voorgeschreven medicijn groepen per papieren patiënt, plus de categorie 'geen recept'.

	Papieren patiënt					
	1	2	3	4	5	6
0 - <1	3	4	3	25	4	1
1 - <2	9	5	1	2	17	1
2 - <2,5	23	21	5	6	12	5
2,5 - 3	117	122	143	119	119	145
Gem. score	2,6	2,7	2,9	2,5	2,7	2,9

Tabel 2 Competentiescores voor de zes papieren patiënten (N=152)

Bij de patiënten met een knietrauma (patiënt 3 en 6) wordt door ruim 80% van de huisartsen niets voorgeschreven. Aan de patiënt met een lichte vorm van hypertensie wordt door de meeste huisartsen wel een geneesmiddel voorgeschreven. Aan de patiënten met psychosociale problemen (casus 2 en 5) wordt in ongeveer de helft van de gevallen geen medicatie voorgeschreven. Ter vergelijking zijn in de tweede kolom de resultaten uit het onderzoek van Haaijer-Ruskamp weergegeven.³

Voorschrijfcompetentie

Van de 912 recepten waren er 5,2% onacceptabel wat betreft farmacologische juistheid, 8,1% wat betreft dosering, 9,3% wat betreft voorschrijfduur en 8,2% globaal. Van de daadwerkelijke receptuur (N=459) is 16,3 niet acceptabel. In tabel 2 zijn de competentiescores voor de zes papieren patiënten weergegeven. Veel artsen scoren tussen 2,5 en 3, waarbij 3 de hoogst mogelijke score is.

De verdeling van de totaalscores per huisarts is weergegeven in tabel 3. Hieruit blijkt dat de meeste huisartsen volgens de gestelde criteria en uitgaande van hun intentionele gedrag goede voorschrijvers zijn.

Slechts een beperkt aantal huisartsen, namelijk zeven, heeft over het algemeen slechtere receptuur uitgeschreven. Er zijn dus wel verschillen tussen huisartsen wat betreft de kwaliteit van hun voorschrijven, maar deze blijken vrij gering.

De resultaten van de multivariate regressie-analyse staan te lezen in tabel 4. Volgende huisartskenmerken bleken significant samen te hangen met een goede voorschrijfcompetentie:

- een negatieve houding ten aanzien van symptoomgericht voorschrijven;
- het gebruik als informatiebron van de volgende drie vakbladen: het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap en het Geneesmiddelenbulletin;
- een jongere leeftijd;
- een meer negatieve houding ten aanzien van het voorschrijven van placebo's.

Tabel 3 Verdeling van de totaalscores per arts (N=152)

	Absolute cijfers	%
0 - <1	0	-
1 - <1,5	1	0,7
1,5 - <2	6	3,9
2 - <2,5	20	13,2
2,5 - 3	110	82,2

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Voorschrijfcompetentie	b	se(b)	p	β	% Verklaarde variantie*
Intercept	1,66	0,18			
Positieve houding t.a.v. symptoomgericht voorschrijven	-0,155	0,05	0,001	-0,27	14,8
Lezen vakbladen	0,083	0,03	0,002	0,24	8,3
Geboortejaar	0,008	0,00	0,010	0,21	3,7
Aantal patiënten dat placebo's krijgt	-0,001	0,00	0,015	-0,18	3,3
$r^2 = 0,30$					
* Extra verklaarde variantie door de variabele toegevoegd					

Tabel 4

Regressiecoëfficiënten (b), standard error [se(b)], p-waarde (eenzijdig), gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) en verklaarde variantie van voorschrijfcompetentie verkregen via een voorwaartse multiële regressie-analyse

Deze variabelen tezamen verklaren 30% van de variantie die optreedt tussen de artsen wat betreft hun voorschrijfcompetentie. De houding ten aanzien van het symptoomgericht voorschrijven blijkt de krachtigste voorspeller te zijn.

BESCHOUWING

Vergelijken we de *resultaten* van dit onderzoek met het onderzoek van Haaijer-Ruskamp uit 1984, dan valt op dat hier over de gehele linie minder voorgeschreven is.³ Een verklaring hiervoor kan zijn dat de grote plaats die farmacotherapie inneemt in de huisartsgeneeskunde de laatste jaren meer ter discussie staat.

De *voorschrijfcompetentie* is in dit onderzoek over het algemeen goed. De gunstige scores per casus en de gunstige totaalscores worden mede veroorzaakt door het feit dat in bijna de helft van de gevallen geen geneesmiddel is voorgeschreven, waardoor telkens de maximale score is gehaald. Daarnaast weegt de farmacologische juistheid in de totaalscore het zwaarst. Het percentage onacceptabele recepten is lager dan in eerder onderzoek is vastgesteld: 16,3% in percentages van de daadwerkelijk uitgeschreven receptuur. Omgerekend naar de zes casus in dit onderzoek, was dit in het onderzoek van Haaijer-Ruskamp 30,7%.³

De voorgeschreven geneesmiddelen zijn alle gangbaar en bruikbaar, doch niet noodzakelijk in de beschreven gevallen. Het voorschrijven van een antidepressivum in casus 5 vormde voor het beoordelingspanel de enige echte controverse; om deze reden is aan deze casus minder gewicht toegekend. Het voorschrijven van antirheumatica aan de patiënt met een knietrauma werd door het panel in dit onderzoek als acceptabel beoordeeld, terwijl dit in eerder onderzoek³ als discutabel werd beschouwd. Hieruit blijkt dat de panelsamenstelling invloed heeft op de resultaten en/of dat de inzichten over farmacotherapie in de loop van de tijd zijn veranderd.

Over de *artskenmerken die samenhangen met de voorschrijfcompetentie* bleek - zoals uit eerder onderzoek³ - dat de houding ten aanzien van symptoomgericht voorschrijven een belangrijke verklarende variabele is. Omdat de farmacotherapie bij de door ons gebruikte casus voornamelijk (met uitzondering van patiënt 1) symptoomgericht is, is deze bevinding wellicht een artefact.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat artsen die zeggen gemakkelijk placebo's voor te schrijven, in het algemeen minder competent zijn. Mogelijk staan zij minder kritisch tegenover het voorschrijven en wegen zij hun keuze minder goed af.

In dit onderzoek zijn jongere artsen competent, wat ook bleek uit eerder onderzoek: door hun meer recente opleiding zijn ze waarschijnlijk beter op de hoogte van de nieuwste farmacologische inzichten.³ Ook het lezen van vakbladen hangt in dit onderzoek positief samen met de voorschrijfcompetentie, mogelijk om dezelfde reden.

Eerdere bevindingen omtrent de relatie tussen voorschrijfcompetentie en artskenmerken zijn in dit onderzoek dus bevestigd. Het verdient aanbeveling om de rol van informatie en kennis in een interventie-onderzoek nader te onderzoeken.

Tenslotte kunnen bij dit onderzoek een aantal *methodologische kanttekeningen* geplaatst worden. Artsen die aan weinig papieren patiënten een medicijn hebben voorgeschreven kregen een hoge kwaliteitsscore. Toch zijn zij niet per definitie competente huisartsen: wanneer zij bij een bepaalde klacht wel - moeten - kiezen voor farmacotherapie, kan het zich voordoen dat ze een kwalitatief minder goed geneesmiddel kiezen. Op basis van dit onderzoek kan daarom alleen uitspraak gedaan worden over de voorschrijfcompetentie bij problemen waarbij geen geneesmiddelen geïndiceerd zijn. De waarde van het onderzoek beperkt zich vooral tot de symptomatische farmacotherapie. Het verdient aanbeveling om in toekomstig onderzoek het aantal casus waarbij farmacotherapie geïndiceerd is uit te breiden.

Kwaliteit van het voorschrijven is alleen goed te meten door koppeling aan de morbiditeit van de patiënt.¹⁷ Het gebruik van geregistreerde gegevens uit arts-patiëntcontacten of van de patiëntkaart heeft als nadeel dat de diagnose en de voorgeschreven medicatie van elkaar afhankelijke gegevens zijn, door dezelfde huisarts 'gemaakt', waarbij de kans bestaat dat de arts de diagnose aanpast aan de medicatie die hij wil voorschrijven.¹⁸ Daarnaast is vergelijking tussen artsen op basis van dergelijke gegevens moeilijk omdat individuele patiëntkenmerken het voorschrijfgedrag kunnen beïnvloeden. Het gebruik van papieren patiënten lost deze bezwaren voor een belangrijk deel op. Het voorschrijfgedrag bij papieren patiënten is echter intentioneel gedrag en niet het werkelijke gedrag. Het is daarom mogelijk dat de artsen neigen naar sociaal wenselijk gedrag en dus naar een ideaal voorschrijven, wat tot een overschatting van de kwaliteit aanleiding geeft. De waarde van deze methode wordt daarom regelmatig ter discussie gesteld.^{10,19,20} Zo zijn sommigen de mening toegedaan dat op basis van papieren patiënten alleen farmacologische kennis wordt gemeten en niet het werkelijk gedrag.¹⁹⁻²¹ Om deze reden hebben wij in dit artikel de term 'voorschrijfcompetentie' gebruikt.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - VOORSCHRIJVEN

Andere auteurs willen vooralsnog niet zo ver gaan in hun conclusies.²² In de Nationale Studie zijn behalve de hier gepresenteerde gegevens op basis van papieren casus, ook reële prescriptiegegevens beschikbaar op basis van een registratie bij dezelfde huisartsen. In een vervolgonderzoek zullen wij het voorschrijfbeleid bij papieren casus vergelijken met het feitelijke prescriptiegedrag.

NOOT

In het onderzoek van Haaijer-Ruskamp was nog een vierde kwaliteitsbepalend criterium opgenomen, namelijk het gebruik van combinatiepreparaten. In deze studie is er van uitgegaan dat dit criterium impliciet reeds vervat zit in de drie opgenomen criteria.

ABSTRACT

Prescribing competence of general practitioners

The aim of the study is to assess the competence of general practitioners in prescribing medicines, in relation with doctor and practice characteristics. The prescribing competence is measured by the pharmacological appropriateness, the adequacy of the prescribed dosis and of the intended duration of the therapy. The prescriptions of 157 general practitioners in 6 written simulated cases (N=459) were analysed. Prescribing competence turned out to be good. The variation between general practitioners is small. Characteristics of competent general practitioners are: a) a negative attitude towards symptomatological pharmacotherapy; b) reading medical and pharmacotherapeutical journals; c) young in age; d) little tendency to prescribe placebo therapy. In interpreting these results it should be taken into account that not real but intentional prescription behaviour of general practitioners is measured.

Key words: general practitioners, competence, prescription, quality

LITERATUUR

- 1 Groenewegen PP. Verrichtingen in de huisartspraktijk: een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie. *Med Contact* 1990;45:608-11.
- 2 Bakker A. Vergelijking met het buitenland: is Nederland anders? *Pharm Weekbl* 1989; 124:950-5.
- 3 Haaijer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1984.
- 4 Haaijer-Ruskamp FM. Rational drug use: a view from the Netherlands in answer to the USA. *J Soc Admin Pharm* 1988;5:127-31.
- 5 Post D. Rationele prescriptie van geneesmiddelen. *Med Contact* 1991;46:623-26.
- 6 Post D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Zwolle: Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1984.

- 7 Parish PA. Sociology of prescribing. *Br Med Bull* 1974;30:214-7.
- 8 Zijlstra IF. De regionaal klinisch farmacoloog: farmacotherapie overleg met huisarts en apotheker [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1991.
- 9 Cannoodt L. Determinanten van het voorschrijfgedrag van de huisarts in Vlaanderen: een analyse op basis van patiëntensimulaties. Antwerpen: SESO, 1986.
- 10 Jones ThV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations: do they predict physicians' behavior? *J Clin Epidemiol* 1990;43:805-15.
- 11 Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1986.
- 12 De Maeseneer J. Aspecifiek voorschrijfgedrag: afscheid van een concept. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34: 278-80.
- 13 Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- 14 Knottnerus JA, Volovic A. Medische statistiek en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990. NHG-publicaties nr 4.
- 15 Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa, I: the problems of two paradoxes. *J Clin Epidemiol* 1990;43:543-9.
- 16 Smet PAGM de. Het wetenschappelijk deel van de KNMP-Genesmiddelen Databank, 2: doelstelling, plaatsbepaling en basisprincipes. *Pharm Weekbl* 1988;23:214-6.
- 17 Stricker BHC, Herings RMC, Bakker A, Valkenburg HA, Sturmans F. Farmacomorbiditeitskoppeling: een potentieel instrument voor 'post-marketing surveillance'? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:1886-9.
- 18 Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. *J R Coll Gen Pract* 1972;22:310.
- 19 Rethans JJ, Leeuwen Y, Drop R, Vleuten C van der, Sturmans F. Competence and performance: two different concepts in the assessment of quality of medical care. *Fam Practice* 1990;7:168-74.
- 20 Rethans JJE, Boven CPA van. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Br Med J* 1987;294:809-12.
- 21 Rethans JJ. Validity of case simulations [letter to the editor]. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1119-20.
- 22 Jones THV. Response [letter to the editor]. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1120-1.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr Marleen Foets, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Voor publikatie aanvaard op 18 oktober 1993

5

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTS- PRAKTIJK

3 relatie
eerste en tweede lijn

De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten

T.T.J.M.T. Kersten, M. Foets*

In dit artikel wordt verslag gedaan van een beschrijvend onderzoek naar de contacten die huisartsen hebben in verband met de behandeling van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Speciale aandacht is besteed aan het overleg van de huisarts met de specialist. Ten behoeve van het onderzoek registreerden 41 huisartsen gedurende drie maanden al hun contacten betreffende de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten (N=1978).

Huisartsen blijken in hoofdzaak overleg te plegen met de specialist, als zij vinden dat patiënten met spoed dienen te worden opgenomen. Van 28% van alle opnamen beschouwt de huisarts zichzelf als initiatiefnemer. Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en in verband met de beslissing tot ontslag of de nazorg overlegt de huisarts slechts sporadisch met de specialist. Specialisten zoeken van hun kant nauwelijks contact met

huisartsen in verband met de ziekenhuisopnamen, de daarop volgende behandeling en het ontslag.

Huisartsen blijken overigens wel betrokken bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten, maar dan via rechtstreeks contact met de patiënt, met name na het ontslag. Van de opgenomen patiënten wordt 19% door de huisarts in het ziekenhuis bezocht. Met de helft van alle patiënten heeft de huisarts thuis, op het spreekuur of telefonisch contact na hun ontslag. Thuis bezoekt de huisarts 31% van alle ontslagen patiënten uit eigen beweging.

De onderzoeksresultaten geven aan dat huisartsen de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten vrijwel altijd geheel in handen geven van de specialist. Veelal pas na het ontslag nemen huisartsen met de patiënten de draad weer op.

Trefwoorden: huisarts, specialist, nazorg, ziekenhuisbezoek

Sinds een paar jaar zijn er signalen uit de huisartsenwereld die wijzen op een versterkte aandacht voor de samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en specialisten. Was de aandacht sinds het midden van de jaren zeventig gericht op de samenwerking binnen de eerstelijns, thans zien we dat aan de as huisarts-specialist-ziekenhuis zelfs een groter gewicht wordt toegekend dan aan het gezamenlijk optreden van de eerstelijns (Laffr e 1987, Van de Zandt 1988). Post (1987) pleit voor een nieuwe ordening in de gezondheidszorg waarin een geneeskundige lijn (huisarts en specialist) bestaat naast een verpleegkundige en maatschappelijke lijn. Binnen de geneeskundige lijn zou de huisarts de centrale positie moeten innemen (Van de Zandt 1988). De accentverschuiving in de gevolgd koers is niet los te zien van het voorgenomen regeringsbeleid naar aanleiding van het advies van de commissie 'Dekker' (WVC 1988).

Het streven naar samenwerking met specialisten is voor huisartsen niet nieuw. Sinds de conferentie in Woudschoten in 1959 claimt de huisarts 'continue zorg'. Dit impliceert dat de huisarts een eigen verantwoordelijkheid behoudt bij het delegeren van taken aan andere deskundigen, in het bijzonder specialisten (Buma 1981, 1984). Dit veronderstelt dat de huisarts invloed uitoefent op specialistische zorg die patiënten krijgen in de tweede lijn. We zien het streven naar invloed in de tweede lijn terug in het 'Basispakket van de huisarts' (LHV 1982,

1987). Daar wordt gewezen op de blijvende verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt, ook bij verwijzing. Verder is het de taak van de huisarts de continuïteit van de hulpverlening te bewaken, met name door middel van bezoek aan in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Ook dient de huisarts te voorkomen dat de patiënt onnodig lang onder specialistische zorg blijft. In de lijn van het Basispakket schrijft De Melker (1973), dat huisartsen bij het ontslag van hun patiënten uit het ziekenhuis betrokken zouden moeten worden, omdat zij de situatie thuis beter kennen. Verder zouden huisartsen er via hun bevoegdheid toe bij kunnen dragen dat hun patiënten sneller ontslagen worden. De Melker acht het zelfs wenselijk dat huisartsen als coördinator optreden van de zorg binnen het ziekenhuis.

We houden ons in dit artikel bezig met de samenwerking van huisarts en specialist in verband met in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Op grond van het boven besproken streven naar continuïteit, zouden we juist hier overleg van huisartsen met specialisten mogen verwachten. Dit overleg in de vorm van telefonische of persoonlijke contacten heeft onze bijzondere interesse. Het streven naar continue zorg reikt echter verder dan de samenwerking tussen huisarts en specialist. Het impliceert ook contacten tussen de huisarts en zijn opgenomen patiënten (onder andere door ziekenhuisbezoek). Verder kan continue zorg betekenen dat contact tussen de huisarts en bijvoorbeeld de wijkverpleging plaatsvindt in het geval dat zij beiden betrokken zijn bij de nazorg voor een ontslagen ziekenhuispatiënt.

* T.T.J.M.T. Kersten, M. Foets, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

We onderscheiden drie fasen in de ziekenhuisbehandeling:

1 de fase waarin de beslissing valt om de patiënt op te nemen (inclusief overleg dat daar mogelijk aan vooraf gaat);

2 de fase van het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis;

3 de fase van het nemen van de beslissing tot ontslag van de patiënt en het organiseren van de nazorg.

In de literatuur is weinig bekend over de betrokkenheid van de huisarts bij elk van de drie fasen van de ziekenhuisbehandeling. We zullen de beschikbare onderzoeksgegevens hier bespreken per fase van de ziekenhuisbehandeling.

Fase 1: beslissing nemen tot opname

Van der Wouden en Dokter (1989) rapporteren op basis van een onderzoek onder 677 huisartsen en 223 specialisten in Zuid-West Nederland, dat in verband met 52 tot 59% van de opnames van patiënten met kanker onderling 'informatie-uitwisseling' had plaats gevonden.

Fase 2: verblijf in het ziekenhuis

Ten aanzien van de ziekenhuisbehandeling (fase 2) vinden we informatie bij Dopheide (1982). Van de door hem ondervraagde huisartsen is 29% het ermee eens, dat bij de behandeling van ziekenhuispatiënten de inbreng van de huisarts even groot zou moeten zijn als die van de specialist. In de studie vindt 56% dat de huisarts die dat wenst patiënten in het ziekenhuis zou moeten kunnen meebehandelen.

Jacobs, Touw-Otten en De Melker (1979) rapporteren op basis van een schriftelijke enquête onder een steekproef huisartsen dat één derde deel van hen wekelijks de in het ziekenhuis opgenomen patiënten bezoekt. Eveneens één derde deel bezoekt de patiënten één à twee maal per maand, en één derde deel bezoekt de patiënten vrijwel nooit. Naar aanleiding van een onderzoek in zijn eigen praktijk weet De Melker (1973), dat bij ziekenhuisbezoek in ongeveer 17% van de gevallen een gesprek over de patiënt plaatsvindt tussen huisarts en specialist.

Zuidervaart en Lamberts (1976) hebben op basis van een onderzoek in Rotterdam de indruk, dat het bezoek aan de opgenomen patiënten vooral een sociaal karakter heeft en dat de huisarts nauwelijks een verhelderende of probleemoplossende professionele bijdrage kan leveren.

Fase 3: ontslag en nazorg

Bremer (1976) rapporteert in verband met de nazorg door huisartsen over een consult-registratie door een groep van acht huisartsen. Daaruit blijkt dat de huisarts met 4% van de ontslagen patiënten 'intensief contact' onderhoudt en met 11% 'oppervlakkig contact'. Verder wordt geconcludeerd dat nauwelijks sprake is van enige samenwerking tussen huisarts en specialist ten aanzien van ontslagen ziekenhuispatiënten, onder andere blijkend uit het feit dat het poliklinisch terugbestellen vrijwel nooit in overleg met de huisarts gebeurt.

Zuidervaart en Lamberts (1976) komen in hun eerder genoemde onderzoek tot de conclusie dat de huisarts bij de nazorg nauwelijks een rol speelt. Nazorg is huns inziens in de eerste plaats een zaak van de wijkverpleging.

De Witte, Van der Horst, Joosten, Philipsen en Bakker (1986) deden onderzoek naar de nazorg voor 37 uit een revalidatiecentrum ontslagen patiënten. Zij komen tot de

conclusie dat er bij deze specifieke groep patiënten weinig contacten plaatsvinden tussen hulpverleners in de eerste- en tweedelijns over de afstemming van de nazorg. Ook blijkt geen sprake van een centrale coördinerende hulpverlener, hoewel huisartsen in het algemeen vaak claimen die rol te vervullen (ATIS 1988).

VRAAGSTELLING

Het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan is in principe beschrijvend van aard. Alleen als de resultaten daartoe aanleiding geven, zullen nadere analyses worden verricht. De vraagstelling van het onderzoek laat zich als volgt formuleren: In welke mate en op welke wijze is de huisarts betrokken bij de drie onderscheiden fasen van de ziekenhuisbehandeling van zijn patiënten: opname, verblijf in het ziekenhuis, ontslag en nazorg?

De betrokkenheid van de huisarts wordt daarbij afgeleid uit het persoonlijke of telefonische overleg met de drie overige partijen die bij een ziekenhuisopname betrokken (kunnen) zijn: de specialist, de patiënt (en ook mantelzorg), en de andere professionele hulpverleners dan de specialist.

METHODE VAN ONDERZOEK

Voor het onderzoek maken we gebruik van gegevens die door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg) zijn verzameld in het kader van de 'Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk' (Foets e.a. 1986). Voor deze studie zijn in 1987 en 1988 op grote schaal gegevens verzameld over de morbiditeit die zich aandient in de huisartsenpraktijk en over de verrichtingen die de huisarts in verband daarmee uitvoert. In vier opeenvolgende veldwerkperiodes van elk drie maanden hebben registraties plaatsgevonden bij 169 huisartsen in 103 verschillende praktijken. Hier baseren we ons op gegevens van de eerste veldwerkperiode (van 1 april 1987 t/m 30 juni 1987), die 27 praktijken en 41 huisartsen omvat. Voor nadere informatie over de steekproef verwijzen we naar Foets (1989).

In de praktijken die aan de Nationale Studie meewerkten verscheen als regel één maal per week een veldwerker. Deze zag er op toe, dat alle informatie die in de praktijk binnenkomt en die erop wijst dat een patiënt uit die praktijk in een algemeen of academisch ziekenhuis is opgenomen, werd vastgelegd.

De informatie over het overleg tussen huisarts en specialist werd verzameld via een door de huisarts in te vullen formulier. De vragen over de opname van de patiënt, diens verblijf in het ziekenhuis en het ontslag werden beantwoord, zodra bericht van ontslag van de patiënt bij de huisarts gearriveerd was. Feitelijke informatie over opname- en ontslagdiagnose, waarnaar op het formulier gevraagd is, werd door de veldwerker overgenomen van de schriftelijke ontslagberichtgeving van de specialist aan de huisarts. Veertien dagen na het tijdstip van ontslag werden de vragen over eventuele nazorg door de huisarts beantwoord.

Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum na de aanvang van de drie maanden durende veldwerk-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

	% Initiatief		
	huisarts	specialist	% Totaal
Overleg over			
1 Beslissing tot opname	19	3	22
2 Ziekenhuisbehandeling	5	2	7
3 Beslissing tot ontslag/nazorg	4	3	7
Contact in enigerlei fase*	20	7	27

* Percentages in deze rij zijn geen optelling van de percentages erboven; als tijdens meer dan één fase van de ziekenhuisopname een contact plaatsvindt, telt dit hier toch slechts eenmaal mee, omdat wordt weergegeven: het percentage opnamen waarbij in enigerlei fase (1 en/of 2 en/of 3) contact heeft plaatsgevonden

Tabel 1 Overzicht van het overleg tussen huisarts en specialist over de drie fasen van de intramurale behandeling, uitgedrukt in het percentage opnamen waarbij overleg plaatsvindt op het totaal aantal opnamen (N=1978)

periode lag en waarvan de ontslagdatum niet langer dan een maand na het afsluiten van de veldwerkperiode viel, zijn in het onderzoek betrokken. Deze eindgrens is gesteld vanwege operationele redenen. Gevolg is dat in het bestand de gegevens over 57 (wel gesignaleerde) opnamen van langer dan één maand ontbreken. Het onderzoeksbestand heeft betrekking op 1978 opnamen (zie noot).

RESULTATEN

Overleg tussen huisarts en specialist

Tabel 1 geeft een overzicht van het overleg tussen huisarts en specialist tijdens de onderscheiden fasen van de ziekenhuisbehandeling.

Bij 27% van alle ziekenhuisopnamen vindt één of meer maal tijdens de fasen van de ziekenhuisbehandeling overleg plaats tussen huisarts en specialist (zie onderste regel van tabel 1). Het meeste overleg is er over de beslissing om de patiënt op te nemen. Daarbij gaat het initiatief in de meeste gevallen uit van de huisarts. Daarna vindt nog zelden overleg plaats. Tijdens het eigenlijke verblijf van de patiënt in het ziekenhuis is er slechts sporadisch contact (7%), en het komt eveneens weinig voor dat huisarts en specialist contact hebben over het ontslag uit het ziekenhuis en de nazorg (7%). Vindt er in deze beide laatste fasen een enkele keer contact plaats, dan neemt de huisarts wat

Tabel 2 Correlatiematrix voor het al dan niet plaatsvinden van overleg tussen huisarts en specialist over de opnamebeslissing en een aantal kenmerken van de omstandigheden waaronder de patiënt wordt opgenomen. Vermeld zijn de waarden van Kendall's τ B coëfficiënten, die allen significant zijn ($p < .05$)

	Contact ha.-pat. over opname	Huisarts neemt initiatief	Spoed opname	Huisarts overlegt met specialist
Patiënt polikl. behandeld	-.10	-.30	-.44	-.17
Contact ha.-pat. over opname		+.48	+.19	+.42
Huisarts neemt initiatief			+.40	+.57
Spoed opname				+.33

vaker het initiatief dan de specialist. De tabel maakt duidelijk dat de specialist van zijn kant in alle fasen slechts heel sporadisch contact zoekt met de huisarts.

Als huisarts en specialist contact hebben over ontslag of nazorg, wordt in één zesde van de gevallen het tijdstip van ontslag besproken. Vaker gaat het om afspraken over de nazorg (2/6) en nog vaker om algemene zaken als de verleende ziekenhuisbehandeling, de prognose of leefregels voor de patiënt (3/6).

Waarom vooral overleg huisarts-specialist bij opname?

De boven vermelde resultaten roepen de vraag op in welke gevallen er overleg tussen huisarts en specialist is over het nemen van de beslissing tot opname van de patiënt. In verband met deze vraag is in tabel 2 de samenhang weergegeven tussen het al dan niet plaatsvinden van dit overleg en een aantal kenmerken van de omstandigheden waarin de patiënt wordt opgenomen. In tabel 3 vindt men de rechte tellingen van deze kenmerken.

Uit tabel 2 blijkt, dat de huisarts vaker over opnamebeslissingen overlegt met de specialist: als de opname volgens de huisarts een spoedeisend karakter heeft ($\tau = +.33$), als de huisarts initiatiefnemer is tot de opname ($\tau = +.57$), en als contact tussen huisarts en patiënt of mantelzorg heeft plaatsgevonden ($\tau = +.42$). Als de patiënt voorafgaand aan de opname onder poliklinische behandeling was, zien we wat minder vaak overleg tussen huisarts en specialist ($\tau = -.17$).

We beschikken tevens over informatie over de aard van de aandoening van de patiënt in relatie tot de mogelijkheid dat de huisarts over de beslissing tot opname contact opneemt met de specialist. Inspectie van de opnamediagnosen geeft het volgende beeld. Huisartsen hebben relatief vaker overleg als het levensbedreigende, acute aandoeningen betreft, bijvoorbeeld CVA, (dreigend) hartinfarct, 'acute buik', of kortademigheid. Bij eveneens acute maar weinig levensbedreigende klachten zoals bevallingen of letsel van het bewegingsapparaat blijft overleg achterwege. Bij chronische aandoeningen vindt soms wel en soms niet overleg plaats.

Uit tabel 3 is overigens op te maken, dat 28% van de ziekenhuisopnamen volgens de huisartsen op hun initiatief plaatsvindt. Daarbij blijkt dat de huisarts vaker het initiatief neemt: als het om spoedopnamen gaat ($\tau = +.40$), als er contact is geweest met de patiënt of mantelzorg over de opname ($\tau = +.48$), en als de patiënt *niet* reeds onder poliklinische behandeling was ($\tau = -.30$).

Tabel 3 Frequentie-verdelingen van de variabelen in tabel 2

	% 'ja'	% 'nee'
Patiënt is voorafgaand aan opname onder poliklinische behandeling?	59	41
Huisarts heeft contact over opname met patiënt en/of mantelzorg?	27	63
Huisarts neemt initiatief tot de opname? (nee=specialist initiatiefnemer)	28	72
Huisarts beschouwt opname als spoedopname?	41	59
Huisarts overlegt over opname met specialist?	19	81

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Tabel 4

Overzicht van het overleg tussen huisarts en patiënt (en/of mantelzorg) tijdens de drie fasen van de intramurale behandeling, uitgedrukt in het percentage opnamen waarbij overleg plaatsvindt op het totaal aantal opnamen (N=1978)

	% Initiatief huisarts	% Initiatief patiënt en/of mantelzorg	% Totaal
Overleg over			
1 Beslissing tot opname	8	19	27
2 Ziekenhuisbehandeling	21	6	27
waarvan: ziekenhuisbezoek*	19	—	19
3 Beslissing tot ontslag/nazorg	33	17	50
waarvan: patiënt op het spreekuur*	2	9	11
visite bij de patiënt thuis*	31	4	35
Contact in enigerlei fase (1 en/of 2 en/of 3)**	38	26	64

* Slechts de meest saillante aspecten van het totaal zijn nader uitgesplitst

** Zie voetnoot tabel 1

Overleg tussen huisarts en patiënt

In welke mate vinden contacten tussen huisarts en patiënt plaats in verband met een ziekenhuisopname? Tabel 4 geeft een overzicht.

Bij 64% van alle ziekenhuisbehandelingen heeft de huisarts tijdens één of meer fasen van de behandeling contact met de patiënt (zie onderste regel tabel 4). Het meest frequent (in 50% van de gevallen) vindt contact plaats over het ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de nazorg. Maar ook naar aanleiding van beslissing tot opname en eveneens tijdens het verblijf in het ziekenhuis zien we in 27% van de gevallen overleg tussen huisarts en patiënt (en/of mantelzorg).

De contacten tijdens de ziekenhuisbehandeling (het ziekenhuisbezoek van de huisarts) en naar aanleiding van ontslag of nazorg vinden meestal op initiatief van de huisarts plaats. In de fase dat de beslissing tot opname valt, komt het initiatief tot het contact meestal van de patiënt (en/of mantelzorg) die zich waarschijnlijk meldt bij de huisarts met klachten ten aanzien van zijn gezondheidssituatie. In 19% van alle ziekenhuisopnamen legt de huisarts één of meer bezoeken af bij de patiënt in het ziekenhuis. Verder valt op dat 35% van de patiënten na ontslag thuis een visite krijgt van de huisarts, vrijwel altijd op diens initiatief.

Uit verdere analyses blijkt dat de huisarts vooral die patiënten bezoekt in het ziekenhuis wier opname hij beschouwde als een spoedopname. Van de door hem als spoedopname bestempelde opnamen bezoekt hij 29%; van de rest 13% ($\chi^2 = 69.9$; $N=1978$; $df=1$; $p<.05$). Iets dergelijks zien we ook ten aanzien van het thuis bezoeken van patiënten door de huisarts na het ontslag. De patiënten die met spoed zijn opgenomen krijgen in 46% van de gevallen een visite van de huisarts; de anderen in 28% van de gevallen ($\chi^2 = 59.8$; $N=1978$; $df=1$; $p<.05$). Uit tabel 2 is tenslotte af te leiden dat de huisarts bij spoedopnamen eveneens wat vaker contact heeft met de patiënt over de beslissing tot opname ($\tau = +.19$).

Overleg tussen huisarts en overige professionele hulpverleners

Tabel 5 geeft een overzicht van de contacten tussen de huisarts en andere professionele hulpverleners in verband met de intramurale ziekenhuisbehandeling. Contacten met andere professionele hulpverleners naar aanleiding van een intramurale behandeling komen in 8% van de gevallen voor (zie onderste regel tabel 5). Rond de beslissing tot opname (fase 1) en tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (fase 2) zijn ze er bijna helemaal

niet. Waar contacten voorkomen is dat hoofdzakelijk in fase 3, naar aanleiding van de nazorg. Dan heeft de huisarts (meestal op eigen initiatief) in 7% van de gevallen contacten met andere hulpverleners. Daarbij wordt het gehele scala aan eerstelijns-hulpverleners, en tevens RIAGG's en verpleeghuizen, bestreken.

Hoewel bij één patiënt in theorie met meer dan één 'andere' hulpverlener contact zou kunnen zijn, komt dit volgens onze van de huisarts verkregen informatie in de praktijk zelden voor, te weten in 2% van de gevallen (met ten hoogste 3 hulpverleners per patiënt). Het is dus niet zo dat in verband met een betrekkelijk gering aantal opnamen, toch met een relatief groot aantal hulpverleners contact plaatsvindt. De meeste contacten zien we tussen huisarts en wijkverpleging (3,3% van de ontslagen) en tussen huisarts en kraamhulp (2,5% van de ontslagen).

DISCUSSIE

Vraag van deze studie is, in hoeverre de huisarts overleg heeft met de specialist, met de patiënt en eventueel met andere professionele hulpverleners in verband met de intramurale behandeling van zijn patiënten. Het antwoord op de vraag geeft een indicatie van de mate waarin de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling betrokken is.

Als graadmeter voor de samenwerking tussen huisarts en specialist in verband met de ziekenhuisbehandeling is in deze studie gekozen voor de mate waarin persoonlijke en telefonische contacten tussen beide partijen plaatsvin-

Tabel 5 Overzicht van het overleg tussen huisarts en overige professionele hulpverleners (exclusief de specialist) tijdens de drie fasen van de intramurale behandeling, uitgedrukt in het percentage opnamen waarbij overleg plaatsvindt op het totaal aantal opnamen (N=1978)

	% Initiatief huisarts	% Initiatief andere hulpverleners	% Totaal
Overleg over			
1 Beslissing tot opname	1	1	2
2 Ziekenhuisbehandeling	1	1	2
3 Beslissing tot ontslag/nazorg	5	2	7
Contact in enigerlei fase (1 en/of 2 en/of 3)*	5	3	8

* Zie voetnoot tabel 1

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

den in de verschillende fasen van de intramurale behandeling. Schriftelijke communicatie, zoals de verwijfsbrief en de ontslagbrief spelen uiteraard ook een rol in de samenwerking. Deze zijn echter toch meer bedoeld om de andere partij min of meer routinematig op de hoogte te stellen met betrekking tot (de behandeling van) de patiënt dan om op tot daadwerkelijke samenwerking in de behandeling te komen. Huisartsen stellen in hun verwijfsbrieven immers zelden een specifieke vraag en doen ook zelden een concreet voorstel ten aanzien van de tweedelijnsbehandeling (Kuijvenhoven en De Melker 1986). De specialist stuurt het voorlopig ontslagbericht en de ontslagbrief pas na beëindiging van de ziekenhuisopname. Bovendien bevat de ontslagbrief in ongeveer 40% van de gevallen geen beleidsadvies aan de huisarts (Meijboom en Casparie 1980).

Bij 27% van alle opnamen overlegt de huisarts met de specialist tijdens één of meer fasen van de ziekenhuisbehandeling (opname, verblijf in het ziekenhuis, ontslag/nazorg). Het meest van dit overleg vindt plaats tijdens de eerste fase, de beslissing tot opname. De huisarts pleegt slechts sporadisch overleg met de specialist in de daarop volgende fasen: het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en het nemen van de beslissing tot ontslag en de nazorg. Van der Wouden en Dokter (1989) rapporteren op basis van informatie van huisartsen dat bij 52% van de opnamen van kankerpatiënten 'informatie-uitwisseling' plaatsvindt tussen huisarts en specialist. Ook als we het specifieke karakter van deze groep patiënten in aanmerking nemen, is dit percentage aanzienlijk hoger dan hetgeen we hier vinden. De belangrijkste reden daarvoor zou kunnen zijn dat uit de vraagstelling van Van der Wouden en Dokter niet duidelijk wordt, wat de ondervraagden precies onder informatie-uitwisseling dienden te verstaan, zodat zij hieronder eventueel zelfs het 'automatische' bericht van opname uit de computer-administratie van het ziekenhuis konden begrijpen.

Vergeleken met de 29% huisartsen in de steekproef van Dopheide (1982) die zegt dat de huisarts in het ziekenhuis zou moeten kunnen meebehandelen, steekt de 7% ziekenhuisopnamen waarbij huisarts en specialist tijdens het verblijf contact hebben mager af. Verder wordt de constatering van Bremer (1976) dat huisarts en specialist nauwelijks samenwerken ten aanzien van ontslagen patiënten, in grote mate bevestigd: in 7% van de gevallen vindt blijkens onze studie overleg plaats over ontslag en nazorg.

Als de huisarts contact opneemt met de specialist, is dat blijkens deze studie veelal in verband met de beslissing om de patiënt op te nemen. Nadere analyse wijst uit dat het hier vooral gaat om opnamen op initiatief van de huisarts die voor een deel een spoedeisend karakter hebben. De huisarts vindt de opname van een patiënt met een acute aandoening noodzakelijk en neemt contact op met de specialist om deze opname gerealiseerd te krijgen.

Specialisten zoeken van hun kant in alle fasen van de ziekenhuisbehandeling nauwelijks contact met de huisartsen. Slechts in 7% van alle opnamen neemt de specialist contact op met de huisarts om te overleggen over één of meer fasen van de ziekenhuisbehandeling.

Al met al moeten we constateren dat, zeker op het moment dat de ziekenhuisopname een feit is, de wegen

van huisarts en specialist zich vrijwel altijd scheiden. Van het beeld van de huisarts die als het ware over de schouder van de specialist meekijkt wat er met zijn patiënten gebeurt, blijft maar weinig over. Huisartsen bemoeien zich nauwelijks met de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten en specialisten zoeken van hun kant ook slechts sporadisch contact. Vanuit huisartsgeneeskundig perspectief is het daarbij de vraag of huisartsen wel in staat zijn om na het ontslag adequaat de draad weer op te nemen met de patiënt, als zij over een belangrijke zorgperiode als een ziekenhuisopname alleen via de ontslagbrief geïnformeerd zijn.

Als belangrijk nevenresultaat komt uit het onderzoek naar voren, dat huisartsen zich als initiatiefnemer beschouwen van ruim een kwart van alle ziekenhuisopnamen. Tot dusverre werd de specialist algemeen als de initiatiefnemer van alle voorkomende ziekenhuisopnamen gezien. De huisarts heeft dus behalve via het verwijzen van patiënten ook via het aanmelden van patiënten voor opname, een aanzienlijke invloed op het aantal te behandelen patiënten in de tweedelijns. Ter relativering moeten we daarbij opmerken dat de beslissingsruimte van huisartsen vanwege de ervaren noodzaak tot opname waarschijnlijk gering is.

Uit het bovenstaande zou het beeld kunnen ontstaan dat huisartsen niet begaan zijn met het lot van hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Dat is ten onrechte. De huisarts volgt weliswaar niet de specialist bij de behandeling, maar is wel betrokken bij de patiënt, vooral na de beëindiging van de specialistische behandeling. Van alle opgenomen patiënten wordt immers 19% door de huisarts in het ziekenhuis opgezocht, en de huisarts ziet 50% van alle patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis. Op eigen initiatief gaat de huisarts bijvoorbeeld bij 31% van alle patiënten een visite afleggen. Huisartsen zijn selectief in hun beleid ten aanzien van het bezoeken van opgenomen en ontslagen patiënten, in die zin dat hij vaker bij patiënten langs gaat die met spoed zijn opgenomen. We weten daarbij tevens dat huisartsen in het geval van spoedopnamen vaker zelf het initiatief nemen tot opname van de patiënt. Blijkbaar voelen huisartsen zich meer verantwoordelijk voor deze groep patiënten.

De huisarts heeft in een beperkt aantal gevallen (7% van de ontslagen) contact met andere, bij de nazorg betrokken hulpverleners. Of dit veel is of weinig, laat zich op grond van onze gegevens moeilijk bepalen, omdat we niet weten hoe vaak dergelijke contacten met andere hulpverleners wenselijk zouden zijn.

Het komt in elk geval wel overeen met de bevindingen van De Witte e.s. (1986) op dit punt.

De inhoudelijke betekenis van het begrip de 'medische lijn' blijkt op dit moment wat betreft de intramurale patiëntenzorg in hoofdzaak slechts één specifiek aspect te omvatten: de huisarts overlegt in noodgevallen met de specialist om te zorgen dat de patiënt snel wordt opgenomen. Specialisten zoeken van hun kant in verband met de gehele ziekenhuisbehandeling slechts sporadisch contact met de huisarts. Als het gaat om ziekenhuisopnamen, lijkt er dus nauwelijks sprake te zijn van een medische lijn. Het streven naar invloed van de huisarts in de tweedelijns heeft op dit punt slechts tot heel beperkte resultaten geleid.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Wellicht zou het voor het imago van het huisartsenvak beter zijn als huisartsen de omschrijving van hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de tweedelijns-behandeling meer afstemmen op de realiteit.

NOOT

We kunnen een idee krijgen hoe volledig het bestand van verzamelde gegevens is. Bekend is namelijk, dat bij de 27 onderzochte praktijken 92.000 patiënten waren ingeschreven. Houden we de landelijke opnamekansen voor 1987 van 10% van de bevolking op jaarbasis aan (NZI 1988), dan zijn er in drie maanden rond 2300 opnamen te verwachten. Wij beschikken in de studie over de gegevens van 1978 opnamen. Dat is 86% van het geschatte, te verwachten aantal. Er zijn verschillende oorzaken waardoor dit percentage niet op honderd uitkomt: het referentiegetal is en blijft een schatting van het werkelijke aantal opnames dat heeft plaatsgevonden en kan dus te hoog zijn; enkele langer durende opnames ontbreken, zoals eerder is aangegeven; en er kan sprake zijn van uitval door niet gesignaleerde opnames. De indruk is echter, dat het bestand redelijk volledig is. Over de selectiviteit van de mogelijke uitval kunnen we weinig zeggen, maar het is in elk geval onwaarschijnlijk dat systematisch die opnames gemist zijn waar de huisarts intensief bij betrokken is geweest, met uitzondering misschien van de 57 opnamen die om operationele redenen buiten de registratie zijn gebleven.

ABSTRACT

The research question is: to what extent is the general practitioner involved in the hospital treatment of his patients. Special attention is paid to contacts between the general practitioner and the specialist in the hospital. Involvement is in fact self-evident in terms of the GP's task as it is defined by the GPs' national professional organization. Research data was obtained from the records of 41 GPs who noted all contacts relating to their patients' hospital treatment during a three month period (N=1978). The results show that GPs mainly consult specialists if, in the opinion of the GPs an emergency admission is necessary. GPs report that they initiate 28% of all hospital admissions. GPs very rarely consult specialists during the patients stay in hospital, or following aftercare. Specialists hardly ever contact GPs about admissions, hospital stays or discharge. GPs, are nevertheless involved with the hospital treatment of their patients; in that they keep in touch with the patients particularly following discharge from hospital. Nineteen per cent of all patients are seen by their GPs in hospital and 35% of all patients are visited by their GPs after discharge. So GPs leave the hospital treatment up to the specialist and do not contribute the knowledge gained from their experience of the patients. They do, however, make efforts to maintain relations with their patients.

LITERATUUR

- ATIS, Coördinatie van zorg, niet opeisen maar aanpakken! Atis, Bunnik 1988
- Bremer, G.J., Veer thuis: een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. *Huisarts en Wetenschap* 19 (1976) 406-423
- Buma, J.T., Opvattingen over huisartsengeneeskunde. *Huisarts en Wetenschap* 24 (1981) 332-325
- Buma, J.T., De identiteit van de huisartsengeneeskunde. In: J.T. Buma, R. Grol, H. v.d. Velden & Th. Voorn (red.), *Huisartsengeneeskunde voor en na 1984*. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut 1984 pp.11-32
- Dopheide, J.P., Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkte platteland en in forensengemeenten. *Gezondheid en Samenleving* 3 (1982) 114-151
- Foets, M., Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: verantwoording van de onderzoeksmethodologie. NIVEL, Utrecht 1989
- Foets, M., J. van der Velden & J. van der Zee, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: projectvoorstel. NIVEL, Utrecht 1986
- Jacobs, H.M., F.W.M.M. Touw-Otten & R.A. De Melker, Taakopvatting en ziekenhuisbezoek: de invloed van de taakopvatting van de huisarts op de frequentie waarmee hij zijn ziekenhuispatiënten bezoekt. *Huisarts en Wetenschap* 22 (1979) 226-234
- Kuijvenhoven, M.M. & R.A. De Melker, Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen. *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986) 365-368
- Laffr e, C.R.J., Maak positie huisarts sterk. In: LHV ledenbrief, LHV Symposium 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Utrecht 1987 p.17
- LHV, Het basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum, Utrecht 1982/1987
- Meijboom, W.A. & A.F. Casparie, Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. *Medisch Contact* (1980) 989-994
- Melker, R.A. De, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & Van de Veght, Nijmegen 1973
- NZI, Enkele kengetallen algemene en academische ziekenhuizen 1987. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht 1988
- Post, D., Nauwere samenwerking tussen huisarts en specialist noodzakelijk. In: LHV ledenbrief, LHV symposium 'De positie van de huisarts in de toekomst'. Utrecht 1987 p.11
- WVC, Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. 's Gravenhage 1988
- Witte, L. de, F. van der Horst, J. Joosten, H. Philipsen & P. Bakker, Continuïteit van zorg na ontslag uit een revalidatiecentrum. *T. Soc. Gezondheidsz.* 64 (1986) 567-572
- Wouden, J.C. van der & H.J. Dokter, Samenwerking tussen huisarts en specialist bij patiënten met kanker. *Huisarts en Wetenschap* 32 (1989) 51-54
- Zandt, A.M.C. van de, Bespiegelingen na de rondgang. *Medisch Contact* 43 (1988) 772
- Zuidervaart, J. & H. Lamberts, De nazorg van ziekenhuispatiënten. *Huisarts en Wetenschap* 19 (1976) 424-425

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. T.J.J.M.T. Kersten, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 3 juli 1989, geaccepteerd 24 november 1989

Behoeftte aan nazorg en verleende nazorg na ontslag uit het ziekenhuis

A. Kerkstra, R.A. Verheij, M. Foets, J. van der Velden *

Het beleid van de overheid is de laatste jaren gericht op substitutie van intramurale zorg door thuiszorg. Tevens wordt gepropageerd dat het zorgsysteem wordt afgestemd op de zorgbehoefte van de bevolking. Vanuit deze optiek is in dit onderzoek getracht inzicht te krijgen in de aard van de behoefte aan nazorg van patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen en in hoeverre de thans geboden nazorg aansluit bij deze behoeften. Data werden verzameld door middel van een schriftelijke enquête onder een representatieve steekproef van 1531 ontslagen ziekenhuispatiënten.

De belangrijkste resultaten wijzen het volgende uit. Van de respondenten heeft 56% op één of meer van de onderscheiden terreinen behoefte aan nazorg. Van deze

patiënten ontvangt - gemiddeld per zorggebied - 66% informele hulp. Behoeftte aan hulp bij huishoudelijke activiteiten werd het meest genoemd. Discriminant analyse wees uit dat vooral patiënten van het vrouwelijk geslacht, die langer zijn opgenomen geweest en hoger opgeleid, behoefte aan nazorg ervaren. Ruim de helft van de respondenten heeft contact met de huisarts en 26% ontvangt zorg van andere professionele hulpverleners. Ongeveer 10% van de respondenten heeft wel een behoefte aan zorg, maar ontvangt noch mantel- noch professionele zorg. Discriminant analyse gaf aan dat deze 10% vaker van het mannelijk geslacht is, jonger is en lager opgeleid dan de overige 90%.

Trefwoorden: nazorg, thuiszorg, zorgbehoefte, ziekenhuispatiënten

Het overheidsbeleid van het afgelopen decennium was onder meer gericht op substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg. Deze accentverschuiving heeft er toe geleid dat bijvoorbeeld gestreefd werd naar kortere ziekenhuisopnamen van patiënten, en naar minder snelle opname in instellingen van bijvoorbeeld ouderen en bepaalde groepen gehandicapten. Het eerder ontslaan en minder snel opnemen van cliënten en patiënten betekent dat meer mensen een beroep zullen doen op thuiszorg.

Naast deze nadruk op substitutie wordt in meer recente overheidspublicaties van het Ministerie van WVC, zoals Nota 2000 (1986), Verandering Verzekerd (1988), Doelgericht Veranderen (1989), aangegeven dat de richting van het beleid meer dan in het verleden bepaald zal moeten worden door zorginhoudelijke problemen, door de zorgbehoefte van de bevolking of een bepaalde patiëntenpopulatie. Het zorgsysteem zal zich onder andere moeten gaan kenmerken door een optimale afstemming op de behoefte aan zorg en een grotere flexibiliteit van het aanbod.

Gezien het hierboven geschetste overheidsbeleid is het zinvol om inzicht te krijgen in de behoefte aan nazorg van patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen en in hoeverre de thans geboden nazorg aansluit bij deze behoeften.

Bij 'nazorgpatiënten' gaat het om mensen die na hun ontslag uit het ziekenhuis *thuis* nog enige vorm van hulpverlening behoeven. Gewoonlijk wordt de term 'nazorg'

toegepast op zorg die thuis wordt verleend binnen een periode van vier weken na het ontslag (zie bijvoorbeeld Verschuren 1985). Bij deze hulpverlening aan nazorgpatiënten kan worden gedacht aan de gehele eerstelijns. Tevens vervult de informele zorg bij nazorg een belangrijke rol.

Naar de behoefte aan nazorg van deze ontslagen ziekenhuispatiënten is echter weinig onderzoek verricht. De verpleegkundige nazorg verleend door de wijkverpleging, als vervolg op de medisch-verpleegkundige zorg in het ziekenhuis, heeft in de literatuur de meeste aandacht gekregen. Onderzoek op dit terrein heeft echter vooral betrekking op de wijze waarop door het Kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg is georganiseerd (zie bijv. Krijgsman 1986, Zijlmans e.a. 1989) of op de selectiecriteria die door de verpleging worden gehanteerd om vast te stellen of patiënten nazorg nodig hebben (Drijver e.a. 1981, Soons e.a. 1985, Verschuren 1985).

Indirect zeggen de onderzoeken met betrekking tot de gehanteerde selectiecriteria iets over de groep patiënten die behoefte heeft aan nazorg. De zorgbehoefte worden met behulp van deze criteria door de verpleging vastgesteld (objectieve behoeftebepaling). Uit deze onderzoeken blijkt dat de ziekenhuisverpleging relatief een zwaarder accent legt op de lichamelijke verzorging (behoefte aan verpleging, ADL-hulp) en de wijkverpleging op psychosociale begeleiding.

Het zware accent dat binnen de nazorg op de verpleegkundige nazorg ligt, wordt door de enige twee onderzoeken waarin ex-ziekenhuispatiënten zelf naar hun zorgbehoefte zijn gevraagd (subjectieve behoeftebepaling) enigszins gerelativeerd: de patiënten uit het onderzoek van Emanuel-Vink e.a. (1980) zouden meer gezinsverzor-

* A. Kerkstra, R.A. Verheij, M. Foets, J. van der Velden, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

ging en minder wijkverpleging willen hebben dan zij op dat moment ontvangen. Uit het onderzoek van Verhaak e.a. (1985) blijkt, dat de behoefte aan hulp bij huishoudelijke taken door veruit de meeste patiënten worden genoemd, gevolgd door behoefte aan hulp bij ADL-functies en materiële voorzieningen.

Gebruikscijfers geven een indicatie voor het aantal patiënten dat zorg nodig heeft nadat ze uit het ziekenhuis zijn ontslagen. De aantallen patiënten die nazorg nodig hebben van de verschillende eerstelijnsdisciplines lopen in de diverse onderzoeken nogal uiteen. Bremer (1976) deed een onderzoek in 8 huisartsenpraktijken waarbij de huisarts een tijdlang systematisch alle ontslagen patiënten ging bezoeken. In de helft van de gevallen achtten de huisartsen daarbij minstens één volgend contact van de patiënt met de huisarts gewenst.

Vermeulen (1973) deed een soortgelijk onderzoek bij vier huisartsen uit Rhenen en kwam tot de conclusie, dat bij 38% van de ontslagen patiënten meer dan 2 contacten met de huisarts nodig waren. Deze cijfers steken nogal af tegen de aantallen in het onderzoek van Zuidervaat e.a. (1976) naar ontslagen patiënten van het gezondheidscentrum Ommoord in Rotterdam. Daar werden een tijdlang de ontslagen patiënten bezocht door de wijkverpleegkundige. Deze vond het maar bij 2 van de 134 patiënten nodig dat een contact met de huisarts plaats zou vinden.

Uit een evaluatie-onderzoek van de Amsterdamse Nazorgdienst (ITS 1971) kwam naar voren dat deze dienst in 1970 ongeveer 10% van het totaal aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten in verpleegkundig nazorg heeft gehad. Dit percentage is in de jaren na dit onderzoek als norm en referentie gehanteerd voor andere onderzoeken naar verpleegkundige nazorg. Krijgsman (1986) concludeert, na een vergelijking van verschillende resultaten van latere onderzoeken in de jaren zeventig en begin tachtiger jaren, dat veel van de gevonden percentages rond deze 10% schommelen. Het percentage van 10% ziet hij daarmee als een redelijke schatting van de omvang van wijkverpleegkundige nazorg, hoewel uit een recent onderzoek van Kersten e.a. (1989) naar voren komt dat slechts 2.8% van de ontslagen patiënten van 18 jaar en ouder nazorg ontvangt van de wijkverpleging.

Over de betrokkenheid van de gezinsverzorging bij de nazorg lopen de cijfers nogal uiteen. Bremer (1976) vond dat bij 5% van de ontslagen ziekenhuispatiënten gezinsverzorging nodig was. In het onderzoek van Emanuel-Vink e.a. (1980) ontvangt 13% van de ontslagen ziekenhuispatiënten gezinszorg, in het onderzoek van Soons e.a. (1985) 7,6%, en Zuidervaat e.a. (1976) geven aan dat 17% van de ontslagen patiënten gezinsverzorging nodig heeft.

In het voorgaande blijkt dat het reeds verrichte onderzoek naar de behoefte aan nazorg van patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen zich beperkt tot een bepaald deel van de nazorg, in de meeste gevallen de verpleegkundige nazorg, of tot een bepaalde regio of op zeer beperkte schaal is uitgevoerd. Bovendien zijn er erg weinig recente onderzoeken voorhanden.

Gezien deze stand van zaken met betrekking tot de kennis over de behoefte aan nazorg van patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen en het belang dat binnen het overheidsbeleid wordt gehecht aan een optimale af-

stemming van het aanbod op de zorgbehoefte, wordt in deze studie getracht een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- 1 Wat is de aard van de zorg die patiënten naar eigen zeggen behoeven na ontslag uit het ziekenhuis en welke factoren hangen samen met deze behoefte aan nazorg?
- 2 Hoeveel patiënten ontvangen nazorg van professionele hulpverleners, in welke behoeften wordt voorzien en hoe tevreden is men over de professionele zorg?
- 3 Hoeveel patiënten ontvangen informele zorg en op welke terreinen?
- 4 Zijn er discrepanties aanwezig tussen de ervaren zorgbehoefte en de hulp die ex-ziekenhuispatiënten ontvangen van de professionele hulpverleners en de informele zorgverleners? Indien dit het geval is, voor welke patiënten geldt dat met name?

ONDERZOEKSMATERIAAL EN METHODE

Onderzoekspopulatie

In 1986 initieerde de stichting NIVEL de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'. De verkregen informatie moet in het algemeen dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin (Foets e.a. 1986). Een onderdeel van deze nationale studie heeft betrekking op uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en hun eventuele nazorg. In 1987 en 1988 zijn in vier opeenvolgende veldwerkperiodes van elk drie maanden op grote schaal gegevens verzameld bij 161 huisartsen in 103 verschillende praktijken. Hier baseren we ons op de gegevens van de eerste veldwerkperiode (van 1 april 1987 tot en met 30 juni 1987), waarbinnen in totaal 41 huisartsen in 27 praktijken, verspreid over heel Nederland, hebben meegewerkt. Voor nader informatie over de steekproef verwijzen we naar Foets e.a. (1990).

Tijdens deze drie maanden hebben veldwerkers bijgehouden welke patiënten van iedere huisartspraktijk werden opgenomen en ontslagen uit een algemeen of academisch ziekenhuis. Voor de wijze waarop de privacy van de patiënten wordt gegarandeerd, verwijzen we naar het hiervoor opgestelde reglement (NIVEL 1987). Ongeveer twee weken na ontslag ontvingen alle ontslagen patiënten die weer thuis waren een vragenlijst die betrekking had op de nazorg die zij al dan niet nodig hadden en al dan niet ontvingen. De enquête is gemiddeld 33 dagen (mediaan = 29 dagen) na het ontslag ingevuld (sd = 16 dagen).

Bij de 27 onderzochte praktijken stonden 92.000 patiënten ingeschreven. Nemen we aan dat per jaar ongeveer 10% van alle ingeschreven patiënten wordt opgenomen in een ziekenhuis (NZI 1988), dan zouden er rond 2.300 opnames geregistreerd moeten zijn. Het werkelijke gevonden aantal opgenomen (en ontslagen) patiënten bedroeg 1978. Dit is 86% van het geschatte te verwachten aantal. Een mogelijke verklaring waarom we niet op 100% uitkomen kan zijn dat een aantal langdurige opnames ontbreken. De gegevensverzameling heeft namelijk alleen plaats gevonden bij patiënten die tijdens de onderzoeksperiode van drie maanden zijn opgenomen én ontslagen, en bij patiënten die tijdens deze periode werden opgenomen én binnen één maand na het afsluiten van de veld-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

werkperiode werden ontslagen. Dit betekent dat personen die binnen de periode van drie maanden waren opgenomen en meer dan een maand na die periode werden ontslagen niet werden geregistreerd. Daarnaast is en blijft het referentiegetal een schatting van het werkelijke aantal opnames dat heeft plaatsgevonden en kan dus te hoog zijn. De indruk is echter, dat het bestand redelijk volledig is.

De vragenlijst

Een belangrijk deel van het onderzoek bestaat uit het vaststellen van de behoefte aan zorg die de ontslagen patiënten ervaren en van het aantal patiënten dat (professionele) zorg ontvangt. De ervaren zorgbehoefte is gemeen op de volgende terreinen:

Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL): gezicht en handen wassen, volledig wassen, in- of uit bed gaan, aan- of uitkleden, naar het toilet gaan, eten en drinken, lopen of traplopen. Deze zeven ADL-functies zijn gekozen omdat ze in de meeste bestaande ADL-schalen zijn opgenomen (zie voor een overzicht Kane & Kane 1983, Ernst & Ernst 1984, Moons e.a. 1989);

Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL): koken, boodschappen doen, schoonmaken/opruimen, de was doen, het bed verschonen. In de engelstalige literatuur worden deze activiteiten 'Instrumental Activities of Daily Living' (IADL) genoemd en worden veelal gebruikt om de functionele capaciteit van ouderen te meten (zie bijvoorbeeld Eustis & Patten 1984);

Verpleging: schoonmaken en verbinden van wonden, medicijnen innemen, injecties geven en zalven van de huid; **Hulpmiddelen en oefeningen:** het ophalen of verkrijgen van hulpmiddelen, het regelen van aanpassingen in het huis, het doen van bepaalde voorgeschreven oefeningen, het volgen van een voorgeschreven dieet;

Psycho-sociale problemen: verzorging of opvang van de andere gezinsleden, verwerking van de ziekten, gevoelens van eenzaamheid of neerslachtigheid.

Naar de twee laatst genoemde gebieden is gevraagd omdat uit het onderzoek van Verhaak e.a. (1985) naar voren kwam dat, naast behoefte aan zorg op het terrein van ADL en HDL, die ook in andere studies naar voren komt, een redelijk aantal patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis aangeven hulp nodig te hebben bij het verkrijgen van hulpmiddelen en bij psycho-sociale problematiek. Zorgbehoefte op strikt medisch-technisch terrein zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, omdat het voor patiënten moeilijk is in te schatten in hoeverre ze behoefte hebben aan lichamelijk onderzoek, aan bepaalde medicijnen en dergelijke.

Per onderwerp had de patiënt drie antwoordmogelijkheden: 'hulp bij nodig', 'geen hulp bij nodig (kan ik zelf)' en 'niet van toepassing'. De antwoordcategorie 'niet van toepassing' wordt bij voorbeeld door patiënten aangekruist die geen hulp nodig hebben bij het schoonmaken en verbinden van wonden, om de eenvoudige reden dat ze geen wonden hebben. Binnen ons onderzoek is, voor het vaststellen van het aantal patiënten dat een zorgbehoefte heeft op een bepaald terrein, deze driedeling gedichotomiseerd in de categorieën 'heeft hulp nodig' en 'heeft geen hulp nodig', waarbij 'niet van toepassing' gecodeerd is als 'heeft geen hulp nodig'.

Nadat de patiënt was gevraagd naar zijn behoefte aan zorg (ongeacht of hij die hulp feitelijk ook ontving), was de volgende vraag om per onderwerp aan te geven van wie hij hulp ontving. Daarbij werden de volgende professionele hulpverleners onderscheiden: huisarts, wijkverpleging, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk, fysiotherapeut en dagbehandeling in een bejaarden- of verpleeghuis. De keuze voor wat betreft de informele zorg bestond uit: partner/kinderen, familie en burens/kennissen. Gevraagd werd verder naar de frequentie van het contact en de tevredenheid van de patiënt over de contacten na het ontslag met professionele zorgverleners.

Om na te gaan welke factoren samenhangen met de ervaren behoefte aan nazorg en met eventuele discrepanties tussen de behoefte aan zorg en de daadwerkelijk ontvangen zorg zijn via de huisarts een aantal gegevens verzameld waarvan uit de literatuur bekend is dat ze van invloed zijn op de zorgbehoefte en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen:

Patiëntenkenmerken:

- leeftijd: oudere mensen gaan vaker naar hun huisarts (zie voor een overzicht Sluijs 1985) en oudere patiënten blijken een grotere behoefte aan verpleegkundige nazorg te hebben en krijgen deze nazorg ook vaker (Van der Kaaij 1975, Drijver e.a. 1981, Emanuel-Vink e.a. 1980, Verschuren 1985, Kersten e.a. 1989);
- geslacht: vrouwen bezoeken vaker hun huisarts dan mannen (zie bijv. Voorn 1983). Daarnaast blijken vrouwen wat vaker verpleegkundige nazorg te krijgen dan mannen (Emanuel-Vink e.a. 1980, Drijver e.a. 1981, Verschuren 1985, Kersten e.a. 1989);
- samenlevingsvorm: alleenstaanden ontvangen relatief vaker verpleegkundige nazorg (Emanuel-Vink e.a. 1980). Het uitvallen van of niet aanwezig zijn van informele zorg is van invloed op het gebruik van de wijkverpleging en gezinsverzorging (Kempen e.a. 1989);
- verzekeringsvorm: ziekenfondsverzekerden gaan vaker naar hun huisarts dan particulier verzekerden (Van de Ven e.a. 1980, Van Vliet e.a. 1983);
- opleiding: mensen met een lage opleiding gaan vaker naar de huisarts (Sluijs 1985).

Ziektekenmerken:

- opnameduur: patiënten die nazorg krijgen van de wijkverpleging zijn vaak aanzienlijk langer opgenomen geweest dan gemiddeld het geval is (Kersten e.a. 1989);
- spoedopname: uit het onderzoek van Kersten e.a. (1990) blijkt dat patiënten die met spoed zijn opgenomen na het ontslag vaker worden bezocht door de huisarts.

Respons

Zoals vermeld bedraagt het totaal aantal gevonden opgenomen én ontslagen patiënten 1978. Omdat dit onderzoek betrekking heeft op patiënten die ontslagen zijn uit een algemeen of academisch ziekenhuis en die *thuis* nazorg nodig hebben ontvingen de volgende patiënten géén vragenlijst: patiënten die opgenomen waren geweest in een psychiatrisch of categoriaal ziekenhuis (N=41), patiënten die na ontslag naar een bejaardentehuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum gingen (N=57), pas geboren kinderen (hun moeder wel) (N=160) en - uiteraard - de patiënten die inmiddels overleden waren (N=62). Het totaal aantal ver-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

	Response	Non-response	p	N
Persoonskenmerken				
Leeftijd gemiddeld in jaren *	43	44	.60	1531
Geslacht				
Man	43	45	.51	1434
Vrouw	57	55		
Samenlevingsvorm				
Alleenstaand	12	15	.37	1041
Echtpaar zonder kind	27	24		
Gezin	53	54		
Anders	8	8		
Verzekeringsvorm				
Ziekenfonds	73	77	.25	1078
Particulier	27	23		
Opleiding				
(Nog) geen	12	10	.83	963
Lager onderwijs	32	32		
Voortgezet + middelbaar	49	53		
HBO + Univ.	6	5		
Ziektekenmerken				
Opnameduur gemiddeld in dagen *	8.2	8.4	.68	1481
Spoedopname				
Ja	38	44	.04	1473
Nee	62	56		

* Bij de variabelen leeftijd en opnameduur is gebruik gemaakt van de t-test, in de overige gevallen de χ^2 -toets

Tabel 1 Verdeling van achtergrond-variabelen uitgesplitst naar response en non-response, in percentages

stuurde enquêtes kwam op 1531. Van dit aantal zijn er 1120 bruikbare enquêtes teruggekomen. De respons bedroeg met andere woorden 73%. In de non-respons analyse zijn de respondenten vergeleken met de niet-respondenten op de reeds vermelde persoons- en ziektekenmerken (zie tabel 1). Daarnaast is ook de ontslagdiagnose geanalyseerd aan de hand van de International Classification of Primary Care (ICPC) (zie voor behandeling van deze code Lamberts & Wood 1987). Hierbij is alleen gebruik gemaakt van de indeling naar hoofdcategorie van deze code.

Bij de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm, verzekeringsvorm, opleiding) kwamen geen significante verschillen voor tussen respondenten en niet-respondenten.

Waar het ging om de ziektekenmerken is er een verschil waar te nemen: er zijn bij de respons wat minder spoedopnames ($p=.04$). Tenslotte is nog gekeken of er bepaalde ontslagdiagnoses in de ene groep meer voorkwamen dan in de andere. Hierbij bleek een oververtegenwoordiging van ontslagdiagnoses die te maken hadden met het bewegingsapparaat (9% in de non-respons en 17% in de respons). De overige achtergrondvariabelen lieten geen significante verschillen zien.

Op basis van de bovenstaande gegevens kunnen we stellen dat er weinig verschillen zijn tussen de groep respondenten en de niet-respondenten en dat we op basis van de beschikbare gegevens uitspraken kunnen doen over de totale groep potentiële respondenten. Het enige is

Patiënt heeft hulp nodig bij	%	Totaal	%
ADL			
Gezicht wassen	3.8		
Volledig wassen	12.1		
Naar bed gaan	4.7		
Aan- uitkleden	7.9		
Naar wc/po gaan	4.6		
Eten/drinken	3.5		
(Trap)lopen	8.9	ADL	18.0
HDL			
Koken	25.4		
Boodschappen doen	37.4		
Schoonmaken en opruimen	40.2		
De was doen	34.5		
Bed verschonen	36.3	HDL	45.3
Verpleging			
Verzorgen van wonden	9.6		
Medicijnen innemen	5.3		
Injekties geven	4.0		
Zalven van de huid	4.1		
Overige verpleging	2.1	Verpleging	15.9
Hulpmiddelen en Oefeningen			
Ophalen van hulpmiddelen	9.0		
Aanpassen van huis	4.7		
Doen van oefeningen	4.5		
Volgen van dieet	3.2		
Overige hulpmiddelen	1.1	Hulpmiddelen	13.9
Psycho-Sociale Problemen			
Opvang van gezin	11.0		
Verwerken ziekte	13.2		
Gevoelens van eenzaamheid	9.4		
Neerslachtigheid	12.1		
Overige problemen	2.6	Psycho-sociaal	24.0

Tabel 2 Aantal patiënten dat hulp behoeft als percentage van het totaal aantal ontslagen ziekenhuispatiënten (N=1120)

dat door een lichte ondervertegenwoordiging van het aantal spoedopnames bij de respons er, gezien de resultaten van Kersten e.a. (1990), een onderschatting kan optreden van het aantal patiënten dat na het ontslag door de huisarts wordt bezocht. Dit blijkt nauwelijks het geval te zijn. Volgens de opgave van de huisartsen zelf hebben ze 35,4% van alle ontslagen ziekenhuispatiënten (N=1978) thuis bezocht.

RESULTATEN

Zorgbehoefte

Tabel 2 geeft het aantal patiënten weer dat volgens eigen zeggen bij een bepaalde activiteit hulp nodig heeft, als percentage van het totaal aantal ontslagen patiënten. Van de 1120 respondenten bleken er 633 (56,5%) bij één of meer activiteiten behoefte te hebben aan nazorg. Blijkens de tabel gaat het bij deze 633 patiënten in de meeste gevallen (mede) om hulp bij huishoudelijke activiteiten. De activiteiten koken, boodschappen doen, schoonmaken en opruimen, de was doen en het bed verschonen scoren het hoogst. Verder blijkt een relatief grote behoefte

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

	Gestandaardiseerde coëfficiënten	Verandering in Rao's V	p
Geslacht	.89	57.7	.00
Opnameduur	.44	13.2	.00
Opleiding	.22	3.6	.05
% Correct geclassificeerd		64.2	

NB De verandering in Rao's V geeft aan in hoeverre de betreffende variabele die geselecteerd wordt in combinatie met de eerder geselecteerde variabelen, nog significant discrimineert tussen de patiënten die al dan niet zorg behoeven

Tabel 3 Verschillen tussen patiënten die al dan niet zorg behoeven na ontslag uit het ziekenhuis, met behulp van stapsgewijze discriminant analyse

aan hulp bij psycho-sociale problemen. De opvang van het gezin, het verwerken van de ziekte, en gevoelens van eenzaamheid en neerslachtigheid leveren problemen op waarbij men van mening is dat hulp van pas zou komen. Ten slotte komt het relatief vaak voor dat hulp gewenst is bij het volledig wassen en bij het verzorgen van wonden.

Rechts in tabel 2 staat per hoofdgebied het percentage patiënten aangegeven dat bij één of meer van de onderscheiden activiteiten hulp nodig heeft. De meeste behoefte is er aan hulp bij huishoudelijke activiteiten, gevolgd door de behoefte aan hulp bij psycho-sociale problemen, ADL-functies en verpleegkundige activiteiten.

Na vaststelling van het aantal patiënten dat hulp nodig heeft is gekeken om welke patiënten het daarbij nu gaat. Met andere woorden: welke verschillen zijn er tussen patiënten die wel hulp nodig hebben en patiënten die geen hulp nodig hebben op een bepaald gebied. Voor vaststelling van deze verschillen is gebruik gemaakt van de eerder vermelde persoons- en ziektekenmerken van de patiënt. Omdat het tijdstip waarop de vragenlijst na het ontslag door de patiënten werd ingevuld varieert, en dit mogelijk van invloed is op de ervaren zorgbehoefte - bijvoorbeeld patiënten ervaren 14 dagen na het ontslag op meer terreinen een behoefte aan zorg dan na vier weken - is eerst nagegaan of er een verband bestond tussen de zorgbehoefte en de tijd die is verstreken tussen ontslag en het invullen van de enquête. Er bleek geen verband te zijn (Spearman's $Rho = -.0039$, $p = .90$, $N = 993$). De persoons- en ziektekenmerken vertonen onderling geen grote samenhang, met uitzondering van opnameduur en leeftijd ($r = .34$).

Uit een stapsgewijze discriminant analyse (zie tabel 3) komt naar voren dat de combinatie van geslacht, opnameduur en opleiding significant discrimineert tussen patiënten die op één of meer gebieden hulp nodig hebben en patiënten die geen hulp nodig hebben. Op grond van deze variabelen wordt 64,2% van de patiënten correct geclassificeerd. Met andere woorden, patiënten die zorg behoeven nadat ze uit het ziekenhuis worden ontslagen zijn vaker van het vrouwelijk geslacht, zijn langer opgenomen geweest en hebben een hogere opleiding vergeleken met patiënten die geen behoefte aan nazorg ervaren. Een verklaring voor het feit dat vooral vrouwen vaker behoefte aan nazorg hebben zou kunnen zijn dat hun mannen wellicht minder in staat zijn om hun taken tijdelijk over te nemen dan omgekeerd. Verder dient te worden aangetekend dat door de correlatie tussen leeftijd en opnameduur, leeftijd niet in de discriminantfunctie is opgenomen. Hieruit valt af te leiden dat voor

Patiënt ontvangt hulp van	%
Gezinszorg	8.4
Wijkverpleging	7.1
Maatschappelijk werk	2.2
Fysiotherapeut	11.2
Dagbehandeling	1.1
Huisarts	6.4
Totaal	25.9

Tabel 4 Aantal patiënten dat hulp ontvangt op de onderscheiden zorggebieden van professionele hulpverleners als percentage van het totaal aantal ontslagen ziekenhuispatiënten (N=1120)

het ervaren van behoefte aan nazorg door de patiënten opnameduur belangrijker is dan leeftijd.

Ontvangen nazorg van professionele hulpverleners

Van de 1120 patiënten geeft 53% aan na het ontslag op één of meerdere manieren contact te hebben gehad met de huisarts. Bij 34,5% van het totaal aantal patiënten legde de huisarts gemiddeld 1,9 visites af. Zeventien procent van de patiënten ging naar de huisarts toe voor een consult (gemiddeld 1,7 consulten) en bijna 10% had telefonisch contact met de huisarts. Combinaties van verschillende soorten contacten komen niet vaak voor. De meest voorkomende combinatie is echter telefonisch contact en visite. Het gaat hierbij om 8% van de patiënten die na ontslag contact met de huisarts hebben gehad.

In totaal ontvangen 290 (25,9%) patiënten van professionele hulpverleners nazorg op de eerder onderscheiden zorggebieden. Kennelijk wordt minder dan de helft van het aantal patiënten dat bij één of meer van de onderscheiden activiteiten een behoefte aan zorg ervaart daadwerkelijk door professionele zorgverleners geholpen.

Uit tabel 4 blijkt dat de huisarts bij 6,4% van het totaal aantal ontslagen patiënten hulp verleent bij één van de door ons onderscheiden activiteiten (zie tabel 2). De reden van dit lage percentage ligt in het feit dat de huisarts doorgaans andere vormen van 'hulp' verleent, zoals het verstrekken van medicijnen, het doen van lichamelijk onderzoek, en dergelijke. Zoals eerder vermeld zijn deze activiteiten bij het bepalen van de ervaren behoefte aan zorg buiten beschouwing gelaten.

Uit tabel 4 blijkt voorts dat, na contact met de huisarts, fysiotherapeutische nazorg het meest voorkomt. Gezinsverzorging komt op de tweede plaats. Wijkverpleging komt na fysiotherapie en gezinszorg het meest voor. Hulp van het maatschappelijk werk komt slechts in ruim 2% van de gevallen voor. Dagbehandeling in een verpleeghuis of bejaardenhuis komt slechts zelden voor. De voorlopige resultaten van overige drie veldwerkperiodes van de Nationale Studie bevestigen de gevonden percentages. De intensiteit van de zorg, uitgedrukt in de frequentie van het contact, verschilt per zorgverlener. De meest voorkomende frequentie met de fysiotherapeut is 2x per week. Een gezinsverzorgende komt in de meeste gevallen 2 halve dagen per week. De wijkverpleegkundige komt doorgaans 1x per week langs en contact met een maatschappelijk werkende komt in de meeste gevallen slechts 1x per maand voor.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Tabel 5
Verdeling van de
ontvangen professionele
zorg en mantelzorg per
zorggebied, als percentage
van het aantal patiënten dat
hulp nodig heeft

	Hulp nodig N	Ontvangt Prof. zorg (%)	Mantel- zorg (%)	Prof. én mantelzorg (%)	Prof. en/of mantelzorg (%)	Geen hulp (%)
ADL	202	17	64	9	72	28
HDL	507	28	83	22	89	11
Verpleging	179	28	50	4	71	29
Hulpmiddelen	156	35	62	23	76	24
Psycho-sociaal	269	26	72	20	78	22

In welke behoeften voorziet de professionele nazorg?

Eerder hebben we gezien wat de meest voorkomende zorgbehoeften zijn van ontslagen ziekenhuispatiënten. Hieronder zullen we nagaan op welke terreinen de professionele hulpverleners nazorg verlenen en in hoeverre patiënten tevreden zijn over de geboden professionele hulp.

Zoals te verwachten verleent de gezinsverzorging vooral hulp bij huishoudelijke activiteiten (schoonmaken: 90% van de gevallen waarin gezinszorg wordt verleend, bed verschonen: 79%, was doen: 70%, koken: 38%, boodschappen doen: 35%) en de opvang van het gezin (33%). Van de patiënten die van gezinszorg gebruik maken is 67% tevreden over de hulp. Een reden hiervoor werd door slechts zeer weinigen opgegeven. Waar men een negatief oordeel had ging het meestal om een slechte hulp of kwam de hulp niet opdagen.

Wijkverpleegkundigen houden zich in de meeste gevallen - zoals eveneens te verwachten - bezig met verpleegkundige activiteiten, met name het volledig wassen van de patiënt (in 39% van de gevallen waarin de patiënt hulp krijgt van de wijkverpleging) en wondverzorging (37%). Daarnaast vervullen zij ook regelmatig een rol bij het verwerken van de ziekte (17%) en het ophalen van hulpmiddelen (17%). Van de patiënten die wijkverpleegkundige zorg ontvangen is 87% tevreden over de zorg.

Het maatschappelijk werk verleent alleen hulp bij psychosociale problemen (in 70% van de gevallen waarin gebruik wordt gemaakt van de diensten van het maatschappelijk werk wordt bijstand verleend bij het verwerken van de ziekte en/of gevoelens van neerslachtigheid, bij 50% gaat het om gevoelens van eenzaamheid en bij 40% om de opvang van het gezin). Ook over het maatschappelijk werk is men te spreken: 81% van de respondenten is tevreden.

De fysiotherapeut verleent bijna uitsluitend hulp bij het doen van oefeningen (in 93% van de gevallen waarin een fysiotherapeut wordt bezocht) en 88% van de ontvangers is tevreden over zijn hulp.

De huisarts heeft weer een wat uitgebreider pakket van activiteiten, waarbij hulpverlening bij het verwerken van de ziekte het meest voorkomt (51%). Daarnaast verleent de huisarts in 15% van de gevallen hulp bij gevoelens van eenzaamheid en/of neerslachtigheid, in 14% bij het geven van injecties, in 13% bij wondverzorging en in 11% van de gevallen bij het volgen van een dieet. Over het contact met de huisarts na het ontslag is 83% van de respondenten tevreden. Meestal werd voor dit oordeel geen reden opgegeven. Waar dit wel werd gedaan was het contact 'gewoon erg goed' of had men een goede begeleiding onderhouden. Bij een negatief oordeel over het contact met de huisarts betrof het in de meeste gevallen een 'slechte opvang', tot uitdrukking komend in uitspraken als 'had

meer belangstelling verwacht', 'huisarts is niet langs geweest' of 'verkeerde diagnose'.

Ontvangen informele zorg

In de vorige paragraaf merkten we op dat minder dan de helft van het aantal patiënten dat zorg behoeft bij één of meer activiteiten, hulp krijgt van professionele hulpverleners. Tabel 5 geeft een indruk van de verdeling tussen ontvangen mantel- en professionele zorg. Over het algemeen blijken veel meer mensen gebruik te maken van hulp door familie en kennissen dan van professionele hulp. Zoals door de aard van de activiteiten te verwachten is blijkt het aandeel van de mantelzorg het grootst bij de verrichting van ADL functies en HDL functies. Ook bij psycho-sociale problemen is een belangrijke taak weggelegd voor de mantelzorg. Bij taken rond hulpmiddelen en verpleging is de mantelzorg weliswaar wat minder belangrijk maar komt nog steeds bijna tweemaal zo veel voor als professionele zorg.

Er zijn verschillende soorten informele zorg onderscheiden: zorg van partner/kinderen, van familie en van burens/kennissen. Er viel echter weinig verschil te bespeuren tussen de verschillende informele hulpverleners, waar het ging om het soort hulp dat gegeven werd, hoewel hulp bij ADL-functies voornamelijk door familie en het gezin wordt verleend. Hulp in de huishouding kwam steeds het meest voor, met hulp bij psycho-sociale problemen op de tweede plaats. Over het algemeen is het zo dat hulp door burens en kennissen bij minder verschillende activiteiten wordt verleend dan die door familie en gezin.

Met behulp van discriminant analyse is nagegaan welke patiënten die hulp nodig hebben mantelzorg ontvangen en welke geen hulp ontvangen. Hierbij is weer gebruik gemaakt van de eerder genoemde achtergrondvariabelen. Alvorens deze discriminant analyse uit te voeren is nagegaan of de tijd die verstreek tussen ontslag en het invullen van de enquête van invloed was op het ontvangen van professionele hulp. Deze controle is uitgevoerd op de gehele populatie (dus zonder te selecteren op hulpbehoefte). De samenhang bleek gering te zijn ($Rho = .01$, $p = .67$, $N = 993$). Uit de discriminant analyse kwam naar voren dat slechts een combinatie van twee achtergrondvariabelen significant discrimineert tussen patiënten die al dan niet mantelzorg ontvangen: geslacht en samenlevingsverband. Dat wil zeggen dat van de patiënten die zorg nodig hebben vooral vrouwen en mensen die in gezinsverband leven mantelzorg ontvangen.

Discrepanties tussen

ervaren zorgbehoefte en ontvangen hulp

Onder twee verschillende omstandigheden kunnen we spreken van discrepanties. In het ene geval gaat het om

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

patiënten die aangaven hulp te ontvangen terwijl zij gelijktijdig aangaven geen hulp nodig te hebben. Deze patiënten zijn zeer klein in aantal (gemiddeld 1,7% van het totaal aantal respondenten, per hoofdgebied). In het andere geval is sprake van patiënten die geen hulp ontvangen terwijl zij aangaven wel hulp nodig te hebben. Uit de laatste kolom in tabel 5 kan worden opgemaakt dat dit laatste soort gevallen veel vaker voorkomt.

Van die respondenten die zelf van mening zijn hulp nodig te hebben blijft per hoofdgebied gemiddeld 23% van hulp verstoken. Meest problematisch hierbij zijn ADL-en verpleegkundige hulpbehoevendheid. Bij de ADL-functies is waarschijnlijk de problematiserende factor het feit dat deze handelingen vaak verricht dienen te worden in vergelijking met bijvoorbeeld huishoudelijke activiteiten. Een verklaring voor de lacune in de verpleegkundige hulp kan gezocht worden in het feit dat verpleegkundige hulp zonder instructies van wijkverpleging of huisarts moeilijk door de informele hulpverleners verricht kan worden.

Wie ontvangen geen hulp?

Binnen de groep respondenten die bij één of meer activiteiten te kennen gaf hulp nodig te hebben zijn de respondenten die wel professionele en/of mantelzorg ontvangen vergeleken met de respondenten die helemaal geen zorg krijgen. Van de respondenten bleek 10% in de laatste groep te vallen. Zoals we hiervoor zagen betekent dit niet dat in 90% van de behoeften wordt voorzien, maar dat 90% van de patiënten hulp krijgt bij één of meer zorgbehoeften, terwijl het mogelijk blijft dat in andere behoeften niet wordt voorzien.

Door middel van een stapsgewijze discriminant analyse is nagegaan welke combinatie van achtergrondvariabelen het best discrimineert tussen de twee groepen. De variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau bleken tesamen significant te discrimineren tussen patiënten die wel hulp krijgen en patiënten die geen hulp krijgen. Op grond van de deze variabelen wordt 68,1% van de ontslagen ziekenhuispatiënten met een behoefte aan zorg correct geclassificeerd. Dit wil zeggen dat mannen, jongeren en mensen met een lagere opleiding vaker van hulp verstoken blijven na hun ontslag uit het ziekenhuis dan anderen.

De in de tabel weergegeven gegevens zijn opmerkelijk, daar ten eerste de mate van hulpbehoevendheid tussen de twee groepen niet significant verschilt. Dit suggereert dat de mate van hulpbehoevendheid niet van grote betekenis is voor het verkrijgen van professionele zorg. Verder, vergelijkend tussen de variabelen die van belang waren voor de ervaren zorgbehoefte en die bij het verkrijgen van professionele- en/of mantelzorg van belang zijn, blijkt tussen leeftijd en opnameduur een wisseling te hebben plaats gevonden: was bij de zorgbehoefte opnameduur belangrijker dan leeftijd, bij de voorziening in de behoefte blijkt het omgekeerde het geval te zijn. Kennelijk speelt leeftijd een belangrijker rol bij het verkrijgen van hulp, terwijl de door de patiënt zelf ervaren behoefte aan zorg meer wordt bepaald door de duur van de opname.

	Gestandaardiseerde coëfficiënten	Verandering in Rao's V	p
Geslacht	.72	15.5	.00
Leeftijd	.51	8.3	.00
Opleiding	.40	4.3	.04
% Correct geclassificeerd		68.1	

Tabel 6 Verschillen tussen patiënten die al dan niet zorg ontvangen na ontslag uit het ziekenhuis, met behulp van stapsgewijze discriminant analyse

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de aard van de zorgbehoeften van ontslagen ziekenhuispatiënten, in welke mate zij professionele zorg of mantelzorg ontvangen en in hoeverre de geboden nazorg aansluit bij deze behoeften.

De behoefte aan nazorg werd vastgesteld door de patiënten zelf te ondervragen. Aan deze subjectieve behoeftebepaling zijn naast voordelen ook enkele nadelen verbonden. Bijvoorbeeld Bijl e.a. (1986) noemen als belangrijkste nadelen: de onduidelijke relatie tussen de ervaren problemen en de vraag naar een voorziening, en het feit dat sommige patiënten hun problemen beter kunnen herkennen of uitdrukken dan andere patiënten (proto-professionaliseringseffecten). Echter aan andere benaderingen - objectieve behoeftebepaling, de vraag naar of het gebruik van voorzieningen als indicatie van zorgbehoefte - kleven weer andere en vaak grotere bezwaren. (zie bijv. Bradshaw 1972, Mackenbach 1982, Bijl e.a. 1986).

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat ruim de helft van de ontslagen patiënten op één of meer gebieden een *behoefte aan zorg* ervaart. In de meeste gevallen gaat het om behoefte aan hulp bij huishoudelijke activiteiten, gevolgd door een behoefte aan hulp bij psycho-sociale problemen en ADL-functies. Deze bevinding stemt deels overeen met de resultaten van eerder verricht onderzoek naar subjectieve zorgbehoeften van ex-ziekenhuispatiënten. Verhaak e.a. (1985) vonden in een onderzoek onder totaal 40 ontslagen ziekenhuispatiënten in Zeeland en Twente ook dat de behoefte aan huishoudelijke verzorging het meest frequent werd genoemd. Behoefte aan zorg bij ADL-functies komt bij hen echter op de tweede plaats, gevolgd door behoefte aan hulp bij psycho-sociale problemen.

Van de verzamelde gegevens in het onderzoek van Emanuel-Vink e.a. (1980) zijn alleen die betrekking hebben op de hulpbehoefte bij ADL-functies vergelijkbaar. De door ons gevonden percentages liggen beduidend lager. Zij vinden bijvoorbeeld dat 33% van het totaal aantal ontslagen patiënten behoefte heeft aan hulp bij het wassen en baden. Het door ons gevonden percentage bedroeg 12,1%. Een verklaring voor dit verschil is waarschijnlijk gelegen in de door hen gehanteerde steekproef, die bestond uit patiënten van de afdelingen neurologie, interne geneeskunde en algemene chirurgie, van wie bovendien tijdens de opname bleek dat zij na ontslag nog enige verzorging nodig zouden hebben.

Verder blijkt uit ons onderzoek dat vooral patiënten van het vrouwelijk geslacht en degenen die lang opgenomen

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

zijn geweest behoefte aan nazorg ervaren. Leeftijd speelt waarschijnlijk ook een rol gezien de sterke relatie met opnameduur. Een verklaring voor het feit dat vooral vrouwen behoefte aan nazorg hebben zou kunnen zijn dat hun mannen wellicht minder in staat zijn om hun (huishoudelijke) taken tijdelijk over te nemen dan omgekeerd. Uit onderzoek naar verpleegkundige nazorg blijkt ook dat vrouwen en oudere patiënten een grotere behoefte aan verpleegkundige nazorg hebben en deze nazorg ook vaker krijgen (Van der Kaaij 1975, Emanuel-Vink e.a. 1980, Drijver e.a. 1981, Kersten e.a. 1989). Uit het onderzoek van Verschuren (1985) blijkt dat onder andere leeftijd en geslacht als expliciete selectiecriteria worden gehanteerd in het ziekenhuis om te bepalen of patiënten wijkverpleegkundige nazorg nodig hebben. Het resultaat dat opnameduur een sterke relatie vertoont met de ervaren behoefte aan nazorg wijst er op, dat het hier om de ernstig zieke (oudere) patiënten gaat. Kersten e.a. (1989) vonden dat patiënten die nazorg krijgen van de wijkverpleging aanzienlijk langer opgenomen zijn geweest dan gemiddeld het geval is.

Wat het *ontvangen van professionele nazorg* betreft, heeft ruim de helft van de patiënten contact gehad met de huisarts na het ontslag uit het ziekenhuis. Dit stemt overeen met de resultaten van Bremer e.a. (1976). Verder bleek uit gegevens die verstrekt werden door de huisartsen zelf dat 50% van de ontslagen patiënten contact met de huisarts gehad had (Kersten e.a. 1990). Verder krijgt 7% van de patiënten nazorg van de wijkverpleging, hetgeen een kleiner percentage is dan de 10% die bij veel locaal uitgevoerde onderzoeken werd gevonden (zie voor een overzicht Krijgsman 1986). Tot slot ontvangt ruim 8% nazorg van de gezinsverzorging en ruim 11% fysiotherapie. Voor deze laatste disciplines zijn echter geen vergelijkbare cijfers voorhanden. Over het algemeen blijkt men tevreden over de ontvangen professionele hulp. Gemiddeld over de verschillende hulpverleners heeft ruim 81% van de gebruikers dit oordeel.

Evenals in de studie van Verhaak e.a. (1985) komt in dit onderzoek naar voren dat de mantelzorg het leeuwendeel van de verleende zorg verricht. Het aandeel van de mantelzorg is het grootst bij huishoudelijke activiteiten, ADL-functies (met name door andere gezinsleden) en bij het hulp bieden bij psycho-sociale problemen.

Eén van de belangrijkste vragen van ons onderzoek was of er discrepanties zijn tussen de ervaren behoefte aan zorg en de zorg die geboden wordt. Ook hierover bleken in de literatuur geen vergelijkbare cijfers te bestaan. Wel wordt soms de indruk gewekt dat het nogal eens voorkomt dat ontslagen patiënten geen of onvoldoende nazorg ontvangen, terwijl ze die wel nodig hebben. Dit vermoeden wordt door onze gegevens bevestigd: gemiddeld 23% per hoofdgebied van die patiënten die aangaven bij een of meer activiteiten hulp nodig te hebben krijgt noch professionele-, noch mantelzorg op die betreffende gebieden. De discrepanties tussen de ervaren behoefte en de zorg die geboden wordt zijn het grootst op het terrein van de verpleging en ADL-functies. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door knelpunten in de overdracht van ziekenhuisverpleging naar wijkverpleging (Nationale Kruisvereniging 1986, Zijlmans e.a. 1989).

Tot slot ontvangt 10% van de patiënten die een zorgbehoefte ervaart op één of meer gebieden helemaal geen hulp, noch van professionele hulpverleners, noch van informele zorgverleners. Vergeleken met de groep patiënten die wel zorg ontvangt zijn deze patiënten vaker mannen, jonger en hebben ze vaker een lagere opleiding. Ook door anderen werd opgemerkt dat vrouwen vaker een beroep doen op de gezondheidszorg dan mannen (zie voor een overzicht Moons e.a. 1989). Het belang van leeftijd bij het verkrijgen van zorg ligt voor de hand en wordt eveneens door anderen aangegeven. Op het belang van opleidingsniveau voor het verkrijgen van hulp is al eerder in de literatuur gewezen. Echter in het algemeen wordt juist een omgekeerde relatie gevonden: lager opgeleiden hebben een hogere medische consumptie (zie voor een overzicht Sluijs 1985).

Uit het feit dat het opleidingsniveau niet significant discrimineerde tussen patiënten die mantelzorg ontvingen en de groep die geen mantelzorg ontving maar wel waar het ging om het verkrijgen van professionele en/of mantelzorg kan met enige voorzichtigheid worden afgeleid dat uit ons onderzoek blijkt dat juist ontslagen patiënten met een hogere opleiding professionele nazorg krijgen. Mogelijk is het zo dat kanalen die naar professionele nazorg leiden minder toegankelijk zijn voor mensen met een lagere opleiding, of dat mensen met een hogere opleiding hun zorgbehoefte beter kunnen verwoorden. Voor het staven van deze conclusie en voor beantwoording van de vraag bij welke soort professionele zorg dit opgaat is echter verder onderzoek noodzakelijk.

Wat het geschetste substitutiebeleid betreft, kan op grond van onze resultaten geconcludeerd worden dat een goede opvang in de sfeer van huishoudelijke verzorging, ADL-functies en psycho-sociale problemen een minimale voorwaarde voor thuiszorg is. Verder zijn in dit onderzoek zorgbehoeften op medisch-technisch terrein buiten beschouwing gelaten. Vervolgonderzoek dient dan ook gericht te zijn op wat huisartsen inhoudelijk aan nazorg (kunnen) bieden, zodat ook op dit terrein de mogelijkheden van en voorwaarden voor substitutie duidelijk worden.

ABSTRACT

In recent years government policy has been directed at substitution of home care for hospital care. At the same time the message has been that health care should be optimally attuned to the needs of the population. With this in mind we have tried to gain insight into the nature of patients' needs after hospital discharge and extent to which these needs are met by the provision of care presently available. Data was gathered by means of a questionnaire which was sent to a representative sample of 1531 patients.

The main results show that 56% of the respondents feel some need for aftercare. Some 66% of these patients receive care from informal care providers. The need for help with Instrumental Activities of Daily Living (IADL) was most frequently cited. Discriminant analysis showed that a need for aftercare is felt particularly strongly by well-educated female patients who have been in hospital for a longer period of time. More than 50% of the respon-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

dents had had contact with a general practitioner and 26% had received care from other professionals. Approximately 10% do have some need for care but do not receive any from either professionals or from informal care providers. Discriminant analysis has shown that this 10% is more often male, younger and less well-educated than the remaining 90%.

LITERATUUR

- Bradshaw, J., A taxonomy of social need. In: G. McLachlan (ed.), Portfolio for Health: problems and progress in medical care. Nuffield Provincial Hospital, London 1972
- Bremer, G.J., Weer thuis - Een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en wetenschap 19 (1976) 406-423
- Bijl, R. & J. Mastboom, Van behoefte naar vraag: epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden. NCGV, Utrecht 1986
- Drijver, H. & F. van der Esch, De verpleegkundige nazorg van ziekenhuispatiënten in Arnhem: een strategie tot verbetering van de communicatie en samenwerking tussen ziekenhuishoofdverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen, ten behoeve van de verpleegkundige nazorgpatiënten in Arnhem. Doctoraalscriptie. Landbouwhogeschool. vakgroep Gezondheidsleer, Wageningen 1981
- Emanuel-Vink, H. & P. van der Kaaij, Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Dr. Vergeer Instituut, Nijmegen 1980
- Ernst, M. & N.S. Ernst, Functional capacity. In: Mangen, D.J., W.A. Peterson (red.), Health, program evaluation and demography. University of Minnesota Press, 1984. Research Instruments in Social Gerontology, volume 3, Minneapolis 1984
- Eustis, N.N. & S.K. Patten, The effectiveness of long-term-care. In: Mangen, D.J., W.A. Peterson (red.), Health, program evaluation and demography. University of Minnesota Press, Research Instruments in Social Gerontology, volume 3, Minneapolis 1984
- Foets, M., J. van der Velden & J. van der Zee, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: projectvoorstel. NIVEL, Utrecht 1986
- Foets, M. & J. van der Velden, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: basisrapport meetinstrumenten en procedures; voorlopige rapportage. NIVEL, Utrecht 1990
- Instituut voor Toegepaste Sociologie, De Amsterdamse nazorgdienst: een voorstudie ter evaluatie van de structuur en het functioneren van de nazorg ten behoeve van uit ziekenhuizen ontslagen patiënten. ITS, Nijmegen 1971
- Kaaij, P. van der, De verpleegkundige nazorgdienst te Nijmegen: een evaluatief onderzoek. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1975
- Kane, R.A. & R.L. Kane, Assessing the elderly: a practical guide to measurement. Lexington Books, Toronto 1983
- Kempen, G.I.J.M. & Th.P.B.M. Suurmeijer, Thuiszorg nader bekeken: verslag van een onderzoek naar het bereik en functioneren van wijkverpleging en gezinsverzorging onder ouderen en hulpverleners in de provincie Drenthe. Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen, 1989
- Kersten, T.J.J.M.T., T.A. Wiegers, A.C.M. de Wit & W.C.M. Zijlmans, Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 3: hoe functioneert de door het kruiswerk georganiseerde nazorg? NIVEL, Utrecht 1989
- Kersten, T.J.J.M.T. & M. Foets, De betrokkenheid van de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling van zijn patiënten. T. Soc. Gezondheidsz. 68 (1990) 36-41
- Krijgsman, A.R., Georganiseerde nazorg in Nederland: een inventarisatie van vormen van wijkverpleegkundige nazorg. NIVEL, Utrecht 1986
- Lamberts, H. & M. Wood (ed.), ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford University Press, Oxford 1987
- Mackendbach, J.P., Behoeftedonderzoek: een relevante bijdrage van de epidemiologie aan de Gezondheidszorg? T. Soc. Geneesk. 60 (1982) 568-574
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Nota 2000. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1986
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Rijswijk 1988
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Doelgericht Veranderen. 's-Gravenhage 1989
- Moons, M., A. Kerkstra & C. Picauly, Een vooronderzoek: de zorg behoefte ontleed; een literatuurstudie naar de behoefte aan thuiszorg. NIVEL, Utrecht 1989
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, Enkele kengetallen algemene en academische ziekenhuizen 1987. Utrecht 1988
- Nationale Ziekenhuisraad & Nationale Kruisvereniging, Aanbevelingen voor het tot standkomen van continuïteit in de verpleegkundige zorg. Juli 1978
- NIVEL, Reglement ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van bij de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk betrokken personen. NIVEL, Utrecht 1987
- Sluijs, E.M., Beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening: de huisarts. In: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide & J. van der Zee (red.), Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. NIVEL, Utrecht 1985
- Soons, P. & E. van der Put, De dienst continuïteit van de zorg te Nijmegen. Stageverslag, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1985
- Ven, W.P.M.M. van de, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet & F.F.H. Rutten, Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. Gezondheid en Samenleving 1 (1980) 224-254
- Verhaak, P.F.M., J.T. van Busschbach & D. Kortenhoeven, Behoeftedonderzoek aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. NIVEL, Utrecht 1985
- Vermeulen, C.A., Project nazorg ziekenhuispatiënten in de groepspraktijk te Rhenen. Ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam 1973
- Verschuren, M.J.D., Selectiecriteria voor nazorg. Stageverslag, Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Verplegingswetenschap, Maastricht 1985
- Vliet, R.C.J.A. van & W.P.M.M. van de Ven, Analyse van verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Economische Statistische Berichten 68 (1983) 456-461
- Voom, Th.B., Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, Utrecht 1983
- Zuidervaar, J. & H. Lamberts, De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap 19 (1976) 424-428
- Zijlmans, W.C.M. & T.J.J.M.T. Kersten, Georganiseerde nazorg in Nederland, deel 2: hoe is door het kruiswerk in overleg met ziekenhuizen de nazorg georganiseerd. NIVEL, Utrecht 1989

CORRESPONDENTIEADRES

Mw. dr. A. Kerkstra, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 10 oktober 1989, geaccepteerd 30 mei 1990

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Oorspronkelijke stukken

Overleg door huisartsen met specialisten over de ziekenhuisopname van patiënten

T.J.J.M.T. KERSTEN

Zoals is af te leiden uit het 'Basistakenpakket' en de standaard voor de verwijsbrief,^{1,2} beschouwen huisartsen het als hun taak om zorg te dragen voor de continuïteit in de zorgverlening aan hun patiënten. In dit artikel wordt de aandacht gericht op de continuïteitsbewaking door huisartsen voor hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten, voor zover dit tot uitdrukking komt in persoonlijk of telefonisch overleg van de huisarts met de behandelend specialist. Vooral De Melker heeft uit een oogpunt van continuïteit van zorg het belang van het overleg door huisartsen met specialisten benadrukt, in het bijzonder wanneer het gaat om ziekenhuisopname van patiënten.³ IJzermans en Oskam stellen dat vrijwel alle denkbare voordelen van continuïteit van zorg ook kunnen worden

Zie ook het artikel op bl. 1107.

SAMENVATTING

In het kader van het nationale onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk registreerden 161 huisartsen gedurende 3 maanden hun overleg met specialisten in verband met alle plaatsgevonden ziekenhuisopnamen (n = 7815). Het meeste overleg voerden huisartsen over de beslissing om patiënten op te nemen; dit gebeurde bij 15% van alle opnamen. Overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (5%) en over het ontslag en de nazorg (4%) kwam veel minder vaak voor. Huisartsen pleegden vooral overleg over de opnamebeslissing als zij zelf het initiatief hadden genomen om de patiënt op te nemen, of als zij door de patiënt geconsulteerd werden in verband met de op handen zijnde opname. Mer kan zich naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek afvragen of het zeldzame overleg nadat de ziekenhuisopname een feit is, wel verenigbaar is met de verantwoordelijkheid van huisartsen voor continue zorg.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

Dr.T.J.J.M.T.Kersten, psycholoog (thans: Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, project Samenwerking 1e en 2e lijn, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam).

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

gerelativeerd, maar zij onderschrijven het belang van een goede coördinatie van de zorg voor patiënten die zich bevinden in overgangssituaties in hun gang door de gezondheidszorg.⁴

De vragen van dit onderzoek luiden:

– In welke mate vindt overleg plaats tussen huisartsen en specialisten in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname?

– In welke mate kan de frequentie waarmee dit overleg zich voordoet, worden verklaard op basis van kenmerken van huisartsen en kenmerken van de opname-omstandigheden van patiënten?

Elders is een uitwerking van de achtergronden van deze vragen beschreven.⁵

METHODE

Steekproef. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens die door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) zijn verzameld in het kader van het nationale onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{6,8} In 1987 en 1988 hebben 161 huisartsen in 103 verschillende praktijken hun overleg met specialisten geregistreerd. Deze huisartsen werden in vier min of meer willekeurige groepen ingedeeld, waarbij in vier opeenvolgende perioden van steeds drie maanden registraties plaatsvonden.

Procedure. Er werd in hoofdzaak gebruik gemaakt van twee gegevensbronnen. De eerste was een eenmalige schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen. Hiermee werden de gegevens verkregen over de kenmerken van huisartsen. De gegevens over de kenmerken van opgenomen patiënten en over het overleg van de huisarts met de specialist werden verkregen via een registratie in de huisartspraktijk.⁷

Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum na de aanvang van de drie maanden durende veldwerkperiode lag en waarvan de ontslagdatum niet langer dan een maand na het afsluiten van de veldwerkperiode viel, werden in het onderzoek betrokken.

Operationalisatie van kenmerken van huisartsen en van opname-omstandigheden van patiënten. Voor kenmerken van huisartsen die hun attitude betroffen, werden psychologische schalen geconstrueerd.⁵ De kenmerken van de opname-omstandigheden van patiënten werden voor drie van de bestudeerde variabelen (de mate waarin de aandoening van de patiënt levensbedreigend, invaliderend en psychosociaal is) ontleend aan oordelen op 5-puntsschalen die de huisartsen in dit onderzoek meer in het algemeen over de aandoeningen van verwezen patiënten hadden uitgesproken. Deze oordelen werden per code van de International Classification of Primary Care (ICPC) gekoppeld aan de aandoeningen van de onderzochte opgenomen patiënten.⁹

Analyseschema. De effecten van de verschillende verklarende variabelen werden getoetst door middel van covariantieanalyse. Als eerste stap werden de effecten van kenmerken van de opnameomstandigheden van patiënten op het overleg vastgesteld. Speciale aandacht werd daarbij gegeven aan de aard van de aandoening in

relatie tot het plaatsvinden van overleg tussen huisartsen en specialisten. Daartoe werd het overleg gespecificeerd voor een aantal ziekte categorieën. De categorieën werden samengesteld door pathogenetisch verwante aandoeningen over de anatomische hoofdstukken van het ICPC-systeem samen te nemen.⁹ Er werd een selectie gemaakt van zonder veel problemen te classificeren aandoeningen die in voldoende aantallen voorkwamen.

Als tweede stap werd het effect van kenmerken van huisartsen bestudeerd. Daarbij gold, dat men bij huisartsen die in de registratieperiode maar met weinig opnamen te maken hadden, geen goed beeld kon krijgen van de frequentie waarmee zij gewoonlijk met specialisten overleggen. Daarom werden alleen de huisartsen die met 20 of meer opgenomen patiënten te maken hadden gedurende de registratieperiode in de analyses van de tweede stap betrokken.

RESULTATEN

Het totale aantal gedurende de veldwerkperiode geregistreerde opnamen bedroeg 7815. Dit betrof 93% van het te verwachten aantal, gegeven het aantal bij de huisartsen ingeschreven patiënten en de voor Nederland geldende gemiddelde opnamekans van 10%. Tot maximaal 1 maand na afloop van de 3 maanden durende veldwerkperiode werden gegevens over de opnamen vastgelegd (vanwege operationele redenen); naar schatting 3% (alle opnamen van langer dan één maand) van het aantal wel gesignaleerde opnamen werd hierdoor niet in het onderzoek betrokken.

Overlegfrequentie per fase van de ziekenhuisopname

Tabel 1 laat zien dat het meeste overleg op initiatief van de huisarts plaatsvond in de fase dat de beslissing tot opname wordt genomen. Het betrof hier 15% van alle opnamen. Tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis gebeurde dit in 5% van de gevallen en over de beslissing tot ontslag uit het ziekenhuis of de nazorg in 4% van de gevallen. Specialist namen over de gehele

TABEL 1. Overzicht van het overleg tussen huisarts en specialist tijdens de 3 fasen van de ziekenhuisopname, uitgedrukt in het percentage opnamen waarbij overleg plaatsvond van het totale aantal opnamen (n = 7815), zoals geregistreerd door 161 huisartsen*

fasen in proces van opname en ontslag	overleg op initiatief van		totaal
	huisarts	specialist	
1. beslissing tot opname	15	2	17
2. verblijf van de patiënt in het ziekenhuis	5	2	7
3. beslissing tot ontslag/nazorg	4	3	7
overleg in enigerlei fase†	19	6	25

*De steekproef van huisartsen was niet in alle opzichten geheel representatief.^{6,7} De variabelen waarop afwijkingen bestonden, bleken echter geen significant effect te hebben op het overleg van huisartsen met specialisten. De percentages in deze tabel zijn dan ook als indicatief te beschouwen voor de Nederlandse situatie.

†De percentages in deze rij zijn geen optelling van de percentages erboven: wanneer tijdens meer dan één fase overleg plaatsvond, telde dit hier toch slechts éénmaal mee.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

linie minder vaak het initiatief tot overleg dan huisartsen, ongeacht de fase van de ziekenhuisopname (6% versus 19%). Het verschil tussen huisartsen en specialisten was het grootst ten aanzien van het overleg over de beslissing om de patiënt op te nemen (15% ten opzichte van 2%).

De frequenties van overleg in de verschillende fasen wat betreft opname en ontslag bleken zwak met elkaar samen te hangen. De frequentie van overleg in fase 1 vertoonde een positieve correlatie met die in fase 2 (Pearson $r = 0,26$) en in mindere mate ook met die in fase 3 ($r = 0,13$). De frequentie van overleg in fase 2 vertoonde eveneens een positieve samenhang met die in fase 3 ($r = 0,21$).

Invloed van opnameomstandigheden op overleg door de huisarts

Het overleg in fase 1 kon in het algemeen het beste verklaard worden (tabel 2). Het percentage verklaarde variantie (R^2) bedroeg in deze fase 30% tegenover respectievelijk 14% en 6% in fase 2 en 3.

Fase 1. Het overleg over de opnamebeslissing (fase 1) kwam met name voort uit de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden'. Overleg kwam vaker voor als de huisarts het initiatief had genomen tot de opname; bij 37% van de patiënten vond dan overleg plaats, tegenover bij 8% wanneer de huisarts geen initiatiefnemer was. Daarnaast was vooral de 'intensiteit van de relatie tussen huisarts en patiënt in verband met de betreffende opname' van belang. Als de patiënt (of diens verzorgers) contact hadden gezocht met de huisarts, overlegde de huisarts bij 30% van de patiënten; was dit niet het geval, dan bij 13%. Omgekeerd speelde ook het contact op initiatief van de huisarts met de patiënt (of diens verzorgers) een bevorderende rol. Ten slotte speelde de 'medische noodzaak' een rol: overleg vond vaker plaats bij spoedopnamen (bij 21%; bij opnamen zonder spoedkarakter bij 13%), bij meer levensbedreigende aandoeningen en bij aandoeningen waarvoor de patiënt uiteindelijk langer in het ziekenhuis lag.

TABEL 2. Invloed van kenmerken van de omstandigheden bij ziekenhuisopname van patiënten op het plaatsvinden van overleg van huisarts met specialist ($n = 7815^*$), uitgedrukt als gemiddeld percentage opnamen waarbij overleg plaatsvond van het totale aantal opnamen, zoals geregistreerd door 161 huisartsen; * alleen statistisch significante kenmerken zijn opgenomen

verklarende kenmerken	ja/ nee	n	overleg betreffende		
			fase 1 beslissing tot opname	fase 2 verblijf patiënt in ziekenhuis	fase 3 beslissing tot ontslag/nazorg
<i>medische noodzaak</i>					
mate waarin de aandoening levensbedreigend is (als β^+)		5735	0,04	0,07	0,06
ligduur (als β^+)		5735	0,03	0,05	—
spoedopname	ja	2271	21	—	—
	nee	3464	13	—	—
<i>intensiteit relatie huisarts-patiënt in verband met de opname</i>					
huisarts zoekt contact met patiënt betreffende:					
beslissing tot opname	ja	586	21	7	6
	nee	5149	15	5	4
verblijf patiënt in ziekenhuis	ja	923		12	6
	nee	4812		3	3
beslissing tot ontslag/nazorg	ja	2465			6
	nee	3942			5
patiënt zoekt contact met huisarts betreffende:					
beslissing tot opname	ja	923	30	9	7
	nee	4812	13	4	4
verblijf patiënt in ziekenhuis	ja	387		10	7
	nee	5348		5	4
huisarts zoekt contact met andere hulpverleners dan de specialist betreffende:					
verblijf patiënt in ziekenhuis	ja	64	—	38	17
	nee	5671	—	5	4
beslissing tot ontslag/nazorg	ja	339		—	13
	nee	6068		—	4
<i>betrokkenheid huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden</i>					
huisarts is initiatiefnemer bij opname	ja	1633	37	7	—
	nee	4102	8	4	—
patiënt is voorafgaande aan opname onder poliklinische behandeling	ja	3494	—	4	—
	nee	2241	—	6	—
% verklaarde variantie (R^2)			30	14	6

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen.

† Een β van bijvoorbeeld 0,04 houdt in dat bij een toename van de mate van levensbedreigendheid met 100% de kans op overleg in fase 1 met 4% stijgt.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

TABEL 3. Overzicht van het overleg van huisartsen met specialisten met betrekking tot ziekenhuisopname van patiënten, zoals geregistreerd door 161 huisartsen, per ziektecategorie; per fase van het proces van ziekenhuisopname en -ontslag worden de percentages opnamen vermeld waarbij wel overleg plaatsvond

ziektecategorie	n*	wel overleg (in %)		
		fase 1 beslissing tot opname	fase 2 verblijf in ziekenhuis	fase 3 beslissing tot ontslag/nazorg
degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (ischemische hartziekten, cerebrovasculair accident, e.d.)	834	28	9	5
infecties	430	25	7	5
maligne nieuwvormingen	485	16	9	11
pijn	518	17	4	4
traumata	544	12	4	2
benigne nieuwvormingen	59	5	3	2

* Slechts een deel van alle opnamen in het ziekenhuis is hier uitgesplitst naar ziektecategorieën.

Fase 2. Overleg in fase 2 werd door dezelfde groepen verklarende kenmerken beïnvloed als het overleg in fase 1, alleen veel minder sterk. Een relatief groot positief effect had het initiatief tot contact van de huisarts met andere hulpverleners dan de specialist (vooral eerste-lijnswerkers) gedurende het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis (38% overleg tegenover 5% wanneer het betreffende contact ontbrak). Het betreffende contact kwam echter slechts bij 64 gevallen voor. Verder was vooral het contact van de huisarts met de patiënt tijdens diens verblijf in het ziekenhuis (in hoofdzaak het ziekenhuisbezoek door de huisarts) bevorderlijk.

Fase 3. Overleg over de beslissing tot ontslag en de nazorg werd uitsluitend beïnvloed door de 'intensiteit van de relatie tussen huisarts en patiënt in verband met de betreffende opname'. Het grootst waren de positieve effecten van de (zeldzame) contacten van de huisarts met andere professionele hulpverleners dan de specialist in fase 2 en 3.

Invloed van de aard van de aandoening van de opgenomen patiënt

Uit tabel 3 is op te maken dat bij geen van de onderscheiden ziektecategorieën veel meer overleg werd gevoerd door huisartsen dan gemiddeld. Er was echter wel sprake van afwijkingen van het gemiddelde: ten aanzien van het overleg over de beslissing tot opname scoorden de groepen degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en infecties relatief het hoogst (overleg in resp. 28% en 25% van de gevallen tegenover een gemiddelde van 15%). Wat betreft het overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis vond relatief het meeste overleg plaats bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en maligne nieuwvormingen (beide 9% ten opzichte van een gemiddelde van 5%). Bij het overleg over de beslissing tot ontslag of de nazorg werd relatief het meest overlegd in verband met maligne nieuwvormingen (11% ten opzichte van een gemiddelde van 4%). Bij benigne nieuwvormingen daarentegen gebeurde dit slechts bij 2% van de patiënten. Bij de categorie traumata werd in alle fasen van de ziekenhuisopname minder dan gemiddeld overlegd.

Invloed van kenmerken van huisartsen

De mate waarin individuele huisartsen in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname overlegden, werd uitgedrukt in 'overlegscores' (het aantal opnamen waarvoor een huisarts overlegde ten opzichte van het totale aantal opgenomen patiënten uit de betreffende praktijk gedurende de drie bestudeerde maanden). Deze scores werden berekend voor 132 van de 161 participerende huisartsen die voldeden aan het criterium dat zij gedurende de registratieperiode met ten minste 20 opgenomen patiënten te maken hadden. In fase 2 en 3 had ruim de helft van de huisartsen overlegscores van 0%-4%.

In de covariantieanalyses werd slechts één statistisch significante relatie geconstateerd tussen de kenmerken van huisartsen (totaal 23 geoperationaliseerde variabelen) en de overlegscores. Dit beeld veranderde niet als in de analyses rekening werd gehouden met de significant gebleken kenmerken van de opnameomstandigheden, die immers in verschillende mate aanwezig kunnen zijn bij de opgenomen patiënten van verschillende huisartsen.

De genoemde uitzondering was dat overleg door huisartsen met specialisten tijdens het verblijf van patiënten in het ziekenhuis vaker vóórkwam bij huisartsen die op jaarbasis een groter aantal incidentele consulten met specialisten zeiden te hebben ($R^2 = 14\%$; $\beta = 0,22$).

BESCHOUWING

De gevonden cijfers geven aan dat huisartsen het bewaken van de continuïteit van zorg bij ziekenhuisopnamen in hoofdzaak invullen via overleg over de beslissing tot opname (bij 15% van de opnamen). Het door De Melker aanbevolen overleg van huisartsen met specialisten tijdens het verblijf van patiënten in het ziekenhuis en in verband met de beslissing tot ontslag en de nazorg komt in de praktijk weinig voor (bij respectievelijk 5% en 4% van de opnamen).³ Huisartsen blijken zich grotendeels afzijdig te houden van de behandeling van patiënten tijdens hun opname. Gezien de lage overlegpercentages op initiatief van specialisten, betrekken deze laatsten de huisartsen er in het algemeen ook niet bij.

Weinig overleg over opgenomen patiënten is overigens

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

niet specifiek voor Nederland. In het Verenigd Koninkrijk constateerden Long en Atkins slechts bij 2% van de opgenomen patiënten overleg tijdens het verblijf in het ziekenhuis op initiatief van de huisarts en bij 3% op initiatief van de specialist, terwijl 67% van de specialisten en 58% van de huisartsen de behoefte aan dergelijk overleg onderschreven.¹⁰

Hoewel huisartsen onderling verschillen in de mate waarin zij overleggen met specialisten, blijken de bestudeerde kenmerken van huisartsen deze verschillen niet of nauwelijks te kunnen verklaren. Afgezien van een voor de hand liggende samenhang tussen dit overleg tijdens het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis en de mate waarin de huisarts specialisten in allerlei zaken consulteert, worden geen onafhankelijke verbanden gevonden.

De belangrijkste reden voor huisartsen om te overleggen met specialisten over de beslissing tot opname is de voor de hand liggende praktische omstandigheid dat zij zelf het initiatief hebben genomen om de patiënt op te nemen. Het is dus waarschijnlijk dat huisartsen deze opnamen met specialisten regelen. Verder bevorderen huisartsconsulten door de patiënt of diens verzorgers over de op handen zijnde opname overleg van huisartsen met specialisten. De huisarts bemiddelt mogelijk tussen patiënt en specialist. Ten slotte wordt het overleg over de opnamebeslissing bevorderd door de medische noodzaak, blijkende uit het spoedkarakter van de opname (vaker overleg bij spoedopnames), de mate van levensbedreigendheid van de aandoening en de uiteindelijke ligduur van de patiënt. Vrij geïnterpreteerd komt dit neer op het uit de praktijk bekende gegeven dat de huisarts niet bij elke 'routine-opname' overleg pleegt met de specialist. Dat blijkt ook uit de resultaten ten aanzien van specifieke categorieën aandoeningen. Zo vindt veel overleg plaats bij de opname van patiënten met (waarschijnlijk veelal ernstige) degeneratieve hart- en vaatafwijkingen en infecties. Verder wordt bij maligne nieuwvormingen in alle fasen van de ziekenhuisopname veel vaker overlegd dan bij benigne nieuwvormingen. Vermoedelijk wordt dit veroorzaakt doordat de huisarts al bij opname weet dat het om een benigne, niet levensbedreigende nieuwvorming gaat. Het geringe overleg bij traumata heeft mogelijk als oorzaak dat dergelijke opnamen vaak zonder tussenkomst van de huisarts geschieden.

Als wij rekening houden met de doelstellingen in het 'Basistakenpakket', kunnen wij ons bij de resultaten van dit onderzoek afvragen of huisartsen de verantwoordelijkheid die zij op zich nemen voor de continuïteit van zorg voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten voldoende waarmaken. Het overleg met specialisten over ziekenhuisopnamen lijkt in hoofdzaak beperkt te blijven tot overleg over de beslissing over de opname zelf.¹

De huisarts Egberts toont aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden duidelijk het belang aan van overleg tussen huisarts en specialist in situaties dat de patiënt

slecht nieuws gemeld moet worden.¹¹ Hierbij zijn een goede informatie-uitwisseling tussen huisartsen en specialisten en een goede onderlinge afstemming van hun beleid van evident belang voor de inhoud van de zorg. Als dergelijk overleg achterwege blijft, kan de huisarts de patiënt niet goed begeleiden. Uiteraard is goed overleg tussen huisartsen en specialisten ook in andere situaties onontbeerlijk.

Van belang lijkt dat tussen de betrokken partijen concrete afspraken worden gemaakt over de omstandigheden waarin overleg noodzakelijk is, waarbij tevens wordt vastgelegd wie het initiatief neemt: de huisarts of de specialist.

ABSTRACT

Consultation between general practitioners and specialists concerning patients' hospitalization. – Consultation between GPs and specialists about patients' in-hospital treatment is to be expected from the claim of Dutch GPs that they are responsible for continuous care for the patients on their lists. Data were gathered in the Dutch National Survey of General Practice: registration concerning all patients hospitalized during a three-month period (n=7815) by 161 GPs. GPs consult specialists most frequently about the decision to admit patients (15% of all admissions). Consultation during patient's stay in hospital (5%) and about the discharge decision and possible aftercare (4%) is less usual. Consultation results from practical circumstances, such as the GP's initiative in the admission and a contact between patient and GP about the admission. The results leave GPs to answer the question whether the little actual consultation about the patient's stay in hospital, discharge and aftercare accords with their task to provide continuous care.

LITERATUUR

- 1 Anonymus. Het basistakenpakket van de huisarts. Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- 2 Anonymus. De verwijfsbrief naar de tweedelij (Standaard 001). Huisarts Wet 1989; 32: 541-4.
- 3 Melker RA de. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1973.
- 4 IJzermans CJ, Oskam SK. Clustering, continuïteit en comorbiditeit in de huisartspraktijk. Meppel: Krips Repro, 1990. Proefschrift.
- 5 Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij. Utrecht: NIVEL, 1991. Proefschrift.
- 6 Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1986.
- 7 Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 8 Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-60.
- 9 Lamberts H, Wood M, eds. ICPC, International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 10 Long A, Atkins JB. Communications between general practitioners and consultants. Br Med J 1974; 4: 456-9.
- 11 Egberts GW. Patiënt - huisarts - specialist: een driehoeksverhouding. Huisarts Wet 1987; 30: 23-5.

Aanvaard op 18 juli 1991

Contacten tussen huisarts en patiënt in verband met een ziekenhuisopname

T.J.J.M.T. KERSTEN
D. VAN KREVELD
J. VAN DER ZEE

Hoe vaak hebben huisartsen contact met hun patiënten in verband met een ziekenhuisopname, en welke factoren beïnvloeden deze contacten? De gegevens voor dit onderzoek zijn geregistreerd in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met 68 procent van de opgenomen patiënten (n=7815) had de huisarts één of meer keren contact. Belangrijk zijn met name het ziekenhuisbezoek door de huisarts (bij 22 procent van de opgenomen patiënten) en de visites thuis na het ontslag (bij 30 procent van de ontslagen patiënten). Bij een afstand van het ziekenhuis van ≥ 15 kilometer legden de huisartsen aanzienlijk minder ziekenhuisbezoeken af. Als er daarentegen een ziekenhuis binnen de gemeente was, legden zij minder vaak visites na het ontslag af. Van Noord- naar Zuid-Nederland werd een afnemende geneigdheid gevonden om dergelijke visites af te leggen. De verzekeringsvorm van de patiënten bleek niet van invloed op de mate waarin de huisartsen patiënten in het ziekenhuis of thuis na het ontslag bezochten.

Kersten TJJMT, Van Kreveld D, Van der Zee J. Contacten tussen huisarts en patiënt in verband met een ziekenhuisopname. *Huisarts Wet* 1992(3); 35: 109-12.

Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht, momenteel verbonden aan het Project Samenwerking 1e-2e lijn van het VU-ziekenhuis te Amsterdam; Prof. dr. D. van Kreveld, Vakgroep Sociale en Organisationspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht; Prof. Dr. J. van der Zee, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Utrecht.

Correspondentie: Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Project Samenwerking 1e-2e lijn VU-ziekenhuis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam; telefoon: 020-5483300.

Inleiding

In het Basistakenpakket wordt belang gehecht aan een adequate begeleiding door de huisarts van de patiënt in het ziekenhuis.¹ Het is de vraag wat deze begeleiding in de praktijk inhoudt. Daarbij kunnen drie fasen worden onderscheiden. Tijdens de eerste fase, als de beslissing om de patiënt op te nemen valt, zal de huisarts de patiënt zo nodig helpen zich voor te bereiden op deze ingrijpende gebeurtenis.² In een aantal gevallen zal hij de noodzaak tot opname zelf signaleren. Tijdens de tweede fase, het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis, biedt het ziekenhuisbezoek een mogelijkheid om de continuïteit van zorg te bewaken.¹ Bij de derde fase, de terugkeer van de patiënt naar huis, zal de huisarts in een aantal gevallen nazorg verlenen.

De onderzoeksvragen van deze studie luiden:

- In welke mate vinden contacten plaats tussen huisarts en patiënt in de verschillende fasen van een ziekenhuisopname?
- Welke kenmerken van huisartsen en opgenomen patiënten zijn van invloed op de frequentie waarmee huisartsen het initiatief nemen tot contacten met de patiënt in de verschillende fasen van de ziekenhuisopname?

Methode

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.^{3,4} In het kader van dit onderzoek hebben de 161 deelnemende huisartsen ook hun contacten met patiënten in verband met een ziekenhuisopname geregistreerd.

Er is in hoofdzaak gebruik gemaakt van twee bronnen. De eerste bron is een schriftelijke enquête onder de deelnemende huisartsen, waarmee gegevens zijn verzameld over de huisartskenmerken. De gegevens over de opgenomen patiënten en over de contacten tussen huisarts en patiënt zijn verkregen via de registratie die in de praktijken is uitgevoerd.⁵ De huisarts noteerde per opgenomen patiënt, of contact met de patiënt (en/of mantelzorg) had plaatsgevonden, en wie de initiatiefnemer van deze

contacten was. Alleen ziekenhuisopnamen waarvan de opnamedatum in de veldwerkperiode lag en de ontslagdatum niet langer dan een maand ná de veldwerkperiode viel, zijn in het onderzoek betrokken. Door deze eindgrens ontbreekt 3 procent van het totaal aantal geregistreerde opnamen.

Het onderzoeksbestand heeft betrekking op 7815 ziekenhuisopnamen – 93 procent van het aantal dat men zou verwachten op basis van het aantal bij de huisartsen ingeschreven patiënten en de voor Nederland geldende gemiddelde opnamekans van 10 procent.

Analyseschema

De effecten van de verklarende variabelen zijn getoetst door middel van covariantieanalyse. Als eerste stap zijn de effecten van kenmerken van de opgenomen patiënten en hun opname-omstandigheden (het 'patiënt-niveau') vastgesteld. Dat is gebeurd op basis van het totale bestand van 7815 ziekenhuisopnamen. Speciale aandacht is daarbij gegeven aan de aard van de aandoening in relatie tot het plaatsvinden van door de huisarts geïnitieerde contacten met patiënten over de opname. Daartoe zijn deze contacten gespecificeerd voor een aantal ziektecategorieën. Deze categorieën zijn gevormd door etiologisch verwante aandoeningen uit de anatomisch georiënteerde hoofdstukken van de ICPC⁶ met elkaar te combineren. Er is een selectie gemaakt van zonder veel problemen te classificeren aandoeningen die kwantitatief gezien substantiële categorieën vullen.

Als tweede stap is het effect van kenmerken van huisartsen bestudeerd (het 'huisarts-niveau'). De mate waarin de huisarts contact had met zijn patiënten, is uitgedrukt in 'contactfrequenties': percentages op basis van het totaal aantal opgenomen patiënten van de betreffende huisarts in de totale registratieperiode van drie maanden. Een contactfrequentie heeft betrekking op het percentage patiënten met wie een bepaald type contact (bijvoorbeeld ziekenhuisbezoek, of visite thuis na ontslag) minstens eenmaal heeft plaatsgevonden.

Contactfrequenties zijn alleen berekend voor huisartsen met 20 of meer opgenomen patiënten. Nagegaan is of de 29 huisartsen die zo buiten de analyses zijn gehouden,

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

verschillen van de 132 wél in in de analyse betrokken huisartsen. Dat bleek voor slechts enkele, voor de hand liggende variabelen het geval: huisartsen met minder dan 20 opnamen hadden significant kleinere praktijken en besteedden significant minder uren per week aan patiëntgerichte activiteiten.

Resultaten

Frequentie contacten

Contacten tussen huisarts en patiënt/mantelzorg kwamen het frequentst voor bij ontslag en nazorg (tabel 1); bij 51 procent van de patiënten was er dan contact. Visites thuis vormden daarbij de belangrijkste categorie; zij vonden plaats bij 30 procent van de patiënten, in 26 procent van de gevallen op initiatief van de huisarts.

Over de gehele lijn blijkt dat het initiatief tot het contact vaker uitging van de huisarts dan van de patiënt/mantelzorg (respectievelijk 41 en 27 procent). Alleen de contacten in de fase van de opnamebeslissing werden vaker op initiatief van de patiënt genomen (16 procent tegen 10 procent op initiatief van de huisarts).

Van de opgenomen patiënten werd 22 procent in het ziekenhuis bezocht door de huisarts.

Voor de verdere analyse zijn de contacten van fase 2 beperkt tot het ziekenhuisbezoek en die van fase 3 tot de visites thuis, beide op initiatief van de huisarts.

Effecten van de patiënt-kenmerken

Verklarende variabelen die blijkens significante Pearson-correlaties ($p < .05$) bivaariaat bleken samen te hangen met de te verklaren variabelen, zijn betrokken in de covariantie-analyse om zo hun onafhankelijke effecten vast te stellen (tabel 2). Blijkens de hoeveelheid verklaarde variantie kan het ziekenhuisbezoek nog het beste worden verklaard ($R^2 = 13$ procent). Per type contact worden de volgende verbanden gevonden:

- Bij contact in fase 1 is de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' nagenoeg de enige relevante factor. Met name is van belang dat de huisarts initiatiefnemer was van de opname: was dit het geval, dan was er contact in

Tabel 1 Percentage opnamen waarbij contact plaatsvond tussen huisarts en patiënt (en/of mantelzorg). $N = 7815$ opnamen.

Fasen	Initiatief huisarts	Initiatief patiënt en/of mantelzorg	Totaal
1 Beslissing tot opname	10	16	26
2 Verblijf in het ziekenhuis	26	6	32
– ziekenhuisbezoek	22	–	22
3 Ontslag/nazorg	32	19	51
– spreekuur	1	9	10
– visite	26	4	30
Contact in enigerlei fase*	41	27	68

Waar nodig zijn de percentages gewogen voor de verschillen in samenstelling tussen de steekproef en de Nederlandse populatie huisartsen.

* Deze rij bestaat dus niet uit totalen van de bovenstaande kolommen.

Tabel 2 Covariantie-analyse voor het effect van patiëntkenmerken op het plaatsvinden van contact op initiatief van de huisarts in verband met de ziekenhuisopname ($N = 7815^*$).

Verklarende variabelen	N	β /gem.	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Medische noodzaak					
– mate waarin de aandoening levensbedreigend is	5628	β	–	.05	.12
– mate waarin de aandoening invaliderend is	5628	β	–	–	–.12
– mate waarin de aandoening psychosociaal is	5628	β	–	–.06	–.12
– ligduur	5628	β	.04	.24	.12
– spoedopname	2223	gem.	–	25%	36%
– geen spoedopname	3405	gem.	–	21%	29%

Relatie huisarts-patiënt in het algemeen

Betrokkenheid huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden

– huisarts is initiatiefnemer van de opname	1602	gem.	20%	29%	–
– huisarts is geen initiatiefnemer	4026	gem.	6%	21%	–
– patiënt is vóór opname onder poliklinische behandeling	3431	gem.	11%	–	31%
– patiënt is vóór opname niet onder poliklinische behandeling	2197	gem.	8%	–	34%
– algemeen ziekenhuis	4903	gem.	10%	25%	–
– geen algemeen ziekenhuis	725	gem.	13%	9%	–

Persoonskenmerken van de patiënt

– leeftijd	5628	β	–	.12	.06
------------	------	---------	---	-----	-----

Totaal verklaarde variantie (R^2)			4%	13%	5%
---------------------------------------	--	--	----	-----	----

Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiënt contacten weergegeven en bij covariaten zijn de β 's vermeld. De β is een maat voor de samenhang tussen een verklarende variabele (d.w.z. covariaat) en een te verklaren variabele, die is gecorrigeerd voor de effecten van de andere verklarende variabelen. Een β van .05 is als volgt te interpreteren: bij een toename van de mate van levensbedreigendheid met 100% stijgt de kans op een ziekenhuisbezoek door de huisarts met 5%.

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

20 procent van de gevallen; zo niet dan in 6 procent van de gevallen.

• Ziekenhuisbezoek blijkt in de eerste plaats afhankelijk van de 'medische noodzaak': bij een langere ligduur, bij opnamen met een spoedkarakter, en bij meer levensbedreigende aandoeningen neemt de kans op ziekenhuisbezoek door de huisarts toe. Verder speelt vooral de 'betrokkenheid van de huisarts ten gevolge van praktische omstandigheden' een rol: in algemene ziekenhuizen werd 25 procent van de patiënten bezocht en in academische 9 procent; in de gevallen waarin de huisarts initiatiefne-

mer was, bezocht hij 29 procent van de patiënten, zo niet dan 21 procent. Van de 'persoonskenmerken van de patiënt' speelde tenslotte de leeftijd een rol: oudere mensen werden vaker bezocht.

• De visite thuis bleek in hoofdzaak afhankelijk van de 'medische noodzaak': er werden vaker thuisvisites afgelegd na spoedopnamen, als de patiënt langer in het ziekenhuis had gelegen, en bij meer levensbedreigende aandoeningen. Bij de 'betrokkenheid ten gevolge van praktische omstandigheden' is te zien dat vaker thuisvisites werden afgelegd bij patiënten die vóór de

opname onder poliklinische behandeling waren.

De bestudeerde typen contact blijken geen van alle te worden beïnvloed door de 'relatie tussen huisarts en patiënt in het algemeen' (het aantal jaren dat de patiënt bij de huisarts is ingeschreven, of de patiënt al dan niet alleenstaand is, en of de patiënt particulier dan wel bij een ziekenfonds is verzekerd). Geslacht en opleiding van de patiënt bleken geen rol te spelen.

Aard van de aandoening

Tabel 3 geeft inzicht in de frequentie van de huisarts-patiënt contacten in relatie tot een aantal ziekte categorieën. Bij de contacten op initiatief van de huisarts in fase 1 zijn er per ziekte categorie geen grote afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde voor alle ziekenhuisopnamen (maximaal 3 procent). Ziekenhuisbezoek door de huisarts kwam vooral vaker dan gemiddeld voor bij degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (35 procent) en bij maligne nieuwvormingen (29 procent). Bij de visite thuis na het ontslag worden de uitersten gevormd door de maligne nieuwvormingen (45 procent) en de traumata (18 procent).

Efecten van huisarts-kenmerken

De huisartsen bleken onderling sterk te verschillen in de mate waarin zij contact zochten met patiënten in verband met hun ziekenhuisopname.⁵ Van de 132 huisartsen bleek 19 procent (na weging voor steekproefafwijkingen) niet of nauwelijks ziekenhuisbezoeken af te leggen (contactfrequenties tot maximaal 5 procent). De overige 81 procent legde in sterk wisselende mate ziekenhuisbezoeken af (tot een maximum contactfrequentie van 75 procent). De verschillen tussen de huisartsen in de mate waarin zij visites aflegden na ontslag van de patiënt zijn nog groter.

In fase 1 is geen van de bestudeerde verklarende variabelen significant van invloed op het contact op initiatief van de huisarts (tabel 4). Voor de fasen 2 en 3 zijn echter wel enkele effecten gevonden:

• Bij ziekenhuisbezoek door de huisarts ($R^2=30$ procent) blijkt de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een belangrijke remmende factor; met name bij afstanden van 15 kilometer of meer.

Tabel 3 Opnamen waarbij contact op initiatief van de huisarts plaatsvond. Percentages per fase per ziekte categorie.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Degeneratieve hart- en vaatafwijkingen (ischemische hartziekten, CVA, e.d.)	13	35	36
Infecties	12	25	21
Maligne nieuwvormingen	13	29	45
Pijn	10	22	25
Traumata	7	19	18
Benigne nieuwvormingen	10	19	25

Tabel 4 Covariantie-analyse voor het effect van huisartskenmerken op het plaatsvinden van contact op initiatief van de huisarts in verband met de ziekenhuisopname ($N = 132$).*

Verklarende variabelen	N	gem.	fase 2	fase 3
Werkdruk				
(Bezwarende) praktische omstandigheden				
– ziekenhuis in de gemeente van vestiging	49	gem.	29%	28%
– afstand 1-15 km	44	gem.	26%	41%
– afstand ≥ 15 km	30	gem.	10%	43%
– regio Noord (Gr., Fr., Dr.)	33	gem.	–	47%
– regio Zuid (N-Br., L.)	45	gem.	–	29%
– regio Midden (overige prov.)	45	gem.	–	35%
Mate van actieve opstelling in het beroep				
Houding ten aanzien van aansluiting van zorg in eerste- en tweedelij				
Wijze van omgaan met (klachten) van patiënten				
Persoonskenmerken van de huisarts				
Totaal verklaarde variantie (R^2)			30%	39%

Alleen bij significante effecten ($p < .05$) zijn bij de factoren de (voor effecten van andere factoren en covariaten) gecorrigeerde gemiddelde percentages huisarts-patiënt-contact weergegeven.

* In de praktijk varieert het aantal waarnemingen enigszins per variabele, omdat sprake is van een wisselend aantal ontbrekende waarnemingen. Voor 123 huisartsen is er een complete dataset.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

• Bij de visite thuis door de huisarts ($R^2=39$ procent) spelen alleen 'praktische omstandigheden' een rol. Het gaat dan om de afstand tussen de praktijk en het dichtstbijzijnde ziekenhuis en de regio van het land waar de praktijk gevestigd is. Wat betreft de afstand worden in de gevallen waarin er een ziekenhuis in de gemeente van vestiging is, minder thuisvisites afgelegd (28 procent) dan als er een ziekenhuis op kleinere of grotere afstand van de gemeente is (respectievelijk 41 en 43 procent). Dit verband is tegengesteld aan het verband bij het ziekenhuisbezoek. De meeste thuisvisites werden afgelegd in Groningen, Friesland en Drenthe (47 procent van de ontslagen patiënten), de provincies in midden-Nederland bevinden zich in een middenpositie (35 procent), en in Noord-Brabant en Limburg werden de minste thuisvisites afgelegd (29 procent).

Geen invloed

Van een groot aantal bestudeerde verklarende variabelen blijkt *geen* invloed uit te gaan op welke van de te verklaren variabelen dan ook:

- alle geoperationaliseerde aspecten van de 'werkdruk': de tevredenheid van de huisarts met de tijdsverdeling tussen werk en privé, het totaal aantal aan patiëntgerichte activiteiten bestede uren per week, de praktijkgrootte, het aantal opgenomen patiënten met wie de huisarts te maken heeft gedurende de registratieperiode, en het verwijscijfer;
- enkele aspecten van de '(bezwarende) praktische omstandigheden': mate van spreiding van patiënten over verschillende ziekenhuizen, praktijkvorm, en urbanisatiegraad van de gemeente van vestiging;
- een aantal aspecten van de 'mate van actieve opstelling in het beroep': aantal uren per jaar besteed aan nascholing, aantal uren per jaar besteed aan het lezen van vaktijdschriften, aantal gelezen vaktijdschriften, het al dan niet deelnemen aan regulier overleg met specialisten, 'taakopvatting ten aanzien van het uitvoeren van behandelingen op het grensvlak van eerste- en tweedelijns', en de positieve gevoelens over het beroep huisarts;

- enkele aspecten van de houding ten aanzien van de aansluiting van zorg tussen eerste- en tweedelijns: de afweging die de huisarts maakt ten aanzien van de 'sociale kosten en baten' en de 'materiële kosten' van het uitoefenen van 'continuïteits-invloed', de 'algemene taakopvatting' (en de 'algemene taakuitoefening');
- beide bestudeerde aspecten van de wijze van omgaan met (klachten van) de patiënt: de mate waarin de huisarts geneigd is om risico's te nemen, en de geneigdheid tot 'democratisch optreden' (het delen van verantwoordelijkheid met de patiënt);
- alle bestudeerde 'persoonskenmerken van de huisarts': leeftijd, geslacht, jaar van vestiging.

Beschouwing

In alle drie de onderscheiden fasen van de ziekenhuisopname waren er in substantiële mate contacten tussen huisarts en patiënt/mantelzorg. Dat het percentage contacten in de fase van de nazorg het hoogst was, sluit aan bij het gegeven dat de huisarts bij thuiskomst van de patiënt weer de eerst verantwoordelijke zorgverlener is. De huisarts lijkt deze verantwoordelijkheid ook te voelen, blijkens het feit dat hij in het grootste deel van de gevallen zelf het initiatief neemt tot het contact.

De contacten in de fase van de opnamebeslissing vonden vaker op initiatief van de patiënt dan op initiatief van de huisarts plaats. Dit lijkt logisch, omdat de huisarts dergelijke contacten alleen kan aangaan, als hijzelf het initiatief neemt om de patiënt in het ziekenhuis op te nemen (dit blijkt in de analyses ook de belangrijkste verklarende factor). of als hij op de hoogte is van de beslissing van de specialist om de patiënt op te nemen.

Bij het ziekenhuisbezoek door de huisarts speelt vooral het praktische bezwaar van een grotere afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis een rol. Bij een afstand van 15 kilometer of meer legden de huisartsen ruim de helft minder bezoeken af. Omdat ook grotere afstanden tegenwoordig betrekkelijk makkelijk zijn te overbruggen, speelt deze variabele wellicht ook in psychologische zin een rol: men voelt een

grotere distantie tot hetgeen in het ziekenhuis gebeurt.

De afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis bleek eveneens van invloed op de mate waarin huisartsen thuisvisites aflegden aan ontslagen patiënten. Was er een ziekenhuis in de gemeente, dan legden de huisartsen heel wat minder visites af. Mogelijk echter zullen deze huisartsen hun patiënten al vaker in het ziekenhuis hebben opgezocht. Toch kan dit niet helemaal de verklaring zijn, omdat bij een afstand van 1-15 kilometer nauwelijks minder ziekenhuisbezoeken plaatsvonden, terwijl het aantal thuisvisites wel aanzienlijk hoger lag. Een andere mogelijkheid is dat huisartsen met een ziekenhuis in de eigen gemeente er meer op vertrouwen dat eventuele complicaties na ontslag worden gesignaleerd door het ziekenhuis.

Opvallend is dat de neiging van huisartsen om thuisvisites af te leggen, van het Noorden naar het Zuiden geringer werd. De achtergronden van deze uitkomst zijn even intrigerend als onduidelijk.

Tot slot bleek de verzekeringsvorm van de patiënt niet van invloed op de mate waarin de huisartsen contacten hadden met patiënten in verband met een ziekenhuisopname; de wijze van betaling speelt blijkbaar geen rol bij dergelijke contacten.

Literatuur

- ¹ Anoniem. Het basistakenpakket van de huisarts. Vademecum. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- ² De Melker RA. De huisarts en de ziekenhuispatiënt. Huisarts Wet 1971; 14: 418-22.
- ³ Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport + meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- ⁴ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-60.
- ⁵ Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweede lijn. Utrecht: Nivel, 1991.
- ⁶ Lamberts H, Wood M, eds. ICP. International Classification of Primary Care. Oxford: University Press, 1987. ■

Abstract on page 126.

De invloed van de huisarts op de specialist Een theoretische analyse getoetst aan de opvattingen van huisartsen

T.J.J.M.T. Kersten *

Huisartsen hebben een belangrijke invloed op specialisten, doordat zij via hun verwijlsbeleid in aanzienlijke mate de samenstelling van het patiëntenbestand van specialisten bepalen ('selectie-invloed'). Daarnaast benadrukken huisartsen als beroepsgroep hun verantwoordelijkheid om de continuïteit in de zorgverlening ook na de verwijzing te bewaken. Dat impliceert 'continuïteitsinvloed' van huisartsen op specialisten. Een theoretische analyse van deze invloed wordt gemaakt vanuit het psychologische 'kosten-batenprincipe'. De onderzoeksgegevens werden verzameld bij de 161 huisartsen die deelnamen aan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. De resultaten wijzen uit dat de mees-

te huisartsen meer baten dan kosten verbonden zien aan het uitoefenen van continuïteitsinvloed. In deze kosten en baten zijn twee dimensies te onderscheiden: enerzijds de 'materiële kosten' (zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelijns kost tijd zonder dat daar extra-honorering tegenover staat) en anderzijds de 'sociale kosten en baten' (de moeilijkheden en de plezierige kanten van de communicatie met specialisten en patiënten in verband met continuïteitsinvloed). Aandachtspunten voor de toekomst zijn de aanwijzingen dat huisartsen in gezondheidscentra minder de materiële kosten van continuïteitsinvloed ervaren, evenals de huisartsen die een nauwe relatie hebben met één specifiek ziekenhuis.

Trefwoorden: eerste - tweedelijns, huisarts, specialist, samenwerking huisarts - specialist, continuïteit van zorg

De meeste publikaties op het terrein van de relatie tussen huisarts en specialist constateren feiten of relaties, zonder dat ze geplaatst worden in een meer omvattend theoretisch kader. Een uitzondering op deze regel vormt het werk van Shortell (Shortell & Anderson 1971, Shortell 1974, Shortell & Vahovich 1975) die het verwijzen van patiënten in de Amerikaanse situatie tracht te verklaren vanuit het sociaal-psychologisch theoretische principe van de 'kosten-batenafweging' (met name de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley 1959). In Nederland hebben De Greve en Vrakking (1983) een aantal 'fenomenen met betrekking tot interorganisatorische relaties' uitgewerkt die sterk geïnspireerd zijn op het kosten-batenprincipe. Zij presenteren elementen hieruit als verschillende fenomenen: het 'ruilfenomeen', het 'afhankelijkheidsfenomeen', het 'normatieve fenomeen', etcetera. Hier zullen we terugrijpen op de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley voor een beter begrip van de relatie tussen huisartsen en specialisten. Kort gezegd, is de basis van deze theorie dat mensen in hun relaties streven naar zo groot mogelijke 'baten' en zo gering mogelijke 'kosten'. Bij elke interactie met anderen vindt op dit punt een afweging plaats. Baten komen voort uit de bevrediging van behoeften (iemand krijgt in materieel of immaterieel opzicht iets wat hij wil) en kosten zijn de materiële of immateriële nadelen die gedragingen opleveren (zie ook Kersten 1991). In aansluiting op de sociale uitwisselingstheorie onderscheiden Veen en Wilke (1986

pp. 112-113) drie determinanten voor de mate waarin iemand afhankelijk is van een relatie.

In overzicht 1 is een samenvatting weergegeven van de kernbegrippen van de sociale uitwisselingstheorie en de genoemde determinanten van afhankelijkheid. Aan de hand van dit denkkader zullen we in dit artikel de relatie tussen huisartsen en specialisten beschouwen. We bestuderen deze relatie vanuit de positie van de huisartsen en richten ons daarbij speciaal op de invloed die huisartsen uitoefenen op de aard en omvang van de behandeling voor de patiënten die zij hebben verwezen, de 'continuïteitsinvloed' van huisartsen in de tweedelijns (we komen op dit begrip verderop terug). We beredeneren welke omstandigheden het uitoefenen van dergelijke invloed bevorderen en toetsen deze redenering in de resultatenparagraaf aan de kosten en baten die ondervraagde huisartsen van deze invloed rapporteren. In de discussie relateren we dit tenslotte aan hetgeen uit andere bron bekend is over de mate waarin huisartsen feitelijk continuïteitsinvloed uitoefenen (hun gedrag).

Invloed van de huisarts in de tweedelijns

In de invloed die huisartsen uitoefenen in de tweedelijns zijn twee typen te onderscheiden: 'selectie-invloed' en 'continuïteitsinvloed'. Dit wordt toegelicht.

Omdat patiënten in principe een verwijzing nodig hebben van de huisarts om de specialist te bezoeken, hebben huisartsen als collectief grote invloed op de samenstelling van de patiëntengroep die onder specialistische behandeling is. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de selectie van patiënten voor specialistische behandeling en bepalen in een zeker overleg met de patiënt (Kolkman & Van der Voort 1985, Middel & Zijlstra 1986) de verwijlsbestemming; in deze zin hebben zij *selectie-invloed* op specialisten.

* T.J.J.M.T. Kersten, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht; momenteel verbonden aan het Project Samenwerking 1e - 2e lijn van het VU-ziekenhuis, Amsterdam

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Kernbegrippen van de sociale uitwisselingstheorie

Baten	De beloning die iemand krijgt voor een gedrag in de vorm van de bevrediging van bepaalde behoeften
Kosten	De nadelen die gedragingen opleveren
De opbrengst	Het verschil tussen gemaakte kosten en ontvangen baten
Het vergelijkingsniveau	De interne standaard op basis waarvan mensen de aantrekkelijkheid van een relatie beoordelen (welke opbrengsten zijn mogelijk en billijk in deze relatie?)
Het vergelijkingsniveau voor alternatieven	Het laagste opbrengstniveau dat iemand accepteert in het licht van mogelijke opbrengsten in beschikbare alternatieve relaties (hoe afhankelijk is iemand? /stapt iemand over naar een andere relatie?)
De niet-vrijwillige relatie	Er zijn geen alternatieve relaties beschikbaar, hetgeen onprettig is als de opbrengst van de niet-vrijwillige relatie lager ligt dan het vergelijkingsniveau
Coalities	Coalities ontstaan in situaties waar de leden hogere opbrengsten kunnen verwerven door zich met anderen te verbinden

Drie determinanten van afhankelijkheid

- 1 Naarmate de opbrengst van het gedrag van B meer waarde heeft voor A, is A afhankelijker van B
Bijvoorbeeld: naarmate een specialist meer waarde toekent aan de verwijzingen die een (groep) huisarts(en) naar hem/haar doet (de toegekende waarde zal bijvoorbeeld hoger zijn naarmate het om een groter aantal verwijzingen gaat), is deze specialist meer afhankelijk van deze (groep) huisarts(en)
- 2 Naarmate A minder alternatieven heeft, is hij afhankelijker van B
Bijvoorbeeld: als een huisarts gevestigd is in een gebied waar slechts één ziekenhuis goed bereikbaar is voor de patiënten, is deze huisarts afhankelijker van de specialisten in dit ziekenhuis dan de huisarts die praktijk houdt in een gebied met twee of meer ziekenhuizen
- 3 Naarmate A voor meer verschillende soorten opbrengsten van B afhankelijk is, is A afhankelijker van B
Bijvoorbeeld: als een specialist niet alleen voor de instroom van patiënten belang heeft bij de verwijzingen van een huisarts, maar wanneer hij /zij tevens een persoonlijke relatie heeft met deze huisarts, is deze specialist afhankelijker van deze huisarts

Overzicht 1 Overzicht van de kernbegrippen van de sociale uitwisselingstheorie van Thibaut en Kelley (1959) en van de door Veen en Wilke (1986) onderscheiden determinanten van afhankelijkheid

Huisartsen wenden hun selectie-involed op uiteenlopende wijzen aan, onder andere resulterend in hogere of lagere verwijscijfers. Mede vanwege het grote belang van de verwijscijfers voor de totale kosten van de gezondheidszorg, hebben de determinanten van deze cijfers in onderzoek veel aandacht gekregen (o.a. Marinker e.a. 1988, Mokkink 1986, Wijkkel 1986, Posthuma & Van der Zee 1978). Daarnaast is, vanuit de dagelijkse praktijk gezien, de verwijsrelatie het meest in het oog springende aspect van de relatie tussen huisarts en specialist.

Vanuit de huisartsgeneeskunde bezien is er echter nog een belangrijk tweede aspect in de relatie tussen huisartsen en specialisten dat te maken heeft met de verantwoordelijkheid van huisartsen om de continuïteit in de hulpverlening te bewaken, nadat de patiënt door hen verwezen is. We duiden dit hier aan als de 'continuïteitsinvloed'. Aan deze vorm van invloed wordt bijvoorbeeld gerefereerd in de standaard voor de verwijsbrief (Nederlands Huisartsen Genootschap 1989), waar het doel van de verwijsbrief wordt omschreven als: de huisarts invloed te laten uitoefenen op het verloop, de aard en de omvang van de verdere behandeling in de tweedelijns. Ook in het Basistakenpakket (Landelijke Huisartsen Vereniging 1987) wordt naar dit type invloed verwezen, waar gesteld wordt dat de positie van de huisarts met zich meebrengt dat deze een eigen verantwoordelijkheid voor de verwezen patiënt behoudt. Met name dient de huisarts te voorkomen dat de patiënt onnodig lang onder specialistische zorg blijft. Op grond hiervan definiëren we continuïteitsinvloed hier als: *de invloed van de huisarts op de specialist gericht op optimale huisartsgeneeskundige inbreng in de tweedelijnsbehandeling van patiënten, met als belangrijke implicatie een zo kort mogelijk verblijf van patiënten in de tweede lijn.*

De Melker deed als één van de weinigen onderzoek naar de continuïteitsinvloed van huisartsen in verband met

in het ziekenhuis opgenomen patiënten. Hij komt tot de conclusie dat de huisarts naar de mening van zowel patiënten als van specialisten als van huisartsen zelf, een specifieke taak heeft (normatief gesteld) bij ziekenhuispatiënten: "De huisarts bewaakt en begeleidt gezinnen en tracht in nauwe samenwerking met andere hulpverleners persoonlijke, integrale zorg aan hen te verlenen, ook tijdens ziekenhuisopname." (De Melker 1973 p. 160).

Kosten, baten en afhankelijkheid bij continuïteitsinvloed
Welke rol spelen de selectie- en continuïteitsinvloed in de afhankelijkheid van de specialist ten opzichte van de huisarts? Gegeven het feit dat een specialist voor de instroom van patiënten (de basis van diens inkomenspositie) afhankelijk is van verwijzingen, is het belangrijkste machtsmiddel van de huisarts ongetwijfeld de mogelijkheid om wel of niet naar een bepaalde specialist te verwijzen (de selectie-involed van de huisarts). Huisartsen kunnen daarbij gericht verwijzen naar die specialisten die hun continuïteitsinvloed geven. In de praktijk betekent dat bijvoorbeeld dat een huisarts bij het bepalen van de verwijsbestemming kiest voor specialisten die zich blijken te houden aan procedurevoorstellen in de verwijsbrief. Jacobs e.a. (1983) onderscheiden in dit verband verschillende mogelijke verwijsvarianten, waarvan 'consultatie', 'gezamenlijke behandeling' (welke beide varianten continuïteitsinvloed impliceren) en 'overname van de behandeling' de belangrijkste zijn.

De baten die de huisarts heeft te verwachten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed zijn vooral terug te voeren op de normen die de beroepsgroep heeft geformuleerd over de wijze waarop huisartsen de continuïteit van de zorg dienen te bewaken (vergelijk het Basistakenpakket en de Standaard voor de verwijsbrief). In zoverre individuele huisartsen dit streven naar continuïteit delen, hebben zij er belang bij, dat specialisten patiënten zo snel als

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

verantwoord mogelijk is terugverwijzen naar de eerstelijns, dat specialisten gebruik maken van door de huisarts aangereikte suggesties voor de benodigde tweedelijnszorg, dat specialisten makkelijk toegankelijk zijn voor tussen-tijdse verzoeken om informatie van de zijde van de huisarts, etcetera.

Het zal duidelijk zijn dat de hier genoemde belangen van huisartsen bij continuïteitsinvloed conflicteren met andere belangen van huisartsen, zoals het streven naar inkomen en vrije tijd (de 'kosten'). Bijvoorbeeld een nadeel van snelle terugverwijzing van patiënten naar de eerstelijns is, dat er in veel gevallen extra-werk voor huisartsen uit zal voortvloeien - aangetoond door Swinkels (1990) bij het vervroegd ontslag van chirurgische patiënten - zonder dat daar bij ziekenfondspatiënten extra-honorering tegenover staat. Verder kost het huisartsen uiteraard ook tijd en moeite om bijvoorbeeld via overleg met specialisten invloed uit te oefenen op de aard en omvang van de tweedelijnszorg.

Factoren bepalend voor de mate van continuïteitsinvloed

Hoe kunnen huisartsen hun continuïteitsinvloed op specialisten vergroten? De meest voor de hand liggende manier is door een coalitie met andere huisartsen te sluiten. Als de huisartsen in een groep immers gezamenlijk besluiten om te verwijzen naar specialisten die zich ontvankelijk betonen voor continuïteitsinvloed (en specialisten die daarvoor niet ontvankelijk zijn hun verwijzingen te onthouden), dan vergroot dat hun macht ten opzichte van individuele specialisten in belangrijke mate. Bij coalitievorming wordt het aantal verwijzingen dat op het spel staat groter, en daardoor neemt de waarde van het verwezen krijgen van deze patiënten voor specialisten aanzienlijk toe (vergelijk de eerste determinant van afhankelijkheid in overzicht 1). De vraag is echter of coalities van huisartsen met dit specifieke groepsdoel bestaan. Om in termen van de sociale uitwisselingstheorie te spreken: speelt het streven naar continuïteitsinvloed een rol in het 'vergelijkingsniveau' ('Heb ik als huisarts een aanvaardbare mate van continuïteitsinvloed in de relatie met deze specialist?') en in het 'vergelijkingsniveau voor alternatieven' van huisartsen ('Ga ik met een andere specialist een verwijsrelatie aan, omdat ik daar een aanvaardbaarder mate van continuïteitsinvloed kan hebben?'). In de literatuur is er, voor zover bekend, niet over geschreven, maar uit de praktijk zijn er signalen dat huisartsen in sommige gezondheidscentra de werkwijze van specialisten evalueren (onder andere op het vasthouden van patiënten in de tweedelijns). Zij trekken op grond van hun evaluatie één lijn en besluiten patiënten al dan niet naar bepaalde specialisten (associaties) te verwijzen: zij voeren een gezamenlijk verwijsbeleid. De vraag is of huisartsen in groepspraktijken, die op zichzelf genomen ook op deze wijze kunnen samenwerken, dat in de praktijk ook doen.

Behalve via coalitievorming zal de continuïteitsinvloed van huisartsen ook daar groter zijn waar zij voor het verwijzen van patiënten daadwerkelijk kunnen kiezen uit verschillende specialisten. In situaties waar huisartsen geen of weinig alternatieven hebben, zijn zij afhankelijker van de specialisten met wie ze te maken hebben (vergelijk

de tweede determinant van afhankelijkheid in overzicht 1). In de praktijk komt de situatie dat huisartsen niet kunnen kiezen voor, als zij door geografische omstandigheden gedwongen hun patiënten slechts naar één specifiek ziekenhuis kunnen verwijzen (een 'niet-vrijwillige relatie' van huisartsen met specialisten in termen van de sociale uitwisselingstheorie). Dit kan bijvoorbeeld een streekziekenhuis zijn met een duidelijk afgebakend adherentiegebied dat niet 'bedreigd' wordt door andere ziekenhuizen. Specialist hoeven zich in dit geval uit concurrentie-overwegingen weinig gelegen te laten liggen aan de wensen van de huisartsen die naar hen verwijzen. In een andere situatie waar bijvoorbeeld een streekziekenhuis duidelijk moet concurreren met topziekenhuizen uit een nabijgelegen stad, zal de bereidheid van specialisten in dit streekziekenhuis om aan de wensen van huisartsen tegemoet te komen en om de communicatie met huisartsen te verbeteren veel groter zijn. Overigens zullen specialisten die werkzaam zijn in streekziekenhuizen (met een al dan niet duidelijk afgebakend adherentiegebied) en huisartsen elkaar in het algemeen beter kennen in de persoonlijke sfeer, bijvoorbeeld omdat ze lid zijn van dezelfde spanningsverenigingen. Dat maakt het voor de specialisten in alle streekziekenhuizen moeilijker om de wensen van huisartsen te negeren (vergelijk de derde determinant van afhankelijkheid in overzicht 1).

VRAAGSTELLING

De onderzoeksvragen luiden:

- 1 Welke dimensies zijn er te onderscheiden in de kosten en baten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed die huisartsen ervaren?
- 2 Hebben 'coalitievorming' (het optreden van huisartsen in groepen met een gezamenlijk verwijsbeleid) en 'keuzevrijheid' (de mogelijkheid om bij het verwijzen te kunnen kiezen uit verschillende specialisten) het veronderstelde verhogende effect op de 'opbrengst' (het verschil tussen kosten en baten) van continuïteitsinvloed?
- 3 Welke samenhangen bestaan er tussen de te onderscheiden dimensies in de kosten en baten van continuïteitsinvloed en andere houdingskenmerken van huisartsen? Dit betreft een exploratieve vraag.

METHODE

Procedure

Door middel van Likert-items is aan huisartsen gevraagd, in welke mate zij het er mee eens zijn dat bepaalde kosten en baten van continuïteitsinvloed optreden. Voor zoveel mogelijk alle vooraf te beredeneren kosten en baten zijn uitspraken verwoord (Kersten 1991), die tezamen met andere vragen zijn opgenomen in een schriftelijke enquête.

Steekproef

De schriftelijke enquête is voorgelegd aan de steekproef huisartsen die hebben meegewerkt aan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Foets e.a. 1986, Foets & Van der Velden 1991, Bensing e.a. 1991). Ten behoeve van deze studie zijn in 1987 en 1988 bij 161 huisartsen in 103 verschillende praktijken uitgebreid gegevens verzameld.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

(Oorspronkelijk) item nummer	1	2	3	4	5	Gemiddelde	Factorladingen >.40
2 Als ik één van mijn patiënten verwezen heb naar de specialist, ligt naar mijn idee de verantwoordelijkheid voor de verdere behandeling van deze patiënt geheel en al bij deze specialist	2	8	44	36	10	3.44	.46
11 Ik vind het bezwaarlijk, dat ik geen speciale honorering ontvang voor het consulteren van specialisten	4	7	23	51	15	3.66	.45
12 Mijn grootste bezwaar tegen het consulteren van specialisten is dat het zoveel tijd kost	4	11	21	47	17	3.63	.59
14 Ik ben als huisarts pas bereid om meer dingen op het grensvlak van de eerste en tweede lijn te doen, als er extra honorering tegenover staat	3	12	37	39	9	3.42	.74
15 Ik heb er groot bezwaar tegen om steeds meer dingen op het grensvlak van eerste- en tweede-lijn te moeten doen, omdat het mij zoveel tijd kost	0	21	29	40	10	3.39	.73
16 Als je ziet hoeveel tijd het kost om de zorg voor patiënten af te stemmen met andere eerste-lijnsdisciplines, dan denk ik vaak: 'laat die patiënt maar in het ziekenhuis'	0	7	12	54	27	4.01	.61

Antwoordmogelijkheden:
1 = helemaal mee eens; 2 = mee eens; 3 = deels wel,, deels niet mee eens; 4 = mee oneens; 5 = volstrekt mee oneens

Tabel 1 Overzicht van de meningen van huisartsen (percentages per antwoordmogelijkheid) over de items van de schaal 'materiële kosten van continuïteitsinvloed' (N=161)

Operationalisaties

In verband met vraagstelling 2 hebben we in deze studie de variabele 'coalitievorming' geoperationaliseerd via de praktijkvorm. Zoals in de Inleiding is opgemerkt, gaan we er van uit dat de coalitievorming in gezondheidscentra het sterkst is. Daarnaast exploreren we eventuele effecten van coalitievorming bij groepspraktijken.

Wat betreft de variabele 'keuzevrijheid' hebben we de volgende redenering toegepast. Als huisartsen voor het verwijzen kunnen kiezen uit verschillende specialisten, betekent dat in de praktijk dat zij kunnen kiezen uit verschillende ziekenhuizen, omdat de specialisten van éénzelfde specialisme binnen één ziekenhuis in de regel geassocieerd zijn. Het gaat dus om de mogelijkheid om te kiezen uit verschillende ziekenhuizen. Deze keuzevrijheid is afgeleid uit de mate waarin de patiënten in de vestigingsplaats van een huisarts worden opgenomen in één dan wel in meerdere ziekenhuizen. We lichten dit toe. Een huisarts die gevestigd is in een gemeente waar alle patiënten worden opgenomen in één ziekenhuis kan waarschijnlijk niet kiezen; wordt echter bijvoorbeeld 65% van de patiënten in een gemeente opgenomen in ziekenhuis A en de rest in één of meer andere ziekenhuizen, dan is de keuzevrijheid van een huisarts groter. Samengevat, als indicatie voor de keuzevrijheid van huisartsen hanteren we: het percentage patiënten dat wordt opgenomen in het 'belangrijkste' ziekenhuis (waar de meeste patiënten uit deze gemeente naar toe gaan); hoe lager dit percentage, hoe groter het aantal ziekenhuizen is waaruit een huisarts kan kiezen.

RESULTATEN

Meningen van huisartsen over kosten en baten van continuïteitsinvloed

Op de 17 items betreffende de kosten en baten van continuïteitsinvloed die aan de huisartsen zijn voorgelegd is schaalconstructie uitgevoerd. Principale componenten-

analyse wijst uit dat er in de items twee factoren te onderscheiden zijn. De eerste heeft betrekking op de ervaren 'materiële kosten van continuïteitsinvloed'; dit is een schaal van 6 items (tabel 1) die in hoofdzaak betrekking hebben op de tijd die huisartsen moeten investeren in het consulteren van specialisten en het uitvoeren van taken op het grensvlak van eerste- en tweedelij, zonder dat daar extra- honorering tegenover staat. De Cronbach's α van deze eerste factor is .66. De tweede factor heeft betrekking op de ervaren 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed'; dit is een schaal van vijf items (tabel 2) die enerzijds betrekking hebben op de moeilijkheden van de communicatie met specialisten (item 6 en 7) en met patiënten (item 8) en anderzijds op de genoegens van de communicatie met specialisten (item 4) en met patiënten (item 5). De Cronbach's α voor deze tweede factor is .60.

Aan de verdelingen van de antwoordmogelijkheden in tabel 1 en 2 is te zien, dat een meerderheid van de huisartsen instemt met het optreden van de veronderstelde baten van continuïteitsinvloed (de items met een asterix achter het volgnummer); de gemiddelde score op deze items ligt namelijk onder het midden van de antwoordschaal wat de waarde 3 heeft (1 = 'helemaal eens', tot en met 5 = 'helemaal mee oneens'). Anderzijds is het merendeel van de huisartsen het oneens met het zich voordoen van de kosten (de items zonder een asterix achter het volgnummer); de gemiddelde score op deze items ligt namelijk steeds boven het midden van de antwoordschaal. Hieruit kan men afleiden dat de meerderheid van de huisartsen tot een meer of minder positieve kosten-baten-afweging van continuïteitsinvloed komt: men ziet meer baten dan kosten eraan verbonden.

De effecten van 'coalitievorming' en 'keuzevrijheid' op kosten en baten van continuïteitsinvloed

In tabel 3 is een overzicht te vinden van de geconstateerde effecten van coalitievorming en keuzevrijheid op de beide dimensies die zijn onderscheiden in de kosten en baten

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

(Oorsponkelijk) itemnummer	1	2	3	4	5	Gemiddelde	Factorladingen >.40
4* Ik vind het een prettige activiteit om met specialisten van gedachten te wisselen over de diagnostiek en behandeling van mijn patiënten	20	53	20	6	1	2.14	.64
5* Voor veel van mijn patiënten ben ik de vertrouwenspersoon die opkomt voor hun belangen, ook als zij onder specialistische behandeling zijn	19	54	23	4	0	2.11	.61
6 Met mijn generalistische kennis als huisarts schiet ik vaak te kort om adequaat te kunnen communiceren met specialisten met al hun specialistische kennis	0	6	24	54	16	3.81	.63
7 Ik vind het veel makkelijker om overleg te plegen met collega-huisartsen dan met specialisten	3	19	18	46	14	3.48	.59
8 Ik vind dat ik een afwachtende houding aan moet nemen ten opzichte van de tweedelijsbehandeling van mijn patiënten, tenzij de patiënt zelf om mijn bemoeienis vraagt	0	21	33	43	3	3.28	.50

Antwoordmogelijkheden:
1 = helemaal mee eens; 2 = mee eens; 3 = deels wel,, deels niet mee eens; 4 = mee oneens; 5 = volstrekt mee oneens
* Voor de berekening van de schaalscores is dit item omgescoord

Tabel 2 Overzicht van de meningen van huisartsen (percentages per antwoordmogelijkheid) over de items van de schaal 'sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed' (N=161)

van continuïteitsinvloed. Huisartsen in gezondheidscentra blijken gemiddeld de minste 'materiële kosten' verbonden te zien aan continuïteitsinvloed (voor beide bestudeerde schalen geldt: hoe hoger de schaalscore, hoe minder kosten en eventueel des te meer baten men ervaart). Het verschil ten opzichte van de huisartsen in solo-, duo-, en groepspraktijken, die dicht bij elkaar scoren, is significant ($t=2.39$, $df=152$, $p<.05$). Dat dit verschil specifiek met het functioneren van huisartsen in gezondheidscentra te maken heeft, wordt bevestigd, doordat, zoals gezegd, de huisartsen in groepspraktijken en duopraktijken niet noemenswaardig afwijken van de huisartsen in solo-praktijken. Een doorkruisende factor zou de omvang van de coalitie kunnen zijn. Dit blijkt echter in de praktijk niet het geval: het gemiddeld aantal huisartsen in de onderzochte groepspraktijken is namelijk groter dan in de gezondheidscentra (gemiddeld 3 versus 2 huisartsen; deze cijfers zijn niet weergegeven in de tabel).

Ten aanzien van de keuzevrijheid blijkt het verschil tussen de huisartsen met een kleine en een grote keuzevrijheid significant wat betreft de 'materiële kosten' van

continuïteitsinvloed. De huisartsen met een relatief 'grote' keuzevrijheid komen tot hogere materiële kosten (resulteert in een lagere score op de ontworpen schaal) dan die met een 'kleine' keuzevrijheid ($t=2.33$, $df=103$, $p<.05$).

De verschillen in de 'sociale kosten en baten' blijken niet significant.

De samenhang tussen 'materiële kosten' en 'sociale kosten' van continuïteitsinvloed en andere houdingskenmerken van huisartsen

Vooraf wordt in tabel 4 een overzicht gegeven van de betekenis van negen houdingskenmerken van huisartsen waarvan nagegaan is of zij samenhangen met de 'materiële kosten' en de 'sociale kosten en baten'. De tabel geeft in een kort bestek de meest relevante informatie. Een gedetailleerde bespreking van de uitgevoerde schaalconstructie is elders te vinden (Foets e.a. 1991, Kersten 1991).

Uit tabel 5 is op te maken dat de 'materiële kosten' van continuïteitsinvloed het sterkst samenhangen met de mate waarin huisartsen democratisch optreden ten opzichte van patiënten ($r=.36$). Blijkbaar ervaren huisartsen die meer op

	N	Materiële kosten van continuïteitsinvloed	Sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed
Praktijkvorm			
Solo-praktijk	52	3.53	3.60
Duo-praktijk	57	3.56	3.68
Groepspraktijk	31	3.54	3.78
Gezondheidscentrum	16	3.90	3.67
Keuzevrijheid (percentage patiënten opgenomen in het 'belangrijkste' ziekenhuis)			
'Klein' (90-75%)	53	3.73	3.63
'Middel' (74-45%)	53	3.53	3.66
'Groot' (44-15%)	52	3.49	3.70

Tabel 3
Verschillen in gemiddelden op de schalen 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed, al naar gelang de praktijkvorm en de mate van keuzevrijheid

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Dimensie	Toelichting	Bron	Aantal items	Cronbach's α
De algemene taakopvatting	Mening over de mate waarin huisartsen zorg op het grensvlak van eerste en tweedelij <i>dienen</i> te bieden, en zeggenschap <i>dienen</i> te houden over wat er met verwezen patiënten gebeurt (normatieve component)	Dopheide (1982), aangepast door Kersten (1991)	6	.70
De algemene taakuitoefening	Mening over de mate waarin huisartsen er <i>feitelijk in slagen</i> om zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelij te bieden, en om zeggenschap te houden over wat er met verwezen patiënten gebeurt (feitelijke component; vergelijk de algemene taakopvatting)	Dopheide (1982), aangepast door Kersten (1991)	8	.74
Taakopvatting t.a.v. het behandelen van aandoeningen ('taakopvatting t.a.v. behandeling')	Geneigdheid van de huisarts om aandoeningen zelf te behandelen versus ervoor te verwijzen naar de specialist	Dopheide (1982)	25	.67
Taakopvatting t.a.v. het diagnostiseren van aandoeningen ('taakopvatting t.a.v. diagnostiek')	Geneigdheid van de huisarts om bepaalde aandoeningen zelf te diagnostiseren versus ervoor te verwijzen naar de specialist	Dopheide (1982)	25	.86
Democratisch optreden t.o.v. patiënten	Geneigdheid tot delen van de verantwoordelijkheid met de patiënt	Grol (1983)	7	.65
Risico nemen	Klachten even aanzien versus ervan uitgaan dat klacht een eerste symptoom van een ernstige lichamelijke aandoening kan zijn	Grol (1983)	5	.75
Positieve gevoelens t.a.v. de beroepsuitoefening		Grol (1983)	12	.82
Negatieve gevoelens t.a.v. de beroepsuitoefening	Negatieve gevoelens zijn op andere aspecten van het beroep gebaseerd dan positieve	Grol (1983)	12	.76
Tevredenheid met tijdsverdeling werk - privé		Mechanic (1975), McCraine e.a. (1982)	5	.75

Tabel 4 Overzicht van de schaalconstructie op houdingskenmerken van huisartsen

gelijke voet omgaan met patiënten minder de materiële kosten (gegeven de richting die aan de schaal gegeven is betekent dit een hogere score en dus een positieve correlatie) van het uitoefenen van continuïteitsinvloed. Verder blijken huisartsen die meer risico durven te nemen eveneens minder dergelijke kosten te zien.

Het saldo van de 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed, de 'opbrengst', is hoger ($r=.31$) bij huisartsen die in sterkere mate te kennen geven dat ze er in slagen om zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelij te bieden en om zeggenschap te houden over wat er met verwezen patiënten gebeurt (= de 'algemene taakuitoefening'). Ook hebben dergelijke huisartsen meer plezier in het vak, blijkt een hogere score op de 'positieve' en de 'negatieve gevoelens ten aanzien van de beroepsuitoefening' (de schaal van negatieve gevoelens is omgescoord, zodat een hogere score meer positieve gevoelens inhoudt).

DISCUSSIE

Behalve hun verantwoordelijkheid voor het verwijzen van patiënten naar de tweedelij claimen huisartsen de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg voor verwezen patiënten, hetgeen hun streven naar 'continuïteitsinvloed' op specialisten tot gevolg heeft. Het belangrijkste machtsmiddel van huisartsen om continuïteitsinvloed uit te oefenen houdt daarbij verband met de selectie-invoeld: huisartsen kunnen bij het bepalen van de verwijsbestemming ervoor kiezen om patiënten naar dié specialisten te verwijzen die hun de meeste continuïteitsinvloed geven. Sommige ziekenhuizen zijn zich van hun afhankelijkheid ten aanzien van de instroom van patiënten zeer wel bewust, zoals blijkt uit titels van publikaties als 'Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelijns?' (Kolkman & De Jager 1984), 'Marketing voor specialisten' (Broere & Verbruggen 1988),

Houdingskenmerken van de huisarts	Materiële kosten van continuïteitsinvloed	Sociale kosten en baten van continuïteitsinvloed
Algemene taakopvatting	—	—
Algemene taakuitoefening	—	.31
Taakopvatting t.a.v. behandeling	—	—
Taakopvatting t.a.v. diagnostiek	—	—
Democratisch optreden t.o.v. patiënten	.36	—
Risico nemen	.23	—
Positieve gevoelens t.a.v. beroepsuitoefening	—	.20
Negatieve gevoelens t.a.v. beroepsuitoefening	—	.23
Tevredenheid met tijdsverdeling werk - privé	—	—

* Alleen significante correlaties ($\alpha=.05$) > .10 zijn in de tabel vermeld

Tabel 5

Overzicht van de samenhang (Pearson correlatiecoëfficiënten)* 'materiële kosten' en 'sociale kosten en baten' van continuïteitsinvloed en andere houdingskenmerken van huisartsen (N=161)

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

'Waarom kiezen ze ons?' (Verbruggen 1989a), 'Waarom verwijzen ze zo weinig naar ons?' (Verbruggen 1989b).

Uit deze studie blijkt dat de meeste huisartsen tot een positieve kosten-batenafweging komen ten aanzien van het uitoefenen van continuïteitsinvloed. Dit geldt zowel voor de 'materiële kosten' van continuïteitsinvloed (de extra-tijd die het verlenen van zorg op het grensvlak van eerste- en tweedelijns en het consulteren van specialisten van huisartsen vraagt, zonder dat daar in veel gevallen extra-honorering tegenover staat) als voor de 'sociale kosten en baten' die voor huisartsen verbonden zijn aan het contact met patiënten en specialisten in het kader van de continuïteitsinvloed. Dit houdt dus in, dat de meeste huisartsen een positieve houding hebben tegenover het uitoefenen van dergelijke invloed op specialisten. De vraag blijft echter, in hoeverre deze positieve houding wordt omgezet in daarbij passend gedrag. Ondanks de talrijke pleidooien voor het uitoefenen van continuïteitsinvloed (De Melker 1971, Polak 1972, De Melker 1973, Heckman 1974, Gill 1974, Leerling 1978, Nijhuis 1981), blijkt uit vrijwel evenzovele praktijkervaringen dat huisartsen weinig pogingen tot het uitoefenen van dergelijke invloed doen, dan wel dat hun pogingen weinig effect hebben (Polak 1972, Westerman 1974, Buma 1981, Leerling 1979). Verder ontstaat uit de verrichte onderzoeken ook niet het beeld dat huisartsen in de praktijk erg actief zijn om continuïteitsinvloed uit te oefenen. Huisartsen blijken veelal geen procedurevoorstellen te doen in hun verwijfsbrieven (Edens 1977, De Kort e.a. 1985, De Melker & Kuyvenhoven 1986, Hull & Westerman 1986, Bremer 1989, Beugeling & Van der Wouden 1989, Verhage-Spliet & Kersten 1990). Voor een bespreking van de mogelijke oorzaken van het ontbreken van procedurevoorstellen verwijzen we naar Beugeling & Van der Wouden (1989) en naar Kersten & Verhage-Spliet (1990). Verder nemen huisartsen slechtst zelden het initiatief tot overleg met specialisten na het moment dat patiënten in het ziekenhuis opgenomen zijn (Soesbeek 1985, Kersten & Foets 1990).

Samenvattend kunnen we stellen, dat er een flinke discrepantie is tussen enerzijds de positieve houding ten aanzien van continuïteitsinvloed die huisartsen blijkens de resultaten van deze studie innemen en anderzijds de mate waarin zij feitelijk invloed uitoefenen. Ervan uitgaande dat continuïteitsinvloed van belang is voor de kwaliteit van de zorg en mogelijk ook voor het beheersen van de kosten van de zorg - De Melker (1973 p.160) verwacht bijvoorbeeld van 'het functioneren van de huisarts binnen het ziekenhuis' een bekorting van de ligduur (waarbij overigens zij aangetekend, dat dit sinds de zeventiger jaren misschien wat anders is komen te liggen, omdat de gemiddelde ligduur per opname in Nederland sinds die tijd aanzienlijk is afgenomen) -, roept deze discrepantie de vraag op hoe huisartsen hun continuïteitsinvloed kunnen vergroten. De resultaten geven daartoe enige - hierna te bespreken - aanwijzingen die weliswaar niet gebaseerd zijn op observatie van het gedrag van huisartsen, maar op hun kosten-batenafweging.

Op grond van de theoretische uitwerking veronderstellen we dat coalitievorming en keuzevrijheid (de mogelijkheid om bij het verwijzen uit verschillende specialisten te kiezen) belangrijke voorspellers zouden zijn voor de kos-

ten-batenafweging die huisartsen maken ten aanzien van continuïteitsinvloed. Gevonden is dat de onderzochte huisartsen in gezondheidscentra de materiële kosten van continuïteitsinvloed minder bezwaarlijk achten dan hun collega's in solo-, duo-, en groepspraktijken, die onderling weinig verschillen. Trekken we dit gebleken effect van coalitievorming door naar de toekomst, dan lijkt het zinvol om een verband te leggen met de plannen voor de ontwikkeling van zogeheten huisartsengroepen (Landelijke Huisartsen Vereniging 1986) die meer op inhoudelijk terrein zullen gaan samenwerken dan de meerderheid van de thans bestaande samenwerkingsverbanden van huisartsen. Wellicht zal dit vaker kunnen leiden tot coalities in verband met het uitoefenen van continuïteitsinvloed?

Keuzevrijheid bleek effecten te hebben die tegengesteld zijn aan de veronderstelde richting (verondersteld werd, dat huisartsen die de vrijheid hebben uit meerdere verwijsbestemmingen te kiezen geringere materiële kosten van het uitoefenen van continuïteitsinvloed ervaren); huisartsen met veel mogelijkheden om te kiezen tussen specialisten blijken in deze studie juist *in hogere mate* de materiële kosten van continuïteitsinvloed te ervaren dan huisartsen met weinig keuzemogelijkheden. Mogelijk speelt hier het fenomeen een rol dat we ook in de inleiding noemden, namelijk dat huisartsen in de situatie waar zij weinig keuzevrijheid hebben de specialisten beter kennen op grond van persoonlijke relaties. Dit laatste aspect zou dan belangrijker zijn dan de mogelijkheid om bij het verwijzen te kiezen tussen specialisten. Bij deze interpretatie zijn echter vraagtekens te plaatsen. Keuzevrijheid is namelijk vermoedelijk pas van belang, wanneer huisartsen in coalities optreden; pas wanneer grotere aantallen huisartsen hun patiënten wel of niet verwijzen naar een specialistenassociatie, maakt dit voor deze specialistenassociatie immers substantieel iets uit. Om deze gedachte te toetsen, zou men bijvoorbeeld een vrij groot aantal groepen huisartsen die bereid zijn om een gezamenlijk verwijsbeleid te voeren (mogelijk de genoemde 'huisartsengroepen') in verder onderzoek kunnen betrekken.

De geconstateerde discrepantie tussen het streven van huisartsen naar continuïteitsinvloed en de geringe mate waarin huisartsen deze invloed blijkens de literatuur daadwerkelijk uitoefenen, stelt hen voor de keuze om te zoeken naar grotere beïnvloedingsmogelijkheden, dan wel het streven op te geven. In het laatste geval leggen zij zich erbij neer, dat 'het ziekenhuis voor de specialist is'.

ABSTRACT

The influence of GPs on consultants: a theoretical analysis tested by the attitudes of GPs

In The Netherlands most patients need a referral from their GP to visit a consultant. This gives GPs an important influence on consultants by determining the composition of the group of patients the consultant has to treat ('selection influence'). However, the GPs' national professional organization also emphasizes GPs' role as guardians of continuity of care after the patient's referral. This implies that GPs also have 'continuity influence' on consultants (influence on the course, nature and quantity of consultant treatment). An analysis has been made of GPs' continuity influence based on the social exchange theory. Research

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

data was gathered on 161 GPs participating in the Dutch National Survey of General Practice, carried out by the Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL). The results show that most GPs agree with the benefits and disagree with the costs of continuity influence. There appear to be two dimensions in these benefits and costs: on the one hand the 'material costs' (the time involved in exerting continuity influence and the absence of specific remuneration) and on the other hand the 'social costs and benefits' (the difficulties as well as the pleasures of the communication with consultants and patients related to exerting continuity influence). In the future special concern has to be given to evidence from this study that GPs in health centres and GPs who are closely connected with the consultants in one specific hospital incur lower material costs from continuity influence.

Keywords: primary - secondary care, general practitioner, consultant, continuity of care

LITERATUUR

- Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden & J. van der Zee, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 34 (1991) 51-60
- Beugeling, A. & J.C. van der Wouden, De verwijsbrief in zijn context. *Med. Contact* 40 (1989) 873-876
- Bremer, G.J., Een onderzoek naar verwijsbrieven. *Huisarts en Wetenschap* 32 (1989) 100-101
- Broere, F.P. & R.W. Verbruggen, Marketing voor specialisten. *Med. Contact* 43 (1988) 1421-1423
- Buma, J.T., De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening: een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. *Huisarts en Wetenschap* 24 (1981) 379-383
- Dopheide, J.P., Verwijzingen door de huisarts. *Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht* 1982
- Edens, R., Verwijsbrieven getoetst. *Med. Contact* 32 (1977) 311-316
- Foets, M., L.J. Stokx & J.B.F. Hutten, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De huisartsenenquête: datareductie door schaalconstructie. *NIVEL, Utrecht* 1991
- Foets, M., J. van der Velden & J. van der Zee, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: projectvoorstel. *NIVEL, Utrecht* 1986
- Foets, M. & J. van der Velden, Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport + meetinstrumenten en procedures. *NIVEL, Utrecht* 1991
- Gill, K., De nazorg van ontslagen ziekenhuispatiënten. *Huisarts en Wetenschap* 17 (1974) 32-33
- Greve, W.B. de & W.J. Vrakking, Enkele verklaringstheorieën. In: W.B. De Greve, H.A. Tiddens, H. van Andel e.a. (red.), *Leiding en organisatie in de gezondheidszorg*, pp. 36-44. Stafleu, Alphen aan den Rijn 1983
- Grol, R., Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: deel 5; eindrapportage van het project Preventie van Somatische Fixatie. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen* 1983
- Heckman, J., De huisarts als spil in de gezondheidszorg. *Med. Contact* 29 (1974) 880-882
- Hull, F.M. & K.F. Westerman, Referrals to medical outpatient departments at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam. *Br. Med. J.* 293 (1986) 311-314
- Jacobs, H.M., R.A. De Melker & F.W.M.M. Touw-Otten, Samenwerking tussen huisartsen en specialisten (I + II). *Med. Contact* 38 (1983) 1599-1601; 1629-1632
- Kersten, T.J.J.M.T., De invloed van huisartsen in de tweedelij. Proefschrift, Rijksuniversiteit Utrecht. *NIVEL, Utrecht* 1991
- Kersten, T.J.J.M.T. & M. Foets, De betrokkenheid van huisartsen bij de ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. *T. Soc. Gezondheidsz.* 68 (1990) 36-41
- Kersten, T.J.J.M.T. & C.M.Th. Verhage-Spliet, De invloed van de verwijsbrief op de procedure in de tweedelij. *T. Soc. Gezondheidsz.* 68 (1990) 314-345
- Kolkman, H. & S. de Jager, Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelij. *Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht* 1984
- Kolkman, H. & P.C.H. van der Voort, Samenwerking huisarts-specialist: onderzoek in Zeist. *Med. Contact* 40 (1985) 1065-1067
- Kort, G.A.P. de, M.F.M. van Doorn & K. Gill, Verwijsbrieven: een analyse van 100 brieven van huisartsen inzake CARA-patiënten. *Airways* 4 (1985) 2-9
- Landelijke Huisartsen Vereniging, De positie van de huisarts in de toekomst. *Discussienota Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht* 1986
- Landelijke Huisartsen Vereniging, Het basistakenpakket van de huisarts. *Landelijke Huisartsen Vereniging, Utrecht* 1987
- Leerling, R.J., Een alternatieve 'eigen bijdrage'. *Med. Contact* 33 (1978) 1571-1573
- Leerling, R.J., Hoe staat het eigenlijk met de alternatieve eigen bijdrage? *Med. Contact* 35 (1979) 1548-1551
- Marinker, M., D. Wilkin & O.H. Metcalfe, Referral to hospital: can we do better? *Br. Med. J.* 297 (1988) 461-464
- McCraine, E.W., J.L. Hornsby & J.C. Calvert, Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. *J. Family Pract.* 14 (1982) 1107-1114
- Mechanic, D., The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. *Med. Care* 13 (1975) 189-204
- Melker, R.A. De, De huisarts en de ziekenhuispatiënt. *Huisarts en Wetenschap* 14 (1971) 418-422
- Melker, R.A. De, Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen 1973
- Melker, R.A. De & M.M. Kuyvenhoven, Verwijzingen naar interne en chirurgische specialismen: een exploratief onderzoek naar enkele aspecten van het verwijsgedrag van dertien huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 29 (1986) 365-368
- Middel, R. & T.R. Zijlstra, Wat vinden huisartsen van een ziekenhuis? *Med. Contact* 41 (1986) 49-51
- Mokkink, H.G.A., Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen. *Krips Repro, Meppel* 1986
- Nederlands Huisartsen Genootschap, De verwijsbrief naar de tweedelij. *Standaard O01. Huisarts en Wetenschap* 32 (1989) 102-105
- Nijhuis, H.J., De relatie huisarts-specialist: naar een nieuwe manier van verwijzen. *Med. Contact* 36 (1981) 1617-1619

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

- Polak, B.S.*, De relatie ziekenhuis(specialist-)-patiënt. *Med. Contact* 28 (1972) 1399-1402
- Posthuma, B.H. & J. van der Zee*, Tussen eerste en tweede echelon (2). Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht 1978
- Shortell, S.M. & O.W. Anderson*, The physician referral process: a theoretical perspective. *Hlth Serv. Res.* 6 (1971) 39-48
- Shortell, S.A.*, Determinants of physician referral rates: an exchange theory approach. *Med. Care* 12 (1974) 13-31
- Shortell, S.M. & S.G. Vahovich*, Patient referral differences among specialities. *Hlth Serv. Res.* 10 (1975) 146-161
- Soesbeek, K.H.*, Opname in het ziekenhuis van oudere patiënten met een CVA. *Huisarts en Wetenschap* 31 (1985) 94-95
- Swinkels, M.A.A.*, Eerder thuis - beter af? Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden. Samsom-Sijthoff, Alphen a/d Rijn 1990
- Thibaut, J.W. & H.H. Kelley*, The social psychology of groups. Wiley & Sons, New York 1959
- Veen, P. & H.A.M. Wilke*, De kern van de sociale psychologie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1986
- Verbruggen, R.*, Waarom kiezen ze ons? Marktonderzoek (2): polikliniek-enquête. *Het Ziekenhuis* 19 (1989a) 323-324
- Verbruggen, R.*, Waarom verwijzen ze zo weinig naar ons? Marktonderzoek (3): interviews met huisartsen. *Het Ziekenhuis* 19 (1989b) 350-352
- Verhage-Spliet, C.M.Th. & T.J.J.M.T. Kersten*, De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. *Huisarts en Wetenschap* 33 (1990) 148-151
- Westerman, R.F.*, Patiëntenzorg: samen of apart? *Huisarts en Wetenschap* 17 (1974) 447-450
- Wijkel, D.*, Samenwerken en verwijzen. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen. NIVEL, Utrecht 1986

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. T.J.J.M.T. Kersten, Project Samenwerking 1e - 2e lijn, VU-ziekenhuis, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam, tel. 020-5483300

Ontvangen 21 november 1990, geaccepteerd 28 oktober 1991

Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen

W.J.G. Uunk, P.P. Groenewegen en J. Dekker*

Summary

Referrals of general practitioners to physiotherapists: An explanation and analysis of differences between general practitioners

General practitioners (GPs) are the most important source of referrals to physiotherapists in primary health care. There is large variation between GPs in the number of patients referred. This article aims at explaining this variation. A theoretical model has been developed, based on rational choice theory. By specifying the behavioral alternatives and goals of GPs, boundary conditions for the application of the model and the possibilities to realise the goals are specified. The empirical implications of the model are been tested by using multilevel analysis. This method of analysis takes into account the two-level nature of the data. The first level is episodes of care for problems of the musculo-skeletal system, recorded during three months; the second level is general practitioners. The results refute most of the predictions. Variables at the level of episodes of care, especially the diagnosis made by the GP, the degree to which the patient is impaired (according to the GP), and the level of education of the patient, are most important in predicting whether or not a referral takes place. At the level of GPs the only variable with a significant effect is whether or not GPs are in singlehanded practice. The overall fit of the multilevel model is, however, poor.

* Wilfred Uunk was ten tijde van het onderzoek als erkend gewetensbezwaarde militaire dienst te werk gesteld bij het NIVEL. Thans is hij als onderzoeker in opleiding verbonden aan de Vakgroep Sociologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Peter Groenewegen is werkzaam bij het NIVEL en bij de Vakgroep Sociologie en de Vakgroep Toegepaste Geografie en Planologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Joost Dekker is werkzaam bij het NIVEL. Correspondentie over dit artikel kan gericht worden aan Peter Groenewegen, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN, Utrecht.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

1. Inleiding en probleemstelling

In Nederland spelen huisartsen een belangrijke rol bij het verwijzen van patiënten naar de fysiotherapeut. Bij ruim 80% van de patiënten die door fysiotherapeuten in de eerste lijn werden behandeld was de verwijzer een huisarts (Kerssens et al., 1987). Uit eerder onderzoek is bekend dat de mate waarin huisartsen naar fysiotherapeuten verwijzen sterk varieert (Buyten, 1977; Kerkhoff, 1982; Crebolder, 1983; Kerkhoff & Groenewegen, 1985; Kerssens et al., 1987). De verklaring van deze variatie staat in dit artikel centraal.

Onderzoek naar verschillen in verwijsgedrag tussen huisartsen (niet alleen naar fysiotherapeuten, maar vooral ook naar medisch specialisten) is over het algemeen sterk empiristisch. Men probeert variabelen, waarvan op grond van veldkennis en literatuur verwacht wordt dat ze veel variatie 'binden', in verband te brengen met het verwijscijfer. Het is daarbij niet zonder meer duidelijk waarom gevonden samenhangen optreden. Of met andere woorden: welk mechanisme de gevonden samenhangen zou kunnen verklaren. Ons doel is om dit hiaat op te vullen. We vragen ons af waarom sommige huisartsen vaker naar een fysiotherapeut verwijzen dan anderen. Om die vraag te beantwoorden gaan we ervan uit dat huisartsen de keuze hebben om patiënten die hun hulp inroepen zelf te behandelen (danwel de klachten maar even op hun beloop te laten) of te verwijzen. Door omstandigheden aan te geven waaronder de keuze voor het ene of het andere alternatief aantrekkelijker is, proberen we tot voorspellingen te komen over het verwijzen. Deze zullen met gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk worden getoetst (Foets & Van der Velden, 1990; Bensing et al., 1991). Bij de toetsing maken we gebruik van multi-niveau analyse (vergelijk voor een recente toepassing Van der Velden & Bosker, 1991) om recht te doen aan de twee niveaus in de gegevens, namelijk het niveau van patiënten (of meer specifiek van zorg-episodes) en het niveau van de huisartsen. Daardoor is het niet nodig om alle gegevens te aggregeren tot gegevens op het niveau van de huisartsen, waardoor veel informatieverlies optreedt, of om de gegevens uitsluitend op het laagste niveau te analyseren, waardoor het probleem van de onderlinge afhankelijkheid van de waarnemingen niet opgelost wordt en de betrouwbaarheid van de coëfficiënten van de variabelen op huisartsniveau worden overschat.

2. Naar een verklaring van verschillen tussen huisartsen

Bij een sociologische verklaring van de uitkomsten van verschillen in keuzegedrag tussen huisartsen is de aandacht niet zozeer gericht op de specifieke afwe-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

gingen die een individuele huisarts maakt in een contact met een individuele patiënt, maar meer op gelijksoortige omstandigheden waaronder bepaalde categorieën huisartsen danwel patiënten verkeren. Aangenomen mag worden dat ze op eenzelfde manier samenhangen met de aantrekkelijkheid van een bepaald alternatief (vgl. Lindenberg, 1981). Dit betekent dat er in vergelijking met psychologische verklaringen veel minder arts- en patiëntspecifieke informatie nodig is en gewerkt kan worden met een veel eenvoudiger voorstelling van het keuzegedrag. Immers, de voorspellingen hebben geen betrekking op één of meer misschien wel zeer specifieke gevallen, maar gaan over het gemiddelde verwijsgedrag onder de eerder genoemde gelijksoortige omstandigheden.¹

De kern van de hier gebruikte theorie is de veronderstelling dat mensen in keuzesituaties van de mogelijke handelingsalternatieven dát alternatief kiezen waarvan ze verwachten dat het hun het hoogste nut zal opleveren (Wippler & Lindenberg, 1987). Het verwachte nut of de aantrekkelijkheid van een bepaald alternatief kan gedefinieerd worden als de mate waarin dat alternatief naar verwachting bijdraagt aan het verwezenlijken van bepaalde doelstellingen. De keuze voor een bepaald gedragsalternatief hangt dus af van subjectieve inschattingen en beperkende omstandigheden en de beschikking over hulpbronnen. Beperkende omstandigheden bemoeilijken en hulpbronnen vergemakkelijken het verwezenlijken van bepaalde doelstellingen.

Voor het verklaren van verschillen tussen huisartsen in hun verwijsgedrag naar fysiotherapeuten moet deze kern verder worden ingevuld door bijkomende (vereenvoudigde) veronderstellingen te maken met betrekking tot het specifieke toepassingsgebied. Dat zal hieronder gebeuren door aan te geven welke doelstellingen en relevante gedragsalternatieven huisartsen grosso modo hebben, onder welke beperkende omstandigheden zij handelen en hoe deze omstandigheden leiden tot een keuze van één van de alternatieven. In figuur 1 is het verklaringsmodel schematisch weergegeven.

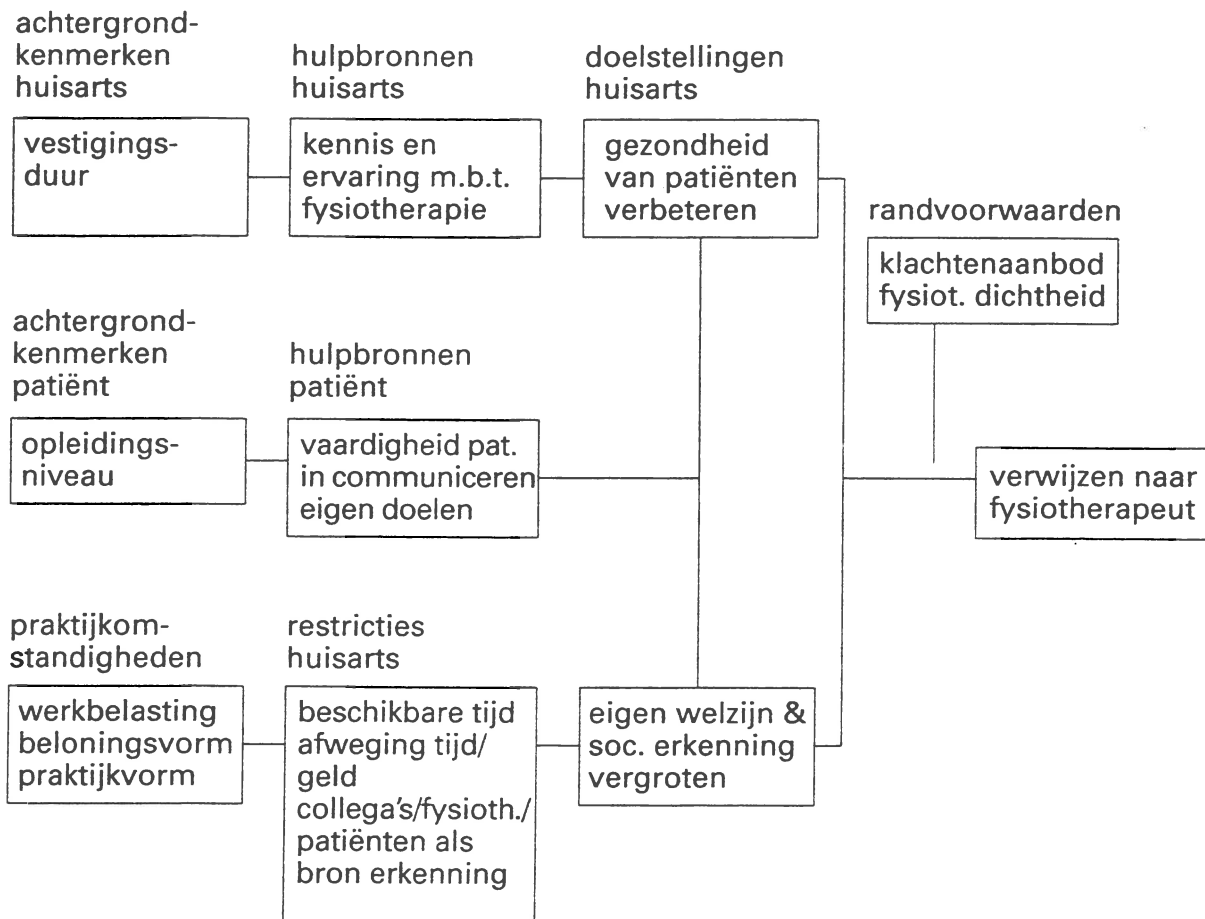
2.1 Gedragsalternatieven en doelstellingen van de arts

Huisartsen hebben ten aanzien van het verwijzen van patiënten een aantal mogelijkheden:

1. zij behandelen zelf (waarbij we onder behandelen ook 'afwachten' verstaan)
2. zij verwijzen naar een hulpverlener in de eerste lijn van de gezondheidszorg (fysiotherapeut, wijkverpleger, maatschappelijk werker e.d.);
3. zij verwijzen naar een andere hulpverlener in de tweede lijn (een medisch specialist).

In dit artikel zullen we ons terwille van de eenvoud tot de eerste twee mogelijk-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN



Figuur 1. Verklaringsmodel voor verschillen tussen huisartsen in het verwijzen naar fysiotherapeuten

heden beperken: huisartsen behandelen de klacht van de patiënt zelf of zij verwijzen hem of haar voor deze klacht naar een fysiotherapeut.

Een andere beperking betreft het soort klachten waarop de verklaring en analyse betrekking hebben. We zullen het verwijsgedrag van huisartsen alleen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat bekijken. Ruim 85% van alle verwijzingen naar fysiotherapeuten heeft op dit soort aandoeningen betrekking (Uunk et al., 1991). Bovendien is bij deze aandoeningen het percentage verwijzingen naar overige hulpverleners slechts een fractie van het percentage waarbij naar fysiotherapeuten wordt verwezen.

We veronderstellen verder dat huisartsen slechts twee soorten doelstellingen hebben. In de eerste plaats streven ze naar verbetering van de gezondheid van hun patiënten en in de tweede plaats naar het bereiken van de eigen doelstellingen, namelijk eigen welzijn (waarvoor tijd en geld instrumenteel zijn) en sociale erkenning (Eisenberg, 1985; Lindenberg, 1984).² Het streven van huisartsen naar verbetering van de gezondheid van hun patiënten is een 'professionele'

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

doelstelling die huisartsen zich gedurende hun bijna tienjarige medische opleiding hebben eigen gemaakt en die een belangrijke rol vervult in de beroepsuitoefening. Uitgaande van een perfecte agentschapsrelatie zou dat de enige relevante doelstelling zijn. Met de zorg die artsen aan hun patiënten adviseren zijn echter ook hun eigen doelstellingen gemoeid (Feldstein, 1974). Het verwijzen van patiënten heeft onder invloed van het honorerings- en verzekeringssysteem gevolgen voor het inkomen en de vrije tijd van huisartsen en – door de sociale interactiesituatie waarin verwijzingen tot stand komen – ook voor hun sociale erkenning.

2.2. Randvoorwaarden

Huisartsen zullen tegen de achtergrond van hun doelstellingen een zekere afweging maken van de mate waarin het al of niet verwijzen naar een fysiotherapeut bijdraagt aan het realiseren van hun doelstellingen. De keuze van een bepaald alternatief is evenwel slechts onder bepaalde randvoorwaarden zinvol.

De eerste randvoorwaarde voor een verwijzing van een huisarts naar een fysiotherapeut is dat er klachten worden gepresenteerd waarbij verwijzen naar de fysiotherapeut medisch zinvol lijkt. Aan deze voorwaarde is in algemene zin reeds voldaan doordat de analyse in dit artikel beperkt wordt tot het verwijzen bij aandoeningen van het bewegingsapparaat. Meer specifiek zullen in de analyses de diagnoses met betrekking tot aandoeningen van het bewegingsapparaat worden opgenomen. Hierdoor wordt constant gehouden op verschillen tussen huisartsen in het klachtenaanbod. In eerdere analyses van het verwijsgedrag kon door beperkingen in de beschikbare gegevens en de gehanteerde analysemethoden slechts op indirecte wijze met het klachtenaanbod rekening worden gehouden door de samenstelling van de praktijkpopulatie naar leeftijd en geslacht als indicatie te gebruiken.

Het aanbod van fysiotherapeutische zorg vormt de tweede voorwaarde voor een verwijzing naar een fysiotherapeut. Simpel gezegd komt het erop neer dat als er geen fysiotherapeutische zorg in de omgeving van de huisarts is, een verwijzing naar de fysiotherapeut niet plaats kan vinden. Strikt genomen is aan deze randvoorwaarde in Nederland altijd wel voldaan. Toch zijn er wel regionale variaties in fysiotherapeutendichtheid en daarmee verschillen in bereikbaarheid of in de toegankelijkheid als gevolg van wachtlijsten (Hingstman & Pool, 1990). Onze verwachting luidt dat naarmate er meer fysiotherapeuten werkzaam zijn in relatie tot de omvang van de bevolking in de plaats waar de huisarts praktizeert, hij/zij eerder naar een fysiotherapeut zal verwijzen.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

2.3. *Mogelijkheden om de doelstellingen te bereiken*

Om de verschillen tussen huisartsen te verklaren die overblijven als we rekening houden met de bovengenoemde randvoorwaarden, moeten we weten onder welke omstandigheden een verwijzing naar een fysiotherapeut bijdraagt aan het bereiken van de doelstellingen van een huisarts.

Wat betreft de eerste doelstelling – het verbeteren van de gezondheid van patiënten – is die omstandigheid de kennis en ervaring van de huisarts met betrekking tot fysiotherapie. We veronderstellen dat naarmate huisartsen beter op de hoogte en vertrouwd zijn met de mogelijkheden van fysiotherapeutische behandeling, zij meer zekerheid hebben omtrent het beoogde resultaat van een verwijzing (verbetering van de gezondheidstoestand van patiënten). Daarbij moet echter aangetekend worden dat een gerichtere indicatiestelling voor fysiotherapie zowel kan leiden tot niet verwijzen waar andere huisartsen dat wel zouden doen, als tot wel verwijzen waar andere huisartsen dat niet zouden doen. Algemeen gesproken verwachten we dat meer kennis over fysiotherapie en dus een gerichtere indicatiestelling aangetroffen wordt bij huisartsen die recenter opgeleid zijn, zonder dat evenwel van tevoren de richting van de samenhang is vast te leggen. Daarnaast hebben we twee specifieke verwachtingen met betrekking tot de indicatiestelling. We veronderstellen dat huisartsen ervan uitgaan dat een verwijzing naar een fysiotherapeut eerder zal bijdragen aan de bevordering van de gezondheid van de patiënt als de aandoening die aan de klacht ten grondslag ligt, de patiënt in zijn of haar dagelijks leven ook invalideert. Fysiotherapeutische behandeling wordt namelijk niet zozeer bepaald door de aandoening zelf, alswel door de (invaliderende) gevolgen van de aandoening. Daarnaast wordt verondersteld dat huisartsen eerder naar fysiotherapeuten zullen verwijzen als ze de klachten van de patiënt als meer somatisch beschouwen (Kerssens & Groenewegen, 1990). De opvatting wordt wel verdedigd dat fysiotherapie in eerste instantie op de somatische kant van de klachten ingrijpt en dat verwijzing naar een fysiotherapeut bij psychosociaal getinte klachten niet de feitelijke oorzaken aanpakt en tot onnodige medicalisering leidt (Kerssens et al., 1987).

Huisartsen streven ook naar het verwezenlijken van hun eigen doelstellingen: het vergroten van eigen welzijn en sociale erkenning. De mate waarin een verwijzing naar een fysiotherapeut daaraan bijdraagt hangt af van een aantal (beperkende) omstandigheden:

- a. de werkbelasting waaronder huisartsen werken;
- b. de afweging tussen tijdsinvestering en de opbrengst in termen van inkomen;
en
- c. de mate waarin huisartsen voor het verwerven van sociale erkenning vooral

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

afhankelijk zijn van hun directe collega's, van fysiotherapeuten of van hun patiënten (de zogenaamde 'cliëntcolleague dependence').

ad a. Als de arts een keuze moet maken tussen het zelf behandelen van een patiënt of hem/haar verwijzen naar een fysiotherapeut, dan is één van de overwegingen de hoeveelheid tijd die ermee gemoeid gaat en die mogelijk ten koste gaat van vrije tijd. Een verwijzing naar een fysiotherapeut zal voor de huisarts gemiddeld meer tijdswinst opleveren dan het zelf behandelen van een patiënt. De huisarts laat immers bij een verwijzing de behandeling van een patiënt over aan andere hulpverleners. Het verwijzen van patiënten naar fysiotherapeuten is gegeven de doelstelling 'maximeren van vrije tijd' dan ook een aantrekkelijk alternatief en hij wordt aantrekkelijker naarmate de werkbelasting van een huisarts groter is.

ad b. Vooral in het geval van ziekenfondspatiënten, voor wie de huisarts een vast bedrag per jaar per patiënt krijgt ongeacht de hoeveelheid zorg die hij/zij levert, betekent een verwijzing werkbesparing zonder inkomensverlies (een tweede persoonlijke doelstelling). Patiënten met een particuliere ziektekostenverzekering zullen daarentegen, in vergelijking met ziekenfondsverzekerden, minder snel worden verwezen omdat de huisarts voor hen een bedrag per consult ontvangt en een verwijzing inkomensverlies zou betekenen. Voor huisartsen in loondienst verwachten we geen verschil in verwijsgedrag, omdat zij een vast salaris per maand ontvangen ongeacht de aard van de verzekering van de patiënt.

ad c. Ongelimiteerd verwijzen door huisartsen valt echter niet te verwachten. Huisartsen hebben te maken met het oordeel van collega-artsen over hun handelen en kunnen sociale erkenning verliezen wanneer ze erg veel of erg weinig verwijzen. We voorspellen dat artsen in solo-praktijken eerder naar een fysiotherapeut verwijzen dan artsen in meermanspraktijken – die veel directer te maken hebben met collega-artsen (Freidson, 1970; Wolinsky, 1982). Een uitzondering moet gemaakt worden voor huisartsen in gezondheidscentra. Door de aanwezigheid van fysiotherapeuten in de meeste gezondheidscentra (76% heeft één of meer fysiotherapeuten, Hessels & Boerma, 1989) zullen deze huisartsen eerder naar een fysiotherapeut verwijzen dan hun collega's in andere meermanspraktijken. Daarnaast is de aanwezigheid van fysiotherapeuten in de vrienden- en kennissenkring van de huisarts een indicatie voor de mogelijkheden om sociale erkenning te krijgen door patiënten te verwijzen.³

Huisartsen ontlenen sociale erkenning niet alleen aan de interactie met collega's en fysiotherapeuten, maar ook aan de interactie met patiënten. Het belangrijkste kenmerk hierin is het opleidingsniveau van de patiënt: hoe hoger dat is, des te meer zullen patiënten in staat zijn hun eigen doelstellingen over te brengen en des te meer zullen huisartsen rekening houden met de wensen van

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

de patiënt (Westert et al., 1991). De huisarts is immers zelf ook hoog opgeleid. Als men verder aanneemt dat hoger opgeleide patiënten ook meer dan lager opgeleide patiënten aandringen op een verwijzing naar de fysiotherapeut (ze hebben gemiddeld meer kennis van medische zaken en ze zijn mondiger), dan kan men voorspellen dat huisartsen bij klachten van hoger opgeleide patiënten eerder naar een fysiotherapeut zullen verwijzen dan bij klachten van lager opgeleide patiënten.

In het voorgaande zijn met behulp van een kernuitspraak van een algemene theorie van keuzegedrag en een aantal vereenvoudigde veronderstellingen, voorspellingen geformuleerd over verschillen tussen huisartsen in het verwijzen naar fysiotherapeuten. Op deze wijze kan a priori aangegeven worden hoe achtergrondkenmerken van huisartsen en patiënten in verband staan met het al of niet verwijzen naar een fysiotherapeut. In onderstaande zullen de voorstellingen op hun houdbaarheid worden getoetst.

3. Materiaal en methode

Het materiaal om de onderzoeksvraag te beantwoorden is verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Een uitgebreide beschrijving van opzet en materiaalverzameling van deze in 1987 en 1988 gehouden studie is te vinden in Foets en Van der Velden (1990). Centraal in de materiaalverzameling van de Nationale Studie staat een registratie van contacten die 161 huisartsen gedurende drie maanden met hun patiënten hebben gehad. Deze contacten zijn geconstrueerd als episodes (zie hieronder). Daarnaast is aan de huisartsen een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. De variabelen die met de contactregistratie in verband staan (variabelen op episodeniveau) en de variabelen die op huisartsniveau zijn verzameld zullen hieronder kort worden behandeld.

3.1. Variabelen op episodeniveau

Bij elk contact noteerde de huisarts op het zogenaamde contactregistratie-formulier onder meer de aard van de klacht, de daarbij behorende diagnose en of er al dan niet een verwijzing plaatsvond. De contactgegevens zijn vervolgens geconstrueerd tot (zorg-)episodes. Een episode wordt gedefinieerd als een periode van ziek-zijn bij een patiënt over de hele periode van het ontstaan tot de oplossing ervan (Classification Committee WONCA, 1981). Dat deel van de episode waarin hulp wordt ontvangen wordt zorgepisode genoemd. In de Nationale Studie zijn zorgepisodes geconstrueerd door contacten die plaatsvonden

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

in het kader van één (zorg)episode te groeperen.⁴ Het voordeel van het werken met episodes is dat we informatie hebben over het totale beloop van een ziekte en niet over slechts één contact (Uunk et al., 1991).

Het bestand met episodes vormt het eerste niveau van onze gegevens. Voor de analyse zijn 15526 episodes met betrekking tot het bewegingsapparaat geselecteerd die door 141 huisartsen zijn genoteerd.⁵ Het bevat informatie over een aantal concepten uit ons verklaringsmodel. De belangrijkste informatie betreft het al of niet verwijzen naar een fysiotherapeut – de afhankelijke variabele in ons model.⁶ Daarnaast is per episode de (eind)diagnose bekend. De diagnoses zijn geclassificeerd volgens de International Classification of Primary Care (Van der Velden, Schellevis & Van der Steen, 1989). De mate van invaliderendheid van een episode is een vijfpuntsschaal waarop de huisarts een antwoord kon geven van ‘geheel niet invaliderend’ tot ‘zeer invaliderend’. De mate waarin de arts een klacht als somatisch beschouwde is ook een vijfpuntsschaal en loopt van ‘geheel psychosociaal’ tot ‘geheel somatisch’. Verder heeft een census plaatsgevonden onder de praktijkpopulaties waardoor patiëntgegevens beschikbaar zijn zoals de verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) en het hoogst voltooide opleidingsniveau van de patiënt (gecodeerd in drie klassen: a. ‘alleen lager onderwijs’, b. ‘voortgezet en middelbaar onderwijs’ en c. ‘HBO en universiteit’).

3.2. Variabelen op huisartsniveau

Het tweede niveau van gegevens bevindt zich op het niveau van de huisartsen. De gegevens die op dit niveau zijn verzameld komen uit verschillende bronnen.

Het merendeel van de variabelen op huisartsniveau komt uit de schriftelijke enquête die eenmalig aan de deelnemende huisartsen is voorgelegd. Een directe meting van kennis van fysiotherapie is door de aard van de gegevens niet mogelijk. Voor de kennis van de huisarts met betrekking tot fysiotherapie gebruiken we een indirecte indicator: het aantal jaren dat huisartsen gevestigd zijn in hun functie. Naar de aanwezigheid van fysiotherapeuten in de vrienden- en/of kennissenkring van huisartsen is in de enquête gevraagd. De tijdsdruk waaronder huisartsen werken, operationaliseren we door het totaal aantal contacten dat zij gedurende de registratieperiode van drie maanden met hun patiënten hebben gehad.

De beloningsvorm van de huisarts (zelfstandig gevestigd of in loondienst) en de aard van praktijkvoering (solo, in een meermanspraktijk of in een gezondheidscentrum) zijn bekend op basis van de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (Van Dam & Hingstman, 1988). De fysiotherapeuten-dichtheid – het aantal fulltime-equivalenten fysiotherapie per 10.000 inwoners

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

Tabel 1. Beschrijving van de variabelen op episode- en huisartsniveau: gemiddelden (of proporties), standaarddeviaties, minima en maxima en aantal episodes en huisartsen

variabelen op episodenniveau		Gemiddelde (/proportie)	StdDev	Minimum	Maximum	N
VERWIJS	Verwijskans fysiotherapie	0,24	0,42	0,00	1,00	15526
DIA	Diagnose					
1	Symptomen/klachten nek	0,02	0,15	0,00	1,00	15526
2	Symptomen/klachten rug	0,06	0,23	0,00	1,00	15526
3	Myalgie/fibrositis	0,34	0,48	0,00	1,00	15526
4	Symptomen meerdere spieren	0,05	0,22	0,00	1,00	15526
5	Beperking bewegingsapparaat	0,03	0,16	0,00	1,00	15526
6	Afwijking cervicale wervelkolom	0,03	0,18	0,00	1,00	15526
7	Arthrosis cervicale wervelkolom	0,03	0,16	0,00	1,00	15526
8	Lumbago	0,16	0,36	0,00	1,00	15526
9	Ischialgie	0,03	0,18	0,00	1,00	15526
10	Hernia Nuclei Pulposi	0,04	0,20	0,00	1,00	15526
11	Schouderafwijking	0,07	0,26	0,00	1,00	15526
12	Epicondylitis lateralis	0,04	0,20	0,00	1,00	15526
13	Tendinitis/synovitis	0,09	0,29	0,00	1,00	15526
INVA	Mate van invaliderendheid	1,42	0,70	1,00	5,00	15526
SOMA	Mate van somatiserendheid	4,43	0,91	1,00	5,00	15526
ZF	Particulier of ziekenfonds	0,75	0,43	0,00	1,00	15526
OPL	Opleidingsniveau	1,72	0,53	1,00	3,00	15526
variabelen op huisartsniveau						
FYSDICH	Fysiotherapeutendichtheid	5,19	1,56	1,96	11,99	141
VESTDUUR	Aantal jaren gevestigd	11,71	7,23	0,00	34,00	141
CONTACT	Aantal contacten met patiënt	1819,22	549,86	665,00	4056,00	141
SOLO	Meermans- of solopraktijk	0,35	0,48	0,00	1,00	141
GZCENTR	Geen/wel gezondheidscentrum	0,11	0,32	0,00	1,00	141
VRIEND	Geen/wel vrienden fysiotherapie	0,67	0,47	0,00	1,00	141
LOOND	Zelfstandig of in loondienst	0,07	0,26	0,00	1,00	141

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

van de gemeente waarin de huisarts werkzaam is – is ook op basis van deze registratie berekend. De variabelen van beide niveaus worden in tabel 1 beschreven.

3.3. Analyse-methode

Tot voor kort was het gebruikelijk de analyse van gegevens met meerdere niveaus terug te brengen tot een analyse van gegevens op geaggregeerd niveau, dan wel een analyse op gedesaggregeerd niveau. Aan beide methodes kleven echter grote bezwaren (Kreft, 1987). Aggregatie van gegevens betekent een groot verlies van informatie over variabelen van het laagste niveau. Desaggregatie van gegevens leidt tot een onderschatting van de standaardfouten van de regressiecoëfficiënten van variabelen van het hoogste niveau. Een nieuwe analysemethode die dit soort problemen omzeilt is multiniveau-analyse. Met behulp van deze techniek kan rekening worden gehouden met het speciale twee-traps karakter van de gegevens; gegevens over contacten (later geconstrueerd tot episodes) binnen een steekproef van huisartsen.⁷ Het model dat aan de multiniveau analyse ten grondslag ligt is het random coëfficiënt model (zie bijv. Bosker & Snijders, 1990). Een complete uitdrukking van dit model voor twee niveaus is:

$$Y_{ij} = \beta_0 + \gamma_0 z_j + \beta_1 x_{ij} + \gamma_1 z_j x_{ij} + e_{ij} + u_{0j} + u_{1j} x_{ij},$$

waarin episode i van huisarts j een verwijskans y_{ij} heeft⁸ die voorspeld wordt uit de episodevariabele x met gewicht β_1 , uit de huisartsvariabele z met gewicht γ_0 en de interactie tussen deze twee variabelen, $\gamma_1 z_j x_{ij}$. Tot zover verschilt de vergelijking niet van een conventionele regressievergelijking. Het verschil zit in de residustructuur: het intercept β_{0j} heeft een artsspecifieke afwijking u_{0j} en de hellingscoëfficiënt β_{1j} een artsspecifieke afwijking u_{1j} . Dit betekent dat de artsspecifieke intercepten en hellingen een toevalscomponent hebben. Toeval speelt dus een rol op twee niveaus: op het niveau van episodes (e_{ij}) en op het niveau van huisartsen (u_{0j} , u_{1j}). Dit weerspiegelt de assumptie van een twee-traps steekproef. Een andere voordelige eigenschap van het random coëfficiënt model is dat we verschillen in de intercepten en de hellingen kunnen relateren aan artskenmerken. Met multiniveau analyse kan het bovenstaande model in één maal worden geschat. Hiervoor maken we gebruik van het computerprogramma VARCL (Longford, 1988). Er is gekozen voor een logistische vergelijking omdat de afhankelijke variabele – het al of niet verwijzen naar een fysiotherapeut – een dichotome verdeling heeft.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

4. Resultaten

In tabel 2 worden verschillende multiniveau modellen gepresenteerd.⁹ In het eerste model – model 0 – berekenen we de gemiddelde verwijskans (het intercept ofwel de ‘general mean’) voor de 141 huisartsen en de variatie daarin. De waarde van het intercept (β_0) bedraagt $-1,16$ hetgeen overeenkomt met een gemiddeld verwijsperscentage van 24%.¹⁰ Niet alle huisartsen verwijzen gemiddeld echter evenveel. Er is sprake van variatie van het gemiddeld aantal verwijzingen tussen huisartsen (u_{0j}). De standaardafwijking van het verwijsperscentage ($\sqrt{u_{0j}}$) is gelijk aan 0,47 hetgeen betekent dat het intercept varieert tussen $(-1,16 - (2 \cdot 0,47) =) -2,10$ en $(-1,16 + (2 \cdot 0,47) =) -0,22$: in percentages ligt het intercept tussen 11% en 45%. De significantie van deze tussen-huisartsen variatie kunnen we concluderen uit het verschil in deviance tussen het model met random intercept en een model met een constant verwijsperscentage.¹¹ De χ^2 van het laatste model is 17112,1 met 141 vrijheidsgraden. Het verschil in deviance met het random intercept model (666,4 bij 1 vrijheidsgraad) is significant. De bevindingen uit eerder onderzoek kunnen worden bevestigd: er is tussen huisartsen sprake van een sterke variatie in het percentage verwijzingen naar een fysiotherapeut.

Tabel 2. Multiniveau modellen ter verklaring van verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten

	DF*	CHI ²
0. random intercept	140	16445,7
<i>A. Episodekenmerken</i>		
1. model 0 plus hoofdeffect DIA	139	16003,8
2. model A1 plus hoofdeffecten INVA, SOMA, ZF, OPL	135	15932,0
3. model A2 plus random effecten INVA, SOMA, ZF, OPL	127	15896,6
4. model A3 minus random effecten INVA, OPL	131	15896,4
5. model A4 plus interactie ZF*LOOND	129	15896,7
<i>B. + Artskenmerken</i>		
1. model A4 + alle hoofdeffecten: FYSDICH, VESTDUUR, CONTACT, SOLO, GZCENTR, VRIEND	125	15877,4
2. model B1 minus FYSDICH, VESTDUUR, CONTACT, GZCENTR	129	15881,6
3. model B2 minus SOLO	130	15891,9
4. model B2 minus VRIEND	130	15883,1

* Het aantal vrijheidsgraden wordt gedefinieerd als $N - p - 1$, waarin N het aantal huisartsen is en p het aantal onafhankelijke parameters in de vergelijking.

De eerste verklaring voor deze variatie in verwijskansen is dat de klachten die bij huisartsen worden geuit bij de ene huisarts van een andere aard zijn dan

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

bij een andere huisarts. Met andere woorden: de verdeling van specifieke diagnoses binnen de groep aandoeningen van het bewegingsapparaat verschilt. In model A1 (tabel 3) controleren we hiervoor. De aard van de diagnose (DIA), bestaande uit dertien categorieën, werd in verband gebracht met het al of niet verwijzen naar een fysiotherapeut. De eerste diagnose 'symptomen/klachten nek' fungeert daarbij als referentiecategorie. Model A1 past beter dan het random intercept model (een verschil van 442 deviances bij 12 vrijheidsgraden minder; $p < 0,05$). Dit betekent dat de aard van de diagnose een belangrijk kenmerk is en in volgende analyses dient te worden opgenomen. De regressiecoëfficiënten van het model worden gepresenteerd in tabel 3. Er zijn zeven diagnoses die een significant kleiner effect hebben op de verwijzingskans dan de eerste diagnose, die als referentiecategorie fungeert. De overige verschillen niet significant van de referentiecategorie.

Tabel 3. Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (en standaardfouten) van een aantal multiniveau modellen ter verklaring van verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten#

	Model A1	Model A2	Model B1	Model B4
DIA##				
2	-0,73 (0,14)*	-0,72 (0,14)*	-0,72 (0,14)*	-0,71 (0,14)*
3	-1,09 (0,12)*	-1,06 (0,12)*	-1,08 (0,12)*	-1,08 (0,12)*
4	-0,40 (0,14)*	-0,39 (0,14)*	-0,39 (0,14)*	-0,39 (0,14)*
5	-0,25 (0,16)	-0,23 (0,16)	-0,22 (0,16)	-0,22 (0,16)
6	0,20 (0,15)	0,23 (0,15)	0,22 (0,15)	0,22 (0,15)
7	-0,09 (0,16)	-0,03 (0,16)	-0,04 (0,16)	-0,04 (0,16)
8	-0,32 (0,12)*	-0,32 (0,12)*	-0,33 (0,12)*	-0,33 (0,12)*
9	-0,45 (0,15)*	-0,41 (0,15)*	-0,43 (0,16)*	-0,43 (0,16)*
10	-0,58 (0,15)*	-0,59 (0,15)*	-0,60 (0,15)*	-0,60 (0,15)*
11	-0,19 (0,13)	-0,14 (0,13)	-0,15 (0,13)	-0,15 (0,13)
12	-0,18 (0,14)	-0,17 (0,14)	-0,18 (0,14)	-0,18 (0,14)
13	-0,88 (0,13)*	-0,86 (0,13)*	-0,88 (0,13)*	-0,88 (0,13)*
INVA		0,06 (0,03)*	0,06 (0,03)*	0,06 (0,03)*
SOMA		-0,05 (0,02)*	-0,04 (0,03)	-0,04 (0,03)
ZF		0,09 (0,05)	0,07 (0,05)	0,08 (0,05)
OPL		0,29 (0,04)	0,30 (0,03)*	0,30 (0,04)*
FYSDICH			0,02 (0,03)	
VESTDUUR			0,00 (0,01)	
CONTACT			0,01 (0,00)	
SOLO			-0,17 (0,09)	-0,23 (0,08)*
GZCENTR			0,09 (0,13)	
VRIEND			0,17 (0,09)	

* Significant, $p < 0,05$.

Zie tabel 2 voor beschrijving van de modellen.

DIA 1 (Symptomen/klachten nek) is de referentiecategorie.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

In model A2 worden de overige vier episodekenmerken, de mate van invaliderendheid (INVA), de mate waarin de klachten door de huisarts als somatisch worden geïnterpreteerd (SOMA), de verzekeringsvorm (ZF) en het opleidingsniveau (OPL) aan het vorige model toegevoegd. Model A2 past (significant) beter bij de data dan het vorige model (A1). Het verschil in deviances is 72 bij vier vrijheidsgraden. De regressiecoëfficiënten van het model (zie tabel 3) geven wat betreft de aard van de diagnose (DIA) dezelfde uitkomsten. De mate van invaliderendheid van klachten (INVA) heeft een (net) significant, positief effect op het verwijzen naar de fysiotherapeut. De mate waarin de klachten door de huisarts als somatisch worden geïnterpreteerd (SOMA), heeft in tegenstelling tot de voorspelling een negatief effect. Het al of niet ziekenfonds verzekerd zijn heeft geen effect op de verwijfskans: bij episodes van ziekenfondsverzekerden wordt relatief evenveel verwezen als bij episodes van particulier verzekerden, terwijl juist een hoger aantal verwijfsingen voorspeld was. Het opleidingsniveau heeft daarentegen wel het verwachte positieve effect op de verwijfskans: hoe hoger het opleidingsniveau van de patiënt, des te groter de verwijfskans.

Een mogelijke interpretatie van het niet-significante verband van verzekeringsvorm en de kans op verwijfsing is dat huisartsen in hun verwijfsgedrag heel verschillend reageren op de verzekeringsvorm, maar dat over alle huisartsen het effect van de verzekeringsvorm uitmiddelt tot nul. Deze interpretatie kunnen we expliciet toetsen met het random coëfficiëntmodel door de hellingshoek van verzekeringsvorm te laten variëren tussen huisartsen. Dit gebeurt in model A3. In dit model wordt ook getoetst of de andere episodekenmerken – met uitzondering van de aard van de diagnose¹² – een random effect hebben. Het model (A3) heeft acht vrijheidsgraden minder dan het model met vaste effecten (A2) omdat voor de vier random effecten (INVA, SOMA, ZF en OPL) elk twee componenten moeten worden geschat: a. de variantie van het effect over huisartsen (u_{1j}), en b. de covariantie van het betreffende effect met het intercept. De χ^2 van het model is 15896,6, hetgeen een significante verbetering is ten opzichte van het model met vaste effecten (het verschil in deviance is 35,4 bij 8 vrijheidsgraden, $p < 0,05$). De regressiecoëfficiënten van het model blijven onveranderd, met uitzondering van het effect van de mate waarin huisartsen klachten als somatisch zien (SOMA). Deze blijkt bij constant houden op de variatie van dit effect tussen huisartsen, niet meer significant. In tabel 4 worden de geschatte (co-)variantiecomponenten van model A3 gepresenteerd. In sectie A van deze tabel staan de random effecten van de vier episodekenmerken. De effecten van de mate van invaliderendheid (INVA; est.=0,05; st.error=0,05) en opleidingsniveau (OPL; est.=0,13; st.error=0,09) blijken niet te variëren tussen huisartsen. De effecten van de mate waarin huisartsen klachten als somatisch zien (SOMA; est.=0,19; st.error=0,03) en verzekeringsvorm (ZF; est.=0,25; st.error=0,08)

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

doen dat echter wel. Blijkbaar reageren huisartsen verschillend op klachten die zij als somatisch interpreteren, en op episodes van ziekenfondsverzekerden. Over alle huisartsen samen middelen deze effecten echter uit tot nul.

Tabel 4. (Co-)variantiecomponenten (en standaardfouten) van een aantal multiniveau modellen ter verklaring van verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten#

	Model A3	Model A4	Model B1	Model B4
<i>A. Standaarddeviaties (standaardfouten)##</i>				
INVA-INVA	0,05 (0,05)			
SOMA-SOMA	0,19 (0,03)*	0,19 (0,03)*	0,20 (0,03)*	0,19 (0,03)*
ZF-ZF	0,25 (0,08)*	0,24 (0,08)*	0,25 (0,08)*	0,24 (0,08)*
OPL-OPL	0,13 (0,09)			
<i>B. Covarianties (standaardfouten)</i>				
GM-INVA	-0,02 (0,01)*			
GM-SOMA	0,01 (0,01)	0,02 (0,01)*	0,02 (0,01)*	0,03 (0,01)*
GM-ZF	0,06 (0,02)*	0,09 (0,02)*	0,08 (0,02)*	0,09 (0,02)*
GM-OPL	0,00 (0,01)			

* Significant, $p < 0,05$.

Zie tabel 2 voor beschrijving van de modellen.

Dit zijn niet de varianties, maar de sigma's (square roots van de varianties).

Model A4 is een herformulering van model A3 zij het dat de niet-significante random coëfficiënt componenten (u_{1j} *INVA en u_{1j} *OPL) zijn verwijderd. Dit model levert een significant betere fit op dan het vorige model. Het model heeft bij vier vrijheidsgraden meer een vrijwel gelijke χ^2 . Het geeft aan dat we het inderdaad kunnen stellen zonder de random coëfficiënt componenten van de mate van invaliderendheid en het opleidingsniveau.

In het laatste model is sectie A van tabel 2 – model A5 – wordt getoetst in hoeverre de variatie in het effect van verzekeringsvorm kan worden toegeschreven aan de aard van het honoreringssysteem waaronder de huisarts werkt. We voorspelden voor huisartsen die in loondienst werken, geen verschil in het verwijsgedrag wat betreft episodes van ziekenfonds of particulier verzekerden en voor huisartsen die niet in loondienst werken, wel een verschil. Modelleren van deze interactie levert geen bevestiging van deze voorspelling op. Zoals we zien in tabel 2 is de fit van model A5 significant slechter dan van model A4: een vrijwel gelijke χ^2 bij een verlies van twee vrijheidsgraden (één voor het interactie-effect en één voor het algemene effect van al of niet in loondienst – LOOND). De variatie tussen huisartsen in het effect van verzekeringsvorm

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

blijft onverklaard. Deel B van tabel 4 geeft de covarianties van het huisarts-specifieke intercept (GM) met de hellingshoek van de onafhankelijke variabelen. De sterkste covariantie is die tussen het intercept en de hellingshoek van het kenmerk verzekeringsvorm; huisartsen die bij gemiddeld veel episodes naar een fysiotherapeut verwijzen, verwijzen vaker ziekenfondspatiënten in vergelijking tot particuliere patiënten.

In sectie B van tabel 2 voegen we aan het best passende model uit sectie A – model A4 – artskenmerken toe. In model B1 worden alle artskenmerken toegevoegd. Deze kenmerken zijn de fysiotherapeutendichtheid (FYSDICH), het aantal jaren dat een huisarts gevestigd is (VESTDUUR), het aantal patiënt-contacten (CONTACT), het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk (SOLO), het al of niet werkzaam zijn in een gezondheidscentrum (GZCENTR) en het al of niet hebben van vrienden die ook fysiotherapeut zijn (VRIEND).

De fit van het model met alle artskenmerken – model B1 – is significant beter dan dat van het tot dan toe beste model (A4): het verschil in deviance is 19 bij een verlies van 6 vrijheidsgraden. In tabel 3 staan de regressiecoëfficiënten van model B1. De effecten van de episodekenmerken gaan dezelfde kant uit. Er moet echter één uitzondering worden gemaakt. Het effect van de mate waarin huisartsen klachten als somatisch interpreteren (SOMA) wordt niet-significant wanneer we constant houden op artskenmerken. Als we naar de coëfficiënten van de artskenmerken in tabel 3 kijken dan zien we dat geen enkel effect significant is. De coëfficiënten van het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk (SOLO) en het al of niet hebben van vrienden die ook fysiotherapeut zijn (VRIEND) zitten echter erg dicht tegen de grens van significantie (hier $p = 0,05$). In model B2 werden naast de episodekenmerken daarom alleen deze twee artskenmerken gemodelleerd. Dit model doet het beter dan model B1 (verschil in deviance van 4,2 bij een winst van vier vrijheidsgraden, $p > 0,05$). In model B3 wordt getoetst of we het zonder het artskenmerk 'het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk' (SOLO) kunnen stellen. Dit blijkt niet het geval: model B3 doet het significant slechter dan model B2 (verschil in deviance is 10,3 bij een verlies van één vrijheidsgraad). Het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk blijkt bij nadere beschouwing onmisbaar te zijn in de verklaring van het verwijscijfer. In het laatste model – model B4 – wordt getoetst of het artskenmerk 'het al of niet hebben van vrienden die ook fysiotherapeut zijn' (VRIEND) kan worden verwijderd. De fit van dit zuiniger model is beter: ten opzichte van model B2 is het verschil in deviance 1,5 bij een winst van één vrijheidsgraad. Het effect van het al of niet hebben van vrienden die ook fysiotherapeut zijn blijkt met andere woorden niet significant af te wijken van nul. De regressiecoëfficiënten van dit best passende model worden gepresenteerd in tabel 3. Vergelijken met de coëfficiënten van model B1 is er vrijwel niets ver-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

anderd, behalve in het effect van het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk (SOLO). Dit kenmerk heeft een significant, negatief effect op de verwijskans. Het verband gaat in een niet voorspelde richting: huisartsen in solopraktijken verwijzen relatief minder snel naar de fysiotherapeut dan huisartsen in meermanspraktijken. Wat betreft de andere kenmerken op het niveau van de artsen moeten we concluderen dat de coëfficiënten, in tegenstelling tot de voorspellingen niet significant van nul afwijken.

De gestandaardiseerde coëfficiënten van de significante kenmerken in het eindmodel – model B4 – geven inzicht in de relatieve effecten. De gestandaardiseerde coëfficiënt bedraagt voor de mate van invaliderendheid (INVA) 0,10, voor het opleidingsniveau (OPL) 0,38, en voor het al of niet werkzaam zijn in een solopraktijk – 0,26. Het sterkste effect op de verwijskans geldt dus voor het opleidingsniveau. Voor de aard van de diagnose (DIA) kan de gestandaardiseerde coëfficiënt niet berekend worden, omdat het een kenmerk is met meer dan twee nominale categorieën, maar aannemelijk is dat dit kenmerk het grootste effect heeft op de verwijskans als we kijken naar de verschillen in fit van de verschillende multiniveau modellen.

5. Conclusies

Huisartsen verschillen aanzienlijk in het aantal verwijzingen naar een fysiotherapeut. Het gemiddeld aantal verwijzingen bij episodes van aandoeningen van het bewegingsapparaat varieert tussen de 11% en 45%. Deze bevinding bevestigt resultaten uit eerder onderzoek.¹³ Als rekening wordt gehouden met de aard van de diagnose worden de verschillen in verwijzpercentage minder, maar er blijven aanzienlijke verschillen tussen huisartsen bestaan. Dit betekent dat het klachtenaanbod een belangrijk kenmerk is, maar dat ook andere factoren van invloed zijn op het verwijzgedrag van huisartsen. In eerder onderzoek naar het verwijzen naar fysiotherapeuten kon slechts indirect rekening worden gehouden met verschillen in klachtenaanbod. De winst van onze analyses is erin gelegen dat hier wel rekening kon worden gehouden met de verschillen in het klachtenaanbod. En voor zover verschillen tussen huisartsen in het verwijzen al statistisch verklaard kunnen worden, blijkt het vooral het klachtenaanbod te zijn dat van belang is. Met andere woorden: het gedrag van huisartsen is situatiespecifiek, maar op een andere manier dan we bij de formulering van onze verwachtingen dachten. Het zijn niet zozeer algemenere situaties die samenhangen met bijvoorbeeld de manier waarop huisartsen hun praktijk voeren als wel de specifieke situaties van het arts-patiënt contact.

Op basis van theoretische redeneringen hebben we over de invloed van een

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

aantal factoren voorspellingen gedaan. Slechts twee onderzoeksresultaten gaan in de voorspelde richting. Het betreft de mate van invaliderendheid van de klachten en het opleidingsniveau van patiënten. Het eerste onderzoeksresultaat luidt dat huisartsen relatief vaker naar een fysiotherapeut verwijzen bij klachten die zij in sterkere mate als invaliderend beschouwen. We veronderstellen dat dit een aspect is dat huisartsen betrekken bij de indicatiestelling voor de verwijzing en dat dit onderdeel uitmaakt van hun kennis over fysiotherapie. Het tweede onderzoeksresultaat luidt dat huisartsen bij episodes van hoog opgeleide patiënten relatief vaker verwijzen dan bij episodes van laag opgeleide patiënten. Dit resultaat is gebaseerd op de idee dat huisartsen aan hoog opgeleide patiënten meer sociale erkenning ontlelen dan aan laag opgeleide patiënten. Hoger opgeleiden dringen als gevolg van een grotere medische kennis mogelijk eerder aan op een verwijzing naar een fysiotherapeut en ze zijn daarnaast beter in staat hun doelen aan de huisarts over te brengen.

De andere voorspellingen uit ons verklaringsmodel gaan niet op. De randvoorwaarde voor een verwijzing naar een fysiotherapeut – de fysiotherapeuten-dichtheid – bleek geen variatie te verklaren. Weliswaar was de invloed van de mate waarin de huisarts de klachten als somatisch beschouwd in één multiniiveau model significant (model 3), maar niet in de voorspelde richting, bij constant houden van kenmerken op artsniveau bleek hij niet meer significant. Dat bevestigt de bevinding van Verhaak (1986) dat de interpretatie van de klachten door de arts in termen van somatisch of psychosociaal eerder een kenmerk van de arts is dan van de klachten. Ook de ervaring van de huisarts met betrekking tot fysiotherapie – gemeten door de vestigingsduur – bleek er niet toe te doen. Hetzelfde kan worden gezegd van de tijdsdruk van de huisarts (aantal patiënt-contacten), de verzekeringsvorm van patiënten en het al of niet werken in een gezondheidscentrum. Huisartsen in solopraktijken verwijzen tegengesteld aan de verwachting, bij constanthouding op de andere variabelen in het uiteindelijke model zelfs meer.

We zijn er al met al niet in geslaagd een 'spaarzame' verklaring te leveren voor de verschillen in verwijzingskans tussen huisartsen die de empirische toetsing bevredigend doorstaat. Veel voorspellingen gaan niet op en er blijft nog veel onverklaarde variatie over (zoals blijkt uit de fit van het eindmodel). In eerder onderzoek zijn grotere effecten gevonden. In vergelijking daarmee zijn de resultaten van deze analyse enigszins teleurstellend. De mogelijkheid bestaat echter dat de resultaten van eerder onderzoek deels een gevolg zijn van een niet-optimale analyse-techniek. Er werd een analyse verricht op slechts één niveau, waardoor (in het geval van een analyse op huisartsniveau) heel veel informatie over gegevens van het episodeniveau werd verloren, of (in het geval van een analyse op episodeniveau) de standaardfouten van artskenmerken on-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

derschat werden. In het laatste geval vinden we veel meer significante kenmerken dan met multiniveau analyse het geval zou zijn geweest.¹⁴ Gegeven het twee-traps karakter van de gegevens moet de hier gehanteerde analyse-techniek als beter worden beschouwd.

Als verklaring van de geringe empirische bevestiging van de voorspellingen kan het volgende worden genoemd. De eerste verklaring betreft de soms gebrekkige aard van de gegevens. Voor een aantal kenmerken zijn er relatief veel missende waarden en voor de afhankelijke variabele was het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen. Verder is de meting van variabelen niet altijd optimaal. Dit betreft bijvoorbeeld de tijdsdruk waaronder de huisarts werkt. Deze is geoperationaliseerd door het totaal aantal contracten dat de huisarts gedurende de registratieperiode van drie maanden met zijn patiënten heeft gehad. Het is mogelijk dat de tijdsdruk geen constant kenmerk van de huisarts is, maar iets dat van dag tot dag varieert.

Een tweede verklaring voor het niet opgaan van een groot deel van de voorspellingen is dat de juiste restricties en hulpbronnen niet zijn gespecificeerd. Binnen het kader van de door ons gebruikte algemene theorie van keuzegedrag zouden andere factoren dan de onderzochte van invloed kunnen zijn op het verwijsgedrag van de huisartsen.

Een derde verklaring kan worden gezocht in de mogelijkheid dat de theorie over keuzegedrag waarvan hier is uitgegaan, te eenvoudig is. Het feit dat het probleemaanbod, ofwel de klachten waarmee mensen bij hun huisarts komen, wel van invloed is op variatie in het verwijsgedrag, wijst in deze richting. Redenerend vanuit een ingewikkelder model van keuzegedrag, zoals het discriminatie-model (verg. Braspenning, 1992), zou verondersteld kunnen worden dat de doelstelling 'bevorderen van de gezondheid van de patiënt' een overwegende invloed heeft op hoe huisartsen de keuze-situatie interpreteren. Pas wanneer de beslissingsvrijheid om een patiënt, gegeven de specifieke situatie (dat wil zeggen het probleem waarmee hij/zij bij de huisarts komt), wel of niet te verwijzen groter is, zullen overwegingen die te maken hebben met het verwezenlijken van andere doelstellingen op de voorgrond treden. Ondersteuning voor een dergelijke redenering is te vinden in onderzoek van Flierman (1991). Hij laat zien dat bij een verandering van honorering van huisartsen (van abonnement naar betaling voor een aantal specifieke verrichtingen) die verrichtingen het meest in frequentie toenemen, die minder diagnose-bepaald zijn, ofwel waarbij de beslissingsvrijheid voor de arts groter is. Een interpretatie hiervan in termen van het discriminatie-model van keuzegedrag is dat inkomensverwerving als doelstelling sterker van invloed is naarmate de consensus over de medisch juiste keuze van behandeling geringer is.

Concluderend kan worden opgemerkt dat dit onderzoek heeft aangetoond dat

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

het verwijsgedrag van huisartsen naar fysiotherapeuten beïnvloed wordt door:
a. de aard van de diagnose die de huisarts stelt; b. de indicatiestelling van de huisarts voor fysiotherapie, afgemeten aan zijn/haar oordeel over de mate van invaliderendheid van de klachten; c. het opleidingsniveau van de patiënt en d. het werken in een solopraktijk. Deze resultaten bieden slechts beperkte steun voor het hier gebruikte model ter verklaring van verschillen in verwijsgedrag tussen huisartsen.

Noten

1. Overigens betekent dit niet dat bij een sociologische verklaring de gehanteerde keuze-theorie van ondergeschikt belang is. Bij het niet uitkomen van voorspellingen kan dat zowel geweten worden aan hypothesen over de omstandigheden waaronder sommige alternatieven aantrekkelijker zijn dan andere, als aan de vereenvoudigingen van de werkelijkheid die ten grondslag liggen aan de keuze-theorie.
2. Een vergelijkbare specificatie van doelstellingen is gebruikt door Westert et al. (1991) en Flierman (1991). Op het eerste gezicht lijkt het misschien wat overdreven om aandacht te besteden aan deze algemene doelstellingen; gebeurt het echter niet, bijvoorbeeld wanneer van een simpel 'economisch' model wordt uitgegaan met alleen geld en tijd als impliciete doelstellingen van artsen, dan zijn vaak ad hoc interpretaties nodig waarbij een derde doelstelling gepostuleerd wordt als gezondheid van de patiënt of confirmatie aan de medische ethiek.
3. Een alternatieve redenering is dat huisartsen die fysiotherapeuten in hun netwerk hebben meer kennis voorhanden hebben of gemakkelijker toegang hebben tot kennis over fysiotherapie. Gegeven hetgeen eerder gezegd is over de effecten van een gerichtere indicatiestelling, is op basis van deze redenering geen richting van het verband aan te geven, terwijl in eerder onderzoek op geaggregeerd niveau een positief effect gevonden is (Kerssens & Groenewegen, 1990).
4. Daarbij dient opgemerkt te worden dat gedurende de verschillende contacten die tijdens een zorgepisode plaatsvonden de diagnose kon veranderen. De diagnose die een zorgepisode als geheel meekreeg is die van het laatste contact in de registratieperiode omdat dat de meest waarschijnlijke diagnose zal zijn. Door de duur van de registratieperiode (drie maanden) zijn zorgepisodes die al voor aanvang van de registratieperiode zijn begonnen of daarna nog doorlopen, onvolledig.
5. De selectie van de 15526 episodes bestond uit twee stappen. In de eerste stap werden uit het totale episodebestand ($N = 301,674$) 13 diagnoses met betrekking tot aandoeningen van het bewegingsapparaat gekozen. Deze 13 diagnoses komen relatief vaak voor en hebben een verwijsperscentage dat minimaal 5% bedraagt. In totaal nemen ze ruim 58% van alle verwijzingen naar fysiotherapeuten voor hun rekening. Door deze selectie bedroeg het aantal episodes 16628. In de tweede stap werden de cases met missende waarden voor de variabele verzekeringsvorm verwijderd ($N = 1102$; 6,6%). De missende waarden voor andere variabelen van zowel episode- als huisartsniveau zijn op hun gemiddelde gezet. Na deze selectie bleven 15526 episodes over. Het aantal huisartsen dat voor analyse in aanmerking komt, daalde door deze selecties tot 141 huisartsen. De overige artsen hadden een te gering aantal episodes (minder dan 50) om verdere analyse zinvol te maken.
6. Het bleek niet mogelijk daarbij een onderscheid te maken tussen nieuwe verwijzingen en verlengingsverwijzingen. Een verlengingsverwijzing is voor ziekenfondspatiënten nodig als na

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

- afloop van een machtiging voor fysiotherapeutische behandeling (gewoonlijk een serie van twaalf behandelingen) een vervolgbehandeling gewenst is.
7. Strikt genomen is er nog een niveau tussen het niveau van de episodes en het niveau van de huisartsen, namelijk het niveau van de patiënten. Het aantal episodes per patiënt is echter gering en scheef verdeeld (80% van de patiënten heeft slechts een of twee episodes in de registratie-periode van drie maanden, verg. Uunk et al., 1991, p. 11). Verder is er strikt genomen ook nog een niveau boven dat van de huisarts, namelijk dat van de praktijk. Het aantal huisartsen per praktijk is echter gering en eveneens scheef verdeeld (70% van de praktijken bestaat uit een of twee huisartsen, verg. Foets & Van der Velden, 1990, p. 99).
 8. Omdat de afhankelijke variabele een dichotome verdeling heeft, schatten we in de analyse een logistische vergelijking en niet bovenstaande vergelijking.
 9. Voordat de modellering plaatshad zijn alle onafhankelijke variabelen gecentreerd rond hun gemiddelde. Dit vergemakkelijkt de interpretatie van regressiecoëfficiënten en er zullen ook geen problemen optreden ten gevolge van eventuele collineariteit tussen episode- en artskenmerken (Bosker & Snijders, 1990). Een andere opmerking bij de multiniveau analyse is dat we geen maat hebben voor de verklaarde variantie. Dit is in het algemeen een probleem voor logistische regressie, maar nog meer voor logistische multiniveau analyse (Snijders & Bosker, 1991).
 10. Het intercept van model 1 bedraagt -1,16. In een logistische vergelijking bedraagt de kans op verwijzing $e^z / (1 + e^z)$, waarin $z = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$. Invullen met $z = -1,16$ levert een verwijskans van 24% op.
 11. Het model met een constant verwijsperscentage kan niet worden geschat met VARCL. De deviance van dit model kan als volgt worden berekend: $-2 * [n_{\text{tot}} \{ p * \ln(p) + (1-p) \ln(1-p) \}]$, waarin n_{tot} de totale steekproefomvang is op het laagste niveau (15526 episodes) en p de fractie verwijzingen (0,24).
 12. De reden hiervoor is dat er te veel variantie en covariantiecomponenten zouden moeten worden geschat. Dit is niet mogelijk met VARCL.
 13. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het oudere onderzoek in het algemeen betrekking heeft op het aantal verwijzingen per 1000 patiënten (het zogenaamde verwijscijfer) en niet op het aantal verwijzingen per 100 episodes. Het percentage verwijzingen naar een fysiotherapeut wordt in het eerste geval overschat (patiënten hebben vaak meerdere episodes) en men kan bovendien geen rekening houden met de aard van gepresenteerde klachten.
 14. Dit hebben we gecontroleerd door een logistische regressie uit te voeren op episodeniveau. Het aantal significante artskenmerken bleek groter dan bij de multiniveau analyse. Als gevolg daarvan was ook de fit van het model beter. Zo is bijvoorbeeld de variabele aanwezigheid van fysiotherapeuten in de vrienden- of kennissenkring in de multiniveau analyse net niet significant.

Literatuur

- Bensing, J.M., M. Foets, J. van der Velden & J. van der Zee (1991). De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap*, 34, p. 51-61.
- Bosker, R.J. & T.A.B. Snijders (1990). Statistische aspecten van multi-niveau onderzoek. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 15, p. 317-329.
- Braspenning, J. (1992). *Framing: de prospecttheorie en het discriminatiemodel*. Dissertatie, RU Groningen.
- Buyten, N.T., R. van der Hoogen, A.E. Monteny, H.O. In 't Veld & H. Lamberts (1977). Fysiothe-

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

- rapie: vierde in het eerstelijns kwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 87, p. 374-380.
- Classification Committee WONCA (1981). An international glossary for primary care. *Huisarts en Wetenschap*, 24, p. 342-346.
- Crebolder, H.F.J.M. (1983). Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen: een inventariserend onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 26, p. 42-48, 62.
- Dam, F. van & L. Hingstman (1988). *Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg*. NIVEL, Utrecht.
- Eisenberg, J.M. (1985). The state of research about physicians' practice patterns. *Medical Care*, 23, p. 461-483.
- Feldstein, M.S. (1974). Econometric studies of health economics. In: M.D. Intriligator & D.A. Kendrick (red.), *Frontiers of quantitative economics*. North Holland, Amsterdam.
- Flierman, H.A. (1991). *Changing the payment system of general practitioners*. Dissertatie, RU Utrecht, NIVEL, Utrecht.
- Foets, M. & J. van der Velden (1990). *Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Basisrapport; meetinstrumenten en procedures*. NIVEL, Utrecht.
- Freidson, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. Atherton Press, New York.
- Hessels, F.M.A. & W.G.W. Boerma (1989). *Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1989*. NIVEL, Utrecht.
- Hingstman, L. & J. Pool (1990). *Physiotherapy in the Netherlands: regional differentiation in the use of physiotherapy*. Paper presented at the Fourth International Symposium on Medical Geography, Norwich.
- Kerkhoff, A.H.M. (1982). Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van art. 47-3 Ziekenfondswet. *Medisch Contact*, 37, p. 991-997.
- Kerkhoff, A.H.M. & P.P. Groenewegen (1985). Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: W.G.W. Boerma & L. Hingstman, *De eerste lijn onderzocht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Kerssens, J.J., E. Chr. Curfs & P.P. Groenewegen (1987). *Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen*. NIVEL, Utrecht.
- Kerssens, J.J. & P.P. Groenewegen (1990). Referrals to physiotherapy: the relation between the number of referrals, the indication for referral and the inclination to refer. *Social Science & Medicine*, 30, p. 797-804.
- Kreft, G.G. (1987). *Models and methods for the measurement of schooleffects*. Dissertatie, Amsterdam.
- Lindenberg, S. (1981). Erklarung als Modellbau; zur soziologischen Nützung von Nützentheorien, in: W. Schulte (red.), *Soziologie der Gesellschaft*. Zentraldruckerei der Universität, Bremen.
- Lindenberg, S. (1984). Normen und die Allokation sozialer Wertschätzung. In: H. Todt (red.), *Normengeleitetes Verhalten in den Sozialwissenschaften*. Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Berlin.
- Longford, N.T. (1988). *VARCL: Software for variance component analysis of data with hierarchically nested random effects (maximum likelihood)*. Educational Testing Service, Princeton, N.J.
- Snijders, T.A.B. & R.J. Bosker (1991). *Modeled variance in two-level models*. Concept-artikel.
- Uunk, W.J.G., J. Dekker & P.P. Groenewegen (1991). *Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitsspecifieke verwijzpercentages*. NIVEL, Utrecht.
- Velden, J. van der, F. Schellevis & J. van der Steen (1989). *International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk*. NIVEL, Utrecht.

VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK - RELATIE 1^e en 2^e LIJN

- Velden, R. van der & R. Bosker (1991). Individuen, gezinnen en buurten: sociale determinanten van het onderwijsniveau. *Mens en Maatschappij*, 66, p. 277-295.
- Verhaak, P.F.M. (1986). *Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk*. NIVEL, Utrecht.
- Wippler, R. & S. Lindenberg (1987). Collective phenomena and rational choice. In: J.C. Alexander et al. (red.), *The micro-macro link*, Berkeley.
- Westert, G.P., P.P. Groenewegen & S.M. Lindenberg (1991). De invloed van ziekenhuispatiënten op de duur van hospitalisatie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 69, p. 184-194.
- Wolinsky, F.D. (1982). Why physicians choose different types of practice settings. *Health Services Research*, 17, p. 399-419.

6

PATIËNTEN

Man/Vrouw maakt het uit?

Huisarts (M/V)

Het kleine verschil met de grote gevolgen

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

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

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

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

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

arts te kiezen, als zij daar behoefte aan hebben.

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

ONDERZOEKSVRAGEN

De analyses hebben plaatsgevonden aan de hand van drie onderzoeksvragen:

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

PATIËNTEN

van de hulpverlening van vrouwelijke en mannelijke huisartsen?

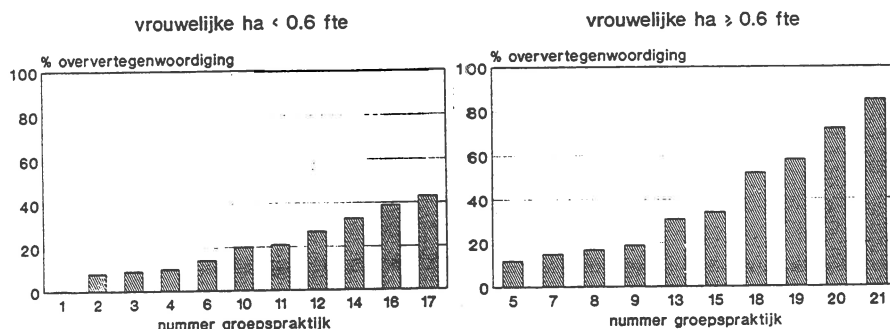
METHODE

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

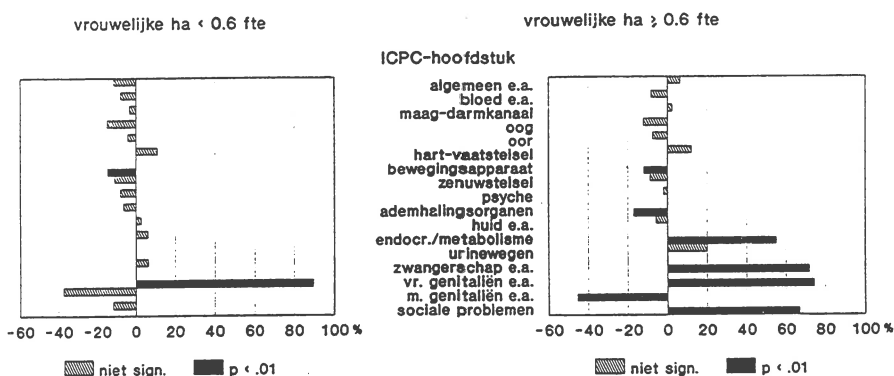
Op basis van de onderzoeksvragen is uit de praktijken die aan de Nationale Studie hebben deelgenomen een selectie gemaakt van alle meermanspraktijken waarin zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen praktiseren. Immers, alleen in deze praktijken bestaat er een reële mogelijkheid voor patiënten om te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

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

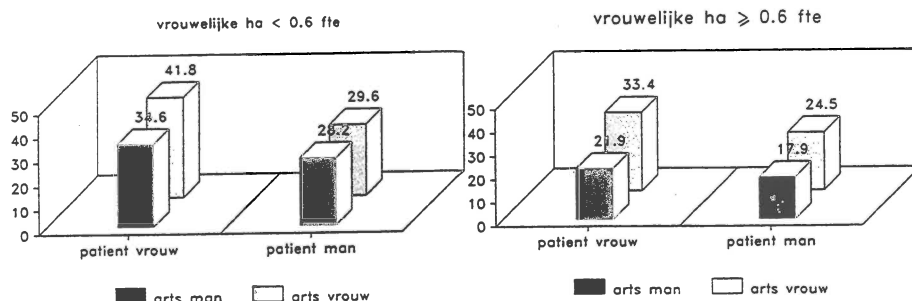
Figuur 1. Oververtegenwoordiging vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 2. Oververtegenwoordiging vrouwelijke gezondheidsproblemen bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 3. Percentage consulten langer dan 10 minuten.



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

RESULTATEN

Kiezen vrouwen een vrouwelijke huisarts?

De eerste onderzoeksvraag is kort te

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

* fte = full-time equivalent

PATIËNTEN

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

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

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

Zien vrouwelijke huisartsen andere gezondheidsproblemen?

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

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

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

genitaal systeem, minder bewegingsstoornissen en minder ademhalingsstoornissen.

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

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

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

	♀ ha < 0.6 fte				♀ ha ≥ 0.6 fte				totaal
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
eigen diagnostiek	76.2	74.0	73.2	72.1	77.2	76.1	75.6	74.2	75.0
externe diagnostiek	6.1	6.6	8.8	11.7**	5.6	7.3**	7.5	8.9**	7.8
gespreksvoering:									
passief/luisteren	14.2	18.9**	16.6	18.7*	9.7	17.4	10.4	15.9**	14.2
actief/exploren	17.4	15.5	20.1**	15.5	12.9	20.5	13.5	17.3**	16.4
geruststellen	15.7	13.4	17.6**	13.0	17.5	10.4	18.4**	11.0	15.3
informatie over:									
gezondheidsproblemen/									
behandeling	38.6	51.4**	38.3	45.6**	49.4**	38.6	46.6**	34.3	41.8
GVO	3.2	5.3**	3.5	5.6**	4.3	3.8	4.1	4.3	4.1
afwachten	5.1	4.9	4.2	4.2	5.9	5.0	5.6*	4.7	5.0
adviseren over leefstijl	3.0	5.2*	2.4	4.1*	3.3	2.7	1.8	2.4*	2.7
med.techn.interventies	9.5**	6.3	5.6	4.9	8.9	7.6	6.6**	4.9	6.7
voorschrijven	41.2	41.0	44.0**	39.3	42.5*	39.7	46.6**	43.2	43.1
verwijzen eerste lijn	4.4	4.3	3.6	2.9	3.9	4.7	3.4	4.0	3.8
verwijzen tweede lijn	6.5	5.7	4.9	5.3	6.2	5.8	4.6	5.1	5.4
overleg	1.6	2.9*	1.2	2.3**	1.5	1.7	0.8	1.1	1.3
N	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254

* p < .01 ** p < .001

Tabel 3. Consultkenmerken naar sekse van arts en patiënt.

	♀ h < 0.6 fte				♀ ha ≥ 0.6 fte				totaal %
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
OORDEEL VAN AARD KLACHT									
% psychosociaal	23.9	35.8**	29.0	41.1**	31.6	31.5	33.8	33.8	31.2
% onzeker	9.3	16.4**	9.6	15.9**	10.7	14.8**	10.3	14.0**	15.2
N	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254
TYPE CONSULT									
% eerste consult	44.6	45.2	41.9	43.8	49.6**	45.8	48.4**	44.9	45.6
% op initiatief patiënt	62.7	71.1**	63.1	70.6**	74.1**	69.6	75.7**	73.3	69.1
% vervolgspraak	69.5	68.2	72.6*	70.2	58.6	66.8**	57.7	66.0**	65.7

* p < .01 ** p < .001

	♀ ha < 0.6 fte		♀ ha ≥ 0.6 fte	
	patiënt	arts	patiënt	arts
bewegingsapparaat	♂	♂	♂	♂
ademhalingsorganen			♂	♂
endocr./metabol.			♀	♀
zwangerschap			♀	♀
vr. genitaal.	♀	♀	♀	♀
m. genitaal.			♂	♂
sociale problemen ...			♀	♀

PATIËNTEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PATIËNTEN

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

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

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

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

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

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

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

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

Literatuur

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

Auteurs

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

Medische berichtgeving in de media

DE INVLOED OP HET CONSULTATIEGEDRAG BIJ HUISARTSEN

TELEVISIE- EN radioprogramma's over gezondheid en ziekte zijn, evenals allerlei medische artikelen in kranten en tijdschriften, bij het publiek erg populair. Dergelijke programma's trekken al gauw meer dan twee miljoen kijkers en krijgen bovendien hoge waarderingcijfers vergeleken met andere programma's. Artsen twijfelen vaak aan de kwaliteit van deze programma's en artikelen, waardoor zij bezorgd zijn over de effecten ervan. Dergelijke programma's en artikelen zouden leiden tot overbodige consulten van en onnodige ongerustheid bij patiënten. Er wordt beweerd dat na een televisieuitzending de wachtkamers van de huisartsen overvol raken.¹ Ook in een door het Nivel uitgevoerd onderzoek naar 'burnout' bij Nederlandse huisartsen hebben artsen hierop gewezen.^{2,3} Een deelnemende arts gaf de invloed van de media als volgt weer:

"... En ik denk dat de ellende is, dat wordt ook in de media voortdurend gezegd, dat je voor alles zogenaamd naar de dokter toe moet. Bij alle Vinger-aan-de-pols en andere ellende wordt gezegd van: 'heeft u dit of dat?...raadpleeg uw arts.' Dus wij worden aan de ene kant overstelpt met allerlei dingen waar vaak helemaal niks mee te beginnen is ... iedereen wordt bang gemaakt en wij proberen maar iedereen weer gerust te stellen en zo ben je voortdurend tegen de zee aan het oproeien, zeg maar. Er heerst een massale gezondheidsangst en daar heb je als huisarts als eerste mee te maken ..."

Deze twijfels en bezorgdheid zijn veelal gebaseerd op indrukken van individuele artsen. Er is slechts weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het bestaan en de omvang van het effect van deze programma's.⁴ In de uitgevoerde onderzoeken wordt bovendien slechts het effect van één programma onderzocht. Om een reëler beeld van de invloed van televisie en andere belangrijke massamedia te verkrijgen, is het noodzakelijk de effecten van een groot aantal programma's en artikelen over een langere periode en bij een grote groep artsen te bestuderen. In dit artikel

M. Foets, I. Elie en G. van der Rijt

Is het waar dat de wachtkamers van de huisartsen extra vol zitten na een uitzending op televisie of een artikel in de krant over een of ander medisch onderwerp? Uit onderzoek gebaseerd op gegevens uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is hiervan niet gebleken.

worden de resultaten van een dergelijk onderzoek gepresenteerd.

Achtergronden

De belangstelling voor het onderwerp 'Medici en media' is in Nederland niet nieuw. Vooral de rol van de televisie krijgt veel aandacht. Reeds 25 jaar geleden publiceerde Medisch Contact de resultaten van het onderzoek 'Medicus en Televisie'.⁵ De meningen van de artsen liepen uiteen. Ruim eenderde van de ondervraagde artsen was van mening dat gezondheidsvoorlichting op televisie hun taak verlicht, terwijl iets meer dan de helft van de artsen van mening was dat dit hun taak verzwaart. De twee voornaamste aangevoerde oorzaken van deze taakverzwaring waren dat patiënten ten onrechte bepaalde symptomen herkenden en dat ze zelf een diagnose stelden.

Van Dam en Mak hebben de effecten onderzocht van een televisieprogramma over mammacarcinoom en de vroege opsporing ervan.⁶ Volgens de ondervraagde huisartsen bezochten in de loop van de eerste week na uitzending van dit programma per huisarts gemiddeld 3,5 patiënten meer het spreekuur. Van hen werd 12 % doorverwezen naar de specialist, hetgeen volgens de onderzoekers heeft geleid tot

de vroege opsporing van een groter aantal mammacarcinomen in het land.

In een door Huisman uitgevoerd onderzoek naar de effecten van een uitzending van TROS-Aktua over huidkanker geeft 69% van de huisartsen aan meer ongerustte patiënten op het spreekuur te hebben gezien na de uitzending van het programma.^{7,8} Hier staat tegenover dat 2% van de kijkers aangeeft door het zien van die uitzending zo ongerust te zijn geworden dat ze direct naar de huisarts zijn gegaan. Huisartsen die van de uitzending hadden gehoord of deze zelf hadden gezien, bleken meer ongeruste patiënten op hun spreekuur te hebben gezien dan huisartsen die er niet van hadden gehoord of er niet naar hadden gekeken.

Vijftientig jaar na publicatie van de resultaten van het onderzoek 'Medicus en Televisie' heeft Damoiseaux onderzocht wat de effecten van een uitzending van 'Vinger-aan-de-pols' over kinderen met een hartafwijking waren op het consultatiegedrag, de mening van huisartsen en die van het publiek.⁹ Hieruit bleek dat 31% van de huisartsen reacties naar aanleiding van het programma op het spreekuur verwachtte, terwijl uiteindelijk slechts 11% van de huisartsen reacties van patiënten heeft vastgesteld. Van de kijkers gaf echter slechts één persoon aan naar aanleiding van het programma naar de huisarts te zijn gestapt.

De effecten van medische programma's via televisie, voor zover aangetoond in de genoemde onderzoeken, zijn niet eenduidig. Een opvallend resultaat is de discrepantie tussen de mening van de artsen en het gerapporteerd gedrag van de kijkers, die tot een nogal uiteenlopende schatting van het effect van medische informatie via de massamedia aanleiding geven.

Men moet zich hierbij realiseren dat alle genoemde onderzoeken gebaseerd zijn op ofwel niet-representatieve steekproeven en/ofwel op steekproeven met een lage respons (onder de 50%).

Deze onderzoeken vertonen verder een aantal overeenkomsten, die evenzeer beperkingen zijn:



PATIËNTEN

- In bijna alle onderzoeken wordt slechts de invloed van één enkel programma onderzocht, terwijl de invloed van de krant helemaal buiten beschouwing blijft.
- Alle onderzoeken gaan uit van subjectief gemeten gegevens, zowel bij artsen als bij kijkers.

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van meer inzicht in de invloed van massamedia op de presentatie van gezondheidsklachten en vragen bij de huisarts.

Methode

Er is onderzocht of aandacht voor medische onderwerpen in de media ertoe leidt dat mensen met hiermee verbandhoudende klachten, vragen en ongerustheid naar de huisarts gaan.

Om deze vraagstelling te beantwoorden is een tijdreeksonderzoek uitgevoerd. Gedurende het tijdsbestek van één jaar werd, voor alle relevante televisieprogramma's en alle traceerbare krantenartikelen de gemiddelde klachtenfrequentie in de periode voorafgaand aan uitzending of publicatie vergeleken met de gemiddelde klachtenfrequentie van een periode daarna. Vergelijkingen werden getrokken met een periode van 3, 5, 10 en 15 werkdagen na de mediapresentatie om na te gaan op welke termijn er effecten waarneembaar zijn.

In dit onderzoek zijn twee bronnen van informatie aan elkaar gekoppeld: enerzijds informatie over programma's en artikelen over medische onderwerpen in de media, anderzijds registratie van een groot aantal arts-patiëntcontacten waarin gegevens zijn opgenomen over gepresenteerde gezondheidsproblemen en over de naar aanleiding hiervan door de huisarts ondernomen acties.

Beide typen van gegevens zijn afkomstig uit eenzelfde éénjarige periode (1 april 1987 tot en met 31 maart 1988). De mediagegevens werden speciaal voor dit onderzoek verzameld, terwijl de gegevens over de arts-patiëntcontacten reeds beschikbaar waren op basis van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.¹⁰ Deze studie werd uitgevoerd bij een aselechte steekproef van Nederlandse huisartsen (N=161), bij wie 335.000 patiënten zijn ingeschreven. De huisartsen hebben gedurende een periode van drie aaneensluitende maanden alle contacten met hun patiënten geregistreerd. In verband met seizoensinvloeden

is de registratie gespreid over één jaar. De huisartsen zijn hiertoe evenwichtig verdeeld over vier registratieperiodes. In totaal hebben ze circa 380.000 contacten geregistreerd. Ten behoeve van dit onderzoek zijn alleen de spreekuurcontacten met de huisarts geselecteerd, omdat de effecten van medische informatie in de media met name daar te verwachten zijn en niet of in veel mindere mate bij bijvoorbeeld visites. Omdat het aantal consulten tijdens het weekend en op feestdagen lager ligt en zodoende voor vertekening zorgt bij vergelijking van perioden, is in dit onderzoek alleen gekeken naar contacten op werkdagen.

De registratie omvat onder meer informatie over de redenen voor contact en over de daarbij door de huisarts gestelde dia-

gnoses of werkhypothesen. Deze gegevens zijn geclassificeerd volgens de 'International Classification of Primary Care' (ICPC),¹¹ waarin zowel de reden voor contact van de patiënt als de door de huisarts gestelde diagnose zijn vastgelegd. Voor dit onderzoek is gekeken naar de redenen voor contact; dit zijn de klachten en problemen zoals deze door de patiënt worden verwoord.

Uit diezelfde periode zijn mediagegevens verzameld. Twee media zijn in dit onderzoek opgenomen: televisie en kranten. Radio en tijdschriften zijn buiten beschouwing gelaten. Deze keuze berust, behalve op haalbaarheidsoverwegingen, op het feit dat televisie en kranten een ruimer publiek bereiken. Bovendien kan alleen een significante toename van klachten merkbaar zijn, indien het om presentaties gaat in massamedia met een groot bereik. Om deze redenen is het onderzoek ook beperkt tot de Nederlandse televisiezenders.* Wat betreft de televisie kwamen zowel specifiek medische programma's als actualiteitenrubrieken en praatprogramma's in aanmerking. Ook eenmalige uitzendingen werden in principe in het onderzoek betrokken.

Voor het inventariseren van artikelen over

medische onderwerpen in de kranten is omwille van de efficiëntie gebruik gemaakt van de Uitkijk. Dit blad, uitgegeven door de Ziekenfondsraad, bevat kopieën van artikelen over medische onderwerpen in alle landelijke kranten en een aantal evenwichtig over het land verspreide regionale kranten. Indien in meer kranten een artikel over hetzelfde onderwerp staat, wordt het meest volledige artikel opgenomen in de Uitkijk.

Niet alle programma's en artikelen met medische informatie zijn opgenomen in dit onderzoek, zij moesten aan een aantal voorwaarden voldoen. De onderwerpen moesten relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde en zaken betreffen die met een zekere frequentie voorkomen in de huisartspraktijk. Daarom zijn onderwerper

over de structuur en financiering van de gezondheidszorg, conflicten in de gezondheidszorg, zeldzaam voorkomende ziektes en zuive ethische kwesties niet opgenomen. Aan alle 44 geselecteerde programma's en artikelen zijn vervolgens ICPC-codes toegekend.¹²

Voor het toetsen van de verschillen is gekozen voor de non-parametrische Mann-Whitney-U-test. Omdat een stijging in het aantal klachten na de mediapresentatie wordt verwacht, is eenzijdig getoetst met $\alpha = 0,05$.

Resultaten

Slechts bij 6 van de 44 onderwerpen werd tijdens één of meer periodes na de mediapresentatie een significante stijging van klachten gevonden in vergelijking tot de periode ervoor. De stijging is het opvallendst na een krantenartikel over een 'nieuw geneesmiddel tegen migraine' (10 oktober 1987). Het artikel in kwestie was informatief van aard en neutraal opgesteld, in die zin dat er geen aanbeveling werd gedaan om naar de huisarts te gaan. De stijging van het aantal klachten per dag begint direct na verschijning in de krant en blijft, hoewel er na een aantal dagen een lichtedaling optreedt, significant in de periode tot 15 dagen na publicatie; de stijging bedraagt zo'n 35% tot 40%.

Op drie achtereenvolgende dagen is het onderwerp 'aspirine tegen hartinfarct' in de media geweest, zowel in de krant als op televisie (28, 29 en 30 januari 1988). Opvallend is dat de boodschappen tegenstrijdig waren, hetgeen tot onzekerheid kan hebben geleid. Ook in dit geval is sprake van een significante stijging van het

Het is niet zonder meer mogelijk de toename van het aantal klachten gepresenteerd aan de huisarts na een televisieuitzending of een krantenartikel hieraan toe te schrijven

PATIËNTEN

aantal klachten, die merkbaar was tot vijf dagen na de presentatie; de stijging bedroeg hier ongeveer 50%.

Het onderwerp 'nieuw middel tegen hartinfarct', handelend over een nieuw middel dat in korte tijd bloedstolsels kan oplossen, kreeg tweemaal kort na elkaar aandacht, eerst in de krant (9 maart 1988) en daarna op televisie (10 maart 1988). Er werd een significante stijging van het aantal klachten gevonden in een periode tot tien dagen na de mediapresentatie. Het aantal klachten nam tot bijna 50% toe. Een vierde onderwerp, 'mazelenepidemie', werd kort na elkaar in minstens twee kranten besproken (28 januari en 1 februari 1988). Tot tien dagen later is er sprake van een verdubbeling van het aantal klachten. Op de interpretatie van met name deze stijging komen wij nog terug. Na een artikel over 'een nieuwe kunstknijp' (3 maart 1988), speciaal bedoeld voor mensen met een defecte knie ten gevolge van aandoeningen zoals reuma en artrose, was er alleen in de periode tot vijf dagen na de mediapresentatie sprake van een stijging van het aantal klachten met ongeveer 25%.

Tenslotte is er nog één onderwerp, 'epilepsie', waarbij alleen in een korte periode tot drie dagen na uitzending op televisie (8 februari 1988) een significante stijging in het aantal aan de huisarts gepresenteerde klachten van ongeveer 50% te zien is.

Discussie

Slechts bij 6 van de 44 in dit onderzoek geselecteerde onderwerpen was, na uitzending op televisie of publikatie in een krant, een duidelijke stijging merkbaar van het aantal klachten. Op basis van dit onderzoek was het dus niet mogelijk aan te tonen dat wachtkamers van huisartsen steeds extra vol zitten na uitzendingen over een medisch onderwerp. Dit resultaat is in tegenstrijd met wat artsen vaak ervaren. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat artsen in het algemeen sceptisch staan ten opzichte van medische informatie in de media. Dit zou kunnen leiden tot een proces van selectieve retentie. Het beperkte aantal patiënten dat aangeeft het spreekuur te bezoeken naar aanleiding van een media-bericht, wordt door de huisarts niet zo gauw vergeten, zeker niet als blijkt dat zo'n patiënt de door hem verwachte aan- doening niet heeft. Bij het beperkte aantal onderwerpen waarbij in dit onderzoek toch een stijging van klachten is geconstateerd, vallen twee zaken op. Ten eerste gaat het bijna steeds om een stijging die van korte duur is, voornamelijk in de periode van drie tot vijf dagen. Ten tweede valt op, dat het bijna

steeds programma's of artikelen betreft die handelden over nieuwe medicijnen of hulpmiddelen, of over nieuwe toepassingen van medicijnen. De enige uitzondering hierop betrof de stijging van het aantal klachten na artikelen in de krant over de mazelen. Echter, juist bij deze toename moet de vraag naar oorzaak en gevolg worden gesteld. In dit geval is het wellicht eerder zo dat de media aandacht besteedden aan het onderwerp omdat er zich al een stijging van het aantal ziektegevallen (epidemie) en dus van het aantal aan huisartsen gepresenteerde klachten had ingezet.

Hiermee stuiten we op een beperking aan dit onderzoek. Door zijn quasi-experimentele opzet is het niet zonder meer mogelijk een toename van het aantal klachten gepresenteerd aan de huisarts na een televisieuitzending of een krantartikel hieraan toe te schrijven. Er is naar gestreefd aan deze tekortkoming tegemoet te komen door gedurende een langere periode, namelijk één jaar, te kijken of aandacht in de media gepaard ging met een stijging van het aantal klachten in de huisartspraktijk. Wanneer een dergelijke samenhang steeds opnieuw kan worden aangetoond, vergroot dit de waarschijnlijkheid dat het om reële effecten gaat. Dit onderzoek heeft echter slechts in een beperkt aantal gevallen zo'n samenhang laten zien. Het is goed mogelijk dat er in die gevallen andere factoren (mede) een stijging van het aantal klachten hebben veroorzaakt. Het tegenovergestelde is ook mogelijk, namelijk dat de invloed van de media soms in dit onderzoek niet merkbaar was omdat er wellicht tegelijk factoren aan het werk waren die juist tot een daling van het aantal klachten aanleiding hebben gegeven. De invloed van de presentatie in de media zou dan niet kunnen worden aangetoond door de werking van een andere factor. Daarnaast heeft dit onderzoek een aantal voordelen vergeleken met eerder onderzoek. Hoewel de onderzoeksopzet quasi-experimenteel van aard is en daardoor niet alle potentiële storende factoren onder controle houdt, is dit design het best geschikt om eventuele effecten op te sporen. Een echt experimenteel design is immers niet realiseerbaar: bij massamediale boodschappen, waarbij in principe niemand van ontvangst is uitgesloten, is het niet mogelijk een niet-selectieve controlegroep samen te stellen. Omdat niet naar een eventueel effect van één enkel programma of artikel is gekeken, maar wel de mediaberichtgeving over een heel jaar in het onderzoek is betrokken, is de kans dat andere factoren een verklaring vormen verkleind, tenzij er één storende factor zou zijn die in alle gevallen een identieke uitwerking zou hebben. Een sterke kant van

het onderzoek is het feit dat de informatie over de contacten met de huisartsen en over de medische onderwerpen waaraan in de media aandacht is besteed, los van elkaar zijn verkregen. Dit sluit beïnvloeding uit die kan optreden wanneer huisartsen op het moment van hun deelname aan het onderzoek op de hoogte zouden zijn geweest van het doel van het onderzoek. Dit onderzoek tenslotte, sluit niet uit dat er geen andere invloed van dergelijke programma's en artikelen zou uitgaan. Het is bijvoorbeeld heel goed mogelijk dat het effect niet zozeer zit in een toename van het aantal aan de huisarts gepresenteerde klachten, maar in andere aspecten van het consult, zoals de arts-patiëntinteractie of het gedrag van de huisarts. Evenmin is in dit onderzoek gekeken naar de effecten op lange termijn: in welke mate de aanhoudende stroom van medische programma's bijdraagt aan het proces van medicalisering kan op basis van deze data niet worden bepaald. *

DR MARLEEN FOETS, INGRID ELIE EN
GERRIT VAN DER RIJST,
allen zijn werkzaam bij het Nivel te
Utrecht

Noot

* RTL4 bestond in de onderzoeksperiode nog niet.

Literatuur

1. Heuser H. Medicine and the mass media. In: Meyer M (ed). Health education by television and radio. München: KG Saur, 1981.
2. Dierendonck D van, Groenewegen P, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.
3. Caris-Verhallen W. Burnout bij Nederlandse huisartsen. Een onderzoek naar motivatie en demotivatie bij de Nederlandse huisarts. Afstudeerscriptie. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant, 1992.
4. Campen van C. Massamedia en medici: medische consumptie, advertenties en popularisering. Bibliografie nr.43. Utrecht: Nivel, 1992.
5. Ban AW van den. Resultaten van het onderzoek 'Medicus en Televisie'. Medisch Contact 1966; 21: 988-9.
6. Dam FSAM van, Mak K. Voorlichting over het mammacarcinoom op de Nederlandse televisie: Enige opmerkingen over het effect van AVRO's Televisier Magazine-uitzendingen op 12 november 1973. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1974; 118: 344-5.
7. Huisman F. Voorlichting over huidkanker op de Nederlandse televisie: Een onderzoek onder huisartsen en aanvragers van een voorlichtingsfolder over huidkanker naar aanleiding van een uitzending van TROS-Aktua. Amsterdam: Stichting Koningin Wilhelmina Fonds, 1986.
8. Huisman H, Schadé E. Voorlichting over huidkanker. Huisarts en Wetenschap 1986; 30: 114-5.
9. Damoiseaux VMG. Listen, lasten en lusten van massamediale voorlichting. Assen: Van Gorcum, 1991.
10. Foets M, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
11. Lamberts H, Woods M. International classification of primary care. Oxford: University Press, 1987.
12. Elie I. Medische berichtgeving in de media en consultatiegedrag bij huisartsen. Afstudeerscriptie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.

Meningen van de 'consument'

Thuis of in het ziekenhuis bevallen

Bij de keuze voor de plaats van de bevalling speelt de mening van de zwangere en haar partner een grote rol. Er zijn echter weinig recente gegevens bekend over de voorkeur van de consument en de motivatie daarvoor. Als onderdeel van een landelijk representatief onderzoek, waarin aan 13.000 patiënten een groot aantal gezondheidsvragen werd voorgelegd, werd aan mannen en vrouwen in de vruchtbare leeftijd gevraagd welke plaats zij bij een eventuele zwangerschap zouden kiezen. In dit artikel worden de uitkomsten van dit onderzoek vermeld.

L. Hingstman,
M. Foets, J.A. Riteco

IN DE AFGELOPEN decennia is in Nederland een groot aantal publikaties verschenen over de meest uiteenlopende onderwerpen die samenhangen met de plaats van de bevalling. Een aspect dat altijd onderbelicht is geweest is de mening van de 'consument'. In de meeste studies wordt aan dit onderwerp slechts zijdelings aandacht besteed (Schuil, 1975; Van Duyn, 1977; De Regt en Vrij-Standthard, 1979; Huygen, 1985).

Een van de eerste onderzoeken waarin specifiek is ingegaan op de voorkeur van vrouwen om thuis of in het ziekenhuis te bevallen is de studie van Lapré (1972). Uit deze studie bleek dat in het begin van de jaren zeventig bijna 70% van de ondervraagde vrouwen de voorkeur gaf aan een thuisbevalling.

De volgende studie die in dit verband genoemd moet worden is die van Damstra-Wijmenga (1982). Hierin werd onder andere onderzocht welke motieven een rol spelen bij de keuze van zwangeren voor de plaats van de beval-

ling. De belangrijkste reden om thuis te bevallen was 'eigen omgeving' (89%) en 'afkeer van het ziekenhuis' (6%). Vrouwen die voor een ziekenhuisbevalling kozen gaven als belangrijkste reden op 'het veilige gevoel' (64%) en de 'rust en verzorging in het ziekenhuis' (20%). Dat dit soort 'emotionele' factoren een belangrijke rol spelen wordt bevestigd in het onderzoek van Berghs en Spanjaards (1988). Uit dit onderzoek bleek onder andere dat de keuze van vrouwen om in het ziekenhuis te bevallen niet gebaseerd was op medische noodzaak, maar op het gevoel van een grotere veiligheid.

In 1983 hebben De Haan en Van Impe, op initiatief van de AVRO, een opinieonderzoek gehouden onder vrouwen over de verloskundige zorg in Nederland. Op een oproep om aan dit onderzoek mee te werken reageerden meer dan 7.500 vrouwen, waarvan 2.500 een enquêteformulier kregen. Vanzelfsprekend moet dit onderzoek niet als representatief beschouwd worden, maar het geeft een kleurrijk beeld hoe de consument over tal van aspecten van de verloskundige zorg denkt. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat circa 36% de voorkeur gaf aan een thuisbevalling. Uit een onderzoek van Doornbosch en Nordbeck (1985), waarin de voorkeuren van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse vrouwen werd onderzocht, bleek dat de meeste Turkse en Marokkaanse vrouwen liever thuis dan in het ziekenhuis bevallen, terwijl de Surinaamse vrouwen de voorkeur gaven aan een ziekenhuisbevalling.

De meest recente gegevens omtrent de voorkeur van vrouwen voor een bepaalde bevallingslocatie staan beschreven in het

Dr. L. Hingstman,
projectleider NIVEL
Dr. M. Foets, project-
leider NIVEL
Drs. J.A. Riteco, ten
tijde van deze studie
werkzaam als onder-
zoeker op het NIVEL

PATIËNTEN

onderzoek van Kleiverda (1990). Daaruit bleek dat uit een groep van 170 primiparae met een ongecompliceerde zwangerschap en ingeschreven bij de verloskundige, bijna 59% de voorkeur had voor een thuisbevalling en 26% voor een ziekenhuisbevalling. De overige 15% twijfelde in het begin van de zwangerschap over waar zij zou bevallen.

In de meeste van bovengenoemde studies worden meningen weergegeven van specifieke groepen. Wat tot nu toe ontbreekt is een landelijk representatief onderzoek waarin 'alle' bevolkingscategorieën zijn vertegenwoordigd. In dit artikel wordt daartoe een eerste aanzet gegeven.

Aan de hand van gegevens uit een gezondheidsenquête die het NIVEL in 1987/1988 heeft uitgevoerd (Foets e.a., 1990) zal een beschrijvende analyse worden gegeven over de voorkeur van de 'consument' met betrekking tot de plaats van de bevalling (dat wil zeggen thuis of in het ziekenhuis) en de factoren die daarop van invloed zijn. Verder zal in het kort worden ingegaan op de redenen die ten grondslag liggen aan de voorkeur om thuis of in het ziekenhuis te bevallen.

Alvorens de resultaten te presenteren zal eerst worden ingegaan op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd.

Methode

De data voor deze studie zijn verkregen uit een grootschalig nationaal onderzoek dat in 1987/1988 heeft plaatsgevonden bij een aselechte steekproef van 161 huisartsen (Foets e.a., 1990). Een belangrijk onderdeel uit deze studie betrof een enquête onder de bij deze huisartsen 'ingeschreven patiënten'. Daartoe is per huisarts bij een aselechte steekproef van 100 'patiënten' een mondelinge enquête afgenomen. In deze enquête - die overigens grote overeenkomsten heeft met de jaarlijkse gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) - zijn, naast een groot aantal vragen over gezondheid en gezondheidsgedrag, ook vragen opgenomen die betrekking hebben op de verloskundige zorg. De respons (76%) op de enquête is hoog. In totaal hebben 13.014 perso-

nen de enquête ingevuld. Uit de vergelijking tussen de respondenten die aan het onderzoek hebben meegewerkt en de gehele Nederlandse bevolking blijken de verschillen naar geslacht en naar leeftijd beperkt te zijn. Voor deze verschillen wordt door weging gecorrigeerd (Foets en Sixma, 1991).

Met betrekking tot de representativiteit moet nog een kanttekening gemaakt worden ten aanzien van de steekproef van 161 huisartsen. Het betreft een aselechte niet-proportionele steekproef. Dit betekent dat voor het presenteren van representatieve gegevens op landelijke schaal de uitkomsten gewogen worden voor urbanisatiegraad en regio (Foets en Sixma, 1991).

De vragen die betrekking hadden op de verloskundige zorg zijn niet aan alle 13.014 respondenten voorgelegd. Wij hebben ons beperkt tot de mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep 20-44 jaar. Deze leeftijdsgroep wordt het meest geconfronteerd met de problematiek rond de keuze van de plaats van bevalling. In totaal zijn dit 2713 mannen en 2802 vrouwen.¹ Daarbij moet de kanttekening gemaakt worden dat uit één gezin alleen de man of de vrouw (afhankelijk wie in de steekproef viel) zijn geënquêteerd (dus nooit beiden). Voor het bepalen van de meest gewenste bevallingslocatie van bovengenoemde groep zijn aan hen de volgende drie uitspraken voorgelegd:

1. 'Bevallingen kunnen het best in het ziekenhuis plaatsvinden, ook als er geen complicaties verwacht worden'
2. 'Bevallingen kunnen het best in de polikliniek plaatsvinden'
3. 'Bevallingen kunnen het best thuis plaatsvinden'

Er werd gevraagd aan te geven of men het met bovengenoemde uitspraken eens of oneens is. Dit betekende dat er in totaal acht combinaties mogelijk zijn. Deze combinaties zijn vervolgens gereduceerd tot de volgende drie²:

1. Klinisch georiënteerd
2. Thuis georiënteerd
3. Geen voorkeur

Indien een respondent op één van bovengenoemde uitspraken geen antwoord heeft gegeven, hebben wij deze respondent in de categorie 'geen antwoord' ondergebracht.

Noot 1.

Let op: De wegingprocedure brengt met zich mee dat deze getallen afwijken van de getallen die in de analyses worden genoemd.

Noot 2.

2a. Klinisch georiënteerd

a. positief over ziekenhuis en negatief over thuis en poliklinisch; b. positief over poliklinisch en negatief over thuis en ziekenhuis; c. positief over ziekenhuis en poliklinisch en negatief over thuis.

b. Thuis georiënteerd

a. positief over thuis en negatief over ziekenhuis en poliklinisch; b. positief over thuis en poliklinisch en negatief over ziekenhuis.

c. Geen voorkeur

a. positief over thuis, poliklinisch en ziekenhuis; b. positief over thuis en ziekenhuis en negatief over poliklinisch; c. negatief over thuis, poliklinisch en ziekenhuis.

PATIËNTEN

Op deze wijze is voor eenieder die de enquête heeft ingevuld bepaald of men ten aanzien van de gewenste bevallingslocatie klinisch of thuis georiënteerd is danwel geen voorkeur heeft.

Resultaten

Mannen en vrouwen

Als aan alle mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep 20-44 jaar wordt gevraagd welke bevallingslocatie de voorkeur verdient, dan blijkt dat bijna 30% deze vraag niet kon of wilde beantwoorden. Dit geldt in grotere mate voor mannen (34%) dan voor vrouwen (21%). Een en ander wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat deze groep nog nooit met deze problematiek in aanraking is geweest en/of over deze problematiek nog nooit heeft nagedacht, zodat men zich daarover geen mening kon vormen.

Tabel 1. Voorkeur van mannen en vrouwen (20-44 jaar) met betrekking tot een thuis- of een ziekenhuisbevalling

Voorkeur	mannen		vrouwen		totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
ziekenhuis	616	39,1	670	33,2	1287	35,8
thuis	642	40,8	778	38,6	1419	39,5
geen voorkeur	316	20,1	570	28,2	886	24,7
Totaal	1574	100,0	2018	100,0	3592	100,0
(geen antwoord)	(1001)	(38,9)	(519)	(20,5)	(1520)	(29,7)

Tabel 2. Voorkeur van mannen en vrouwen (20-44 jaar) voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling naar huishoudenssamenstelling.

Voorkeur	zonder kinderen			met kinderen		
	man	vr	totaal	man	vr	totaal
ziekenhuis	41,1	35,6	37,7	38,3	31,8	34,8
thuis	39,2	39,7	39,5	41,4	37,7	39,5
geen voorkeur	19,7	24,6	22,7	20,2	30,6	25,7
Totaal %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
abs	492	783	1275	1083	1234	2317
(geen antwoord)	(60,5%)	(26,0%)	(44,7%)	(18,5%)	(16,5%)	(17,5%)

Van de groep mannen en vrouwen die wel een mening heeft gegeven, blijkt dat bijna 40% de voorkeur heeft voor een thuisbevalling. Circa 36% spreekt zich uit voor een ziekenhuisbevalling, terwijl 25% geen specifieke voorkeur

heeft. Als een onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen, blijkt dat van de mannen die over deze problematiek een mening hadden circa 41% de voorkeur geeft aan een thuisbevalling en 39% aan een ziekenhuisbevalling. Ook bij de vrouwen zien wij dat de thuisbevalling hoger scoort (39%) dan de ziekenhuisbevalling (33%).

Huishoudenssamenstelling

Het bepalen van de voorkeur voor een thuis- of ziekenhuisbevalling wordt deels beïnvloed door het feit of men wel of geen kinderen heeft (zie tabel 2). Bijna 45% van alle mannen en vrouwen *zonder* kinderen heeft vanwege onbekendheid met deze problematiek de vraag niet beantwoord. Dit geldt in veel grotere mate voor mannen (61%) dan voor vrouwen (26%). Van de groep *met* kinderen heeft circa 18% deze vraag niet beantwoord, waarbij de verschillen tussen mannen (19%) en vrouwen (17%) gering zijn.

Als wij ons vervolgens richten op de groep mannen en vrouwen die de vraag wel hebben beantwoord, blijkt dat zowel bij de groep zonder kinderen als de groep met kinderen bijna 40% expliciet de voorkeur uitspreekt voor een thuisbevalling. De ziekenhuisbevalling scoort in beide groepen iets lager, respectievelijk 38% en 35%. Binnen de groep mannen en vrouwen *zonder* kinderen zien wij dat relatief gezien meer mannen (41%) expliciet de voorkeur hebben voor een ziekenhuisbevalling dan vrouwen (36%). Dit verschil zien wij ook binnen de groep mannen en vrouwen *met* kinderen. Bij deze laatste groep moet overigens worden opgemerkt dat zowel onder mannen (41%) als onder vrouwen (38%) de thuisbevalling relatief gezien de meeste voorkeur heeft. Wat opvalt is dat binnen de groep *met* kinderen bijna 31% van de vrouwen geen specifieke voorkeur heeft.

Wij hebben helaas moeten constateren dat onder de mannen een erg groot deel de vragen rond de gewenste bevallingslocatie niet heeft ingevuld. Dit heeft ons doen besluiten deze groep in de

PATIËNTEN

hiernavolgende analyses buiten beschouwing te laten.

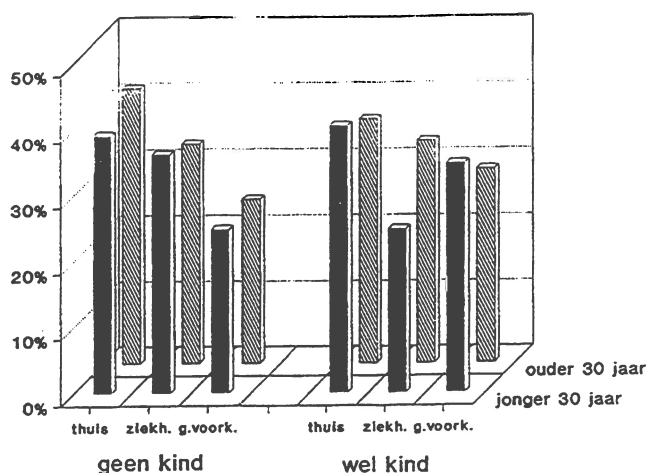
Leeftijd

Naast het hebben van kinderen speelt ook de leeftijd een belangrijke rol bij het bepalen van de voorkeur voor een thuis- of ziekenhuisbevalling (zie figuur 1). Voor de overzichtelijkheid hebben wij de groep vrouwen in twee leeftijdsklassen onderverdeeld, te weten vrouwen 30 jaar of jonger en vrouwen ouder dan 30 jaar. Als wij ons in eerste instantie richten op de vrouwen *zonder* kinderen, dan zien wij dat in beide leeftijdsgroepen de thuisbevalling het hoogste scoort. Dit geldt in iets hogere mate voor vrouwen ouder dan 30 jaar (42%) dan voor vrouwen jonger dan 30 jaar (39%).

Bij vrouwen *met* kinderen zien wij eveneens dat in beide leeftijdsgroepen relatief gezien de meeste vrouwen zich expliciet uitspreken voor een thuisbevalling. Het grootste verschil tussen beide leeftijdsgroepen zien wij ten aanzien van de ziekenhuisbevalling. Bijna 34% van de vrouwen ouder dan 30 jaar spreekt zich expliciet uit voor een ziekenhuisbevalling tegenover 25% van de vrouwen jonger dan 30 jaar.

Invloed vorige bevallingslocatie

Bij het bepalen van de voorkeur voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling zullen ongetwijfeld ervaringen die men heeft opgedaan met voorgaande bevallingen van invloed zijn. Als men bijvoorbeeld de laatste keer thuis is bevallen en daarbij positieve ervaringen heeft opgedaan, dan is het niet ondenkbaar dat men bij een eventuele volgende bevalling wederom voor de thuissituatie kiest. Om dit te kunnen onderzoeken zouden wij de beschikking moeten hebben over ervaringsgegevens over voorgaande bevallingen. In de enquête zijn daarover geen vragen opgenomen, zodat wij dit op een andere wijze moesten operationaliseren. Daartoe is gebruik gemaakt van het feit dat in de enquête is gevraagd waar de vorige bevalling heeft plaatsgevonden (thuis of in het ziekenhuis). Dit gegeven hebben wij afgezet tegen de huidige voorkeur (zie tabel 3).



Figuur 1: Voorkeur van vrouwen (20-44 jaar) voor een thuis- of ziekenhuisbevalling naar leeftijd en huishoudensamenstelling.

Uit bovengenoemde tabel blijkt dat de voorkeur om thuis of in het ziekenhuis te bevallen voor een deel samenhangt met de 'vorige' bevallingslocatie. Van de vrouwen jonger dan 30 jaar die de 'vorige' keer in het ziekenhuis zijn bevallen, geeft het grootste deel (38%) de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling, terwijl 29% zich uitsprekt voor een thuisbevalling. Van de groep vrouwen (jonger dan 30 jaar) die de vorige keer thuis is bevallen zou bijna 57% wederom voor een thuisbevalling kiezen. Slechts 6% van hen geeft de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling. Een vergelijkbaar patroon zien wij bij de vrouwen ouder dan 30 jaar.

Deze resultaten moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, omdat bijvoorbeeld niet bekend is of de vorige bevalling primiparae of

Tabel 3: Voorkeur van vrouwen (20-44 jaar) met kinderen voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling, uitgesplitst naar leeftijd en bevallingslocatie 'vorige' bevalling

	Plaats vorige bevalling van vrouwen < 30 jaar		Plaats vorige bevalling van vrouwen > 30 jaar	
	ziekenhuis	thuis	ziekenhuis	thuis
ziekenhuis	38,0	5,7	50,6	12,5
thuis	28,8	57,2	21,1	56,8
geen voorkeur	33,2	37,1	28,2	30,7
Totaal %	100,0	100,0	100,0	100,0
abs	163	110	534	414

PATIËNTEN

Noot 3.

Netto-inkomen per maand
Laag: f 1.750,- per maand
Midden: f 1.750,- tot f 3.000,- per maand
Hoog: > f 3.000,- per maand

multiparae betroffen hoe de bevalling is verlopen. Deze kanttekening in ogenschouw genomen moeten wij constateren dat de voorkeur voor een bepaalde bevallingslocatie grotendeels samenhangt met de bevallingslocatie van de vorige bevalling. Daarbij moet nog worden opgemerkt dat van degenen die de vorige keer in het ziekenhuis zijn bevallen een veel groter deel kiest voor een andere bevallingslocatie (thuis) dan van degenen die de vorige keer thuis zijn bevallen.

Figuur 2:

Voorkeur van vrouwen (20-44 jaar) met betrekking tot een thuis- of ziekenhuisbevalling, naar leeftijd, huishoudenssamenstelling en opleiding.

Opleiding

Aan alle onderzochte vrouwen is gevraagd naar hun hoogst genoten opleiding. Het grote scala aan opleidingen is teruggebracht tot de volgende drie categorieën:

1. Lage opleiding (lager onderwijs, LBO)
2. middelbare opleiding (MAVO, MBO, HAVO)
3. hoge opleiding (HBO, universiteit)

Voor het beantwoorden van de vraag in hoeverre tussen de drie onderscheiden opleidingscategorieën verschillen bestaan in voorkeur voor een bepaalde bevallingslocatie, hebben wij de groep vrouwen van 20-44 jaar op basis van leeftijd en huishoudenssamenstelling (wel/geen kind) opgesplitst in vier groepen.

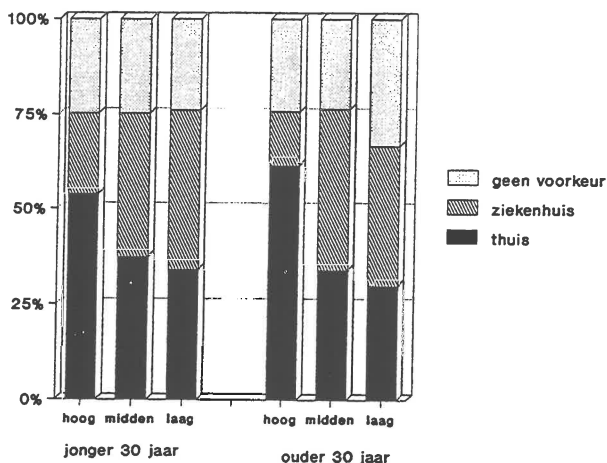
Als wij ons in eerste instantie richten op de vrouwen die (nog) *geen* kinderen hebben, dan zien wij dat van de vrouwen jonger dan 30 jaar vooral de laag opgeleiden een voorkeur hebben voor een ziekenhuisbevalling (42%), terwijl de hoogst opgeleiden kiezen voor een thuisbevalling (54%). Van de vrouwen ouder dan 30 jaar en *zonder* kinderen zien wij een vergelijkbaar patroon. Ook hier kiezen de laag opgeleiden voor een ziekenhuisbevalling (40%), terwijl de hoog opgeleiden de voorkeur geven aan een thuisbevalling.

Deze verschillen tussen laag en hoog opgeleiden zien wij terug bij de groep jongere vrouwen *met* kinderen. Van de hoog opgeleiden uit deze groep verkiest 46% een thuisbevalling tegen 38% van de laag opgeleiden. Van deze laatste groep geeft bijna 23% de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling, tegen slechts 15% van de hoog opgeleiden. De vrouwen (*met* kinderen) ouder dan 30 jaar hebben een ander patroon. Van deze groep kiezen vooral de hoger opgeleiden voor een ziekenhuisbevalling (40%); van de laag opgeleiden geeft 33% de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling.

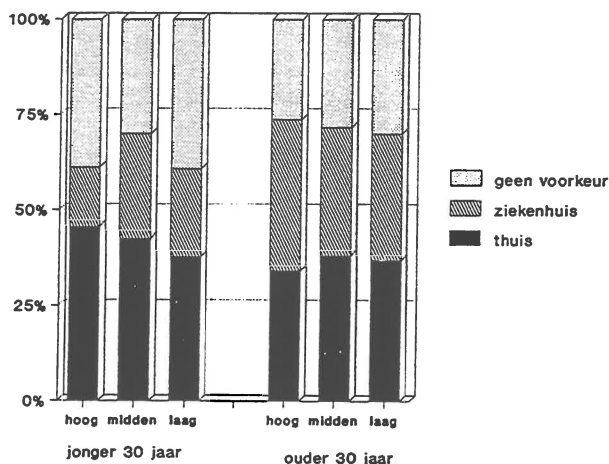
Inkomen

Naast opleiding is ook gekeken naar het inkomen, dat wil zeggen het netto maandinkomen van het hele huishouden (figuur 3). Om een en ander overzichtelijk te houden, hebben wij de inkomensklassen in drie categorieën opgesplitst, te weten laag, midden, hoog.³ Als wij ons in eerste instantie bepalen tot de groep vrouwen (20-44 jaar) *zon-*

Vrouwen zonder kinderen



Vrouwen met kinderen



PATIËNTEN

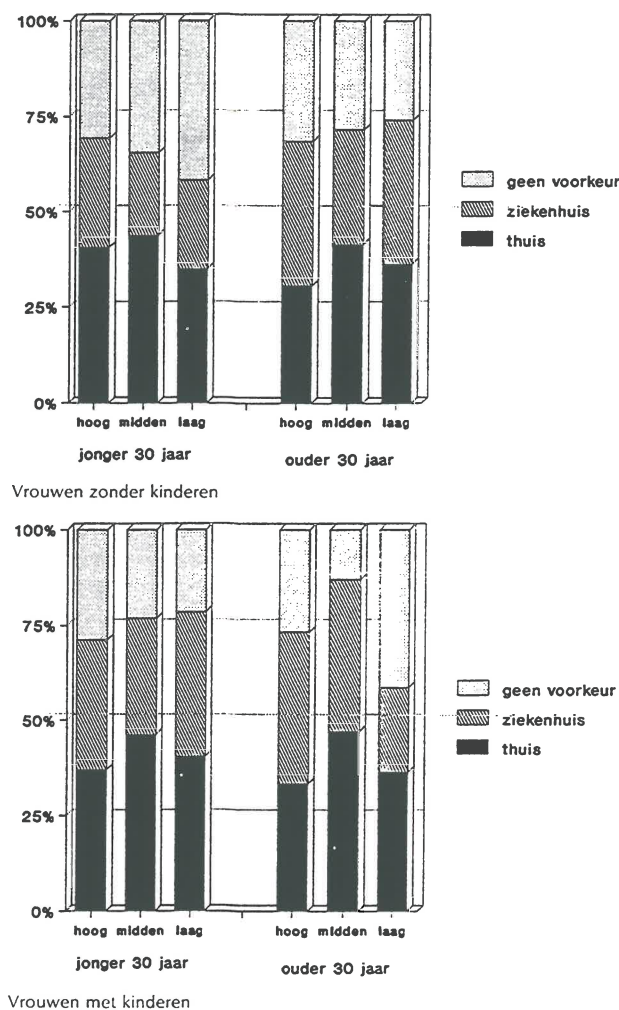
der kinderen, dan zien wij dat, zowel bij vrouwen jonger dan 30 jaar als bij vrouwen ouder dan 30 jaar, vooral de middengroep zich uitsprekt voor een thuisbevalling. De hoogste inkomensklasse scoort het laagst op de thuisbevalling. Bij de vrouwen (zonder kinderen) ouder dan 30 jaar geeft het grootste deel (40%) van de hoogste inkomensklasse de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling; 33% van de hoogste groep heeft een voorkeur voor een thuisbevalling. Opvallend is echter dat van de groep oudere vrouwen in de laagste inkomensklasse bijna 41% geen specifieke voorkeur heeft.

Bij de groep vrouwen *met* kinderen zien wij dat voor vrouwen jonger dan 30 jaar in alle drie de inkomensklassen de thuisbevalling de meeste voorkeur heeft, waarbij de hoogste inkomenscategoriegroep (41%) en de middengroep (44%) hoger scoren dan de laagste inkomenscategoriegroep (35%). Bij deze laatste categorie zien wij dat relatief gezien een groot deel (42%) geen specifieke voorkeur heeft.

Bij de groep (*met* kinderen) ouder dan 30 jaar zien wij dat de thuisbevalling niet in alle drie de inkomensklassen het hoogste scoort. Zowel bij de laagste (38%) als bij de hoogste inkomensgroep (38%) blijkt de ziekenhuisbevalling de meeste voorkeur te hebben. Bij de middenklasse is de thuisbevalling het meest favoriet (42%).

Reden voorkeur voor thuis- of een ziekenhuisbevalling

Om een globale indruk te krijgen welke redenen er ten grondslag liggen aan de voorkeur voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling, is aan alle respondenten een drietal uitspraken voorge-



Figuur 3: Voorkeur van vrouwen (20-44 jaar) met betrekking tot thuis- of in het ziekenhuis bevallen, naar leeftijd, huishoudenssamenstelling en inkomen.

legd. Men moest vervolgens aangeven of men het met deze uitspraken eens of oneens was. Voor deze analyse hebben wij alleen die respondenten meegenomen die specifiek een voorkeur hebben uitgesproken voor een thuis- of een zie-

Tabel 4: De mate waarin men het eens is met een drietal uitspraken, uitgesplitst naar voorkeur voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling en geslacht.

	voorkeur ziekenhuisbevalling			voorkeur thuisbevalling		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
Een bevalling in het ziekenhuis is veiliger dan een bevalling thuis	97,6%	94,7%	96,1%	55,8%	43,8%	49,2%
Een bevalling thuis is gezelliger dan een bevalling in het ziekenhuis	71,0%	74,8%	72,9%	97,6%	97,9%	97,8%
Een bevalling thuis geeft meer rompslomp	89,0%	86,5%	87,7%	60,8%	50,4%	55,1%

PATIËNTEN

kenhuisbevalling, waarbij een onderscheid is gemaakt naar mannen en vrouwen.

Uit tabel 4 blijkt dat degenen die voor een ziekenhuisbevalling kiezen (klinisch georiënteerden) dit vooral doen vanwege de veiligheid. Van deze groep vindt 96% een bevalling in het ziekenhuis veiliger dan thuis. Dit geldt in iets grotere mate voor mannen (98%) dan vrouwen (95%). Van degenen die de voorkeur geven aan een thuisbevalling zegt 49% dat een ziekenhuisbevalling veiliger is dan een thuisbevalling, waarbij de mannen hoger (56%) scoren dan de vrouwen (44%).

Verder zien wij dat een meerderheid (73%) van degenen die voor een ziekenhuisbevalling kiezen van mening is dat een thuisbevalling gezelliger is dan een ziekenhuisbevalling. Dit geldt in een nog veel grotere mate voor degenen die thuis willen bevallen. Bijna 98% van deze groep vindt het thuisbevallen gezelliger dan in het ziekenhuis. Tenslotte zien wij dat de klinisch georiënteerden (88%) de thuisbevalling meer als een rompslomp ervaren dan de thuis georiënteerden (55%).

Bovengenoemde resultaten geven weer dat degenen die de voorkeur hebben voor een ziekenhuisbevalling zich vooral laten leiden door de gepercipieerde veiligheid in het ziekenhuis. Degenen die voor een thuisbevalling kiezen zijn minder overtuigd van de 'veiligheid' van het ziekenhuis, maar hechten vooral waarde aan de gezelligheid in de thuissituatie.

Conclusie

Eén van de belangrijkste conclusies uit deze studie is dat de thuisbevalling nog steeds op een redelijk grote steun kan rekenen. Bijna 40% van alle mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep 20-44 jaar die over deze problematiek een mening heeft, geeft de voorkeur aan een thuisbevalling. Bijna 36% spreekt zich uit voor een ziekenhuisbevalling en 25% heeft geen voorkeur. Opvallend is dat zowel de mannen als de vrouwen de meeste voorkeur geven aan een thuisbevalling.

In de tweede plaats hebben wij geconstateerd dat die grotere voorkeur voor

de thuisbevalling zowel geldt voor vrouwen *met* kinderen als vrouwen *zonder* kinderen. Als wij kijken naar de leeftijd van de vrouw, dan zien wij dat vrouwen in de hogere leeftijdscategorieën (ouder dan 30 jaar) wat vaker voor een ziekenhuisbevalling zouden kiezen dan vrouwen in de wat jongere leeftijdscategorieën (jonger dan 30 jaar). Wellicht heeft dit te maken met de omstandigheid dat vrouwen ouder dan 30 jaar voor zichzelf inschatten dat het krijgen van kinderen op latere leeftijd meer risico's met zich meebrengt en derhalve voor de 'veiligheid' voor een ziekenhuisbevalling zouden kiezen.

Verder moeten wij constateren dat de vorige bevallingslocatie in belangrijke mate van invloed is op de voorkeur om thuis of in het ziekenhuis te bevallen. Van degenen die de vorige keer in het ziekenhuis zijn bevallen geeft het grootste deel wederom de voorkeur aan een ziekenhuisbevalling. Ook voor degenen die de vorige keer thuis zijn bevallen geeft het grootste deel aan dat zij wederom de voorkeur geven aan een thuisbevalling. Opvallend is echter dat van degenen die de vorige keer thuis zijn bevallen, een veel kleiner deel (6%) kiest voor een andere bevallingslocatie (dat wil zeggen ziekenhuis) dan andersom. Bijna 29% van degenen die de vorige keer in het ziekenhuis zijn bevallen geeft de voorkeur aan een thuisbevalling.

Op basis van een aantal sociaal-economische factoren (opleiding, inkomen) moeten wij constateren dat de hogere sociaal-economische klassen wat vaker de voorkeur uitspreken voor een thuisbevalling dan de lagere sociaal-economische klassen.

Tot slot moeten wij concluderen dat degenen die de voorkeur hebben voor een ziekenhuisbevalling dat vooral doen vanwege de 'verwachte' veiligheid in het ziekenhuis.

Bij bovenstaande resultaten mag niet uit het oog worden verloren dat de gegevens een beeld schetsen van een doorsnee van de Nederlandse bevolking in de leeftijdsgroep 20-44 jaar. Het betreft dus voor het grootste deel personen die momenteel niet direct met de keus voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling worden geconfronteerd.

PATIËNTEN

Literatuur

Adviescommissie Verloskunde. Verloskundige organisatie in Nederland. Uniek, bewonderd en verguisd. Rijswijk 1987.

Berghs, G.; Spanjaards E. De normale zwangerschap: Bevalling en Beleid. Nijmegen 1988. Dissertatie.

Damstra-Wijmenga, S.M.I. Veilig bevallen: een vergelijkende studie tussen de thuis- en de klinische bevalling. Groningen 1982.

Doornbos, H. en Nordbeck H.J. Perinatale sterfte onder gezinnen van Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse herkomst. Universiteit van Amsterdam 1985. Dissertatie.

Duyn, F.L. van. Hoe bevalt het? Amsterdam, Vrije Universiteit, Instituut voor Huisarts geneeskunde 1977. Scriptie.

Foets, M.; Van der Velden J.; Van der Zee J. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL 1990.

Foets, M.; Sixma H. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht, NIVEL 1991.

Haan, H. de; Van Impe M. Hoe bevalt Nederland. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum 1983.

Hingstman L.; Boon H. Obstetric care in the Netherlands: regional differences in home delivery. *Social Science & Medicine*, 1988, vol 26, no.1, p.718.

Huygen, F.J.A. De bijzondere kwaliteiten van de thuisbevalling. *Tijdschrift voor bejaarden, kraam- en ziekenverzorging*, 1985, 18, no.5. p.953-956

Kleiverda, G. Transition to parenthood, women's experiences of 'Labour'. Hentenaar B.V., Wijk bij Duurstede 1990. Dissertatie.

Lapré, R.M. Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland. Nijmegen, Dekker en Van de Vegt 1972. Dissertatie.

Regt, N.M. de; Vrij Standthard, W.G. Zorg rondom de poliklinische bevalling. Wageningen. Landbouw Hogeschool 1979.

Schuil, P.M. De cliënt in de verloskundige hulpverlening. Oldenzaal, Verhaag 1975. Dissertatie.

Springer M.P.; Gill, K. Tussen huisarts, verloskundige en overheid: consumenten beantwoorden vragen. *Huisarts en Wetenschap*. 1980, 23, no.12, p.464-468

Herman J.M. Sixma
Peter M.M.
Spreeuwenberg
Marja A.A. van der Pasch

Tevredenheid met de huisarts

een vergelijking van verschillende methoden van data-analyse

Onderzoek naar de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van gebruikers van zorgvoorzieningen mag zich verheugen in een grote belangstelling. Dit blijkt uit een aantal van ruim 3000 publikaties over tien jaar dat Van Campen et al. noemen in hun bibliografie over het meten van patiëntensatisfactie¹ en ook uit het met regelmaat verschijnen van review-artikelen.²⁻⁷ In eigen land werd door Visser de tevredenheid van ziekenhuispatiënten beschreven, richtten Lemmens en Donker hun metastudie op het domein van de geestelijke gezondheidszorg en gaan Wensing, Grol en Smits in op de tevredenheid met de zorg verleend door huisartsen.⁸⁻¹⁰ Eén van de twee vragen die Van Campen et al. in het discussiegedeelte van hun bibliografie aan de orde stellen betreft de richting van toekomstig onderzoek naar tevredenheid en de kwaliteit van zorg. De auteurs pleiten daarbij voor een adequate definiëring van het begrip 'patiëntensatisfactie' en inpassing van dit begrip in een theoretisch kader.¹¹

Gebruikers van zorgvoorzieningen blijken bijna altijd tevreden over de hen geboden zorg.¹² In hoeverre ontevredenheid wordt gemeten lijkt vooral te worden bepaald door de gedetailleerdheid van de vraagstelling en de criteria die worden gekozen om tevredenheid en ontevredenheid van elkaar te scheiden. Ondanks de grote mate van tevredenheid zijn er vaak toch wel verschillen. Verschillen op het niveau van individuen, waarbij patiënten van mening verschillen over één en dezelfde voorziening. Verschillen ook op het niveau van voorzieningen, waarbij in het ene geval alle ondervraagde patiënten blijkt geven van tevredenheid, terwijl een vergelijkbare voorziening van patiënten niet meer dan een 'mager zesje' ontvangt. Nemen we als uitgangspunt dat tevredenheid van gebruikers van zorgvoorzieningen een belangrijke indicator is voor kwaliteit van zorg, dan is het belangrijk te weten of verschillen in de tevredenheid worden bepaald door kenmerken van de gebruikers, van de betreffende voorziening, of door een combinatie van beide. Immers, op grond van deze kennis kan een meer effectief beleid gevoerd worden, gericht op kwaliteitsverbetering.

Dit artikel richt zich in de eerste plaats op een vergelijking van de uitkomsten van verschillende analyse-methoden. Centrale onderzoeksvraag is, of de toepassing van de gangbare analysetechnieken bij databestanden met een

PATIËNTEN

hiërarchische structuur, in vergelijking met de uitkomsten van multi-level technieken, resulteert in sub-optimale en wellicht zelfs onjuiste conclusies? Een tweede onderzoeksvraag is meer inhoudelijk van aard: op welk niveau is de meeste variantie aanwezig, gebruik makend van de multi-level analyses om bij verschillen in tevredenheidsoordelen een onderscheid te maken tussen het patiëntniveau en het niveau van de huisarts of de huisartsenpraktijk?

Analysemethoden

Voor de analyse van tevredenheidsoordelen wordt meestal gebruik gemaakt van variantie- of regressie-analyse. Dit gebeurt vaak op het niveau van individuele gebruikers; soms op het niveau van zorginstellingen of zorgverleners. Om in het eerste geval toch kenmerken van instellingen of zorgverleners bij de analyse te betrekken, is het gebruikelijk dat dergelijke kenmerken als het ware worden gedistribueerd over de gebruikers van deze voorzieningen. Kijken we bijvoorbeeld naar de tevredenheid van patiënten met de huisarts(praktijk), dat worden in zo'n geval huisarts en/of praktijkenkenmerken op individueel niveau gekoppeld aan patiënten. Vindt de analyse plaats op het niveau van bijvoorbeeld huisartsen of huisartspraktijken, dan kunnen kenmerken van individuele patiënten naar dit 'hogere' niveau worden getild via aggregatie. Leeftijd van de patiënt gaat over naar bijvoorbeeld de gemiddelde leeftijd van alle patiënten van de betreffende huisarts of naar het percentage patiënten van 65 jaar en ouder. Bij databestanden, waarin zowel huisarts- als patiëntkenmerken zijn opgenomen en waarin van elke huisarts meerdere patiënten zijn opgenomen, spreken we van een hiërarchische of geneste structuur.

Bij analyses op het laagste niveau (in ons voorbeeld: het niveau van de patiënt) geldt dat bij de gedistribueerde kenmerken van een hoger niveau (in ons voorbeeld: het niveau van de huisarts) net wordt gedaan alsof deze kenmerken onafhankelijk van elkaar zijn verzameld. Dit is echter niet het geval. Door het distribueren van hoger niveau kenmerken naar het laagste niveau wordt de spreiding van deze kenmerken op het laagste niveau onderschat en wordt het effect overschat; men bereikt als het ware 'te vroeg' een significant resultaat. Bij een analyse op een hoger niveau (in ons voorbeeld: het huisarts-niveau), waarbij kenmerken van het lagere niveau worden geaggregeerd, geldt in feite het omgekeerde. Informatie over de spreiding van de lager niveau kenmerken gaat verloren en de effecten van deze kenmerken worden systematisch *onderschat*.¹³⁻¹⁴ Meer bekende analyse methoden die wel rekening houden met een hiërarchische structuur in een dataset – zoals bijvoorbeeld contextuele analyse of hiërarchische variantie-analyse – beperken zich tot een analyse op één niveau, waarbij stapsgewijs wordt geprobeerd de hiërarchische structuur te modelleren. De eisen die deze technieken stellen aan onderzoekers, beschikbare data en statistische software, maken dat zij slechts in specifieke situaties toepasbaar en weinig populair zijn.¹⁵⁻¹⁷

Een andere, nieuwe benadering voor het analyseren van databestanden met een geneste structuur, biedt multi-level analyse (MLA) via Random-Coëfficiënt (RC) modellen.¹⁸⁻²⁰ RC-modellen laten de oorspronkelijke hiërarchische structuur in de dataset intact, terwijl effecten in één stap worden geanalyseerd²¹. Behalve dat optimaal rekening wordt gehouden met de hie-

PATIËNTEN

rarchische structuur, bieden RC-modellen de mogelijkheid meer inzicht te krijgen in de wijze waarop onafhankelijke en afhankelijke variabelen met elkaar samenhangen. Daarbij wordt de variantie bij de afhankelijke variabele(n) opgedeeld in een component die betrekking heeft op verschillen binnen groepen (in ons geval: patiënten van huisartsen) en een component die betrekking heeft op verschillen tussen groepen (in ons geval: huisartsen). Op deze wijze kan eenvoudig worden nagegegaan op welk niveau de meeste variantie aanwezig is, en op welk niveau de meeste 'winst' is te behalen met maatregelen die gericht zijn op het verhogen van de kwaliteit van zorg. Wij gaan hier niet in op de wiskundige onderbouwing, de verdere methodologische aspecten, het scala van toepassingsmogelijkheden en de verschillende analyse pakketten voor multi-level analyse via RC-modellen – hiervoor kan men bij de bestaande literatuur terecht.²²⁻²⁵

Onderzoeksdata

De onderzoeksdata die we in dit artikel gebruiken zijn afkomstig uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk waaraan is deelgenomen door 161 huisartsen.²⁶ In een deelstudie zijn (mondelinge) enquêtes afgenomen bij ruim 13.000 patiënten van deze huisartsen. Voor de huisartsen beschikken we over gegevens die betrekking hebben op taakopvattingen en praktijkorganisatie. Afkomstig uit de patiënten-enquêtes is een serie vragen waaruit een tevredenheidsoordeel over de huisarts kan worden afgeleid.

De oordelen over het werken van de huisarts zijn afkomstig uit een vragenlijst van Cassee.²⁷ De vragen zijn zodanig geselecteerd dat verschillende dimensies van het werk van de huisarts aan bod komen. Voor dit artikel zijn de oordelen die betrekking hebben op twee dimensies, na factoranalyse, gecombineerd tot een schaal. Een schaal voor het oordeel over de communicatieve en informatieve vaardigheden (ofwel bejegening) van de huisarts (Cronbach's Alpha: .85), en een tweede schaal met oordelen over de bereikbaarheid van de huisarts (Cronbach's Alpha: .59). Beide schalen vormen de afhankelijke variabelen in onze analyses, waarbij een meer negatief oordeel wordt opgevat als een indicator voor ontevredenheid. Er is dus niet rechtstreeks gevraagd naar tevredenheid.

Onafhankelijke variabelen op patiëntniveau zijn: leeftijd, geslacht en het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen. Onafhankelijke variabelen op het niveau van de huisarts zijn: geslacht, aantal jaren werkervaring, praktijkvorm, de hoeveelheid tijd die gemiddeld per patiënt wordt uitgetrokken en de mate waarin men geneigd is de patiënt als 'gelijke' te behandelen. Deze laatste variabele betreft een schaalscore, vastgesteld door combinatie van een aantal items (Cronbach's Alpha: .65) die geacht worden samen de democratische houding van een persoon te meten.²⁸ Praktijkvorm is opgenomen als dummie-variabele, waarbij de solistisch- en in duopraktijkwerkende huisartsen worden vergeleken met gezondheidscentra en groepspraktijken. Ten opzichte van het oorspronkelijke databestand zijn proxy-interviews (het betreft hier voor het overgrote deel interviews waarbij ouders of verzorgers de vragen hebben beantwoord uit naam van een kind jonger dan 15 jaar), patiënten die niet eenduidig aan een huisarts gekoppeld konden worden (bijvoor-

PATIËNTEN

beeld in sommige groepspraktijken en gezondheidscentra), patiënten met 'missende waarden' op één of meerdere variabelen en huisartsen met minder dan 10 patiënten verwijderd. Als gevolg daarvan bestaan de twee datasets – één voor bejegening en één voor bereikbaarheid – uit de gegevens van respectievelijk 4292 en 4169 patiënten van 142 en 139 huisartsen. De aantallen huisartsen en patiënten in de twee datasets betekenen dat elke huisarts gemiddeld door circa 30 patiënten is beoordeeld.

Resultaten

Ook in onze beide datasets zijn patiënten voor het overgrote deel tevreden met hun huisarts (tabel 1). Voor de bejegening-items ligt het percentage 'tevreden' patiënten tussen de 80 en 95 procent. Bij de items die betrekking hebben op de bereikbaarheid van de huisarts ligt het percentage tevreden patiënten op circa 90 procent. Uitzondering vormt de wachttijd bij het laatste bezoek aan de huisarts. Iets meer dan 50% van de respondenten heeft hierover geen enkele reden tot klagen, terwijl bijna 15% ontevreden of zeer ontevreden is over de lengte van de wachttijd.

TABEL 1.

	bijna altijd/ meestal	soms	zelden/ nooit	Meningen van patiënten over het informatief/communicatief optre- den en de bereikbaarheid van de huisarts, in percentages
<i>Informatief/communicatief optreden (N=4292)</i>				
1. Mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert	84	10	6	*De antwoordcategorieën ver- schillen hier van de voorgaande negen items. De percentages heb- ben betrekking op respectievelijk 'ja, meer dan eens', 'ja, een enkele keer' en 'nooit'.
2. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand	9	9	82	
3. Mijn huisarts vertelt me precies wat ik moet doen als ik ziek ben	88	6	6	
4. Mijn huisarts behandelt me als een nummer	4	4	92	
5. Met mijn huisarts kan ik over al mijn problemen praten	86	6	8	
6. Mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan me	91	5	4	
7. Mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is	88	6	6	**Hier waren de antwoordcatego- rieën: 'ja, zeker + ja', 'nee, niet echt' en 'helemaal niet'.
<i>Bereikbaarheid (n=4169)</i>				
1. Tijdens de weekends en vakantieperiodes is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	90	5	5	
2. Tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of vervanger gemakkelijk bereikbaar	90	5	5	
3. Ik heb wel eens meegemaakt dat mijn huisarts geen visite wilde maken *	1	6	93	
4. De wachttijd bij mijn laatste bezoek aan de huisarts vind ik te lang **	14	35	51	

PATIËNTEN

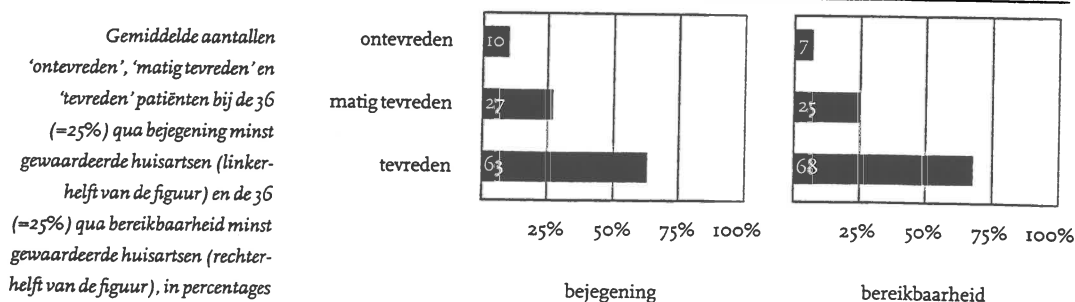
Het gevolg is, dat ook de 'bejegeningsschaal' en de 'bereikbaarheidsschaal' die zijn geconstrueerd door optelling van de afzonderlijke items, scheef zijn verdeeld. Voor de bejegeningsschaal geldt een gemiddelde score van 31,4 bij een minimum van 7 en een maximum van 35. De schaal die is ontstaan door combinatie van de bereikbaarheidsitems, heeft een gemiddelde van 15,3 met een minimum van 4 en een maximum van 17. Beide schalen correleren zwak met elkaar op het niveau van patiënten; er is nauwelijks een verband tussen de oordelen over de bereikbaarheid en de bejegening. Op het niveau van huisartsen is er een zwakke negatieve correlatie.

Om na te gaan of er verschillen zijn tussen huisartsen in de percentages 'tevreden' en 'ontevreden' patiënten, beschouwen we bij de bejegeningsschaal patiënten met een score die ligt tussen de 7 en 20 als 'ontevreden', patiënten met een score tussen de 21 en 28 als 'matig tevreden' en patiënten met een score tussen 29 en 35 als 'tevreden'. Bij de bereikbaarheidsschaal zijn de gehanteerde afkappunten 9 en 14. Een score van minder dan 9 wijst op ontevredenheid en een score van 14 of hoger op tevredenheid. Hantering van deze criteria resulteert in percentages tevreden en ontevreden patiënten, die voor de communicatieve en informatieve vaardigheden van de doorsnee huisarts uitkomen op circa 5% ontevreden, 15% matig tevreden en 80% tevreden patiënten. Voor de bereikbaarheid van de huisarts zijn de gemiddelde percentages 2% ontevreden, 12% matig tevreden en 86% tevreden patiënten. Echter, de verschillen tussen huisartsen zijn aanzienlijk.

Bij bejegening geldt voor drie van de 142 huisartsen dat 100% van hun ondervraagde patiënten tevreden is. De qua bejegening minst gewaardeerde huisarts telt 15% ontevreden patiënten, 36% matig tevreden patiënten en 49% tevreden patiënten. Een vergelijkbaar beeld blijkt uit de gemiddelde oordeel over de bereikbaarheid van de huisarts, zij het dat de onderlinge verschillen tussen de huisartsen wat groter zijn. De qua bereikbaarheid meest gewaardeerde huisartsen – in totaal zes van de 139 huisartsen – hebben 100% tevreden patiënten. Bij de minst gewaardeerde huisarts heeft hier 28% ontevreden, 39% matig tevreden, en 33% tevreden patiënten.

Voor de 25% van de 142 huisartsen met de laagste bejegeningsscores, zijn de gemiddelde percentages tevreden, matig tevreden en ontevreden patiënten weergegeven in de linkerhelft van figuur 1. Voor de 25% huisartsen met de laagste scores qua bereikbaarheid, staan deze gemiddelde percentages in de rechterhelft van de figuur.

FIGUUR 1.



PATIËNTEN

De geconstateerde verschillen in satisfactiescores bieden voldoende aanknopingspunten voor een nadere analyse van de verschillen in tevredenheid en een vergelijking van de uitkomsten van drie gangbare analysetechnieken: regressie-analyse op patiëntniveau (model 1), regressie-analyse op huisartsniveau (model 2) en multi-level analyse (model 3). De resultaten van deze vergelijking zijn weergegeven in tabel 2 en 3.

TABEL 2.

	MODEL 1		MODEL 2		MODEL 3		Vergelijking van de uitkomsten van drie analysemethoden van verschillen in tevredenheid met de informatieve en communicatieve vaardigheden van de huisarts, Standard Errors (SE) en T-statistics (T).
	Patiëntniveau		Artsniveau		Multi-niveau		
	SE	T*	SE	T*	SE	T*	
<i>Patiëntkenmerken (N=4292)</i>							
Leeftijd patiënt	0,0044	<u>9,4</u>	0,0337	-0,2	0,0044	<u>10,1</u>	
Geslacht patiënt	0,1465	-0,9	1,1931	1,1	0,1430	-1,5	
Aantal chronische aandoeningen	0,0525	<u>-6,4</u>	0,4683	-0,1	0,0512	<u>-6,9</u>	
<i>Huisarts/praktijkenmerken (N=142)</i>							
Geslacht huisarts	0,2592	-0,8	0,4648	-0,4	0,4290	-0,1	* De onderstreepte T-waarden zijn significant ($p<,05$)
Aantal jaren ervaring als huisarts	0,0104	-1,5	0,0213	0,1	0,0183	-0,8	
Democratische houding huisarts	0,1369	<u>4,4</u>	0,2560	<u>2,2</u>	0,2480	<u>2,1</u>	
Tijd voor de patiënt op spreekuur	0,0409	<u>5,2</u>	0,0716	<u>2,4</u>	0,0706	<u>2,7</u>	
Praktijkvorm	0,1650	-0,2	0,3066	-0,4	0,2970	-0,2	

Met betrekking tot het oordeel over de informatieve en communicatieve vaardigheden van de huisarts zijn er op patiëntniveau (model 1) vier significante effecten, waarvan twee patiëntkenmerken (leeftijd en aantal chronische klachten) en twee huisarts- of praktijkenmerken (de tijd die een huisarts normaliter uittrekt voor een consult en 'democratische attitude'). Op het niveau van huisartsen (model 2) zijn alleen de twee genoemde huisartskenmerken significant. Wordt, via MIA (model 3), rekening gehouden met de hiërarchische structuur van de variabelen, dan blijken dezelfde vier effecten significant als in model 1. Echter, de T-waarden voor de twee huisartskenmerken ('hoetijd de huisarts voor patiënten uittrekt, des te hoger de tevredenheidsscore' en ook 'hoe groter de democratische attitude, des te groter de tevredenheid van patiënten') zijn in model 3 aanmerkelijk lager dan in model 1. Met andere woorden: de effecten zijn minder sterk dan aanvankelijk verondersteld op basis van model 1. Vergelijking van de modellen 2 en 3 leert, dat het op grond van model 2 verwerpen van de hypothese 'ouderen en patiënten met relatief weinig chronische klachten hebben een meer positief oordeel over de bejegening door de huisarts', gezien de uitkomsten van model 3 een onjuiste beslissing zou zijn.

Overigens geldt voor elk van de drie modellen dat de percentages verklaarde variantie met respectievelijk 4%, 10% en 3%, laag zijn.

PATIËNTEN

TABEL 3.

Vergelijking van de uitkomsten van drie analysemethoden van verschillen in tevredenheid met de bereikbaarheid van de huisarts, Standard Errors (SE) en T-statistics (T)		MODEL 1		MODEL 2		MODEL 3	
		Patiëntniveau		Artsniveau		Multi-niveau	
		SE	T*	SE	T*	SE	T*
Patiëntkenmerken (N=4169)							
Leeftijd patiënt		0,0021	<u>8,7</u>	0,0172	1,8	0,0020	<u>8,8</u>
Geslacht patiënt		0,0654	1,1	0,7078	-0,1	0,0631	1,4
Aantal chronische klachten		0,0250	<u>-6,0</u>	0,2328	-1,9	0,0243	<u>-5,5</u>
Huisarts/praktijkenmerken (N=139)							
Geslacht huisarts		0,1166	-0,9	0,2421	-0,6	0,2170	-0,9
Aantal jaren ervaring als huisarts		0,0047	-1,9	0,0108	-1,4	0,0092	-1,2
Democratische attitude huisarts		0,0619	1,2	0,1374	1,0	0,1270	0,9
Tijd voor de patiënt op spreekuur		0,0193	0,1	0,0401	-0,2	0,0377	-0,1
Praktijkvorm		0,0739	<u>2,4</u>	0,1655	1,3	0,1520	1,4

* De onderstreepte t-waarden zijn
signifcant ($p < 0,05$)

De analyse van verschillen in oordelen over de bereikbaarheid van huisartsen leidt tot vergelijkbare conclusies (tabel 3). In het M LA model hebben twee van de acht in het model opgenomen variabelen een zelfstandig (signifcant) effect. Dit zijn 'leeftijd patiënt' (hoe ouder, des te meer tevreden) en 'het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen' (hoe meer chronische aandoeningen, des te minder tevreden). Analyse op het niveau van huisartsen, waarbij patiëntkenmerken worden geaggregeerd, zou (ten onrechte) tot de conclusie leiden dat geen van de in het model opgenomen variabelen een zelfstandig effect heeft. Analyse op het niveau van patiënten, zou tot de onjuiste conclusie leiden dat praktijkvorm een significant effect heeft. Voor model 1 geldt dat de standaardfouten van de (gedistribueerde) huisartskenmerken worden onderschat ten opzichte van model 3, zodat eigenlijk 'te vroeg' een significant resultaat wordt bereikt. Bij model 2 wordt de standaardfout van elk van de geaggregeerde patiëntkenmerken in vergelijking met model 3 overschat, en wordt 'te laat' (en in dit geval in het geheel niet) een significant resultaat bereikt.

Resteert de tweede onderzoeksvraag. Met betrekking tot het oordeel over de bejegening door de huisarts geldt dat bijna 8% van de totale variantie betrekking heeft op verschillen tussen huisartsen en de resterende 92% op verschillen tussen patiënten. Bij de oordelen over de bereikbaarheid van de huisarts ligt de verdeling weliswaar iets minder scheef, maar ook hier is de variantie vooral terug te vinden op het niveau van de patiënten. Van de aanwezige variantie ligt 89% op het niveau van de patiënt en bijna 11% op het niveau van de huisarts.

Conclusie

Het belangrijkste doel van dit artikel was een vergelijking van drie gangbare

PATIËNTEN

methoden voor het analyseren van verschillen in oordelen over het werken van de huisarts, met behulp van een databestand waarin sprake is van een hiërarchische structuur. Letten we simpel op de uitkomsten van de drie gangbare methoden, dan moet worden vastgesteld dat regressie-analyse op huisarts-niveau, en in wat mindere mate ook op patiëntniveau, kan leiden tot onterechte conclusies. Aan de hand van een eenvoudig analysemodel is aangetoond dat bij analyse op patiëntniveau huisartskenmerken systematisch worden overschat. Bij een analyse op huisartsniveau treedt systematische onderschatting op van de effecten van patiëntkenmerken. Met name bij effecten in het grensgebied van wel/niet statistisch significant en bij situaties met een grote spreiding in de oorspronkelijke oordelen, is het gevaar van onjuiste conclusies groot. Zijn de zelfstandige effecten redelijk sterk, dan hoeft deze over-, respectievelijk onderschatting op zich niet te resulteren in het ten onrechte verworpen of accepteren van deze variabelen in het verklaringsmodel. Is er in een databestand sprake van een hiërarchische structuur en heeft ook de vraagstelling die ten grondslag ligt aan de uit te voeren analyses betrekking op meerdere niveaus, dan verdienen methoden die nadrukkelijk rekening houden met deze structuur de voorkeur boven meer gebruikelijke methoden. Dergelijke databestanden zijn bij uitstek geschikt om te worden geanalyseerd met behulp van multi-level modellen.

Dit artikel is in de eerste plaats bedoeld als een methodologische vergelijking van analysemethoden. Hiervoor werd gebruik gemaakt van bestaande data, die mogelijk een indicatie geven van de tevredenheid met de huisarts, maar die in feite niet meer zijn dan een aantal oordelen over werkstijl en praktijkvoering. De gehanteerde grenswaarden voor (on)tevredenheid zijn arbitrair, hoewel ze zijn afgeleid uit de oorspronkelijke item-waarden. Beschouwen we de door ons geconstrueerde scores toch als twee maten voor de tevredenheid met de huisarts, dan bieden de resultaten van de door ons uitgevoerde multi-level analyses ook een inhoudelijk interessant resultaat. Helaas waren de percentages verklaarde variantie laag, maar dat is niet ongebruikelijk in satisfactie-onderzoek. Vastgesteld is evenwel dat verschillen in tevredenheid voornamelijk betrekking hebben op het patiëntniveau en slechts in zeer beperkte mate kunnen worden herleid tot verschillen tussen huisartsen. Dit geldt zowel voor de bejegening door de huisarts als de gepercipieerde bereikbaarheid van de huisarts. Een dergelijke conclusie kan belangrijke implicaties hebben voor een beleid dat is gericht op het verminderen van het aantal ontevreden patiënten als onderdeel van een meer omvattend kwaliteitsbeleid. Zo'n beleid zou zich niet in de eerste plaats moeten richten op de huisarts of de huisartspraktijk, maar vooral op wat er zich bij de patiënt – eventueel in relatie tot hetgeen wordt ervaren in de contacten met de huisarts – afspeelt. Aanvullende analyses wijzen uit dat de mate waarin personen zijn geconfronteerd met incidenten, op patiëntniveau mogelijk een belangrijke verklarende variabele zou kunnen zijn voor verschillen in tevredenheid²⁹. Dit zou betekenen dat huisartsen die op een, vanuit de patiënt gezien, adequate manier weten om te gaan met bijvoorbeeld de gevolgen van dergelijke incidenten, uiteindelijk meer positief beoordeeld zullen worden³⁰. Een dergelijke reactie is in principe aan te leren, waarmee op dit terrein een bijdrage zou worden geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt.

PATIËNTEN

Noot

Een eerdere versie van dit artikel is als paper gepresenteerd op de BSA Medical Sociology Group/ESMS joint conference: Health in Europe; Diversity, Integration and Change. University of Edinburgh, 18-21 september 1992.

Referenties

1. Campen C van, Friele RD, Kerssens JJ. *Methods for assessing patient satisfaction with primary care; review and annotated bibliography*. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1992.
2. Lebow JL. Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin* 1982; 91: 244-59.
3. Lebow JL. Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 237-45.
4. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 185-210.
5. Lochman JE. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health* 1983; 2: 91-109.
6. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine* 1988; 6: 637-44.
7. Hall JA, Dornan MC. What patient like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* 1988; 9: 935-9.
8. Visser APH. (red). *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten: doel, methode en beleid*. Lochem/Gent, De Tijdstroom. 1987.
9. Lemmens F, Donker M. *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een meta studie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NCGV). 1990.
10. Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Science & Medicine* 1994; 1: 45-53.
11. Campen C van, Sixma H, Friele R, Kerssens J, Peters L. Quality of Care and Patient Satisfaction: a Review of Measuring Instruments. *Submitted*.
12. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in social studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine* 1978; 3: 283-92.
13. Cronbach LJ. Research on classrooms and schools: formulation of questions, design and analysis. *unpublished paper*. Stanford University, Stanford Evaluation Consortium. 1976.
14. Burnstein L. The analysis of multi-level data in educational research and evaluation. *Review of Research in Education* 1980; 8: 158-233.
15. Leeuw J de, Kreft I. Random coefficient models for multilevel analysis. *Journal of Educational Statistics* 1986; 1: 57-85.
16. Methuen BO. Multilevel factor analysis of class and student achievement components. 1986; 4: 338-54.
17. Burnstein L, Kin K, Delanshere G. Multilevel investigations of systematic varying slopes. In: Bock RD (eds): *Multilevel analysis of educational data*. New York, Academic Press, 1989.
18. zie 15.
19. Aitkin M, Longford NT. Statistical modelling issues in school effectiveness studies. *Journal of the Royal Statistical Society, Serie A* 1986; 149: 1-43.
20. Goldstein H. *Multilevel models in educational and social research*. Oxford University Press, NY, 1987.
21. Raudenbush SW. Educational applications of hierarchical linear models. *Journal of Educational Statistics* 1988; 2: 85-116.
22. Bryk AS, Raudenbush SW. *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Newbury Park, Sage Publications, 1992.
23. zie 20.

PATIËNTEN

24. Bock RD. (eds). *Multilevel analysis of educational data*. New York, Academic Press, 1989.
25. Raudenbush SW, Willms JD. (eds). *Schools, classrooms, and pupils: international studies of schooling from a multilevel perspective*. Academic Press, Orlando (FL), 1991.
26. Foets M, Velden J van der. *Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures* Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1990.
27. Casee ETH. *Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg*. Meppel, Boom, 1973.
28. Grol R. *Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts; deel 5: eidrapportage*. Nijmegen, Nijmeegs Inversitair Huisartsen Instituut (NUHI), 1983.
29. Sixma HJM, Spreeuwenberg PMM, Pasch MM van der. Patient satisfaction with the general practitioner; differences in patient satisfaction with GPs working in different structural settings: a two-level analysis. *In preparation*. Zie ook 22.
30. Bareman FP, Nijenhuis EM, Dokter HJ, Trijsburg W, Out J, Braams FM. Dissatisfied patients: improving general practitioners' initial reactions. *Medical Education* 1993; 27: 382-8.

HERMAN J.M. SIXMA, PETER M.M. SPREEUWENBERG, MARJA A.A. VAN DER PASCH, zijn verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht.

Correspondentie

Drs H.J.M. Sixma
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Kenmerken van sociale relaties en gezondheid

M.A.R. Tijhuis, H.D. Flap, M. Foets, P.P. Groenewegen *

In dit artikel worden de verbanden tussen kenmerken van sociale relaties en de gezondheid onderzocht voor een representatieve steekproef van de bevolking van 18 jaar en ouder (N=10.110). Drie soorten kenmerken van sociale relaties - integratie, structuur en steun - worden gerelateerd aan de rapportage van chronische aandoeningen, acute klachten, psychiatrische klachten (GHQ) en ervaren gezondheid. De data hiervoor zijn verzameld met behulp van een gezondheidsinterview als deel van de 'Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk'. Met drie belangrijke determinanten van gezondheid (geslacht, leeftijd en opleiding) wordt rekening gehouden in de analyses. Via logistische regressie-analyses wordt aangetoond dat kenmerken van sociale integratie (samenstelling en grootte van het huishouden, bezigheden buitenshuis, het aantal vrienden, actief lidmaatschap van een kerk en lidmaatschap

van verenigingen) positief samenhangen met de gezondheid, ook wanneer rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd en opleiding. Kenmerken van de structuur van sociale relaties (de proportie familieleden, de proportie langdurige relaties, en de heterogeniteit naar geslacht en arbeidsmarktaandeel) hangen zelden samen met de gezondheid, ook wanneer rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd en opleiding. Het ontvangen van allerlei soorten steun en het aantal steungevers hangt negatief samen met de gezondheid: mensen die zeggen meer steun te ontvangen rapporteren ook meer klachten of aandoeningen. In het algemeen blijken geslacht, leeftijd en opleiding een belangrijke invloed te hebben op de verbanden tussen kenmerken van sociale relaties en gezondheid. Toekomstig onderzoek zal rekening moeten houden met deze factoren.

Trefwoorden: sociale relaties, gezondheid, determinanten van gezondheid

Onderzoek naar de verbanden tussen sociale relaties en gezondheid kent de laatste decennia in de gehele westerse wereld een grote groei. Veelal worden de sociale netwerken van groepen respondenten met bepaalde ziekten beschreven¹⁻³, waarbij het ontvangen van sociale steun vaak centraal staat.⁴ Een ijkpunt in de vorm van een overzicht van netwerk-kenmerken van andere groepen respondenten of van een 'gezonde' groep ontbreekt meestal, waardoor het moeilijk is te bepalen wat nu tot wat leidt: netwerk tot gezondheid, of gezondheid tot netwerk. De longitudinale onderzoeken naar sterfte⁵⁻¹² vormen een tweede belangrijke stroming in het onderzoek naar relaties tussen sociale netwerken en gezondheid. Dit onderzoek betreft vaak oudere respondenten, omdat hun sterftedans groter is en de kosten van het onderzoek daarmee beheersbaar blijven. In Nederland beperkt het onderzoek naar relaties tussen sociale netwerken en gezondheid zich tot zeer selecte groepen patiënten.¹³⁻¹⁵ In enkele studies wordt wel een vergelijking van netwerk-kenmerken van gezonden en zieken gegeven^{14,16-18}, maar een beschrijving van de relaties tussen gezondheid en het sociale netwerk voor een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking ontbreekt tot nu toe. Met dit onderzoek willen we deze leemte opvullen.

De vragen die hier centraal staan zijn:

- Welke kenmerken van sociale netwerken zijn gerelateerd aan gezondheid in de bevolking?
- Blijven deze relaties bestaan wanneer rekening wordt gehouden met sociaal-demografische kenmerken als leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (noot 1)?
- Blijven de relaties van leeftijd, geslacht en sociaal-economische status met gezondheid bestaan wanneer rekening wordt gehouden met kenmerken van het sociale netwerk?

Omdat uit de literatuur blijkt dat zowel iemands leeftijd, geslacht als sociaal-economische status doorgaans sterk met diens gezondheid én met zijn sociale netwerk samenhangen^{19,21,22}, is het nodig rekening te houden met de invloed van deze factoren.

Onderzoek naar sociale relaties vindt veelal plaats vanuit één van drie verschillende benaderingen.^{19,23,24} De eerste benadering is die van sociale integratie of isolatie. Het bestaan van en de hoeveelheid relaties zijn de centrale netwerk-kenmerken van deze benadering. Mensen die meer geïntegreerd zijn, in termen van huishoudsamenstelling, lidmaatschap van verenigingen enz., blijken een kleinere kans op ziekte en sterfte te hebben. De tweede benadering gaat uit van de structuur van het sociale netwerk. Voorbeelden van structuur-kenmerken van een netwerk zijn dichtheid (aantal relaties tussen netwerkleden onderling) en homogeniteit (de mate waarin netwerkleden op bepaalde punten op elkaar lijken). Een hoge dichtheid en veel homogeniteit in een netwerk worden verondersteld gunstig te zijn voor de gezondheid. Hierover bestaat nog niet veel empirisch onderzoek.^{25,26} De derde benadering richt zich op de functie van relaties.

* M.A.R. Tijhuis, ten tijde van dit onderzoek werkzaam bij NIVEL, Utrecht

H.D. Flap, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht
M. Foets, NIVEL, Utrecht

P.P. Groenewegen, Faculteit Sociale Wetenschappen, Faculteit Ruimtelijke Ordening, Universiteit Utrecht / NIVEL, Utrecht

PATIËNTEN

De functie van relaties kan worden bepaald aan de hand van de hoeveelheid en typen steun die worden geleverd.²³ House, Umberson en Landis²³ onderscheidde in 1988 drie functies van relaties: sociale steun, sociale regulatie, en sociaal conflict. Omdat over sociale regulatie en sociale conflicten in ons onderzoek niet rechtstreekse vragen zijn gesteld aan de respondenten, beperken we ons hier tot sociale steun als functie van relaties. Meer steun wordt verondersteld tot minder (ernstige) ziekte te leiden.

In onderhavig onderzoek willen we de kenmerken van sociale netwerken, geordend volgens bovenstaande driedeling van integratie, structuur en inhoud, relateren aan het voorkomen van klachten en aandoeningen. Omdat op het gebied van de relatie tussen gezondheid en kenmerken van de structuur van het netwerk nog weinig bekend is, beperken we de hypothesen die hier getoetst zullen worden tot die over sociale integratie en sociale steun: *we verwachten dat mensen die meer in de samenleving zijn geïntegreerd en mensen die meer steun krijgen gezonder zullen zijn.* Verder zullen relaties tussen kenmerken van de structuur van het netwerk en gezondheid worden beschreven, zonder dat we daarover duidelijke verwachtingen formuleren. Alhoewel in de internationale literatuur²³ meer genuanceerd wordt gesproken over de samenhang tussen sociale relaties en gezondheid, beperken we ons hier tot globale hypothesen omdat we uitspraken willen doen over een algemene populatie.

DATA EN METHODEN

De gegevens voor dit artikel zijn verzameld in het kader van de 'Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk'²⁸ door middel van een gezondheidsinterview. De respondenten zijn a-select geselecteerd via de administratie van 161 huisartsen. Omdat bijna alle inwoners van Nederland bij een huisarts staan ingeschreven en omdat de steekproef vrijwel identiek is aan de Nederlandse bevolking voor wat betreft leeftijd en geslacht²⁸, is onze steekproef representatief te noemen. De totale steekproef bestaat uit 17.047 respondenten, de respons was 77%. Deze steekproef bevat respondenten van alle leeftijden. Hier presenteren we echter slechts resultaten voor respondenten van 18 jaar en ouder (N=10.110) omdat kan worden aangenomen dat deze groep zelfstandiger is in het samenstellen van het eigen netwerk dan jongere respondenten.

Gezondheid is geoperationaliseerd als het ontbreken van klachten of ziekten. Dit hebben we op verschillende manieren gemeten: via de ervaren gezondheid, en via lijsten van acute klachten, psychiatrische klachten, en chronische aandoeningen. De ervaren gezondheid is door de respondenten aangegeven op een 5-puntsschaal, lopend van 'heel goed' (score 1) tot 'heel slecht' (score 5). Op grond daarvan is het percentage respondenten dat zich niet gezond voelt (scores 3, 4 en 5) berekend. Acute klachten ervaren in de laatste twee weken voor het interview, werden gemeten met behulp van een lijst van 42 klachten.²⁸ Van de 42 klachten zijn er 2 niet opgenomen in dit onderzoek: problemen op het werk, en gezinsproblemen. Deze twee klachten geven niet direct de (lichamelijke of psychische) gezondheid aan. De lijst bestaat

verder uit de volgende klachten: koorts, moeheid, lusteloosheid, overmatig transpireren, hoofdpijn, duizeligheid, keelpijn, oorpijn, oorsuizen, slecht of verstopt horen, verstopte neus, neusbloeding, hoesten, benauwdheid of ademhalingsproblemen, hartkloppingen, pijn of beklemd gevoel op de borst, dikke enkels, misselijkheid, braken, diarree, maagzuur, maagpijn, buikkrampen, klachten over de stoelgang, tandpijn, branderig gevoel bij het plassen, geen controle over de blaas, nek- of schouderklachten, heupklachten, rugklachten, klachten aan arm, hand, vingers of elleboog, klachten aan been, knie, voet of tenen, menstratieklachten. Het percentage respondenten met klachten is berekend: respondenten die geen klachten rapporteren scoren 0, respondenten die één of meer klachten rapporteren scoren 1. Voor het meten van psychiatrische klachten gebruikten we de General Health Questionnaire (GHQ).²⁹ De GHQ is bedoeld als een screeningsinstrument in de eerste fase van het opsporen van psychiatrisch zieken. Een respondent die 5 of meer items positief beantwoordt, is mogelijk een psychiatrisch 'geval'.^{29,30} De GHQ moet worden beschouwd als een maat voor de huidige psychische gezondheidstoestand, afgezet tegen de 'normale' toestand van de betreffende respondent. Als indicator voor ziekte is het percentage respondenten berekend dat mogelijk een psychiatrisch 'geval' is. De laatste indicator betreft chronische aandoeningen en is meer objectief te noemen in vergelijking met voorgaande indicatoren. De aanwezigheid van chronische aandoening is gemeten met behulp van een checklist ontwikkeld door Van den Bos.¹⁷ Voor elk van de 25 aandoeningen (noot 2 in de lijst is de respondent gevraagd in te vullen of hij of zij aan deze ziekte lijdt. Opnieuw is het percentage respondenten met één of meer aandoeningen berekend. In tabel 2 is te vinden hoeveel respondenten volgens elke indicator ongezond zijn.

De volgende groep van variabelen zijn de indicatoren van het sociale netwerk. Tabel 1 toont de frequentie van respondenten per categorie van elke indicator. De onderzochte netwerk-kenmerken zijn onderscheiden in drie groepen. De eerste groep bestaat uit indicatoren van sociale integratie. We beschikken over de volgende kenmerken: samenstelling en grootte van het huishouden, aantal goede vrienden, lidmaatschap van een kerk en frequentie van het kerkbezoek, lidmaatschap van verenigingen, bezigheden buitenshuis, en het aantal personen dat steun geeft. Hier bespreken we alleen op welke wijze bezigheden buitenshuis, en het lidmaatschap van een kerk en de frequentie van het kerkbezoek is vastgesteld. De overige indicatoren zijn beschreven in een artikel van Tjibbe e.a.¹⁹ Bezigheden buitenshuis is niet beperkt tot betaald werk. Ook vrijwilligerswerk, het volgen van een dagopleiding, militaire dienst en werken met behoud van uitkering beschouwen we hier als bezigheden buitenshuis. Kerklidmaatschap en -bezoek zijn gecombineerd tot actief lidmaatschap (gecodeerd als 0 of 1, resp. geen of geer actief lidmaatschap versus actief lidmaatschap). Actief lidmaatschap is geoperationaliseerd als lid zijn van een kerk en de kerk vaker dan één maal per maand bezoeken.

De structuur van het netwerk wordt afgeleid uit vragen over kenmerken van steungevers. De namen van deze steungevers zijn verkregen via de zogenaamde ruilmethode.

PATIËNTEN

		Verdelings- percentage	Percentage mannen	Gemiddelde leeftijd	Gemiddelde opleiding
Over alle respondenten		100,0	48,8	43,1	2,8
Kenmerken van sociale integratie					
Samenstelling van het huishouden					
	Alleenwonend	16,1	38,1	51,6	2,7
	Eén-ouder	2,0	19,2	36,1	2,9
	Twee-ouder	39,3	51,0	36,3	3,0
	Paar zonder kinderen	42,7	52,2 *	46,4 *	2,7 *
Aantal huishoudleden					
	1	12,7	35,3	53,1	2,8
	2	29,4	49,4	49,3	2,6
	3, 4	44,0	52,0	38,2	2,9
	≥5	14,0	50,0 *	36,3 *	2,9 *
Aantal vrienden					
	0	5,5	60,5	48,2	2,5
	1, 2	19,9	50,4	42,4	2,7
	3, 4, 5	33,5	49,1	40,3	3,1
	≥6	41,1	45,1 *	42,7 *	2,9 *
Actief kerklid					
	Nee	69,5	51,5	40,9	2,9
	Ja	30,5	42,7 *	48,1 *	2,6 *
Verenigingslid					
	Nee	45,1	39,0	44,6	2,6
	Ja	54,9	56,9 *	41,9 *	3,0 *
Bezigheden buitenshuis					
	Nee	42,7	30,4	53,2	2,2
	Ja	57,3	62,6 *	35,6 *	3,3 *
Aantal steungevers					
	0	5,4	59,3	49,6	2,3
	1, 2	11,8	48,8	47,1	2,4
	3, 4	43,6	50,3	43,4	2,7
	5, 6	39,2	45,7 *	40,7 *	3,1 *
Kenmerken van de structuur van sociale relaties					
Proportie langdurige relaties					
	0	14,1	55,7	33,6	3,2
	1-33	16,5	47,5	35,4	3,4
	34-67	27,3	44,1	40,4	3,0
	68-99	11,0	42,1	46,8	2,7
	100	25,7	49,2 *	53,2 *	2,2 *
Proportie mensen die dichtbij woont					
	0	13,5	53,8	42,4	2,9
	1-33	21,3	47,7	42,6	3,1
	34-67	32,1	44,7	42,5	2,9
	68-99	11,0	46,6	42,5	2,8
	100	22,1	51,3 *	43,6	2,5 *
Proportie mensen waarmee men vaak contact heeft					
	0	6,8	52,6	48,9	2,7
	1-33	13,8	47,4	45,0	3,0
	34-67	30,3	44,1	43,0	3,0
	68-99	12,9	44,1	40,4	3,1
	100	36,2	52,6 *	41,3 *	2,6 *
Proportie familie					
	0	26,3	54,1	39,4	3,1
	1-33	23,7	47,5	41,3	3,2
	34-67	29,1	44,2	42,9	2,8
	68-99	8,0	43,2	44,5	2,5
	100	12,9	49,4 *	50,7 *	2,1 *
Proportie collega's					
	0	87,5	46,0	43,4	2,8
	1-33	9,2	60,9	37,8	3,5
	34-100	3,3	72,0 *	38,4 *	3,3 *
Heterogeniteit naar geslacht					
	0	26,6	37,5	44,0	2,6
	0,01-0,91	48,9	50,1	41,8	3,0
	0,92-1,00	24,6	55,8 *	42,2 *	3,0 *
Heterogeniteit naar arbeidsmarktaandeelname					
	0	29,9	49,0	44,6	2,7
	0,01-0,91	47,9	48,7	41,5	3,0
	0,92-1,00	22,2	46,2	41,4 *	3,0 *
Kenmerken van sociale steun					
Algemene emotionele steun					
	Nee	55,6	56,3	47,0	2,5
	Ja	44,4	39,4 *	38,2 *	3,2 *
Algemene praktische steun					
	Nee	43,9	52,7	42,4	2,6
	Ja	56,1	45,8 *	43,6 *	3,0 *
Visite, uitgaan					
	Nee	13,1	51,9	47,8	2,4
	Ja	86,9	48,4	42,4 *	2,9 *
Gezondheidsspecifieke emotionele steun					
	Nee	50,9	59,3	46,1	2,6
	Ja	49,1	37,9 *	40,0 *	3,0 *
Gezondheidsspecifieke praktische steun					
	Nee	93,0	50,7	42,8	2,8
	Ja	7,0	23,6 *	46,8 *	2,8
Sociale contacten met mensen werkzaam in de gezondheidszorg					
	Nee	52,2	51,3	45,8	2,5
	Ja	47,8	46,1 *	39,2 *	3,4 *

Codering van variabelen: opleiding: 1=laag tot 5=hoog. Statistische significantie: * $p < 0,001$. Pearson's χ^2 en F-toets via ANOVA

Tabel 1 Verdeling van netwerk-kenmerken (in %), en % mannen, gemiddelde leeftijd en opleiding, per netwerkcategorie (N=10110)

PATIËNTEN

de.^{19,31,32} Er is gevraagd aan de respondenten of ze steun ontvangen op elk van zes levensgebieden en zo ja, van wie (noot 3). Van de genoemde personen is vervolgens een aantal kenmerken vastgelegd, zoals geslacht, type relatie (familie, vriend, collega, buur, of anders), de duur van de relatie, hoe snel de persoon bij de respondent zou kunnen zijn qua reistijd, hoe vaak zij contact hebben, en of die persoon een betaalde baan heeft. De volgende structuurkenmerken zijn voor elke respondent berekend: proportie langdurige relaties, proportie mensen die dichtbij woont, proportie mensen waarmee men vaak contact heeft, proportie familie, proportie collega's, heterogeniteit naar geslacht, en heterogeniteit naar arbeidsmarktaandeel. De keuze voor zowel proporties als voor maten voor heterogeniteit is gelegen in het feit dat we veronderstellen dat deze een verschillende betekenis hebben. Heterogeniteit zou van invloed kunnen zijn op het aantal verschillende soorten steun dat zal worden ontvangen, en mensen die meer soorten steun ontvangen worden geacht gezonder te zijn.³³⁻³⁵ De proportie zou van invloed kunnen zijn op het al dan niet ontvangen van steun.³⁴⁻³⁷ De proporties zijn berekend door het aantal mensen waarmee men langer een relatie onderhoudt (langer dan 10 jaar), of die dichtbij wonen (reistijd van maximaal 10 minuten), of waarmee men vaak contact heeft (één maal per week of vaker), of familieleden, of collega's, af te zetten tegen het totale aantal steungevers. De heterogeniteit is berekend met behulp van Simpson's heterogeniteitsindex, de index van kwalitatieve variatie.^{19,38,39} De index voor geslacht is 0 als alle netwerkleiden van een respondent van hetzelfde geslacht zouden zijn.

De inhoud van relaties, de derde benadering binnen het onderzoek naar sociale netwerken, beperkt zich in ons onderzoek tot sociale steun. Om de hoeveelheid en soorten steun die iemand ontvangt te kunnen bepalen is gebruik gemaakt van de hierboven beschreven ruilmethode. De soorten steun die meestal worden onderscheiden zijn emotionele steun, praktische steun, informatie en 'social companionship'.^{27,40,41} De zes levensgebieden waarop steun kan worden ontvangen in ons onderzoek, kunnen worden onderscheiden naar algemene (zie noot 3: items B, D, E en F) en gezondheidsspecifieke steun (items A en C), en daarbinnen naar emotionele (gezondheidsspecifiek: item A; algemeen: item B) en praktische steun (gezondheidsspecifiek: item C; algemeen: items D en E) en 'social companionship' (item F). Informatie als vorm van steun hebben we niet direct gemeten. Uit het feit dat mensen sociale contacten hebben binnen de gezondheidszorg leiden we af dat zij informatie zouden kunnen krijgen over zaken die relevant zijn voor het ziekte-proces. De vragen over 'informatie' in de vragenlijst waren de volgende: 'Zijn er onder de mensen met wie u regelmatig omgaat personen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg? Zijn er onder de mensen met wie u regelmatig omgaat personen die werkzaam zijn in de gewone gezondheidszorg? Zijn er onder degenen met wie u regelmatig omgaat ook mensen die niet werkzaam, maar wel opgeleid zijn of werden als...?'. Vervolgens werd gevraagd in welke functie deze personen werkzaam zijn, of voor welke functie zij opgeleid zijn. Respondenten met bekenden werkzaam in de gezondheidszorg als verzorgenden, verplegenden, spe-

cialisten enz. (maar niet in administratie) kregen de score 1, de andere scoren 0 op 'informatie'.

Sociaal-demografische kenmerken van respondenten, zoals geslacht, leeftijd en sociaal-economische status, zijn in dit onderzoek opgenomen als controle-variabelen. Deze kenmerken zijn, zo blijkt uit bestaand onderzoek, sterk gerelateerd aan zowel het voorkomen van klachten en aandoeningen, als aan kenmerken van sociale netwerken. De sociaal-economische status van een respondent wordt afgeleid uit de hoogst genoten opleiding (variërend van 1=laag tot 5=hoog). De verdeling van de respondenten over deze kenmerken is vrijwel identiek aan die van de Nederlandse bevolking.

Ter beantwoording van de vraag naar relaties tussen kenmerken van het sociale netwerk en gezondheid zijn allereerst bi-variate analyses uitgevoerd. Per netwerk-kenmerk is berekend hoeveel klachten of aandoeningen de respondenten rapporteren en hoeveel procent van de respondenten klachten of aandoeningen rapporteert. Daarna is met behulp van multi-pele regressie bepaald of een eventuele relatie tussen netwerk-kenmerken en gezondheid blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met het geslacht, de leeftijd en de opleiding van de respondenten. Ten behoeve van deze laatste analyses zijn de nominale kenmerken van het netwerk omgezet in dummy-variabelen.⁴² Dit geldt voor de samenstelling van het huishouden, het kerklidmaatschap, het verenigingslidmaatschap, bezigheden buitenshuis, en het al dan niet ontvangen van de verschillende soorten steun. De overige netwerk-kenmerken zijn opgevoerd als continue variabelen. Ook geslacht is opgevoerd als dummy-variabele. Leeftijd en opleiding zijn opgevoerd als continue variabelen. De relaties tussen het voorkomen van klachten of aandoeningen en netwerk-kenmerken zijn via logistische regressie-analyses vastgesteld.⁴³ De statistische significantie van de coëfficiënten die resulteren uit de analyses van kenmerken van integratie en steun zijn eenzijdig getoetst omdat onze hypothesen een duidelijke richting in de verbanden veronderstellen. Voor analyses met kenmerken van de structuur is de statistische significantie tweezijdig getoetst.

RESULTATEN

Tabel 1 toont de verdeling van de netwerk-kenmerken en het percentage mannen en de gemiddelde leeftijd en opleiding per netwerk-kenmerk. Het grootste gedeelte van deze resultaten is elders eerder gepresenteerd.¹⁹

In tabel 2 worden geslacht, leeftijd en opleiding, en de kenmerken van sociale netwerken gerelateerd aan het voorkomen van klachten en aandoeningen. Vrouwen blijken vaker chronische aandoeningen, acute klachten, en psychiatrische klachten te rapporteren dan mannen. Wat het niet gezond voelen betreft is het verschil tussen vrouwen en mannen niet statistisch significant. Ouderen en lager opgeleiden blijken vaker chronische aandoeningen te rapporteren en zich vaker niet gezond te voelen dan jongeren en hoger opgeleiden. Er doen zich geen leeftijds- en opleidingsverschillen voor in het rapporteren van acute en psychiatrische klachten.

De belangrijkste conclusie die over de resultaten met betrekking tot de netwerk-kenmerken valt te trekken is dat

PATIËNTEN

	Chronische aandoeningen	Acute klachten	Psychiatrische klachten	Niet gezond voelen
Over alle respondenten	55,1	80,1	12,8	17,1
Geslacht				
Man	50,0	75,5	9,6	16,6
Vrouw	59,9 *	84,5 *	16,0 *	17,6
Leeftijd				
18-24	36,3	81,7	12,0	7,6
25-44	48,3	78,7	12,8	10,1
45-64	66,9	81,3	13,6	25,9
≥65	73,4 *	80,8	12,4	32,6 *
Opleiding				
Lo	68,9	80,8	14,7	33,3
Lbo	55,7	80,0	13,0	16,3
Mavo	56,1	78,8	12,3	13,9
Havo, vwo, mbo	46,4	80,8	11,1	10,8
Hbo, wo	47,2 *	79,5	13,0	9,4 *
Kenmerken van sociale integratie				
Samenstelling van het huishouden				
Alleenwonend	62,1	82,7	18,7	25,2
Eén-ouder	58,1	87,2	28,5	17,4
Twee-ouder	50,2	78,3	11,6	10,2
Paar zonder kinderen	56,8 *	80,4 *	11,0 *	20,4 *
Aantal huishoudleden				
1	63,5	84,3	20,2	26,2
2	60,2	81,8	12,6	21,8
3, 4	51,3	78,4	11,6	12,9
≥5	48,7 *	78,0 *	10,6 *	12,2 *
Aantal vrienden				
0	55,4	74,6	14,4	25,0
1, 2	56,4	80,3	14,6	19,1
3, 4, 5	53,8	81,9	14,0	14,7
≥6	54,7	80,1	10,5 *	15,0 *
Actief kerklid				
Nee	53,8	80,4	13,2	16,6
Ja	58,0 *	79,4	12,0	18,3
Verenigingslid				
Nee	57,3	80,6	14,6	20,8
Ja	53,3 *	79,7	11,4 *	14,2 *
Bezigheden buitenshuis				
Nee	67,2	83,0	15,9	27,3
Ja	46,1 *	77,9 *	10,6 *	9,6 *
Aantal steungevers				
0	54,4	72,4	11,0	21,6
1, 2	54,0	77,0	14,2	23,2
3, 4	54,1	78,6	11,4	15,4
5, 6	56,7	83,8 *	14,3 *	16,7 *
Kenmerken van de structuur van sociale relaties				
Proportie langdurige relaties				
0	44,9	79,9	12,4	12,0
1-33	51,5	82,0	15,0	12,8
34-67	54,4	82,1	13,8	16,4
68-99	61,1	82,7	12,7	18,1
100	61,3 *	77,4 *	11,0	22,3 *
Proportie mensen die dichtbij woont				
0	53,8	78,8	13,8	18,2
1-33	56,0	81,4	13,5	16,1
34-67	55,3	81,9	12,6	16,7
68-99	57,2	83,3	14,2	16,6
100	53,9	77,5 *	11,7	17,2
Proportie mensen waarmee men vaak contact heeft				
0	57,7	78,0	12,3	18,4
1-33	58,8	80,8	13,1	15,5
34-67	55,8	82,1	13,7	16,8
68-99	58,0	84,6	13,9	15,1
100	51,7 *	78,2 *	12,0	17,8

Tabel 2 Percentage respondenten met één of meer chronische aandoeningen, met één of meer acute klachten, met psychiatrische klachten, of dat zich niet gezond voelt, naar geslacht, leeftijd, en opleiding, en per netwerk-kenmerk (N=10.110)
Vervolg tabel 2 op pagina 346

PATIËNTEN

	Chronische aandoeningen	Acute klachten	Psychiatrische klachten	Niet gezond voelen
Proportie familie				
0	48,9	79,8	12,7	14,7
1-33	55,4	81,4	14,4	15,2
34-67	58,2	82,1	12,5	17,7
68-99	59,2	81,8	11,7	17,2
100	58,2	76,1 *	12,5	22,4 *
Proportie collega's				
0	55,6	80,3	13,0	17,6
1-33	52,0	81,7	13,6	11,7
34-100	50,9	82,7	10,4	13,5 *
Heterogeniteit naar geslacht				
0	55,5	80,8	14,0	17,8
0,01-0,91	55,3	81,0	12,5	15,6
0,92-1,00	54,5	80,2	12,4	17,0
Heterogeniteit naar arbeidsmarktaandeel				
0	54,6	79,0	12,3	17,4
0,01-0,91	56,0	81,8	13,0	15,6
0,92-1,00	53,7	80,8	13,2	16,9
Kenmerken van sociale steun				
Algemene emotionele steun				
Nee	57,1	77,1	10,1	19,5
Ja	52,6 *	83,9 *	16,3 *	14,2 *
Algemene praktische steun				
Nee	53,5	78,0	12,2	18,3
Ja	56,3 *	81,7 *	13,3	16,2
Visite, uitgaan				
Nee	57,6	78,1	15,1	21,7
Ja	54,7	80,4	12,5	16,5 *
Gezondheidsspecifieke emotionele steun				
Nee	50,5	73,3	8,7	14,5
Ja	59,8 *	87,2 *	17,1 *	19,9 *
Gezondheidsspecifieke praktische steun				
Nee	53,5	79,0	11,5	15,5
Ja	76,0 *	94,6 *	31,1 *	38,5 *
Sociale contacten met mensen werkzaam in de gezondheidszorg				
Ja	53,2 *	81,4	13,1	13,1 *

Statistische significantie: * $p < 0,001$; Pearson's χ^2

Vervolg tabel 2 Percentage respondenten met één of meer chronische aandoeningen, met één of meer acute klachten, met psychiatrische klachten, of dat zich niet gezond voelt, naar geslacht, leeftijd, en opleiding, en per netwerk-kenmerk (N=10.110)

kenmerken van integratie op de door ons veronderstelde manier samenhangen met gezondheid. Mensen die sterker zijn geïntegreerd, zijn minder vaak ziek. Een uitzondering wat de kenmerken van integratie betreft vormen de indicatoren voor het aantal steungevers en het kerklidmaatschap. Voor het merendeel van de klachten en aandoeningen geldt dat het beschikken over meer steungevers samengaat met meer ziekte. Datzelfde verband zien we terug komen wanneer we de relaties tussen het ontvangen van de verschillende soorten steun en ziekte bekijken. Vrijwel steeds geldt dat het ontvangen van een specifieke soort steun samengaat met meer ziekte, een enkele uitzondering (de algemene soorten steun hangen meestal samen met minder chronische aandoeningen) daargelaten. Kerklidmaatschap is positief gerelateerd aan het voorkomen van klachten of aandoeningen en het zich niet gezond voelen, en (zwak) negatief aan het aantal acute klachten dat mensen rapporteren. Hierop komen we later in dit artikel terug.

Met betrekking tot de kenmerken van de structuur van sociale netwerken zijn de resultaten verschillend naar gelang de gezondheidsmaat die we gebruiken. Algemeen geldt dat een grotere proportie langdurige relaties en fami-

lieleden samen gaat met meer aandoeningen of klachten. Een grotere proportie collega's blijkt juist gerelateerd aan minder klachten of aandoeningen. Deze bi-variate analyses tonen ook aan dat, met name voor wat betreft de proporties langdurige relaties en mensen die dichtbij wonen, de verbanden met gezondheid lang niet altijd lineair zijn.

Verbanden tussen bijvoorbeeld kerklidmaatschap (maar ook proportie langdurige relaties en familieleden) en het voorkomen van ziekten lijken sterk bepaald door leeftijd en misschien ook door geslacht. Uit hier niet getoonde gegevens blijkt dat vrouwen en oudere mensen vaker lid zijn van een kerk dan mannen en jongere mensen¹⁹; bovendien vertonen vrouwen en oudere mensen vaker bepaalde (met name acute) klachten dan mannen en jongere mensen. Dit soort dwarsverbanden met geslacht, leeftijd en ook opleiding zijn te vinden voor de meeste indicatoren van ziekte en het sociale netwerk die wij hier gebruiken. Een deel van de samenhang tussen kenmerken van netwerken en ziekte zou derhalve kunnen verdwijnen wanneer we geslacht, leeftijd, en opleiding, in de analyses opnemen. In tabel 3 worden de resultaten van dergelijke analyses getoond.

PATIËNTEN

	Chronische aandoeningen	Acute klachten	Psychiatrische klachten	Niet gezond voelen
Kenmerken van sociale integratie				
Samenstelling van het huishouden (t.o.v. alleenstaanden)				
Eén-ouder	ns	+	+	+
Twee-ouder	ns	-	-	-
Paar zonder kinderen	ns	-	-	-
Aantal huishoudleden	ns	-	-	-
Aantal vrienden	ns	ns	-	-
Actief kerklid	ns	-	-	-
Verenigingslid	ns	ns	-	-
Bezigheden buitenshuis	-	-	-	-
Aantal steungevers	+	+	+	+
Kenmerken van de structuur van sociale relaties				
Proportie langdurige relaties	ns	-	-	ns
Proportie mensen die dichtbij woont	ns	ns	-	ns
Proportie mensen waarmee men vaak contact heeft	ns	ns	ns	ns
Proportie familie	ns	-	ns	ns
Proportie collega's	ns	+	ns	ns
Heterogeniteit naar geslacht	ns	ns	ns	ns
Heterogeniteit naar arbeidsmarktaandeel	+	ns	ns	ns
Kenmerken van sociale steun				
Algemene emotionele steun	ns	+	+	ns
Algemene praktische steun	+	+	ns	ns
Visite, uitgaan	ns	ns	-	ns
Gezondheidsspecifieke emotionele steun	+	+	+	+
Gezondheidsspecifieke praktische steun	+	+	+	+
Sociale contacten met mensen werkzaam in de gezondheidszorg	+	+	ns	-
Codering van variabelen: samenstelling van het huishouden gecodeerd als dummy's, één-ouder: 1=ja, twee-ouder: 1=ja, paar zonder kinderen: 1=ja, ten opzichte van alleenstaanden als referentie categorie, actief kerklid: 1=ja, verenigingslid: 1=ja, bezigheden buitenshuis: 1=ja, alle soorten steun: 1=ja +: statistisch significante positieve coëfficiënt; -: statistisch significante negatieve coëfficiënt; ns: statistisch niet significant, $p > 0,001$				

Tabel 3 Resultaten van logistische regressie-analyses voor de relaties tussen chronische aandoeningen, acute klachten, psychiatrische klachten of niet gezond voelen, en netwerk-kenmerken, gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleiding (N=10.110)

Wanneer rekening wordt gehouden met sociaal-demografische kenmerken van respondenten die zowel samenhangen met indicatoren van ziekte als met indicatoren van het sociale netwerk, dan blijken veel van de verbanden tussen netwerk-kenmerken en ziekte inderdaad te verdwijnen. Maar ook worden in multiële analyses een aantal verbanden gevonden die bi-variaat niet de statistische significantie bereiken. De kenmerken van integratie, zoals samenstelling en grootte van het huishouden, actief kerklidmaatschap, verenigingslidmaatschap, en bezigheden buitenshuis blijven, na controle voor leeftijd, geslacht en opleiding, over het algemeen wel hun relatie met de indicatoren voor ziekte houden, al lijkt dit minder sterk op te gaan voor de relatie met chronische aandoeningen. Kenmerken van de structuur van netwerken en ziekte hangen over het algemeen niet samen wanneer we rekening houden met het geslacht, de leeftijd en opleiding van de respondenten. De meeste steunsoorten hangen positief samen met het voorkomen van klachten en aandoeningen, terwijl we verwachtten dat mensen die steun krijgen minder vaak ziek zouden zijn.

Controle voor leeftijd, geslacht en opleiding heeft een aantal maal tot effect dat het verband van teken verandert: negatieve verbanden worden positief en vice versa. In de meeste gevallen is er bij de bi-variate analyses sprake van niet-lineaire verbanden. In twee gevallen echter, betreft het een duidelijke omkering van het verband. Mensen in één-ouder gezinnen voelen zich gezonder dan alleenstaanden, maar als rekening wordt gehouden met de verdeling naar geslacht, leeftijd en opleiding blijken mensen in één-ouder gezinnen zich minder gezond te voelen dan alleenstaanden. Ook mensen met sociale contacten in de gezondheidszorg blijken na controle voor geslacht, leeftijd en opleiding meer chronische aandoeningen te rapporteren, terwijl ze, voor controle, minder chronische aandoeningen rapporteerden dan mensen zonder deze contacten.

Wanneer rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en opleiding, blijken dus veel verbanden tussen netwerk-kenmerken en ziekte te veranderen. Andersom is dat echter niet het geval: de verbanden tussen leeftijd, geslacht en opleiding, en het voorkomen van of het ge-

PATIËNTEN

	Chronische aandoeningen	Acute klachten	Psychiatrische klachten	Niet gezond voelen
Geslacht	-0,39 *	-0,57 *	-0,58 *	0,03
Leeftijd	0,03 *	0,01	-0,01	0,03 *
Opleiding	-0,06 *	0,01	-0,05	-0,22 *

Codering van variabelen: geslacht: 1=man, leeftijd: continu, opleiding: 1=laag tot 5=hoog
Statistische significantie * $p < 0,001$

Tabel 4 Logistische regressiecoëfficiënten voor de relaties tussen chronische aandoeningen, acute klachten, psychiatrische klachten, of niet gezond voelen, en geslacht, leeftijd en opleiding (N=10.110)

middelste aantal klachten en aandoeningen blijven bestaan wanneer een kenmerk van het sociale netwerk bij de analyses worden betrokken. Deze resultaten van multipele analyses (geslacht, leeftijd en opleiding zijn gelijktijdig in het model opgenomen) wijken ook niet af van de resultaten uit de bi-variate analyses: oudere mensen, vrouwen en lager opgeleiden rapporteren meer klachten en aandoeningen. De coëfficiënten van leeftijd, geslacht en opleiding gecorrigeerd voor telkens een van de netwerkkenmerken zijn hier niet getoond vanwege ruimte-gebrek en het feit dat ze sterk lijken op de in tabel 4 getoonde coëfficiënten. In de discussie gaan we dieper op deze en de eerder genoemde resultaten in.

We hebben ook het aantal chronische aandoeningen of acute klachten dat de respondenten rapporteerden berekend. Het gemiddelde aantal chronische aandoeningen dat wordt gerapporteerd is 1,0 en het gemiddeld aantal klachten is 3,9. Verbanden tussen het aantal aandoeningen of klachten en kenmerken van het sociale netwerk verschillen nauwelijks van die voor het al dan niet voorkomen van aandoeningen of klachten (gecodeerd als nee of ja, zoals in dit artikel gepresenteerd). Voor de verbanden tussen het aantal aandoeningen of klachten en netwerkkenmerken, waarbij wordt gecontroleerd voor geslacht, leeftijd en opleiding, zijn lineaire regressie-analyses uitgevoerd. We hebben ervoor gekozen om de analyses voor het voorkomen van aandoeningen of klachten hier te presenteren omdat niet aan de vereiste assumptie van een normale verdeling van errors bij lineaire regressie kon worden voldaan. Weisberg⁴² heeft verschillende transformaties van de afhankelijke variabele voorgesteld voor dit soort problemen. We hebben de transformatie van $\sqrt{y} + \sqrt{y+1}$ gebruikt in de lineaire regressie-analyses. De resultaten van beide soorten analyses, lineaire en logistische regressie, bleken steeds vrijwel identiek.

DISCUSSIE

In dit artikel is een beschrijving gegeven van de relaties tussen kenmerken van sociale relaties en gezondheid voor een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking (figuur). Kenmerken van sociale relaties laten zich groeperen in drie soorten: kenmerken van integratie, kenmerken van de structuur van de sociale relaties en kenmerken van de functie van sociale relaties. De kenmerken van integratie vertonen een consistent patroon van verbanden met de meer subjectieve indicatoren van ziekte: mensen die meer zijn geïntegreerd, blijken ook gezonder. Voor wat de samenstelling en de grootte van het huishouden als indicatoren van integratie betreft, zijn de resultaten heel duidelijk: meer mensen in het huishouden hangt samen

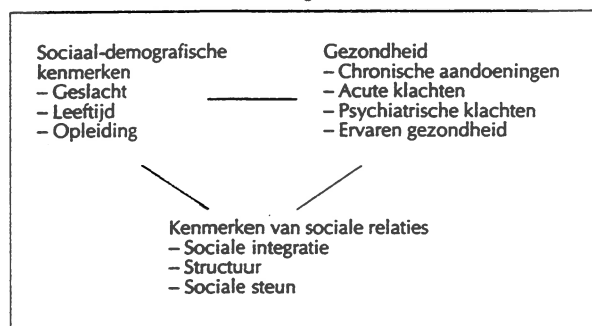
met een meer positieve ervaren gezondheid. Mensen in één-ouder gezinnen voelen zich echter minder gezond dan alleenstaanden. Ook wanneer rekening wordt gehouden met de leeftijd, het geslacht en de opleiding van de respondenten,

blijkt dat mensen in grotere huishoudens, met meer vrienden, mensen die actief lid zijn van een kerk, die lid zijn van een vereniging, of die bezigheden buitenshuis hebben, minder klachten en aandoeningen rapporteren. Dit sluit aan bij bevindingen van andere onderzoekers.⁴⁴ Een uitzondering moet hier worden gemaakt voor chronische aandoeningen. Deze meer objectieve maat voor gezondheid blijkt, wanneer rekening wordt gehouden met sociaal-demografische kenmerken, niet meer met kenmerken van integratie samen te hangen.

Wanneer integratie wordt afgemeten aan het aantal steungevers waarover iemand beschikt, dan blijkt er een positieve samenhang met ziekte te bestaan: mensen die over meer steungevers beschikken zijn vaker ziek. Onze verwachting was dat mensen die kunnen beschikken over meer steungevers minder vaak ziek zouden zijn. We veronderstellen dat de operationalisering van het aantal steungevers hier debet aan is. Het aantal steungevers is berekend met behulp van vragen over het ontvangen van specifieke soorten steun, waarvoor op een van de genoemde levensgebieden een behoefte aan steun moet bestaan wil de respondent hierop positief reageren. Een andere oorzaak zou kunnen zijn dat het ontvangen van steun de patiëntenrol versterkt. Iemand die in zijn ziekenrol wordt bevestigd door steun van zijn netwerkleden, zou zich daardoor ziek(er) kunnen voelen en (meer) ziekte kunnen rapporteren dan iemand die minder steun ervaart.

De resultaten voor wat betreft de inhoud van relaties, hier beperkt tot soorten ontvangen sociale steun, zijn op dezelfde manier te interpreteren. Wanneer geen rekening wordt gehouden met geslacht, leeftijd en opleiding, dan blijkt het ontvangen van algemene emotionele en praktische steun, en ook 'social companionship' en het kunnen beschikken over informatie over ziekten, vaak negatief samen te hangen met het voorkomen van met name

Figuur De verbanden tussen sociaal-demografische kenmerken, kenmerken van sociale relaties, en gezondheid



PATIËNTEN

chronische aandoeningen. Uit meerdere analyses, waarbij dus wel rekening is gehouden met de genoemde sociaal-demografische kenmerken, blijkt dat deze verbanden dan vrijwel allemaal niet langer statistisch significant zijn, of zelfs positief worden: het ontvangen van steun hangt samen met het vaker voorkomen van klachten en aandoeningen. Voor wat betreft de gezondheidsspecifieke soorten steun, waar we deze resultaten ook vinden, lijkt het waarom duidelijk: hoe zieker, des te meer steun heeft iemand nodig. Dit noemen Schwarzer en Leppin⁴⁵ 'mobilisatie' van steun.

De resultaten met betrekking tot relaties tussen gezondheid en kenmerken van de structuur van sociale netwerken, zoals proportie familie, langdurige relaties of frequente contacten in het netwerk, geven weinig houvast voor duidelijke conclusies. De meeste resultaten, met name via meerdere analyses getoetst, bereiken niet het niveau van statistische significantie. Een oorzaak hiervoor zou kunnen zijn dat de effecten van structuur-kenmerken op gezondheid lopen via het ontvangen van steun.^{34,46} Omdat mensen meer langdurige relaties in hun netwerk hebben, kunnen zij rekenen op meer steun (deze relaties zijn namelijk meer verplicht steun te geven dan korter durende relaties vanwege grotere investeringen in elkaar). En het gevoel meer te worden ondersteund zou leiden tot minder ziekte.^{25,46} Een andere oorzaak zou kunnen zijn dat deze verbanden niet lineair zijn. Bijvoorbeeld, niet de proportie mensen waarmee men vaak contact heeft is gunstig voor de gezondheid, maar een bepaald aantal frequente contacten. De bi-variante verbanden geven enkele aanwijzingen voor een dergelijke interpretatie. Nadere analyses zullen dit duidelijker moeten maken.

Leeftijd, geslacht en opleiding lijken voor een groot gedeelte de relatie tussen het sociale netwerk en de gezondheid te bepalen. De verbanden van deze sociaal-demografische kenmerken met ziekte zijn ook veel sterker dan de verbanden tussen netwerk-kenmerken en ziekte. Wanneer een netwerk-kenmerk wordt toegevoegd aan de analyse van verbanden tussen sociaal-demografische kenmerken en ziekte, veranderen de coëfficiënten van deze sociaal-demografische kenmerken nauwelijks. Deze bevindingen zouden grote gevolgen voor het onderzoek naar relaties tussen netwerk-kenmerken en gezondheid moeten hebben: sociaal-demografische kenmerken vormen een niet te verwaarlozen factor.

We concluderen dat in het algemeen sociale relaties niet van groot belang lijken te zijn voor de gezondheid. Verschillende soorten kenmerken van sociale relaties zijn op verschillende manieren, maar telkens niet sterk, gerelateerd aan gezondheid. Bovendien worden deze verbanden ook weer op verschillende manieren beïnvloed door sociaal-demografische kenmerken. Omdat de door ons onderzochte groep mensen heterogeen is en onze data cross-sectioneel van aard zijn, kunnen effecten door elkaar spelen⁴⁸: sociale relaties kunnen de gezondheid beïnvloeden (direct, of via de sociale regulatie van gezondheidsgedrag, of via de stressbufferende werking van sociale steun^{23,47}), maar de gezondheid kan ook de sociale relaties beïnvloeden. Om deze verschillende soorten verbanden te kunnen onderscheiden is het nodig groepen respondenten in specifieke situaties te selecteren en voor

hen de verbanden tussen sociale relaties en gezondheid te onderzoeken.

Een volgende beperking van ons onderzoek is dat alle gegevens zijn verkregen via de respondent. De indicatoren van ziekte kunnen daarom een weerspiegeling zijn van zowel gepercipieerde klachten, symptomen als diagnoses. Verondersteld mag worden dat de hier gebruikte sociaal-demografische kenmerken van invloed zijn op de rapportage van klachten.⁴⁹ Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of onze conclusies ook gelden wanneer 'objectieve' maten van ziekte worden gebruikt. We concluderen dat de verbanden die wij hebben gevonden tussen sociale integratie en de meer 'subjectieve' indicatoren van gezondheid vrij sterk blijken te zijn. Het rapporteren van chronische aandoeningen, een meer 'objectieve' maat voor gezondheid, blijkt vrijwel niet samen te hangen met de mate van sociale integratie. Blijkbaar doet de objectiviteit van de indicator van gezondheid ter zake in onderzoek naar verbanden met sociale relaties.

NOTEN

1 In afwijking van een eerder artikel van onze hand¹⁹ waarin de kenmerken van sociale netwerken van 'de' Nederlanders worden beschreven, is de urbanisatie-grad van de respondenten nu niet bij het onderzoek betrokken. De bevolking in de grote steden in Nederland blijkt wel gemiddeld een slechtere gezondheid te hebben dan de bevolking daarbuiten, maar wanneer rekening wordt gehouden met leeftijd en geslacht vallen deze verschillen voor het grootste deel weg.²⁰

2 Deze 25 chronische aandoeningen zijn (in volgorde van de lijst): chronische bronchitis, emfyseem, 'gerekte' of 'versleten' long; astma; hooikoorts; hoge bloeddruk; hartklachten; vocht achter de longen; aambeien; spataderen; open been; aderverkalking; langdurige rugklachten, hernia, ischias, 'versleten' rug; chronische reuma, artritis, artrose; gezwellvorming of kanker, ook leukemie of bloedkanker; ziekten van het zenuwstelsel zoals ziekte van Parkinson, multiple sclerose, epilepsie; migraine of ernstige hoofdpijn; chronische maagkwaal, maagzweer, zweer aan de 12-vingerige darm, chronische darmstoornissen; suikerziekte of diabetes; galstenen of andere galblaas- en leverziekten; chronische nierziekte, nierstenen; schildklierafwijking; prostaatklaarten; chronische menstruatieklachten, problemen in verband met de menopauze; chronische huidziekte of eczeem; ernstige gevolgen van een ongeval (bijv. breuken), ernstige brandwonden; handicap ten gevolge van erfelijke afwijking/polio. Respondenten met astma en chronische bronchitis zijn samen genomen. Ook respondenten met hartklachten en vocht achter de longen zijn samengenomen, omdat deze aandoeningen behoren tot een zelfde groep in termen van symptomen. De oorspronkelijke lijst bestond verder nog uit een 'anders' categorie. Deze categorie is buiten dit onderzoek gehouden omdat we de antwoorden hierop minder betrouwbaar achten.

3 De namen-genererende vraag in de Nationale Studie is: 'De volgende vragen handelen over een aantal zaken die u samen met anderen doet, of waarvoor u op andere personen een beroep doet. Het gaat hier om personen die niet tot uw huishouden behoren. Overige familieleden,

PATIËNTEN

vrienden, kennissen, buren etc. moet u wel meerekenen. A) Praat u wel eens met andere mensen, wanneer u problemen hebt met uw gezondheid? B) Wanneer u met één of ander persoonlijk probleem zit, praat u dan daarover met andere personen? C) Hebt u de afgelopen maanden hulp of verzorging gekregen van personen naar aanleiding van ziekte? (bijvoorbeeld boodschappen doen, medicijnen halen enz.) D) Zijn er personen die u in de afgelopen drie maanden hebben geholpen met huishoudelijke karweitjes zoals schilderen, reparaties, schoonmaken, koken enz.? E) Bent u wel eens langere tijd weg van huis en vraagt u dan iemand om op het huis te letten, de planten te verzorgen, de brievenbus leeg te maken? F) Bent u de afgelopen maand op bezoek of langs geweest bij mensen, of hebt u zelf mensen op bezoek gehad, of bent u met mensen uit geweest? Per item werd steeds gevraagd 'Kunt u mij de namen van maximaal drie personen noemen?'.

Nadat de respondenten bovenstaande namen-generende items hadden beantwoord, heeft de interviewer de eerstgenoemde naam bij elk item op een invulformulier gezet. Indien de eerstgenoemde namen niet van elkaar verschilden werd, na het doorlopen van alle 6 eerstgenoemden, de naam van de als tweede genoemde genotypeerd, totdat er zes verschillende namen op het formulier waren ingevuld. Per respondent is een variabele samengesteld die aangeeft van hoeveel netwerkleiden (0 tot maximaal 6) deze respondent steun heeft ontvangen.

ONDERSTEUNING

Dit onderzoek werd gesubsidieerd door de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO: 500-279-202). Wij danken de anonieme referenten voor hun waardevolle commentaar.

ABSTRACT

Characteristics of social relations and health

Relationships between social relations and health are investigated in a representative sample of the Dutch population aged 18 years and over (N=10.110). Three types of characteristics of social relations, i.e., integration, structure and support, are studied with respect to self-reported chronic diseases, minor complaints, psychiatric complaints (GHQ) and subjective health. Data are collected by means of health interviews as part of the 'National Study of Morbidity and Interventions in General Practice'. Three important determinants of health (gender, age and education) are taken into account. Logistic regression analyses show that characteristics of social integration (household composition and size, activities outside the home, number of friends, active membership of church and membership of voluntary organizations) are positively related to health, also when gender, age and education are taken into account. Characteristics of the structure of social relations (proportion of kin, proportion of longstanding relationships, and heterogeneity regarding gender and labour market participation) are rarely related to health, also when gender, age and education are taken into account. The receipt of several types of social support and the number of support-givers are negatively related to health: people who report more support also report more diseases

and complaints. In general, gender, age and education appear to be of major influence on the relationships between social relations and health. This influence should be taken into account in future research.

Key words: social relations, health, determinants of health

LITERATUUR

- 1 Reed D, McGee D, Yano K, Feinleib M. Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *Am J Epidemiol* 1983;117:384-96.
- 2 Hanson BS, Östergren P-O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study 'Men born in 1914', Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 1987;25:849-59.
- 3 Avis NE, Brambilla DJ, Vass K, McKinlay JB. The effect of widowhood on health: a prospective analysis from the Massachusetts women's health study. *Soc Sci Med* 1991;33:1063-70.
- 4 Brugha TS. Social support. *Current Opinion in Psychiatry* 1988;1:206-11.
- 5 Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979;109:186-204.
- 6 Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982;115:684-94.
- 7 House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol* 1982;116:123-40.
- 8 Schoenbach VJ, Kaplan BH, Fredman L, Kleinbaum DG. Social ties and mortality in Evans county, Georgia. *Am J Epidemiol* 1986;123:577-91.
- 9 Orth-Gomér K, Johnson JV. Social network interaction and mortality: a six-year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chron Dis* 1987;40:949-57.
- 10 Hanson BS, Isacson S-O, Janson L, Lindell S-E. Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of 'men born in 1914', Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol* 1989;130:100-11.
- 11 Olsen RB, Olsen J, Gunner-Svensson F, Waldstrom B. Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Soc Sci Med* 1991; 33:1189-95.
- 12 Hirdes J, Forbes WF. The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among healthy Ontario males. *J Clin Epidemiol* 1992;45:175-82.
- 13 Witte L De. After the rehabilitation center: a study into the course of functioning after discharge from rehabilitation [proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg]. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- 14 Janssen M. Personal networks of chronic patients [proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg]. Maastricht: Datawyse, 1992.
- 15 Ros WJG. Sociale steun bij kanker patiënten [proefschrift, Rijksuniversiteit Utrecht]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1990.
- 16 Mootz M, Konings-van der Snoek M. Gezonden en zieken vergeleken. *Gezondheid en Samenleving* 1987;8:241-50.
- 17 Bos GAM van den. Zorgen van en voor chronisch zieken [proefschrift, Universiteit van Amsterdam]. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

PATIËNTEN

- 18 Boer A de. Leefsituatie en sociale steun bij chronisch zieken in vergelijking met gezonden: een secundaire analyse. Bilthoven: RIVM, 1990.
- 19 Tijhuis MAR, Flap HD, Foets M, Groenewegen PP. Netwerken in Nederland: een onderzoek naar persoonlijke netwerken van Nederlanders. Mens en Maatschappij 1992;67:5-22.
- 20 Verheij RA, Bakker DH de, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 21 CBS. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1992. Den Haag: Ministerie van WVC, 1992.
- 22 Doombos G, Kromhout D. Educational level and mortality in a 32 year follow-up study of 18-year old men in the Netherlands. In: Mackenbach JP, red. Sociaal-economische gezondheidsverschillen onderzocht: een bundel met beknopte onderzoeksverslagen. Den Haag: Ministerie van WVC, 1990:1-13.
- 23 House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Ann Rev Sociol 1988;14:293-318.
- 24 Knipscheer CPM, Antonucci TC, eds. Social network research: substantive issues and methodological questions. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
- 25 Berkman LF. The relationships of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen S, Syme SL, eds. Social support and health. New York: Academic Press, 1985:241-62.
- 26 Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. The biocultural context of social networks and depression among the elderly. Soc Sci Med 1990;30:441-7.
- 27 House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, eds. Social support and health. New York: Academic Press, 1985:83-108.
- 28 Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- 29 Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monographs no. 21. London: Oxford University Press, 1972.
- 30 Tarnopolsky A, Hand DJ, McLean EK, Roberts H, Wiggins RD. Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. Br J Psychiatry 1979;134:508-15.
- 31 Fischer CS. To dwell among friends: personal networks in town and city. Chicago: Chicago University Press, 1982.
- 32 Sonderen FLP van. Het meten van sociale steun [proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen]. Groningen, 1991.
- 33 Leeuwen S van, Flap HD, Tijhuis MAR. Cohesie in de Nederlandse samenleving: de relatie tussen integratie, heterogeniteit en sociale steun. Sociale Wetenschappen 1993;36:23-43.
- 34 Wellman B, Wortley S. Brothers' keepers: situating kinship relations in broader networks of social support. Sociological Perspectives 1989;32:273-306.
- 35 Felling AJA, Fiselier AAM, Poel MGM van der. Primaire relaties en sociale steun: achtergronden van de behoefte aan steun, de aard en omvang van informele steunverlening en daarbij opgedane ervaringen. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991.
- 36 Dykstra PA. Next of (non)kin: the importance of primary relationships for older adults' well-being [proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam]. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1990.
- 37 Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community; an analysis of concepts and a review of the evidence. Family Practice 1991;88:68-83.
- 38 Agresti A, Agresti BF. Statistical analysis of qualitative variation. In: Schuessler KF, ed. Sociological Methodology 1978. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1977:204-37.
- 39 Marsden PV. Core discussion networks of Americans. Research Note. Am Sociol Rev 1987;52:122-31.
- 40 Schonfeld IS. Dimensions of functional social support and psychological symptoms. Psychological Medicine 1991;21:1051-60.
- 41 Brilman EI, Ormel J, Sonderen FLP van. Onderzoeker georiënteerde meting van sociale steun: het Groningen Sociale Steun Interview. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1991;69:446-52.
- 42 Weisberg S. Applied linear regression. New York: Wiley, 1985.
- 43 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley, 1989.
- 44 Bland SH, Krogh V, Winkelstein W, Trevisan M. Social network and blood pressure: a population study. Psychosomatic Medicine 1991;53:598-607.
- 45 Schwarzer R, Leppin A. Social support and health: a theoretical and empirical overview. J Soc Pers Relat 1991;8:99-127.
- 46 Haines VA, Hurlbert JS. Network range and health. J Health Soc Beh 1992;33:254-66.
- 47 Sonderen E van, Ormel J. Sociale steun en onwelbevinden: een onderzoek naar de samenhang tussen aspecten van sociale steun en onwelbevinden. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, 1991.
- 48 Mechanic D. Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? J Health Soc Beh 1979;20:387-96.
- 49 Zee J van der. De vraag naar diensten van de huisarts [proefschrift, Rijksuniversiteit Utrecht]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

CORRESPONDENTIEADRES

Marja Tijhuis, RIVM, CCM, HDE, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, tel. 030-743209

Voor publikatie aanvaard op 28 juni 1994

Sekseverschillen bij moeheid

J.M. BENSING
K. SCHREURS

Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 412-21.

Samenvatting Vrouwen rapporteren meer moeheidsklachten dan mannen. Op basis van de patiëntenenquête van de Nationale Studie is nagegaan welke factoren bij mannen en vrouwen van 15-64 jaar samenhangen met de rapportage van moeheidsklachten. Moeheidsproblemen bleken deels algemeen, deels seksspecifiek van aard. Mannen en vrouwen met moeheidsklachten waren jonger, hadden een hogere opleiding, meer acute klachten, meer psychosociale problemen en een negatiever oordeel over hun gezondheid. Daarnaast gingen bij mannen moeheidsklachten samen met meer lichamelijke beperkingen en meer ingrijpende levensgebeurtenissen. Bij vrouwen verklaren biologisch-seksspecifieke klachten en psychische klachten mede de moeheid. Sekseverschillen waren er eveneens in leefsituatiekenmerken die met moeheid samenhangen. Onder mannen kwamen moeheidsklachten het meest voor bij mannen zonder werk en mannen die hoofdarbeid verrichtten. Het hebben van kleine kinderen speelde bij mannen geen rol. Daarentegen waren vrouwen met kleine kinderen vaker moe dan vrouwen zonder kleine kinderen, zeker als zij ook een baan buitenshuis hadden. Het huisvrouwenbestaan op zichzelf leidde niet tot veel moeheidsklachten.

Prof.dr. J.M. Bensing, directeur Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg en hoogleraar Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Dr. K. Schreurs universitair docent bij de vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht.
Correspondentie: Prof.dr. J.M. Bensing, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

Moeheid is een intrigerend fenomeen. Aan de ene kant is het een normale fysiologische reactie op lichamelijke of geestelijke inspanning: iedereen is weleens moe. Het gebeurt echter relatief vaak dat mensen moeheid als gezondheidsprobleem beschouwen: in bevolkingsonderzoek is moeheid – samen met hoofdpijn – de meest gerapporteerde gezondheidsklacht.¹ In een enkel geval kan moeheid het leven van mensen volledig ontwrichten: als zelfstandige klacht, als voorbode van een ernstige ziekte of als bijverschijnsel van een chronische aandoening, waardoor de kwaliteit van leven wordt aangetast. Moeheid komt in alle gradaties voor en kan vele betekenissen hebben: van triviaal tot levensbedreigend of invaliderend. Dat maakt moeheid tot een complex probleem voor arts én patiënt, en tot een uitdagend terrein voor wetenschappelijk onderzoek.

Op basis van de literatuur over enerzijds moeheid en anderzijds sekseverschillen (*kader* pag. 413) veronderstellen we dat sekseverschillen bij de klacht 'moeheid' zouden kunnen samenhangen met:

- lichamelijke en geestelijke gezondheid;
- biologisch-seksegebonden klachten;
- leefgewoonten (roken, drinken, overgewicht, slaapgewoonten);
- leefsituatie (werk en gezin).

Daarnaast zullen we demografische kenmerken als leeftijd en opleiding in de analyses betrekken, en zullen we nagaan in hoeverre er sekseverschillen zijn in de medische consumptie van mensen met moeheidsklachten. Onderzocht zal worden in hoeverre mannen en vrouwen die de klacht 'moeheid' rapporteren, op deze kenmerken afwijken van elkaar en van de rest van de populatie die geen moeheidsklachten rapporteert. Daarnaast zal worden nagegaan of mannen en vrouwen van elkaar verschillen in de soort en zwaarte van de factoren die een bijdrage leveren aan de verklaring van de klacht 'moeheid'. Daarbij zullen factoren uit de verschillende referentiekaders in hun onderlinge samenhang worden bestudeerd.

Methode

Design en data

In het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is een gezondheidsinterview gehouden met ongeveer 13.000 patiënten uit de praktijken van de 161 deelnemende huisartsen.^{1,42,43} Deze interviews werden bij de patiënten thuis gehouden, ongeacht of zij wel of niet hun huisarts hadden bezocht.

Voor dit artikel zijn de gegevens van alle mensen van 15-64 jaar geanalyseerd (4681 mannen en 4698 vrouwen); 1137 mannen en 1777 vrouwen gaven op de klachtenlijst aan dat zij de afgelopen twee weken last hadden gehad van moeheid. Deze uitspraak is in dit onderzoek de operationalisatie van de klacht 'moeheid'.

Meetinstrumenten

- *Lichamelijke gezondheid* werd op verschillende manieren gemeten:

- ervaren gezondheid (5-puntsschaal);⁴⁴
- acute klachten (lijst van 42 klachten, minus moeheid);
- chronische aandoeningen (lijst van 30 klachten, naar de mate van ernst geclusterd in drie hoofdgroepen);
- handicaps (lijst van 14 handicaps).

Binnen deze lijsten werden de volgende biologisch-seksegebonden klachten onderscheiden: acute en chronische menstruatieklachten, anticonceptieproblemen, zwangerschap en chronische prostaatklachten.

- De volgende maten werden gebruikt als indicatie voor de aanwezigheid van *psychische en/of sociale problematiek*:

- een score ≥ 5 op de 30-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ);⁴⁵
- de gemiddelde score op de Biografische Probleeminventarisatielijst (BioPro);⁴⁶
- de gemiddelde score op de Life Events.¹

- De volgende *leefgewoonten* werden gemeten:

- roken (niet/wel);
- alcoholgebruik (gemiddeld aantal glazen per dag);

PATIËNTEN

Stand van zaken in het epidemiologisch onderzoek

Cijfers over de *omvang* van het verschijnsel moeheid hangen sterk af van de wijze waarop de moeheid gemeten is. Uit een recente overzichtsstudie² blijkt dat, afhankelijk van de gehanteerde definitie, exclusiecriteria en meetmethode, tussen de 7 en 45 procent van de respondenten in bevolkingsonderzoek moeheidsklachten rapporteert. Patiënten die hun huisarts consulteren, rapporteren meer en ernstiger moeheidsklachten dan respondenten in de gewone populatie.³ In het Transitieproject bedroeg de 'jaarprevalentie' van de Reason for Encounter (RfE) 'moeheid' 63,0 per duizend voor mannen en 117,0 voor vrouwen.⁴ Kijken we naar de door de huisarts gestelde diagnose 'moeheid', dan liggen de cijfers aanzienlijk lager: in het Transitieproject 16,1 per duizend voor mannen en 31,7 voor vrouwen.⁴ In de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bedroeg de driemaandsprevalentie 3,0 per duizend voor mannen en 7,5 voor vrouwen.⁵ In ieder geval is 'moeheid' in de huisartspraktijk een relatief veel voorkomend gezondheidsprobleem: het neemt na 'hoesten' en 'koorts' de derde plaats in op de top-tien van contactredenen.⁴

In beschouwende en overzichtspublikaties worden uiteenlopende mogelijke oorzaken voor moeheid genoemd.^{2,6-10} Daarbij wordt gedacht aan biomedische oorzaken (moeheid als gevolg van zwangerschap, infecties, chronische aandoeningen, kanker en medicijngebruik), aan de invloed van ongezonde leefwijzen (gebruik van genotmiddelen, overgewicht, gebrek aan lichaamsbeweging) en aan psychopathologie. In een enkele studie^{11,12} wordt gewezen op de mogelijke invloed van de leefsituatie (werk, kleine kinderen). Desondanks is er weinig empirische

evidentie voor mogelijke etiologie. Bij 70 procent van de patiënten met bij aanvang onverklaarde moeheidsklachten kan aan het einde van de moeheidsepisode nog steeds geen diagnose worden gesteld.¹³ Laboratoriumonderzoek blijkt nauwelijks van belang om een biomedische oorzaak op te sporen.^{6,14-20} Daardoor is moeheid niet objectief meetbaar; het verschijnsel kan alleen via subjectieve rapportage door de patiënt zelf worden vastgesteld. Studies naar de invloed van leeftijd, opleiding, werksituatie en leefstijl op moeheidsklachten leveren schaarse en deels tegenstrijdige informatie op. De enige consistente empirische bevinding is, dat in vrijwel alle studies ook psychopathologie wordt aangetroffen,^{16,17,21-23} waarbij echter niet duidelijk is in hoeverre hier sprake is van directe etiologie, multifactoriële etiologie, gevolg-reacties of comorbiditeit.^{2,8,16,17,21,24}

Sekseverschillen bij moeheid: theoretische referentiekaders

Het diagnostisch beeld van moeheid mag verwarrend en in zekere zin teleurstellend zijn, nog opvallender is het ontbreken van reflectie op de sekseverschillen die in elk onderzoek naar moeheid worden aangetroffen. Voor de theoretische onderbouwing daarvan biedt de literatuur over moeheid, op een enkele uitzondering na,^{11,12} weinig aanknopingspunten. Die is wel te vinden in de algemene literatuur over sekseverschillen in gezondheid en medische consumptie. Hierin vinden we drie referentiekaders om sekseverschillen te verklaren: een biologisch, een psychologisch en een sociaal referentiekader.²⁵⁻²⁷ Aangezien deze in dit themanummer elders aan de orde komen, zullen we hier volstaan met een samenvatting van de hoofdlijnen.

- Het *biologisch* referentiekader verwijst naar de invloed van de vrouwelijke voortplantingsfunctie: menstruatie, zwangerschap, bevalling, zogen, medicamenteuze anticonceptie en menopauze zorgen bij vrouwen voor lichamelijke gewaarwordingen, stoornissen en/of medische consumptie die per definitie niet bij mannen voorkomen.
- Het *psychologisch* referentiekader verwijst naar de hypothese dat vrouwen anders dan mannen omgaan met emoties, betekenis geven aan signalen, uring geven aan pijn of onwelbevinden, en omgaan met stress.^{28,29} Daarnaast zijn er discussies over de vraag of vrouwen over een andere persoonlijkheidsstructuur zouden beschikken³⁰ en/of een sterkere dispositie zouden hebben voor diverse vormen van psychopathologie.³¹
- Het *sociale* referentiekader verwijst naar de verschillende sociale posities van mannen en vrouwen in onze samenleving.^{32,33} In dit kader worden de monotonie van het huishouden,³⁴ de verzorgende rol van vrouwen,^{35,36} en – recenter – de dubbele belasting van vrouwen die een baan en de zorg voor een gezin combineren³⁷ opgevoerd als mogelijke oorzaken van gezondheidsverschillen. Over de invloed van werk bestaat geen eenduidigheid: sommige werkzaamheden blijken juist een positieve invloed te hebben op de gezondheid van vrouwen.³⁸⁻⁴⁰

Geen van deze drie referentiekaders geeft op zichzelf een afdoende verklaring voor sekseverschillen in gezondheid en medische consumptie.⁴¹ De zoektocht naar sekseverschillen bij moeheid zal daarom hypothesen uit verschillende referentiekaders moeten incorporeren en in onderlinge samenhang bestuderen.

PATIËNTEN

- slaapgewoonten (aantal uren slaap door de week);
- lichaamsbeweging (wel/niet actieve sportbeoefening);
- overgewicht (Quetelet-index).

• De volgende *leefsituatiekenmerken* werden in de analyses betrokken:

- aanwezigheid partner;
- aanwezigheid kinderen <6 jaar;
- gezinsgrootte;
- betaald werk buitenshuis (inclusief studie in dagopleiding);
- aard werk (handarbeid/hoofdarbeid).

• De volgende parameters voor *medische consumptie* werden gebruikt:

- huisartsbezoek in laatste twee maanden;
- specialistenbezoek in laatste twee maanden;
- bezoek alternatieve genezers in laatste vijf jaar;
- opname in een algemeen ziekenhuis in laatste vijf jaar;
- contact met GGZ in laatste vijf jaar;
- voorgeschreven medicijnen laatste twee weken;
- vrij verkoopbare medicijnen in laatste twee weken.

Analyses

Allereerst werden mannen en vrouwen met moeheidsklachten vergeleken met de mannen en vrouwen die deze klacht niet hadden gerapporteerd. Vervolgens werden sekseverschillen binnen de categorieën met en zonder moeheidsklachten met elkaar vergeleken. Deze vergelijkingen werden getoetst met t-toetsen bij continue variabelen en met chi-kwadraattoetsen bij categorische of dichotome variabelen. Daarbij werd gecorrigeerd voor het grote aantal toetsen door het significantieniveau van 0,05 te delen door het aantal verwante toetsen, zodat de kans op een type-I-fout binnen een categorie verwante toetsen niet hoger is dan 0,05.

Tenslotte is door middel van logistische regressie-analyses moeheid als dichotome variabele voorspeld. De gegevens over medische consumptie zijn niet in deze regressie-analyses opgenomen, omdat ze

niet als onafhankelijke variabelen voor het voorspellen van moeheid beschouwd kunnen worden. Een indicatie van de kwaliteit van het logistische-regressiemodel is de mate waarin de geobserveerde waarden overeenkomen met de voorspelde waarden op grond van het model.⁴⁷

Resultaten

Demografische kenmerken

Vrouwen rapporteerden vaker dan mannen dat ze de afgelopen twee weken last hadden gehad van moeheid (38 versus 24 procent). Vrouwen met moeheidsklachten waren gemiddeld wat jonger dan vrouwen zonder deze klachten (*tabel 1A*). Opleiding hing bij mannen en vrouwen positief samen met het rapporteren van moeheidsklachten. Over de gehele linie waren mannen overigens iets hoger opgeleid dan vrouwen.

Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Mensen met moeheidsklachten waren over de gehele linie ongezonder dan mensen zonder moeheidsklachten (*tabel 1B*). Dat geldt voor beide seksen en voor vrijwel alle gezondheidsparameters.

Bij enkele gezondheidsindicatoren – met name ervaren gezondheid en levensgebeurtenissen – bestonden noch in de populatie, noch in de groep mensen met moeheidsklachten noemenswaardige sekseverschillen. Eén interessante uitzondering moet worden genoemd (niet in tabel): uit de Life Event Lijst blijkt dat vrouwen met moeheidsklachten relatief vaak een kind hadden gekregen en/of zwanger waren geweest; mannen die een kind gekregen hadden, rapporteerden niet meer moeheidsklachten.

Bij andere gezondheidsindicatoren waren er wel sekseverschillen in de populatie, maar niet binnen de groep met moeheidsklachten. Dat geldt met name voor de handicaps en de psychosociale problemen (BioPro). Een item-analyse van de BioPro laat overigens zien dat mannen en vrouwen wél een andere rangvolgorde van psychosociale problemen hadden (niet in tabel): mannen met moeheid hadden twee

keer zo vaak problemen op hun werk als vermoeide vrouwen (14 versus 8 procent). Bij vrouwen met moeheid wordt de ranglijst van psychosociale problemen aangevoerd door het item 'problemen met wat u van uzelf vindt' (27 versus 17 procent).

In vergelijking met hun niet-vermoeide seksegenoten rapporteerden vermoeide vrouwen – naast hun moeheid – 2,6 keer zoveel acute klachten, en vermoeide mannen zelfs 2,9 keer zoveel (*tabel 1B*). Meer mensen met moeheidsklachten hadden de afgelopen twee weken (ook) last gehad van hoofdpijn en nervositas; bij zowel mannen als vrouwen waren dit de meest genoemde acute klachten. Ten opzichte van hun niet-vermoeide seksegenoten is er een duidelijke overrepresentatie van 'vage klachten' als lusteloosheid (Odds-ratio van 10,8 bij de mannen en 8,3 bij de vrouwen), duizeligheid (respectievelijk 5,7 en 3,6), nervositas (4,6 en 3,0), slapeloosheid (3,8 en 2,7) en snel opgewonden zijn (3,6 en 3,4) (niet in tabel). Deze patronen zijn bij mannen en vrouwen precies gelijk; vermoeide mannen rapporteerden dus geen andere klachten dan vermoeide vrouwen. Bij de meer lichamelijke klachten als hoesten zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen, en de verschillen tussen vermoeide en niet-vermoeide seksegenoten veel minder groot dan bij de vage klachten.

Bij de chronische aandoeningen valt op dat meer vrouwen dan mannen lichte chronische aandoeningen rapporteerden (vermoeid en niet-vermoeid), terwijl meer mannen ernstige chronische aandoeningen rapporteerden (vooral mannen met moeheid).

De meeste chronische aandoeningen kwamen 1,5 tot 2 keer zoveel voor bij mensen met moeheidsklachten, mannen zowel als vrouwen, met uitschieters voor hartklachten (Odds-ratio van 2,9 bij mannen en 2,1 voor vrouwen), reuma/reumatode artritis (2,4 en 2,1), migraine (2,3 en 2,0) en chronische maagkwalen (2,2 en 2,5), waarbij – net als bij de acute klachten – mannen en vrouwen precies dezelfde patronen vertoonden (niet in tabel).

PATIËNTEN

Tabel 1 Demografische en leefsituatiekenmerken, gezondheid, biologisch-seksegebonden klachten, leefgewoonten en medische consumptie

	Mannen		Vrouwen	
	niet moe n=3544	moe n=1137	niet moe n=2921	moe n=1777
A Demografische en leefsituatiekenmerken				
Leeftijd	37.12	36.51	37.54	35.02 ^{3 b}
Opleiding	3.9	4.1 ³	3.6 ^c	3.9 ^{3 b}
Percentage werk/studie	85%	81% ³	48% ^c	54% ^{3 c}
Percentage hoofdarbeid	37%	45% ³	42% ^c	50% ^{3 a}
Percentage partner	90%	86% ³	86% ^c	82% ^{2 b}
Gezinsgrootte	3.4	3.3 ¹	3.3 ^a	3.2 ²
Percentage inwonende kinderen <6 jaar	16%	17%	16%	19% ²
B Gezondheid				
Aantal acute klachten*	2.00	5.81 ³	2.60 ^c	6.68 ^{3 c}
Percentage minstens 1 lichte chronische klacht*	21%	34% ³	32% ^c	46% ^{3 c}
Percentage minstens 1 middelzware chronische klacht*	22%	35% ³	22%	32% ³
Percentage minstens 1 ernstige chronische klacht*	14%	25% ³	11% ^b	17% ^{3 c}
Ervaren gezondheid (slechter)	1.72	2.10 ³	1.70	2.04 ^{3 a}
Percentage GHQ-score ≥5	5.5%	21% ³	8% ^c	28% ^{3 c}
Percentage minstens 2 handicaps	47%	53% ²	53% ^c	56%
BioPro	1.00	2.21 ³	1.13 ^b	2.32 ³
Life events	1.78	2.35 ³	1.81	2.30 ³
C Biologisch/seksegebonden klachten				
Acute menstratieklachten			9%	17% ³
Anticonceptieproblemen			1%	2% ³
Chronische menstratieklachten			6%	10% ³
Zwangerschap			2%	6% ³
Chronische prostaatklaarten	1.0%	1.8% ¹		
D Leefgewoonten				
Percentage rokers	45.6%	50.8% ²	36.9% ^c	41.0% ^{2 c}
Aantal glazen alcohol per dag	2.34	2.31	1.46 ^c	1.51 ^c
Aantal uren slaap doordeweeks	7.91	8.04 ²	8.36 ^c	8.33 ^c
Aantal uren slaap weekend	8.66	8.75 ¹	8.91 ^c	9.01 ^{2 c}
Percentage actieve sportbeoefenaars	42.9%	39.8%	40.1% ^a	37.0% ^{1 c}
Percentage Quetelet afwijking van normaal gewicht	44.6%	42.5%	42.7%	44.3%
Percentage ≥2 ongezonde leefgewoonten	66.1%	66.9% ²	52.3% ^c	56.3% ^{1 c}
E Medische consumptie				
Percentage huisarts bezocht laatste 2 maanden	29%	40% ³	38% ^c	49% ^{3 c}
Percentage specialist bezocht laatste 2 maanden	12%	18% ³	15% ^c	20% ³
Percentage alternatieve genezer laatste 5 jaar	11%	17% ³	14% ^c	26% ^{3 c}
Percentage opname AGZ laatste 5 jaar	20%	26% ³	23%	29% ³
Percentage contact GGZ laatste 5 jaar	5%	12% ³	6%	13% ³
Percentage voorgeschreven medicijnen 2 weken	20%	35% ³	26% ^c	39% ^{3 c}
Percentage niet-voorgeschreven medicijnen 2 weken	18%	30% ³	26% ^c	37% ^{3 c}

¹ = .05 < p ≤ .01; ² = .01 < p ≤ .0017; ³ = .0017 < p tussen kolom 1 en 2 of tussen kolom 3 en 4.

^a = .05 < p ≤ .01; ^b = .01 < p ≤ .0017; ^c = .0017 < p tussen kolom 1 en 3 of tussen kolom 2 en 4.

Biologisch-seksegebonden klachten

In tabel 1C zijn enkele biologisch-seksegebonden klachten apart geanalyseerd. Chronische prostaatklachten kwamen onder mannen zonder moeheidsklachten nauwelijks voor, even vaak voor als onder mannen met moeheidsklachten. Bij vrouwen is het patroon anders. Meer vrouwen die zich moe voelden, hadden acute of chronische menstruatietklachten en anticonceptieproblemen. Ook waren er onder de vrouwen met moeheidsklachten meer zwangere vrouwen, hetgeen overeenkomt met de gegevens van de BioPro.

Leefgewoonten

Onder de mensen met moeheidsklachten waren meer rokers (tabel 1D). Vermoeide mannen sliepen meer dan hun niet-vermoeide seksegenoten.

Sekseverschillen bij moeheidsklachten weken nauwelijks af van sekseverschillen in de totale bevolking. Mannen rookten meer, dronken meer, sliepen minder en hadden minder vaak overgewicht. Onder vrouwen met moeheidsklachten was het aantal actieve sporters significant lager dan onder mannen; in de totale bevolking was dit verschil er nauwelijks.

Leefsituatie

In tabel 1A zijn ook enige gegevens opgenomen over de leefsituatie van de respondenten, met name gegevens over werk en gezin. In zijn algemeenheid namen mannen vaker dan vrouwen deel aan het arbeidsproces. Uit de tabel kunnen we echter lezen dat – ten opzichte van de rest van de populatie – mannen met moeheidsklachten relatief minder vaak actief aan het arbeidsproces deelnamen (81 versus 85 procent), terwijl vrouwen met moeheidsklachten juist wel vaker aan het arbeidsproces deelnamen (54 versus 48 procent). Onder hoofdarbeiders kwamen zowel bij mannen als bij vrouwen meer personen voor met moeheidsklachten.

Wanneer we de gezinssituatie analyseren, valt op dat mensen met moeheidsklachten minder vaak een partner hadden; dat geldt voor mannen en voor vrouwen. De gezinsgrootte verschilde nauwelijks; wel hadden vermoeide vrouwen vaker een

gezin met kinderen onder de zes jaar. Bij mannen is dit verschil niet significant.

Medische consumptie

De medische consumptie van mensen met moeheidsklachten was bij alle indicatoren hoger (tabel 1E). Meer mensen met moeheidsklachten hadden de laatste twee maanden een huisarts of specialist bezocht en gebruikten de afgelopen twee weken medicijnen, al dan niet op recept. De laatste vijf jaar waren meer mensen met moeheid opgenomen in een algemeen ziekenhuis en hadden meer mensen met moeheid contact met de GGZ en alternatieve hulpverleners.

Het patroon van sekseverschillen binnen de categorie mensen met moeheid wijkt nauwelijks af van het patroon in de algemene populatie, met dien verstande dat de sekseverschillen bij specialistenbezoek in de groep mensen-met-moeheid verdwijnen. In het algemeen bezochten vrouwen vaker de huisarts, slikten zij meer medicijnen en bezochten zij vaker alternatieve genezers.

Sekseverschillen in de voorspelling van moeheid

De in de bivariate analyses relevant gebleken variabelen zijn ingebracht in een logistische regressievergelijking om na te gaan welke variabelen een onafhankelijke bijdrage leveren aan de voorspelling van moeheid. Ruim 81 procent van de mannen en ruim 75 procent van de vrouwen bleek met behulp van de gekozen regressievergelijking correct geclassificeerd te kunnen worden in de categorieën 'moe' en 'niet-moe'. Leeftijd en opleiding droegen bij beide seksen bij tot een correcte classificatie: jongeren en mensen met een hogere opleiding rapporteerden vaker moeheidsklachten (tabel 2). Dit was ook het geval bij mannen die hoofdarbeid verrichtten; bij vrouwen was het verrichten van hoofdarbeid geen voorspeller van moeheid. Wel voorspelde bij vrouwen het (überhaupt) hebben van een baan, en het verzorgen van kinderen onder de zes jaar de aanwezigheid van moeheidsklachten; bij mannen differentieerden deze variabelen niet tussen moe en niet-moe.

Ook de gezondheidsindicatoren toonden gedeeltelijk een seksspecifiek beeld. Acute klachten en een slechtere ervaren gezondheid droegen bij beide seksen bij aan de voorspelling van moeheid. Daarnaast leverde bij mannen (en niet bij vrouwen) het hebben van meer handicaps een eigen bijdrage aan de voorspelling. Bij vrouwen leverden biologisch-seksegebonden klachten een onafhankelijke bijdrage tot de voorspelling van moeheid, bij mannen niet.

Indicatoren voor de geestelijke gezondheid bleken eveneens gedeeltelijk seksspecifiek te zijn: bij beide seksen waren psychosociale problemen (BioPro) voorspellers van moeheid; daarnaast droeg bij vrouwen de GHQ bij tot de voorspelling van moeheid. Dit was niet het geval bij mannen. Bij mannen hadden ingrijpende levensgebeurtenissen in het verleden een onafhankelijke invloed op moeheid.

Voorspelling van moeheid bij subcategorieën van mannen

Bij mannen bleek het al dan niet uitvoeren van hoofdarbeid belangrijk in de voorspelling voor moeheid. Daarom is nagegaan of de factoren waarmee moeheid samenhangt, verschillen bij mannen zonder werk, mannen met hoofdarbeid en mannen met handarbeid (tabel 3). De percentages correcte classificaties lopen uiteen van 78 tot 84 procent.

Moeheidsklachten kwamen het minst voor onder mannen met handarbeid en het meest onder mannen zonder werk. In overeenstemming met het totaalbeeld voor mannen waren leeftijd, opleiding en het aantal acute klachten bij alle categorieën voorspellers van moeheid. Voor het overige zien we een aantal interessante verschillen. Bij mannen zonder werk werd moeheid vooral voorspeld door de ervaren gezondheid en ernstige chronische klachten. Bij mannen met hoofdarbeid speelden indicatoren van geestelijke gezondheid een belangrijke rol, met name de GHQ en BioPro. Mannen met handarbeid die moeheidsklachten rapporteerden, hadden meer psychosociale problemen (BioPro) en hadden recent meer ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt (Life events).

PATIËNTEN

Tabel 2 Voorspelling moeheid bij mannen en vrouwen

	Mannen n=4187		Vrouwen n=4102	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd ^c	-.03 (.00)†	.97	-.01 (.00)†	.98
Opleiding	.16 (.03)†	1.16	.14 (.02)†	1.15
Hoofdarbeid	.30 (.11)†	1.35		
Werk			.31 (.11)†	1.35
Partner				
Kinderen <6 jaar			.42 (.11)†	1.52
Aantal acute klachten ^c	.35 (.02)†	1.42	.29 (.01)†	1.34
Licht chronische klachten				
Midden ernstige chronische klachten				
Ernstige chronische klachten				
Gezondheidsoordeel ^c	.33 (.07)†	1.39	.26 (.06)†	1.31
Lichamelijke beperkingen ≥2	.27 (.11)*	1.31		
Biologisch-seksespecifieke klachten [§]			.39 (.10)†	1.46
GHQ			.36 (.11)†	1.43
BioPro ^c	.06 (.02)*	1.06	.05 (.02)*	1.05
Life events ^c	.05 (.02)*	1.05		
≥2 ongezonde leefgewoonten				
Correct voorspeld totaal		81%		75%
Niet moe correct voorspeld		95%		87%
Moe correct voorspeld		40%		54%
Moe geobserveerd		24%		38%

Significantie-niveau B-coëfficiënt: * .05 ≤ p ≤ 0.1; † .01 < p ≤ 0.01; ‡ .001 < p.

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt.

c continue variabele; § dichotome variabele bij mannen; continue variabele bij vrouwen.

Tabel 3 Voorspelling moeheid bij mannen naar werksituatie (exclusief zelfstandigen)

	Geen werk n=661		Hoofdarbeid n=1282		Handarbeid n=1516	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd ^c	-.02 (.01)*	.98	-.02 (.01)†	.98	-.03 (.01)†	.98
Opleiding	.20 (.07)†	1.22	.17 (.04)†	1.20		
Partner					.64 (.30)*	1.87
Kinderen <6 jaar						
Aantal acute klachten ^c	.27 (.04)†	1.32	.38 (.03)†	1.46	.32 (.03)†	1.45
Licht chronische klachten						
Midden ernstige chron. klachten						
Ernstige chron. klachten	.60 (.23)*	1.82				
Gezondheidsoordeel ^c	.58 (.15)†	1.78				
Lich. beperkingen ≥2						
Biologisch-seksespecifieke klachten ^c						
GHQ			.61 (.24)*	1.84		
BioPro ^c			.09 (.03)*	1.09	.14 (.05)†	1.15
Life events ^c					.09 (.04)*	1.09
≥2 ongezonde leefgewoonten						
Correct voorspeld totaal		81%		78%		84%
Niet moe correct voorspeld		93%		93%		97%
Moe correct voorspeld		52%		41%		32%
Moe geobserveerd		29%		27%		19%

Significantie-niveau B-coëfficiënt: * .05 ≤ p ≤ 0.1; † .01 < p ≤ 0.01; ‡ .001 < p.

c continue variabele (alle overige variabelen: dichotoom).

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt.

PATIËNTEN

Tabel 4 Voorspelling moeheid bij vrouwen naar werksituatie en kinderen <6 jaar

	Werk+ kinderen+ n=188		Werk+ kinderen- n=1875		Werk- kinderen+ n=520		Werk- kinderen- n=1519	
	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds	B (SE)	Odds
Leeftijd ^c			-.01 (.00)*	.98			-.02 (.00)†	.98
Opleiding			.04 (.04)†	1.10	.23 (.08)†	1.26	.18 (.05)‡	1.20
Partner								
Aantal acute klachten ^c	.45 (.09)‡	1.57	.33 (.02)‡	1.39	.34 (.05)‡	1.40	.24 (.02)‡	1.28
Licht chronische klachten								
Midden ernstige chronische klachten								
Ernstige chronische klachten								
Gezondheidsoordeel ^f			.27 (.10)†	1.31			.35 (.11)†	1.42
Lichamelijke beperkingen ≥2								
Biologisch-seksespecifieke klachten ^c			.32 (.14)*	1.38	.53 (.25)*	1.69		
GHQ			.46 (.18)*	1.59	.83 (.33)*	2.32		
BioPro ^c			.10 (.03)†	1.11				
Life events ^c								
≥ongezonde leefgewoonten								
Correct voorspeld totaal	77%		74%		73%		77%	
Niet moe correct voorspeld	83%		85%		85%		91%	
Moe correct voorspeld	69%		58%		57%		48%	
Moe geobserveerd	46%		40%		41%		33%	

Significantie-niveau B-coëfficiënt: * .05 ≤ p ≤ 0.1; † .01 < p ≤ .001; ‡ .001 < p.

c continue variabele (alle overige variabelen: dichotoom).

Odds = bij dichotome variabelen: toename in odds bij aanwezigheid (score 1) van variabele in vergelijking met afwezigheid (score 0); bij continue variabele: verandering in odds als variabele met 1 eenheid toeneemt 4.

Voorspelling van moeheid bij subcategorieën van vrouwen

In de logistische regressievergelijking bleken bij vrouwen het al dan niet hebben van betaald werk en het al dan niet verzorgen van jonge kinderen van invloed op de rapportage van moeheidsklachten. Daarom zijn deze vier leefsituaties nader geanalyseerd (tabel 4). Het percentage correcte classificaties varieerde tussen de 73 en 77 procent. Moeheidsklachten kwamen het minst voor bij vrouwen zonder werk en zonder jonge kinderen. De groep vrouwen met zowel een baan als kinderen onder de zes jaar werden het meest door moeheid geplaagd.

Wanneer we de logistische regressievergelijkingen van de verschillende subgroepen met elkaar vergelijken, zien we verschillende patronen. Het patroon voor

vrouwen die werken maar geen jonge kinderen verzorgen, komt grotendeels overeen met het patroon van alle vrouwen samen. Moeheid werd voorspeld door: leeftijd, opleiding, het aantal acute klachten, de ervaren gezondheid en biologische seksespecifieke klachten en door de BioPro en GHQ. Bij vrouwen die werken en kinderen jonger dan zes jaar verzorgen, werd moeheid uitsluitend voorspeld door het aantal acute klachten. Bij vrouwen die jonge kinderen verzorgen maar niet werken, waren naast de acute klachten, ook de opleiding, het aantal biologisch-seksespecifieke klachten en de GHQ voorspellers van moeheid. Bij vrouwen die niet werken en ook geen jonge kinderen verzorgen, werd moeheid voorspeld door leeftijd, opleiding, het aantal acute klachten en de ervaren gezondheid.

Beschouwing

Zoals op basis van de literatuur te verwachten was, rapporteerden vrouwen vaker moeheidsklachten dan mannen: 38 tegenover 24 procent. Daarmee convergeren in deze studie twee, vaak gescheiden onderzoeklijnen: vrouwen rapporteren doorgaans meer gezondheidsproblemen dan mannen,^{25 26 48-51} en mensen met moeheidsklachten rapporteren doorgaans meer gezondheidsproblemen dan mensen zonder moeheidsklachten.^{2 17 52} Toch zijn niet alle vrouwen moe, noch zijn alle vermoeide mensen vrouw. Dat maakt het interessant om de achtergronden van de gevonden sekseverschillen nader te analyseren.

De resultaten van deze studie tonen deels een seksespecifiek, deels een alge-

PATIËNTEN

meen beeld van ervaren moeheid. Algemeen is dat vooral jonge, goed opgeleide mensen moeheidsklachten rapporteerden. Algemeen is ook, dat moeheid zelden een op zichzelf staande klacht is: vermoeide mensen hadden ook een slechtere ervaren gezondheid, rapporteerden meer (andere) acute klachten en psychosociale problemen en hadden een hogere medische consumptie dan mensen zonder moeheidsklachten. Maar er zijn ook enkele duidelijke verschillen tussen vermoeide mannen en vermoeide vrouwen zichtbaar geworden.

Bij vrouwen lijkt vooral de voortplantingsfunctie op verschillende manieren samen te hangen met moeheidsklachten. Zo laten de analyses zien dat moeheid samenhangt met anticonceptieproblemen, menstruatieklachten en zwangerschap – zaken die mannen per definitie niet kunnen treffen. Het is echter gevaarlijk dit uitsluitend toe te schrijven aan biologische processen. Uit een onderzoek van *Lagro-Janssen et al.* bleek immers dat vrouwen met typische vrouwenklachten (in dit geval: een uterusextirpatie) ook meer vermoeidheidsklachten hadden én in zijn algemeenheid een grotere neiging hadden tot somatiseren.⁵³ Dit suggereert dat ook een psychologisch referentiekader op zijn plaats is bij de interpretatie van de resultaten, met name de wijze van betekenisgeving van klachten.

Daarnaast speelt zeker ook het sociale referentiekader een rol van betekenis: het krijgen van een kind en het in gezinsverband leven met kinderen onder de zes jaar hangt bij vrouwen wél en bij mannen niet samen met moeheidsklachten. Daarmee wordt duidelijk dat het verzorgen van kleine kinderen voor vrouwen een andere betekenis heeft dan voor mannen: zij zijn in ieder geval vaker moe. Deze resultaten worden in enkele buitenlandse studies bevestigd.^{19 24 54}

Eén mythe over de oververtegenwoordiging van moeheidsklachten bij vrouwen moet op basis van deze studie verworpen worden: de mythe dat huisvrouwen (bij gebrek aan externe stimuli) vooral gericht zijn op interne stimuli, en daardoor eerder dan mannen geneigd zouden zijn lichame-

lijke signalen waar te nemen en daarop te reageren. De groep vrouwen zonder werk en zonder jonge kinderen (de meest prikkelarme groep) blijkt in onze studie immers de minste moeheidsklachten te presenteren. De meeste moeheidsklachten komen voor onder vrouwen die de zorg voor kleine kinderen combineren met een baan buitenshuis. Externe belasting lijkt bij deze groep de grootste boosdoener te zijn, al kunnen in een correlatieve studie als deze uiteraard geen uitspraken over causaliteit worden gedaan.

Bij mannen blijkt de factor 'arbeid' vooral van belang te zijn bij de interpretatie van moeheidsklachten. Bij mannen die niet (meer) actief aan het arbeidsproces deelnemen, hangt vooral de slechtere lichamelijke gezondheidstoestand samen met ervaren moeheid; bij werkende mannen blijkt vooral het type werk gerelateerd te zijn aan de moeheidsklachten. Goed opgeleide mannen met hoofdarbeid rapporteren veel moeheidsklachten, terwijl de mannen met handarbeid het minste moeheidsklachten rapporteren. Ook dit ontkracht een mythe: fysieke arbeid leidt juist niet tot moeheidsklachten. Interessant is voorts dat bij mannen die hoofdarbeid verrichten de GHQ (een screeningsinstrument voor psychische stoornissen) bijdraagt aan de voorspelling voor moeheid. Goed opgeleide mannen die hoofdarbeid verrichten, vertonen daarmee hetzelfde profiel als vrouwen met een baan die niet de zorg voor kleine kinderen hebben.

Wat betekenen deze resultaten nu voor de rol van de huisarts?

Voor een goed begrip daarvan zijn twee essentiële kenmerken van de klacht moeheid van belang. In de eerste plaats is het duidelijk dat moeheid zowel een fysieke als een psychologische of sociale verklaring kan hebben. Vaak, zo niet altijd, zijn deze met elkaar verweven.^{8 21 55} Gezien het multifactoriële karakter van moeheid zal bemoeienis van de huisarts daarom altijd plaats moeten vinden vanuit een biopsychosociaal referentiekader. In de tweede plaats heeft de literatuur ons duidelijk gemaakt dat moeheid niet objectief (bijvoor-

beeld door laboratoriumonderzoek) kan worden vastgesteld;^{6 14-20} het is een subjectieve ervaring van de patiënt,⁴⁸ die tot stand komt op basis van een proces van interpretatie en naamgeving, waarin vaak een verwarrend geheel van beleving, zelfobservatie, besef van verminderd functioneren en elementaire kennis van ziekten zijn samengebracht.⁵⁶ Patiënten wenden zich tot hun huisarts voor een objectivering van hun moeheidsklachten. Daarmee krijgt de arts een belangrijke rol in de duiding van deze klachten. Arts en patiënt geven *samen* betekenis aan de klacht 'moeheid'. Dat betekent dat bij een klacht als moeheid voor een huisarts onderhandelen belangrijker is dan handelen, praten belangrijker dan laboratoriumonderzoek.

Goede arts-patiënt communicatie is nodig voor goede huisartsgeneeskundige zorg bij patiënten met moeheidsklachten. Deze studie laat zien dat daarbij vooral aandacht nodig is voor de leefsituatie van de patiënt, en met name voor de verhouding tussen draagkracht en draaglast. Het huisvrouwenbestaan is op zichzelf geen verklarende factor voor moeheidsklachten. Dubbele belasting blijkt dat wel te zijn. Bij vrouwen met een baan en kleine kinderen kan een simpel advies al wonderen doen: door te adviseren rust te nemen wanneer dat mogelijk is, laat de huisarts de patiënt merken de klachten serieus te nemen en niet te interpreteren als onnodig gezeur. Bij jonge, goed opgeleide mannen die hoofdarbeid verrichten, kan de klacht moeheid wijzen op psychische overbelasting. Alertheid hierop kan wellicht 'burn out' helpen voorkomen.

Voor vele huisartsen is moeheid een diagnostisch raadsel. Niettemin is het een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem, ook al omdat vermoeidheid een sterke invloed heeft op de kwaliteit van leven.⁵⁷ Bovendien blijkt uit onderzoek dat voor patiënten de klacht moeheid veel belangrijker is dan voor de arts, én belangrijker dan artsen zich realiseren; moeheid wordt door patiënten zelfs als het belangrijkste symptoom gezien.² *De Gruy* merkte in dat kader op dat het ironisch is dat klachten die het meeste voorkomen, het minst door de

PATIËNTEN

artsen begrepen worden.⁵⁸ Ook dat maakt het diagnostisch raadsel tot een belangrijk huisartsgeneeskundig probleem.

Literatuur

- 1 Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 92-7.
- 3 Ingham J, Miller P. Symptom prevalence and severity in a general practice population. *J Epidemiol Community Health* 1979; 33: 191-8.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 5 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Feyen L, Foucart L, De Meyere M, et al. Dokter, ik ben zo moe. Een klinische discussie rond moeheid. *Huisarts Nu* 1994; 53-7.
- 7 McWhinney J. Textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989: 260-77.
- 8 Penninckx HKM. Epidemiologische gegevens en filosofische overwegingen over de klacht moeheid. *Bijblijven* 1991; 7: 4-8.
- 9 Vercoulen JHMM, Swanin CMA, Galama JMD, et al. Het chronische moeheidssyndroom. II. Psychosociale hypothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135: 2010-3.
- 10 Kennedy HG. Fatigue and fatigability. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 1-5.
- 11 Ridsdale L. Chronic fatigue in family practice. *J Fam Pract* 1989; 29: 486-8.
- 12 Wemerkamp H. Ik moe? Dat kan niet. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1433-5.
- 13 Knottnerus JA, Starmans R, Visser A. Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van onverklaarde moeheid. *Huisarts Wet* 1987; 30: 9-12.
- 14 Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch JWJ, Sijstermans AHJ. Unexplained fatigue and hemoglobin: a primary care study. *Can Fam Physician* 1986; 32: 1601-4.
- 15 Zaat JOM, Schellevis FG, Kluijdt I, et al. Laboratoriumonderzoek bij de klacht moeheid in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 183-7.
- 16 Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch JWJ, Sijstermans AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte; een onderzoek vanuit de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.
- 17 Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, et al. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics and outcome. *JAMA* 1988; 260: 929-34.
- 18 Ridsdale L, Evans A, Jerrett W, et al. Patients with fatigue in general practice: a prospective study. *BMJ* 1993; 307: 103-6.
- 19 Morrison JD. Fatigue as a presenting complaint in family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 795-801.
- 20 Sugarman JR, Berg AO. Evaluation of fatigue in a family practice. *J Fam Pract* 1984; 19: 643-7.
- 21 Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch SR, et al. Population based study of fatigue and psychological distress. *BMJ* 1994; 308: 763-5.
- 22 Terluin B, Gill K, Winnubst JAM. Hoe zien huisartsen surmenage? *Huisarts Wet* 1992; 35: 311-5.
- 23 Chen MK. The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev Med* 1986; 15: 74-81.
- 24 Valdin A, Steinhart S, Valicenti J, Jaffe A. A one-year follow-up of fatigued patients. *J Fam Pract* 1988; 26: 33-8.
- 25 Gijsbers van Wijk CMT, Van Vliet KP. 'Het zieke geslacht'. Over sexeverschillen in morbiditeit, medische consumptie en de rapportage van lichamelijke symptomen. *Gedrag & Gezondheid* 1989; 17: 59-68.
- 26 De Bakker DH, Claessens AAMC, Van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel, 1992.
- 27 Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.
- 28 Anson O, Paran E, Neumann L, Chernichovsky D. Gender differences in health perceptions and their predictors. *Soc Sci Med* 1993; 36: 419-27.
- 29 Lieban RW. Gender and symptom sensitivity: report on a Phillipine study. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55: 446-50.
- 30 Stroebe MS, Stroebe W. Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychol Bull* 1983; 93: 279-301.
- 31 Jansen W, Brinkgreve C. Waanzin en vrouwen. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger, 1991.
- 32 Hibbard JM, Pope CR. The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Soc Sci Med* 1993; 36: 217-25.
- 33 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 313-43.
- 34 Van der Velden HGM. Huisvrouw - huisarts - huisgezin. Een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartspraktijk. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1971.
- 35 Miles A. Women, health and medicine. Milton Keynes: Open University Press, 1991.
- 36 Gove WR. Gender differences in mental illness among adult men and women: an evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Soc Sci Med* 1978; 3: 187-98.
- 37 Brinkgreve C. De vrouw en het badwater. Over de lusten en lasten van het moderne (vrouwen)leven. Amsterdam: Meulenhoff, 1992.
- 38 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illness* 1992; 14(3): 33.
- 39 Hall EM. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women and men. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-60.
- 40 Weatherall R, Joshi H, Macran S. Doubled burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Soc Sci Med* 1994; 38: 285-97.
- 41 Gijsbers van Wijk CMT, Kolk AM, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35: 665-78.
- 42 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991; 34: 51-61.
- 43 Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 44 Furer JW, Tax LCMM. Eindrapport van het Regioproject Nijmegen. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1987.
- 45 Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- 46 Hodiament PR. Het zoeken van zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek,

PATIËNTEN

- epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 47 Norusis MJ. Logistic regression. In: Norusis JM. SPSS for Unix. Advanced Statistics Release 5.0. Chicago: SPSS, 1993: 1-30.
 - 48 Van den Brekel EJG. Gezondheid en medische consumptie naar geslacht. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1987; 2: 5-55.
 - 49 Meeuwesen L, Ruiter M, Westerbeek van Eeden J, Brinkgreve C. Vrouwen en gezondheid, een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen, 1970-1990. 's Gravenhage: STEO, 1991.
 - 50 Popay J, Bartley M, Owen, C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. Soc Sci Med 1993; 36: 21-32.
 - 51 Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. J Health Soc Behav 1989; 30: 282-304.
 - 52 Price RK, North CS, Wessely S, Fraser VJ. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome and associated symptoms in the community. Public Health Reports 1992; 107: 514-521.
 - 53 Lagro-Janssen T, Frénay J, Van Arendonk M. Alles weggehaald... 2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterusextirpatie hebben ondergaan. Huisarts Wet 1986; 29: 168-71.
 - 54 David A, Pelosi A, McDonald E, et al. Tired, weak or in need of rest: fatigue among general practice attenders. BMJ 1993; 307: 103-6.
 - 55 White PD. Fatigue and chronic fatigue syndromes. In: Dass C, ed. Somatization: physical symptoms and psychological illness. Oxford: Blackwell, 1990: 104-40.
 - 56 Harari D, Glas G. Chronische moeheid, testcase voor de geneeskunde. Tijdschr Psychiatr 1993; 35: 51-63, 10.
 - 57 Nelson E, Kirk J, McHugo G. et al. Chief complaint: fatigue: a longitudinal study from the patient's perspective. Fam Pract Res 1987; 6: 175-88, 4.
 - 58 De Gruy F. Commentary. J Fam Pract 1990; 30: 39-41. ■

Abstract

Bensing JM, Schreurs K. Gender differences in fatigue. Huisarts Wet 1995; 38(9): 412-21.

Women complain more frequently of fatigue than men. An investigation was made into the factors in men and women which relate to the reporting of fatigue within the context of a patient questionnaire under the auspices of the National Study of Morbidity and Intervention in General Practice by Nivel. Data were analyzed from all individuals between the ages of 15 and 65 (n=9, 379). Problems of fatigue would appear, in part, general and, in part, gender-specific in nature. Men and women who complain of fatigue are younger, have enjoyed a higher level of education, suffer from more acute complaints, more psycho-social problems and have a more negative assessment of their own health. In addition, as regards men, complaints of fatigue coincide with physical impairments and more stressful life events. As far as women are

concerned, gender-specific biological and psychological complaints contribute to fatigue.

There are also gender differences in the characteristics of the living situation related to fatigue. Among men, complaints of fatigue come most often from the unemployed and primarily white collar workers. In contradistinction to what is often assumed, the physical effort required of manual workers does not lead to complaints of fatigue. The presence of small children in the household plays no role in the case of men. On the other hand, women with small children are more often tired than women without them, especially when they combine care for small children with an outside job. The life of a housewife, as such, does not seem to lead to many complaints of fatigue. Fatigue is often a diagnostic puzzle to the GP, because it can indicate a range of phenomena; lab tests seldom provide a clear answer. For the patients though, fatigue is a much more important problem than doctors realize. As a result of a combination of these factors, fatigue can easily lead to disruption in the doctor-patient relationship. As a biomedical cause is seldom found and the interpretation of the complaints has to be sought in the patient's living situation, negotiating with the patients is more important than taking action. Important factors in providing good care are to take the patient's complaints seriously and to make an analysis of the factors that have upset the balance between what is supportable and insupportable. In addition, simple advice can be provided like 'take a rest whenever you can'.

Key words Fatigue; Gender; Sex differences.
Correspondence Prof.dr. J.M. Bensing, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen

S. KOOIKER

Kooiker S. Verwachtingen van medische zorg en ziektegedrag bij alledaagse aandoeningen. Huisarts Wet 1996; 39(2): 50-5, 68.

Samenvatting Betekent het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg bij alledaagse klachten, dat men deze klachten ook vooral met medische zorg tegemoet wil treden en daarbij voorbijgaat aan de mogelijkheden van zelfzorg? Deze vraag werd onderzocht aan de hand van de patiëntenenquête en de bijbehorende gezondheidsdagboeken uit de Nationale Studie van het Nivel. Hoge verwachtingen van medische zorg bleken vooral voor te komen onder ouderen, ziekenfondsverzekerden en mensen met een laag opleidingsniveau en/of een minder goede subjectieve gezondheid. De analyse van het gedrag bij ziekte had betrekking op episoden van één tot drie dagen. De verwachtingen die men van medische zorg had, bleken significant samen te hangen met het gedrag gedurende de klachtepisoden, waarbij patiënten met hoge verwachtingen zich onderscheidden door vaker medicijnen op recept te gebruiken, rust te nemen en activiteiten te staken maar niet vaker de huisarts te bezoeken. Er trad echter geen substitutie op met zelfzorgactiviteiten of zelfmedicatie.

Drs. S. Kooiker, destijds werkzaam op het Nivel, thans verbonden aan het Sociaal en Cultureel Planbureau, Postbus 37, 2280 AA Rijswijk.

Inleiding

Huisartsen worden geregeld bezocht door patiënten die klachten presenteren waarop medisch handelen nauwelijks invloed heeft.¹ Voor deze 'gewone ziekten' geldt dat zij vanzelf overgaan, of zonder tussenkomst van de huisarts door de patiënt zelf behandeld kunnen worden. Er is echter een groep patiënten die de huisarts relatief vaak voor gewone ziekten bezoekt. Vermoedelijk bestaan er onder deze patiënten vrij hoge verwachtingen van hetgeen de huisarts bij deze alledaagse aandoeningen vermag te bereiken. Het is ook mogelijk dat zij de noodzaak om met alledaagse klachten de huisarts te consulteren te hoog inschatten.

In het onderzoek van *Van de Lisdonk* bleek dat de verwachtingen die patiënten hadden van medische zorg bij alledaagse aandoeningen, de belangrijkste discriminerende variabele waren, wanneer onderscheid werd gemaakt tussen hoge, lage en gemiddelde medische consumptie voor niet-ernstige aandoeningen.¹ Onder patiënten met hoge verwachtingen werd een relatief hoge medische consumptie in de voorafgaande drie jaren gevonden. Het onderzoek maakte ook duidelijk dat bij veel patiënten verwachtingen omtrent de mogelijkheden van medische zorg bij alledaagse aandoeningen bestaan, die met name door ervaren huisartsen niet worden gedeeld.²

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek dat hierop aansluit. Het beschrijft de relatie tussen de verwachtingen die patiënten hebben van medische zorg bij alledaagse aandoeningen en hun – gerapporteerde – gedrag tijdens kortdurende episoden met gezondheidsklachten. Daarbij ligt het accent niet op het raadplegen van de huisarts; veeleer is het de bedoeling om na te gaan welke invloed deze verwachtingen hebben op allerlei zelfzorgactiviteiten als het raadplegen van leken, het gebruik van huismiddeltjes en zelfzorgmedicijnen, en het aannemen van de ziekenrol.

Wanneer er een relatie bestaat tussen verwachtingen van medische zorg en gedrag bij klachten, dan ligt het voor de hand

om te veronderstellen dat het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg samengaat met een grote kans om tijdens korte klachtepisoden de huisarts te raadplegen en/of voorgeschreven medicijnen te gebruiken. Minder duidelijk is, hoe de verwachtingen van medisch ingrijpen samenhangen met bovengenoemde zelfzorgactiviteiten. Er zijn twee mogelijkheden:

- Enerzijds is plausibel dat patiënten die hoge verwachtingen hebben van medische zorg bij alledaagse klachten, gefixeerd zijn op professionele medische hulp en daar hun heil van verwachten, en weinig vertrouwen hebben in zelfzorg (huismiddeltjes, zelf gekochte medicijnen) of in spontaan herstel (afwachten).
- Anderzijds is ook plausibel dat het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg betekent dat men erg begaan is met de eigen gezondheid en daarom de ervaren gezondheidsklachten op actieve wijze tegemoet treedt. Soms zal men daarvoor de huisarts raadplegen, maar men kan ook andere wegen bewandelen: literatuur raadplegen, een huismiddeltje gebruiken, rust nemen, ontspanningsoefeningen doen en/of over de klacht praten met een familielid, vriend of collega.

Het is daarentegen onwaarschijnlijk dat hoge verwachtingen van medische zorg samengaan met een voorkeur voor zelfzorg of aanpassingen in leefstijl, zonder dat er een verhoogde kans bestaat om in aanraking te komen met die professionele medische zorg. Verder mag worden verwacht dat personen die geringe verwachtingen hebben van een bezoek aan de dokter of medicijngebruik, óf een afwachtende houding aannemen ten opzichte van de eigen gezondheidsklachten óf zich voornamelijk beperken tot zelfzorgactiviteiten.

Deze redenering heeft geleid tot de volgende vraagstelling: betekent het hebben van hoge verwachtingen van medisch handelen bij alledaagse aandoeningen dat men gefixeerd is op het zoeken en krijgen van professionele hulp, waarbij aan de mogelijkheid van zelfzorg voorbij wordt gegaan, of betekent het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg dat pa-

PATIËNTEN

tiënten op een actieve manier met hun gezondheidsklachten omgaan waarbij, naast het zoeken van professionele hulp, ook tal van zelfzorgactiviteiten ontplooid worden?

Methoden

Enquête

Het onderzoek is gebaseerd op een secundaire analyse van gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die in 1987/1988 is uitgevoerd door het Nivel.³ Aan dit onderzoek werd deelgenomen door 161 huisartsen in 103 praktijken verspreid over heel Nederland. Deze huisartsen registreerden gedurende drie maanden alle contacten die zij met patiënten hadden. Daarnaast werden patiënten benaderd met een enquête die vergelijkbaar is met de gezondheidsenquête van het CBS. Bij elke huisarts werd daartoe uit de kaartenbak een aselechte steekproef van ruim 100 personen getrokken (netto steekproef 17.047 personen). De vraaggesprekken leverden uiteindelijk voor 13.014 personen verwerkbaar gegevens op (77 procent).

De enquête bevatte onder meer vragen over de ervaren gezondheid, zoals:

- het aantal gerapporteerde acute klachten over een periode van 14 dagen;
- de subjectieve gezondheid (heel goed / goed / niet goed, niet slecht / slecht / heel slecht);
- de score verkregen met de General Health Questionnaire (GHQ).

Daarnaast werd gevraagd naar medische consumptie en factoren die daar mogelijk invloed op hebben. Naast de aard en de ernst van de klacht is dat bijvoorbeeld de wijze waarop de patiënt voor ziektekosten is verzekerd. Ook attitudes als de genoemde verwachtingen van de medische zorg en de 'beheersoriëntatie ten opzichte van gezondheid' (*health locus of control*) behoren hiertoe.⁴ De beheersoriëntatie is een attitudeschaal die aangeeft in hoeverre men zichzelf, het toeval of de (huis)arts verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid. Hiervoor bevat dit instrument drie deelschalen. Andere determinanten

waarnaar in de enquête werd gevraagd, zijn achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

De verwachtingen van medische zorg bij alledaagse klachten werden gemeten met een lijst van 12 uitspraken, die geselecteerd zijn uit de lijst van 23 uitspraken die *Van de Lisdonk* heeft samengesteld. Steeds gaat het om uitspraken waarbij de respondent uit vijf mogelijkheden kan kiezen: (helemaal) mee eens, deels eens / deels oneens, en (helemaal) oneens. Uit eerder onderzoek met dezelfde gegevens is gebleken dat de lijst kan worden opgevat als een intern consistente schaal (Chronbach's alfa 0,91);⁵ daarbij kwam in een principale-componentenanalyse duidelijk één gemeenschappelijke factor naar voren.

Gezondheidsdagboek

Na afloop van het vraaggesprek werd aan de respondenten gevraagd, gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden. Dit dagboek bestond uit een schrift op A4-formaat met voor elke dag een gestructureerde vragenlijst van één pagina; het ontwerp hiervan steunde in belangrijke mate op de ervaringen van *Van de Lisdonk*.¹ In het dagboek dienden dagelijks maximaal twee gezondheidsklachten genoteerd te worden. Voor de beleving van de klacht waren zes vragen opgenomen die met 'ja' of 'nee' te beantwoorden waren. Deze vragen waren geformuleerd als uitspraken: 'deze klacht is nieuw / onbekend voor mij', 'deze klacht hindert of irriteert mij', 'deze klacht gaat vanzelf over' en 'ik maak zorgen over deze klacht'.

Om de naar aanleiding van de klacht ondernomen activiteiten in kaart te brengen, waren nog eens zestien ja/nee-vragen opgenomen. Als eerste werd gevraagd of de respondent op de desbetreffende dag helemaal niets aan de klacht had gedaan. Daarna kon men aangeven of men het vanwege de klacht rustig aan had gedaan, of de dagelijkse activiteiten waren gestaakt, of dat men ziek in bed was gebleven. Vervolgens waren er drie vragen over eventuele aanpassingen in leefstijl: vermindering van alcohol en tabaksgebruik,

letten op voeding en het doen van ontspanningsoefeningen of extra lichaamsbeweging. Dan waren er uitspraken over het praten met anderen over de klacht, en over het lezen over de klacht in boek of tijdschrift. Verder bevatte de vragenlijst items over het gebruik van huismiddeltjes, medicijnen die men in huis had of zelf had gekocht, en medicijnen die op doktersvoorschrift waren verstrekt. Tenslotte werd gevraagd of men op de dag van de klacht naar de huisarts was gegaan of een andere hulpverlener had geraadpleegd.

De enquêteur maakte een afspraak voor het ophalen van het dagboek, en nam in de tussentijd tweemaal telefonisch contact op met de respondent. Bij het ophalen van het dagboek werd gecontroleerd of het dagboek volledig was ingevuld.

Voor dit artikel is gebruik gemaakt van die dagboeken waarin de vraag naar het al dan niet optreden van gezondheidsklachten voor elke dag was beantwoord. Dat bleek het geval voor 11.038 respondenten, wat overeenkomt met bijna 92 procent van de respondenten die een dagboek hadden ontvangen en 85 procent van de respondenten die aan de enquête meededen. Een non-responsanalyse liet zien dat er relatief minder dagboeken waren ingevuld door ouderen, personen met een minder goede subjectieve gezondheid, en personen die tijdens het vraaggesprek weinig interesse voor de besproken onderwerpen toonden.

Analyse

Voor sommige respondenten waren de voorgestructureerde antwoorden in de dagboeken niet geheel duidelijk, waardoor het ziektegedrag voor de eventuele tweede klacht niet altijd te achterhalen was. Om deze reden zijn voor dit artikel alleen de antwoorden voor de eerste klacht gebruikt. Verder zijn de dagboeken van kinderen tot 15 jaar buiten beschouwing gelaten.

In navolging van eerder onderzoek werden opeenvolgende dagen met klachten samengevoegd tot episoden.⁶ Deze klachtepisoden worden aan het begin en aan het einde begrensd door ten minste één klachtvrije dag. Episoden waarvan de duur niet

PATIËNTEN

kon worden nagegaan, doordat zij op de eerste dag van het dagboekonderzoek al bestonden of op de laatste dag niet waren beëindigd, zijn buiten beschouwing gelaten.

De gegevens uit de enquête en de dagboeken zijn eerst op bivariate wijze geanalyseerd. Vervolgens werd gebruik gemaakt van factoranalyse om onderliggende dimensies in het ziektegedrag op te sporen, en van multiple logistische regressie om na te gaan welke factoren van invloed waren op het gedrag tijdens de klachtepisodes. Hierbij zijn ook de uit de literatuur bekende determinanten van ziektegedrag als predictoren opgenomen.⁷⁻⁹ Voor deze analyse kon geen gebruik worden gemaakt van gewone regressie-analyse, omdat de episodes als onderzoekselement niet onderling onafhankelijk zijn; de respondenten konden in de drie weken waarin het dagboek werd bijgehouden, immers meer dan één klacht-episode doormaken. Voor de analyses van het gedrag tijdens de episodes is daarom multiniveau-analyse gebruikt. Hiermee kan de variatie in het gedrag uiteengelegd worden in variatie tussen de episodes en variatie tussen de respondenten. Het is daardoor mogelijk om de samenhang tussen het gemeten gedrag tijdens de ver-

schillende episodes toch op statistisch correcte wijze te relateren aan de kenmerken van de respondent.¹⁰

Resultaten

Enquête

In tabel 1 is weergegeven in hoeverre de twaalf voorgelegde uitspraken werden onderschreven. Afgezien van een paar uitzonderingen, was steeds rond een kwart tot een derde van de respondenten van mening dat je voor de genoemde klachten toch maar het beste 'even' naar de huisarts kunt gaan. De verwachtingen van medische zorg bij alledaagse aandoeningen waren beduidend hoger onder ouderen, ziekenfonds-verzekerden en vooral onder personen met een gering opleidingsniveau. Tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten bestonden slechts geringe verschillen. Verder bleek een samenhang te bestaan met de beheersoriëntatie ten opzichte van gezondheid, waarbij respondenten met hoge verwachtingen vooral de arts verantwoordelijk achtten voor de eigen gezondheid. Ook bestond er, maar in mindere mate, een samenhang met de deelschaal die aangeeft dat men toevallige omstandigheden verantwoordelijk acht voor de eigen gezondheid. Daarnaast viel

op dat hoge verwachtingen van medische zorg met name voorkwamen onder personen met een minder goede subjectieve gezondheid. Er werd echter geen samenhang geconstateerd tussen deze verwachtingen en de GHQ-score en ook niet met het aantal tijdens het vraaggesprek gerapporteerde acute klachten.

Gezondheidsdagboeken

Van de 9035 respondenten van 15 jaar en ouder die het dagboek hadden bijgehouden, had 66 procent op een of meer dagen een klacht genoteerd. Uit de figuur blijkt dat slechts een klein deel van de episodes langer dan drie dagen duurde.

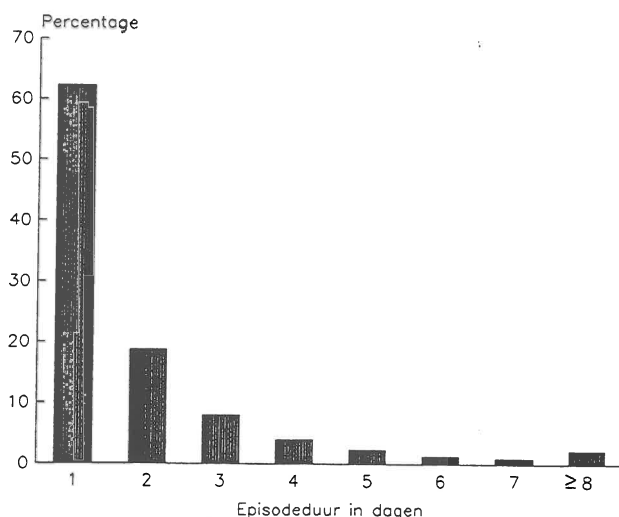
Voor de analyse van de relatie tussen de verwachtingen van de respondenten en het gerapporteerde ziektegedrag was van belang om alleen gebruik te maken van episodes met alledaagse klachten. De dagboeken boden daarvoor echter geen objectieve criteria: zowel de aard als de ernst van de klacht was immers subjectief beoordeeld door de respondent. De mate waarin de respondenten zelf zeiden dat de klacht vanzelf overging dan wel zorgwekkend was, bleek echter vooral bepaald te zijn door de duur van de episode. Door de verdere analyses te beperken tot episodes van maximaal drie dagen, is bereikt dat het

Tabel 1 Oordelen over het zoeken van hulp bij alledaagse aandoeningen. Afgeronde percentages

Voorgelegde uitspraak	(Helemaal) eens	Deels (on)eens	(Helemaal) oneens
Met een middel van de huisarts ben je sneller van diarree af dan wanneer je er zelf wat voor koopt	44	32	23
Kalmerende middelen die de huisarts kan voorschrijven zijn de aangewezen oplossing als je je nerveus en gejaagd voelt	31	30	39
Een pijnlijk gevoel in je nek en schouders kan wijzen op iets dat perse behandeld moet worden	40	31	30
Als je griep hebt gaat het sneller over als je de hulp van de huisarts inroept	30	26	44
Als je je hangerig en moe voelt helpen versterkende middelen van de huisarts het beste	20	28	52
Keelpijn kun je om niets over het hoofd te zien beter even aan de huisarts laten zien	39	28	33
Als je last van je maag hebt kan de huisarts je beter behandelen dan wanneer je dat zelf doet	62	23	14
Als je hoofdpijn hebt laat de huisarts je dan nakijken want je kunt wel wat ernstigs mankeren	27	32	41
Door doktersbehandeling ben je sneller van een moe gevoel in je arm af dan zonder doktersbehandeling	28	34	38
Als je misselijk bent en moet overgeven kun je het beste naar de huisarts gaan want je kunt niet weten wat er achter kan steken	23	27	50
Voor een verkoudheid kan de huisarts je beter werkzame middelen geven dan je zelf kunt kopen	27	24	48
Door doktersbehandeling kom je sneller van hoofdpijn af dan wanneer je er zelf wat aan doet	24	33	43

Bron: Foets & Sixma.⁵

PATIËNTEN



Figuur De duur van klacht-episoden van personen van 15 jaar en ouder, geregistreerd met behulp van een gezondheidsdagboek dat dagelijks gedurende drie weken werd bijgehouden (aantal episoden=9840).

Tabel 2 De aard van de klacht, beleving van de klacht en gerapporteerd ziektegedrag gedurende korte klacht-episoden (1-3 dagen) voor respondenten met verschillende verwachtingen van medische zorg. Percentage van de dagen van de episode*

	Verwachtingen van medische zorg		
	laag	gemiddeld	hoog
Klacht			
- luchtweg	12	13	13
- hoofdpijn/migraine	26	28	24
- bewegingsapparaat	17	21	28
- maag/darm	11	10	11
- vermoeidheid/psychisch	14	12	11
- rest	21	17	14
Oordeel over de klacht†			
- hinderlijk/irriterend	69	68	66
- zorgwekkend	12	14	18
- gaat vanzelf over	62	57	48
Ziektegedrag			
• Niets	34	33	26
• Opnemen van ziekerol			
- rustig aan doen	31	31	36
- activiteiten staken	5	7	11
- ziek in bed	2	2	3
• Zelfzorgactiviteiten			
- praten met anderen over klacht	14	15	14
- lezen in boek of tijdschrift	1	1	1
- beweging/ontspanning	6	7	9
• Medische consumptie			
- medicijnen op doktersvoorschrift	5	10	22
- vandaag naar huisarts	2	2	2
• Zelfmedicatie			
- huismiddeltje gebruiken	11	12	13
- gebruik niet voorgeschreven medicijnen	13	14	15
Aantal episoden	2173	5447	993

* De getallen zijn percentages van het aantal klachtdagen waarop een bepaalde klacht voorkwam, c.q. een bepaalde interpretatie aan de klacht gegeven werd of een bepaalde actie voorkwam.

† Met uitzondering van de categorie 'niets doen' zijn per dag meer vormen van ziektegedrag mogelijk. De verschillende vormen van ziektegedrag zijn gegroepeerd onder de vier opgespoorde dimensies.

merendeel van de episoden betrekking heeft op alledaagse klachten.

De aldus geselecteerde respondenten beleefden gemiddeld twee nieuwe klacht-episoden in drie weken, waarvan het grootste gedeelte – uiteraard – slechts één dag duurde.

Gedragspatronen tijdens klacht-episoden

Elf van de zestien in het dagboek onderscheiden handelingen zijn interessant in het licht van de vraagstelling. Met behulp van een principale-componentenanalyse konden vier factoren of onderliggende dimensies in het ziektegedrag worden opgespoord.

- De eerste factor verenigt verschillende gradaties van rust-houden en het aannemen van de ziekerol.
- De tweede factor staat voor zelfzorgactiviteiten die erop gericht zijn om meer duidelijkheid over de klacht te krijgen, onrust weg te nemen (praten, lezen) en zich te ontspannen, echter met uitsluiting van (zelf)medicatie.
- De derde factor combineert twee klassieke aspecten van medische consumptie: de huisarts raadplegen en (vervolgens) medicijnen op recept gebruiken.
- De vierde factor staat voor zelfmedicatie en combineert het gebruik van huismiddeltjes en medicijnen die men zonder tussenkomst van de dokter heeft verkregen.

Van de elf vormen van ziektegedrag kon alleen het 'raadplegen van een andere hulpverlener' niet bij één van de factoren worden ondergebracht; deze is verder buiten beschouwing gelaten.

In tabel 2 is weergegeven hoe de klacht-episoden beoordeeld werden door de respondenten met respectievelijk geringe, gemiddelde en hoge verwachtingen, welke verschillen er waren in de aard van de klacht en welke actie naar aanleiding van de klacht werd ondernomen. Hierbij zijn de gedragsvormen gerangschikt naar de vier onderscheiden factoren.

De respondenten met hoge verwachtingen blijken zich te onderscheiden van de overige respondenten: zij hadden meer klachten van het bewegingsapparaat en

PATIËNTEN

dachten minder vaak dat de klacht vanzelf zou overgaan. Ook was minder vaak 'niets' aan de klacht gedaan. Er was een hoger gebruik van voorgeschreven medicijnen en een grotere kans om tijdens een korte klachtepisode de dagelijkse activiteiten te staken. Met uitzondering van het raadplegen van literatuur – een categorie die overigens weinig genoemd werd – waren er geen grote verschillen in zelfzorgactiviteiten en zelfmedicatie. Er was kennelijk geen substitutie tussen professionele zorg en zelfzorg, hoewel dat voor de groep met hoge verwachtingen wel plausibel werd geacht.

Tabel 2 laat geen harde uitspraken toe. Het is niet duidelijk of de verschillen in ziektegedrag nu moeten worden toegeschreven aan de verwachtingen van medi-

sche zorg of aan de gezondheidstoestand van de respondent. Doordat de respondenten met hoge verwachtingen van medische zorg ook (subjectief) ongezonder waren, spelen beide factoren door elkaar heen. Ook moet er opnieuw rekening mee worden gehouden, dat één individu gemiddeld twee korte klachtepisoden heeft doormaakt. Daarom zijn elf multiniveauregressie-analyses uitgevoerd, waarbij het ziektegedrag is opgenomen als criteriumvariabele. De variabele 'verwachtingen van medische zorg' en de andere determinanten van gedrag bij klachten (subjectieve gezondheid, ziektekostenverzekering, opleidingsniveau, geslacht en leeftijd) zijn opgenomen als predictorvariabele.

Tabel 3 geeft een samenvatting van de resultaten, waarbij alleen de significante

samenhangen tussen de predictoren en de criteriumvariabele zijn vermeld. De predictorvariabelen zijn, met uitzondering van de variabele 'leeftijd', als nominale variabelen in de analyse opgenomen. Steeds is daarbij sprake van een referentiecategorie (bijvoorbeeld een hoge opleiding of lage verwachtingen van medische zorg) waarmee de andere categorieën worden vergeleken. Het gedrag tijdens de klachtepisode is hierbij het criterium voor de vergelijking. De verschillen tussen de categorieën laten zich beschrijven als verschillen in kansen, afgeleid van de in tabel 2 genoemde percentages.

Een voorbeeld kan de gebruikte methode verduidelijken. Tijdens een korte klachtepisode zal iemand met lage verwachtingen van medische zorg een kans van 31

Tabel 3 Resultaten van multi-level logistische regressie van ziektegedrag gedurende korte klachtepisoden. Criteriumvariabele: ten minste één maal gedurende de episode bepaalde handeling uitvoeren. Odds-ratio's met $p < 0,05$ ten opzichte van referentiecategorie

Ziektegedrag ↓ Referentie →	Verwachtingen medische zorg laag	Subjectieve gezondheid goed	Ziektekosten- verzekering ziekenfonds	Opleidings- niveau hoog	Geslacht vrouw	Leeftijd continue variabele
• Niets	.75 (h) –	.76 (m) .42 (s)	– –	– –	– –	– –
• Opnemen van ziekerol						
– rustig aan doen	1.30 (h) –	1.30 (m) 1.81 (s)	– –	– –	.81(M) –	* –
– activiteiten staken	1.41 (h) –	1.58 (m) 2.94 (s)	.59 (pr) –	1.49 (l) –	– –	– –
– ziek in bed	–	3.58 (s)	–	–	–	*
• Zelfzorgactiviteiten						
– praten met anderen	–	–	–	.81 (l)	–	*
– lezen boek/tijdschrift	–	–	–	–	–	–
– beweging/ontspanning	–	1.60 (m)	–	–	1.23(M)	*
• Medische consumptie						
– medicijnen recept	1.72 (m) 2.52 (h) –	.71 (zg) 2.63 (m) 7.50 (s)	– – –	– – –	– – –	* – –
– huisarts	–	–	–	1.72 (l)	–	–
• Zelfmedicatie						
– huismiddeltje gebruikt	–	.73 (m)	–	–	–	*
– medicijn niet recept	–	–	1.46 (pzr)	–	–	–

Legenda

Verwachtingen van medische zorg: (m) midden, (h) hoog.

Subjectieve gezondheid: (zg) heel goed, (m) matig, (s) slecht.

Ziektekostenverzekering: (pr) particulier met eigen risico, (pzr) particulier zonder eigen risico.

Opleiding: (l) laag (lo, lbo); hoog = havo en hoger.

Geslacht: (M) man.

* Significant

PATIËNTEN

procent hebben om het tijdens deze dagen rustig aan te doen (en dus een kans van 69 procent om het niet rustig aan te doen). De verhouding tussen wel en niet rustig aan doen, wordt de *odds* genoemd; deze bedraagt hier 0,45. Iemand met hoge verwachtingen van medische zorg heeft een hogere kans om het rustig aan te doen en een lagere kans om het niet rustig aan te doen (respectievelijk 36 en 64 procent; *odds* 0,56). Om nu aan te geven hoeveel groter de kans om het rustig aan te doen is voor iemand met hoge verwachtingen van medische zorg ten opzichte van iemand met lage verwachtingen, wordt gebruik gemaakt van *odds-ratio's*.¹¹ Als de lage verwachtingen als referentiecategorie worden toegepast, bedraagt de *odds-ratio*: $0,56/0,45 = 1,24$; een *odds-ratio* van 1 geeft aan dat er geen samenhang bestaat.

Tabel 3 laat zien dat de subjectieve gezondheid de belangrijkste factor was voor de wijze waarop (kortdurende) gezondheidsklachten tegemoet werden getreden; de *odds-ratio's* tussen de subjectieve gezondheid en de gedragsalternatieven zijn relatief hoog. Wanneer men de eigen gezondheid als slecht beoordeelde, bestond een grote kans dat men iets aan de klacht deed, zoals de ziekerol op zich nemen en/of voorgeschreven medicijnen gebruiken. Wanneer men de eigen gezondheid als matig beoordeelde, was de kans dat men de ziekerol op zich nam, ook vrij groot maar minder vergaand. Enigszins merkwaardig lijkt dat een matige gezondheid betekende dat men minder snel naar een huismiddeltje greep. Wellicht is hier sprake van substitutie met voorgeschreven medicijnen: personen die hun eigen gezondheid als heel goed inschatten, gebruiken tijdens korte klachtepisodes immers niet snel voorgeschreven medicijnen.

Naast de gezondheidstoestand speelden in veel gevallen de verwachtingen van medische zorg een significante rol. Wanneer die verwachtingen hoog waren, gebruikte men eerder medicijnen op recept, of nam men de ziekerol op zich. De analyse wijst niet op een samenhang met zelfmedicatie of andere zelfzorgactiviteiten.

De bijdrage van de overige variabelen was geringer. Particulier verzekerden

(veelal hoger opgeleiden) waren minder geneigd om tijdens korte klachtepisodes hun dagelijkse activiteiten te staken, terwijl lager opgeleiden dat juist wel vaak deden. Daarnaast spraken lager opgeleiden minder met anderen over de klacht(en), maar bezochten zij eerder de huisarts.

Van de verschillende gedragsalternatieven bleek het al dan niet 'niets doen', het opnemen van de ziekerol en het gebruik van voorgeschreven medicijnen op overtuigende wijze samen te hangen met de predictorvariabelen. Dat was veel minder het geval voor zelfzorgactiviteiten, zelfmedicatie en het bezoek aan de huisarts tijdens de klachtepisode.

Beschouwing

In de inleiding van dit artikel werd gesteld dat de samenhang tussen hoge verwachtingen van medische zorg en een hoge medische consumptie op twee manieren geïnterpreteerd kan worden: als fixatie op professionele hulp of als aanwijzing dat klachten op een actieve wijze tegemoet worden getreden, waarbij ook zelfzorgactiviteiten worden ontplooid. De resultaten van dit onderzoek wijzen in de richting van de eerste interpretatie: het hebben van hoge verwachtingen van medische zorg wijst vooral op een fixatie op het krijgen van professionele medische hulp. Het blijkt daarbij vooral te gaan om ouderen en patiënten met een laag scholingsniveau.

Gedragverandering onder deze groepen is over het algemeen veel moeilijker te bereiken dan onder jonge, hoog opgeleide patiënten. Twee buitenlandse experimenten waar vooral gezinnen met jonge kinderen bij betrokken waren, hebben echter goede resultaten geboekt met voorlichting over de omgang met alledaagse klachten. In een Deens experiment werd een reductie van ruim 30 procent in het aantal consulten bereikt en in een Brits onderzoek werd een daling van 15 procent in het huisartsbezoek voor zes alledaagse aandoeningen gehaald.^{12 13}

Ook in Nederland wordt gewerkt aan het bevorderen van zelfzorg voor alledaagse klachten en het terugdringen van

onnodige medische consumptie. Bekend is bijvoorbeeld de serie 'Wat doe ik'-boekjes, die wordt uitgegeven in het kader van de overheids campagne 'Keuzen in de zorg' en waarin recent een deeltje over medicijngebruik is verschenen.¹⁴ Daarnaast is een aantal huisartsen in de omgeving van Zaltbommel begonnen met een uitgebreide campagne waarin 'nuldlijnsstandaarden' via huis-aan-huisbladen en de lokale tv onder de bevolking worden verspreid.¹⁵ Wanneer de positieve indruk van de deelnemende huisartsen ook door het onderzoek bevestigd zou worden, is wellicht een goede basis gelegd voor de bevordering van zelfzorg voor alledaagse aandoeningen. De wenselijkheid hiervan is in dit artikel opnieuw aangetoond.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- 2 Van de Lisdonk E. Naar de dokter of niet? Een peiland onderzoek naar de opvattingen van patiënten, arts-assistenten en huisartsen over de mogelijkheden van zelfzorg dan wel de noodzaak medische hulp in te roepen. Med Contact 1985; 40: 349-351.
- 3 Bensing J, Foets M, Van der Velden J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 4 Halfens RJG. Locus of control. Beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- 5 Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 6 Bentzen N, Christiansen T, Pedersen KM. Self-care within a model for demand of medical care. Soc Sci Med 1989; 29: 185-93.
- 7 Van Es JC. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.

Vervolg op pag. 68.

8 Furer JW, Persoon JMG. Ziektegedrag en sociaal-culturele context. Eindrapport van het regioproject Nijmegen, deel 2. Nijmegen: ISG/KUN, 1987.

9 Schepers RMJ, Nievaard AC. Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie. Leiden: Stenfert Kroese, 1990.

10 Goldstein H. Multilevel models in educational and social research. London: Charles Griffin, 1987.

11 Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley, 1989.

12 Anderson JE, Morrel DC, Avery AJ, Watkins CJ. Evaluation of a patient education manual. BMJ 1980; 281: 924-6.

13 Hansen BWL. A randomized controlled trial on the effect of an information booklet for young families in Denmark. Patient Education and Counseling 1990; 16: 147-

50.

14 De Haan M, red. Wat doe ik, neem ik medicijnen? Rotterdam: Ketting, 1995.

15 Van Dijk PA, Van den Bosch J, Van Wijgerden JA, De Rooy de Swart CMJ. Nuldlijnsstandaarden. Het project 'Dokteren aan de Waal'. Huisarts Wet 1996; 39(2): 69-47.



OVERHEID EN BELEID

De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts

In dit artikel zal worden gezien op welke wijze het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts kan worden geëvalueerd met behulp van een grootschalig survey uit de huisartspraktijk: de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen. Eerst zal het beleid in het kort worden weergegeven en vervolgens zullen daaruit enkele elementen worden gelicht waarvan met behulp van gegevens uit de Nationale Studie iets kan worden gezegd over de effectiviteit.

OVERHEIDSBELEID

Als we over de huisarts spreken, behoeven we ditmaal eens niet bij de 'Structuurnota' te beginnen; het ook nu nog relevante overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts begon bij een conflict over de honorering in het midden van de jaren zestig en met de oplossingen die door de commissies-Van de Ven en -Donner voor

J. van der Zee

respectievelijk de ziekenfonds- en particuliere praktijk zijn aangedragen^{1 2}. Het instellen van een norminkomen, gekoppeld aan een normpraktijk, en het harmoniseren van de ziekenfonds- en particuliere tarieven is ook nu nog van groot belang en maakt dat de omvang van de huisartspraktijk, de variaties daarin, het verloop ervan in de tijd en de sturing ervan eigenlijk het centrale beleidselement ten aanzien van de huisarts hebben gevormd in de afgelopen twintig jaar.

De 'Structuurnota' heeft nog wel wat opgeleverd in dit verband; als enige element uit de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is er een wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen tot stand gekomen waarmee het voor de overheid mogelijk

werd niet alleen de normatieve praktijkgrootte en het inkomen van de huisarts te regelen, maar ook de (gemiddelde) feitelijke praktijkgrootte. Voor het eerst beschikte de rijksoverheid over mogelijkheden iets te ruilen en staatssecretaris Van der Reijden (met een goede neus voor een 'deal') sloot met de huisartsen (en met voorbijgaan aan ziekenfondsen en schadeverzekeraars) in 1985 een 'convenant', waarin vestigingsbeleid en inkomen werden gekoppeld, de goodwillbetaling bij praktijkoverdracht werd afgeschaft en de huisarts verklaarde aanspreekbaar te zijn op het 'Basistakenpakket' en zich op dat punt te laten controleren.

In de nieuwe beleidsvoornemens (opname huisartsenhulp in de AWBZ) geeft de rijksoverheid haar directe invloed op de omvang van de huisartspraktijk en de huisartseninkomens weer prijs en geeft

OVERHEID EN BELEID

het beleid in handen van de nieuwe 'zorg-verzekeraars'. In de nieuwe plannen wordt het traditionele onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënt opgeheven en verdwijnt de mogelijkheid zich voor kosten van huisartsenhulp niet te verzekeren. Ook wordt het verrichtingenelement in de honorering van de huisarts versterkt. Als derde en laatste beleidsmaatregel wordt het instellen van een eigen bijdrage voor een verwijzing (het specialistengeeltje) in 1988 tegen het licht gehouden. Bezien wordt of deze maatregel in de cijfers van de Nationale Studie (die ook het eerste kwartaal van 1988 beslaan) terug te vinden is.

FEITEN UIT DE STUDIE

In deze paragraaf worden drie onderwerpen beschreven: de omvang van de huisartspraktijk, de particuliere patiënt en verwijzingen naar de specialist.

Omvang huisartspraktijk

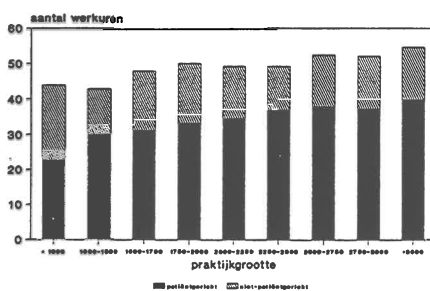
Met behulp van de Nationale Studie kan men de invloed van de omvang van de huisartspraktijk in verband brengen met de totale hoeveelheid bestede tijd, de tijd besteed aan patiëntenzorg en niet patiënt-gebonden activiteiten, het aantal contacten, de gemiddelde consultduur, etc.

In *figuur 1* is de tijdsbesteding, verdeeld in patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden, naar praktijkgrootte weergegeven voor de totale tijd en tijd binnen 'normale' werktijden. Totaal is de gemiddelde werkweek 48,8 uur, met een verhouding van 70-30 voor patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. In grotere praktijken wordt langer gewerkt. De extra tijd zit louter in de patiëntgebonden activiteiten; men 'beknibbelt' op de niet-patiëntgebonden tijd. Dit laatste doet men vooral in praktijken met tussen de 1.500 en 2.500 patiënten, waardoor er in die groep geen duidelijk verband is tussen totale tijdsbesteding en praktijkgrootte; dat verband is er wél tussen patiëntgebonden tijd en praktijkgrootte.

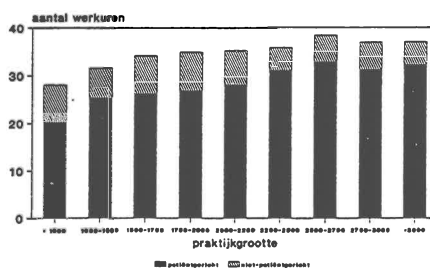
In *figuur 2* is de gemiddelde consultduur vermeld. Men ziet een effect aan de extremen, maar in huisartspraktijken tussen de 1.000 en 2.500 zielen bedraagt de gemiddelde duur van een consult ongeveer 8 minuten; een vrijwel constant gemiddelde.

Er zijn natuurlijk meer activiteiten die samenhangen met de omvang van de huisartspraktijk. In *tabel 1* zijn achtereenvolgens vermeld: het totaal aantal contacten (1); het percentage contacten op ini-

Figuur 1a. Gemiddeld aantal werkuren per week van een huisarts naar praktijkomvang.



Figuur 1b. Gemiddeld aantal werkuren per week van een huisarts naar praktijkomvang binnen de normale werktijden.

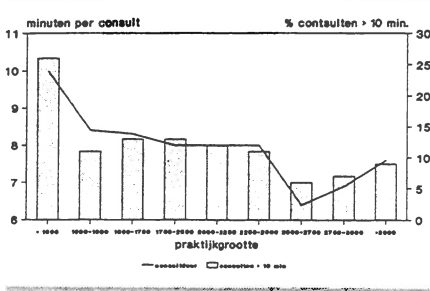


tatief van de patiënt (2); het percentage contacten met de assistente (3); het percentage contacten, afgesloten met een nieuwe afspraak (4); idem met een verwijzing (5), en dat alles naar praktijkgrootte.

ad 1. Het totaal aantal contacten neemt gestaag toe met de praktijkomvang met een lichte afzwakking in praktijken groter dan 2.750 zielen.

ad 2. Het percentage contacten op initiatief van de patiënt fluctueert nogal (het gemiddelde ligt op 50%); binnen de groep praktijken tussen 1.500 en 2.500 zielen neemt het aandeel van deze contacten toe en neemt het aandeel van de

Figuur 2. Gemiddeld aantal minuten per spreekuurconsult en het percentage spreekuurconsulten langer dan 10 minuten.



terugbestelcontacten dus af. Voor initiatieven van de patiënt wordt, zo het zich laat aanzien, geen drempel opgeworpen in grotere praktijken.

ad 3. Alleen in de grotere praktijken (> 2.750 zielen) vindt een hoger percentage contacten met de assistente plaats.

ad 4. Het ziet er niet naar uit dat de huisartsen hun werkdruk reguleren door minder vaak terug te bestellen.

ad 5. Datzelfde geldt voor verwijzingen: huisartsen sluiten hun contacten niet vaker met een verwijzing af naarmate hun praktijk groter is.

Conclusie: Huisartsen hebben eigenlijk maar één manier om op een grotere praktijk te reageren, en dat is door langer te werken en vooral door meer tijd aan hun patiënten te besteden. Bij praktijken tussen de 1.500 en 2.500 zielen (een categorie van groot belang bij een mogelijke verdere praktijkverkleining) gaat de tijd besteed aan patiënten ten koste van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. De tijd aan patiënten besteed gaat altijd voor.

Particuliere praktijk

Men kan het een speling van het lot noemen, dat net op het moment dat het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten gaat verdwijnen voor het eerst een cijfermatig onderbouwd beeld van de particuliere praktijk kan worden gegeven. 'Beter laat dan nooit', zal het motto van deze paragraaf zijn.

In *tabel 2* vindt men de voornaamste kengetallen van de verzekerden; bij de particulieren is onderscheid gemaakt tussen hen die huisartsenhulp wel en niet verzekerd hebben. Ook is er een groep waarvan wel bekend is dat het om particulier verzekerden gaat, maar waarvan de huisartsverzekering onbekend is.

Ziekenfonds- en particulier verzekerden verschillen qua leeftijdsopbouw en opleiding; bovendien zijn er verschillen tussen de particulier verzekerden onderling. De groep zonder verzekering voor de huisarts is ouder en (nog) beter opgeleid dan die met huisartsverzekering. Met deze verschillen moet terdege rekening worden gehouden bij verdere vergelijkingen.

In *tabel 3* treft men de verschillende contactfrequenties aan (in getallen per patiënt per drie maanden en in indexcijfers waarbij het getal voor ziekenfondsverzekerden op 100 is gesteld). Over de hele linie is het aantal consulten en visites bij particulieren lager (ongeveer 25% bij de consulten en 13% bij de visites). Particuliere patiënten zonder huisartsverzekering onderscheiden zich door een lager

OVERHEID EN BELEID

aantal consulten en vooral door minder spoedconsulten en spoedvisites.

Vermenigvuldigt men de getallen in de totale groep particuliere patiënten met 4 om jaarcijfers te krijgen en met respectievelijk een factor 1 voor consulten, 1½ voor visites, 2 voor spoedconsulten en 3 voor spoedvisites, dan krijgt men een gewogen getal van 2,89 dat als basis voor de tariefberekening kan dienen. Dit getal komt aardig in de buurt van het cijfer dat voor het jaar 1985 door de Economische Controledienst bij solopraktijken is gevonden³ – de ECD vond 2,74 – toen er een dispuut tussen overheid en huisartsen was over het aantal consulten en visites in de particuliere praktijk.

Nu zegt het aantal consulten ook niet alles; de duur van de consulten, het aantal per consult gepresenteerde problemen en het aantal verwijzingen zijn ook van belang. In tabel 4 staan deze getallen ver-

Tabel 1. Praktijkgrootte en huisartscontacten (per drie maanden), 1987-1988.

praktijk-grootte	totaal huis-arts-con-tacten	per huis-arts-tage	per cen-tage met verwij-zin-gen ¹	per cen-tage terug-bestel-len ¹	per assis-tent-tacten ²
< 1.000	749	56,9	8,0	28,1	24,1
1.000-1.499	1.334	50,1	5,1	23,3	18,5
1.500-1.749	1.472	46,0	5,0	33,0	20,4
1.750-1.999	1.682	49,7	3,9	27,2	19,8
2.000-2.249	1.774	50,6	5,7	27,2	24,2
2.250-2.499	2.071	53,7	4,5	26,9	24,0
2.500-2.749	2.358	53,4	5,4	25,6	22,6
2.750-2.999	2.416	45,9	5,0	28,5	28,9
≥ 3.000	2.536	53,2	4,9	29,4	30,2
gemiddelde (n=160)	1.806	51,2	5,1	27,4	23,0

1. Van het totaal aantal huisartscontacten.
2. Van het totaal aantal contacten per praktijk.

Tabel 2. Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van ziekenfondsverzekerden, particulieren met huisartsverzekering en particulieren zonder huisartsverzekering.

	parti-culier met huis-arts	parti-culier zonder huisarts	zieken-fonds
GESLACHT			
man	51,2	51,4	46,9
vrouw	48,7	48,6	53,0
LEEFTIJD			
0-14	24,5	20,3	17,2
15-24	13,4	13,3	18,7
25-44	33,6	28,7	32,0
45-64	19,0	24,6	19,2
65+	9,1	13,0	12,6
ONDERWISNIVEAU			
geen	0,9	1,4	1,8
lager	15,6	14,1	32,9
voortgezet	62,2	56,5	59,8
HBO/univ.	21,3	28,0	5,5

Tabel 3. Aantal consulten, visites, etc. per patiënt per drie maanden per verzekeringsvorm.

	zieken- index fonds	part. + huisarts	part. - huisarts	part. ?	part. totaal
spreekuur	0,6149 (100)	0,4921 (80)	0,4167 (68)	0,3605 (59)	0,4632 (75)
visite	0,1287 (100)	0,1105 (85)	0,1133 (88)	0,1227 (95)	0,1124 (87)
spoedconsult	0,0444 (100)	0,0348 (78)	0,0281 (63)	0,0348 (78)	0,0335 (75)
spoedvisite	0,0112 (100)	0,0080 (71)	0,0059 (53)	0,0089 (80)	0,0077 (71)
telefoon	0,0371 (100)	0,0322 (86)	0,0306 (82)	0,0340 (91)	0,0321 (87)
overig	0,0007	0,0005	0,000	0,0006	0,0005
aantal verzekerden	204.550	73.243	19.527	11.756	104.526

Tabel 4. Kengetallen huisartsenbezoek per verzekeringsvorm, gewogen voor verschillen in leeftijd (index ZF=100 tussen haakjes).

CONTACTEN PER 1.000 met huisarts	ZF	Part +	Part -
met huisarts	836 (100)	73% (85)	79% (70)
met assistente	304 (100)	27% (61)	187 (21%) (46)
totaal	1.141 (100)	900 (79%) (64)	139 (19%) (10)
HUISARTSCONTACTEN PER 1.000 NAAR CONSULTDUUR			
< 5 min.	200 (100)	24% (68)	135 (19%) (56)
5-10 min.	440 (100)	53% (84)	369 (52%) (67)
> 10 min.	183 (100)	22% (110)	201 (28%) (94)
AANTAL PROBLEMEN PER CONSULT	1,25 (100)	1,32 (105)	1,31 (104)
VERWIJZINGEN			
actieve verw.	51,7 (100)	39,3 (76)	36,6 (71)
administr. verw.	26,6 (100)	15,0 (56)	4,9 (18)
actieve verw.	61,5 (100)	56,4 (92)	61,6 (100)

Tabel 5. Subjectieve gezondheidstoestand, psychische gezondheid, houding ten opzichte van medisch ingrijpen en ten opzichte van gezondheid naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd voor leeftijds- en opleidingsverschillen; multiple classificatie-analyse).

SUBJECTIEVE GEZONDHEID	ZF	part +	part -
% personen matig/slechte gezondheid	19% (100)	13% (68)	8% (42)
% personen chronisch ziek (matig ernstig)	45% (100)	40% (89)	39% (87)
% personen chronisch ziek (ernstig)	20% (100)	14% (70)	16% (80)
PSYCHISCHE GEZONDHEID			
GQH-score	1,99 (100)	1,65 (83)	1,20 (60)
NEIGING TOT MEDISCH INGRUPEN	36,25 (100)	37,42 (103)	38,00 (105)
LOCUS OF CONTROL			
intern	20,83 (100)	21,29 (102)	21,43 (103)
arts	23,63 (100)	22,86 (104)	22,60 (107)
toeval	22,06 (100)	22,86 (104)	22,60 (102)
aantal verzekerden (> 16 jaar)	7.088	2.692	511

meld; rekening is gehouden met de verschillen in leeftijd tussen de groepen verzekerden; om de vergelijkbaarheid te vergemakkelijken zijn ook indexcijfers gepresenteerd (ziekenfondsverzekerden = 100).

Uit de in tabel 4 gepresenteerde cijfers kunnen we concluderen dat vooral het aantal contacten met de assistente lager is bij particulieren (vooral bij particulieren zonder huisartsverzekering), dat particulier verzekerden wat vaker lange consulten hebben en wat minder vaak consulten van minder dan vijf minuten dan ziekenfondsverzekerden, maar dat hier nauwelijks verschillen zijn tussen de beide groepen particulieren. Men presenteert ietwat meer problemen per consult in de particuliere praktijk (een verschil van 4% à 5% met de ziekenfondsverzekerden) en men wordt vooral minder vaak naar de specialist verwezen (dat geldt zeker voor personen zonder verzekering voor huisartsenhulp), zij het dat deze verschillen voornamelijk worden veroorzaakt doordat parti-

culier verzekerden, inzonderheid degenen zonder verzekering voor huisartsenhulp minder vaak bij de huisarts komen. Het aantal actieve verwijzingen per contact is voor de drie groepen vrijwel gelijk. Als men bovendien bedenkt, dat bekend is dat personen zonder verzekering voor huisartsenhulp eenmaal naar de specialist verwezen ook nog eens 15% minder kosten aan specialistische en klinische verzorging declareren^{4,5}, dan kan men de krantekoppen al voor zich zien: 'Volksverzekering maakt gezondheidszorg duurder' . . . Het is derhalve van belang uit te vinden of personen zonder verzekering voor huisartsenhulp over een betere gezondheid beschikken, die misschien de gevonden verschillen kan verklaren. In de Nationale Studie is ook een groot enquêteonderzoek uitgevoerd; per praktijk zijn ongeveer 100 mensen onder-vraagd over hun gezondheid, hun houding ten opzichte van ziekte en dokters en nog een aantal zaken meer. In tabel 5 vindt men een aantal resultaten uit de

OVERHEID EN BELEID

enquête. Bij de presentatie van de cijfers is rekening gehouden met verschillen in leeftijd en opleidingsniveau tussen de groepen verzekerden. Ook hier zijn weer indexcijfers gebruikt. Gevraagd is naar: de subjectieve gezondheid (1), het lijden aan een matig ernstige of ernstige chronische aandoening (2), de psychische gezondheid (score op de General Health Questionnaire, GHQ) (3), de neiging bij kleine dingen heil van medisch ingrijpen te verwachten (4) en de mate waarin men denkt zijn eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden (de Health Locus of Control) (5).

ad 1. Particulier verzekerden en vooral degenen zonder huisartsverzekering voelen zich gezonder. Het gaat hier om forse verschillen.

ad 2. Bij chronische aandoeningen zijn de verschillen wel aanwezig, maar veel minder sterk.

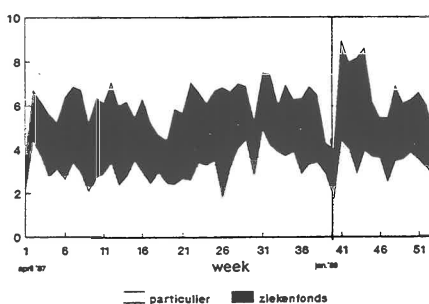
ad 3. Particulier verzekerden en vooral degenen die geen huisartsverzekering hebben, zijn psychisch gezonder en minder geneigd tot klagen dan ziekenfondsverzekerden.

ad 4. In de mate waarin men heil van medisch ingrijpen verwacht bij betrekkelijk onschuldige gezondheidsproblemen (een maat ontleend aan Van de Lisdonk⁶) verschillen de groepen nauwelijks van elkaar.

ad 5. Dat geldt ook voor de mate waarin men denkt de eigen gezondheid te kunnen beïnvloeden. Deze maat bestaat uit drie delen; particulier verzekerden zijn iets meer geneigd dan ziekenfondsverzekerden te denken dat zij zelf hun gezondheid kunnen beïnvloeden en dat het opvolgen van adviezen van anderen (lees: artsen) hierbij helpt. De verschillen tussen de beide groepen particulier verzekerden zijn verwaarloosbaar.

Samengevat betekent het opheffen van de mogelijkheid zich *niet* voor huisartsenhulp te verzekeren, dat men voor een zich gezond voelende en vooral weinig last van spanningsklachten hebbende groep personen de drempel voor de huisartspraktijk verlaagt. Aangezien deze groep niet fundamenteel anders tegen ziekte en medisch ingrijpen aankijkt dan anderen en aangezien huisartsen de betrokken patiënten, als zij eenmaal komen, nauwelijks minder vaak naar de specialist verwijzen, mag men verwachten dat de gezondheidszorg inderdaad duurder wordt bij de nieuwe AWBZ-maatregelen. Het betreft een betrekkelijk kleine groep, waardoor het kosteneffect beperkt zal zijn.

Figuur 3. Verwijzingen per 1.000 patiënten.



Verwijzingen

Over verwijzingen is in het voorgaande al een en ander gezegd. Dit artikel wordt besloten met een analyse van de vraag of in de Nationale Studie iets terug te vinden is van het effect van de per 1 januari 1988 ingestelde (en inmiddels weer afgeschafte) eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden met betrekking tot een bezoek aan de specialist. Men zou een verhoging van het aantal verwijskaarten verwachten in december 1987 en een sterke daling in januari 1988. Bovendien zou dit effect alleen bij ziekenfondsverzekerden moeten optreden. In *figuur 3* zijn de verwijscijfers per patiënt per week weergegeven voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Er kan een verstoring effect optreden omdat per 1 januari een nieuwe

ploeg huisartsen aantrad in de studie, maar dit kan geen fundamenteel effect hebben op de cijfers. Het omgekeerde van het verwachte effect treedt op: minder verwijzingen in december 1987 en méér in januari 1988. Voor particulier verzekerden ligt dit niet anders. We mogen dus besluiten met een welgemeend: 'Adieu specialistengeeltje!'. □

Met bijzondere dank aan Diny de Bakker, Jack Hutten, Marja Tijhuis, Herman Sixma en Jan Pool.

Literatuur

1. Dopheide JP. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JP, Zee J van der (red). Overzichtsstudie Onderzoek Eerste Lijn. Utrecht: Nivel, 1985.
2. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 1: Het overheidsbeleid. Utrecht: Nivel, 1987.
3. Economische Controle Dienst Onderzoek Huisartspraktijken. ECD, 1987.
4. KISG. Diverse jaarboeken sinds 1984.
5. Zee J van der. Over de grenzen van de eerste lijn. Oratie Rijksuniversiteit Limburg. Utrecht: Nivel, 1989.
6. Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk; een onderzoek met dagboeken. Dissertatie Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972 (Maudsley Monographs nr 21).
- Halfens RJ. Locus of control; de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg, 1985.

OVERHEID EN BELEID

Loon naar werken

Vergelijking van een gedifferentieerd abonnement en een
gemengde honoreringsstructuur voor huisartsen

D.M.J. Delnoij, D.H. de Bakker en
P.P. Groenewegen

Op verzoek van Biesheuvel c.s. berekende het Nivel hoe een uniform, gedifferentieerd abonnement voor de huisarts uitwerkt. Aanvullend berekende het de effecten van het stelsel dat de LHV voorstaat: gedeeltelijk vlak abonnement, vergoedingen voor consulten en visites. Een vergelijking.

IN HET ADVIES van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg,¹ beter bekend als de commissie-Biesheuvel, wordt onder meer voorgesteld de honorering van huisartsen voor ziekenfonds- en particuliere patiënten te uniformeren. Ook de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging is recent akkoord gegaan met voorstellen tot uniformering van de honorering. De voorstellen van de LHV en de commissie-Biesheuvel verschillen echter voor wat betreft de honoreringssystematiek. In dit artikel willen we de effecten van beide voorstellen doorrekenen en vergelijken.

Vraagstelling

In het huidige systeem worden huisartsen voor ziekenfondspatiënten per abonnement betaald en betalen particuliere patiënten per consult en visite. De LHV stelt de invoering voor van een uniform systeem dat - per patiënt - uit een vlak abonnementsdeel bestaat, waarin onder meer de praktijkkosten zijn ondergebracht, en een vergoeding voor consulten en visites.² De verhouding tussen beide delen is ongeveer 60 : 40. In het voorstel van de commissie-Biesheuvel wordt 80% van het inkomen van huisartsen verworven uit een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement, waarbij drie categorieën gelden: jonger dan 65 jaar, 65 tot 74 jaar en 75 jaar en ouder, ongeveer in de verhouding 3 : 6 : 10. Voor het resterende deel van het inkomen worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en huisartsen

over specifieke opslagen, gekoppeld aan specifieke functies.

In dit artikel stellen we de vraag, wat de consequenties van een verandering van honorering zijn voor de omzet van praktijken. Uit vergelijkend oogpunt is hier van belang, in hoeverre de relatie tussen loon en werken verschilt en in hoeverre omzetverandering samenhangt met enkele kenmerken van de praktijken. Verder is het zinvol om na te gaan welke gevolgen alléén uniformering van de honorering voor ziekenfonds- en particuliere patiënten zou hebben. Immers, in de beide voorstellen wordt niet alleen de honoreringssystematiek gewijzigd, maar wordt ook voorgesteld te komen tot een *uniforme* honorering. Het betreft in zekere zin dus een dubbele verandering.

Materiaal en methode

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Daarbij waren 102 praktijken betrokken, die in 1987 en 1988 drie maanden lang al hun contacten met patiënten vastlegden. Door toepassing van wegingsprocedure zijn de cijfers landelijk representatief.³ Ofschoon de gegevens al weer zes à zeven jaar geleden zijn verzameld, zijn ze voor de onderhavige vraagstelling nog steeds goed bruikbaar. Immers, er is geen reden om aan te nemen dat de relaties tussen bijvoorbeeld de achtergrondkenmerken van patiënten en het aantal contacten met de huisartspraktijk veranderd zijn. De tarieven die worden gebruikt om de twee alternatieve betalingssystemen te vergelijken met de gangbare situatie in 1987/1988 zijn uiteraard wel tijdgebonden.

Op basis van de Nationale Studie zijn gegevens bekend over aantallen contacten, uitgesplitst naar de aard van het contact, kenmerken van de patiënt (in dit geval zijn leeftijd en verzekeringsvorm gebruikt) en samenstelling van de praktijken naar leeftijd en verzekeringsvorm. Daarnaast levert een dagboek dat alle deelnemende huisartsen een week hebben bijgehouden een indicatie op van de werkbelasting in termen van het aantal uren dat er wordt gewerkt.

Voor de door Biesheuvel en de LHV voorgestelde honoreringssystemen, alsmede voor de ter vergelijking doorgerekende variant 'alléén uniformering, geen differentiatie' zijn tarieven berekend, waarmee vervolgens de praktijkomzet is uitgerekend. De functiegebonden opslagen van de commissie-Biesheuvel zijn buiten beschouwing gelaten; met andere woorden: de berekende omzet bestaat voor 100% uit gedifferentieerde abonnements-tarieven.

Analoog aan de weging die door de commissie-Biesheuvel is gehanteerd, zijn bij het doorrekenen van de LHV-variant visites dubbel geteld, hoewel die volgens de huidige WTG-systematiek slechts anderhalf keer zo duur zijn als een spreekuurcontact. De netto-contactduur exclusief reistijd blijkt bij visites namelijk al anderhalf keer hoger te liggen dan bij spreekuurcontacten;⁴ de factor 1,5 is daardoor zeker een onderschatting van de werkelijkheid.

De omzet in de (in 1987) gangbare situatie is berekend op basis van de (toen) geldende abonnements- en particuliere tarieven. Gemiddeld bedroeg de omzet in solo- en groepspraktijken in 1987 f 285.967,-. Voor de berekening van de alternatieve tarieven is uitgegaan van een budgettair neutrale situatie. Veranderingen van omzet ten opzichte van de 'gangbare situatie' worden gerelateerd aan enkele kenmerken op praktijkniveau: het percentage ziekenfondsverzekerden (in verband met uniformering en kostenknik), het percentage 65-plussers in de praktijkpopulatie (in verband met de werkelijkheid), de locatie van praktijken (in verband met de verschillen in werkbelasting tussen grootstedelijke en plattelandspraktijken) en de praktijkvorm (eveneens in verband met het wegvallen van de kostenknik).

Resultaten

Eerst wordt aandacht besteed aan de relatie tussen loon (omzet) en werkbelasting onder de drie doorgerekende varianten, daarna aan de vraag welk type praktijk erop vooruit- dan wel achteruitgaat ten gevolge van een verandering. Werkbe-

OVERHEID EN BELEID

lastig wordt in dit verband afgemeten aan het totaal aantal uren per week dat wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten. Correlaties zijn berekend tussen enerzijds de werkbelasting van huisartsen en anderzijds 1. de gemiddelde praktijkomzet in 1987, 2. de praktijkomzet na uniformering (zonder differentiatie), 3. de omzet volgens de variant-Biesheuvel en 4. volgens de LHV-variant. Deze berekeningen zijn alleen uitgevoerd voor huisartsen in solo-praktijken, omdat anders door de aggregatie van gegevens op praktijkniveau een schijnsamenhang ontstaat. De correlaties tussen omzet en werkbelasting zijn 0,53 onder de huidige honoreringssystematiek, 0,41 onder een uni-

form, ongedifferentieerd abonnement, 0,50 volgens de variant-Biesheuvel en 0,52 volgens de LHV-variant. Door invoering van een uniform, ongedifferentieerd abonnement wordt de relatie tussen loon en werken dus slechter. De door Biesheuvel c.s. en de LHV voorgestelde varianten reflecteren in min of meer gelijke mate de werkbelasting van huisartsen. De relatie loon en werkbelasting onder beide varianten is echter niet beter dan in de huidige situatie.

In het algemeen blijkt invoering van de LHV-variant de minst extreme veranderingen in praktijkomzet tot gevolg te hebben. De maximale achteruitgang ten opzichte van de omzet in 1987 bedraagt f 34.751,-

(minus 10%) tegenover f 48.966,- onder de variant-Biesheuvel (minus 19%). De maximale vooruitgang onder de LHV-variant is f 56.558,- (plus 19%), tegenover f 61.854,- onder de variant-Biesheuvel (plus 22%). Positief aan de LHV-variant is ook, dat deze voor een kleiner aantal praktijken erg extreme omzetveranderingen tot gevolg zou hebben, zoals te zien is in de *figuur*.

De verschuivingen in omzet zijn vervolgens gerelateerd aan het percentage 65-plussers en ziekenfondsverzekerden in een praktijk, praktijkvorm en urbanisatiegraad. De omzetverandering in relatie tot het percentage ziekenfondsverzekerden in een praktijk en in relatie tot de praktijkvorm laat geen opvallende verschillen zien tussen de variant-Biesheuvel en de LHV-variant. Beide honoreringssystemen verschillen meer in hun uitwerking met betrekking tot het percentage 65-plussers in een praktijk en urbanisatiegraad.

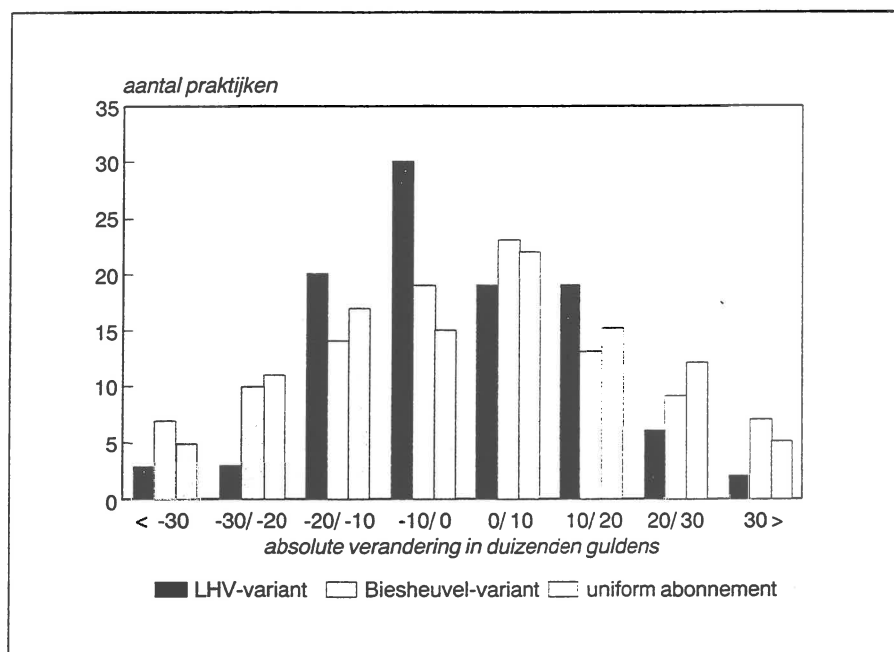
Uit de *tabel* blijkt dat een uniform, gedifferentieerd abonnement praktijken met veel 65-plussers bevoordeelt: 47% van de praktijken met meer dan 15% 65-plussers gaat er minimaal 6% op vooruit als het aan de commissie-Biesheuvel ligt. Onder de honorering die de LHV voorstelt gaat slechts 7% van deze praktijken er meer dan 6% op vooruit, terwijl bijna een kwart (24%) er minimaal 6% op achteruitgaat. Een nog groter verschil in effect treedt op voor praktijken die in de grote steden zijn gevestigd; bij de door Biesheuvel voorgestelde honorering gaat de helft van deze praktijken er minimaal 6% op vooruit, bij de door de LHV voorgestelde systematiek daarentegen gaat 63% van deze praktijken er minimaal 6% op achteruit.

Conclusie en discussie

De honoreringssystemen die zijn voorgesteld door de commissie-Biesheuvel en door de LHV verschillen weinig voor wat betreft hun relatie met het aantal uren per week dat een huisarts gemiddeld besteedt aan patiëntenzorg. De kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is, dat het aantal uren dat huisartsen werken is vastgesteld onder het 'oude' honoreringssysteem: het reflecteert daardoor de keuzes die huisartsen hebben gemaakt onder dat honoreringssysteem, en die zijn niet noodzakelijk hetzelfde onder een ander stelsel.

De voornaamste verschillen tussen de LHV-optie en het voorstel-Biesheuvel zitten in de consequenties voor de praktijkomzet voor huisartsen, onderscheiden naar leeftijdssamenstelling en urbanisatiegraad. Al met al kan lijken de voorstellen van de commissie-Biesheuvel gunstiger uit te pakken dan de door de LHV voor-

Figuur. Aantal praktijken naar omzetveranderingen (in duizenden guldens) ten gevolge verandering van honorering volgens LHV-variant, variant-Biesheuvel en uniform abonnement (n = 102).



Tabel 1. Percentage praktijken (n=102) naar praktijkenmerken en veranderingen in omzet per praktijk ten gevolge van invoering van een uniform abonnement, een uniform, gedifferentieerd abonnement (Biesheuvel) en een uniform gemengde honorering (LHV).

praktijkenmerken	uniform		Biesheuvel		LHV	
	< -6%	> 6%	< -6%	> 6%	< -6%	> 6%
PERCENTAGE 65-PLUSSERS						
minder dan 10% (n=33)	15	30	33	3	6	15
10 tot 15% (n=39)	5	23	10	21	15	13
meer dan 15% (n=30)	47	20	7	47	24	7
URBANISATIEGRAAD						
ruraal (n=39)	13	21	15	18	5	10
suburbaan (n=35)	26	20	14	17	17	14
urbaan (n=20)	25	30	30	30	10	15
grote stad (n=8)	25	50	-	50	63	-
totaal (n=102)	21	25	17	23	15	12

OVERHEID EN BELEID

gestelde systematiek.

Onder Biesheuvel gaan praktijken met veel oudere patiënten er in vergelijking tot het huidige systeem meestal op vooruit, terwijl deze praktijken er onder de LHV-optie meestal op achteruitgaan. Hoe dit komt, kan als volgt inzichtelijk worden gemaakt: voor een ziekenfondsverzekerde van boven de 75 jaar ontving een huisarts in het oude systeem f 103,-- in de variant-Biesheuvel f 262,-- en in de LHV-variant f 148,--. In de variant-Biesheuvel gaan huisartsen er dus meer op vooruit waar het gaat over hun zorg voor oudere ziekenfondspatiënten. Tegelijkertijd gaan ze er onder Biesheuvel minder sterk op achteruit waar het gaat over hun zorg voor particulier verzekerden boven de 75: een huisarts ontving hiervoor gemiddeld f 271,--; onder Biesheuvel wordt dat f 262,-- en in de LHV-variant slechts f 148,--. Als we bovendien bedenken dat er een positieve relatie is tussen het percentage particulier verzekerden en het percentage ouderen in een praktijk, dan wordt duidelijk waarom praktijken met veel oudere patiënten er onder de LHV-variant op achteruitgaan.

Een tweede opvallende uitkomst is, dat praktijken in de grote stad er onder de LHV-optie, in vergelijking met Biesheuvel,

vaker op achteruitgaan. Dat wordt veroorzaakt doordat grotestadspraktijken wel een hoog percentage ouderen hebben, maar niet een navenant hoger percentage visites. Uit ander onderzoek blijkt,⁵ dat huisartsen in de grote stad een hogere subjectieve werkbelasting ervaren en vaker tekenen van 'burn-out' vertonen. Bovendien blijkt,⁶ dat in de grote stad de gemiddelde contactduur langer is, met name door een ander probleem-aanbod. Een voor de grotestadshuisarts negatief uitwerkende verandering van de honorering moet daarom als een minpunt van de LHV-optie worden opgevat. Overigens kan voor praktijken in achterstandswijken, met een hoog percentage ziekenfondsverzekerden,⁷ de verandering van honorering in beide opties gunstiger kan uitpakken, doordat de 'kostenknik' wordt afgeschaft.

Nog niet aan de orde geweest zijn de administratiekosten. Onder Biesheuvel zullen deze gering zijn, omdat de leeftijd van de patiënt bij de verzekeraar bekend is. Onder de LHV-variant zal een administratie moeten worden ontwikkeld met declaraties van consulten aan de verzekeraar, tenzij het consulttarief in de vorm van een eigen bijdrage wordt ge-

goten. Of dat zinnig is, is een andere discussie. *

mw dr D.M.J. Delnoij,

dr D.H. de Bakker,

prof. dr P.P. Groenewegen,
Nivel, Utrecht

Literatuur/Noten

1. Gedeelde zorg: betere zorg. Zoetermeer: Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994.
2. Beleidsnota honoreringsstructuur huisartsen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, juni 1993.
3. Zie ook: Bakker DH de, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Een uniform, gedifferentieerd honorarium voor huisartsenzorg. In: Achtergrondstudies van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg.
4. Velden J van der, Bakker DH de, Claessen AAMC, Schellevis FG. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
5. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen. Utrecht: Nivel, 1992.
6. Dierendonck D van, Sixma H, Groenewegen PP. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie van huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.
7. Verhey RA, Bakker DH de, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
8. Galesloot JAM, Bles GWAM. Huisarts in een achterstandswijk. Onderbetaald en overwerkt. Medisch Contact 1993; 48: 1359-60.

APPENDIX

LIJST MET PUBLIKATIES

- I proefschriften
- II boeken en rapporten
- III engelstalige artikelen
- IV overige artikelen en
boekbijdragen
- V overige publikaties

APPENDIX

- Stokx L., Foets M. **Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk II.** Utrecht: NIVEL 1994.
- Verhaak PFM., Van der Pasch M. **Het effect van de communicatiestijl van huisartsen op het beloop van de psychische problematiek van hun patiënten.** Utrecht: NIVEL 1994.
- De Bakker DH., Groenewegen PP. **Kostencijfer huisartsenzorg. Verslag van een onderzoek op verzoek van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg.** Utrecht: NIVEL 1995.
- Foets M., Stokx LJ. **De ziekte van Parkinson in de huisartspraktijk.** Utrecht: NIVEL 1995.
- Kruidenier H., Buijs P., Van der Velden J. **Sociaal medische begeleiding door de huisarts.** Leiden/Amsterdam/Utrecht: AS/tri/NIA/NIVEL 1995.
- Verhaak P.F.M. **Mental disorders in the Community and in general practice.** Aldershot: Avebury 1995.

III. ENGELSTALIGE ARTIKELEN

- Tijhuis MAR., Peters L., Foets M. **An orientation toward help-seeking for emotional problems.** *Social Science & Medicine* 1990 (31); 9: 989-995.
- Verhaak PFM., Wennink HJ., Tijhuis MAR. **The importance of the GHQ in general practice.** *Family Practice* 1990; 7: 319-324.
- Van der Velden J. **Socio-economic health differences and general practice in the Netherlands. Is the removal of inequality being addressed?** In: Mackenbach JP (ed) *Socio-economic health differences.* Rotterdam: EUR, 1991.
- Groenewegen PP., Hutten JBF. **Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of literature.** *Social Science & Medicine* 1991 (32); 10: 1111-1119.
- Stokx L., Kersten D., Van der Velden K. **Dutch general practice care for patients with epilepsy: Results from the Dutch national survey of morbidity and interventions.** *Family Practice* 1991 (8); 2: 125-128.
- Verhaak PFM., Bosman JM., Foets M., Van der Velden J. **Psychosocial complaints in general practice. A national survey in the Netherlands.** In: Cooper, B et al. *Primary Health Care and psychiatric epidemiology.* London: Routledge, 1991.
- Calnan M., Groenewegen PP., Hutten JBF. **Professional reimbursement and management of time in general practice.** *Social Science & Medicine* 1992 (35); 2: 209-216.
- Groenewegen PP., Hutten JBF., Van der Velden J. **List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands.** *Social Science & Medicine* 1992 (34); 3: 263-270.
- Verburg M.E., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA, Van der Velden J., Hoes AW., Offringa M. **Incidence of febrile seizures in the Netherlands.** *Neuro-epidemiology* 1992; 11: 169-172.
- Verhaak PFM., Tijhuis MAR. **Psychosocial problems in primary care: some results from the dutch national study of morbidity and interventions in general practice.** *Social Science & Medicine* 1992 (35); 2: 105-110.
- Flierman HA., Groenewegen PP. **Introducing fees for services with professional uncertainty.** *Health Care Financing Review* 1992 (14); 1: 107-15.
- Vijlbrief AS., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA. **Incidence and management of transient synovitis of the hip: a study in Dutch general practice.** *British Journal of General Practice* 1992 (42): 426-428.
- Bensing JM., Van den Brink-Muinen A., De Bakker DH. **Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners.** *Medical Care* 1993 (31); 3: 219-229.

APPENDIX

- Foets M., Van Baar ME. **Alcohol consumption and general health status in the Dutch national survey of general practice.** *International Journal of Health Sciences* 1993 (4); 2: 75-84.
- Kuyvenhoven M., De Melker R., Van der Velden J. **Prescription of antibiotics and prescribers' characteristics: A study into prescription of antibiotics in upper respiratory tract infections in general practice.** *Family Practice* 1993 (10); 3: 366-370.
- Schellevis FG., Van der Velden J. et al. **Comorbidity of chronic diseases in general practice.** *J. Clin. Epidemiology* 1993 (46) 5: 461-468.
- Schellevis FG., Van de Lisdonk E., Van der Velden J., van Eijk JThM., Van Weel C. **Validity of diagnoses of chronic diseases in general practice.** *Journal of Clinical Epidemiology* 1993 (46); 5: 469-473.
- Verhaak PFM. **Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners.** *British Journal of General Practice* 1993 (43): 203-208.
- Van der Waals FW., Mohrs J., Foets M. **Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice.** *British Medical Journal* 1993 (307): 363-366.
- Van Weel C., Bolibar B., Carrillo e., Juncosa S., Boerma W., Van der Velden J. **Primary care registration systems in Europe: in search of a standardised framework. A case study on three European data systems.** *International Journal of Health Sciences* 1993 (4); 2: 51-60.
- De Melker R., Kuyvenhoven MM. **Management of upper respiratory tract infections in Dutch family practice.** *The Journal of Family Practice* 1994 (38); 4: 353-357.
- Nusselder WJ., Van der Velden J., Lenior ME., Van Sonsbeek JLA., Van den Bos GAM. **The effect of elimination of selected chronic diseases on disability-free life expectancy: compression or expansion of morbidity? Preliminary results.** In: Mathers C., McCallum J., Robine JM. (eds.) *Advances in health expectancies. Proceedings 7th REVES-meeting Canberra, Australian Institute of Health and Welfare* 1994.
- Van den Brink-Muinen A., De Bakker DH., Bensing JM. **Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner.** *British Journal of General Practice* 1994 (44): 205-210.
- Koning S., Bruijnzeels MA., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Wouden JC. **Molluscum contagiosum in Dutch general practice.** *British Journal of General Practice* 1994 (44): 4417-419.
- Schellevis FG., Van Eijk JThM., Van de Lisdonk EH., Van der Velden J., Van Weel C. **Implementing guidelines in general practice. Evaluation of process and outcome of care in chronic diseases.** *International Journal for Quality in Health Care* 1994 (6); 3: 257-266.
- Schellevis FG., Van de Lisdonk EH., Van der Velden J., Hoogbergen SHJL., Van Eijk JThM., Van Weel C. **Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice.** *British Journal of General Practice* 1994 (44): 259-262.
- Van der Weijden T., Hutten JBF., Brandenburg BJ., Grol RPTM., Van der Velden J. **Cholesterol management in Dutch general practice.** *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1994 (12); 4: 281-288.
- Van Hall EV., Verdel M., Van der Velden J. **'Perimenopausal' complaints in women and men: A comparative study.** *Journal of Women's Health* 1994 (3); 1: 45-49.
- Verhaak PFM., Tijhuis MAR. **The somatizing patient in general practice.** *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1994 (24); 2: 157-177.
- Bruijnzeels MA., Van den Wouden JC., Foets M. **General practice consultation in childhood in the Netherlands.** *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995 (49); 5: 532-533.
- Groenewegen PP., Hutten JBF. **The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload.** *Social Science & Medicine* 1995 (40); 3: 349-358.

APPENDIX

- Kooiker SE. **Exploring the iceberg of morbidity: A comparison of different survey methods for assessing the occurrence of everyday illness.** *Social Science & Medicine* 1995 (41); 3: 317-332.
- Kooiker S., Christiansen T. **Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour.** *Sociology of Health & Illness* 1995 (17); 4: 495-525.
- Korevaar R., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van der Does E., Van der Velden J., Van Suijlekom-Smit LWA. **Patients with suspected meningitis: a study in general practice.** *European Journal of General Practice* 1995 (1); 1: 21-24.
- Melker RA. de, Velden J. van der, Kuyvenhoven MM. **House calls for respiratory tract infection: family medicine pure and simple.** *Family Practice* 1995 (12); 3: 294-8.
- Tijhuis MAR., Flap HD., Foets M., Groenewegen PP. **Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event.** *Social Science & Medicine* 1995 (40); 11: 1513-1526.
- Verhaak PFM. **Determinants of the help-seeking process: Golberg and Huxley's first level and first filter.** *Psychological Medicine* 1995 (25); 1: 95-104.
- Vijlbrief AS., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA. **Musculoskeletal disorders in children: a study in Dutch general practice.** *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1995 (13); 2: 105-111.
- Visser LE., Stricker BHC., Van der Velden J., Paes AHP., Bakker A. **Angiotensin converting enzyme inhibitor associated cough: a population-based case-control study.** *Journal of Clinical Epidemiology* 1995 (48); 6: 851-857.
- Zaat JOM., Schellevis FG., Van Eijk JThM., Van der Velden J. **Do out-of-office laboratory tests affect diagnoses in general practice?** *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1995 (13); 1: 46-51.
- Donker GA., Foets M., Spreeuwenberg P. **Multiple Sclerosis: management in general practice.** *Family Practice* 1996 (13); 5: 439-44.
- Conradi MH., Groenier KH., Hutten JB., Schuling J., Twijnstra T., Meijboom-de Jong B. **Complications and side effects: a problem in general practice?** *International Journal of Risk Safety Medicine* 1996; 8: 225-30.
- Nusselder W., Van der Velden J., Sonsbeek JLA., Lenior ME., Van den Bos GAM. **The effect of elimination of selected chronic diseases on disability-free life expectancy: compression and expansion of morbidity.** *Am J Publ Health* 1996 (86); 2: 187-94.
- Verheij R. **Explaining urban-rural variation in health: a review of interaction between individual environment.** *Soc Sci Med* 1996 (42); 6: 923-35.

IV. OVERIGE ARTIKELLEN EN BOEKBIJDAGEN

- Van der Velden J. **Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: een nationale studie.** *Medisch Contact* 1986; 19: 603-6.
- Groenewegen PP. **Verrichtingen in de huisartspraktijk. Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie.** *Medisch Contact* 1990 (45); 21: 608-11.
- Kluyt I. **Onzekerheid en aanvullende diagnostiek bij enkele huisartsgeneeskundige problemen.** In: D. Kriegsman (red.). *Continuïteit, een leidraad voor de huisartsgeneeskunde.* Amsterdam, 1990, 55-62.
- Schellevis F. **Vervolgafspraken van huisartsen met chronische patiënten.** In: D. Kriegsman (red.). *Continuïteit, een leidraad voor de huisarts(geneeskunde),* Amsterdam 1990, 80-7.

APPENDIX

- Nijland A., Groenier K., Meyboom-de Jong B., De Haan J., Van der Velden J. **Zelfstandige ver-
richtingen van de assistenten in de huisartspraktijk.** *Huisarts & Wetenschap* 1991(34); 13:
587-92.
- Van der Velden J. **Sociaal-economische gezondheidsverschillen en de huisartspraktijk.**
Wordt de ongelijkheid gelijk getrokken? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1991(69);
1:22-3.
- Foets M. **Gezondheidsmeting in de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de
huisartspraktijk.** In: Gunning-Schepers LJ. en Mootz M. (red.) *Gezondheidsmeting. Reeks ge-
zondheidsbeleid.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1992; 87-98.
- Tijhuis MAR., Foets M., Groenewegen P., Flap H. **Netwerken in Nederland. Een onderzoek
naar persoonlijke netwerken van Nederlanders.** *Mens & Maatschappij* 1992; 1: 5-22.
- Tijhuis MAR., Foets M., Groenewegen P., Flap H. **Netwerken in Nederland. Een onderzoek
naar persoonlijke netwerken van Nederlanders.** In: Jansen W., Wittenboer GLH. van de (red).
Sociale netwerken en hun invloed. Meppel: Boom 1992 17-38.
- Van der Ven-Daane I., Van der Ven M., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-
Smit LWA., Van der Does E. **Het voorschrijven van antibiotica aan kinderen in de huisarts-
praktijk.** *Huisarts & Wetenschap* 1992 (35): 8: 272-4.
- Van Campen L., Bruijnzeels MA., Uijen H., Van der Velden J., Van der Wouden JC. **Astma bij
kinderen: diagnostiek en beleid in de huisartspraktijk.** In: Velden J. van der et al.
NHG-standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Utrecht/Nijmegen:
NHG/NIVELWOK 1993.
- Claessens AAMC., Van der Velden J. **Mammografie aanvragen in de huisartspraktijk.** In:
Velden J van der et al. *NHG-standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk.*
Utrecht/Nijmegen NHG/NIVELWOK 1993.
- Van Hall EV., Kerdel M., Van der Velden J. **Medicalisering van de overgang.** *Medisch Contact*
1993(48); 6:179-81.
- Hart HE., Bruijnzeels MA., Van der Wouden JC., Van Suijlekom-Smit LWA., Van der Does E.,
Van der Velden J. **Het kind met koorts in de huisartspraktijk.** *Medisch Journaal Delft:*
1993;5:30-36.
- Hofstra M., Hutten JBF., Kaiser V., Stoffers HJEH., Grol R., Van der Velden J. **Perifeer arterieel
vaatlijden in de huisartspraktijk** In: Velden J. van der et al. *NHG-standaarden en kwaliteit van
zorg in de huisartspraktijk.* Utrecht/Nijmegen: NHG/NIVELWOK 1993.
- Hutten JBF., Van der Velden J., Bijl D., Winkens R., Grol RPTM. **Diagnostiek en behandeling
van ongecompliceerde urineweginfecties in de huisartspraktijk.** In: Velden J. van der et al.
NHG-standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Utrecht/Nijmegen
NHG/NIVELWOK 1993.
- Konings GPJM., Van der Velden J., Hutten JBF., Grol RPTM. **Het controle- en therapiebeleid
van de huisarts bij type II diabetes voor het verschijnen van de NHG-standaard: de natio-
nale studie als voormeting.** In: Velden J. van der et al. *NHG-standaarden en de kwaliteit van
zorg in de huisartspraktijk* Utrecht/Nijmegen: NHG/NIVELWOK 1993.
- Bransen E., Van der Velden J. **Het premenstruele syndroom in de Nederlandse huisartsprak-
tijk.** *Huisarts en Wetenschap* 1993 (36); 10: 322-327.
- Van der Velden J., Hutten JBF., Grol RPTM. **Verhoogde bloeddruk en hypertensie in de
huisartspraktijk. Een eerste verkenning uit de Nationale Studie.** In: Velden J. van der et al.
NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Utrecht/Nijmegen:
NHG/NIVELWOK 1993.

APPENDIX

- Van der Velden J., Van den Bos GAM., Schellevis FG., Van Ammers E. **Comorbiditeit en chronische ziekten**. In: Ruwaard D., Kramers P. eds. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM 1993 pp 146-51.*
- Verhaak PFM., Bijl RV., Van der Bergh Jeths A., Harteloh P. **Psychische problematiek**. In: Ruwaard D., Kramers P (eds). *VTV RIVM 1993 pp. 166-175.*
- Verheij R. **Kloof tussen huisartsen in stad en op platteland**. *Geografie 1993(2); 4:19-20.*
- Bijl D. **Migraine en andere hoofdpijn in de huisartspraktijk**. *Hoofdzaken 1994; 2:10-11 3:8-10.*
- Pater BW., Van der Velden J. **De output van het HIS: ondersteuning door het Huisartsen Informatie Systeem van patiëntenvoorlichting ter verbetering van de therapietrouw**. In: Sollet PCGM. *De huisarts en het elektronische medische dossier. 'Op voorschrift'. Symposium-verslag EMD 1994. Vakgroep Medische Informatica EUR Rotterdam.*
- Kooiker S. **Komt een gezonde leefwijze vooral ten goede aan de bevoorrechten in de samenleving?** In: Sanderma R., Van den Heuvel WJA., Krol B. (eds). *Interveniëren in de determinanten van gezondheid. Assen: Van Gorcum 1994 p.48-70.*
- De Bakker DH. **De Zorg in de volksgezondheid Toekomst Verkenning van morgen**. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1996 (74); 5: 217-218.*
- De Rijk AE., Schreurs K., Bensing JM. **De invloed van patiëntkenmerken op de beoordeling van moeheid door de huisarts**. *Gedrag en Gezondheid 1996 (24); 4: 173-80.*
- Foets M., Cuperus J., Spreeuwenberg P., Verhaak P., Engeland H. van. **Weinig herkenning van psychische problemen bij kinderen door ouders en huisartsen**. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1996 (140); 38: 1907-1912.*
- Kooiker S. **Komt een gezonde leefwijze vooral ten goede aan de bevoorrechten in de samenleving?** *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1996 (74); 2: 16-22.*
- Weide MG., De Bakker DH. **De invloed van niet-medische factoren op het contact met de huisarts**. In: Kooiker SE., Mootz M. (red). *Patiënt en professie. Rijswijk: SCP 1996 pp.129-68.*

V. OVERIGE PUBLIKATIES (waarin geanalyseerde data van de Nationale Studie zijn gebruikt)

- Koopmanschap M., Van Royen L., Bonneux L. **Kosten van Ziekten in Nederland**. Rotterdam IMTA/EUR 1991.
- Meeuwissen L., Ruiter M., Westerbeek van Eerten J. **Vrouwen en gezondheid**. Utrecht: STEO 1991.
- Stuurgroep Toekomst Scenario's (STG). **Chronische Ziekten in het jaar 2005. Deel 3. Reumatoïde artritis**. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu & Van Loghum 1991.
- Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg. **Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg DI 2-3**. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu & van Loghum 1991.
- Sociaal Cultureel Planbureau. **Sociaal en Cultureel Rapport 1992**. Rijswijk: SCP 1992.
- Stuurgroep Toekomst Scenario's (STG). **Chronische Ziekten in het jaar 2005. Deel 4. Scenario's van beleid**. Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu & van Loghum 1992.
- Stokx L., De Bakker DH., Delnoij D., Gloerich A., Groenewegen PP. **Verwijscijfers belicht**. Utrecht: NIVEL 1992.
- Ten Doeschate L., Van der Velden J. **Melkveehouderij en Gezondheid**. Doetinchem: Misset 1993.
- Van Royen L., Michel BC., Koopmanschap MA., Wielink G., Rutten FFH. **Kosten van migraine in Nederland. Deel I en II**. Rotterdam: IMTA/EUR 1993.

APPENDIX

- Ruwaard D., Kramers P. (eds). **Volksgezondheids Toekomstverkenning 1990-2005**. Bilthoven: RIVM 1993.
- Schrameijer F., Brunenberg W. **Psychosociale zorg bij kanker**. Utrecht: NcGv 1993.
- De Bakker DH., Van de Kwartel AJJ., Stokx LJ., Delnoy D., Van Dijk JK., Van der Meulen LJR. **Curatieve zorg in Nederland. Feiten, ontwikkelingen, knelpunten**. In: Commissie modernisering curatieve zorg (Cie Biesheuvel) *Achtergrondstudies. 'Gedeelde zorg: betere zorg'*. Zoetermeer: Hageman 1994.
- De Bakker DH., Delnoy DMJ., Groenewegen PP. **Een uniform gedifferentieerd honorarium voor huisartsenzorg**. In: Commissie modernisering curatieve zorg (Cie Biesheuvel) *Achtergrondstudies 'Gedeelde zorg: betere zorg'* Zoetermeer: Hageman 1994.
- Sociaal Cultureel Planbureau. **Sociaal en Cultureel Rapport 1994**. Rijswijk: SCP 1994.
- Miedema H.S. **Reuma-onderzoek meerdere echelons (Rome) Basisrapport**. Leiden: NIPG/TNO 1994.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid/Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving. **Gezondheidsbeleid voor migranten. Advies over de Nederlandse Gezondheidszorg in multicultureel perspectief**. Zoetermeer: NRV 1995.