De eerste lijn onderzocht

De eerste lijn onderzocht

Artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Onder redactie van
W.G.W. Boerma en L. Hingstman

Uitgegeven naar aanleiding van het symposium "Onderzoek in de eerste lijn", op 27 november 1984 georganiseerd door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHJ (thans NIVEL)

Typewerk: H. van Geelkerken-Van Wijk
Figuren: R.T.J. Hamers

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Eerste

De eerste lijn onderzocht : artikelen over onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg / onder red. van W.G.W. Boerma en L. Hingstman : [fig. R.T.J. Hamers]. – Deventer : Van Loghum Slaterus. – Fig.
Uitg. naar aanleiding van het symposium "Onderzoek in de eerste lijn", op 27 november 1984 georganiseerd door de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHJ (thans NIVEL).
ISBN 90-6001-978-4
SISO 601.51 UDC 614.2
Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg.

© 1985 W.G.W. Boerma en L. Hingstman, Utrecht

Behoudens uitzondering door de Wet gesteld, mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht c.q. de uitgever van deze uitgave, door de rechthebben(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.
De uitgever is met uitsluiting van ieder ander onherroepelijk door de auteurs gemachtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2 der Auteurswet 1912 en in het KB van 20-7-'74 (Stb. 351) ex artikel 16b der Auteurswet 1912, te doen innen door en overeenkomstig de reglementen van de Stichting Reprorecht te Amsterdam.

VOORWOORD

Bij gelegenheid van de uitgroei van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut tot het NIVEL, dat zich op de hele eerstelijnsgezondheidszorg richt, werd op 27 november 1984 onder grote belangstelling een symposium gehouden onder de titel 'Onderzoek in de eerste lijn'.
Uit de bijdragen aan het symposium werd een selectie gemaakt voor deze bundel. Vier referenten hebben de redactie daarbij met hun deskundig oordeel en advies terzijde gestaan: Dr. G.M. van Etten, Prof.Dr. F.J.A. Huygen, Prof.Dr. H. Philipsen en Dr. J. van der Zee.
Wij hopen dat deze bundel, evenals genoemd symposium, bijdraagt aan de totstandkoming van een traditie in het onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Mevr. Drs. J.M. Bensing, directeur.

INHOUD

		blz
	INLEIDING W.G.W. BOERMA en L. HINGSTMAN	11
I	**ONDERZOEK EN ONDERZOEKSBELEID**	14
1	Overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg 1965-1985. W. JOLING	15
2	Kosten en menskracht van het onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg. J.P. DOPHEIDE	30
II	**AANBOD EN GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN**	39
	Taakopvatting en taakuitoefening	
3	De kwaliteit van de hulpverlening door huisartsen bij patiënten met vage klachten. M.M. KUYVENHOVEN, H.M. PIETERS, H.M. JACOBS en F.W.M.M. TOUWOTTEN	40
4	Een beroerte: beroerde zorg? C.S.M. WACHTERS-KAUFMANN, K.H. SOESBEEK en C.J. PLEITER	50
5	Een empirisch onderzoek naar de taken van de huisarts. W.M. VAN ZUTPHEN	57
6	Praktijkvoering en voorschrijfgedrag. F.M. HAAIJER-RUSKAMP, G. STERENBERG, R. STEWART en H. WESSELING	65
7	De opening van een ziekenhuis: gevolgen voor de taakopvattingen en verwijscijfers van huisartsen. F.P. NIJHOUT	75

8 Huisartsconsulten in gezondheidscentra en solopraktijken.
F. SANAVRO 84

9 Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg.
A.H.M. KERKHOFF en P.P. GROENEWEGEN 91

10 Fysiotherapie 1979-1983; modelmatig bekeken.
T.L.J.M. SOONS 101

Preventieve zorg

11 Invoering van een eerstelijnsprogramma ter preventie van hart- en vaatziekten.
D.L.M. SCHRAVEN en J.W. VAN REE 112

12 De huisarts, een voorbeeld voor de patiënt?
L. DE WITTE en H. ADRIAANSE 120

13 Vernieuwing door GVO? Een onderzoek in de wijkverpleging.
G.J. MUSKENS 128

Psychosociale problematiek

14 Herkenning, beloop en meer-assige classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk.
J. ORMEL en F.W. WILMINK 135

15 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk: wat betekent dit voor de relatie tussen huisarts en AGGZ?
C.M.H. HOSMAN 144

III STRUCTUUR EN SPREIDING VAN VOORZIENINGEN 155

16 Regionalisatie en planning in de gezondheidszorg.
H.J.B.M. ABELN 156

17 Een jaar vestigingsbeleid van de LHV.
P.P. GROENEWEGEN 166

18 Geografische spreiding van verloskundigen.
L. HINGSTMAN 175

IV VRAAG NAAR VOORZIENINGEN 185

Morbiditeit

19 Morbiditeit nu en in de toekomst: consequenties voor de huisarts?
J.W.G. SCHELLEKENS, H.J.M. VAN DEN HOOGEN en H.P.E. DE VRIES 186

20 Sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk; een pleidooi voor de empirie.
J. VAN DER ZEE 193

Specifieke groepen

21 Huishoudens met een gehandicapt gezinslid: onderzoek naar hun aantal en situatie.
K. GORTER 207

22 Het functioneren van de (eerstelijns)hulpverlening in wijken met ernstige bodemverontreiniging.
W. MELIEF 217

23 Overgewicht in relatie tot morbiditeit en subjectief welbevinden in vier huisartspraktijken.
J.C. SEIDELL, J.C. BAKX, H.J.M. VAN DEN HOOGEN en P. DEURENBERG 225

24 Medische consumptie bij de tandarts.
G.M.J.M. VAN ROSSUM 237

25 Patiëntenorganisaties en de eerste lijn.
G.J. VISSER 245

26 Patiëntenpopulaties van huisartsen in gezondheidscentra, meermans- en solopraktijken.
D. WIJKEL 253

AUTEURS 263

INLEIDING

W.G.W. Boerma en L. Hingstman

Wie niet goed bekend is met ontwikkelingen rond de eerstelijnsgezondheidszorg, zou uit de titel van dit boek kunnen opmaken dat er over dit deel van de gezondheidszorg al veel systematische kennis verzameld is. Hoewel hier en daar van een onderzoekstraditie gesproken kan worden, is die conclusie in zijn algemeenheid onjuist: 'de eerste lijn' is nog lang niet onderzocht.

Een inventarisatie van eerstelijnsonderzoek laat zien, dat er nog aanzienlijke witte plekken bestaan. Het is bijvoorbeeld verrassend hoe weinig onderzoek er verricht is over de wijkverpleging. Van de fysiotherapie, de snelst gegroeide discipline in de laatste tien jaar, is niet eens precies het aantal beroepsbeoefenaren bekend. Van veel hulpverleningsdisciplines in de eerste lijn ontbreekt elementaire kennis over functieuitoefening. De huisarts vormt daarop een uitzondering, maar toch wordt ook daarbij het onderzoek bemoeilijkt doordat gegevens over verrichtingen niet als routine systematisch worden vastgelegd.

Deze achterstand in kennis over andere disciplines dan de huisartsgeneeskunde is wel te begrijpen. De eerste lijn is nog maar betrekkelijk kort geleden 'ontdekt'; er wordt eigenlijk pas over gesproken en geschreven sedert het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974. De toegenomen belangstelling van de centrale overheid voor de eerstelijnsgezondheidszorg, resulteerde in een impuls voor het onderzoek van de eerste lijn. De uitgroei van het Nederlands Huisartsen Instituut tot het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL, getuigt hiervan.

Interessant is, dat de Directeur Generaal van de Volksgezondheid, Van Londen, ruim tien jaar na het structureren van de gezondheidszorg in echelons, bij gelegenheid van het symposium 'Onderzoek in de eerste lijn' pleit voor een soepel hanteren van echelongrenzen. Hij wees daarbij op problemen in drie grensgebieden. Een eerste behelst de vraag waar zelf- en mantelzorg ophouden en professionele hulp begint en, daarmee samenhangend, hoe de relatie tussen professionele en niet-professionele hulpverleners dient te zijn. Een ander grensprobleem betreft de afbakening tussen eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg bij de behandeling van lichte psychosociale problematiek. Tenslotte noemde Van Londen de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn in verband met de toenemen-

de druk op de eerste lijn als gevolg van het terugdringen van intramurale zorg. Zolang niet duidelijk is (bijvoorbeeld uit onderzoek), wat de mogelijkheden zijn van zelf- en mantelzorg, respectievelijk de eerste lijn, dient niet te strak te worden vastgehouden aan echelongrenzen. Misschien blijken nieuwe werkwijzen noodzakelijk waarbij taken van het ene echelon naar het andere worden overgeheveld.

Een aantal gedachten, die voorzitter Hendriks van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid verwoordde bij gelegenheid van genoemd symposium, sluiten hier bij aan. Sprekend over substitutie van ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg door thuiszorg, waartoe een toenemende veroudering van de bevolking wellicht zal dwingen, achtte hij een soepeler regelgeving in de gezondheidszorg gewenst. Hij hield een pleidooi voor ruimere bevoegdheden van de ziekenfondsen; er zou geëxperimenteerd kunnen worden met vaste jaarbudgetten per fonds, waardoor op regioniveau vraag en aanbod beter dan thans op elkaar kunnen worden afgestemd.

Hoe de gezondheidszorg er ook zal uitzien, bij beslissingen over de structuur of de inhoud van de hulpverlening zijn uit onderzoek verkregen gegevens dikwijls onmisbaar; voorafgaand aan de beslissing om weloverwogen vast te stellen wat er moet gebeuren, en achteraf om te evalueren of de gewenste effecten zijn opgetreden.

In deze bundel staan 26 bijdragen over onderzoeken in de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoewel niet gestreefd is naar representativiteit menen wij dat ze een goed beeld geven van de onderzoeksinspanning op dit terrein in haar diversiteit. De bijdragen verschillen in veel opzichten: in aandachtsveld (huisartsgeneeskunde, fysiotherapie, wijkverpleging, tandheelkunde, verloskunde), in invalshoek (gericht op de inhoud van de zorg of meer op structurele aspecten), in gebruikte methoden en technieken (kwalitatief of kwantitatief), en in fase (verkennend of hypothesetoetsend).

Geprobeerd is de artikelen inhoudelijk te groeperen. We kozen de volgende hoofdthema's: 'Onderzoek en onderzoeksbeleid', 'Aanbod en gebruik van voorzieningen', 'Structuur en spreiding van voorzieningen' en 'Vraag naar voorzieningen'. Niet in alle gevallen is de toedeling even geslaagd; sommige onderzoeken houden zich bijvoorbeeld zowel met aspecten van vraag als van aanbod bezig. Bij iedere indeling, zo bleek ons, blijven er moeilijk plaatsbare gevallen.

Het eerste hoofdstuk, 'Onderzoek en onderzoeksbeleid', bevat twee bijdragen; één over het onderzoeksbeleid van WVC ten aanzien van de eerste lijn gedurende de afgelopen 20 jaar, en één over de inzet aan mensen en middelen voor het onderzoek van de eerste lijn.

Hoofdstuk twee gaat over 'Aanbod en gebruik van voorzieningen'. Omdat de helft van alle bijdragen hieronder gerangschikt is, hebben we een onderverdeling gemaakt. Eerst is er een aantal artikelen waarin gerapporteerd wordt over onderzoek naar taakopvatting en taakuitoefening. De

meeste hebben betrekking op de huisarts (bijvoorbeeld: handelen bij beroerte, of bij vage klachten; consultverloop; voorschrijven; verwijzen); twee gaan er over fysiotherapie. Daarna volgt een subthema met drie bijdragen over preventie: de invoering van een preventief programma voor hart- en vaatziekten, GVO en preventie door de wijkverpleging en de voorbeeldfunctie van de huisarts. Het derde subthema, 'psychosociale problematiek', bestaat uit artikelen over herkenning, diagnostiek en beloop van psychosociale problemen en de verwijs- en signaleringsrelatie tussen huisartsen en AGGZ.

In hoofdstuk drie, getiteld 'Structuur en spreiding van voorzieningen', gaat het om enkele niet-inhoudelijke aspecten van het voorzieningenaanbod. De drie artikelen gaan achtereenvolgens over regionalisatie en planning, de resultaten van een jaar vestigingsbeleid voor huisartsen en de geografische spreiding van verloskundigen.

Het vierde en laatste hoofdstuk, 'Vraag naar voorzieningen', begint met twee artikelen over morbiditeit in het algemeen: één over te verwachten veranderingen in de morbiditeit in de komende decennia en één over het verband tussen ziekte en sociale klasse. De overige zes artikelen hebben gemeen dat ze over min of meer specifieke groepen gebruikers van de gezondheidszorg gaan: huisgenoten van gehandicapten, bewoners van 'gifwijken', te dikke mensen, bezoekers van de tandarts, categoriale patiëntenorganisaties en patiëntenpopulaties van huisartsen in verschillende praktijkvormen.

Bij het lezen van de bijdragen dient men te bedenken dat de stand van kennis in de behandelde deelgebieden soms aanzienlijk verschilt. Wat huisartsen en huisartsgeneeskunde betreft, bestaat er bijvoorbeeld een veel langere onderzoekstraditie dan over een beroepsgroep als die van de verloskundigen, waarvan nog maar sinds kort goede gegevens over menskracht beschikbaar zijn. Het verkleinen van deze verschillen vraagt van onderzoekers en de instellingen waar ze werken, een blikverruiming naar de hele eerste lijn, inclusief haar gebruikers.

I

ONDERZOEK EN ONDERZOEKSBELEID

1

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

W. Joling

1 Inleiding

In deze bijdrage wordt de relatie overheidsbeleid en onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg behandeld. Daarbij is als invalshoek gekozen voor de vraag of en hoe in de afgelopen twintig jaar ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid van de rijksoverheid een doorwerking hebben gehad in het onderzoeksbeleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De beschrijving wordt gestructureerd aan de hand van vier onderscheiden perioden van vijf jaar. Een belangrijk moment is het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974 die een omslag betekende in het volksgezondheidsbeleid. De vier perioden zijn kort als volgt te karakteriseren:

1965 - 1969: liberalisatie en expansie;
1970 - 1974: onderkenning van de structuurcrisis;
1975 - 1979: ontwikkeling van de structuurwetgeving;
1980 - 1984: herstructureringsbeleid, kostenbeheersing, heroriëntatie.

Voor elk van de hierboven onderscheiden periodes worden achtereenvolgens de belangrijkste kenmerken en uitgangspunten van het beleid van de overheid geschetst en worden de belangrijkste kenmerken van het door de overheid (door middel van projectsubsidies of instituutsfinanciering) gefinancierde onderzoek weergegeven.

De bijdrage resulteert in een aantal samenvattende conclusies waarbij tevens een poging wordt gedaan om de balans op te maken van de betekenis van het overheidsbeleid voor het eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek in Nederland.

2 1965-1969: liberalisatie en expansie in de gezondheidszorg

2.1 Het beleid

Kenmerkend voor de gezondheidszorg en het volksgezondheidsbeleid in Nederland is de historisch bepaalde dominante positie van het particulier initiatief. Dit historisch gegeven bepaalt in hoge mate het Nederlandse

beleid en stelsel van gezondheidszorg tot aan de jaren zeventig.

Algemeen wordt de rol van de overheid tot aan de jaren zeventig gekenschetst als relatief passief en hoofdzakelijk beperkt tot kwaliteitsbewaking (Hendriks 1980; Van Londen 1981).

Rond 1960 zet een periode van ongekende economische groei in. In die tijd wordt een politiek van liberalisatie doorgevoerd die onder meer een loslaten van het in de jaren vijftig gevoerde restrictieve overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg omvat. 'Het beleid met betrekking tot de ziekenhuistarieven en de bouw werd geliberaliseerd; het premie-beleid voor de ziekenhuizen werd versoepeld; het beleid ter begrenzing van honoraria van huisartsen werd losgelaten en de subsidiëring van de kruisverenigingen werd verruimd' (Van der Werff 1983; Juffermans 1982).

Als gevolg van de hoogconjunctuur en wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen ontstaat een enorme groei van de ziekenhuisgeneeskunde. Er is sprake van een krachtig, zichzelf versterkend proces van ongeremde groei van de gezondheidszorg, dat als gevolg van de liberalisering van het volksgezondheidsbeleid vrijwel niet door de overheid wordt beheerst. Van Es (1983) wijst erop dat tegelijkertijd de huisartsgeneeskunde, onder andere door haar lage wetenschappelijke organisatiegraad, vrijwel geen invloed op de koers van de ontwikkeling in de geneeskunde kon uitoefenen. Zo wordt een proces in gang gebracht dat zou leiden tot een patroon van steeds toenemende kosten van de gezondheidszorg en onevenredige groei van het volume van de verrichtingen in de ziekenhuizen. We zien daarbij een verhoudingsgewijs achterblijvende groei van de eerstelijnsgezondheidszorg.

2.2 Het onderzoek

In het begin van de jaren vijftig heeft het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid in Nederland nog een zeer geringe omvang, daarna maakt het een stormachtige ontwikkeling door. Volgens Blanpain en Delesie (1976) werden in 1953 de totale kosten van het gezondheidsonderzoek nog geschat op slechts een fractie (0,3%) van de totale kosten van de gezondheidszorg (toen nog slechts 3,3% van het nationaal inkomen) en zou in 1970, in guldens uitgedrukt de omvang van het gezondheidsonderzoek bijna verzeventigvoudigd zijn. Duidelijk is echter dat aan het eind van de jaren zestig deze ontwikkeling nog nauwelijks op het eerstelijnsonderzoek betrekking heeft. Het betreft met name het medisch-biologische, medisch-technische en medisch-klinische onderzoek binnen de medische faculteiten van de universiteiten, TNO, RIV en dergelijke. Pas in de laatste helft van de jaren zestig komen de eerste huisartseninstituten van de grond, aan de universiteiten van Utrecht (1967) en Nijmegen (1968).

In de periode 1965-1969 worden als gevolg van het verruimde subsidiebeleid van de overheid diverse sociaal-wetenschappelijke onderzoeksinstituten, welke op initiatief van maatschappelijke organisaties in het leven werden geroepen, met subsidie van de overheid ondersteund. Uit deze periode stamt de subsidiëring van de instituten als het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (NIK) (1964), Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol en Drugs (SWOAD) (1964), Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) (1965), en het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) (1967). In deze jaren ontstaat ook het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) (1968).

Het aantal projecten op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg dat door het departement wordt gesubsidieerd is nog zeer gering (zie bijlage 1.1).

Wat de inhoud van het door het departement gesubsidieerde onderzoek betreft gaat het vooral om de vraag naar gezondheidszorg en in een enkel geval ook om de samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo omvat het onderzoek naar de vraagzijde een NIPG-onderzoek naar het gebruik van de huisarts en naar de behoeften aan hulpverlening bij familieleden van psychiatrische patiënten, een NHI-onderzoek gericht op de verbetering van de zorg van de huisarts voor bejaarden en samen met het NIPG een onderzoek naar behoeften en problemen van chronische patiënten. Ook buiten de eerste lijn wordt de vraagzijde onderzocht.

Resumerend kan worden gesteld dat in deze periode van een bewust onderzoeksbeleid van de overheid nog in het geheel geen sprake is. Het departement van volksgezondheid volgt op het gebied van het onderzoek een lijn die overeenkomt met het algemene volksgezondheidsbeleid. De subsidiëring van instituten als het NHI volgt niet uit een bewuste beleidskeuze; het aantal gesubsidieerde projecten op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg is zeer gering. Ook de aard van het onderzoek dat wordt gesubsidieerd sluit aan bij het beleid van de overheid, dat er niet op gericht is om de ontwikkeling van de gezondheidszorg te sturen maar dat de maatschappelijke ontwikkeling volgt. We zien derhalve geen onderzoek gericht op mankracht, kosten, structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, relaties en processen tussen de voorzieningen, of naar de effecten van maatregelen, dat uitgangspunten voor een structurerings- en ordeningsbeleid zou kunnen opleveren, maar vooral onderzoek naar zorgbehoeften, medische consumptie en factoren die deze bepalen.

3 1970-1974: onderkenning van de structuurcrisis

3.1 Het beleid

De hiervoor besproken ontwikkeling in de jaren vijftig en zestig leidde

tot wat wel de structuurcrisis in de gezondheidszorg wordt genoemd (Van der Werff 1983). De periode kenmerkt zich door een grote bezorgdheid over het functioneren en de organisatie van de gezondheidszorg en over de ongeremde kostengroei. Tussen 1970 en 1974 worden de feilen en knelpunten op een rij gezet en worden de beleidsuitgangspunten ontwikkeld, zoals neergelegd in de Structuurnota Gezondheidszorg (1974).

Het eerstelijnsbeleid is in deze periode grotendeels beperkt tot het kruiswerk, dat in deze jaren een herstructurering doormaakt; integratie en fusering van de tot dan 'gekleurde' instellingen en ontwikkeling van de structuur van basiseenheden.

De in deze jaren opkomende initiatieven tot samenwerking binnen de eerste lijn leiden tot de in 1974 ingevoerde stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra.

We zien kortom een aanzet tot vernieuwing van het beleid van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg dat zich richt op herstructurering van het totale zorgsysteem. Het beleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg betreft met name het kruiswerk.

3.2 Het onderzoek

De rijksoverheid maakt aanzetten tot een gericht onderzoeksbeleid. In de eerste plaats kan worden gewezen op de instelling in 1971 van de Raad voor Gezondheidsresearch (RGR-TNO), die tot taak kreeg te adviseren over de richting van het gezondheidsonderzoek. Het werk van deze RGR-TNO leverde vooral een overzicht van het onderzoek op deelgebieden op. Ook werd op verzoek van de Staatssecretaris onder deze Raad een Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie van de Gezondheidszorg (COFOG) ingesteld die over het onderzoek op het gebied van de organisatie en het functioneren van onder meer de eerstelijnsgezondheidszorg diende te adviseren. Een tweede relevante ontwikkeling is de vorming binnen het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van een Bureau Lange Termijn Planning, dat vanaf 1972 onder meer als taakopdracht meekrijgt de supervisie en coördinatie van een aantal groot opgezette onderzoeken ter ontwikkeling van econometrische modellen, waarmee een meer actief sturend beleid onderbouwd zou kunnen worden.

Het aantal specifiek op de eerstelijnsgezondheidszorg gerichte projecten dat in deze periode met subsidie van het departement wordt uitgevoerd is in vergelijking met de voorgaande periode weliswaar gegroeid, maar nog steeds vrij gering te weten minder dan tien (zie bijlage 1.2).

Niet onvermeld kan blijven de structuurwijziging bij het NHI in 1970. De formele relatie met het Utrechtse Universitaire Huisartseninstituut wordt opgeheven en ook de band met het NHG wordt losser, waardoor het NHI een onafhankelijk instituut wordt met onderzoeks- en servicetaken op het gebied van de huisartsengeneeskunde. Voortaan is ook het departement ver-

tegenwoordigd in de bestuursstructuur. Het instituut verkeert in het begin van de jaren zeventig nog in een opbouwfase.

Een belangrijk thema van onderzoek betreft het vraagstuk van de samenwerking binnen de eerste lijn (Bruins 1984). Daartoe behoren projecten als een literatuurstudie betreffende gezondheidscentra, een onderzoek naar problemen bij de vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra, onderzoek naar effecten van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn, en onderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en psycholoog.

Resumerend kan worden gesteld dat in deze periode een aanzet voor een onderzoeksbeleid wordt gegeven dat resulteert in projecten die vooral de structuur en het functioneren van het gezondheidszorgsysteem als geheel omvatten. Het onderzoek dat specifiek op de eerstelijnsgezondheidszorg betrekking heeft is nog altijd gering. Daarvan is de gerichtheid op de wijkgezondheidszorg en op samenwerkingsrelaties binnen de eerste lijn opvallend. Het NHI is in deze periode nog vooral een op de huisarts gericht instituut en krijgt vrijwel geen onderzoeksvraagstellingen vanuit de rijksoverheid voorgelegd.

4 1975-1979: ontwikkeling van de structuurwetgeving

4.1 Het beleid

De Structuurnota voorziet in een heldere analyse van de problemen van de gezondheidszorg en in een duidelijke visie op de aard en richting van het te ontwikkelen beleid. Met de Structuurnota zelf worden echter nog geen concrete beleidsmaatregelen op tafel gelegd; er worden slechts bouwstenen en uitgangspunten aangereikt. Na de Structuurnota worden in 1976 de wetsontwerpen WVG, WTG en gewijzigde WZV bij de Tweede Kamer ingediend. Deze structuurwetgeving wordt echter pas rond het eind van de jaren zeventig en begin jaren tachtig afgerond. Ook het beleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg komt dan pas meer concreet tot ontwikkeling.

In zekere zin kan de Structuurnota zelf mede worden beschouwd als een nota voor het beleid ten aanzien van de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Volgens deze nota zou de eerstelijns- en thuiszorg de spil moeten zijn van een zodanig opgezet zorgsysteem dat de patiënt zolang als verantwoord is in eigen thuissituatie kan worden gehandhaafd. De eerstelijnsgezondheidszorg zou de toegangspoort en sluis tot de gehele gezondheidszorg vormen. Kernthema's vormden dan ook de kwantitatieve groei van het kruiswerk (4% per jaar), praktijkverkleining van huisartsen (ontwikkeling vestigingsbeleid), stimulering van een proces van integratie en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg (1974: stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra, 1979: subsidieregeling voor samenwerking in de

eerstelijnsgezondheidszorg), samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de tweedelijnsgezondheidszorg, verbetering van de ondersteuning, en samenhang van de zorg. Hoewel in deze periode de doelstellingen dus al in aanzet zijn geformuleerd, wordt een samenhangende visie op de eerstelijnsgezondheidszorg pas in 1980 in de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg neergelegd. In de Schets wordt impliciet erkend dat het tot dat moment aan een effectief beleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg had ontbroken.

4.2 Het onderzoek

In de Structuurnota wordt het belang van het onderzoek voor de beleidsontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg uitgesproken. Toch komt de overheid er nog niet toe een dergelijk beleid te ontwerpen. Beleidsafdelingen binnen het Directoraat Generaal werden vooralsnog niet systematisch ingeschakeld bij het toedelen van middelen voor projectfinanciering. Projecten werden vrijwel niet geformuleerd op initiatief van het beleid. De Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie van de Gezondheidszorg (COFOG) stelde vast dat onderzoek van de primaire gezondheidszorg zich nauwelijks bezig hield met de organisatie en het functioneren van het zorgsysteem. De Commissie formuleert een aanzet voor een onderzoeksbeleid waarbij twee projecten voorrang dienden te krijgen: de ontwikkeling van een probleemgericht registratiesysteem in de eerste lijn en ontwikkeling van een model om de consequenties van belissingen te kunnen meten.

De bevindingen van de COFOG komen overeen met het beeld dat Gijsman (1976) van het eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek in de periode 1970-1975 schetst. Een minderheid van de onderzoeken heeft betrekking op de organisatie (15 %) en het functioneren (25 %) van de eerste lijn. De meerderheid van het onderzoek is gericht op inhoudelijke aspecten.

In 1974 verscheen de Nota Wetenschapsbeleid die de basis legde voor het algemene wetenschapsbeleid van de regering. Deze nota is mede van invloed geweest op de ontwikkeling van overheidscoördinatie op het gebied van onderzoek die vanaf 1978 ook bij het Ministerie van Volksgezondheid van de grond komt. Het wetenschapsbeleid zelf geeft geen directe impulsen voor de ontwikkeling van het onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals dat in België wel het geval was (Nuyens 1980). In zijn algemeenheid kan worden gesproken van een sterke groei en ontwikkeling van het universitaire onderzoek in de jaren zestig en zeventig. Het uit de ivoren toren treden van de wetenschap die meer toepasbare antwoorden op de vraagstukken van de samenleving wil bieden is ook van belang voor het terrein van de gezondheidszorg. Vergeleken met de eerste helft van de jaren zeventig wordt het onderzoek met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg in de tweede helft van dat decennium veel minder door indi-

viduele onderzoekers (vooral huisartsen) uitgevoerd dan door onderzoeksinstituten (Bensing 1983).

Het aandeel van de universitaire instituten in het totale eerstelijnsonderzoek groeit tot meer dan vijftig procent. Daarvoor zijn met name de huisartseninstituten (die in de zestiger jaren nog vrijwel geen betekenis hadden) verantwoordelijk (stijging van 24% naar 35%). Opvallend is in deze periode de plaats van het NHI geworden, dat tien procent van al het eerstelijnsonderzoek in Nederland voor haar rekening neemt.

Op grond van het voorafgaande kan men zeggen dat het eerstelijnsbeleid van de overheid en het gesubsidieerde eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek in deze periode nog niet duidelijk en concreet uitgewerkt zijn. Wel was met de Structuurnota de richting van het beleid, ook voor de eerste lijn aangegeven, maar het duurt tot het eind van de jaren zeventig voordat de concretisering daarvan ter hand wordt genomen en een basis voor beleidsgerichte onderzoeksvragen wordt gelegd.

In het onderzoek zijn wel de voornaamste beleidsuitgangspunten terug te vinden, maar toch komt nog overwegend een ad-hoc-beeld naar voren. Het aantal door het departement gesubsidieerde eerstelijnsonderzoeken groeit in geringe mate (zie bijlage 1.3). Daarbij is de aandacht voor de psycho-sociale hulpverlening en voor de aanbod- en volumegegevens opvallend, al is er ook voor het eerst aandacht voor de relatie eerste-tweede lijn. Het NHI neemt nu de helft van het aantal door het departement gesubsidieerde eerstelijnsonderzoeksprojecten voor zijn rekening. De geleidelijke groei van dit instituut wordt in deze periode zichtbaar (van 1,3 miljoen in 1974 naar 2,8 miljoen in 1978). Van het universitaire onderzoek, en met name van de universitaire huisartseninstituten, wordt door het departement vrijwel geen gebruik gemaakt.

5 1980-1984: herstructureringsbeleid, kostenbeheersing, heroriëntatie

5.1 Het beleid

Zoals reeds opgemerkt krijgt de wet- en regelgeving die met de Structuurnota was aangekondigd in deze periode meer concreet vorm. In september 1979 wordt de gewijzigde WZV van kracht en in 1982 volgt de bekrachtiging van de WTG en WVG. Bovendien bepalen ingrijpende bezuinigingen in belangrijke mate het beeld van het algemene volksgezondheidsbeleid. Het beleid ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt met de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg (1980) meer expliciet geformuleerd. Een interne reorganisatie op het departement leidt tot een nieuwe Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg.

De beleidsontwikkeling betreffende de relatie met de niet-gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste lijn met name de maatschappelijke dienst-

verlening komt tot het begin van de tachtiger jaren nog slechts schoorvoetend van de grond, maar krijgt eind 1982 met de vorming van het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur en met de Nota Eerstelijnszorg (1983) een nieuwe impuls. Genoemde nota benadrukt sterker dan voorheen het integrale karakter van de eerstelijnszorg en de bevordering van de zelfstandigheid van de burger bij de zorg voor de eigen gezondheid, waarbij de eerste lijn als toegangspoort tot het zorgsysteem een cruciale functie heeft. Centrale doelstelling blijft versterking en verbetering van de capaciteit en omvang van de eerstelijnszorg ten koste van de intramurale sector.

In de meest recente periode tekent zich een zekere heroriëntatie in de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid af. Met de Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (1983) en de Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) zijn reeds nieuwe accenten gelegd. Met de aangekondigde Nota Volksgezondheidsbeleid voor het jaar 2000 zullen nieuwe beleidslijnen worden aangegeven, die onder meer een verschuiving van een gezondheidszorgbeleid naar een gezondheidsbeleid inhouden.

5.2 Het onderzoek

Vanaf begin 1978 wordt door het departement van Volksgezondheid een meer actief onderzoeksbeleid ontwikkeld (Van Etten 1981). Er komt in 1980 een departementaal onderzoeksprogramma tot stand, dat de gestelde beleidsprioriteiten volgt en dat de richting bepaalt van de subsidiëring van het onderzoek door het Ministerie. Ook wordt een meer actief beleid gevoerd ten aanzien van de door het departement gesubsidieerde onderzoeksinstituten waaronder het NHI. Een gestructureerd overleg over en inbreng in de onderzoeksprogramma's van de instituten is een belangrijk gevolg van dit beleid. Mede op initiatief van het departement ontstaat tevens een verdergaande samenwerking tussen vier voor het gezondheidszorgbeleid belangrijke landelijke instituten op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek te weten het Nederlands Huisartsen Instituut, het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NcGv/NZI/NIPG/NHI 1984). Vanaf 1980 wordt een belangrijke plaats in het door het departement gesubsidiëerde onderzoek ingenomen door projecten die betrekking hebben op de herstructurering van de gezondheidszorg. Projecten op deze terreinen worden op initiatief van het departement zelf geformuleerd. Ook in het meer specifiek op de eerstelijnsgezondheidszorg gerichte onderzoek is na 1980 het accent op het systeem van de voorzieningen duidelijk aanwezig. Het betreft onderzoeksprojecten gericht op verbeteringen in de organisatie en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg waarbij belangrijke thema's zijn de samenhang en samenwerking (zowel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg als tussen eerste en tweede

lijn), en de ontwikkeling in het volume- en functie-aanbod, de registratie van gegevens in en over de eerstelijnsgezondheidszorg, en de verbetering van de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Kort samengevat vertoont het door het departement gesubsidieerde onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg in deze periode een duidelijk op de hoofdthema's van het beleid afgestemd beeld. Als gevolg van een meer expliciet beleid en een actief onderzoeksbeleid neemt het aantal met projectsubsidies uitgevoerde onderzoeksprojecten sterk toe (zie bijlage 1.4). Het NHI groeit in deze periode uit van een nog betrekkelijk klein instituut tot een instituut van meer dan 65 medewerkers (1979: 2,8 miljoen, 1983: 6,1 miljoen). Het instituut richt zich steeds meer op de uitvoering van beleidsgerichte onderzoeksprojecten. Na een organisatie-onderzoek van het GITP in 1977/78 vindt reeds een verbreding van het terrein plaats in de richting van de eerstelijnsgezondheidszorg; in de recente ontwikkeling, wederom na een GITP-onderzoek (1983), moet het een landelijk onderzoeksinstituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg worden.

In het voorgaande is de relatie tussen het overheidsbeleid en het onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg bezien vanuit de invalshoek van de invloed van het beleid op het onderzoek. Hierdoor is de invloed van het onderzoek op het beleid in deze bijdrage onderbelicht gebleven. In dat verband kan worden opgemerkt dat in de meest recente periode, bijvoorbeeld bij de voorbereiding van de Nota Eerstelijnszorg (1983) en ook van de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984), in belangrijke mate van het onderzoek gebruik is gemaakt. Nadere studie van de betekenis van de resultaten van uitgevoerd eerstelijnsonderzoek voor de beleidsvorming zou echter zeker zinvol zijn.

6 Conclusies en aanbevelingen

Uit de analyse van enerzijds de ontwikkeling van het algemene volksgezondheidsbeleid en anderzijds het door de overheid gevoerde onderzoeksbeleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg over de afgelopen twintig jaar komt naar voren dat daartussen, vooral vanaf 1979, een duidelijk verband is aan te geven.

In de periode vóór 1970 is nog geen sprake van een actief sturend overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg vertoont een expansieve groei, maar de overheid blijft de voorkeur geven aan een autonome ordening van het gezondheidszorgsysteem door de maatschappelijke krachten. De overheid heeft dan ook weinig aandacht voor onderzoek van de gezondheidszorg. Het aantal door de overheid gesubsidiëerde onderzoeksprojecten op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg is dan ook zeer beperkt. Het onderzoek is vooral gericht op de behoeften aan de

vraagkant. Wel worden in deze periode door maatschappelijke organisaties onderzoeksinstituten zoals het NHI opgericht, die met overheidssubsidies worden ondersteund, zonder dat daaraan een bewust beleid van de overheid ten grondslag ligt.

Als de overheidsbemoeienis **in de periode 1970-1974** toeneemt wordt ook de behoefte van de overheid aan beleidsgericht onderzoek groter en daarmee de wenselijkheid van een onderzoeksbeleid. Een samenhangend onderzoeksbeleid komt weliswaar niet van de grond, hoewel aanzetten daartoe wel aanwezig zijn. Het departement initieert onderzoeksprojecten die vooral op structuur-vraagstukken zijn gericht en vooral de gezondheidszorg als systeem betreffen. Het aantal specifieke eerstelijnsprojecten is nog gering en betreft met name de plaats en functie van wijkverpleegkundigen en samenwerking in de eerste lijn.

In de periode 1975-1979 wordt een beleid ontwikkeld op basis van de Structuurnota dat een ingrijpende herstructurering van de gezondheidszorg omvat en ook de uitgangspunten voor een eerstelijnsbeleid formuleert. In de Structuurnota zelf wordt ook het belang van onderzoek voor de beleidsvorming expliciet verwoord, het duurt echter nog tot 1978/79 totdat hiervoor ook binnen de departementale structuur voorwaarden worden geschapen en daadwerkelijk een onderzoeksbeleid van de grond komt. Het beeld dat uit de in deze periode door de overheid gesubsidiëerde onderzoeksprojecten naar voren komt is nog tamelijk versnipperd en zonder duidelijke samenhang. De overheidssubsidie aan het NHI neemt weliswaar toe, maar er wordt pas na 1978/79 een beleid door de overheid gevoerd om de beschikbare onderzoekscapaciteit ook voor vanuit het beleid geformuleerde onderzoeksvragen aan te wenden.

In de periode vanaf 1980 is sprake van een meer expliciet eerstelijnsbeleid dat wordt neergelegd in nota's als de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg (1980) en de Nota Eerstelijnszorg (1983). Binnen het departement wordt een aparte beleidsafdeling voor de eerste lijn ingesteld, welke vanaf dat moment een actieve rol vervult bij de totstandkoming van een onderzoeksbeleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook komt in deze tijd de structuurwetgeving voor de gezondheidszorg tot een voorlopige afronding. De totstandkoming in deze periode van een actief beleidsgericht onderzoeksbeleid resulteert in een samenhangend onderzoeksprogramma waarin de belangrijkste beleidsaandachtspunten zijn terug te vinden. Ook wordt een beleid ten aanzien van de door het departement gesubsidieerde onderzoeksinstituten ontwikkeld dat resulteert in een duidelijke inbreng vanuit het overheidsbeleid in de onderzoeksprogramma's van deze instituten zoals het NHI. Dit instituut groeit in deze periode uit tot een instituut van tamelijk grote omvang. Het aantal gesubsidiëerde onderzoeksprojecten op het gebied van de eerste lijn is in deze periode aanzienlijk. De onderwerpen van het onderzoek hebben betrekking op volume-aanbod, structuur en functioneren van voorzieningen, samenhang en

samenwerking en registratie van gegevens. Het onderzoek is echter sterk op de huisarts (al dan niet in samenwerkingsrelaties) gericht. Onderzoek betreffende andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts ontbreekt nog vrijwel geheel. Ook is er nog weinig onderzoek waarbij de patiënt centraal staat.

Het vakdepartement heeft door een actief en gericht onderzoeksbeleid vanaf het eind van de jaren zeventig aan het eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek een duidelijke impuls gegeven, zowel via instituutsfinanciering als projectsubsidies. Daarbij neemt het NHI als door WVC-gesubsidieerd niet-universitair instituut met betrekking tot het eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek een belangrijke plaats in. De universitaire huisartseninstituten leveren vanaf 1970 in toenemende mate een aandeel in het onderzoek, maar voor het departement hebben deze instituten tot nu toe een zeer geringe betekenis. Het aantal door het departement gesubsidieerde projecten dat door universitaire huisartseninstituten wordt uitgevoerd bedraagt in de gehele periode niet meer dan zes (zie bijlage 2).

De verwachting lijkt gerechtvaardigd dat er ook **in de komende jaren** een duidelijke relatie zal zijn tussen de hoofdlijnen van het overheidsbeleid en de aard en richting van het door de overheid gesubsidiëerde onderzoek. Hoewel in de eerstkomende jaren de uitgezette lijnen van het eerstelijnsbeleid niet ingrijpend zullen veranderen zijn wel accentverschuivingen in het onderzoek wenselijk.

In de eerste plaats lijkt relatief meer aandacht in het onderzoek nodig voor de eerstelijnsgezondheidszorg en voor de relatie met de maatschappelijke dienstverlening als integraal zorgsysteem en zal de tamelijk exclusieve aandacht voor de huisarts daarin moeten verminderen.

In de tweede plaats lijkt het door de overheid gesubsidiëerde onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg tot nu toe grotendeels gericht te zijn geweest op onderbouwing van in gang gezette beleidsontwikkelingen en minder op het vinden van uitgangspunten voor nieuw beleid. Dit betekent een zekere verandering in de richting van meer innovatief en anticiperend onderzoek gericht op mogelijke toekomstige ontwikkelingen.

In de derde plaats krijgen in het beleid vragen naar de grenzen van de zorg en de beperkingen van de gezondheidszorgvoorzieningen steeds meer nadruk. Dit geeft aanleiding tot meer onderzoek gericht op toetsing van bestaande beleidsuitgangspunten en tot meer evaluatie-onderzoek en kosten-effectiviteitsonderzoek.

In de vierde plaats is het onderzoek tot nu toe overwegend op de structuur en op de aanbodzijde gericht geweest, en is er weinig aandacht voor op ziekte/gezondheidsgedrag gericht onderzoek. Het onderzoek naar de relatie eerste-tweede lijn bijvoorbeeld gaat tot nu toe vooral in op samenhang en structuur van de voorzieningen, maar zou ook meer inhoudelijk kunnen worden gericht op praktische mogelijkheden en voorwaarden waaron-

der huisartsen en wijkverpleegkundigen werkelijke verschuivingen van tweede- naar eerstelijnszorgverlening kunnen bewerkstelligen. Ook kan worden gedacht aan onderzoek naar mogelijkheden van kleinschaliger gezondheidszorgvoorzieningen. In de komende jaren zou een verschuiving kunnen plaatsvinden van onderzoek gericht op structuur- en zorgaspecten naar onderzoek gericht op gezondheidsaspecten, de vraagkant en meer inhoudelijk gericht onderzoek.

In de vijfde plaats zou de aanwezige onderzoekscapaciteit binnen de universiteiten, waaronder vooral ook binnen de universitaire huisartseninstituten, in de komende jaren meer in het aandachtsveld van WVC moeten komen dan tot nu toe het geval is. Dan zal het onderzoek binnen deze instituten echter behalve op de specifiek huisartsgeneeskundige aspecten ook op het integrale eerstelijnszorgmodel moeten worden ontwikkeld.

Het ontbreekt nog steeds aan wat Touw-Otten in 1981 noemde 'een totaal plan van toekomstig onderzoek waarin zowel het beleidsrelevant onderzoek als het onderzoek wat zich meer op de inhoudsaspecten van de hulpverlening richt worden ondergebracht'. Het zou aanbeveling verdienen indien in de komende tijd een dergelijk plan van onderzoek op het gebied van de eerste lijn in samenwerking tussen het landelijke onderzoeksinstituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de universitaire huisartseninstituten tot stand gebracht zou kunnen worden.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COFOG	Commissie Onderzoek Functioneren en Organisatie van de Gezondheidszorg
GITP	Gemeenschappelijk Instituut voor Toegepaste Psychologie
RGR-TNO	Raad voor Gezondheidsresearch TNO
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen

LITERATUUR

BENSING, J.M. en F. BECHT-MELAI (1983), A decade of research in primary care in the Netherlands 1972-1982. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BLANPAIN, J. & L. DELESIE (1976), Community Health Investment, Health services research in Belgium, France, Federal German Republic and the Netherlands. Oxford: University Press.

BOOT, J.M. en M.H.J.M. KNAPEN (1983), De Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.

BRUINS, C.P. (1984), NHI quo vadis? Medisch Contact 39, pp. 1234-1247.

DE VIER LANDELIJKE INSTITUTEN VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK (1984), NcGv, NZI, NIPG/TNO, NHI. Utrecht.

DOKTER, H.J., Th.E.M. MILTENBURG en D.W. AAKSTER (1977), Onderzoeksbeleid in de primaire gezondheidszorg. Medisch Contact 32, pp. 1435-1438.

ES, J.C. VAN (1983), De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Schrijvers G. en J.M. Boot, eds., Een halve eeuw gezondheidszorg 1950-2000. Lochem: De Tijdstroom.

ETTEN, G.M. VAN (1981), Gezondheidszorgonderzoek en overheidsbeleid. In: Sturmans, F., J. Persoon, J. Morshuis en R. Windhausen, eds., Verkenningen in de sociale geneeskunde. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.

GIJSMAN, J.B. (1976), Vijf jaar registratie van het lopend Wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn van de gezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap 19, pp. 303-305.

HENDRIKS, J.P.M. (1980), Organisatie van de gezondheidszorg in de tachtiger jaren. Speling 2, pp. 43-50.

JUFFERMANS, P. (1982), Staat en gezondheidszorg in Nederland. Nijmegen: SUN.

LONDEN, J. VAN (1981), Bestuurlijke verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg vanuit de optiek van de overheid. Metamedica 60, pp. 369-376.

NOTA EERSTELIJNSZORG, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 180, nrs. 1-2.

NOTA GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 463, nrs. 1-2.

NOTA VOLKSGEZONDHEIDSBELEID BIJ BEPERKTE MIDDELEN, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 108, nrs. 1-2.

NUYENS, Y. (1980), De eerste lijn is krom. Deventer: Van Loghum Slaterus.

SCHETS VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG, Tweede Kamer, zitting 1979-1980, 16 066, nrs. 1-2.

STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG (1974), 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

TOUW-OTTEN, F. (1981), Onderzoek in de 1e lijn. Rede uitgesproken op een symposium van de Katholieke Hogeschool Tilburg.

WERFF, A. VAN DER (1983), Structureren en herstructureren in de gezondheidszorg 1950-2000. In: Schrijvers, G. en J.M. Boot, eds., Een halve eeuw gezondheidszorg 1950-2000. Lochem: De tijdstroom.

Bijlagen 1.1 t/m 1.4 Overzicht van door het departement van volksgezondheid gesubsidieerde onderzoeksprojecten naar titel, uitvoerende instelling, en doorlooptijd over de periodes 1965-69, 1970-74, 1975-79, 1980-84.

1.1 GESUBSIDIEERDE PROJECTEN 1965-69	INSTITUUT	65	66	67	68	69
- Naar de dokter	NIPG	X				
- Evaluatie experimenten wijkziekenverzorging	GITP		X			X
- Evaluatie samenwerking wijkverpleegk.-huisarts	NHI		X			X

1.2 GESUBSIDIEERDE PROJECTEN 1970-74	INSTITUUT	70	71	72	73	74
- Continue Morbiditeits Registratie Huisartsen Peilstations	NHI	X				
- Evaluatie samenwerking huisarts-wijkverpleegk.-alg. maatscn. werk	INTAGON	X			X	
- Evaluatie jeugdadviesbureau's	NIK				X	
- Onderzoek in groepspraktijk Hoensbroek	V&M/Stafafd. E&I					
- Evaluatie nazorg kruiswerk Amsterdam	ITS		X	X		
- Indicatoren behoeften gezondh.zorg	NIPG			X	X	
- Man, vrouw, anticonceptie	NHG/NISSO			X		
- Schoolgez.zorg huisartsen in Dronten	Huisartsen Dronten			X		
- Macro-model gezondheidszorg	RU Leiden/COEPS			X		

1.3 GESUBSIDIEERDE PROJECTEN 1975-79	INSTITUUT	75	76	77	78	79
- Continue Morbiditeits Registratie Huisartsen-Peilstations	NHI					
- Samenwerking wijkverpleging-ggz	ITS		X			
- Regionaal Onderzoek Begeleiding Ischaemische Hartziekten (ROBIH-project)	RU Leiden/ISG		X			X
- Evaluatie Samenwerking psycholoog en Capelse Huisartsn (SPEECH)	NHI		X			X
- Medische consumptie geneesmiddelen (Macro-rekenmodel geneesmiddelen)	RU Leiden/Farmac.		X			
- Doorlichting psychosociale hulpverlening	NHI		X	X		
- Huisartsenregistratie en aanvullende onderzoeksprojecten	NHI		X			
- Consultatieproject Eindhoven	NHI			X		X
- Organisatie-onderzoek NHI	GITP			X	X	
- Huisarts-patiënt-relatie	VU-UHI				X	X
- Evaluatie eerstelijnscursussen geboortregeling	NHG			X	X	
- Vooronderz. 1e-2e lijn Hoogeveen	NHI/NZI			X	X	

1.4 GESUBSIDIEERDE PROJECTEN 1980-84	INSTITUUT	80	81	82	83	84
- Continue Morbiditeits Registratie Huisartsen-Peilstations	NHI					
- Huisartsenregistratie en aanvullende onderzoeksprojecten	NHI					
- Registratie samenwerkingsverbanden en aanvullende onderzoeksprojecten	NHI					
- Vormgeving gezondheidscentra	Agog. Inst.			X		
- Eval. exp. diagnostisch centrum Oudenrijn	NHI/NZI			X		
- Eval. exp. diagnostisch centrum Maastricht	RU Limburg/UHI				X	

1.4 GESUBSIDIEERDE PROJECTEN 1980-84 (verv.)	INSTITUUT	80	81	82	83	84
- Recente initiatieven eigen verantwoordelijkheid	IVG	X				
- Evaluatie mbo-v	TH Eindhoven		X			
- Evaluatie hbo-v	TH Eindhoven		X		X	
- Evaluatie psh. Breda	NHI	X		X		
- Samenhang voorzieningen vgz-md	SCP	X	X			
- Mankrachtgegevens extramuraal	IVG	X		X		
- Bouwkundige opzet gezondh.centra	TH Delft	X				X
- Vervolgond. 1e-2e lijn Hoogeveen	NHI/NZI		X	X		
- Buurtgerichte hulpv. Holendrecht	SISWO	X				X
- Huisarts en optimalisering gezondheidszorg	NUHI	X	(			)
- Onderlinge toetsing i.d. huisartspraktijk	NUHI		X			
- Automatisering i.d. huisartspraktijk	NHI	X		X		
- Registratie/Classific. i.d. huisartspraktijk	NHI/NUHI	X				X
- RIVOG-HIS (huisartsen- Informatie-Systeem)-project	RIVOG			X		X
- Eval. fysiotherapie in gezondh.centra	SISWO			X		X
- Thuiszorg chronische patiënten	UvA/ISG				X	X
- NHI en structuur elgz	GITP			X		X
- Bereikbaarheid elgz	NHI				X	X
- Problemen vrouwelijke huisartsen bij vestiging	NHI				X	X
- Financiële problematiek gezondh. centra	NHI				X	X
- RIFOH (Risicofactoren Onderzoek Hartziekten)-project	NUHI				X	
- Hulpzoekgedrag 0-12 jrg. etn. minderh.	NIK				X	X
- Eval. artsenlaboratoria	NIPG					X
- Eval. Project Gezondheidszorg Almere	NHI/NZI					X
- Elgz en nazorg psych. patiënten	RUG/Soc. Psych.					X
- Ond. Geneesm.-markt extramuraal	TH Delft					X
- Patiëntenrechten i.d. huisartspraktijk	NHI					X
- Samenhangende planning gezondh. zorg	DHV					X

Bijlage 2 Overzicht van het aantal door het departement van volksgezondheid gesubsidieerde onderzoeksprojecten op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg naar uitvoerende instantie over de periode 1965-1984.

	NHI	Overige dept. instell.	Overige niet-univ. instell.	UHI's	Overige univ. instell.	Totaal*
1965-69	1	1	1	-	-	3
1970-74	1	4	3	-	2	9
1975-79	6	-	4	1	2	12
1980-84	13	3	11	5	6	34
Gehele periode	21	8	19	6	10	58

* Deze kolom omvat **niet** het totaal van uitvoerende instanties, aangezien sommige projecten door meer dan één instituut worden uitgevoerd.

2

KOSTEN EN MENSKRACHT VAN HET ONDERZOEK IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG.

J.P. Dopheide

1 Inleiding

Voor de vraag naar de inhoudelijke stand van zaken betreffende het onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg is het symposium, dat de aanleiding vormt tot dit artikel, eigenlijk iets te vroeg gehouden. Door het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) wordt op dit moment immers gewerkt aan een overzichtsstudie van dat onderzoeksterrein; de resultaten kunnen naar verwachting herfst 1985 gepubliceerd worden. Daarom zal deze bijdrage zich vooral concentreren op de meer formele aspecten van het eerstelijnsgezondheidszorgonderzoek (waar wordt het verricht, hoe lang duurt het, wat kost het, wie betaalt het, etcetera), en minder aandacht schenken aan de inhoud ervan.

Het materiaal waarop deze bijdrage gebaseerd is wordt geleverd door het Registratiesysteem van lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de Eerstelijnsgezondheidszorg (afgekort RWO), dat sinds 1972 door het NIVEL wordt bijgehouden. Tot voor kort beperkte dit systeem zich tot jaarlijkse overzichten van het in dat jaar lopende en afgesloten onderzoek. In de laatste maanden van 1984 is het systeem echter geautomatiseerd, waardoor het aanzienlijk toegankelijker geworden is voor analyse.

Ten behoeve van het overzichtsartikel van Bensing over tien jaar RWO (1982) is het gehele systeem destijds grondig doorgenomen op onderzoekingen die er, gelet op hun onderwerp, niet in thuis hoorden. Toch bleek ook het systeem in 1984 een aantal projecten te bevatten die weliswaar zijdelings iets met de eerste lijn te maken hadden, maar toch zo 'breed' van onderwerp waren dat ze bezwaarlijk als 'eerstelijnsonderzoek' kunnen worden aangemerkt. Gezien de belangrijkste functie van het systeem (het informeren van onderzoekers en beleidsmedewerkers over lopend onderzoek) is opname van dit soort projecten onzes inziens terecht, maar bij een overzicht van het eerstelijnsgezondheidsonderzoek behoren ze toch niet of slechts in geringe mate mee te tellen; zeker niet als daarbij een schatting gemaakt wordt van de totale onderzoeksinspanning op dit terrein in termen van menskracht en middelen.

Is het systeem aan de ene kant dus enigszins 'overcompleet', aan de andere kant is denkbaar dat niet al het lopende onderzoek ook feitelijk is geregistreerd. Op die vraag naar de compleetheid is geen empirisch antwoord te geven, maar de gevolgde procedures wettigen een zeker opti-

misme. Voor zover het onderzoek aan instituten plaatsvindt is, door de jaarlijks gehouden enquêtering, de kans groot dat de overgrote meerderheid van de projecten geregistreerd wordt; slechts onderzoek dat door individueel werkende onderzoekers (veelal huisartsen) wordt verricht, wordt vaker 'bij toeval ontdekt'. Ook onderzoek dat plaatsvindt in instellingen zonder aan het systeem bekende onderzoekstraditie (bijvoorbeeld ziekenfondsen) maakt wellicht een geringere kans om opgenomen te worden.

Ultimo 1984 waren er 238 onderzoekingen geregistreerd. Om een ruwe schatting te maken van het totale 'eerstelijnsgehalte' van deze projecten, werden ze gescoord op een vijfpuntsschaal, lopend van 'eerste lijn komt slechts marginaal aan bod' tot 'uitgesproken eerstelijnsonderzoek'[1]. Drieëntwintig projecten bleken zo breed te zijn qua opzet, dat ze in de laagste categorie terecht kwamen. Van de resterende 215 projecten waren er 149 met een uitgesproken eerstelijnskarakter en 66 met één van de lagere scores. De gemiddelde score bedroeg 3,91, wat bij een schaalmaximum van 5 neerkomt op een 'eerstelijnsgehalte' van circa 80%. Een ruwe schatting, maar hij voldoet om de gedachte te bepalen.

Van de opgegeven onderzoekingen verkeerden er 32 naar eigen opgave in het stadium 'maken onderzoeksplan', 'wachten op subsidie' of 'tijdelijk gestopt'. Van de eerste twee categorieën is het onzeker of het ooit tot feitelijk onderzoek komt, reden waarom zij in de volgende analyses niet zijn meegeteld. Hetzelfde geldt voor de projecten die tijdelijk gestopt zijn; hoewel hier waarschijnlijk al wel enige onderzoeksinspanning geleverd is, is het maar zeer de vraag of er ooit (weer) van lopend onderzoek sprake zal zijn. De volgende gegevens hebben uitsluitend betrekking op de 206 onderzoekingen die dan resteren. Ook de minder specifiek op de eerste lijn gerichte projecten zijn hierin opgenomen.

2 De kosten van het eerstelijnsonderzoek in 1984

Allereerst proberen wij een schatting te maken van de totale onderzoeksinspanning op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het RWO-systeem heeft hierover drie vragen gesteld: naar de inzet per jaar in werkdagen van wetenschappelijk personeel en niet-wetenschappelijk personeel, en naar de totale materiële kosten van het onderzoek. De resultaten daarvan zijn te vinden in de tabellen 1 en 2.

Het vergt enkele kunstgrepen om vanuit deze gegevens tot een bedrag op jaarbasis te komen dat besteed wordt aan onderzoek van de eerste lijn. Allereerst hebben wij een schatting gemaakt van het gemiddelde aantal dagen wetenschappelijk personeel per onderzoek; minder dan 50 dagen werd geteld als 25; 50-200 dagen als 125, en meer dan 200 dagen als 250. Per onderzoek komen we dan op 138 werkdagen wetenschappelijk personeel per jaar. Op dezelfde wijze komen we tot 76 mensdagen van niet-wetenschappe-

Tabel 1 Inzet van wetenschappelijk en niet wetenschappelijk personeel per jaar.

	wetenschapp.		niet-wetenschapp.	
aantal werkdagen	abs.	%	abs.	%
minder dan 50	34	17	81	39
50 - 200	89	43	49	24
meer dan 200	45	22	10	5
onbekend, niet ingevuld	38	18	66	32
totaal	206	100	206	100

Tabel 2 Totale materiële kosten van het onderzoek.

kosten in guldens	abs.	%
minder dan 10.000	61	30
10.000 - 100.000	53	26
100.000 - 500.000	40	19
meer dan 500.000	7	3
onbekend	45	22
totaal	206	100

lijk personeel op jaarbasis. Om deze inzet in geld om te zetten zijn we uitgegaan van een onderzoeker met vijf jaar ervaring (BBRA 10.4, circa f290 per dag) en niet-wetenschappelijk personeel in de rang van student-assistent (BBRA 5, circa f180 per dag). De materiële kosten zijn op basis van de verwachte duur van het project omgerekend tot jaarbedragen, waarbij voor de klasse 'minder dan f10.000' een bedrag van f5.000 werd gerekend, voor 'f10.000 - f100.000' een bedrag van f55.000, voor 'f100.000 - f500.000' werd f200.000 aangehouden (dit lijkt realistischer dan het klassemidden), en de projecten die meer dan een half miljoen aan materiële kosten met zich meebrengen tellen ieder voor f600.000. Bij het schatten van het bedrag dat op jaarbasis aan eerstelijnsonderzoek wordt besteed zijn de projecten die verricht worden door individuele onderzoekers niet meegerekend; de personele kosten werden niet gehonoreerd en de (lage) materiële kosten werden doorgaans door de onderzoeker zelf gedragen.

Van de aldus resterende 187 projecten zijn op twee manieren de kosten per jaar berekend: door optelling van alle personele en materiële kosten en door het aantal dagen wetenschappelijk personeel te vermenigvuldigen met een 'all-in' dagtarief van f760, een in 1984 gebruikelijk bedrag. De twee methoden leiden tot vergelijkbare uitkomsten: gemiddeld kost een onderzoek per jaar op de eerste wijze berekend bijna f114.000, op de tweede wijze ruim f107.000; f110.000 lijkt dus een aardige schatting.

Bij een aantal van 187 projecten à f110.000 zou dat neerkomen op ruim f20 miljoen; het 'eerstelijnsgehalte' van dit onderzoek hebben we hierboven op 80% gesteld, zodat volgens deze schatting in 1984 f16,4 miljoen werd uitgegeven aan onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Uiteraard is dit een ruwe schatting, gemaakt door een ruwe behandeling van tamelijk ruwe gegevens. Onbekend is bijvoorbeeld of in de opgegeven materiële kosten ook huisvestingskosten zijn opgenomen. Bovendien bestaat weinig inzicht in de hoogte van bijkomende kosten van de 'infrastructuur' (instituutsleiding, financiële administratie, huisdrukkerij etcetera). Een schatting op basis van de budgetten van de onderzoeksinstituten, voor een bepaald percentage toegerekend aan eerstelijnsonderzoek, zou zonder twijfel hoger uitkomen. Aan een schatting daarvan wagen wij ons niet.

3 Waar wordt het onderzoek verricht?

In tabel 3 is te vinden waar het eerstelijnsonderzoek in 1984 verricht werd. Ter vergelijking zijn daarbij de gegevens van Bensing weergegeven over de perioden 1971-1975 en 1976-1980. De aantallen onderzoekingen waarop de gegevens betrekking hebben, zijn door de verschillende duur van de betreffende perioden waarop ze betrekking hebben niet goed vergelijkbaar.

Tabel 3 Waar wordt het eerstelijnsonderzoek verricht?*

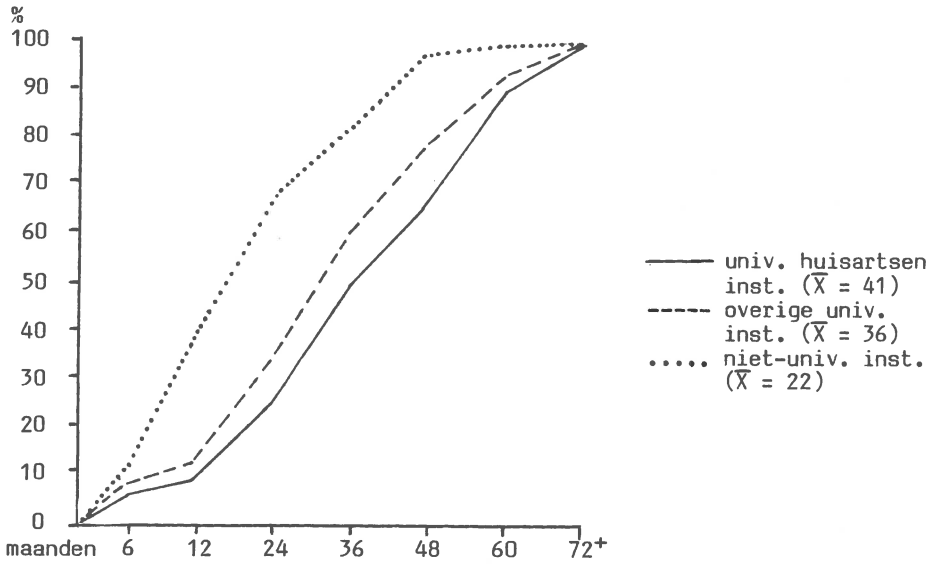
	1971-'75	1976-'80	1984
universitaire huisartseninstituten	24%	35%	24%
overige universitaire instituten	19%	17%	30%
niet-universitaire instellingen	22%	23%	35%
individuele onderzoekers	29%	17%	9%
overige, onbekend	6%	8%	2%
N =	226	226	206

* Deze tabel heeft betrekking op aantallen projecten, niet gewogen voor inzet aan menskracht en middelen.

In de jaren zeventig zien we een duidelijke afname van het relatieve aandeel van de individuele onderzoekers en een grote stijging van het aandeel van de universitaire huisartseninstituten: de huisarts die 's avonds nog eens aan zijn onderzoek begon, heeft waarschijnlijk deze positie verwisseld voor een part-time medewerkerschap bij één van de UHI's. Deze tendens lijkt zich echter niet te hebben doorgezet: in 1984 zijn de UHI's relatief weer terug op het niveau van 1971-1975. De individuele onderzoeker verliest steeds meer terrein.

De eerste lijn lijkt de laatste jaren 'ontdekt' als onderzoeksterrein door de overige universitaire en de niet-universitaire instituten. Binnen de eerstgenoemde categorie is het onderzoek evenwichtig gespreid over een groot aantal instituten (39). Binnen de niet-universitaire instellingen neemt het NHI/NIVEL ruim 40% van de projecten voor zijn rekening, waarbij wel bedacht moet worden dat onderrapportage van NIVEL-onderzoek afwezig is, daar dit instituut zelf houder van het systeem is. Het Instituut voor Toegepaste Sociologie, een para-universitair instituut, gelieerd aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, verricht ruim 10% van het onderzoek binnen deze categorie. Binnen de universitaire huisartseninstituten neemt het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut nog steeds een leidende positie in: bijna éénderde van alle projecten wordt daar uitgevoerd. Opvallende verschillen tussen de drie soorten instellingen waar het leeu-

Grafiek 1 Verwachte duur van het onderzoek in maanden, naar soort uitvoerende instelling; cumulatieve percentages.



wedeel van het onderzoek verricht wordt zien we, als we kijken naar de verwachte duur van het onderzoek. Er blijkt een aanzienlijk verschil in verwachte duur van het onderzoek te bestaan tussen universitaire instituten en niet-universitaire instellingen. Liefst 40% van het extra-universitaire onderzoek duurt 12 maanden of korter; aan de universiteiten is dit percentage minder dan tien. Langer dan twee jaar duurt aan de universiteiten 70% van de projecten; daarbuiten iets meer dan 30%. Nu is uiteraard denkbaar dat deze verschillen in looptijd van de projecten te maken hebben met verschillen in zwaarte wat betreft inzet van menskracht en middelen: wellicht zijn de korter lopende projecten wat zwaarder voorzien van menskracht en middelen dan de langer lopende. Voor een deel blijkt dat inderdaad zo te zijn (zie tabel 4).

Tabel 4 Personele en materiële kosten per onderzoek per jaar, naar soort instelling.

	wetensch. personeel	niet-wetensch. personeel	materiële kosten	totale kosten per jaar
- universitaire huisartseninstituten	35.000	12.000	23.000	70.000
- overige universitaire instituten	43.000	10.000	51.000	104.000
- niet-universitaire instellingen	43.000	18.000	76.000	137.000

Het niet-universitaire onderzoek blijkt iets meer inzet van hulppersoneel mogelijk te maken, en gaat eveneens gepaard met hogere materiële kosten.[2] Voor het wetenschappelijk personeel zijn de verschillen niet groot.

Tot slot blijken zich ook grote verschillen voor te doen in de verwachte duur van het onderzoek als we daarin de soort financier betrekken. Bij financiering door Rijk [3], provincie of gemeente bedraagt de gemiddelde duur 24 maanden, bij financiering door een particuliere organisatie 28, en bij financiering door de universiteiten 43 maanden. Hoewel de in het RWO-systeem gebruikte categorieën wellicht niet geheel eenduidig zijn, waardoor wat minder duidelijke gevallen buiten beschouwing zijn gelaten, is de tendens toch duidelijk en opvallend.

4 De inhoud van het onderzoek

Zoals in de inleiding al gezegd zullen we over de inhoud van het onder-

zoek kort zijn; de te verschijnen overzichtsstudie van het NIVEL zal dit terrein uitvoerig behandelen. Een algemeen aanvaard trefwoordensysteem voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg is bovendien nog niet voorhanden, zodat met een globale benadering moet worden volstaan.

Populaire aandachtsvelden blijken te zijn: 'specifieke problemen' (astma, diabetes, etcetera; dit onderzoek wordt vooral verricht op de universitaire huisartsen instituten); relatie tussen eerste en tweede lijn (onder andere verwijsonderzoek), de hulpverlening door de huisarts, en samenwerking binnen de eerste lijn. Nadrukkelijk afwezig zijn de andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts, de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, en de 'vraagzijde'; onderzoek naar de consument in de eerstelijnsgezondheidszorg is relatief schaars. De 'witte plekken' zijn dus nog ongeveer dezelfde als enkele jaren gelden, toen Bensing (1982) de RWO-gegevens over de periode 1971-1980 analyseerde.

5 Beschouwing

Binnen het onderzoek in de eerste lijn lijkt zich een ontwikkeling te voltrekken naar twee typen onderzoek: enerzijds universitair gefinancierd en verricht onderzoek, dat relatief lang loopt, en anderzijds onderzoek dat van overheidswege (vooral Rijk) wordt gefinancierd met een relatief korte looptijd, verricht buiten de universiteiten. De eigen ervaringen binnen het NIVEL van de laatste jaren ondersteunen in ieder geval de gedachte dat het onderzoek dat door het Rijk wordt gefinancierd een steeds kortere looptijd krijgt. Projecten met een duur korter dan een jaar zijn sinds enkele jaren eerder regel dan uitzondering.

Bij een dergelijke ontwikkeling naar twee typen onderzoek (waarvan overigens alleen de contouren zichtbaar zijn), zijn wel enkele kritische kanttekeningen te maken. Enerzijds moet erkend worden dat de overheid regelmatig behoefte heeft aan snel uit te voeren, beleidsrelevant onderzoek. Een instelling echter die een aanzienlijk deel van zijn onderzoeksinspanning in dit type producten steekt, loopt het risico te zeer een korte-termijn-politiek te moeten voeren. Bovendien bestaat ook bij de niet-universitaire instellingen, ondanks een wat meer op de toepasbaarheid gericht type onderzoek, behoefte aan een zekere ruimte die besteed kan worden aan theorievorming, instrumentontwikkeling en andere vormen van onderzoek die pas op wat langere termijn rendement zullen afwerpen. Voorts bestaat de indruk dat de hoeveelheid 'investering' die een instelling moet plegen om een onderzoek te verwerven niet sterk afhankelijk is van de zwaarte van dat onderzoek in termen van duur, menskracht en middelen: uitzonderingen daargelaten moet voor een project van 9 maanden net zolang onderhandeld worden als voor een project van 3 jaar.

Een financieringsvorm die aan deze verschillende behoeften van onderzoeksinstelling en belangrijkste opdrachtgever recht doet, zou uit drie onderscheiden financieringsbronnen kunnen bestaan: basissubsidie, doelsubsidie en projectsubsidie. De basissubsidie is bestemd voor de infrastructuur (management, secretariaat, huisvesting) en een beperkte ruimte voor vrije research. Doelfinanciering is er voor langlopend onderzoek of een langlopend onderzoeksprogramma, waarbij een zekere vrijheid voor de onderzoeksinstelling bestaat om binnen het kader waarin het subsidie verstrekt wordt en in overleg met de subsidiënt, de concrete onderzoeksvragen zelf vast te stellen. Projectsubsidies tenslotte zijn er voor concreet, kortlopend onderzoek. Op deze wijze kan de (onmisbare!) dynamiek van een projectgewijze gefinancierde onderzoeksinstelling vruchtbaar gecombineerd worden met de inhoudelijke continuïteit die zo'n instelling evenzeer behoeft.

Wat de inhoud van het onderzoek betreft moeten we constateren dat de huisarts in ieder geval op onderzoeksgebied nog steeds de centrale figuur in de eerste lijn is. Deze positie heeft hij onzes inziens in belangrijke mate aan zichzelf te danken: meer dan welke beroepsbeoefenaar dan ook heeft hij zich al sinds langere tijd beschikbaar gesteld als 'voorwerp' van wetenschappelijk onderzoek, soms zelfs tot in de spreekkamer. Het is niet overdreven te stellen dat de uitgroei van juist het oorspronkelijke Nederlands Huisartsen Instituut tot een instituut voor onderzoek van de gehele eerstelijnsgezondheidszorg zonder de openheid van deze beroepsgroep niet geschied zou zijn. De indruk bestaat dat deze bereidheid om door onderzoekers naar zich te laten kijken bij de andere eerstelijnsdisciplines nog niet in dezelfde mate is ontwikkeld, noch individueel noch collectief. Van beide zijden, hulpverleners en onderzoekers, moet men nog aan elkaar wennen.

Meer in het algemeen blijkt dat de hoeveelheid kengetallen over wat zich in de eerste lijn afspeelt is achtergebleven bij wat we weten over de productie in andere echelons, met name in de tweede lijn. Hoewel een geautomatiseerd registratiesysteem in de eerste lijn ondanks alle technische vorderingen nog wel even op zich zal laten wachten (en gelet op de massaliteit van de gegevens misschien zelfs niet eens zo wenselijk is), verdient toch het onlangs door Van Es (1984) gehouden pleidooi voor een soort databank van de eerstelijnsgezondheidszorg alle instemming.

NOTEN

1 De cijfermatige onderbouwing van dit artikel werd verricht in samenwerking met E.M. Sluijs.

2 Men bedenke dat met name de opgegeven materiële kosten gevoelig zijn voor de vraag of de financier van het project toestaat zaken als huisvesting, inventaris, apparatuur en dergelijke, ten laste van het project te laten komen; interpretatie dient dus met enige voorzichtigheid plaats te vinden.

3 Uiteraard exclusief financiering door het Ministerie van Onderwijs aan de universiteiten.

LITERATUUR

BENSING, J.M. (1982), Van A(bortus) tot Z(wangerschap). Wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn. Medisch Contact 29, pp. 859-867.

ES, J.C. VAN (1984), Gezondheidszorg welgeteld. Ontbreken van databank maakt eerstelijnsgezondheidszorg beleidsmatig onzichtbaar. Medisch Contact 47, p. 1499.

II
AANBOD EN GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN

3

DE KWALITEIT VAN DE HULPVERLENING DOOR HUISARTSEN BIJ PATIËNTEN MET VAGE KLACHTEN.

M.M. Kuyvenhoven, H.M. Pieters, H.M. Jacobs en F.W.M.M. Touw-Otten

1 Inleiding

Onderzoek in de huisartsgeneeskunde richt zijn aandacht in toenemende mate op de vraag: wat doen huisartsen? En doen ze het goed? Hierbij wordt gebruik gemaakt van onderzoeksinstrumenten die zowel recht doen aan de multiconditionaliteit van de klachten van patiënten als aan de door huisartsen toegepaste strategieën. De laatste jaren zijn verschillende onderzoeksmethoden ontwikkeld om het handelen van huisartsen in beeld te brengen (Mokkink et al., 1982; Sluys 1983; Pieters en Jacobs 1983, 1984). Deze betreffen zowel audio, video- als simulatiemethoden.

In deze bijdrage wordt ingegaan op verschillen in het diagnostisch en therapeutisch handelen van huisartsen bij patiënten met vage klachten, zoals buikpijn, lage rugpijn en dergelijke, gemeten met een simulatiemethode. Onder vage klachten worden verstaan niet-acute klachten, die de huisarts veelal niet direct kan interpreteren, omdat ze niet duidelijk naar één bepaald ziektebeeld verwijzen; zij plaatsen de huisarts voor een dilemma. Enerzijds kan hij met zijn relatief beperkte diagnostische mogelijkheden niet altijd vaststellen of er sprake is van een ernstige lichamelijke afwijking. Anderzijds wordt dit type klachten slechts zelden door een ernstige aandoening of een aandoening die behandeling behoeft veroorzaakt. Het risico op onnodig onderzoek is groot.

Niet-acute klachten vormen een substantieel onderdeel van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit. Volgens Huygen (1980) consulteert per jaar meer dan tien procent van de bevolking wegens functionele stoornissen de huisarts. De incidentie van het totale aantal niet-acute klachten ligt hoger dan die van de functionele stoornissen, omdat daaronder ook klachten vallen, die wel vroege symptomen zijn van ernstige aandoeningen of van een weinig ernstige voorbijgaande ziekte.

De verschillen in diagnostiek en beleid worden vanuit twee invalshoeken belicht:

- de aandacht voor lichamelijke aspecten en oorzaken van een klacht;
- de kans op onnodige schade van het gekozen beleid.

Dit zijn beide indicatoren voor de kwaliteit van de hulpverlening (process-assessment) van huisartsen (Donabedian 1980).

De bevindingen zijn gebaseerd op een exploratieve inhoudelijke analyse

van in een vooronderzoek verzameld materiaal. Dit vooronderzoek was opgezet om de betrouwbaarheid en validiteit van een schriftelijke simulatie van patiënt-artsconsulten en beoordelingsprocedures vast te stellen (Kuyvenhoven et al., 1984a, 1984b; Jacobs et al., 1984). Vanwege het exploratieve karakter worden de bevindingen met enige voorzichtigheid gepresenteerd.

2 Meetinstrumenten

Om de verschillen in hulpverlening te meten zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld: een schriftelijke simulatie van patiënt-artsconsulten en een tweetal beoordelingsprocedures door experts.

2.1 Een schriftelijke simulatie van patiënt-artsconsulten

De simulatie bestaat uit spreekuurconsulten met 'papieren patiënten'. Deze 'patiënten' bestaan uit een vraag- en antwoordensysteem, waarin een grote hoeveelheid informatie is opgeslagen over de aard, achtergrond en het verloop van de klachten. Echte patiënten zijn daarbij als inspiratiebron gebruikt. In het 'consult' kiest de arts telkens naar eigen inzicht een rubriek (bijvoorbeeld klachtverduidelijking, voorgeschiedenis, samenhang met andere aspecten, lokaal lichamelijk onderzoek en dergelijke) en stelt daarbinnen zijn vragen, waarop hij antwoord krijgt. Hij heeft de vrijheid nà elke vraag van rubriek te wisselen. Wanneer het hem goed dunkt beëindigt de arts het consult op een wijze die gelijkenis vertoont met de werkelijkheid: hij spreekt zijn bevindingen en voornemens in een cassetterecorder in. Door deze procedure wordt getracht te voorkomen dat de arts diagnostische en therapeutische hints krijgt (McCarthy 1966, Goran et al., 1973). Dit verhoogt de realiteitswaarde aanzienlijk in vergelijking met de traditionele Patiënt Management Problems (PMP's) (Gerritsma en Smal 1982; Kuyvenhoven et al., 1984b). De simulatie in dit onderzoek bestaat uit spreekuurcontacten met vijf patiënten met vage klachten. Met deze patiënten heeft de arts twee consulten. Negentien huisartsen, die tenminste vijf jaar gevestigd waren en maximaal zestig jaar oud waren, hebben aan het onderzoek deelgenomen.

2.2 Twee beoordelingsprocedures door experts

Experts (huisartsen) hebben de diagnostiek en het beleid van de negentien huisartsen op twee aspecten beoordeeld:

- de mate waarin aandacht wordt gegeven aan relevante lichamelijke aspecten en oorzaken van de klacht (3 experts)
- de kans op onnodige schade van het beleid (15 experts).

De beide beoordelingen zijn uitgevoerd op een vijfpuntsschaal.
De meetinstrumenten en de betrouwbaarheid en validiteit ervan zijn elders uitvoerig beschreven (Kuyvenhoven et al., 1984a, 1984b; Jacobs et al., 1984). De bevindingen luiden samengevat:

- De simulatie voldoet om hulpverleningsgedrag van huisartsen te registreren, zolang het gaat om de eerste fasen van exploreren van problemen en klachten, vooral op lichamelijk gebied en het uitstippelen van een beleid bij patiënten met vage klachten (Kuyvenhoven et al., 1984a, 1984b).
- De simulatie voldoet minder, als het gaat om het registreren van de aandacht die de huisartsen aan psycho-sociale aspecten geven. Er zijn aanwijzingen dat een neiging tot sociaal wenselijk gedrag op dit gebied een rol kan spelen (Kuyvenhoven et al., 1984a).
- De betrouwbaarheid van de beoordelingen door de twee groepen experts is bij drie van de vijf patiënten met vage klachten hoog ($.77 \leqslant r \leqslant .91$) (Jacobs et al., 1984). Bij de beide andere patiënten is deze middelmatig. Deze twee patiënten blijven in deze analyse buiten beschouwing (zie voor een typering van de gebruikte patiënten, schema 1).
- De meetinstrumenten discrimineren betrouwbaar en valide tussen huisartsen die in mindere en huisartsen die in meerdere mate een kans op onnodige schade induceren (Kuyvenhoven et al., 1984b).

Schema 1 Overzicht van de drie patiënten

Patiënte 1:	vrouw 28 jaar, gehuwd, één kind, recidiverende buikpijnklachten sinds een dag of tien
Patiënte 2:	vrouw 36 jaar, gehuwd, drie kinderen, rugklachten sinds twee weken met uitstraling naar rechterbeen sinds twee dagen
Patiënte 3:	vrouw 27 jaar, ongehuwd, geen kinderen, sinds een maand malaise-achtige klachten, waarvan ze in het verleden vaker last heeft gehad. Op zevenjarige leeftijd nefrectomie links.

3 Resultaten: Verschillen in diagnostiek en beleid

Bij elk van de patiënten verschillen de negentien huisartsen in hun diagnostiek en beleid. Soms wordt een uitgebreide anamnese afgenomen, soms een beperkte. Soms wordt veel aandacht gegeven aan de wijze waarop de patiënt de klacht beleeft en soms weinig. Daarnaast zijn er verschillen in medicatie, verwijzen en terugbestellen.

3.1 De aandacht voor lichamelijke aspecten en oorzaken van de klacht

De mate waarin aandacht wordt gegeven aan lichamelijke aspecten en oorzaken van de klacht loopt uiteen. Een inhoudelijke analyse per patiënt van het gedrag van de huisartsen met de hoogste (n = 5) respectievelijk laagste (n = 5) scores laat zien dat de verschillen vooral naar voren komen in het zogenaamde 'uitvragen' of 'exploreren' van de klacht. Sommige huisartsen vragen naar de duur, het begin, het verloop, de localisatie en de condities waaronder de klacht vermindert of verergert. Andere hebben weinig of geen aandacht voor deze aspecten van de klacht en richten zich meteen op mogelijke afwijkingen in orgaansystemen en het lichamelijk onderzoek. Dit komt bij elk van drie patiënten naar voren. De experts waarderen dit laatste gedrag lager (onvoldoende). Tabel 1 geeft een illustratie hiervan bij patiënt 1. Dergelijke verschillen doen zich ook voor wat betreft de systematiek en volledigheid van het lichamelijk onderzoek.

Tabel 1 Overzicht van de aandacht voor lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht van de vijf huisartsen met de hoogste respectievelijk laagste scores bij de eerste patiënte.

huis-arts	aard/in-tensiteit	locali-satie	duur/begin verloop	samenh. verergering	historie	tr.diges-tivus	tr.uropoe-ticus	tr.geni-talis	aandacht voor klachtbe-leving
hoge score									
3	X	X	X	X	X	X	X	X	weinig
4	X	X	X	X	X	X	X	X	veel
9*	X	X	X	X	X	X	X	X	matig
10	X	X	X	X	X	X		X	matig
18	X	X	X	X		X	X	X	veel
lage score									
6	X	X	X	X		X	X	X	weinig
8*		X				X		X	geen
12	X				X	X			weinig
19	X		X			X	X		weinig
17	X	X		X	X	X			matig

* verwezen naar de medisch specialist.

We hebben ons vanzelfsprekend afgevraagd of deze resultaten zijn geïnduceerd door de methode. Dit lijkt echter weinig aannemelijk. Uit de nagesprekken komt naar voren, dat beide groepen huisartsen hun werkwijze in de simulatie herkennen.

Het geven van aandacht aan relevante lichamelijke aspecten en oorzaken van een klacht is een vrij stabiel kenmerk van huisartsen. De intra-individuele variabiliteit bij de drie patiënten is kleiner dan de inter-individuele variabiliteit (tabel 2); als een huisarts bij één patiënt voldoende (respectievelijk onvoldoende) aandacht aan lichamelijke aspecten besteedt, dan is de kans groot dat hij dit ook voldoende (respectievelijk onvoldoende) doet bij een andere patiënt.

3.2 De kans op onnodige schade

De huisartsen verschillen eveneens wat betreft de kans op onnodige schade van de beleidskeuzes (zoals beoordeeld door de experts). Ook hier hebben we gekeken naar de verschillen in beleid tussen de huisartsen met de laagste (n = 5) respectievelijk hoogste (n = 5) scores. Het geven van uitleg, de wijze waarop de klacht wordt gedefinieerd en de interventies spelen een belangrijke rol. Bij dit laatste gaat het vooral om het voorschrijven van geneesmiddelen en het verwijzen naar medisch specialisten. Zo schrijven de vijf huisartsen die weinig kans op onnodige schade induceren bij de eerste patiënte papaverine, duspatal of librax voor. Slechts één van hen verwijst de patiënte naar een medisch specialist (tabel 3). De vijf huisartsen die veel kans op onnodige schade induceren schrjven meer irrelevante of riskante geneesmiddelen voor: orap, meprobamaat en baralgin. Drie van hen verwijzen de patiënte naar een medisch specialist. Bij de tweede en de derde patiënte komen overeenkomstige verschillen in beleid naar voren.

Er is een zekere stabiliteit in het induceren van een kans op onnodige schade in het beleid, al is deze duidelijk geringer dan die bij het geven van aandacht aan relevante lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht; de intra-individuele variabiliteit heeft een ongeveer gelijke waarde als de inter-individuele variabiliteit, zoals tabel 2 laat zien.

In het kader van de validering van de meetinstrumenten is tevens gekeken naar voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisartsen in de werkelijkheid. Daarbij is gekozen voor het voorschrijven van analgetica & antirheumatica, hypnotica/sedativa & tranquillizers en neuroleptica & antidepressiva en het verwijzen naar interne specialismen. Voor deze gegevens is gekozen omdat het interventies zijn, waarbij de medische noodzaak tot interventie vaak niet eenduidig is vast te stellen, terwijl er tevens een kans op bijwerkingen of risico's bestaat.

Uit de vergelijking tussen het gedrag in de werkelijkheid en in de simulatie blijkt, dat huisartsen die weinig (respectievelijk veel) voor-

Tabel 2 De geschatte proportie verklaarde variantie in het diagnostisch en therapeutisch handelen van de 19 huisartsen wat betreft aandacht voor lichamelijke aspecten en oorzaken van de klacht en de kans op onnodige schade van het beleid.

	aandacht voor lich. asp. en oorzaken	kans op onnodige schade
casus gebonden variantie	.02	.09
inter-individuele gebonden variantie	.47	.18
intra-individuele gebonden variantie	.18	.17

Tabel 3 Overzicht van de afsluitingen van het eerste consult van de vijf huisartsen met de laagste respectievelijk hoogste scores wat betreft de kans op onnodige schade bij de 1e patiënte (een vrouw met recidiverende buikklachten); de score is gebaseerd op de afsluitingen van het eerste én het hier niet gepresenteerde tweede consult.

huis-arts	lage 'schadescore' Consultafsluiting	huis-arts	hoge 'schadescore' Consultafsluiting
1	- ik kan geen ernstige afwijkingen vinden, maar zou graag de mening van een gynaecoloog horen —— gynaecoloog	8	- sudderende appendicitis —— internist
3	- ik kan niets verontrustends vinden m.b.t. uw buik; uw klachten hangen mogelijk samen met moeilijkheden in uw leven - ik zou graag een keer wat langer met u praten	9	- geen lichamelijke afwijkingen alleen wat drukpijnlijke buik - misschien speelt hier kinderwens een rol; daar zou een gynaecoloog eens naar kunnen kijken - recept: baralgin; gaarne volgende week retour
6	- niets ernstigs, geen lichamelijke afwijking - maar we zijn er nog niet - u hebt een zekere downheid, mogelijk samenhangend met problemen rond uw moeder - ik zou graag nog eens verder met u willen praten	11	- het is belangrijk te zorgen voor betere darmvulling - dieet: cellulose verrijkt - recept: ext. belladonna/papaverine HAL: haemat.: leuco's, Hb, diff. + chemie: glucose, ureum, -GT, alk. fosfatase
18	- geen lichamelijke afwijkingen; er is waarschijnlijk een samenhang tussen gespannenheid en krampen in de dikke darm - recept: duspatal - gaarne afspraak voor controle	12	- chronische prikkeling van de blinde darm - recept: papaverine - gaarne retour bij aanhouden van de klachten
15	- u hebt last van krampen in de dikke darm; dit is een onschuldige aandoening. Het hangt mogelijk samen met vermoeidheid of spanningen - recept: duspatal - dieet : cellulose verrijkt dieet	14	- het is een zogenaamde chronische blinde darm; meestal zijn chirurgen niet geneigd in te grijpen. Toch zal ik het voorstellen —— chirurg

schrijven in de drie groepen geneesmiddelen èn weinig (respectievelijk veel) verwijzen naar interne specialismen, in de simulatie weinig (respectievelijk veel) kans op onnodige schade induceren (Kuyvenhoven et al., 1984b). Deze samenhang geeft belangrijke steun aan de hierboven geconstateerde stabiliteit in het induceren van een kans op onnodige schade.

Wat de samenhang betreft vinden we bij patiënte één en twee een verband tussen beide gedragsaspecten van de arts. Huisartsen die voldoende aandacht geven aan relevante lichamelijke aspecten of oorzaken van een klacht, induceren minder kans op onnodige schade dan huisartsen die dit onvoldoende doen (Jacobs et al., 1984). Bij de derde patiënte bestaat geen samenhang.

3.3 Achtergronden van verschillen in diagnostiek en beleid

Uit de nagesprekken die we met de huisartsen hebben gehouden, komt naar voren dat huisartsen aanzienlijk verschillen in de interpretatie van bevindingen van het lichamelijk onderzoek van de voor ieder identieke patiënt.

De ene huisarts hecht weinig waarde aan een lichte drukpijn op het punt van McBurney, omdat dat het geval is bij de helft van de vrouwen. Een ander ziet daarin een belangrijke reden om de diagnose 'chronische geïrriteerde appendix' te stellen. Een zelfde interpretatieverschil doet zich bij de tweede patiënte voor. Bij deze patiënte valt een uitstralende rugpijn te constateren zonder afwijkingen in de motoriek, reflexen of sensibiliteit. De ene huisarts schrijft de uitstralende rugpijn voorlopig aan spierspanningen toe, terwijl een ander de patiënte van een Hernia Nuclei Pulposi verdenkt. Daarnaast verschillen ze in de wijze waarop ze het probleem van de patiënt formuleren. Sommige huisartsen doen dit in termen van aan- òf afwezigheid van ziekten (diagnosen) of in tegenstellingen van 'het is lichamelijk òf psychisch'. Andere huisartsen hanteren in hun hypothesen meer beschrijvende, voorlopige termen en hebben aandacht voor de mogelijke multiconditionele bepaaldheid van de klacht anderzijds.

Tenslotte valt op, dat huisartsen verschillen in het al dan niet noemen van de negatieve consequenties van hun beleid. Bovendien onderschatten ze vaak de waarde van hun eigen mogelijkheden door middel van anamnese en onderzoek en overschatten die van aanvullend en nader specialistisch onderzoek.

4 Beschouwing

De validiteit van de in Nederland ten behoeve van onderzoek ontwikkelde schriftelijke simulaties (Gerritsma en Smal 1982; Kuyvenhoven et al., 1984b) is sterk verbeterd in vergelijking met de Patient Management

Problems (PMP's), die uit de Angelsaksische literatuur bekend zijn. Dit is waarschijnlijk te danken aan de flexibiliteit in de keuzemogelijkheden van de grote aantallen vragen en rubrieken en het feit, dat de arts spontaan een beleid kan formuleren, zoals dit ook in de praktijk gebeurt.

Om verschillende redenen zijn simulaties aantrekkelijk voor onderzoek. Simulaties maken het mogelijk een proces, dat zich over langere tijd uitstrekt te comprimeren (telescopering van de tijd). Zo kan een hulpverleningsproces dat zich over meer dan één contact uitstrekt beoordeeld worden. Bij beoordelingen van gedrag in de werkelijkheid vormen revisiecontacten namelijk een struikelblok (Mokkink et al., 1982). Daarnaast worden artsen in een simulatie met identieke patiënten geconfronteerd, zodat een vergelijking tussen hen mogelijk wordt.

Uit de resultaten van het hier gepresenteerde onderzoek kan worden geconcludeerd dat huisartsen relatief stabiel zijn in de aandacht voor lichamelijke aspecten of oorzaken van klachten bij de drie patiënten. Het belangrijkste verschil ligt in de wijze waarop de klacht wordt uitgevraagd (al of niet aandacht voor de localisatie, de duur en het verloop en de condities waaronder deze vermindert of verergert) en in de systematiek van het lichamelijk onderzoek. Dit kan consequenties hebben voor de selectie van beginhypothesen en de wijze waarop deze worden getoetst. Verschillende onderzoekers hebben gewezen op het feit dat eenmaal opgestelde hypothesen niet gemakkelijk worden verworpen, ook al zijn gegevens voorhanden, die hiermee in tegenspraak zijn (Elstein et al., 1978; Barrows et al., 1978; Kern & Doherty 1982). Onvoldoende uitvragen van de klacht is als het ware een vorm van riskant hulpverleningsgedrag. Elders is uitgebreid beschreven welke mechanismen bij deze verschillen een rol spelen en wat de consequenties hiervan zijn (Kuyvenhoven en Spreeuwenberg 1984).

Verder is er bij huisartsen een lichte tendens tot onnodig verwijzen of voorschrijven van irrelevante of riskante geneesmiddelen. Sommige huisartsen doen dit, ongeacht de gepresenteerde klacht, meer dan andere. De geconstateerde verschillen tussen het voorschrijf- en verwijsgedrag in de werkelijkheid en in de simulatie geven steun aan deze bevinding. Kortom er bestaan kwaliteitsverschillen in diagnostiek en beleid tussen huisartsen met de nodige consequenties voor patiënt en samenleving.

De verschillen in diagnostiek en beleid lijken op grond van deze voorlopige gegevens samen te hangen met de volgende factoren:

- de zienswijze op de klacht; het al dan niet juist interpreteren van de lichamelijke aspecten èn het al dan niet aandacht hebben voor de multiconditionaliteit van klachten;
- kennis van en inzicht in negatieve consequenties van beleidskeuzes èn kennis en inzicht in de eigen mogelijkheden door middel van anamnese en onderzoek en aanvullend onderzoek enerzijds en die van de medisch specialist anderzijds.

In het hoofdonderzoek zal worden nagegaan welke rol deze factoren spelen bij verschillen in kwaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen; te meer daar deze factoren in de basisopleiding en de opleiding tot huisarts aan de orde komen.

LITERATUUR

BARROWS, H.S., J.W. FEIGHTNER, V.R. NEUFELD & G.R. GORAN (1978), An analysis of the clinical methods of medical students and physicians. A report submitted to the province of Ontario department of health and Physician's Service Inc. Foundation.

DONABEDIAN, A. (1980), The definition of quality and approach to its assessment. Michigan Health Administration Press: Ann Harbor.

ELSTEIN, A.S., L.S. SHULMAN, S.A. SPRAFKA et al., (1978), Medical problem solving. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.

GERRITSMA, J.G.M. en J.M. SMAL (1982), De werkwijze van huisarts en internist. Utrecht: Bunge.

GORAN, M.J., J.W. WILLIAMSON & J.S. GONELLA (1973), The validity of patient management problems. Journal of Medical Education 48, pp.171-177.

HUYGEN, F.J.A. (1980), Functionele klachten: heeft psychotherapie de voorkeur? In: A. Querido en J. Roos eds., Controversen in de geneeskunde. Utrecht: Bunge, pp. 142-152.

JACOBS, H.M., M.M. KUYVENHOVEN, F.W.M.M. TOUW-OTTEN en J.C. VAN ES (1984), Written simulation of Patient-Doctor Encounters 2. Assessment of the performance of general practitioners. Family Practice 1, pp. 20-24.

KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN en J.C. VAN ES (1984[a]). Written simulation of Patient-Doctor Encounters 1. Research Instrument for Registration of the performance of General Practitioners. Family Practice 1, pp. 14-19.

KUYVENHOVEN M.M., H.M. JACOBS, F.W.M.M. TOUW-OTTEN en J.C. VAN ES (1984[b]), Comparison of the Performance in the simulation with prescription and referral data in reality. Family Practice 1 pp. 25-29.

KUYVENHOVEN, M.M. en C. SPREEUWENBERG (1984), Huisarts en diagnostisch proces. Metamedica 63, pp. 18-34.

KERN, L. & M.E. DOHERTY (1982), Pseudodiagnosticity in an idealized medical problemsolving environment. Journal of Medical Education 57, pp. 100-104.

McCARTHY, W.A. (1966), An assessment of the influence of cueing items in objective examinations. Journal of Medical Education 41, pp. 463-466.

MOKKINK, H., A. SMITS en R. GROL (1982), Prevara: Een observatie-instrument voor het handelen van de huisarts in het kader van processen van

somatische fixatie. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie 37, pp. 35-50.
PIETERS, H.M. en H.M. Jacobs (1983), Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. Medisch Contact 38, pp. 1539-1542.
PIETERS, H.M. en W.M. JACOBS (1984), Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. Medisch Contact 39, pp. 410-412.
SLUYS, E. (1983), Is methodisch werken meetbaar? Huisarts en Wetenschap 26, pp. 290-296.

4

EEN BEROERTE: BEROERDE ZORG?

C.S.M. Wachters-Kaufmann, K.H. Soesbeek en C.J. Pleiter

1 Inleiding

De verschijnselen die optreden ten gevolge van het Cerebrovasculaire Accident (CVA) zijn zo ernstig dat een snelle beslissing met betrekking tot behandeling op zijn plaats lijkt. Zorgverlening van huisartsen aan patiënten met een CVA zou dan beperkt zijn tot het functioneren als 'doorgeefluik': na het stellen van de diagnose staat de huisarts niets anders te doen dan patiënt op te laten nemen (Lubbock 1983). Overigens blijkt uit verschillende onderzoeken dat huisartsen zich bij die beslissing ook door andere dan klinische factoren laten leiden (Brocklehurst et al., 1978; Wade & Hewer 1983; Schure et al., 1983).

Aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen wordt sinds het begin van 1984 onderzoek verricht naar het handelen van huisartsen bij patiënten met een CVA (in het vervolg: patiënten). Doel daarvan is te komen tot het formuleren van een gedragslijn voor huisartsen bij deze patiënten.

De gedragslijn die wij voorstellen heeft niet alléén betrekking op het diagnostisch en therapeutisch handelen van huisartsen; wij hebben ook gepoogd het sociale aspect van de arts-patiëntcontacten te structureren en te voorzien van 'richtlijnen' (Philipsen 1979). Voor het verkrijgen van inzicht in de sociale en psychische aspecten werd gebruik gemaakt van 'bekentenissen' van (ex)patiënten en/of naasten en van voorlichtingsliteratuur voor patiënten en familie.

In dit artikel gaan we nu eerst in op het spanningsveld thuisverzorging-ziekenhuisopname. De derde paragraaf heeft betrekking op de verkregen informatie uit de diverse 'bekentenissen' en uit de voorlichtingsliteratuur.

2 Huisarts en specialist

Uitgaande van een praktijk van 2.500 zielen zal een huisarts per jaar gemiddeld 3,6 tot 4,5 nieuwe patiënten met een CVA zien. Daarnaast zal een huisarts waarschijnlijk nog zo'n 4,5 patiënten met een Transient Ischemic Attack (TIA) zien. De overgrote meerderheid van deze patiënten is 65 jaar en ouder (Lamberts 1984; Herman et al., 1981).

Een huisarts is niet in staat met zekerheid de diagnose CVA te stellen. Hij zal genoegen moeten nemen met een 'waarschijnlijkheidsdiagnose'. Om zekerheid te verkrijgen ontbreken hem de technische faciliteiten. Neurologen zijn in staat meer zekerheid te bieden ten aanzien van een differentiële diagnose CVA. Tussen neurologen bestaat echter onduidelijkheid, onzekerheid en onenigheid over adequate therapeutische interventies (o.a. Brocklehurst et al., 1978; Wade & Hewer 1983).

2.1 De paneldiscussie

Om te komen tot het omschrijven van 'goede zorg' van huisartsen aan patienten met CVA is een schriftelijke discussie gevoerd met 12 deskundigen (7 huisartsen, 1 geriater, 1 neurochirurg en 3 neurologen) gemodelleerd naar de basisprincipes van de Delphi-methode (Linstone & Turoff 1975). Ter voorkoming van eenzijdigheid is het discussiepanel zo gevarieerd mogelijk samengesteld. Die huisartsen en specialisten werden als deskundig beschouwd, waarvan uit publicaties en/of ervaring bekend was dat zij goed op de hoogte waren met de problematiek. Wij vatten in deze paragraaf eerst de hoofdlijnen uit de discussie samen. Voor een volledig verslag verwijzen wij naar de interne publicatie van Soesbeek en Pleiter (1984).

Alle leden waren van mening dat huisartsen niet in staat zijn het CVA met zekerheid te differentiëren naar trombose, embolie, dan wel bloeding. Wel bleken alle panelleden in staat aanwijzingen te geven die wijzen in die richting. Blijft de vraag of differentiatie van de diagnose CVA noodzakelijk is. Huisartsen en specialisten in het panel verschilden hierover van mening. Een differentiatie van de diagnose CVA werd door alle huisartsen bij oudere patiënten (± ouder dan 65 jaar) niet noodzakelijk geacht. Opname is volgens deze huisartsen alleen dàn zinvol als er thuis niet voldoende verpleging beschikbaar is òf als er in het ziekenhuis zinvolle therapie geboden kan worden. Het merendeel van de huisartsen wees op de mogelijke iatrogene schade ten gevolge van een opname.

Diverse bekentenissen van patiënten en familieleden lijken deze stellingname niet alleen te ondersteunen, maar ook aan te vullen. In het algemeen wordt daarin benadrukt dat specialisten te veel nadruk leggen op somatisch meetbare resultaten. Tevens wordt aangegeven dat instellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, geen geschikte plaatsen zijn voor succesvolle revalidatie (Law & Paterson 1980; Afasie z.j.; Kiers 1982). De specialisten uit het panel waren een tegenovergestelde mening toegedaan. Zij zijn van mening dat elke patiënt bij wie het vermoeden van een CVA bestaat, moet worden opgenomen in een ziekenhuis. In het algemeen is de visie van de specialisten uit het panel als volgt samen te vatten: een huisarts moet kiezen òf voor een actief beleid, waarin op zo'n kort mogelijke termijn gepoogd wordt tot een diagnose te komen en te bezien of

therapie mogelijk is, òf voor een afwachtend beleid met verzorging thuis. Opname in tweede instantie is volgens deze specialisten alleen zinnig als de omgeving ontlast moet worden van de verpleging. Het moment van therapeutische mogelijkheden is dan voorbij. Geen van de specialisten wees op de mogelijke iatrogene schade ten gevolge van een opname.

2.2 De enquête onder de waarnemingsgroepen

In het verlengde van de paneldiscussie is een enquête gehouden onder alle waarnemingsgroepen in de provincie Groningen. Uit elke waarnemingsgroep werd de eerst genoemde huisarts benaderd (vijftig in totaal). Het enquêteformulier werd uiteindelijk door 32 huisartsen ingevuld (64%). Aan de huisartsen werd een 'papieren patiënt' voorgelegd, bij wie sprake was van een halfzijdige verlamming. De huisarts werd gebeld door de echtgenote, waarop de meesten van hen zeiden direct te komen en uitgebreid onderzoek verichtten. Afhankelijk van de leeftijd en vitaliteit van de patiënt (en diens echtgenote) besloten negentien huisartsen tot thuisverzorging, elf huisartsen tot opname (twee huisartsen doen geen uitspraak over het te voeren beleid).

Van de elf huisartsen die besloten deze patiënt te laten opnemen, waren er zeven van mening dat het stellen van een differentiële diagnose bij oudere patiënten niet nodig was. In de voorlichtingsliteratuur wordt beklemtoond dat nadere diagnostiek noodzakelijk is, terwijl tegelijkertijd wordt gemeld dat onduidelijkheid bestaat over de effecten van therapeutisch ingrijpen (Rose et al., 1982; Gelmers 1981).

Behalve een 'papieren patiënt' werd deze huisartsen de vraag voorgelegd welke verschijnselen bij oudere patiënten aanleiding geven een opname in een ziekenhuis te overwegen. Uit de beantwoording kan men de conclusie trekken dat patiënten met ernstige verschijnselen (bewustzijnsverlies, slikstoornissen, ernstige hypertensie en een ernstig hemibeeld) de grootste kans lopen te worden opgenomen. Dit zijn ook de patiënten die prognostisch gezien de slechtste groep vormen. Zou dit betekenen dat patiënten die prognostisch betere vooruitzichten hebben een geringere kans hebben te worden opgenomen?

Vergelijkt men deze bevindingen met de praktijkvoering van de huisartsen, dan ziet men dat vooral huisartsen met praktijken groter dan 3.000 zielen meer patiënten laten opnemen dan collegae met kleinere praktijken. Daarnaast lijken ook huisartsen op het verstedelijkt platteland alsmede solisten meer patiënten in te sturen. De ervaring van huisartsen, geoperationaliseerd als duur van de vestiging in jaren, lijkt niet van invloed te zijn op de richting van het besluit.

3 Huisarts en patiënt

Een huisarts wordt vaak gezien als 'gezinsarts'. Hij is beter dan specialisten in de gelegenheid de mens en zijn ziekte in verhouding tot elkaar en in relatie tot diens omgeving te beschouwen (Van Es 1980). Bij een huisarts kan twijfel bestaan ten aanzien van de zinnigheid van een opname. Verwachtingen van een opname kunnen bij de betrokkenen hooggespannen zijn. Bij een CVA is de omgeving van een patiënt verontrust en zal soms druk uitoefenen om een opname te realiseren. Ook de omgekeerde situatie kan zich voordoen: patiënt en omgeving wensen bepaalde medische ingrepen niet (meer), terwijl de huisarts overtuigd is van het nut van een opname.

Ons zijn geen Nederlandse onderzoeken bekend die inzicht geven in de sociale en psychische effecten van het CVA op het functioneren van de patiënt en diens omgeving. Uit Angelsaksisch onderzoek (Brocklehurst et al., 1978, 1981) blijkt onder meer dat partners van patiënten met name moeilijkheden ervaren met betrekking tot het gedrag van de patiënten. In dit verband is het interessant literatuur te bestuderen geschreven door hulpverleners (artsen, fysiotherapeuten en logopedisten) bestemd voor patiënt en familieleden èn van (ex)patiënten en/of hun directe omgeving (zogenaamde 'bekentenissen'). Deze 'bekentenissen' zijn meestal van Angelsaksische origine en ook in Nederlandse vertalingen verkrijgbaar. Deze literatuur is vaak specifiek op afasie gericht. De getroffenen waren meestal rond de 45 jaar en hebben (daarom?) een optimistische visie op het verloop van de aandoening. Om ordening aan te brengen in de voorlichtingsliteratuur en de 'bekentenissen' is gekozen voor een indeling in medische, sociale en psychische aspecten.

3.1 Medische aspecten

Zowel in de voorlichtingsliteratuur als in de 'bekentenissen' krijgen de belemmeringen ten gevolge van het CVA sterk de nadruk: stoornissen betreffende motoriek, sensibiliteit, taal, gezichtsvermogen, gehoor en decubitus. Tevens wordt het CVA beschreven als een aandoening waarbij een vermindering van vitaliteit optreedt en waarbij het chronisch invalide-rende karakter en het trage (vaak) gedeeltelijk herstel in het oog springt. Ook worden er factoren genoemd die medebepalend zijn voor herstel: leeftijd; algemene gezondheidstoestand en bijkomende medische problemen; de plaats en de mate van aantasting van de hersenen; tijdstip en intensiteit van inschakeling van fysiotherapie en logopedie; mate van herstel in de beginfase. Het is onjuist het 'weer kunnen lopen' als enig criterium voor herstel te hanteren.

3.2 Sociale aspecten

Opvallend is dat alle betrokkenen sterke gevoelens uiten van eenzaamheid en ontreddering. Letten we op die sociale aspecten, waarbij vooral de patiënt zelf centraal staat, dan komt naar voren: het niet meer beheersen van sommige vaardigheden (zoals klok kijken en met geld omgaan); communicatieproblemen (zoals omslachtig praten, wartaal spreken); stigmatisering (wartaal spreken wordt geïnterpreteerd als 'gek zijn').

Letten we op de veranderingen tussen patiënt en partner ten gevolge van het CVA dan komen de volgende aspecten aan bod: verandering in communicatie tussen beide partners; rolwisseling tussen beiden; claim in aandacht en tijd van patiënt op partner en de veranderde sexuele relatie. In relatie tussen de patiënt en de verdere omgeving (familie, buren, vrienden, kennissen) worden de volgende aspecten genoemd: verlies van sociaal bewustzijn; persoonlijkheidsverandering (in de betekenis dat de patiënt 'ontremd' is en vervreemd van zijn eigen lichaam); een moeilijke levenssituatie, enerzijds ontstaan door rol- en functieverlies, anderzijds door de intensieve zorg die lichamelijk en geestelijk belastend en uitputtend is. Tevens wordt gewezen op de wisselende conditie van de patiënt wat een juiste steun en stimulering van de omgeving bemoeilijkt.

Factoren die medebepalend zijn voor terugkeer naar de 'oude situatie': de levensstijl van de patiënt (dat wil zeggen: wat heb ik van het leven gemaakt en wat wil en kan ik van het leven maken), steun en stimulering van de omgeving en niet alleenwonend zijn.

Tot slot worden factoren aangegeven als financiële zorgen, moeilijke woonsituatie (niet aangepaste woning), het gebrek aan voorlichting aan patiënt en betrokkenen en het gebrek aan ondersteuning en stimulering door hulpverleners aan betrokkenen.

3.3 Psychische aspecten

De psychische aspecten die optreden ten gevolge van het CVA kunnen als volgt worden samengevat:

- angst voor de toekomst en/of dood, machteloosheid, hulpeloosheid, verlies van zelfvertrouwen, verandering van zelfbeeld (zich minderwaardig voelen);
- frustratie, opstandigheid;
- emotionele onevenwichtigheid, verlies van interesse en initiatief (lusteloos en depressief), wisselende motivatie ten opzichte van therapie;
- zich beschaamd en schuldig voelen;
- inprenting/geheugen- en concentratie-stoornissen en het verstoord verstandelijk functioneren;

- teleurstelling over het uitblijven van positieve resultaten van opname, over traag en (vaak) gedeeltelijk herstel, over geen parallel lopend herstel van lichaam en geest.

Tenslotte worden ook hier herstel-bevorderende factoren genoemd: persoonlijkheid van de patiënt (in de vorm van moed, doorzettingsvermogen, motivatie en optimisme), levensperspectief, religieus bewustzijn, intellectueel vermogen en probleemoplossend vermogen.

4 Slotopmerkingen

De paneldiscussie en de enquête onder huisartsen maken onder meer duidelijk dat het ziektebeeld CVA onzekerheid bij huisartsen teweeg lijkt te brengen. Ook voor de directe omgeving geeft het CVA aanleiding tot allerlei problemen.

In het begin van deze bijdrage is reeds aangegeven dat de diverse deelonderzoeken tot doel hadden een gedragslijn voor huisartsen te formuleren. Deze gedragslijn is inmiddels tot stand gekomen (Soesbeek en Pleiter 1984). Uitgangspunt is het medisch 'kunnen' van huisartsen geweest. Thuisverzorging is dan ook niet gezien als een teken van 'fatalisme' of 'gebrek aan kennis van het medisch-technisch kunnen', maar als een mogelijkheid die als goede zorg overwogen kan worden. Een gedragslijn voor huisartsen lijkt een geschikt hulpmiddel te zijn, het complexe proces van zoeken, kiezen, beslissen uiteen te rafelen en de diverse beslismomenten te expliciteren. Het is namelijk van belang dat huisartsen ook bij deze patiënten weloverwogen beslissingen nemen.

Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze gedragslijn bijsturing behoeft. Ook kan een dergelijk onderzoek inzicht verschaffen in de mate waarin de medische, sociale en psychische aspecten ten aanzien van het CVA, zoals genoemd in de voorlichtingsliteratuur en 'bekentenissen', voorkomen.

LITERATUUR

AFASIE, EEN WEGWIJZER (z.j.), Uitgave Stichting Afasie Nederland.*

BROCKLEHURST, J.C. et al. (1978), Why Admit Stroke Patients to Hospital? Age and Ageing 7, pp. 100-108.

BROCKLEHURST, J.C. et al. (1981), Social Effects of Stroke. Social Science & Medicine 15A, pp. 35-39.

DRIESSEN, H. en T. WESSELING (1983), Beroerte, waarom doen zij zo? Den Haag: Nederlandse Hartstichting*

ES, J.C. VAN (1980), Patiënt en huisarts, een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.

GELMERS, H.J. (1981), Leven na een beroerte. Assen: Van Gorcum.*
GRIFFITH, V.E. (1978), Een beroerte in de familie (onder auspiciën van de Stichting Afasie Nederland). Lochem: De Tijdstroom.*
HERMAN, B. et al., (1981), Tilburg Epidemiological Study of Stroke (TESS). Dutch Heart Foundation, Final Report.
JOHNSTONE, M. (1980), Herstel van motorische functies na een cerebrovasculair accident, een fysiotherapeutische benadering. Lochem/Poperinge: De Tijdstroom.*
KIERS, J. (1982), 'Mijn Man is Afasiepatiënt, maar verder is hij net als U'. Maatschappelijke Gezondheidszorg 10, pp. 23-25.*
LAMBERTS, H. (1984), Morbidity in General Practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht: Huisartsenpers BV.
LAW, D. & Paterson B. (1980), Living after a stroke. London: Souvenir Press ltd.*
LINSTONE, H. & M. TUROFF (eds.) (1975), The Delphi Method. Techniques and Applications. Massachusetts: Addison-Wesly Publishing Company.
LUBBOCK, G., (ed.), (1983), Stroke Care; An Interdisciplinary Approach. London: Faber.
PHILIPSEN, H. (1979), Het Medisch Oordeel: Besliskunde en Speltheorie. Tijdschrift Sociale Geneekunde 57, pp. 838-842.
RITCHIE, D. (1980), Een beroerte, een dagboek van een herstellende zieke. (Onder auspiciën van de Stichting Afasie Nederland). Lochem/Poperinge: De Tijdstroom.*
ROSE, F.C. en R. CAPILDEO (1982), De feiten over een beroerte. Amsterdam: Meulenhof Informatief.*
SCHURE, L.M. et al., (1983), Insturen of thuishouden? Huisarts en Wetenschap 26, pp. 338-340.
SOESBEEK, K.H. en C. PLEITER (1984), CVA, thuisverzorging? Een gedragslijn voor huisartsen bij patiënten met een CVA. Groningen: Rijksuniversiteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde (Interne Publicatie).
VRIES, L. DE (1982), Afasie problematiek door weinigen nog maar goed begrepen. Maatschappelijke Gezondheidszorg 10, pp. 20-23.*
VRIES, L.A. DE en A. JENNEKENS-SCHINKEL (1981), Afasie Informatieboek. Stichting Afasie Nederland.*
WADE, D.T. & R.C. HEWER (1983), Why Admit Stroke Patients to Hospital? The Lancet, pp. 807-809.

* dit betreft 'bekentenissen' van (ex)patiënten en/of naasten, alsmede voorlichtingsliteratuur.

5
EEN EMPIRISCH ONDERZOEK NAAR DE TAKEN VAN DE HUISARTS.

W.M. van Zutphen

1 Inleiding

Hoewel inzicht in de aard en omvang van de taken van de huisarts en verschillen in functioneren van groot belang zijn voor het treffen van (beleids)maatregelen ten aanzien van de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is er aan het verrichten van empirisch, taak-analytisch onderzoek nog weinig aandacht besteed (Lamberts 1982). Genoemd kunnen worden Jansen-Emmer (1958), Buma (1959), Van der Wielen (1960), Raupp (1971) en Boots (1983). Een aantal andere onderzoeken is niet goed vergelijkbaar omdat deze zich beperken tot eenmanspraktijken of omdat de vraagstellingen tezeer uiteenlopen. Vanwege de behoefte aan nadere empirische gegevens over de taakuitoefening van huisartsen is dit onderzoek verricht.

2 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van maart tot en met juni 1979 in 91 huisartspraktijken in een achttal regio's. De praktijken zijn zodanig geselecteerd, dat de praktijkgrootte, de verhouding ziekenfonds- en particulier verzekerden, de praktijkvorm en urbanisatiegraad van de plaats van vestiging overeenkomen met de betreffende verhouding binnen de gehele populatie van Nederlandse huisartsen. In de geselecteerde praktijken hebben getrainde huisarts-observatoren per praktijk gedurende ongeveer twintig uur in een werkweek observaties verricht. Om alle activiteiten van de huisartsen te registreren gebruikten ze een systeem van observatie-categorieën (Van Zutphen 1984) dat schematisch was ingedeeld naar acht taakrubrieken, voornamelijk ontleend aan het LHV-rapport: De taken van de huisarts (LHV 1977). De observatoren beschikten voor dat doel over een speciaal ontwikkelde gedragsobservatieregistrator (Boots 1980), waarmee om de tien seconden hun waarnemingen werden vastgelegd. In overleg werden per huisarts vier à vijf halve dagen in een werkweek geobserveerd. De observaties vonden plaats tussen 08.00 en 18.00 uur en dienden zoveel mogelijk het gebruikelijke werkpatroon van de betreffende huisarts te bevatten voor wat betreft het spreekuur houden, visite rijden en de niet-patiënt gebonden werkzaamheden. Bij de geobserveerde huisartsen is

tevens met behulp van een vragenlijst een taakperceptiemeting verricht betreffende de gewenste taakbreedte, het niveau van diagnostiek en therapie, het gebruik van taakondersteunende gezondheidszorgvoorzieningen, en de ervaren tijdsdruk. Deze schriftelijke enquête is ook toegestuurd aan een representatieve steekproef van 900 in Nederland praktizerende huisartsen. De respons op deze vragenlijst bedroeg 68% (Boots en Van Zupthen 1981).

In totaal zijn ongeveer 8500 arts-patiëntcontacten geobserveerd, die gemiddeld 7,4 minuten duurden. De totale tijd aan patiëntgebonden activiteiten bedroeg ongeveer 1000 uur, aan niet-patiënt gebonden werkzaamheden ongeveer 500 uur. De gemiddelde praktijkomvang bedroeg ongeveer 3000 zielen met een spreiding van 1200 tot 5200.

3 De tijdbesteding van de huisartsen

De waargenomen absolute tijdbestedingen aan elk van de 41 observatiecategorieën zijn per huisarts omgezet in relatieve tijdscores, namelijk in een percentage van de per huisarts totaal geobserveerde tijd. Daarmee worden de observatieresultaten onderling vergelijkbaar. De gemiddelde relatieve tijdscores per taakrubriek staan vermeld in tabel 1. (Welke observatiecategorieën deel uitmaken van de taakrubrieken is te zien in tabel 2).

Tabel 1 De gemiddelde tijdscores per taakrubriek in procenten in 91 huisartspraktijken.

taakrubriek	%
diagnostiek	22,2
therapie	14,8
verwijzen (binnen)	2,4
verwijzen (buiten)	0,8
begeleiding	6,0
preventie	5,2
condities	45,2
overige aspecten	3,4
totaal	100,0

De rubriek 'condities' vraagt de meeste tijd: ruim 45%. Belangrijke categorieën daarin zijn reistijd (11,4%), privé (10,7%), telefoon (5,8%) en organisatie (5,4%). Op enige afstand volgt de rubriek 'diagnostiek' die

ruim 22% van de tijd beslaat; hier gaat het voornamelijk om lichamelijk onderzoek (10,9%) en anamnese (9,0%). Bij 'therapie' (14,8%) gaat de meeste tijd naar medicatie (6,8%). De 'begeleiding' blijkt in hoofdzaak curatief ten behoeve van chronici (4,7%). In de rubriek 'preventie' (5,2%) gaat ruim de helft van de tijd naar geboortegeling (2,7%).

4 De taakstructuur

Om na te gaan op welke taken de werkzaamheden van de huisarts feitelijk zijn gericht, is op het totaal van de tijdbestedingsvariabelen van de 91 huisartsen een factoranalyse uitgevoerd. Met deze methode kan men de relatieve tijdbestedingsvariabelen ordenen in factoren, die een nauwkeuriger afspiegeling vormen van de feitelijke taakstructuur dan de schematische indeling zoals gehanteerd ten behoeve van de observatiecategorieën [1]. Door deze procedure werden zes goed benoembare factoren in het materiaal gevonden. De uitkomst is weergegeven in tabel 2.

Het blijkt, dat de zes factoren samen 37,2% van de totale variantie verklaren. Dat is hoog, in aanmerking nemend, dat het om observatie-onderzoek gaat. Voorts kunnen deze zes factoren 33 van de 41 variabelen vervangen; dat is 80%. De tijdbestedingsvariabelen met unieke variantie zijn:

- verwijzen met overwegend diagnostische vraagstelling;
- gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- inlichtingen geven en vragen aan andere hulpverleners;
- consultatie geven;
- sociaal contact;
- medisch adviseurschap;
- apotheekwerkzaamheden;
- keuringen;
- bestuursactiviteiten.

Deze activiteiten behoren dus tot een rest, die geen aan de zes factoren gerelateerde betekenis heeft. Waarschijnlijk komt dit door het feit dat de huisarts aan deze activiteiten weinig tijd besteedt, zoals aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, consultatie geven en inlichtingen vragen aan andere hulpverleners (Bergsma 1984), of ze gewoonlijk aan de assistent(e) overlaat, zoals apotheekwerkzaamheden (Raupp 1971). Bovendien is slechts een minderheid apotheekhoudend. Bestuursactiviteiten en medisch adviseurschap blijken overdag in de werktijd vrijwel niet voor te komen. Het gemaakte onderscheid in verwijzen met overwegend diagnostische en met therapeutische vraagstelling blijkt van geen betekenis.

Factor 1 blijkt voornamelijk te worden bepaald door de variabelen gerangschikt onder de rubrieken 'diagnostiek', 'therapie' en 'verwijzen

Tabel 2 Factorladingen en verklaarde variantie per factor van de 41 tijdbestedingsvariabelen op de zes getrokken factoren.

taak-rubriek	tijdbested. variabelen	F1	F2	F3	F4	F5	F6
diagn.	anamnese	.72	.21	-.14	.14	-.05	.00
	lich. onderz.	.71	-.00	-.18	.03	-.17	-.05
	eigen lab.	-.03	.08	-.02	-.03	.00	-.30
	niet-eigen lab.	.53	.15	.13	.24	.09	-.05
	aangevr. diagn.	.41	-.11	-.05	-.09	-.07	.04
ther.	medicatie	.62	-.17	.17	-.08	.27	.06
	advies	.36	-.13	-.34	.45	.22	.00
	ther. handeling	.31	-.03	-.21	.07	-.07	-.04
	ther. gesprek	.05	.15	-.05	-.07	-.20	.34
verw. (binnen)	diagn. verwijz.	.00	-.03	.18	-.01	.00	.06
	ther. verwijz.	.38	.12	.01	-.47	.15	-.13
	consultatie vragen	-.12	.08	.55	.14	-.02	.06
	consultatie geven	.08	.03	-.05	.27	-.01	.14
verw. (buiten)	verw. buiten gez.zorg	-.04	.37	.06	-.07	.08	-.01
	inlichtingen geven	-.20	.24	-.13	-.03	-.11	.12
	inlichtingen vragen	-.08	.20	.02	-.04	.19	.25
begel.	chron.cur.begeleid.	-.09	-.26	.15	.27	-.41	-.16
	follow-up	.13	-.13	-.12	-.40	-.16	.02
	informatie geven	-.00	-.20	-.10	-.05	-.48	.14
prev.	geboorteregeling	.09	.04	-.30	.24	.40	-.13
	perinatale zorg	-.27	.05	-.37	.20	-.00	.25
	vaccineren	-.13	-.43	-.13	.09	.36	.18
	period.geneesk.ond.	.05	-.42	-.05	-.12	-.05	.10
	surveillance	.01	-.13	.05	.37	.18	-.08
	gezondh.voorl. en opv.	.01	.03	-.08	.26	-.14	-.05
cond.	praktijkorganisatie	-.25	-.18	-.33	-.09	-.01	.20
	adm/registratie	-.09	.33	-.03	-.48	.00	-.26
	telefoon	.07	.36	-.06	-.15	-.06	.24
	apotheek	-.09	.09	-.02	-.14	-.14	-.06
	samenwerking	-.04	.33	.00	.07	-.28	.15
	reistijd	-.12	-.56	.23	.01	-.14	.08
	sociaal contact	-.14	-.21	.29	.05	-.15	-.11
	nascholing	-.08	.06	.44	-.07	.29	.05
	onderwijs geven	-.38	-.38	.25	.00	.03	.17
overige	keuringen	.09	.01	.28	-.09	.08	-.22
	categor. begel.	-.38	-.13	-.10	.10	.33	.29
	privé	-.56	.11	-.05	.02	-.01	-.52
	med. indicatie	-.07	-.08	.38	.28	-.11	.02
	med. adviseur	-.13	.01	-.03	-.02	-.28	-.06
	and. artsactiv.	-.24	.12	.00	-.02	.04	.28
	bestuursactiv.	-.08	-.01	.06	.10	.10	.21
% verkl.	per factor	9,6	6,8	6,0	5,5	4,7	4,5
var. cumulatief		9,6	16,5	22,4	27,9	32,6	37,2

binnen de gezondheidszorg'. Daarmee verwijst deze factor onmiskenbaar naar de bijkomende somatisch-curatieve zorg.

Op **factor 2** laden relatief hoog positief: 'verwijzen buiten de gezondheidszorg', 'samenwerken met andere disciplines', 'administratie en registratie', 'telefoon' en 'het geven van onderwijs'. Deze factor verwijst dus naar samenwerken en het geven van onderwijs. Het verband tussen samenwerken en het geven van onderwijs is niet direct voor de hand liggend. Samenwerken kan voortkomen uit het methodisch werken (Holten-Vriesema et al., 1978). Methodisch werken en verslaglegging zijn belangrijke uitgangspunten voor het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk en de beroepsopleiding (Rijntjes et al., 1983; Bouhuys 1983; Van Aalderen et al., 1980). Het is daarom denkbaar dat door het doelgericht samenwerken met anderen men zich aangesproken voelt om als huisartsopleider te fungeren. Ook is het mogelijk dat men door de training tot huisartsopleider het samenwerken juist ontwikkelt.

Op **factor 3** laden relatief hoog positief: 'nascholing', 'consult vragen' en 'medische indicatiestelling' en negatief: 'praktijkorganisatie', 'geboorteregeling', 'perinatale zorg' en 'advies'. Deze factor verwijst daarmee naar het vergaren van gegevens en inlichtingen ten behoeve van de patiëntenzorg en het op peil houden of vergroten van de deskundigheid als huisarts. 'Sociaal contact' (onder andere bezoek aan patiënten in het ziekenhuis) haalt de limiet net niet, maar laadt toch redelijk hoog (.29), hetgeen erop duidt dat nascholing en ziekenhuisbezoek samen gaan. Dat lijkt aannemelijk: klinische bijeenkomsten en patiëntendemonstraties zijn een gangbare vorm van nascholing voor huisartsen.

Factor 4 wordt voornamelijk bepaald door de negatief ladende categorieën 'verwijzen', 'follow-up' (nazorg) en 'administratie/registratie'. In positieve zin wordt deze factor bepaald door 'advies' en 'surveillance'. Dat wijst in de richting van preventieve begeleiding van risicopatiënten. Deze interpretatie wordt gesteund door de tamelijk hoge samenhang met de variabele 'curatieve begeleiding' (.27).

Op **factor 5** laden de categorieën 'chronisch curatieve begeleiding' en 'informatie geven' sterk negatief. Positief laden: 'geboorteregeling', 'vaccinaties' en 'categoriale of groepsbegeleiding'. Dit laatste betreft voornamelijk zuigelingen- en kleutercontroles op consultatiebureau's. Deze factor is te omschrijven als preventie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd en bij jonge kinderen.

Factor 6 wordt in de eerste plaats gekenmerkt door een hoge negatieve lading van de categorie 'privé' en in de tweede plaats door de hoge positieve lading van 'gesprek'. Deze factor verwijst naar de therapeutische gespreksvoering. Een relatief sterke positieve lading van 'perinatale zorg' en 'inlichtingen vragen aan andere hulpverleners' lijken deze interpretatie te steunen. De perinatale zorg omvat ook de opvang van de vrouw na de bevalling. Gezien de frequentie van voorkomen van post-parta-

le depressies (Sanders 1984) zal er zeker behoefte bestaan aan gespreksmatige begeleiding.

5 Discussie en conclusie

Op grond van interne criteria zoals het percentage verklaarde variantie per factor en het door de factoren verklaarde percentage van de totale variantie, is het resultaat van de factoranalyse aanvaardbaar en bevredigend te noemen. Met externe criteria kan men zoeken naar een theoretische of praktische rechtvaardiging. Er zijn echter geen gegevens van soortgelijk, in ons land uitgevoerd, onderzoek. Uit de eerder genoemde praktijkanalytische onderzoeken komt wel een zekere aanduiding van een taakstructuur naar voren, maar die aanduiding berust niet op een aangetoonde samenhang. Dat maakt het trekken van vergelijkingen met de resultaten van dit onderzoek niet zinvol. Voor de externe criteria zijn we daarom afhankelijk van face-validiteit, dat wil zeggen, lijken de resultaten plausibel en realistisch op basis van ervaring uit de praktijk. Wat de validiteit van factor 1 betreft zijn er geen moeilijkheden. Op grond van de hoge gemiddelde tijdbestedingen is het evident, dat de curatieve zorg in de vorm van diagnostiek, therapie en verwijzen de belangrijkste pijler is in het werk van de huisarts. De secundaire preventie van risico-patiënten (factor 4) geeft al evenmin problemen, omdat bekend is, dat bijvoorbeeld diabetici, hypertensie- en cara-patiënten van de huisarts speciale zorg krijgen (Seelen et al., 1980; Van Weel 1981; Van den Dool 1970; Boot 1979; Van Ree 1981). De primaire preventie van zuigelingen en kleuters (factor 5) is een erkende taak, en ook de pilcontrole is een integraal deel van het werk van de huisarts (Bremer 1978; Huygen 1981). De gespreksvoering (factor 6) vormt geen sterke factor hoewel het beschouwd wordt als een aparte taak van de huisarts (Oosterhuis 1972; Elting 1972; Bremer 1978). Tenslotte nog factor 2 en 3. Sinds het begin van de jaren zeventig is er een duidelijke trend ontstaan naar samenwerken (Ten Cate 1977). Het is gebruikelijk, dat huisartsen al of niet geformaliseerd samenwerken met het maatschappelijk werk, wijkverpleging en dergelijke. Samenwerken is een formeel doel geworden voor de huisarts. Hetzelfde geldt voor de nascholing. Kooy (1982) toont aan dat nascholing een activiteit is waar de huisarts structureel een plaats in zijn werk voor heeft ingeruimd. Uit onze resultaten is te berekenen, dat de huisarts per week in werktijd ruim een uur aan nascholing besteedt.

Het dagelijks werk van de geobserveerde huisartsen lijkt met deze zes intern en extern getoetste factoren redelijk weer te geven. Gezien de representativiteit van de steekproef kan men aannemen dat deze factoren inzicht geven in de taakstructuur van de Nederlandse huisarts.

NOOT

1 Er is gebruik gemaakt van varimax-rotatie. Om een variabele een bijdrage te laten leveren aan een factor is een factorlading van $\geqslant$ + .30 en $\leqslant$ -.30 als grens aangehouden.

LITERATUUR

AALDEREN, H.J. VAN, M. DE HAAN en G. VAN STAVEREN (1980), Richtlijnen voor de opleiding tot huisarts. Amsterdam: Huisartsen Instituut V.U.

BERGSMA, J.J. (1984), Het bezoek aan de huisarts. I. Naar de dokter en terug. Medisch contact 23, pp. 721-724.

BOOT, C.P.M. (1979), Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Screening en interventie in een huisartspraktijk. Leiden.

BOOTS, J.M.J. (1980), Gedragsobservatie-registrator. Gezondheid en Samenleving 1, pp. 302-303.

BOOTS, J.M.J. en W.M. VAN ZUTPHEN (1981), De taakopvattingen van de huisarts. Medisch Contact 36, pp. 65-68.

BOOTS, J.M.J. (1983), Het werk van de huisarts. Maastricht.

BOUHUYS, P.A.J. (1983), De ontwikkeling van het praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Maastricht.

BREMER, G.J. (1978), Dokters in hun dagelijks doen. Huisarts en Wetenschap 21, pp. 477-483.

BUMA, J.T. (1959), Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: NIPG.

CATE, R.S. TEN (1977), Samen werken, samen bouwen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.

DOOL, C.W.A. VAN DEN (1970), Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts en Wetenschap 13, pp. 59-62.

ELTING, W. (1972), De analyse van één dag praktijkvoering: een explorerend onderzoek van de spreekuurgesprekken. Huisarts en Wetenschap 15, pp. 259-269.

HOLTEN-VRIESEMA, J. et al., (1978), Methodisch werken. Een algemene methode van hulpverlening voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap 21, pp. 322-335.

HUYGEN, F.J.A. (1981), De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en Wetenschap 24, pp. 130-134.

JANSEN-EMMER, E.M. (1958), Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Zeist.

KOOY, L.R. (1982), De inhoud van de nascholing. Huisarts en Wetenschap 25, pp. 62-67.

LAMBERTS, H. (1982), Een toekomstvisie uit 1964. De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. Huisarts en Wetenschap 25, pp. 199-202.

LHV (1977), De taken van de huisarts. Rapport van de Commissie Takenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Medisch Contact 32, pp. 765-789.

OOSTERHUIS, W.W. (1972), 30 juni, een dag uit een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 15, pp. 241-269.

RAUPP, J.L.M. (1971), Over werkwijzen van huisartsen. Nijmegen.

REE, J.W. VAN (1981), Het Nijmeegs Interventieproject. Nijmegen.

RIJNTJES, A.G., P.A.J. BOUHUYS en A. MOL, et al., (1983), Praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk. Medisch Contact 38, pp. 365-368.

SANDERS, J.A.H. (1984), Psychische problemen post partum. Medisch Contact 18, pp. 569-571.

SEELEN, A., J.P.M. DIEDERIKS en W.M. VAN ZUTPHEN et al., (1980), Identification of cardiovascular risk factors in general practice. Huisarts en Wetenschap 23, pp. 325-331.

WEEL, C. VAN (1981), Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Rotterdam.

WIELEN, Y. VAN DER (1960), De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum.

ZUTPHEN, W.M. VAN (1984), De taken van de huisarts. Resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Maastricht.

6

PRAKTIJKVOERING EN VOORSCHRIJFGEDRAG.

F.M. Haaijer-Ruskamp, G. Sterenberg, R. Stewart en H. Wesseling

1 Inleiding

In de praktijkvoering van de huisarts speelt indirecte consultatie - dit wil zeggen telefonische consultatie of consultatie van de praktijkassistente - heden ten dage een belangrijke rol. Beide vormen van indirecte consultatie vormen een hulpmiddel voor de huisarts om de werklast de baas te kunnen blijven.

Uit verschillende onderzoekingen komt naar voren, dat het gebruik van telefoon of inschakelen van de assistente gevolgen heeft voor het voorschrijfpatroon, met name voor het voorschrijfvolume. Zo zijn er aanwijzingen dat veelvuldige telefonische consultatie gepaard gaat met een grotere hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen (Haaijer-Ruskamp 1984). De variantie in de hoeveelheid voorgeschreven psychofarmaca lijkt in de eerste plaats bepaald te worden door de variantie in 'indirect' (via de telefoon of assistente) voorgeschreven herhalingsreceptuur (Post 1982; Fleming & Cross 1984).

In Nederland is tot nu toe weinig aandacht besteed aan de rol van de telefoon en van de praktijkassistente in de huisartspraktijk, zeker niet in relatie tot het voorschrijfpatroon (Starreveld 1983). De resultaten van bovengenoemde onderzoekingen wijzen echter op het belang van deze indirecte consultatie voor het voorschrijfpatroon.

In dit artikel worden de eerste, voorlopige bevindingen beschreven van een studie[1], waarin is nagegaan of huisartsen in hun praktijkvoering verschillende patronen laten zien en in hoeverre daar consequenties aan verbonden zijn voor het voorschrijfvolume. De praktijkvoering is daarbij gekarakteriseerd naar de mate waarin directe versus indirecte consultatie een rol speelt, namelijk face-to-face contacten (spreekuurconsulten en visites), telefonische contacten en contacten met de assistente.

De volgende **hypothesen** zijn getoetst:

- Huisartsen verschillen in hun wijze van praktijkvoering met betrekking tot directe en indirecte consultatie.
- De praktijkdrukte beïnvloedt de bestaande patronen. Dat wil zeggen een grotere praktijkdrukte leidt er toe, dat de huisarts om tijd te sparen, minder problemen zelf zal behandelen in een face-to-face

situatie en meer zal behandelen in telefonische consulten of meer zal overlaten aan zijn praktijkassistente.

- Face-to-face contacten resulteren minder vaak in medicatie dan telefonische contacten of contacten met de assistente. Aangenomen wordt, dat tijdens face-to-face contacten niet-medicamenteuze therapeutische mogelijkheden of stoppen met medicatie sneller aan de orde zullen komen. Telefonische consultatie en het inschakelen van de assistente, vergemakkelijken daarentegen 'automatische' herhaling van receptuur (Post 1982). Bovendien zijn er aanwijzingen dat zij die in de visie van de arts 'probleem-patiënten' zijn, vooral tijdens telefonische consulten of door tussenkomst van de assistente behandeld worden; veelal met psychofarma (Melville 1980; Freeman 1980).
- Huisartsen met een face-to-face praktijkvoering schrijven in totaal minder voor dan huisartsen met een assistente of telefonische praktijkvoering.

2 Materiaal en methode

De hier gerapporteerde studie maakt deel uit van een groter onderzoek in Twente, waarbij het voorschrijfpatroon van huisartsen wordt bestudeerd in relatie tot de aard van het arts-patiënt contact, de aard van het probleem en de therapievorm.

De onderzoeksgegevens zijn verkregen door middel van registratie van contacten gedurende één week in februari 1984 door 52 niet-apotheekhoudende huisartsen en hun praktijkassistentes. Alle contacten met eigen patiënten gedurende de dag zijn geregistreerd. Een contact is gedefinieerd als: elke professionele interactie tussen patiënt en arts of assistente, waarbij een probleem van de patiënt wordt behandeld, inclusief herhalingsreceptuur (International Glossary for Primary Care 1981).

Per contact zijn de volgende gegevens geregisteerd:

- contactgegevens: door wie wordt het contact gedaan? Hoe heeft het contact plaats (spreekuur, visite, telefoon, balie, etc.);
- patiëntgegevens: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm;
- probleemgegevens: nieuwe of herhalingsproblemen. Onder een **nieuw probleem (Np)** is verstaan elk probleem dat voor het eerst aan de huisarts wordt aangeboden en elke nieuwe episode van een chronische ziekte, waarvan de vorige episode langer dan een jaar geleden is voorgekomen. **Herhalingsproblemen** zijn onderscheiden naar: op initiatief van de huisarts of van de patiënt. Herhalingsproblemen op **initiatief van de huisarts (Ha)** zijn reeds bekende problemen die door de huisarts, of praktijkassistente aan de orde worden gesteld of problemen waarvoor de patiënt is terugbesteld. Herhalingsproble-

men op **initiatief van de patiënt (Hp)** zijn reeds bekende problemen die door de patiënt aan de orde worden gesteld of reeds bekende problemen waarvoor de patiënt op eigen initiatief terug komt. Bij twijfel wat betreft de indeling van een probleem in één van deze categorieën heeft het oordeel van de registreerder de doorslag gegeven;

- aard van het probleem: omschrijving van de aard van het probleem. Deze is achteraf geclassificeerd volgens de ICHPPC-2 (WHO 1984);
- therapiegegevens: de bijbehorende therapie per probleem, de verschillende categorieën non-medicamenteuze-therapie en de receptuur (waarbij onderscheid tussen nieuwe en herhalingsreceptuur en een doordruk van het recept).

Op grond van deze registratie zijn de gegevens berekend, die noodzakelijk zijn voor de beantwoording van de vraagstelling, namelijk de praktijkdrukte, de praktijkvoering en het voorschrijfvolume.[2]

De praktijkdrukte is gemeten aan de hand van het aantal problemen, dat huisarts en praktijkassistente in één week behandelen. Hierbij is een onderscheid gemaakt in het aantal nieuwe problemen, het aantal herhalingsproblemen op initiatief van de arts en het aantal herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt.

De wijze van praktijkvoering is berekend aan de hand van de volgende gegevens:

- het aantal **face-to-face** problemen (FF): dit is het aantal problemen dat tijdens de spreekuurconsulten, visites en 'aan de balie' door de huisarts (of arts-assistent) is behandeld.
- het aantal **telefonische** problemen (Tel): dit is het aantal problemen, dat tijdens telefonische consulten met de huisarts (of arts-assistent) is behandeld en het aantal problemen, dat door huisarts of arts-assistent is behandeld via 'derden'.[3]
- het aantal **'assistente** problemen' (Ass): dit is het totaal aantal problemen, dat door de praktijkassistente is behandeld. In drie van de 51 praktijken was geen praktijkassistente werkzaam, waardoor vanzelfsprekend geen assistente-problemen voorkomen. Bij de interpretatie van de gegevens dient hiermee rekening gehouden te worden.

Deze drie categorieën zijn vervolgens onderscheiden naar: nieuwe problemen, herhalingsproblemen op initiatief van de arts en herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt.

Als maat van de wijze van praktijkvoering is genomen de mate van directe consultatie, dat wil zeggen de ratio van het aantal face-to-face problemen ten opzichte van het aantal door assistente plus telefonisch afgehandelde contacten = $\frac{FF}{Ass+Tel}$.

Als maat van het voorschrijfvolume is genomen de ratio van het aantal problemen met medicatie ten opzichte van het aantal problemen zonder me-

dicatie; dit is enerzijds onderscheiden naar de verschillende soorten problemen (Np, Ha, Hp) en anderzijds naar de verschilllende soorten consultsituaties (FF, Ass, Tel).

3 Resultaten

In totaal zijn in één week gegevens geregistreerd voor 12.461 contacten. Tabel 1 geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten.

Tabel 1 Het absoluut aantal contacten, problemen en voorschriften in 52 huisartspraktijken in één week.

Contacten	12.461
Problemen	14.657
Voorschriften	10.774
Problemen met medicatie (45%)	6.596
Aantal verschillende voorgeschreven preparaten	676

3.1 Verschillen tussen huisartsen in wijze van praktijkvoering

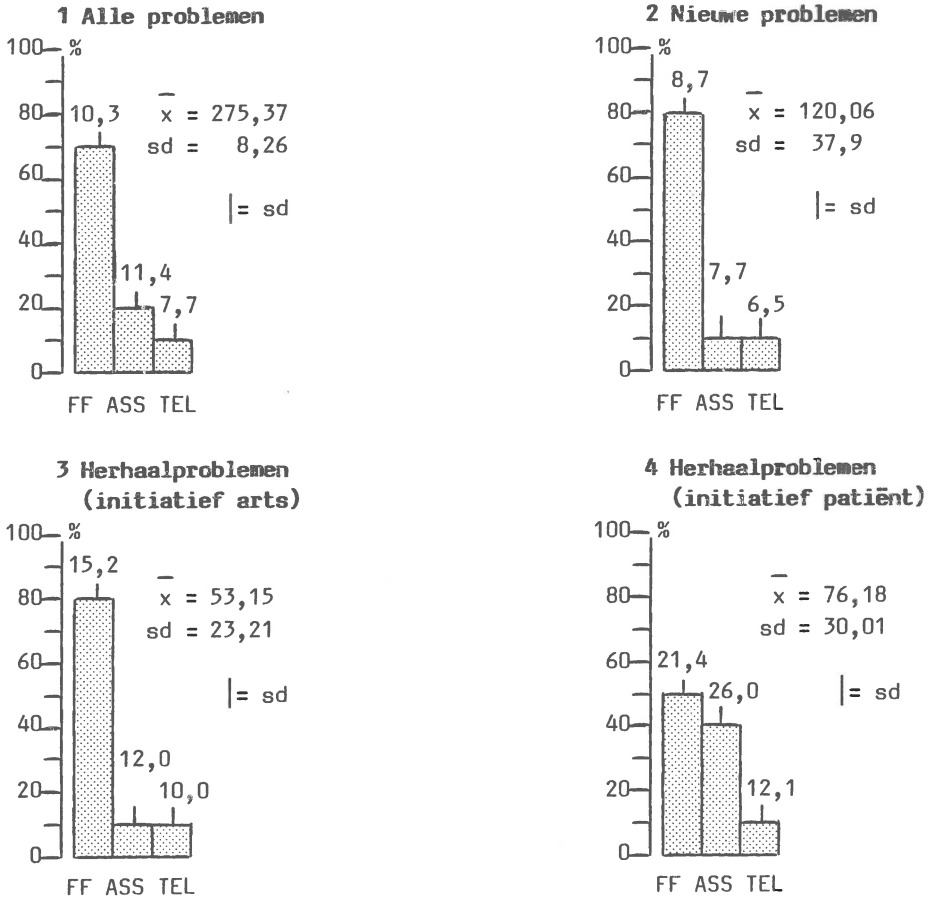
In drie praktijken was geen assistente aanwezig; bij analyse bleek dit de resultaten niet te beïnvloeden.

Het eerste diagram van figuur 1 laat zien dat bij de deelnemende huisartsen het aantal face-to-face problemen de overhand had (gemiddeld 70,0%, range 47-90%), ten opzichte van het aantal assistente-problemen (gemiddeld 19,7%, range 0-40%) en het aantal telefonische problemen (gemiddeld 10,3%, range 0-36%); $p<0.05$, gepaarde t-toets (t = respectievelijk 18,7 en 34,2); de beide laatste categorieën verschillen eveneens significant van elkaar (t = 3,94). Gezien de range zijn de verschillen tussen de huisartsen groot.

Het is goed denkbaar, dat de huisarts een verschillend beleid voert ten aanzien van nieuwe problemen, herhalingsproblemen op initiatief van de arts en herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt.

Ten aanzien van of nieuwe- of herhalingsproblemen op initiatief van de arts, blijkt er wat betreft wijze van praktijkvoering (FF, Ass, Tel) geen verschil in proportionaliteit te bestaan; gepaarde t-toets, $p>0.1$ (figuur 1, diagram 2 t/m 4). Dit is echter wèl het geval als het consult op initiatief van de patiënt plaats heeft: herhalingsproblemen worden dan significant vaker door de assistente afgewikkeld dan nieuwe problemen of herhalingsproblemen op initiatief van de arts ($p<0.05$) en significant minder vaak als face-to-face contact. Herhalingsproblemen op initiatief

Figuur 1 Praktijkvoering: het percentage behandelde problemen verdeeld naar het soort contact (n = 51).



van de patiënt worden vaker telefonisch afgedaan, vergeleken met nieuwe problemen, maar niet indien vergeleken wordt met herhalingsproblemen op initiatief van de arts.

Omdat face-to-face contacten over het algeheel het meest frequent zijn, en herhalingsproblemen relatief veel door de assistente of telefonisch worden afgedaan is het niet verwonderlijk, dat bij juist de afwikkeling van deze laatste categorie problemen, grote verschillen tussen huisartsen worden gevonden.

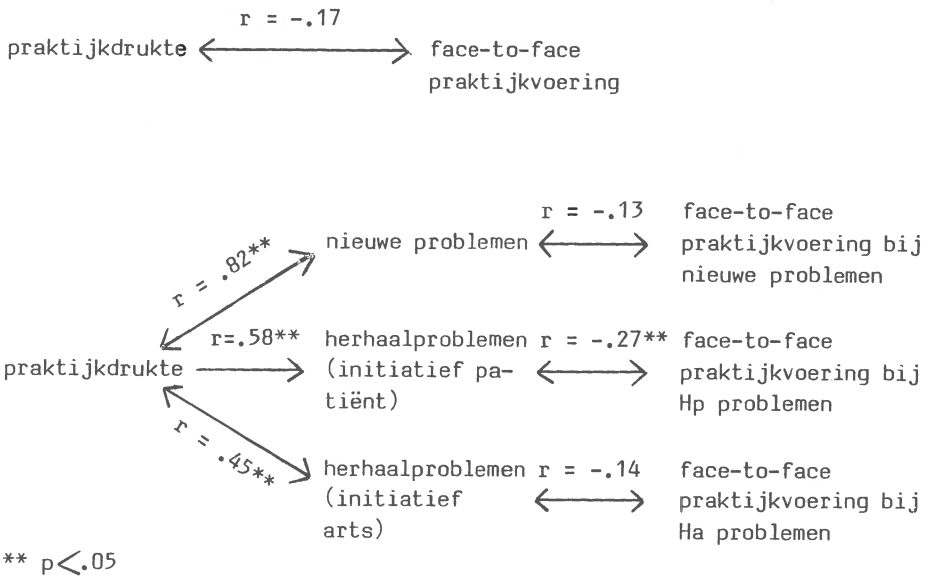
3.2 De invloed van de praktijkdrukte op de wijze van praktijkvoering

Over het algemeen overheerst een face-to-face praktijkvoering (gemiddelde

waarde van $\frac{FF}{Ass+Tel}$: 2,69 ± 1,4 sd).

In figuur 2 zien we, dat in het algemeen een tendens waarneembaar is, dat grotere praktijkdrukte, gemeten aan het aantal problemen gedurende de onderzoeksweek, de face-to-face praktijkvoering doet afnemen. Wanneer deze grotere praktijkdrukte zich echter uit in meer herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt, dan is er een heel duidelijke verschuiving naar afhandeling via assistente of telefoon; in dat geval worden de nieuwe problemen het 'slachtoffer'; ook deze worden dan minder face-to-face behandeld (r = -.36, zie appendix).

Figuur 2 De relatie tussen praktijkdrukte en face-to-face praktijkvoering bij verschillende soorten problemen*.



* partiële correlaties zijn gegeven, waarbij gecontroleerd is voor ontbrekende gegevens.

3.3 De wijze van praktijkvoering en de mate van voorschrijven

Tabel 2 illustreert, dat in het totaalbeeld (ongeacht de aard van het probleem) in de face-to-face situatie minder wordt voorgeschreven dan in beide andere situaties (Ass en Tel). Wat betreft de nieuwe problemen wordt het algemene beeld bevestigd; in geval van de herhalingsproblemen op initiatief van de huisarts (Ha) is het vooral in de assistente-consultatie dat veel meer wordt voorgeschreven. Zeer sterk is dit het geval bij

de herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt; de assistente handelt - in tegenstelling tot de face-to-face of telefonische consultaties - hier vermoedelijk merendeels iteraties af; gemiddeld elf patiënten die haar consulteren krijgen medicatie tegen slechts gemiddeld één niet.

Tabel 2 Voorschrijfvolume bij verschillende soorten contacten en problemen (N = 51).

	Alle problemen		Nieuwe problemen		Herhaalprobleem (initiatief arts)		Herhaalproblemen (initiatief pat.)	
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
FF	1,35	0,61	1,52	0,94	1,05	0,57	1,60	0,85
Ass	10,97	14,05	6,15	8,90	2,51	4,61	11,28	13,80
Tel	4,70	8,30	4,40	4,50	1,26	2,65	2,37	4,43
FF-Ass		-4,86*		-3,70*		-2,23*		-4,97*
Tel-FF		-2,90*		-4,94*		-0,56		1,19
Tel-Ass		3,08*		1,16		1,70		-4,21*

* gepaarde T-waarde, waarbij $p \leqslant 0.5$

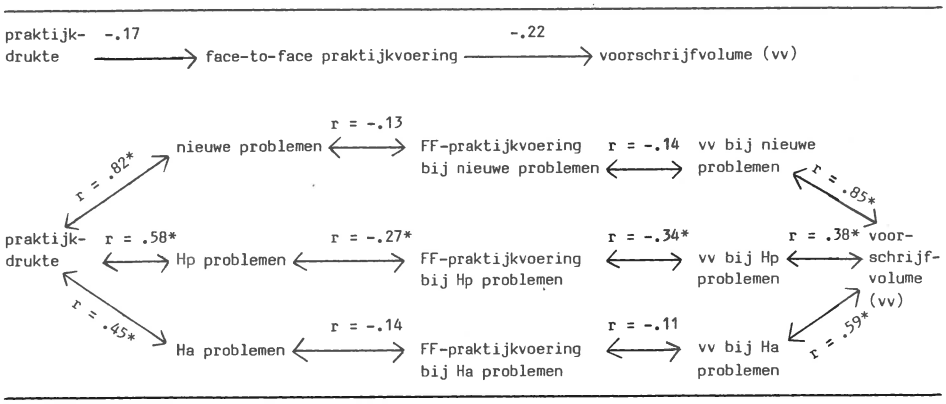
3.4 De relatie tussen mate van face-to-face praktijkvoering en voorschrijfvolume

Zoals figuur 3 laat zien, schrijven dokters met overwegend face-to-face praktijkvoering minder voor dan hun collega's die meer een assistente of telefonische praktijkvoering hebben. Op grond van de bevindingen van subparagraaf 3.3 was dit te verwachten; het verband is evenwel alleen significant bij herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt en juist daar is de verklaarde variantie betrekkelijk gering.

4 Conclusie

Huisartsen verschillen sterk in hun wijze van praktijkvoering, met name wat betreft het inschakelen van de praktijkassistente. De wijze van praktijkvoering is ook afhankelijk van het soort problemen dat behandeld wordt. Vooral nieuwe problemen en herhalingsproblemen op initiatief van de arts worden tijdens face-to-face contacten behandeld, in tegenstelling tot herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt, die veel meer door de assistente worden afgehandeld. Praktijkdrukte beïnvloedt de wijze van

Figuur 3 Relaties* tussen praktijkdrukte, praktijkvoering en voorschrijfvolume (N=51).



* partiële correlaties zijn gegeven, waarbij gecontroleerd is voor ontbrekende gegevens.

$p < .05$

praktijkvoeren slechts in geringe mate; echter artsen die veel herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt hebben, schuiven deze en nieuwe problemen progressief door naar de assistente. De wijze van praktijkvoeren beïnvloedt het voorschrijfvolume slechts gering, ook al wordt tijdens face-to-face contacten beduidend minder voorgeschreven. Het sterkst komt dit nog tot uiting bij herhalingsproblemen op initiatief van de patiënt.

De arts beïnvloedt uiteraard zijn praktijkvoering en middels deze het voorschrijfvolume. In een eerdere studie (Haaijer-Ruskamp 1984) is reeds een aantal kenmerken van de arts genoemd die voor het voorschrijfvolume van belang zijn, zoals leeftijd, voorschrijfgeneigdheid, prijsbewustzijn en de houding ten opzichte van de medicatievraag van de patiënt.

De hier gepresenteerde gegevens demonstreren, dat ook de aard van de problemen een grote rol speelt (Np, Ha, Hp). Het feit, dat zo dikwijls het door de patiënt geïnitieerde herhalingsconsult in een assistenteconsult en vervolgens in medicatie resulteert, is wellicht een zichtbaar worden van een iteratiepatroon. Als er een eigen beleid van de assistente doorspeelt is zulks niet onbedenkelijk te achten.

NOTEN

1 Dit onderzoek was mogelijk dankzij de financiële steun van de Ziekenfondsraad.

2 Deze gegevens zijn berekend voor 51 huisartspraktijken, omdat bij nadere bestudering is gebleken dat in één praktijk alleen contacten met de arts-assistent zijn geregistreerd. Aangezien hierdoor een vertekening van de situatie is ontstaan, zijn de gegevens van deze praktijk buiten beschouwing gelaten.

3 Het betreft hier een gering aantal van de problemen (1,1%), waarbij het contact verloopt via een derde (bijvoorbeeld een familielid). Het aantal is te gering om er een aparte categorie van te maken.

APPENDIX

I. Partiële correlaties (controle voor ontbrekende gegevens) tussen verschillende soorten problemen en de praktijkvoering bij deze problemen.

	a	b	c	d	e
a) aantal nieuwe problemen					
b) aantal Ha-problemen	.11				
c) aantal Hp-problemen	.21	-.07			
d) FF praktijkvoering bij nieuwe problemen	-.13	-.10	-.36*		
e) FF praktijkvoering bij Ha-problemen	-.11	-.10	.10	-.04	
f) FF praktijkvoering bij Hp-problemen	.17	-.05	-.27*	.24*	.04

* $p < .05$

II. Partiële correlatie (controle voor ontbrekende gegevens) tussen de praktijkvoering en het voorschrijfvolume bij verschillende soorten problemen.

	a	b	c	d	e
a) FF praktijkvoering bij nieuwe problemen					
b) FF praktijkvoering bij Ha-problemen	-.04				
c) FF praktijkvoering bij Hp-problemen	.24*	.04			
d) Voorschrijfvolume bij nieuwe problemen	-.14	-.20	-.22		
e) Voorschrijfvolume bij Ha-problemen	.18	-.12	-.21	.37*	
f) Voorschrijfvolume bij Hp-problemen	.49*	-.12	-.35*	.07	.42

* $p < .05$

LITERATUUR

FLEMING, D.M. & K.W. CROSS (1984), Psychotropic drug prescribing. Journal of the Royal College of General Practitioners 34, pp. 216-220.

FREEMAN, T.R. (1980), A study of telephone-prescriptions in family practice. Journal of Family Practice 10, pp. 857-862.

HAAIJER-RUSKAMP, F.M. (1984), Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Groningen: Rijksuniversiteit.

WHO (1984), ICHPPC - 2 - DEFINED 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.

INTERNATIONAL GLOSSARY FOR PRIMARY CARE (1981), Huisarts en Wetenschap 24, pp. 341-346.

MELVILLE, A. (1980), Reducing whose anxiety? In: R. Mapes ed., Prescribing practice and drug usage. London: Croom Helm.

POST, D. (1982), Het gebruik van benzodiazepines in de huisartspraktijk I: Een onderzoek in eigen huis. Medisch Contact 37, pp. 896-899.

STARREVELD, J.G. (1983), Het telefonische spreekuur van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 26, pp. 448-451.

7

DE OPENING VAN EEN ZIEKENHUIS: GEVOLGEN VOOR DE TAAKOPVATTINGEN EN VERWIJSCIJFERS VAN HUISARTSEN.

F.P. Nijhout

1 Inleiding

Sinds 1981 is op het Nederlands Huisartsen Instituut, later het NIVEL, een onderzoek gaande naar de gevolgen van de opening van een ziekenhuis op de medische consumptie in een gemeente die voordien ver (ongeveer 40 kilometer) van tweedelijnsvoorzieningen verwijderd was. De voornaamste vooronderstelling die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, is het idee dat een plotselinge vergroting van het aanbod van specialisten de vraag naar de diensten van deze medici sterk doet toenemen. In meerdere onderzoeken is de laatste jaren een negatieve relatie tussen het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten en de afstand tot het meest nabij gelegen ziekenhuis aangetoond. Hoe kleiner die afstand, des te hoger zijn de verwijscijfers (Wijkel 1983; Dopheide 1982; Posthuma en Van der Zee 1977; Kruidenier 1977). De opening van het ziekenhuis heeft een bijna experimentele situatie geboden, waarmee het inzicht in de achtergronden van deze relatie kan worden verdiept. Daarom is in dit onderzoek niet alleen getracht zo nauwkeurig mogelijk de veranderingen in de hoeveelheid verwijzingen vast te stellen, maar is ook materiaal verzameld om de vraag te beantwoorden welke mechanismen achter een eventuele toename van de verwijscijfers schuilgaan.

In het proces dat uiteindelijk tot groei van het aantal verwijzingen kan leiden, spelen drie actoren een rol: huisartsen, specialisten en patiënten. Alle drie kunnen, ieder op zijn eigen wijze, bijdragen aan een verhoogd gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. We gaan in dit artikel alleen in op de rol van de huisartsen en dan met name op een aspect van hun werk dat wellicht fungeert als een interveniërende factor tussen een groot aanbod van specialistische hulpverleners en de daarmee samenhangende hogere verwijscijfers: de opvattingen van huisartsen over taken die op het grensgebied van specialistische- en huisartsgeneeskunde liggen.

Zo constateren Boots en Van Zutphen bijvoorbeeld een verband tussen de urbanisatiegraad van het gebied waarin een praktijk is gelegen en de opvattingen van huisartsen over het taakniveau met betrekking tot diagnostiek en therapie. Huisartsen in een sterk verstedelijkte omgeving doen minder zelf aan diagnostiek en therapie dan collega's in minder geürbaniseerde gebieden, waar de afstand tot het dichtst bijzijnde ziekenhuis in

het algemeen groter is (Boots en Van Zutphen 1981; Boots 1983). Ook Dopheide (1982) vindt een zwak verband tussen taakopvatting en afstand tot het ziekenhuis. Hoe groter de afstand tot het ziekenhuis, des te breder de taakopvatting.

Ook in dit artikel komt het vraagstuk aan de orde of de taakopvattingen van huisartsen variëren met de afstand tussen praktijk en ziekenhuis, zij het in een andere vorm. In dit geval luidt de vraag: zijn met de komst van het ziekenhuis de taakopvattingen van de huisartsen zodanig gewijzigd dat men geneigd is meer taken aan specialisten over te laten dan voordien?

Zowel Boots als Dopheide maakten bij hun analyses gebruik van gegevens over een groot aantal huisartsen op één tijdstip. De door hen op het materiaal toegepaste regressie-analyse is een manier om kunstmatig de invloed van veel verschillende variabelen constant te houden en zo de belangrijkste relaties met de afhankelijke variabele uit een groter model te lichten. De situatie waarmee we hier te maken hebben, biedt als voordeel dat de meeste variabelen vanzelf constant blijven en dat door op twee tijdstippen te meten zo goed als alleen de onafhankelijke variabele 'afstand tot het ziekenhuis' een verandering ondergaat. Nadeel van deze en de meeste experimentele situaties is daarentegen dat wij het moeten stellen met een zeer beperkt aantal 'proefpersonen'.

De tweede vraag die we aan de orde stellen, is of veranderingen in taakopvattingen van huisartsen samenhangen met veranderingen in hun verwijscijfers. Zijn de verwijscijfers van artsen, die na de opening van het ziekenhuis een beperktere taakopvatting kregen, meer gestegen dan die van collega's die dezelfde opvattingen over hun taken zijn blijven huldigen?

Boots (1983) beschrijft in zijn proefschrift dat huisartsen met een laag niveau van diagnostiek en therapie meer patiënten per 100 consulten verwijzen dan hun collega's. Dopheide (1982) vindt dat huisartsen per 1.000 patiënten minder verwijzen, naarmate ze meer medische technieken in de praktijk toepassen en naarmate ze een groter deel opeisen van het werkterrein dat huisartsen met specialisten moeten delen [1]. Bij meting op één moment zijn de analyses van Boots en Dopheide met de grote aantallen casus natuurlijk verre te prefereren boven een analyse met gegevens van slechts zestien artsen, zoals dat hier gebeurt. Het hier beschreven longitudinale onderzoek biedt evenwel de mogelijkheid het effect van verschuivingen te bekijken. Als de taakopvattingen zich door de plotselinge nabijheid van specialisten wijzigen, komt dat dan tot uiting in de veranderingen die de verwijscijfers mogelijk ondergaan?

Wanneer op deze wijze een verband tussen taakopvattingen en verwijscijfers kan worden aangetoond, heeft de gevonden relatie een meer causaal karakter dan wanneer zo'n relatie op één moment is vastgesteld.

De verwijscijfers die vermeld worden, hebben in de eerste plaats een dienende taak, namelijk om de relatie tussen taakopvattingen en verwijs-

cijfers te kunnen bepalen. De vraag of de opening van het ziekenhuis het aantal verwijzingen heeft doen toenemen, vereist een andere benadering. Desalniettemin geven de gepubliceerde cijfers een beeld dat niet ver van de werkelijkheid af ligt. Een uitgebreide analyse van de veranderingen in de verwijscijfers is te vinden in: 'Ziekenhuis op nieuw land, 3e interim-rapport' (Nijhout 1985).

2 De verzamelde gegevens

In augustus 1982 is in Lelystad, de gemeente waar ons onderzoek zich op richt, een ziekenhuis geopend. Zowel in het najaar van 1981 als in het najaar van 1983 hebben de in deze plaats gevestigde huisartsen een vragenlijst ingevuld. Op het ogenblik van verzending van de eerste vragenlijst waren er achttien huisartsen gevestigd. Omdat twee van hen zich kort na de opening van het ziekenhuis uit hun praktijk hebben terug getrokken, zijn voor de analyses die beogen veranderingen in taakopvattingen en verwijscijfers vast te stellen, nog zestien artsen beschikbaar.

Allereerst zal de vragenlijst over de taakopvattingen worden besproken. Vervolgens wordt kort beschreven op welke wijze en met welk materiaal de verwijscijfers van de verschillende artsen zijn berekend.

2.1 De taakopvattingen

De vragenlijsten waarmee we de taakopvattingen van de huisartsen gemeten hebben, zijn ontleend aan een eerder onderzoek van Dopheide. We geven hier in het kort enige informatie over de vier gemeten aspecten van taakopvatting. Voor uitgebreide weergave van de schalen en hun karakteristieken, verwijzen we naar het eerder genoemde 3e interim-rapport.

- Het diagnostisch terrein:
  Van negenendertig met name genoemde aandoeningen die zich bevinden op het grensgebied tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde, is aan de huisartsen gevraagd om op een 4-puntsschaal aan te geven of zij de diagnose van deze aandoeningen tot de taak van de huisarts dan wel van de specialist rekenden. Vier items bleken niet te spreiden, de overige vijfendertig leverden een betrouwbare schaal op. We hanteren per arts de gemiddelde score, waarbij de taakopvatting huisartsgeneeskundiger is, naarmate de arts hoger scoort.
- Het therapeutisch terrein:
  Over dezelfde 39 aandoeningen is gevraagd of de artsen de therapie een zaak van huisarts of specialist vonden. Twee items spreidden niet. Voor de overige is dezelfde procedure gevolgd als bij de diagnostische schaal.

- De taakafbakening tussen huisarts en specialist:
  In negentien items wordt een uitspraak gedaan over bevoegdheden, verantwoordelijkheden, rechten en plichten van huisartsen of specialisten met betrekking tot aspecten van hun werk, die beide disciplines raken. Bijvoorbeeld: 'contrôle van chronische patiënten hoort plaats te vinden door de huisarts'. Op een vijfpuntsschaal hebben de huisartsen aangegeven in welke mate ze het met deze uitspraken eens of oneens zijn. Alle items bleken bruikbaar. We hanteren een gemiddelde score waarbij de score hoger is naarmate de respondent een groter terrein aan de huisarts toekent.
- De toepassing van medische technieken:
  Over zeventien met name genoemde medische technieken (bijvoorbeeld nagelextractie) is de huisartsen gevraagd aan te geven of zij deze technieken in de praktijk toepassen. Van zes technieken zeggen alle artsen in zowel voor- als nameting dat ze deze toepassen. Voor de overige elf geven we het percentage technieken aan dat men zegt toe te passen. Hoe hoger dit getal, des te meer technieken past de huisarts zelf toe.

2.2 De verwijscijfers

De verwijscijfers zijn afkomstig van één ziekenfonds, waarbij ongeveer 85% van alle ziekenfondspatiënten van de bij ons onderzoek betrokken huisartsen zijn verzekerd. Ze hebben betrekking op twee identieke periodes van negen maanden, met twee jaar tussenruimte. De cijfers zijn geëxtrapoleerd tot jaarcijfers. De nameting start een klein jaar na de opening van het nieuwe ziekenhuis, zodat inhaaleffecten grotendeels weggeëbd zijn. Om dezelfde reden - het is mogelijk dat verwijzingen opgespaard werden tot de opening van het nieuwe ziekenhuis - is de voormeting ongeveer een half jaar voor de opening beëindigd.

3 Resultaten

We zullen nu de volgende resultaten bespreken:
- Verschillen in taakopvattingsscores en verwijscijfers tussen de situatie vóór en ná de opening van het ziekenhuis.
- De samenhang tussen taakopvattingsscores en verwijscijfers, zowel voor als na de opening.

In tabel 1 zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties van de taakopvattingsschalen weergegeven.

Tabel 1 Taakopvattingen van de huisartsen voor en na opening ziekenhuis.

	voor opening		na opening	
	gemidd. score	s.d.	gemidd. score	s.d.
taakopvatting diagnostiek (4-punts-schaal)	2,99	0,55	3,02	0,42
taakopvatting therapie (5-punts-schaal)	1,95	0,26	2,03	0,33
taakafbakening huisart specialist (5-puntsschaal)	2,30**	0,42	2,52**	0,32
toepassing technieken	0,60	0,23	0,65	0,15

** significantieniveau $p \leqslant .05$

Een eerste beschouwing van deze cijfers leert dat geen van de gemiddelde scores veranderd is in de richting die wijst op een versmalling van taakopvatting. Drie van de vier taakopvattingen zijn niet significant veranderd. Meest opvallend is de significante toename van de huisartsgeneeskundige opvattingen waar het de taakafbakening tussen huisarts en specialist betreft. Kortom, de komst van een ziekenhuis heeft niet tot gevolg dat huisartsen meer de mening zijn toegedaan dat ze allerlei zaken in het vervolg maar beter aan de specialist kunnen overlaten.

Het totaal-verwijscijfer, berekend bij zestien artsen, is niet gewijzigd. Nadere uitsplitsing van dit cijfer in enige belangrijke specialismen laat zien dat er wel een stijging is opgetreden, namelijk bij de verwijzingen naar oogheelkunde. Op zulke verwijzingen heeft de huisarts, zoals bekend, echter weinig invloed. Verwijzingen naar de gynaecoloog en psychiater/neuroloog, zijn significant minder geworden. De overige cijfers die we hier tonen zijn gemiddeld hoegenaamd niet veranderd.

Onder zestien artsen waarvan de verwijscijfers vergeleken worden, zijn er drie die ten tijde van de voormeting pas gevestigd waren. Deze hadden tijdens de voormeting een erg hoog verwijscijfer, wat de resultaten van de gehele groep wellicht beïnvloed heeft. Daarom staan in tabel 2 tussen haakjes iedere keer de verwijscijfers van de dertien andere artsen vermeld. Na verwijdering van de gegevens van deze drie artsen blijkt er sprake te zijn van een significante toename van het totaal-verwijscijfer. Bij uitsplitsing zien we vrijwel hetzelfde beeld als we bij alle artsen tezamen zagen: oogheelkunde en in mindere mate chirurgie nemen de stijging voor hun rekening, gynaecologie en psychiatrie/neurologie zijn afgenomen.

Tabel 2 Verwijscijfers van zestien huisartsen voor en na opening ziekenhuis.

Verwijzing per 1.000 ziekenfondspatiënten	voor opening				na opening			
	$\bar{x}$		s.d.		$\bar{x}$		s.d.	
totaal aantal	435	(398)*	102	(58)	450	(434)*	63	(56)
naar oogarts	89**	(85)**	14	(11)	119**	(117)**	15	(15)
naar gynaecoloog	44**	(38)*	18	(13)	37**	(33)*	12	(9)
naar internist	39	(34)	15	(7)	38	(36)	8	(6)
naar chirurg naar	54	(50)*	13	(9)	56	(54)*	11	(11)
naar psychiater/neurol.	35*	(30)	15	(8)	29*	(28)	8	(7)

* significant $.05 \leqslant p \leqslant .10$
** significant $p \leqslant .05$
Tussen haakjes: cijfers exclusief drie tijdens de voormeting gevestigde huisartsen.

Zoals in de inleiding reeds opgemerkt vervullen deze cijfers hier slechts een nevenfunctie; we beperken ons daarom tot deze globale presentatie en gaan niet verder op verschillen tussen artsen en andere meer gedetailleerde kwesties in.

Vooralsnog concluderen we dat het aantal verwijzingen waar de huisartsen invloed op hebben niet belangrijk is toegenomen.

De tweede vraag die we ons stelden, of de taakopvatting van huisartsen samenhangt met het verwijscijfer en of veranderingen in het ene cijfer tot veranderingen in het andere cijfer leiden, wordt beantwoord in tabel 3.

In deze tabel zijn de product-moment-correlaties weergegeven van de verwijscijfers en taakopvattingsschalen bij de zestien artsen. Dezelfde berekeningen bij dertien artsen leidt tot vrijwel identieke resultaten. We zien dat het veelvuldig toepassen van medische technieken negatief met een aantal verwijscijfers correleert: vóór de opening gold dat een arts die veel zelf deed minder verwees, zowel wanneer we dit uitdrukken in een totaalcijfer, als wanneer we dit uitsplitsen naar de specialismen gynaecologie, interne geneeskunde en chirurgie. Na de opening gaan alle verbanden nog steeds dezelfde richting uit, maar is alleen de samenhang met verwijzingen naar de gynaecoloog significant. Artsen die zeggen veel diagnostiek te verrichten, verwijzen voor en na opening ook minder naar de gynaecoloog dan artsen die weinig diagnostiek verrichten. Na de opening bezoeken patiënten van artsen die in het algemeen veel diagnostiek verrichten vaker de oogarts. Een niet interpreteerbaar resultaat, want juist op deze verwijzingen heeft de arts weinig invloed. Tenslotte ver-

Tabel 3 Correlaties tussen verwijscijfers voor en na opening en taakopvattingen voor en na opening.

	diagnostiek		therapie		taakafbakening		medische technieken	
	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na
totaal aantal verwijzing	-.23	.00	-.05	-.19	.15	.20	-.50**	-.34
oogarts	-.05	.50**	-.02	.10	.23	.27	-.18	.05
gynaecoloog	-.38*	-.35*	-.15	-.30	.04	.12	-.43**	-.68**
internist	-.11	-.23	.13	.10	.20	.27	-.47**	-.30
chirurg	-.21	-.07	-.13	-.26	.06	.12	-.55**	-.28
psych/neurol.	.16	-.01	.17	.08	.25	.66**	-.24	-.01

* significantieniveau $.05 \leqslant p \leqslant .10$
** significantieniveau $p \leqslant .05$

wijzen die artsen die in de taakafbakening huisarts-specialist veel huisartsenruimte claimen, na de opening meer naar de psychiater/neuroloog dan hun collega's met een geringere claim voor de huisarts.

Voorts zien we dat bij de taakopvatting 'toepassing van medische technieken' voor de opening van het ziekenhuis de verbanden in een aantal opzichten sterker zijn dan daarna. Gezien de geringe variantie in verschuiving van de betreffende taakopvatting is het lastig dit verschijnsel te interpreteren. Voor de medische technieken geldt dat waar de verwijzingen toenemen (totaalcijfer, chirurgie, interne), het verband tussen dit cijfer en de vrij onveranderlijke taakopvatting 'medische technieken' minder wordt, terwijl bij afname van het verwijscijfer (gynaecologie) het verband sterker wordt.

Maar nogmaals, het vergt een diepgaande analyse, waarbij meer op de eigenaardigheden per arts gelet wordt, om dit zinnig te kunnen duiden.

4 Samenvatting en conclusies

De opvattingen van de huisartsen die in dit onderzoek hebben geparticipeerd, zijn als gevolg van de vestiging van een ziekenhuis in de plaats waar zij praktijk houden niet zodanig gewijzigd dat het taakgebied op de grens van eerste en tweede lijn in de ogen van deze artsen kleiner is geworden. In één opzicht is zelfs het tegendeel gebleken. De huisartsen claimen een grotere invloed op het gemeenschappelijk werkterrein als het gaat om de afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

tussen huisarts en specialist. Op twee manieren is mogelijk aan deze verrassende ontwikkeling bijgedragen. De komst van het ziekenhuis heeft er vermoedelijk toe geleid dat de huisartsen, nu het kan, ook daadwerkelijk meer invloed willen hebben op de behandeling door specialisten van patiënten uit hun praktijk. Vroeger waren de mogelijkheden daartoe vanwege de grote afstand per definitie beperkter. Daarnaast is het denkbaar dat de huisartsen zich door de specialisten bedreigd voelen in de tot voor kort betrekkelijk autonome uitoefening van bepaalde taken. Zij voelen zich wellicht aangetast in hun beroepseer als zij zonder slag of stoot deze taken aan specialisten overlaten. De huisartsen lijken zich schrap te zetten tegen de veronderstelde of feitelijke bedoelingen van een beroepsgroep, die als concurrent wordt ervaren. Een dergelijke reactie sluit ook aan bij de steeds verder voortschrijdende professionalisering van de huisartsgeneeskunde.

Hoewel veel minder dan verwacht, is er toch een geringe toename van het aantal verwijzingen geconstateerd. Deze blijft echter voornamelijk beperkt tot verwijzingen naar oogheelkunde. Juist op de verwijzingen naar dit specialisme heeft de huisarts weinig invloed. De aanzuigende werking van het nieuwe ziekenhuis op het verwijsgedrag van de huisartsen in de directe omgeving is één tot twee jaar na de opening nihil.

Verandering van gewoonten en opvattingen, gevormd in een situatie zonder ziekenhuis, gebeurt nu eenmaal niet van de ene dag op de andere. Toch blijft het natuurlijk mogelijk dat verwijsgedrag en taakopvattingen op langere termijn wel de invloed van de nabijheid van het ziekenhuis ondergaan. De contacten tussen huisartsen en specialisten in de gemeente van onderzoek kunnen de komende jaren van karakter veranderen en afhankelijk van de bereidheid van beide groeperingen wellicht geïntensiveerd en verbeterd worden. Bovendien zullen huisartsen die zich na de opening van het ziekenhuis vestigen en zich nog geen vaste gewoonten en opvattingen hebben eigen gemaakt, gevoeliger zijn voor de directe nabijheid van de specialisten.

Een nadere beschouwing van het verband tussen taakopvattingen en verwijscijfers leert dat de toepassing van medische technieken het verwijscijfer drukt. Dopheide (1982) kwam eerder tot dezelfde conclusie. De opvattingen over de afgrenzing van het diagnostisch en het therapeutisch terrein en over de verdeling van taken tussen huisarts en specialist laten geen verband met de verwijscijfers zien.

Ondanks enkele, hierboven genoemde uitzonderingen is het algehele beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt, dat taakopvattingen en verwijsgewoonten tamelijk stabiele kenmerken zijn. Tevens leert dit onderzoek dat men uit de resultaten van transversale analyses niet rechtstreekse conclusies kan trekken over het verloop van veranderingen in de tijd. Zo blijkt dat de in transversaal onderzoek veelvuldig aangetoonde relatie tussen de verwijscijfers van huisartsen en de afstand tot het ziekenhuis

nog niet betekent dat verkleining van die afstand direct drastische gevolgen voor het verwijsgedrag van de huisartsen heeft. Het kan zijn dat achter zo'n ogenschijnlijk simpele relatie meerdere sociale processen schuil gaan, waardoor de voorspelde effecten pas na verloop van tijd optreden of zelfs helemaal achterwege blijven.

NOOT

1 Hoewel Boots en Dopheide verschillende maten voor het aantal verwijzingen hanteren, lijkt dit geen al te groot probleem. Dopheide meldt een hoge correlatie tussen het aantal verwijzingen per 1.000 patiënten en dat per 1.000 contacten en analyseert daarom alleen verder met het verwijscijfer per 1.000 patiënten. Deze maat wordt ook in dit artikel gehanteerd.

LITERATUUR

BOOTS, J.M.J. (1983), Het werk van de huisarts. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

BOOTS, J.M.J. en W. VAN ZUTPHEN (1981), Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact 3, pp. 65-68.

DOPHEIDE, J.P. (1982), Verwijzingen door de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

KRUIDENIER, H.J. (1977), Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijspercentage. Inzet 1, pp. 32-39.

NIJHOUT, F.P. (1985), Een ziekenhuis op nieuw land. 3e interim-rapport. Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL.

POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE (1977), Onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Utrecht/Groningen.

WIJKEL, D. (1983), Samenwerken en verwijzen. Deel I. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

8

HUISARTSCONSULTEN IN GEZONDHEIDSCENTRA EN SOLOPRAKTIJKEN.

F. Sanavro

1 Inleiding en vraagstelling

Met het stimuleren van multidisciplinaire samenwerking wordt een betere en zo mogelijk goedkopere gezondheidszorg beoogt. Vast staat op dit moment dat huisartsen in gezondheidscentra de laagste verwijscijfers hebben naar medische specialisten (Wijkel 1983). Waardoor dit veroorzaakt wordt is nog niet duidelijk. Zo kan het verschil niet rechtstreeks verklaard worden uit de mate van overleg die huisartsen hebben met collega's en hulpverleners van andere disciplines (Wijkel 1984). Het zoeken naar verklarende factoren in het werk van de verschillende categorieën huisartsen gaat door.

Een bruikbare methode daarbij is het observeren van de dagelijkse gang van zaken in de spreekkamer. Vanwege de snelle uitvoerbaarheid en de beschikbaarheid van secundair materiaal hebben wij video-opnamen van spreekuurconsulten geanalyseerd van huisartsen in gezondheidscentra en collega's in solopraktijken. Voordeel van deze directe waarneming is de geringe selectiviteit die doorgaans wel optreedt wanneer gewerkt wordt met zelfrapportage door de artsen. Nadeel van onze aanpak is dat we afhankelijk zijn van wat er aan videomateriaal beschikbaar is. Zo zijn er consulten van slechts tien huisartsen in gezondheidscentra beschikbaar.

De veronderstelling waarvoor in dit explorerend onderzoek steun wordt gezocht luidt dat huisartsen in gezondheidscentra meer zelf doen dan solisten; daarbij gaat het dan vooral om activiteiten die op de grens liggen van huisarts- en specialistische geneeskunde. Dit zou dan resulteren in minder verwijzingen 'ter geruststelling' door meer eigen diagnostiek en het meer zelf uitdiepen van (vooral vage) klachten.

In dit onderzoek willen we weten of deze actievere houding bij huisartsen in gezondheidscentra meer voorkomt dan bij solisten. Daartoe vergelijken we de consulten van beide groepen op de volgende kenmerken:

- tijd die ze aan consulten met nieuwe klachten besteden;
- percentage nieuwe klachten waarbij ze de 'vraag achter de vraag' proberen te verklaren;
- mate waarin artsen zoeken naar nieuwe feiten in het somatische en in het psychosociale vlak;
- mate waarin patiënten terugbesteld worden;

- gebruik van diagnostische voorzieningen in en buiten de praktijk.

We zoeken naar een verklaring in de volgende zin: in consulten van gezondheidscentra wordt meer tijd per patiënt uitgetrokken, wordt actiever naar verklaringen voor de klacht gezocht, en wordt minder uitsluitend afgegaan op de eerste door de patiënt geboden werkhypothese. Gevolg daarvan zal zijn dat minder klachten in een puur somatisch kader worden geplaatst.

2 Materiaal en opzet van onderzoek

Het materiaal is afkomstig uit de videotheek van het NIVEL (voorheen Nederlands Huisartsen Instituut). Deze videotheek bestaat uit videoopnamen van 2300 consulten afkomstig van 55 huisartsen, die vanaf 1976 verzameld zijn in een viertal projecten. Uit het meest recente project 'Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek' (opnamen gemaakt in 1982/1983), zijn tien huisartsen uit gezondheidscentra en tien solistisch werkende huisartsen geselecteerd. Bij de keuze van consulten hebben we ons beperkt tot die consulten waarin een nieuwe klacht aan de huisarts is gepresenteerd. Hieronder verstaan we een klacht waarvoor de patiënt nog niet eerder onder behandeling is geweest. Bij een nieuwe klacht heeft de huisarts immers nog alle mogelijkheden ter beschikking om onderzoek te doen, te verwijzen, terug te bestellen en dergelijke. Zodoende beschikken we over 135 consulten van solisten en 157 consulten van gezondheidscentra. Op basis van de eerder geformuleerde kenmerken gaan we als volgt te werk:

a. We beschrijven consulten van beide artsengroepen op basis van leeftijd en geslacht van de patiënten alsmede van gepresenteerde klachten. Indien er significante verschillen gevonden worden, dienen we daar in de hierna te noemen analyses rekening mee te houden.
b. In de tweede plaats kijken we naar verschillen in werkwijze tijdens het consult. We doen dit aan de hand van de volgende drie aspecten:
   - de mate waarin artsen de reden voor de komst van de patiënt bespreken en niet uitsluitend afgaan op de door patiënten geuite klacht; dit noemen we de 'vraagverheldering' (Byrne & Long 1976; Sluys 1983);
   - de mate waarin artsen zoeken naar nieuwe feiten bij een gepresenteerde klacht, bijvoorbeeld door nieuwe onderwerpen aan te snijden waarbij een klacht verder uitgediept wordt of door klachten vanuit een andere psychosociale invalshoek te bekijken;
   - de mate waarin artsen zekerheid verkrijgen ten aanzien van de klachten door het zelf uitvoeren van diagnostisch onderzoek in en buiten de praktijk;

c. Als derde punt noemen we het aspect van terugbestellen. Artsen kunnen ten aanzien van bepaalde klachten een zekere mate van risico nemen door in plaats van patiënten te verwijzen, deze binnen een zeker tijdsbestek terug te laten komen. Hierdoor blijft de patiënt langer onder de hoede van zijn huisarts.
d. Als laatste punt geldt de bestede tijd per patiënt. Het zal nauwelijks verbazing wekken, dat hoe meer tijd artsen per patiënt uittrekken, des te meer mogelijkheid zij hebben om klachten in een breder perspectief te zien. We verwachten dan ook dat artsen die veel tijd uittrekken per patiënt tevens diegenen zijn die een actievere werkwijze ten aanzien van de klachten er op na houden.

3 Resultaten

3.1 Patiëntenkenmerken

In de consulten van solisten vinden we iets meer mannen dan in die van de gezondheidscentra (respectievelijk 44% en 40%); dit verschil is statistisch niet significant. Het verschil in gemiddelde leeftijd van de patiënten (respectievelijk 39,4 en 40,1 jaar) is evenmin significant. Leeftijd en geslacht van spreekuurbezoekers vertonen dus geen opvallend verschil tussen beide artsengroepen.

In tabel 1 hebben we de nieuwe klachten zoals die gepresenteerd worden aan de artsen gesplitst in somatische en psychosociale klachten. Als criterium om een klacht somatisch dan wel psychosociaal te noemen maken we gebruik van de 'Reasons for Encounter Classification' (RFE). Dit classificatiesysteem bestaat uit zestien hoofdstukken waarvan twee hoofdstukken expliciet gereserveerd zijn voor psychische en sociale klachten of diagnoses. Indien een klacht of diagnose in een van beide hoofdstukken viel werd die aangemerkt als psychosociaal; anders als somatisch.

Tabel 1 Percentage nieuwe klachten ingedeeld in somatische en psychosociale klachten (tussen haakjes de aantallen).

artsengroep	somatisch	psycho-sociaal	totaal
solisten	90 (121)	10 (14)	100 (135)
gezondheidscentra	89 (139)	11 (18)	100 (157)

χ^2 = 0,91 n.s.

We vinden geen statistisch significant verschil in de aard van het klachtenaanbod tussen solisten en gezondheidscentra. Gemeten naar klachtkenmerken hebben beide groepen dus een vergelijkbaar aanbod.

3.2 Werkwijze ten aanzien van het klachtenaanbod

Achtereenvolgens beschrijven we verschillen in de mate van vraagverheldering, het zoeken naar nieuwe feiten in klachten en de mate waarin diagnostisch onderzoek wordt verricht.

Tabel 2 Percentage van de klachten waarin artsen de vraag 'verhelderen'.

artsengroep	vraagverheldering	geen vraagverheldering	totaal
solisten	13	87	100
	(18)	(117)	(135)
gezondheidscentra	25	75	100
	(39)	(118)	(157)

$\chi^2 = 4{,}86 \quad p \leqslant .055.$

Percentueel vinden we bij artsen in gezondheidscentra bijna tweemaal zoveel klachten waarbij de vraag wordt verhelderd. Men kan hieruit concluderen dat artsen in gezondheidscentra minder vaak genoegen nemen met de eerste door patiënten gebrachte reden voor de komst en vaker zekerheid willen verkrijgen over de werkelijke reden.

Een manier om meer inzicht in het klachtenpatroon te verkrijgen is het aanzwengelen van nieuwe onderwerpen met betrekking tot die klacht.

Tabel 3 Percentage van de klachten waarin artsen nieuwe onderwerpen ter sprake brengen.

artsengroep	aanzwengelen	niet aanzwengelen	totaal
solisten	30	70	100
	(41)	(94)	(135)
gezondheidscentra	45	55	100
	(71)	(86)	(157)

$\chi^2 = 4{,}57 \quad p \leqslant .026.$

Het verschil dat we hier zien is statistisch significant. Solisten brengen bijna in eenderde van alle klachten nieuwe onderwerpen voor de klacht ter sprake terwijl dit bij artsen in gezondheidscentra in 45% van de klachten het geval is.

Een andere manier om nieuwe aspecten van klachten naar voren te halen is de gespreksinhoud een andere wending te geven. Bijvoorbeeld een somatisch gepresenteerde klacht wordt vanuit een psychosociale optiek benaderd en omgekeerd.

Tabel 4 Percentage van de klachten waarin artsen het initiatief nemen tot een andere gespreksinhoud.

artsengroep	andere wending	geen andere wending	totaal
solisten	26	74	100
	(35)	(100)	(135)
gezondheidscentra	40	60	100
	(63)	(94)	(157)

$\chi^2 = 3{,}83 \quad p \leqslant .05.$

Huisartsen in gezondheidscentra nemen duidelijk vaker het initiatief om de klacht vanuit een andere zienswijze te bespreken. Het verschil is significant.

Tenslotte bestuderen we hier de mate waarin artsen gebruik maken van diagnostisch hulponderzoek. Daar in onze consulten praktisch geen sprake was van diagnostische verrichtingen buiten de praktijk, beperken we ons tot de verrichtingen binnen de praktijk.

Tabel 5 Percentage van de klachten waarbij artsen gebruik maken van diagnostisch hulponderzoek binnen de praktijk.

artsengroep	diagnostisch onderzoek	geen diagn. onderzoek	totaal
solisten	44	56	100
	(59)	(76)	(135)
gezondheidscentra	38	62	100
	(60)	(97)	(157)

$\chi^2 = 0{,}69$ n.s.

De huisartsen die in gezondheidscentra werkzaam zijn maken even veel gebruik van eenvoudige diagnostische onderzoeken (zoals bloeddrukmeting, oorspiegel, urinetest) als solistisch werkende collega's.

3.3 Terugbestellen van patiënten

Zoals gezegd kunnen artsen het risico nemen hun patiënten langer onder eigen hoede te houden door ze vaker te laten terugkomen.

Tabel 6 Percentage terugbestellingen.

artsengroep	terug-bestelling	geen terug-bestelling	totaal
solisten	24 (32)	76 (103)	100 (135)
gezondheidscentra	32 (50)	68 (107)	100 (157)

$\chi^2 = 1{,}91$ n.s.

De beide categorieën huisartsen onderscheiden zich niet van elkaar in de frequentie waarmee ze patiënten laten terugkomen.

3.4 Duur van de consulten

We hebben al eerder betoogd dat de tijd die artsen uittrekken voor consulten samenhangt met de mate waarin ze een 'actievere houding' ten aanzien van klachten innemen. Deze verschillen blijken ook duidelijk aanwezig te zijn. Consulten van solisten duren gemiddeld 8,6 minuten, consulten van gezondheidscentra-artsen daarentegen gemiddeld 10,6 minuten. Dit verschil is significant ($F = 13{,}7$; $p \leqslant 0{,}001$). We constateren dus een positieve samenhang in de eerder besproken actievere benadering en uitdieping van klachten door gezondheidscentra-artsen en de tijd die deze artsen voor hun patiënten uittrekken.

4 Samenvatting en discussie

Naarmate huisartsen méér zelf doen en een actievere houding ten aanzien van de klachten betrachten zou de kans op een verwijzing afnemen. Op deze wijze hebben wij ons uitgangspunt geformuleerd. Wat heeft het onderzoek nu opgeleverd? De eerste constatering is dat de consulten van huisartsen in gezondheidscentra en solistisch werkende collega's niet van elkaar

verschillen met betrekking tot patiëntenkenmerken als leeftijd en geslacht en het klachtenaanbod. De tweede constatering is dat in gezondheidscentra aan vrijwel alle bestudeerde aspecten, te weten 'vraagverheldering', 'uitdiepen van klachten' en 'tijd voor patiënt', méér wordt gedaan dan in solopraktijken.

Gezondheidscentra-artsen gedragen zich dus grotendeels volgens de lijn van onze verwachtingen. Maar er zijn ook uitzonderingen. Zo maken huisartsen in gezondheidscentra, tegen de verwachting in, niet méér gebruik van routinematig diagnostisch onderzoek.

Een andere uitzondering in de resultaten betreft het aantal terugbestellingen. Gezondheidscentra-artsen bestellen hun patiënten niet vaker terug dan solisten. Dit hadden we temeer verwacht daar de gezondheidscentra-praktijken in dit onderzoek duidelijk kleiner zijn dan die van solisten (in kleine praktijken wordt meer terugbesteld dan in grotere).

Het gering aantal consulten blijft dan ook een duidelijke beperking van ons onderzoek maar het loont gezien de resultaten zeker de moeite om dergelijke gegevens bij een groot aantal artsen met voldoende consulten te onderzoeken.

LITERATUUR

BEUGEN, M. VAN (1979), Hulpverlenen in de eerste lijn. Assen: Van Gorcum.

BYRNE, P.S. & B.E.L. Long (1976), Doctors talking to patients. London: HMSO.

SLUYS, E.M. (1983), Is methodisch werken meetbaar? Methodisch werken vertaald in termen van observeerbaar gedrag. Huisarts en Wetenschap 26, pp. 250-292.

SLUYS, E.M. (1983), Is methodisch werken meetbaar? De bruikbaarheid en validiteit van de observatiecategorieën. Huisarts en Wetenschap 26, pp. 293-296.

VERHAAK, P.F.M. (1984), Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 11, pp. 450-454.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1980), 'Reasons For Encounter Classification (RFE)'. Report by the working party to the ICD unit. Geneva.

WIJKEL, D. (1983), Samenwerken en verwijzen, deel I. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

WIJKEL, D. (1984), Samenwerken en verwijzen, deel II, Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZEE, J. VAN DER (1982), De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

9

ENIGE GEGEVENS OVER HET GEBRUIK VAN FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG.

A.H.M. Kerkhoff en P.P. Groenewegen

1 Inleiding

De fysiotherapie heeft zich in de afgelopen decennia een belangrijke plaats in de eerstelijnsgezondheidszorg verworven. Waren er in 1974 ± 1.650 fysiotherapeuten extramuraal werkzaam (WVC 1983), in 1981 was hun aantal gestegen tot ± 6.000 (Van Brunschot 1981). De groei van de fysiotherapie blijkt niet alleen uit de toename van het aantal beoefenaars van dit vak, maar ook uit de stijging van de kosten. Het mag opmerkelijk heten dat deze snelle groei nog maar zelden heeft geleid tot nadere bestudering van de aard en de omvang van deze vorm van paramedische hulpverlening. De onderzoeken die zijn verricht hebben veelal betrekking op een beperkte locatie en zijn inventariserend en beschrijvend van aard. Dat geldt ook voor het onderzoek waarvan we hier verslag doen.

Ook de ziekenfondsen hebben slechts weinig onderzoek op dit terrein verricht. Veelal beperken deze instellingen zich tot de vaststelling van het aantal in hun werkgebied gevestigde therapeuten (of althans het aantal praktijken) en de kosten die de fysiotherapeutische behandelingen jaarlijks teweeg brengen.

Het behoeft geen betoog dat voor een goed inzicht in het gebruik van fysiotherapeutische voorzieningen meer gegevens nodig zijn. Zo kan uit de gemiddelde kosten per verzekerde niet worden afgeleid of de vaak niet geringe verschillen tussen ziekenfondsen vooral voortkomen uit het feit dat er meer of minder patiënten worden verwezen, dan wel dat een groter aantal machtigingen per verwezen patiënt wordt aangevraagd, dan wel uit een combinatie van beide.

2 Vraagstelling

In deze studie wordt een poging ondernomen om de 'verstrekking' fysiotherapie wat beter in maat en getal vast te leggen. Daartoe is gebruik gemaakt van gegevens over alle machtigingen voor fysiotherapie die bij een klein, regionaal ziekenfonds gedurende het jaar 1982 werden aangevraagd.

Met deze gegevens kan een antwoord worden gegeven op de volgende vragen:

- voor hoeveel patiënten is in 1982 een machtiging voor fysiotherapie aangevraagd en hoe verhoudt deze groep zich qua samenstelling naar leeftijd en geslacht tot de samenstelling van de totale groep verzekerden?
- hoeveel machtigingen werden er per patiënt aangevraagd?
- bij welke indicaties werd een machtiging aangevraagd?
- verschillen huisartsen in hun 'verwijscijfer' naar fysiotherapie?

Waar mogelijk zullen de antwoorden op deze vragen vergeleken worden met gegevens van andere onderzoeken.

3 De gebruikte gegevens

Het onderzoeksmateriaal bestond uit alle machtigingen die in 1982 voor fysiotherapie zijn aangevraagd bij het Ziekenfonds Westelijk Zuid-Hollandse Eilanden te Brielle, dat een zeer heterogeen werkgebied heeft met ruim 110.000 verzekerden. Het verzekerdenbestand van het ziekenfonds WZE is niet representatief te achten voor alle Nederlandse verzekerden. Een vergelijking van de leeftijdsopbouw met gegevens uit het LISZ-jaarboek 1982 leert dat de mediane leeftijd van de verzekerden op de Zuid-Hollandse eilanden wat lager is; 28 jaar tegen 32 jaar voor alle verzekerden in Nederland. Ook in het gebruik van fysiotherapeutische zorg onderscheiden zij zich van het gemiddelde in ons land: de kosten per verzekerde voor fysiotherapie zijn de laagste in ons land.

Zoals gezegd, werden voor het onderzoek de zogeheten aanvraagformulieren gebruikt, waarop de behandelend arts, namens zijn patiënt vraagt of het ziekenfonds met de behandeling van de verzekerde kan instemmen. Deze bescheiden bevatten naam, leeftijd en geslacht van de verzekerde en een korte omschrijving van hetgeen de patiënt mankeert. Tenslotte wordt vermeld welke fysiotherapeut de behandeling zal uitvoeren en eventueel waaruit de behandeling dient te bestaan. Omdat er geen koppeling is tussen de door ons gebruikte aangevraagde machtigingen en declaratiegevens van de fysiotherapeuten weten we niet of deze machtigingen ook zijn uitgevoerd.

Eén patiënt kan, indien in 1982 meerdere malen een machtiging voor hem/haar aangevraagd is, meerdere malen in het gegevensbestand voorkomen. Op de aanvraag troffen we zeer verschillende medische motiveringen aan: zowel eenduidige diagnosen als min of meer accurate omschrijvingen van de aandoening, als vermelding van de gepresenteerde klacht. Aan classificatie viel dus niet te denken. Door 'soort bij soort' te voegen hebben we een indeling gemaakt die alleszins discutabel is, niet in de laatste plaats omdat zij deels berust op de localisatie en deels op de aard van de aandoeningen.

Behalve over de gegevens op het machtigingsformulier konden we ook beschikken over de samenstelling naar leeftijd en geslacht van het bij het

ziekenfonds verzekerde deel van de huisartspraktijken. Met behulp van deze gegevens konden verwijscijfers per huisarts en per leeftijds- en geslachtscategorie worden berekend.

4 Resultaten

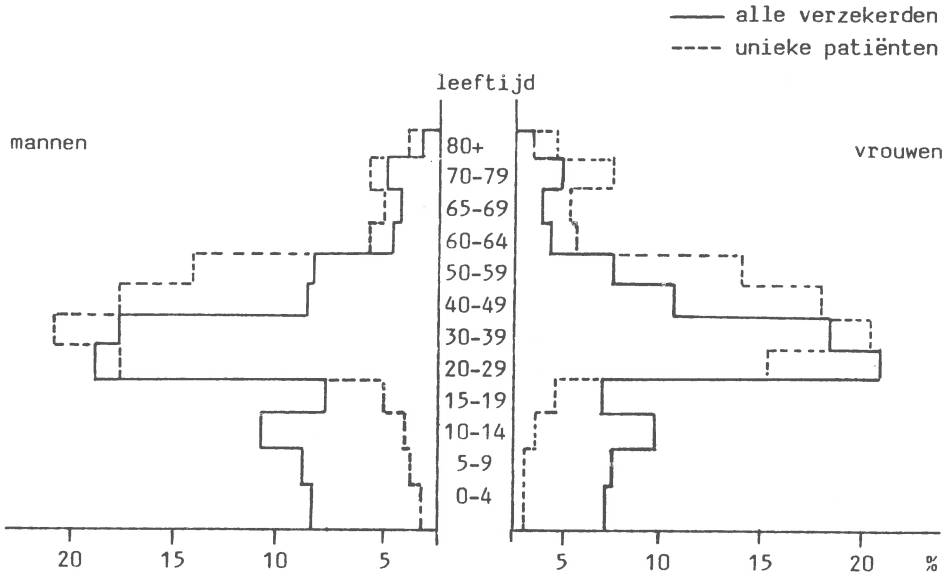
4.1 De verwezen patiënt

In 1982 werden in totaal 11.579 machtigingen aangevraagd door huisartsen en specialisten (in de overgrote meerderheid door huisartsen). Deze bleken betrekking te hebben op 6.631 verschillende patiënten, hetgeen betekent dat in 1982 voor gemiddeld 6 per 100 verzekerden tenminste eenmaal een machtiging voor fysiotherapeutische behandeling werd aangevraagd. Dit komt vrij goed overeen met het cijfer uit de Gezondheidsenquête van 6,8 per 100 ziekenfondsverzekerden (Frenken 1983). Het wijkt af van eerder gepubliceerde verwijspercentages in twee gezondheidscentra. In Ommoord telde men in 1975 5 verwijzingen per 100 patiënten (Buyten et al., 1977) en in het gezondheidscentrum Withuis 3,2 per 100 patiënten in 1979 (Crebolder 1983). Overigens valt op dat in ons onderzoek voor vrouwen niet noemenswaardig vaker een machtiging wordt aangevraagd dan voor mannen; respectievelijk 60 per 1.000 vrouwen en 59 per 1.000 mannen. Dit geringe verschil is opmerkelijk daar bekend is dat vrouwen in het algemeen vaker een beroep doen op de huisarts dan mannen. Ook uit de gezondheidsenquête blijkt nauwelijks verschil tussen mannen en vrouwen (65 per 1.000 mannen en 67 per 1.000 vrouwen). Crebolder telde 53% vrouwen en 47% mannen onder de verwezen patiënten, ook geen groot verschil dus. Daarentegen vonden Buyten et al. (1977), slechts 38% mannen onder de verwezen patiënten.

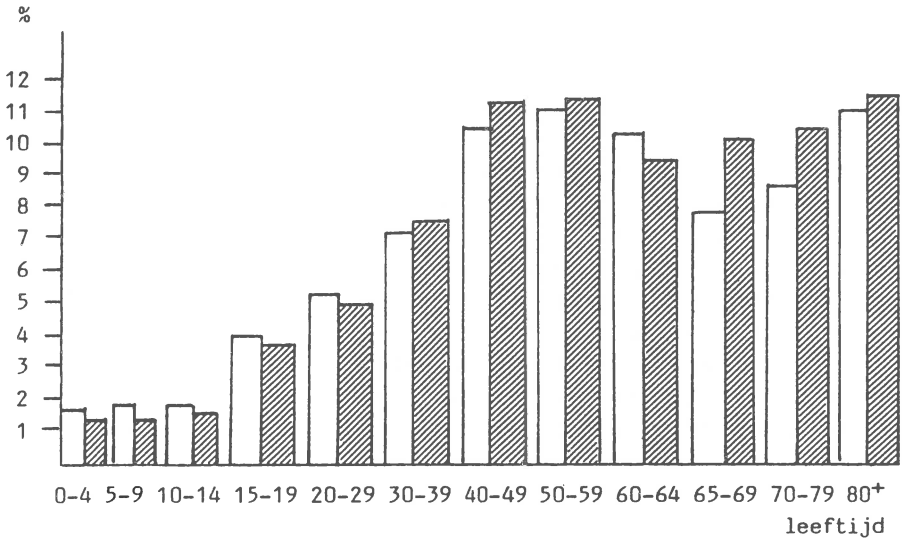
Het cijfer van 60 aangevraagde machtigingen per 1.000 is een gemiddelde en vormt derhalve slechts een ruwe (soms zelfs misleidende) maat. Daarom werd vervolgens nagegaan hoe de leeftijds- en geslachtsverdeling van de voor fysioptherapie verwezen patiënten zich verhield tot de opbouw van de totale ziekenfondspopulatie.

Zoals figuur 1 laat zien, maken jongere verzekerden relatief minder en oudere daarentegen méér gebruik van fysiotherapeutische hulp. Het 'omslagpunt' ligt in de leeftijdscategorie 30-39 jaar. Dit laatste betekent overigens niet dat het verwijzingspercentage na het veertigste jaar nog sterk met de leeftijd toeneemt. Het verwijzingspercentage tot de middelbare leeftijd neemt gestaag toe, maar blijft vervolgens betrekkelijk constant.

Figuur 1 Percentuele leeftijdsverdeling van alle verzekerden en de unieke patiënten (de verzekerden die één of meer machtigingen hebben gehad), naar geslacht.



Figuur 2 Aantal patiënten, die één of meer machtigingen hebben gehad, per 100 verzekerden (verwijspercentage) uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (□ = mannen; ▨ = vrouwen).



Uit figuur 2 blijkt dat mannen in de jongere leeftijdscategorieën iets vaker worden verwezen dan vrouwen, terwijl in de hogere leeftijdsklassen het omgekeerde geldt.

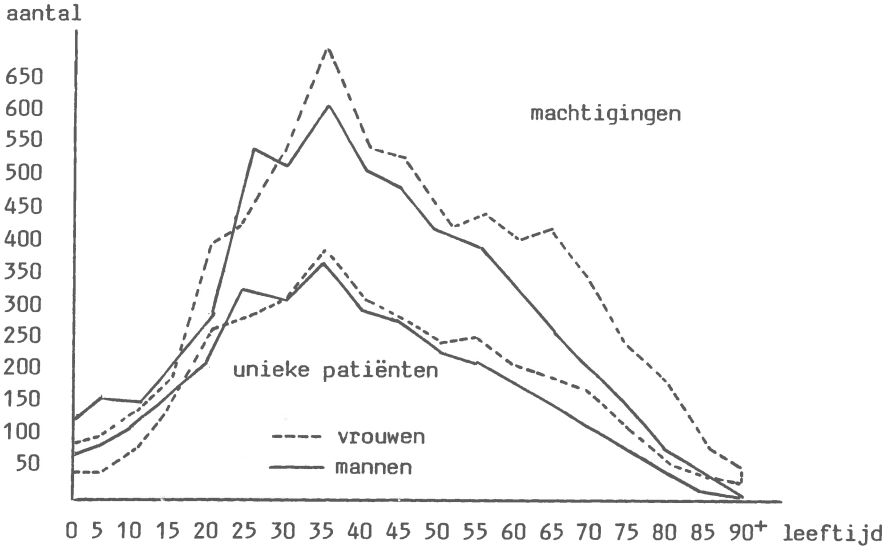
4.2 Het aantal machtigingen per patiënt

Het gemiddelde aantal machtigingen per patiënt bedroeg voor degenen die rechtstreeks door de huisarts waren verwezen 1,8. Voor patiënten 'van' specialisten was het aantal iets lager, namelijk 1,5. Overigens mogen aan dit verschil geen al te grote conclusies worden verbonden, daar bijvoorbeeld niet vast staat of sommige patiënten niet op advies van de specialist door de huisarts naar de fysiotherapeut werden verwezen. Wel mag uit gemelde cijfers worden afgeleid dat de verwezen patiënten gemiddeld 21,5 behandelingen ('zittingen') ondergingen, want het Brielse ziekenfonds stond in 1982 zelden meer of minder dan twaalf behandelingen per machtiging toe.

Voorts blijkt uit de cumulatieve frequentieverdeling dat ongeveer 56% van de verwezen patiënten slechts één machtiging kreeg, 26% twee en 18% drie of meer.

Om aan te geven in hoeverre het aantal machtigingen samenhangt met leeftijd en geslacht zijn in figuur 3 voor respectievelijk mannen en vrouwen per leeftijdscategorie het aantal verwijzingen en het aantal machtigingen uitgezet.

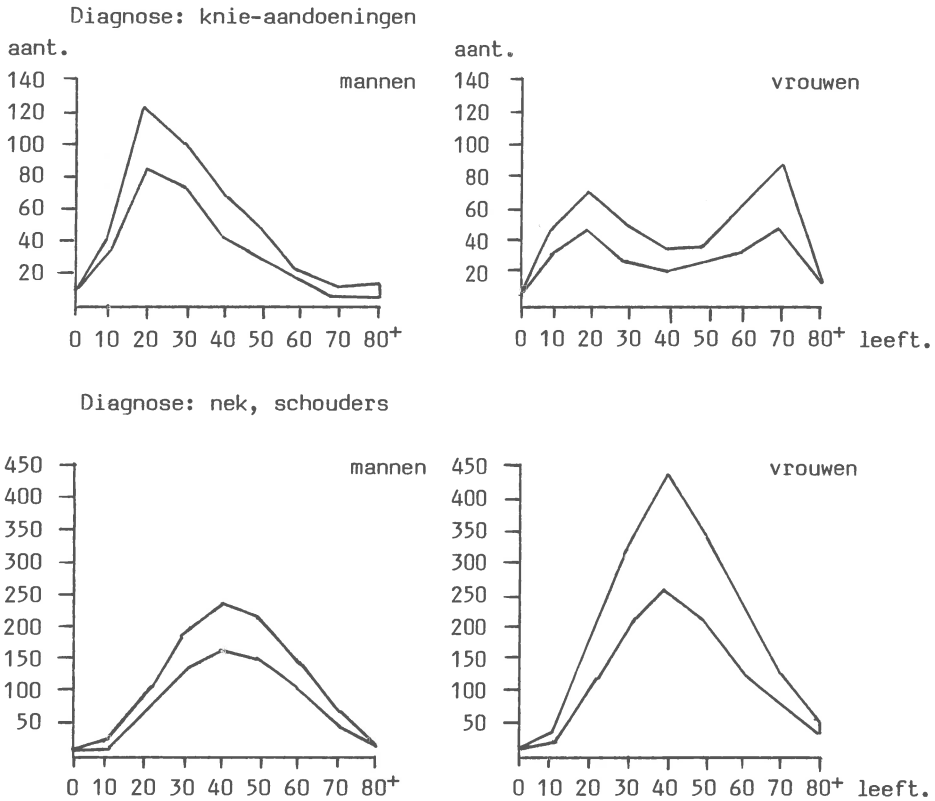
Figuur 3 Aantal aangevraagde machtigingen en aantal afzonderlijke patiënten voor wie een machtiging is aangevraagd, per leeftijdscategorie (mannen en vrouwen).



Zoals blijkt, neemt het aantal verzekerden voor wie meerdere machtigingen aangevraagd zijn aanvankelijk met de leeftijd toe (bij vrouwen meer dan bij mannen) om vervolgens in de hoogste leeftijdscategorieën weer af te nemen.

Naar mocht worden verwacht, hing de duur van de behandeling ook samen met de aard van de aandoening. In figuur 4 zijn voor enkele groepen aandoeningen de verwijzings- en herhalingscijfers weergegeven. Het betreft nek/schouderklachten en knieklachten. De frequentieverdeling van alle onderscheiden indicaties komt in de volgende subparagraaf aan de orde.

Figuur 4 Aantal aangevraagde machtigingen en aantal afzonderlijke patiënten voor wie een machtiging is aangevraagd per leeftijdscategorie; diagnose nek/schouderklachten en diagnose knie-aandoeningen (mannen en vrouwen).



Dat de gepresenteerde curven moeilijk zijn te interpreteren, vloeit niet in de laatste plaats voort uit het feit dat de 'diagnoses' zo onscherp zijn afgebakend; de bifasische verwijzingscurve voor knieklachten bij

vrouwen moet bijvoorbeeld wel voortvloeien uit het feit dat jonge vrouwen andere aandoeningen van de knie presenteren dan oude, iets wat uit de indicaties op de machtigingsformulieren lang niet altijd kan worden opgemaakt.

4.3 Indicaties

De gebrekkige indeling van de indicaties tot het verstrekken van fysiotherapie zijn in het voorafgaande reeds aan de orde gesteld. De in tabel 1 gegeven 'ranglijst' dient dan ook slechts te worden gezien als een ruwe aanduiding van het toepassingsgebied van fysiotherapeutische behandelingen.

Tabel 1 Relatieve frequentieverdeling van de meest voorkomende indicaties/diagnoses en de ratio van het percentage bij vrouwen en het percentage bij mannen.

	%	sexe-ratio
nek/schouder	24	1,5
rug	23	0,9
knie	7	0,9
longaandoeningen	6	0,6
neurologische aandoeningen	6	1,0
houdingsafwijkingen	5	1,0
chronische aandoeningen	5	2,0

De meest voorkomende categorie van de indicaties betreft de nek- en schouderklachten, gevolgd door de onderrugklachten.

Uit de sexe-ratio blijkt dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn bij de hoofdklachten, de chronische aandoeningen en de klachten van nek en schouders. De mannen daarentegen zijn duidelijk oververtegenwoordigd onder degenen voor wie wegens longaandoeningen een machtiging is aangevraagd.

4.4 Het verwijzingspatroon van de huisarts

We definiëren het verwijscijfer van huisartsen als het aantal patiënten dat één of meer machtigingen gehad heeft, per 1.000 verzekerden. We nemen aan dat de hoogte van het aldus gedefiniëerde verwijscijfer beïnvloed wordt door de huisarts (zijn neiging om patiënten naar een fysiotherapeut te sturen) en door de patiënten (de morbiditeit van de patiënten en de wens om door een fysiotherapeut behandeld te worden). Zou het verwijscij-

fer gedefinieerd worden als het totaal aantal machtigingen per jaar per 1.000 verzekerden, dan zou nog rekening gehouden moeten worden met een derde invloed, namelijk die van de behandelende fysiotherapeut. Het ligt immers in de rede te veronderstellen dat de behandelende fysiotherapeut een rol speelt bij de beslissing om een nieuwe machtiging aan te vragen voor een patiënt die reeds onder behandeling is. In dit artikel is de invloed van de fysiotherapeut buiten beschouwing gebleven, maar in een uitgebreidere rapportage over dit onderzoek die in 1985 zal verschijnen zal daarop wel worden ingegaan.

Het verwijscijfer per huisartspraktijk vertoont een enorme spreiding. Het gemiddelde ligt op 51 per 1.000 verzekerden, terwijl de uitersten van 20 tot 110 per 1.000 gaan. De variatiecoëfficiënt (dat is de standaardafwijking gewogen voor het gemiddelde) bedraagt 45%. Om na te gaan in hoeverre de variatie in het verwijscijfer voortkomt uit verschillen tussen de huisartsen in de samenstelling van de praktijk, dan wel uit verschillen in verwijzingen uit bepaalde leeftijdsklassen, hebben we de verwijscijfers op twee manieren herberekend. Eerst eenmaal door uit te gaan van de gemiddelde praktijksamenstelling van alle huisartspraktijken, om daarop vervolgens de leeftijdsspecifieke verwijsproporties van de individuele huisartsen toe te passen.

Tabel 2 Variatie in het verwijscijfer (aantal unieke patiënten per 1000 verzekerden) tussen de huisartspraktijken.

	gemiddelde	variatie-coëfficiënt
feitelijk verwijscijfer	51,7	44,7
verwijscijfer mannen	49,6	44,3
verwijscijfer vrouwen	53,6	48,1
verwijscijfer 0-19 jaar	12,0	84,2
verwijscijfer 20-39 jaar	50,9	54,1
verwijscijfer 40-59 jaar	100,4	54,7
verwijscijfer 60 jaar en ouder	110,1	72,7
verwacht verwijscijfer bij gemiddelde verwijsprop.	59,1	9,6
verwacht verwijscijfer bij gemiddelde praktijkopbouw	55,7	57,7

Het blijkt dat in dit geval de variatiecoëfficiënt zelfs nog iets groter is. Indien men daarentegen omgekeerd de gemiddelde verwijscijfers als standaard voor de correctie neemt, daalt de variatiecoëfficiënt tot 9,6%,[1] met andere woorden verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw

van de praktijk bepalen slechts voor een klein gedeelte de verschillen in het verwijscijfer per huisarts.

De grote verschillen per huisarts moeten wel samenhangen met het feit dat huisartsen (en specialisten) heel verschillend denken over het nut van fysiotherapie. Interessant is in dit verband dat de spreiding in de verwijscijfers niet voor elke leeftijdscategorie gelijk is. Tabel 2 laat zien dat de spreiding in de categorieën jonge en oude patiënten groter is dan in de leeftijdsklassen 20 tot 39 en 40 tot 59 jaar. In hoeverre dit verschil kan worden verklaard door het feit dat tal van aandoeningen leeftijdgebonden zijn, valt op basis van het beschikbare materiaal moeilijk na te gaan. De medische indicaties zijn immers onvoldoende duidelijk omschreven. Overigens zij vermeld dat het verwijscijfer voor vrouwen iets meer variaties vertoont dan dat voor mannen. Een verklaring van dit (geringe) verschil kan niet zonder meer worden gegeven.

5 Slotbeschouwing

We zijn dit artikel begonnen met de constatering dat onderzoek naar fysiotherapie (en dan bedoelen we niet het vakinhoudelijk onderzoek naar toepassing en effect van specifieke behandelingswijzen, maar het onderzoek naar structuur en functioneren van de fysiotherapie in de gezondheidszorg) nog in de kinderschoenen staat.

We menen met dit artikel aangetoond te hebben dat de machtigingen die bij ziekenfondsen aangevraagd worden, een rijke bron van gegevens vormen voor nadere analyse, zeker wanneer soortgelijke gegevensbestanden ook van andere ziekenfondsen ter beschikking komen.

Uit ons artikel blijkt dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar het verwijsproces: hoe kunnen de grote verschillen in verwijscijfer tussen huisartspraktijken verklaard worden. Nauw verwant hiermee is de vraag naar de toepassingsmogelijkheden van fysiotherapie. Een noodzakelijke voorwaarde voor dit onderzoek is een bruikbare classificatie voor de indicaties, waarbij een verwijzing naar een fysiotherapeut plaatsvindt.

NOOT

1 Om praktische redenen zijn de gemiddelde verwijscijfers per leeftijds- en geslachtscategorie uit figuur 2 gebruikt. Deze bevatten ook de door specialisten aangevraagde machtigingen.

LITERATUUR

BRUNSCHOT, C.J.M. VAN (1981), Paramedische mankracht, een cijfermatig overzicht van enkele beroepsgroepen. Tilburg: IVG.

BUYTEN, N.T., R. VAN DER HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. IN 'T VELD en H. LAMBERTS (1977), Fysiotherapie: vierde in eerstelijnskwartet. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 11, pp. 374-380.

CREBOLDER, H.F.J.M. (1983), Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen; een inventariserend onderzoek. Huisarts en Wetenschap 26, pp. 42-48, p. 62.

FRENKEN, F.J.M. (1983), Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête 1981/82. Maandbericht Gezondheid (CBS) 10, pp. 18-25.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKGEZONDHEID EN CULTUUR (1983) Nota Eerstelijnszorg, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN (1983), LISZ-jaarboek 1982 Zeist.

10

FYSIOTHERAPIE 1979-1983; MODELMATIG BEKEKEN.

T.L.J.M. Soons

1 Inleiding

De kosten van gezondheidszorg per ziekenfondsverzekerde zijn in de periode 1972-1982 verdrievoudigd. De kostencategorie die, getuige tabel 1, de sterkste stijging heeft doorgemaakt is de verstrekking 'paramedische hulp en logopedie'. Over de periode 1972-1982 bedroeg de stijging 443%. In 1982 maakte de fysiotherapie meer dan 90% van de post 'paramedische hulp en logopedie' uit. In de politiek acht men het dan ook ongewenst dat de groei van de fysiotherapeutische hulp zich voortzet.

Tabel 1 Ontwikkeling kosten van gezondheidszorg per ziekenfondsverzekerde (1972 = 100).

omschrijving	1977	1982	bedrag 1982
huisartsenhulp	165	205	f. 95,54
geneesmiddelen	164	234	f. 174,73
specialistische hulp	208	315	f. 213,10
tandheelkundige hulp	209	363	f. 78,56
ziekenhuisverpleging	201	312	f. 692,16
paramedische hulp/logopedie	269	543	f. 63,42
overige	189	335	f. 81,89
totaal	195	299	f. 1.399,40

Bron: Jaarverslag Ziekenfondsraad 1973, 1978 en overzicht Ziekenfondsraad van de kosten per verzekerde in 1982 per ziekenfonds.

De laatste jaren is een aantal maatregelen genomen, die tot doel hadden de kosten van fysiotherapie te beheersen. De snelle uitbreiding van de fysiotherapie in het afgelopen decennium is er mede oorzaak van dat bij bezuinigingsvoorstellen de verstrekking fysiotherapie herhaaldelijk op de nominatie staat om uit het ziekenfondspakket te verdwijnen.

In dit artikel zal vanuit het ziekenfondsperspectief aandacht gegeven worden aan de aard van vraag naar en aanbod van fysiotherapeutische hulp

en de relatie van vraag en aanbod met de gerealiseerde productie. Hiertoe zal eerst een eenvoudig model ontwikkeld worden. Vervolgens zullen de in het verleden ter beheersing van de kosten van fysiotherapeutische hulp genomen maatregelen met behulp van dit model geëvalueerd worden. Waar mogelijk zal dit geïllustreerd worden met resultaten van analyses, uitgevoerd op cijfermateriaal in de periode 1979-1983 van het Ziekenfonds 'Noord-Limburg'. Dit is een geregionaliseerd ziekenfonds met 160.000 ingeschreven verzekerden. Alvorens hiertoe over te gaan is het voor een goed begrip van belang kort aandacht te besteden aan de aard van de fysiotherapeutische verrichtingen en de vaststelling van de tarieven.

Verrichtingen, die door fysiotherapeuten voor ziekenfondsrekening toegepast kunnen worden, zijn te onderscheiden in drie categorieën:

- oefen- en massagetherapie;
- applicaties (toedienen van bepaalde fysische prikkels door middel van warmte, geluid, water en dergelijke);
- begeleidingstijd.

Voor de verrichtingen zijn normtijden in minuten vastgesteld. Bij de tariefsvaststelling wordt eerst op basis van een normwerktijd per fysiotherapeut per jaar een tarief per minuut bepaald en vervolgens worden aan de hand van de normtijden per verrichting de tarieven per verrichting berekend.

2 Het aanbod van fysiotherapeutische hulp

Er zijn drie variabelen die de totale capaciteit van de aanbodzijde bepalen. De eerste variabele is het aantal fysiotherapeuten. Voor de ontwikkeling van het aantal fysiotherapeuten is de meest bepalende factor de opleidingscapaciteit. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg wordt ervan uitgegaan dat 75% van de als fysiotherapeut opgeleiden als zodanig werkzaam is, waarvan de helft in de eerste lijn. Bij voortzetting van de huidige trend zal in het jaar 2000 het aantal fysiotherapeuten ten opzichte van 1982 verdubbeld zijn.

De tweede variabele betreft de werktijd per fysiotherapeut. Daar de praktijkhouders in principe vrije ondernemers zijn, kunnen hen geen beperkingen worden opgelegd wat betreft werktijd. Slechts in zeer extreme gevallen kan door het ziekenfonds ingebracht worden dat de kwaliteit van de behandelingen niet meer optimaal is bij een dermate lange werktijd. In het verleden gold ook voor praktijkmedewerkers in dit opzicht geen beperking. Maar begin 1984 is de modelovereenkomst Fysiotherapeut-Ziekenfonds zodanig gewijzigd dat per praktijkmedewerker de overeengekomen tijdsduur, welke deze per week in het kader van de praktijkvoering van de praktijkhouder werkzaam zal zijn, vastgelegd dient te worden.

De derde variabele is de efficiëntie waarmee fysiotherapeutische verrichtingen worden uitgevoerd. In de praktijk zal het niet zo zijn dat alle verrichtingen even lang duren als de normtijd per verrichting. De ene fysiotherapeut werkt per verrichting gemiddeld korter dan de normtijd, een ander wellicht langer. Volgens de huidige contrôlerichtlijnen is een behandeltijd die maximaal tien procent beneden de verrichtingen-normtijd ligt aanvaardbaar. Gemiddeld genomen over alle fysiotherapeuten dient de behandeltijd nagenoeg gelijk te zijn aan de normtijd per verrichting. Wanneer duidelijke verschillen geconstateerd worden, zou dat aanleiding geven tot aanpassing van de normtijd per verrichting.

Het aanbod van fysiotherapeutische hulp valt als volgt in formule-vorm te beschrijven:

$$ACF = ATF \times WT \times EF$$

waarin: ACF = aanbod capaciteit fysiotherapie
ATF = aantal toegelaten fysiotherapeuten
WT = gemiddelde werktijd
EF = gemiddelde efficiëntiefactor.

Bij analyse op landelijk niveau kan er, zoals reeds eerder aangegeven, vanuit worden gegaan dat de gemiddelde efficiëntiefactor 1 is. Echter op een lager aggreatieniveau kan deze factor van 1 verschillen. Voor een praktijk met een gemiddelde behandeltijd van 90% van de normtijd is de efficiëntiefactor: 1/0,9 = 1,11. De efficiëntiefactor maakt de aansluiting tussen werkelijke behandeltijd en normtijd per verrichting. De aanbodcapaciteit wordt dus bepaald op basis van de normtijden per verrichtingen, die binnen de werktijd uitgevoerd kunnen worden. Op deze manier is het mogelijk de aanbodcapaciteit in geld uit te drukken door middel van het tarief per minuut.

3 De vraag naar fysiotherapeutische hulp

De vraag naar fysiotherapeutische hulp heeft met de vraag naar andere medische diensten gemeen dat het de consument (= patiënt) meestal ontbreekt aan voldoende kennis om de hulp op zijn waarde te kunnen schatten. In de praktijk blijkt ook vaak dat de artsen, die de patiënten verwijzen, niet goed bekend zijn met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de fysiotherapie.

Bij de totstandkoming van de vraag naar fysiotherapie zijn twee hulpverlenerscategorieën betrokken: de verwijzer en de fysiotherapeut.

De verwijzer (huisarts of specialist) geeft ziekenfondsverzekerden toegang tot fysiotherapeutische hulp door middel van het uitschrijven van

een verwijskaart voor fysiotherapie. Op die verwijskaart vermeldt de verwijzer een aantal gegevens betreffende de ziekenfondsverzekerde benevens de indicatie voor fysiotherapie en in een aantal gevallen ook het maximum aantal te machtigen zittingen met een precisering uit welke verrichtingen die zittingen dienen te bestaan. Op de meeste verwijskaarten is noch het aantal maximaal te machtigen behandelingen, noch de inhoud van de zittingen door de verwijzer aangegeven. Volstaan wordt meestal met de tekst: 'Fysiotherapie'. De verzekerde begeeft zich met de door de verwijzer uitgeschreven verwijskaart naar de fysiotherapeut van zijn/haar keuze. Wanneer het maximaal te machtigen aantal zittingen en de inhoud van de zittingen niet door de verwijzer zijn aangegeven, worden deze gegevens door de fysiotherapeut op de verwijskaart ingevuld. Benadrukt dient hier te worden dat formeel de huisarts voor de invulling van de verwijskaart verantwoordelijk is. Vervolgens wordt de verwijskaart, voorzien van de praktijkstempel van de fysiotherapeut, opgestuurd naar het ziekenfonds. Bij het ziekenfonds wordt de verwijskaart marginaal getoetst. Na accoordbevinding of eventuele aanpassing van de verwijskaart wordt een machtiging aangemaakt. Eerst dan kan de behandeling een aanvang nemen. Na afloop van de gemachtigde serie zittingen kan de fysiotherapeut de huisarts om een nieuwe verwijskaart vragen om de behandeling voort te zetten. Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat de vraag naar fysiotherapie een resultante is van een samenspel tussen verwijzer en fysiotherapeut. Hoewel de verantwoordelijkheid voor het geheel formeel bij de verwijzer berust, is er in de praktijk sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De gerealiseerde vraag naar fysiotherapie kan ex post beschreven worden:

$$PVF = AVP \times AM \times AZPM \times DZ$$

waarin: PVF = productie volume fysiotherapie
AVP = aantal verwezen patiënten
AM = gemiddeld aantal machtigingen per verwezen patiënt
AZPM = gemiddeld aantal zittingen per machtiging
DZ = gemiddelde duur per zitting.

Wanneer we de vergelijking van de vraag bekijken dan zijn er een aantal mogelijkheden om het volume aan de vraagkant te beïnvloeden. De vier in de vergelijking opgenomen beschrijvende variabelen kunnen in twee categorieën verdeeld worden:

- variabelen met betrekking tot de verwijzing (AVP);
- variabelen met betrekking tot de behandeling (AM, AZPM, DZ).

Beïnvloeding van de verwijzing dient via de verwijzer te geschieden, beïnvloeding van de behandeling via de verwijzer en de behandelend fysiotherapeut. De bovenstaande vraagvergelijking is goed bruikbaar als analyse-instrument bij de beoordeling van fysiotherapiepraktijken en verwij-

zersgedrag. Door het combineren van de drie behandelingsvariabelen is het mogelijk de gemiddelde kosten per behandelde c.q. per verwezen patiënt te bepalen en deze te vergelijken met gemiddelden in de regio.

Gemiddelde behandeltijd per patiënt = AM x AZPM x DZ. Gemiddelde kosten per patiënt = gemiddelde behandeltijd per patiënt x tarief per tijdseenheid.

4 Vraag en Aanbod

De aanbodvergelijking en de vraagvergelijking kunnen aan elkaar gekoppeld worden via de evidentie dat de gerealiseerde vraag (= productievolume fysiotherapie) nooit groter kan zijn dan de productiecapaciteit. In formulevorm: $ACF \geqslant PVF$.

Daar er in het verleden geen aanbodrestricties bestonden behalve de opleidingseis voor fysiotherapeut, zijn aanbod en vraag in ongeveer gelijk tempo gegroeid. In het algemeen kan gesteld worden dat met uitzondering van kleine fricties (wachtlijsten) aan de vraag naar fysiotherapie steeds tegemoet is gekomen. De aanbodcapaciteit van fysiotherapie was nogal flexibel terwijl (omdat?) er totaal geen budgetrestrictie gold voor de fysiotherapieproductie wegens de 'open eind'-financiering van de Nederlandse gezondheidszorg. Onderstaand recapituleren wij het volledige vraag- en aanbodmodel voor fysiotherapie.

$$ACF = ATF \times WT \times EF$$
$$PVF = AVP \times AM \times AZPM \times DZ$$
$$ACF \geqslant PVF$$

5 Maatregelen ter beheersing van de aanbodcapaciteit

In de al eerder genoemde Schets Eerstelijnsgezondheidszorg werd bezorgdheid getoond over de snelle groei van het aantal fysiotherapeuten. De Schets pleit vervolgens voor een norm van 1 fysiotherapeut per 3.500 inwoners. Op 1 januari 1981 werd een wetswijziging van kracht die een instrument creëerde om dit beleidsdoel enigermate te effectueren. Artikel 47 van de Ziekenfondswet werd uitgebreid met een derde lid, dat de mogelijkheid gaf ziekenfondsen ontheffing te verlenen van de plicht tot het aangaan van overeenkomsten. Tot dan toe waren de ziekenfondsen verplicht met iedere hulpverlener, die aan de opleidingseisen voldeed, een overeenkomst aan te gaan. De eerste verleende ontheffing vond pas een jaar later plaats op 3 februari 1982. De hierbij te hanteren norm werd aangepast tot 1 fysiotherapeut per 3.000 inwoners. Dit geschiedde conform het advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 'om onbillijkheden te

voorkomen'.

Gevonden is, dat er in het werkgebied van het Ziekenfonds 'Noord-Limburg' een positieve correlatie bestaat tussen de fysiotherapeutendichtheid en het aantal zittingen per verwezen verzekerde, en een nog iets sterkere positieve correlatie tussen de fysiotherapeutendichtheid en het aantal verwijzingen door huisartsen per 1000 verzekerden. De (klassieke) vraag hierbij is of de fysiotherapeutendichtheid het verwijsgedrag van de huisarts heeft beïnvloed of het verwijsgedrag van de huisarts (c.q. het morbiditeitspatroon in de regio) de fysiotherapeutendichtheid. Omdat de vraag geëffectueerd kan worden tot op het niveau van de aanbodcapaciteit, dient ter beheersing van de kosten van fysiotherapie een strikte planningsnorm als uitgangspunt te dienen van een te voeren vestigingsbeleid. Ter beheersing van het aanbod zou men voorts de werktijd aan een maximum kunnen binden. Gebleken is namelijk dat in 1982 bij 25% van de praktijken in het werkgebied van het Ziekenfonds 'Noord-Limburg' de totale werktijdnorm van 1.639 uur per fysiotherapeut per jaar, zoals gebruikt bij de tariefberekening, alleen al door gedeclareerde behandelingen van ziekenfondsverzekerden overschreden werd.

Ondertussen hebben de beleidsmakers niet stil gezeten. Op het op 18 november 1983 te Amsterdam gehouden congres 'Fysiotherapie 2000', kondigde staatssecretaris van der Reyden aan dat de norm 1 : 3.500 uit de Schets voor de Eerstelijnsgezondheidszorg gewijzigd zou worden. Nader onderzoek heeft namelijk tot de conclusie geleid dat deze norm op achterhaalde veronderstellingen was gebaseerd. In de Nota Eerstelijnszorg uit 1983 treffen we dan ook de norm 1 fysiotherapeut op 2.400 inwoners aan, omdat dit 'op grond van de huidige gegevens over fysiotherapeuten meer overeenstemt met de reeds bestaande situatie'. Cynici zouden hierbij kunnen opmerken dat hierdoor een beleidsdoel dichter bij zijn realisatie gekomen is.

6 Maatregelen aan de vraagkant

In 1979 en 1980 zijn kort na elkaar maatregelen genomen om tot kostenbeheersing vanuit de vraagkant te komen. Deze zijn te onderscheiden in veranderingen van de tariefstructuur en maatregelen ter beheersing van het volume van de vraag. Wij zullen van deze maatregelen hier de twee belangrijkste weergeven. Voor een gedetailleerde bespreking van alle maatregelen zie Kerkhoff en Hagestein (1983).

- Voor 1 oktober 1979 gold voor applicaties een eenheidstarief van f. 11,73. Per 1 oktober 1979 werden er tarieven van kracht, gedifferentieerd naar gemiddelde benodigde arbeidstijd van een fysiotherapeut.

- Een belangrijke ingreep ter beheersing van het volume was de maatregel van 1 april 1980. Het was voortaan per indicatie (aandoening) slechts toegestaan één serie van twaalf gecombineerde behandelingen te declaren. Met een gecombineerde behandeling wordt in dit verband een zitting bedoeld, waarbij zowel oefen- en massagetherapie als een applicatie wordt gegeven. Verder werd in deze maatregel bepaald dat per zitting maximaal één applicatie gedeclareerd kan worden. Per 1 juni 1980 werd deze maatregel zodanig aangepast dat het aantal van twaalf zittingen overschreden mag worden mits de behandelend arts daartoe een uitvoerige schriftelijke argumentatie geeft. In termen van de vergelijking van de vraag naar fysiotherapie was de 1 april maatregel zowel bedoeld om de gemiddelde duur per zitting (DZ) te laten dalen door het aantal applicaties per zitting te verlagen als om het aantal zittingen per aandoening te verminderen (= AM x AZPM).

Een analyse zal worden gegeven van het totaaleffect van de maatregelen op de productie fysiotherapie voor rekening van het Ziekenfonds 'Noord-Limburg'. De cijfers in tabel 2 geven aan dat de in 1979 en 1980 genomen maatregelen hun doel in het werkgebied van dit Ziekenfonds hebben bereikt. Het totale productievolume is in 1983 ten opzichte van 1979 gedaald met 9,8% en het aantal minuten per zitting met 12,4%.

Tabel 2 Door Ziekenfonds 'Noord-Limburg' betaalde productie Fysiotherapie 1979-1983.

periode	aantal zittingen	gem.duur zitting in minuten	totale productie in uren	prijs per uur in guldens	totale kosten fysiotherapie (x f. 1000,-)
1979	292.658	31,7	154,8	48,88	7.569
1980	283.178	29,6	140,0	53,52	7.495
1981	298.246	27,5	136,8	53,52	7.326
1982	304.378	27,5	139,9	56,40	7.892
1983	301.520	27,8	139,7	56,79	7.939

Bron: Ziekenfonds 'Noord-Limburg'.

Kijken we naar de ontwikkeling van de samenstelling van een zitting over de periode 1979-1983, dan zien we een continue toename van het aantal minuten oefen- en massagetherapie per zitting bij een continue daling van het aantal minuten applicaties per zitting. In 1979 werd in 89,4% van de zittingen oefen- en massagetherapie gegeven terwijl dat in 1983 in 95,9% van de zittingen het geval was. De begeleidingstijd aan huis of in inrichtingen laat een sterke stijging zien. Was er in 1979 bij 1,3% van de

zittingen sprake van begeleidingstijd, in 1983 werd bij 8,8% van de zittingen begeleidingstijd gedeclareerd.

Tabel 3 Gemiddelde samenstelling van zitting fysiotherapie 1979-1983 in minuten.

periode	oefen- en massage-therapie	appli-caties	totale behandel-duur	begelei-dingstijd aan huis/ inricht.	totale begelei-dingstijd	totale duur zitting
1979	17,9	10,6	28,5	0,1	3,1	31,7
1980	18,3	7,4	25,8	0,8	3,8	29,6
1981	18,8	4,7	23,5	1,0	4,0	27,5
1982	19,0	4,3	23,4	1,1	4,1	27,5
1983	19,1	4,2	23,4	1,3	4,3	27,8

Bron: Ziekenfonds 'Noord-Limburg'.

Uit tabel 4 blijkt dat de genomen maatregelen geleid hebben tot een structureel lager aanbod van patiënten. Het aantal verwezen patiënten daalde in 1980 ten opzichte van 1979 met 24,7% om zich in de daaropvolgende jaren te stabiliseren op een niveau 15% beneden dat van 1979.

Tabel 4 Overzicht van de waarden van de variabelen uit de vergelijking van de vraag naar fysiotherapie 1979-1983.

periode	AVP	AM	AZPM	DZ	gem. aantal gemachtigde zittingen per machtiging
1979	12.486*	1,9*	12,3*	31,7	16,9
1980	9.403	2,3	13,0	29,6	14,8
1981	10.333	2,3	12,5	27,5	13,9
1982	10.077	2,4	12,5	27,5	13,7
1983	10.585	2,3	12,2	27,8	13,6

* Geschat op basis van machtigingen betreffende 50% van de zittingen.
Bron: Ziekenfonds 'Noord-Limburg'.

Naar de oorzaak van deze ontwikkeling kunnen we slechts gissen, daar er geen gegevens beschikbaar zijn, die een inzicht geven in de aard van het patiëntenaanbod. Gedurende 1980 is men namelijk bij genoemd Ziekenfonds overgegaan op een nieuw diagnosecoderingssysteem, zodat een vergelijking met 1979 niet mogelijk is. Een mogelijke verklaring is dat de verwijzers

door de beheersingsmaatregelen bewuster naar fysiotherapie zijn gaan verwijzen. Aanwijzingen hiervoor kunnen worden gevonden in de toename van het gemiddelde aantal machtigingen per verwezen patiënt, als ook in de daling van het gemiddelde aantal gemachtigde zittingen per machtiging. Verder zou ook nog de toename van het gemiddeld aantal zittingen per patiënt in deze richting kunnen wijzen. (Alleen patiënten met voldoende ernstige aandoening worden verwezen).

Tabel 5 Kosten van fysiotherapie per patiënt 1979-1983.

periode	gem. aant. zittingen per verwezen patiënt (AMxAZPM)	gem. duur zittingen in minuten (DZ)	gem. aant. minuten per patiënt (AMxAZPMxDZ)	tarief per minuut in guldens	gem. kosten per verwezen patiënt in guldens
1979	23,4	31,7	742,5	0,81	605
1980	30,1	29,6	893,2	0,89	796
1981	28,8	27,5	793,0	0,89	707
1982	30,0	27,5	827,7	0,94	778
1983	28,0	27,8	778,6	0,94	737

Bron: Ziekenfonds 'Noord-Limburg'.

Het gemiddeld aantal zittingen per verwezen patiënt is in 1980 ten opzichte van 1979 gestegen met 28,6%. In combinatie met een vrij lange gemiddelde zittingsduur resulteert dit voor 1980 in gemiddeld 893 minuten fysiotherapie per verwezen patiënt, hetgeen een stijging betekent van 24,3% ten opzichte van 1979. Ondanks de eerder geopperde mogelijke verklaringen, kunnen wij ons bij deze cijfers niet aan de indruk onttrekken dat door de fysiotherapeuten gepoogd is om bij het verminderde patiëntenaanbod toch nog een redelijk productieniveau te halen.

Illustratief voor het hier aangeduide verschijnsel zijn de cijfers in tabel 6. Wanneer in een jaar ten opzichte van het voorgaande jaar het aantal verwezen patiënten toeneemt, daalt het gemiddeld aantal zittingen en minuten per patiënt ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij een daling doet zich het omgekeerde voor. Er kan gesteld worden dat een bewuster gedrag van de verwijzer en een streven naar een bepaald productieniveau door de fysiotherapeut elkaar als verklaringen van de genoemde veranderingen in de productiegegevens niet hoeven uit te sluiten. In dit verband kunnen ook, als een moeilijk te identificeren factor, de controle-activiteiten van het ziekenfonds op het gebied van de fysiotherapie genoemd worden. Want met de nieuwe honoreringsstructuur van 1 oktober 1979 kregen de ziekenfondsen ook een nieuw contrôle-instrument.

Tabel 6 Ontwikkeling van aantal verwezen patiënten, gemiddeld aantal zittingen en minuten per patiënt 1979-1983.

periode	aantal verwezen patiënten	% verandering t.o.v. vorig jaar	gem.aant. zittingen per patiënt	% verandering t.o.v. vorig jaar	gem.aant. minuten per patiënt	% verandering t.o.v. vorig jaar
1979	12.486		23,4		742,5	
1980	9.403	- 24,7	30,1	+ 28,6	893,2	+ 20,3
1981	10.333	+ 9,9	28,8	- 4,3	793,0	- 11,2
1982	10.077	- 2,5	30,0	+ 4,2	827,7	+ 4,4
1983	10.585	+ 5,0	28,0	- 6,7	778,6	- 5,9

Bron: Ziekenfonds 'Noord-Limburg'.

7 Conclusies en aanbevelingen

In het gepresenteerde model treedt de aanbodcapaciteit van fysiotherapie (ACF) op als bovengrens van het productievolume (PVF). In het verleden heeft de aanbodcapaciteit nog geen stringente restrictie gevormd voor het productievolume van fysiotherapie. De ontheffing van de ziekenfondsen van de overeenkomstenplicht in geval van overschrijding van de vestigingsnorm heeft de groei van de aanbodcapaciteit afgeremd. Om daadwerkelijk de aanbodcapaciteit van fysiotherapie te kunnen beheersen dient zowel een instrument gecreëerd te worden om overschrijdingen van de vestigingsnorm te corrigeren als een maximale behandeltijd per jaar per fysiotherapeut te worden vastgesteld.

Als gevolg van de beperkende maatregelen aan de vraagkant is het productievolume fysiotherapie ten laste van het ziekenfonds 'Noord-Limburg' in de periode 1979-1983 gedaald met negen procent. Door een stijging van de tarieven met zestien procent resulteert voor 1983 een kostenstijging van vijf procent ten opzichte van 1979. De belangrijkste factor in die volumedaling is de daling van het aantal verwezen patiënten met vijftien procent. De daling van het gemiddelde aantal minuten applicaties per zitting vormt een tweede belangrijke factor. Er hebben zich ook krachten ontwikkeld, die de volumedaling afgeremd hebben, te weten:

- de toename van het gemiddeld aantal zittingen per patiënt;
- de toename van het gemiddeld aantal minuten begeleidingstijd aan huis of in inrichting per zitting.

Geconstateerd kan worden dat in de periode 1979-1983 het behandelpatroon bij fysiotherapie veranderd is door externe invloeden.

Om een gerichter en bewuster gebruik van de fysiotherapie in de gezond-

heidszorg te bevorderen is simultane actie benodigd op drie beleidspunten. In de eerste plaats denken we aan het afremmen dan wel terugdringen van het aantal verwijzingen naar de fysiotherapie. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een systeem, waarbij hogere gemiddelde kosten per patiënt voor medische zorg in een huisartspraktijk leidt tot een lagere dan gemiddelde honorering per patiënt van de huisarts (uiteraard rekening houdend met eventueel verzwarende factoren).

In de tweede plaats moet gewerkt worden aan het ontwikkelen van protocollen voor de behandeling van voor fysiotherapie verwezen patiënten. Een eerste aanzet hiertoe kan gevonden worden in de registratiesystemen voor de fysiotherapie van de ziekenfondsen.

Naast bovenstaande voornamelijk op kostenbesparing gerichte activiteiten dient ons inziens meer onderzoek gedaan te worden naar de inhoudelijke aspecten van de fysiotherapie, zodat de beleidsvorming betreffende fysiotherapie mede gebaseerd kan worden op inhoudelijke aspecten. Enerzijds wordt hierbij gedacht aan effectiviteitsonderzoek (Mackenbach 1984), anderzijds aan onderzoek van de mogelijkheden van de fysiotherapie als substituut voor andere vormen van gezondheidszorg. Daarbij is het zeker van belang te bedenken dat de fysiotherapeutische hulpverlening per tijdseenheid relatief goedkoop is. Bij welke medische hulpverlener kun je terecht voor minder dan f.56,80 per uur?

LITERATUUR

KERKHOFF A.H.M. en M.P. HAGENSTEIN (1983), Sturen met de Geldkraan. Medisch Contact 7, pp. 185-189.

MACKENBACH J.P. (1984), Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapie is zeker mogelijk. TNO-Project 84-2, pp. 62-63.

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEHYGIËNE (1980), Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. Leidschendam.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1983), Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam.

REYDEN, J. VAN DER (1983), Een visie op gezondheidszorg, Fysiovisie, pp. 3-6.

11

INVOERING VAN EEN EERSTELIJNSPROGRAMMA TER PREVENTIE VAN HART- EN VAATZIEKTEN.

D.L.M. Schraven en J.W. van Ree

1 Inleiding

Hoewel de meeste huisartsen zich hiervan nauwelijks bewust zijn, geven zij de gehele dag door preventieve adviezen die moeten voorkomen dat patiënten ziek of nog zieker worden. Gestructureerde preventie echter komt in de huisartspraktijk moeilijk van de grond. Gezien de aanwezigheid van allerlei belemmerende factoren is dit begrijpelijk. Zo zijn huisartspraktijken door hun overwegend curatieve gerichtheid, wat outillage en administratieve voorzieningen betreft in het algemeen onvoldoende toegerust voor systematische, preventieve werkzaamheden. Het abonnementshonorarium werkt bovendien weinig stimulerend. Vanwege de bestaande huisarts-patiënt relatie en de mogelijkheid bestaande curatieve contacten te benutten als entree tot preventief gerichte activiteiten, verkeert de huisarts evenwel in een unieke positie om preventief te werken (Kasl 1978).

Op het gebied van preventie van hart- en vaatziekten is al het nodige onderzoek verricht. Het betreft meestal geïnteresseerde en enthousiaste vakgenoten, die door grote persoonlijke inzet, bemoedigende maar ook tot nadenken stemmende resultaten behaalden (Boot 1979; Van der Feen 1977; Van Ree 1981; Van Weel 1981). Bevindingen uit deze en andere studies en ervaringen opgedaan in het zogenaamde CB-hartproject (1976, 1977) waren de aanleiding om, op voorspraak van de ministeriële commissie Vorst (Vorst 1980), 24 huisartspraktijken de mogelijkheid te bieden een opsporingsprogramma van risicofactoren voor hart- en vaatziekten uit te voeren: het RIFOH-huisartsenproject [1] (zie bijlage 1). Belangrijke aspecten van dit programma is de rol van de praktijkassistente bij de uitvoering, en de technische en administratieve ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg. Een, op initiatief van het NHG opgezette studie ter evaluatie van dit project, spitst zich toe op de uitvoerbaarheid van het programma in de verschillende praktijken en op vaststelling van de resultaten op wat langere termijn dan de in het RIFOH-programma gestelde vier maanden.

In dit artikel ligt de nadruk op de eerste fase van dit meerjarige project. Onderzocht is hoe de invoering van een dergelijk systematisch preventief programma in de huisartspraktijk verloopt en wat de invloed is van de vergaande inschakeling van de doktersassistente en de ondersteuning vanuit de basisgezondheidsdienst op de uitvoerbaarheid.

2 Methode en deelnemers aan het onderzoek

Het evaluatie-onderzoek is uitgevoerd in de 24 deelnemende huisartspraktijken en voor een deel ook in de zes ondersteunende basisgezondheidsdiensten (BGD's), te weten vijf consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding die zelf ook een dergelijk programma uitvoeren, en de GG en GD Rotterdam. Voor de evaluatie van de beginfase zijn gegevens verzameld uit de volgende bronnen:

- persoonlijke contacten; de onderzoeker was zoveel mogelijk aanwezig bij gezamenlijke bijeenkomsten en bezocht alle praktijken een aantal keren;
- enquêtes; aan de deelnemende huisartsen en assistentes zijn drie enquêtes voorgelegd: vóór en na de voorbereidingscursus en vijf maanden na de start van het project;
- logboek; de assistente registreerde dagelijks haar bezigheden voor het project, inclusief gepleegd overleg en eventuele problemen.

Hoewel op cijfers gebaseerd, worden de resultaten in meer algemene bewoordingen gepresenteerd. Cijfermatige bespreking van de diverse gegevens over betrekkelijk kleine aantallen lijkt ons niet zinvol.

Er waren voldoende huisartsen die zich naar aanleiding van publicaties (onder meer in Medisch Contact) voor deelname aanmeldden. Vierentwintig huisartspraktijken werden geselecteerd; vier rondom elke deelnemende BGD. Selectie vond plaats op basis van praktijkgrootte, afstand tot de BGD, beschikbaarheid van ruimte en tijd bij de assistente en een bruikbaar patiënten-registratiesysteem. Na de selectie hebben twee praktijken zich teruggetrokken. In de tweeëntwintig die over bleven zijn alle praktijkvormen (solo-, duopraktijk en gezondheidscentrum) vertegenwoordigd.

Behalve dat het preventieve karakter van het programma de huisartsen aansprak, werden ook andere motieven genoemd om mee te doen: behoefte aan verandering, vergoeding voor het werk en de gemotiveerdheid van de assistente. Ook bezwaren tegen een dergelijk preventief programma, zowel praktisch als meer principieel, werden door bijna alle huisartsen genoemd.

3 Voorbereidingsfase

Door de regionale RIFOH-teams van de BGD's werden afzonderlijk cursussen verzorgd voor huisartsen en assistentes ter voorbereiding van de invoering. Hierin werd onder meer aandacht besteed aan achtergronden van hart- en vaatziekten, theorie over risicofactoren, voedingsleer en uiteraard de gang van zaken in het project. Ondanks het soms zeer wisselend uitgangsniveau van kennis en kunnen, leverde het bijbrengen van de benodigde theorie en vaardigheden weinig problemen op. Het merendeel van de

assistentes was goed te spreken over inhoud en opzet van de cursus.

Door de deelnemers werd bepleit in het vervolg vooraf een beter inzicht in het totaal der werkzaamheden te geven en een ruimere mogelijkheid om zelf - onder begeleiding - met het onderzoek proef te draaien.

Voorafgaand en grotendeels parallel aan de cursus werd in verschillende praktijken gestart met de voorbereidingen voor het programma. De introductiebijeenkomst bleek voor veel huisartsen, ondanks de informatie vooraf, tamelijk onthullend te zijn geweest. Velen realiseerden zich toen pas de centrale rol van de assistente en de daaruit voortvloeiende consequenties die deelname aan het project voor de praktijk had: afwezigheid van de assistente tijdens de cursus en het door de assistente min of meer ongestoord kunnen werken aan het project. Afhankelijk van de specifieke omstandigheden was de huisarts geheel vrij het programma in de praktijk in te passen. Tussen praktijken onderling was er overleg over mogelijke oplossingen.

In negen van de tweeëntwintig praktijken koos men voor inschakeling van de echtgenote van de huisarts (in twee gevallen naast de praktijkassistente). In de overige dertien praktijken werd een praktijkassistente met de uitvoering van het project belast, wat in vier daarvan uitbreiding van de werktijd met zich mee bracht. Voor (mede)uitvoering van het project door de echtgenote werd meestal bewust, echter soms ook noodgedwongen gekozen. Soms werd de echtgenote geschikter geacht voor de taak dan de assistente; ook achtte men de kans op tussentijds vertrek van de assistente in enkele gevallen groot. Verder speelde een rol dat daardoor uitvoering in de avonduren mogelijk werd, en tenslotte kwam het voor dat een assistente onmogelijk vrij te maken was voor deze extra taken. Als dan bovendien de echtgenote dit werk leuk vond, was een keuze snel gemaakt. Opvallend was, dat in zes van de zeven apotheekhoudende praktijken de echtgenote werd ingeschakeld.

In de loop van de cursus werden de voor de praktijk noodzakelijke voorbereidingen en de beste aanpak ervan onderling besproken: aanschaffing van noodzakelijke materialen; opmaken van het praktijkbestand van 35-55 jaar, met eventuele markering van patiëntenkaarten; afspraken tussen huisarts en assistente over tijd en plaats van onderzoeken; wijze van benadering van de doelgroep. De BGD bood waar mogelijk haar hulp aan, maar aangezien het vaak de huisartspraktijk aangaande zaken betrof was deze inbreng beperkt.

Enquêtegegevens wijzen uit dat de voorbereidingen voor het overgrote deel bij de RIFOH-assistente hebben berust. Indien de echtgenote van de huisarts betrokken was bij het project bleek het aandeel van de huisarts in de voorbereidingen groter te zijn. In dit geval was ook het overleg tussen huisarts en uitvoerende assistente in de beginfase zeer veel frequenter. Vijfentwintig van de achtentwintig huisartsen beoordeelden aan de vooravond van het daadwerkelijk uitvoeren van het project de praktijk

als (grotendeels) startklaar, tegenover tien van de achttien praktijkassistentes en alle echtgenotes. Zes assistentes en één van de echtgenotes maakten zich zorgen of men wel redelijk ongestoord aan het project zou kunnen werken of vreesden een te grote werkbelasting.

4 De invoering in de praktijk

4.1 Organisatorische aspecten

In geen enkele praktijk bleek het haalbaar (of wenselijk) de onderzoeken meteen tijdens het spreekuur of na uitnodiging van de patiënt uit te voeren. In alle gevallen werden daarvoor speciale tijden gereserveerd. Zes praktijkassistentes zagen kans de preventieve onderzoeken en adviezen op bepaalde rustige uren van de dag te plannen, min of meer tussen het andere praktijkwerk door; alle anderen reserveerden hiervoor één of meer halve dagen. De uitnodiging van spreekuurbezoekers voor deelname werd naar keuze door de assistente en/of huisarts verricht.

Ongeveer de helft maakte gebruik van speciaal ontworpen informatiestencils. In alle praktijken voerde de assistente de screeningsonderzoeken en de adviseringen geheel zelfstandig uit. In de prille beginfase was er intensief contact tussen assistentes en medewerksters van de BGD. Afspraken over de verzameling van computerstroken en bloedmonsters en verschaffing van bepaalde materialen door de BGD werden per regio voor zover mogelijk bijgesteld. Daarna resteerde de mogelijkheid om bij problemen op deze instantie een beroep te doen.

4.2 Beginervaringen van de assistentes

De animo van patiëntenzijde was veelal groter dan de capaciteit van de uitvoerders. In de praktijken wist of leerde men het grote aanbod goed te reguleren. Duidelijk werd dat de mogelijkheden voor de uitvoering van het project in de praktijken nogal uit elkaar lagen. Daar waar de assistente tijdens de uitvoering van de preventieve onderzoeken niet belast was met praktijktaken èn de beschikking had over een eigen werkruimte, slaagde zij er al snel in een bepaalde ervaring op te doen. Het vrij ingewikkelde programma werd snel geleerd en de eigen gekozen opzet werd zonodig bijgeschaafd. Waar de mogelijkheden in tijd en ruimte wat meer beperkt waren kon, dankzij goed overleg en duidelijke afspraken, het RIFOH-project zich een vaste plaats in het praktijkgebeuren verwerven. In een vijftal praktijken bleken de omstandigheden toch dermate ongunstig, dat het project slechts moeizaam op gang kwam. Tijdgebrek van de assistente kon soms alsnog worden opgevangen door werktijduitbreiding of inschakeling van een extra assistente. Het ruimteprobleem bleek echter het moeilijkst op te

lossen. Goede samenspraak tussen huisarts en assistente ter verbetering van mogelijkheden bleek niet altijd mogelijk. In één praktijk leidde dit er zelfs toe dat ondanks het enthousiasme van de assistente het project uiteindelijk dood bloedde.

Alle assistentes bleken vanaf het begin goed in staat tot zelfstandige uitvoering. Maar zelden behoefde men een beroep te doen op de huisarts. Er werd met zeer veel enthousiasme gewerkt. De hoeveelheid administratie was nog wel eens aanleiding tot kritische geluiden. Een nauwkeurige planning voor de extra werkzaamheden was vaak noodzakelijk. Het wegblijven van patiënten, abnormale omstandigheden zoals ziekte van ander personeel, drukte tijdens een griepepidemie, en waarneming voor andere praktijken bleken vaak vervelende consequenties te hebben voor de uitvoering. Wisseling van assistente had in de beginperiode eenmaal plaats. Dankzij goede eigen inzet en ruime hulp van de BGD bleek het echter goed mogelijk tussentijds extra opleiding te verzorgen.

4.3 De bereikte praktijkpopulatie

De totale doelpopulatie in de 22 praktijken bedraagt 22.730 personen. De te onderzoeken populatie per praktijk loopt uiteen van 435 tot 2.392 personen, afhankelijk van praktijkgrootte en leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie. Vooral de afwijkende leeftijdsopbouw is er de oorzaak van geweest dat de doelpopulaties gemiddeld zeventien procent groter uitvielen dan gepland was. In het eerste kwartaal werd door de praktijken gemiddeld zeven procent van de doelpopulatie voor het eerste onderzoek gezien. In het tweede kwartaal was dat zelfs acht procent, terwijl er toen ook hoogrisicodragers voor heronderzoek na vier maanden retour kwamen.

4.4 Evaluatie van de start

Enige maanden na het begin van het project is de huisarts en assistente gevraagd terug te blikken op de beginperiode. Driekwart van de betrokkenen vond dat de start gemakkelijk was verlopen. Op één na beoordeelden alle huisartsen achteraf de getroffen voorbereidingen als voldoende, tegen eenentwintig van de vijfentwintig assistentes. Tweederde van de assistentes was tevreden over de cursus als voorbereiding op wat zou volgen. Alle 26 assistentes en 21 van de 27 huisartsen beoordeelden de samenwerking met de BGD in de aanloopfase als (erg) vruchtbaar. Over de samenwerking in de periode daarna waren twintig assistentes en achttien huisartsen goed te spreken.

5 Beschouwing

Er blijkt bij huisartsen interesse te bestaan voor preventie van hart- en vaatziekten door het actief opsporen van hoogrisicodragers, gezien de reacties op de aankondiging van het RIFOH-huisartsenproject.

Huisartsen van tweeëntwintig praktijken kregen de kans aan het programma mee te doen. Zij hebben ervaren dat systematische preventie in de huisartspraktijk mogelijk is, maar weten nu dat het beslist niet vanzelf gaat. Opleiding van de assistente voor de uitvoering van het programma blijkt goed mogelijk. Tevens blijkt de continue ondersteuning bij de technische uitvoering van het project - evenals de cursus verzorgd door een basisgezondheidsdienst - naar wens te verlopen en wordt het door de praktijkassistente zeer gewaardeerd dat zij terug kan vallen op deskundigen.

Een kwetsbaar punt blijkt echter de inpassing van het programma in de bestaande praktijkvoering. De eisen betreffende beschikbare tijd en ruimte gaven de meeste beperkingen. Eén van de oplossingen die men hiervoor gebruikte was inschakeling van de echtgenote van de huisarts. Deze keuze garandeerde veelal een soepele start van het project. Het is echter de vraag of deze werkwijze niet ten koste gaat van de integratie van de preventie in het gehele praktijkgebeuren. Hoewel de gekozen wijzen van inpassing van het project in de praktijkvoering misschien niet altijd ideaal lijken te zijn, is de vrije hand die de huisarts hierin had de uitvoerbaarheid van het project als geheel zeker ten goede gekomen.

Van de tweeëntwintig gestarte praktijken heeft er slechts één af moeten haken, dit ondanks de toch niet geringe moeilijkheden die zich in een aantal andere praktijken voordeden. Een deel van de opgetreden problemen zijn terug te voeren op het feit dat een aantal huisartsen vooraf een onvoldoende beeld hadden van de consequenties die deelname aan het project had. Hiertoe hoort vooral het beslag wat gelegd wordt op de assistente. Dat er momenteel in eenentwintig praktijken enthousiast aan het project wordt gewerkt is te danken aan een viertal factoren. In de eerste plaats de uitgebreide belangstelling van patiëntenzijde. Maar zeker ook het enthousiasme van de assistentes die de grote eigen verantwoordelijkheid en de zelfstandige contacten met patiënten zeer waardeerden. Als derde noemen we de ondersteuning en coördinatie van buiten de huisartspraktijken, te weten door de BGD's. De vierde factor is de flexibiliteit van de huisartspraktijk, die zich onder andere uitte in de mogelijkheden tot het scheppen van voorwaarden zoals het inzetten van hulpkrachten.

Geconcludeerd kan worden dat er voor structurele preventie op het gebied van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk goede mogelijkheden zijn, maar dat het niet 'zomaar' gaat. Ondersteuning vanuit een coördinerende instantie lijkt wenselijk, terwijl vooral de aanwezigheid van voldoende praktijkassistentie van essentiële betekenis lijkt te zijn.

NOOT

[1] RIFOH staat voor: Risico Factoren Opsporing Hart- en vaatziekten.

BIJLAGE 1 Het RIFOH-huisartsenproject in het kort.

- Gestandaardiseerd programma ter opsporing en terugdringing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten.
- Uitvoering in 24 huisartspraktijken, met technische en administratieve steun van zes regionale basisgezondheidsdiensten, in casu vijf consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding en één GG en GD.
- Het programma wordt uitgevoerd door de praktijkassistente, onder supervisie van de huisarts. Beiden hebben hiertoe een speciale voorbereidingscursus gevolgd.
- Onderzoekspopulatie: mannen en vrouwen van 35-55 jaar.
- Te onderzoeken risicofactoren: cholesterolgehalte, bloeddruk, roken, gewicht. Andere belangrijke gegevens worden eveneens geïnventariseerd.
- Op basis van de uitslag van het eerste onderzoek volgt indeling van de onderzochte personen in 4 risicogroepen.
- Groep 1, 2 en 3 krijgen een schriftelijk advies, groep 4 - hoogrisico - wordt door de praktijkassistente ten aanzien van de verhoogde risicofactoren, na oproep, mondeling geadviseerd.
- De hoogrisicogroep wordt na 4 maanden nogmaals onderzocht en zonodig geadviseerd.
- De te onderzoeken personen worden niet opgeroepen, maar benaderd bij toevallig spreekuurbezoek, ook wel casefinding genoemd.
- Geplande tijdsduur van het programma per onderzochte groep:

groep 1, 2, 3, 4	- basisonderzoek (incl. administratie)	40 min.
groep 4 (25%)	- advies	20 min.
	- heronderzoek na 4 mnd. (incl. administratie)	40 min.

- Vergoeding voor de huisarts per onderzochte: f. 42,-.
- Duur project in de praktijk: 2-3 jaar. In geval van een normpraktijk en 75% deelname komt dit neer op 140 te onderzoeken personen per jaar, hetgeen betekent ± 5 contacten per week.
- De huisarts neemt na 4 maanden de zorg voor de groep met een verhoogd risico op zich, handelend naar eigen inzicht.

LITERATUUR

BOOT, C.P.M. (1979), Risicofactoren voor coronaire hartziekten: Screening en interventie in de huisartspraktijk. Leiden.

CB HART-PROJECT. Diverse publicaties. Hart Bulletin, 1976-1977.

FEEN, J.A.E. VAN DER (1977), Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts. Rotterdam.

KASL, S.V. (1978), A social-psychological perspective on succesfull community control of high blood pressure: a review. Journal of Behavioral Medicine 4, pp. 347-381.

PROTOCOL VOOR RISICOFACTOREN OPSPORING HART- VAATZIEKTEN (RIFOH) IN HUISARTSPRAKTIJKEN (1982). 's-Gravenhage.

REE, J.W. VAN (1981), Het Nijmeegs Interventieproject. Nijmegen.

VORST, F.A. (1980), Nota van de werkgroep inzake de ontwikkeling van een extramurale voorziening ten behoeve van de preventie van hart- en vaatziekten.

WEEL, C. VAN (1981), Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Rotterdam.

12

DE HUISARTS, EEN VOORBEELD VOOR DE PATIËNT?

L. de Witte en H. Adriaanse

1 Inleiding

De Nederlandse huisartsen hebben in een aantal opzichten een ongezondere leefwijze dan de gemiddelde bevolking. Dit is een uit diverse onderzoeken bekend gegeven (Adriaanse et al., 1984; Lens 1984). Daarenboven is bekend dat huisartsen volgens velen - waaronder ook de eigen beroepsgroep - een belangrijke invloed hebben op het gezondheidsgedrag van patiënten (Halfens et al., 1984). In dit verband wordt door vele auteurs de rol van de arts als voorbeeld voor de patiënt belangrijk genoemd. In deze bijdrage [1] wordt ingegaan op de opvattingen van Nederlandse huisartsen over hun voorbeeldfunctie ten aanzien van het gezondheidsgedrag en op de samenhang van deze opvattingen met het eigen gezondheidsgedrag. Wat vinden Nederlandse huisartsen van een voorbeeldfunctie en in hoeverre zijn deze opvattingen congruent met het gerapporteerde gezondheidsgedrag? De hier gebruikte gegevens zijn verkregen in een landelijk survey in 1983 onder honderd huisartsen. Dit survey maakte deel uit van het project 'Gezondheid, een panelstudie', dat in 1981 gestart werd met een steekproef uit de algemene bevolking, en een drietal steekproeven uit de beroepsgroepen huisartsen, wijkverpleegkundigen en leerkrachten. In 1983 werden dezelfde groepen opnieuw voor een interview benaderd, waarbij vanwege uitval van negenendertig huisartsen de groep werd aangevuld tot honderd. Van de zo ontstane onderzoekspopulatie heeft dus 61% ook in 1981 deelgenomen, waardoor niet gesteld kan worden dat de gegevens representatief zijn voor de beroepsgroep in Nederland als geheel. Anderzijds vormen de respondenten geen omschreven selectie uit de populatie; zowel in 1981 als in 1983 werden de respondenten via een random procedure uit de populatie getrokken. In deze bijdrage worden naast de gegevens van de huisartsen ook gegevens gebruikt uit de panelstudie onder de algemene bevolking [2].

2 De voorbeeldfunctie in de literatuur

Door verschillende auteurs wordt de functie van de arts als voorbeeld voor het publiek respectievelijk zijn patiënten, beschreven dan wel bepleit. De voorbeeldfunctie van de arts wordt soms gezien als een taak die

de arts feitelijk vervult; nagegaan wordt dan bijvoorbeeld in hoeverre de medische professie het geven van een voorbeeld wat betreft gezondheidsgedrag tot zijn taak rekent. Vooral met betrekking tot roken is dit nogal eens onderzocht. In een aantal landen is gebleken dat artsen het tot hun verantwoordelijkheid rekenen, het goede voorbeeld te geven door niet te roken (Noll 1969; CDC 1977; Jamrozik & Fowler 1982; Abelin 1975). Nederland lijkt op dit gebied tot nu toe een uitzondering te vormen (Dekker 1982). Een zelfde type onderzoek heeft ook, hoewel minder frequent, plaats gevonden voor andere gezondheidsgedragingen (Brachfield 1978).

De voorbeeldfunctie van de arts komt ook naar voren in bijdragen waarin auteurs de verschillende educatieve taken van de arts conceptualiseren. In deze benadering wordt, temidden van belangrijke andere functies, de voorbeeldfunctie steeds genoemd (Yarrow 1975; Rosen & Ashley 1978). Soms wordt de voorbeeldfunctie zelfs centraal gesteld.

Een derde manier waarop de voorbeeldfunctie naar voren komt is met het al dan niet op argumenten gebaseerde pleidooi, gericht aan de professie, om de educatieve aspecten van de beroepsuitoefening toch met hart en ziel in te vullen. Zo stelt Shangold in haar veel geciteerde artikel 'Do as I say and not as I do': 'Teaching by example is the most fundamental educational technique. The medical profession has created a large credibility gap with the general population by the failure of its members to practice what they preach' (Shangold 1979). Vergelijkbare opvattingen worden ook door anderen verwoord (Backett 1980; Halhuber 1978; Baeyens 1980).

3 Het gezondheidsgedrag van huisartsen in de literatuur

Over het gezondheidsgedrag van Nederlandse huisartsen is weinig bekend. Het meest onderzochte gedragsaspect is het roken. Uit de op dit gebied verrichte studies komt naar voren dat er onder de huisartsen wat meer rokers zijn dan in de algemene bevolking (Vandenbroucke et al., 1981; Dekker 1982; Lens 1984). In veel andere landen blijken artsen duidelijk minder te roken (Rosen & Ashley 1978; USDHHS 1980).

Lens onderzocht recentelijk ook een aantal andere gezondheidsgedragingen van Nederlandse huisartsen (Lens 1984). Hij vond dat huisartsen weinig sporten, dat zij in vergelijking met de algemene bevolking meer alcohol lijken te gebruiken, dat zij regelmatiger naar de tandarts gaan en dat bij hen minder overgewicht voorkomt dan bij de algemene bevolking.

4 Resultaten

4.1 Opvattingen over een voorbeeldfunctie

In de interviews zijn zeventien items opgenomen betreffende een voorbeeldfunctie voor de huisarts. Deze bestrijken een breed terrein van gedragingen en verantwoordelijkheden. Van deze zeventien items hebben er zes expliciet betrekking op het belang van het eigen gezondheidsgedrag voor dat van de patiënt. In tabel 1 zijn deze items weergegeven met de gegeven antwoorden.

Tabel 1 Opvattingen van huisartsen over een voorbeeldrol met betrekking tot gezondheidsgedrag in 1983 ($n \geqslant 97$).

	mee eens %
- Met mijn eigen gezondheidsgedrag stel ik bewust een voorbeeld ten aanzien van mijn patiënten	22
- Als ik adviezen geef doet het er niet toe of ik zelf rook, het gaat erom dat ik vertel wat goed is voor mijn patiënten	62
- Het doet er niet toe hoeveel ik zelf drink, het gaat er om de jeugd duidelijk te maken dat ze niet te vroeg moeten beginnen met alcohol	52
- Mijn patiënten zien te weinig van mijn gezondheidsgedrag dat dit enige invloed zou kunnen hebben	70
- Hoeveel en wat ik eet heeft niets met mijn beroep te maken; mijn patiënten zien dat namelijk niet	51
- Mijn leefwijze buiten het werk is in geen enkel opzicht relevant voor mijn patiënten	58

Het is duidelijk dat niet alle huisartsen 'met hart en ziel' de (educatieve) voorbeeldfunctie zijn toegedaan. Nog geen kwart van de ondervraagde huisartsen hanteert het eigen gezondheidsgedrag bewust als voorbeeld voor de patiënten. Zelfs ten aanzien van riskante gewoonten als roken en drinken, vindt nauwelijks de helft van de huisartsen de voorbeeldfunctie van belang.

Over de antwoorden op de zes uitspraken in de tabel werd een factoranalyse uitgevoerd. Omdat deze analyse één algemene factor opleverde en de zes genoemde items een zekere mate van interne consistentie blijken te vertonen (Cronbach's alpha = 0,68) is een somscore voor de zes opvattingen samengesteld. De maximale range loopt van nul tot zes, waarbij een score van nul inhoudt dat betreffende respondent geen enkele voorbeeld-

functie ziet, terwijl een score van zes betekent dat op alle aspecten een voorbeeldfunctie onderkend wordt. Ook hieruit blijkt dat een meerderheid van de zevenennegentig huisartsen slechts in beperkte mate een voorbeeldfunctie onderkent: 22% scoort nul en ziet dus geen enkele voorbeeldfunctie; 17% scoort één, 19% twee, 15% drie, 12% vier, 13% vijf en 4% heeft een score van zes en onderkent daarmee een maximale voorbeeldfunctie. Ook uit de gemiddelde score van 2,3 (standaarddeviatie 1,8) blijkt dat de huisartsen zich slechts in geringe mate als voorbeeld zien voor hun patiënten.

4.2 Het gezondheidsgedrag van huisartsen

Het gezondheidsgedrag is op een tiental aspecten gemeten. Deze zijn in tabel 2 weergegeven. Per aspect is een norm vastgesteld voor gezond of ongezond, uitgedrukt in aantal koppen koffie per dag, suikergebruik daarbij, roken, gemiddeld aantal uren nachtrust, lichaamsgewicht en dergelijke. Wat de gehanteerde (Quetelet) gewichtsindex betreft dient opgemerkt te worden dat deze geen gezondheidsgedrag als zodanig weergeeft. Overschrijding van de gehanteerde norm indiceert dat de ongezonde toestand mede door het eetgedrag beïnvloed wordt. In de tabel wordt aangegeven het percentage artsen dat zich op deze aspecten 'gezond' gedraagt, in vergelijking met dezelfde gegevens van de algemene bevolking (afkomstig uit het onderzoek van Halfens et al., 1984). Ook wordt in deze tabel een vergelijking mogelijk van het gezondheidsgedrag van huisartsen met dat van personen uit de hoogste sociaal-economische klasse.

De tabel laat zien dat de ondervraagde huisartsen zich op de aspecten roken, alcoholgebruik en het gebruik van suiker en zoete tussendoortjes ongezonder lijken te gedragen dan de algemene bevolking. Het verschil is echter alleen voor alcoholgebruik significant. Op een aantal van de overige aspecten lijken zij zich gezonder te gedragen. Met name valt hier de tandverzorging op. Vergelijken wij de huisartsen met personen uit dezelfde hoogste sociaal-economische klasse, dan wordt het verschil in alcoholgebruik duidelijk kleiner, maar blijft significant. Het verschil in roken wordt iets groter, maar is toch niet significant.

Evenals in andere onderzoeken (Kannas 1981; Langlie 1979) blijken deze items onderling weinig samen te hangen (Cronbach's alpha = 0,17). Er is dus niet of nauwelijks sprake van een gegeneraliseerd gezondheidsgedrag, maar van huisartsen die zich op sommige aspecten gezond en op andere aspecten ongezond gedragen. Hoewel in dit opzicht de items wellicht willekeurig en in ieder geval onvolledig zijn, is toch een somscore berekend om de samenhang van gezondheidsgedragingen met de opvattingen van huisartsen over hun voorbeeldfunctie te kunnen nagaan. In deze totaalscore voor gezondheidsgedragingen is dus een aantal evident 'ongezonde' gedragingen opgenomen (bijvoorbeeld roken, alcohol), alsmede een aantal die

Tabel 2 Aantal huisartsen, de algemene bevolking en de hoogste sociaal-economische klasse (in percentages) die zich gezond gedragen op een tiental aspecten van gezondheidsgedrag.

	Huisartsen %	Algemene Bevolking %	Hoge sociaal ec. klasse %
- Regelmatig gebruik van ontbijt	87	80	91
- Niet te grote hoeveelheid koffie per dag	69	61	72
- Frequentie tanden poetsen	80	58**	63
- Frequentie tandartscontrôle	64	50	58
- Geen gebruik van zoete tusdoortjes	62	66	64
- Gebruik van weinig of geen suiker in de koffie	49	51	52
- Niet roken	44	50	55
- Gering alcoholgebruik	35	62**	58*
- Gemiddelde nachtrust	80	.	.
- Lengte/gewicht index (Quetelet)	91	.	.
	N = 97	N = 884	$54 \leqslant N \leqslant 106$

* significant ($p \leqslant .05$)
** significant ($p \leqslant .01$)
(.) geen gegevens voor de algemene bevolking beschikbaar.

een actief preventieve houding aangeven (bijvoorbeeld tandverzorging). Iedere respondent kreeg per gedragsaspect uit tabel 2 een code 1 bij 'gezond' en een code 0 bij 'ongezond'. Vervolgens werden de tien items opgeteld. De gemiddelde score is 6,6 (standaarddeviatie = 1,5). Bijna 60% van de 97 huisartsen heeft een score van zes of zeven. Eénentwintig procent scoort gezonder, dat wil zeggen acht of meer, en bijna twintig procent ongezonder, te weten drie, vier of vijf.

4.3 De relatie tussen opvatting voorbeeldfunctie en gezondheidsgedrag

Om na te gaan of er een samenhang is tussen de opvatting over een voorbeeldfunctie en de gezondheidsgedragingen van de huisartsen werd de Pearson correlatie-coëfficiënt berekend tussen de beide hiervoor beschreven somscores. Deze bleek slechts 0,19 te bedragen. Op grond hiervan kan geconcludeerd worden dat huisartsen die in hoge mate een voorbeeldfunctie onderkennen, zich, voor zover het de verschillende gedragingen tezamen

aangaat, niet duidelijk gezonder gedragen dan hun collega's die die voorbeeldfunctie niet zien.

Bekijken we deze relatie gedetailleerder, namelijk op het niveau van de tien gedragsitems, dan blijkt de zojuist geformuleerde conclusie ook voor de afzonderlijke gedragingen te gelden, echter met uitzondering van het roken: onder de huisartsen die voor zichzelf een duidelijke voorbeeldfunctie zien, zijn minder rokers dan onder de andere huisartsen.

In tabel 3 wordt deze uitkomst duidelijk zichtbaar. Hier zijn de scores op de tien gedragsitems gegeven voor de groep met een lage score (0-3) en de groep met een hoge score (4-6) op de voorbeeldfunctie-schaal. Uit de tabel blijkt dat een hoge score op de voorbeeldfunctie-schaal wel samen lijkt te gaan met op alle aspecten een iets gezonder gedrag, maar dat dit verschil alleen voor roken significant is.

Tabel 3 De relatie tussen de opvatting over een voorbeeldfunctie van de huisartsen en hun gezondheidsgedrag.

	onderkennen sterke voorbeeldfunctie (N = 27)	onderkennen geringe voorbeeldfunctie (N = 69)
regelmatig gebruik van ontbijt	93	84
hoeveelheid koffie per dag	70	69
frequentie tanden poetsen	85	78
frequentie tandartscontrôle	70	62
zoete tussendoortjes	67	59
suiker in de koffie	52	46
roken	70	36**
alcoholgebruik	41	33
gemiddelde nachtrust	82	80
lengte/gewicht index (Quetelet)	93	90
gemiddelde somscore	7,2	6,4

** significant ($p \leqslant .01$).

5 Discussie en conclusies

Zeker in het licht van de in de literatuur zo vaak bepleite voorbeeldfunctie voor de huisarts zijn de gepresenteerde uitkomsten bedroevend te noemen: slechts een beperkt aantal huisartsen ziet voor zichzelf een voorbeeldfunctie ten aanzien van gezondheidsgedrag weggelegd. Dit geldt zelfs voor specifieke aspecten als alcoholgebruik en roken, het meest

evident ongezonde aspect van gezondheidsgedrag. Als dezé resultaten ook gevonden zouden worden in een representatieve steekproef huisartsen, dan zou de Nederlandse huisarts zich in dit opzicht in ongunstige zin onderscheiden van zijn buitenlandse collegae.

Uit de gegevens over het gezondheidsgedrag blijkt bovendien dat de huisartsen in ons onderzoek ook met hun feitelijk gedrag in weinig opzichten het goede voorbeeld geven. Zij roken eerder meer dan minder dan de algemene bevolking en ze drinken in ieder geval meer dan de gemiddelde Nederlander tussen 21 en 64 jaar. Alleen wat betreft de gebitsverzorging gedragen zij zich significant gezonder dan de algemene bevolking.

Naast deze bevindingen die in grote lijnen overeenstemmen met eerdere gegevens in de literatuur (Vandenbroucke 1981) is de meest opvallende conclusie uit onze analyse dat een sterke opvatting over voorbeeldfunctie slechts zeer ten dele vertaald wordt in significant gezonder gedrag. Het besef een voorbeeldfunctie te vervullen vertoont alleen samenhang met het rookgedrag van de huisarts. Op grond van onze gegevens kan geen uitspraak gedaan worden over de richting van het verband, dus of het voorbeeldbesef het rookgedrag van de huisarts beïnvloedt.

Als wordt bedacht dat zowel de beroepsgroep zelf als de algemene bevolking de huisarts een relatief grote invloed op het gezondheidsgedrag van mensen toekennen (Halfens et al., 1984; Adriaanse et al., 1984) zou hier sprake kunnen zijn van een bedenkelijke situatie.

NOTEN

1 Het onderzoek werd gesuperviseerd door M.J. Drop.

2 Materiaalverzameling panelstudie bevolking door R. Halfens e.a.

LITERATUUR

ABELIN, T. (1975), Working with professional groups to increase priorities in smoking education. In: J. Stenfeld, et al., eds., Health consequences education, cessation activities and governmental action Vol. II, pp. 443-451. New York.

ADRIAANSE, H., M.J. DROP, K. DE MEY, W. VERBOOM en L. DE WITTE (1984), Gezondheidsopvattingen en beroepsuitoefening. Maastricht: Rijksuniversiteit, Capaciteitsgroep GVO.

BACKETT, M. (1980), Health education training for physicians. Symposium: 'The role of the physician in health education'. Luxemburg.

BAEYENS, J.B.E. (1980), Assessment of the part played by the general practitioner in health education. Symposium: 'The role of the physi-

cian in health education'. Luxemburg.
BRACHFELD, N.M.D. (1978), Jogging: the physician's role. Primary Cardiology 49, pp. 50-55.
CENTER FOR DISEASE CONTROL (1977), Smoking behaviour and attitudes of physicians, dentists, nurses and pharmacists. In: Morbidity and Mortality. Weekly Report 26, no. 23, p. 185.
DEKKER, E. (1982), De huisarts en het rookpatroon. In: Voordrachten van het symposium 'Trekt de rook langzaam op?', pp. 41-46. Stichting Volksgezondheid en Roken. Den Haag.
HALFENS, R., M.J. DROP en H. PHILIPSEN (1984), Leefwijzen en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlandse bevolking. Rijksuniversiteit Limburg, Nederland Oké.
HALHUBER, M.J. (1978), Uber das Rollenverständnis von Ärzten und Patienten. Ther. der Gegenwart 117/2, pp. 143-160.
JAMROZIK, K. & G. FOWLER (1982), Anti-smoking education in Oxfordshire General Practices. Journal of the Royal College of General Practitioners 32 (236), pp. 179-183.
KANNAS, L. (1981), The dimensions of health behaviour among young men in Finland. International Journal of Health Education 24, 3, pp. 146-155.
LANGLIE, J.K. (1979), Interrelationship among preventive health behaviors: a test of competing hypotheses. Public Health Report 3, pp. 216-225.
LENS, P. (1984), Zieke dokters. Utrecht: Bunge.
NOLL, E.C. (1969), Health professionals and the problems of smoking and health. Report 3. Physician's behavior, beliefs and attitudes toward smoking and health. Report on NORC Survey. University of Chicago.
ROSEN, C. & M.J. ASHLEY (1978), Smoking and the health professional: recognition and performance of roles. Canadian Journal of Public Health, 69, pp. 399-406.
SHANGOLD, M.M. (1979), Do as I say, and not as I do. Journal of Medical Education 54, p. 668.
USDHHS (1980), The health consequences of smoking for women. A report of the Surgeon General. Washington.
VANDENBROUCKE, J.P., F.J. KOK, A. MATROOS en E. DEKKER. (1981), Rookgewoonten van Nederlandse huisartsen vergeleken met die van de bevolking. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125 (1), pp. 4-6.
YARROW, A. (1975), Key health professionals as educators. In: U.S. Department HEW. Smoking and health proceedings II, pp. 423-428.

13

VERNIEUWING DOOR GVO? EEN ONDERZOEK IN DE WIJKVERPLEGING.

G.J. Muskens

Het Instituut voor Arbeidsvraagstukken van de Katholieke Hogeschool Tilburg (IVA) heeft in het najaar van 1983 voor de Nationale Kruisvereniging een onderzoek uitgevoerd naar gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) in het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden [1]. De resultaten van dit onderzoek worden hier besproken tegen de achtergrond van vernieuwingen van de wijkverpleging. GVO immers is een preventievorm en preventiestijl in de eerstelijnsgezondheidszorg die van tamelijk recente datum is. Deze is in de afgelopen jaren gaandeweg in de taken en functies van de wijkverpleging geïncorporeerd. Zelfs wanneer de verandering van taken en functies hiertoe beperkt was gebleven, dan is GVO een vernieuwende factor geweest. Het onderzoek omvatte een schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden van acht teams in de provincies Friesland, Zeeland en Limburg [2]. Het eigen oordeel over de frequentie en het belang van bepaalde GVO-activiteiten in de praktijk werd bevestigd in besprekingen met de teams die op de enquête zijn gevolgd. Van de 92 verzonden vragenlijsten ontvingen we er 90 geheel of gedeeltelijk ingevuld retour.

1 Wijkverpleging en GVO; resultaten van een onderzoek

Uit het onderzoek is gebleken dat GVO een belangrijk onderdeel van de taken en functie van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is. Vrijwel allen zeggen bepaalde GVO-activiteiten 'regelmatig' of 'bij vrijwel alle voorkomende gelegenheden' te verrichten. Het gaat hierbij, wat het onderzoek betreft, om antwoorden op vragen over afzonderlijke GVO-activiteiten. Deze vragen zijn afgeleid uit de algemene definitie van GVO die in het onderzoek is gehanteerd; deze is ook aan de respondenten voorgelegd ten einde hen inzake de terminologie te oriënteren. De algemene definitie luidt: GVO is de poging om door middel van gesprekken of andere vormen van communicatie het gezondheidsbesef van mensen, in dit geval de patiënten en cliënten in de wijk, te versterken en hen te informeren over gezond gedrag.

In deze definitie zitten twee hoofdelementen:

- de activiteiten die men verricht of wil verrichten;

- de communicatie die men daartoe moet voorbereiden en voeren met patiënten en cliënten.

De activiteiten die men verricht of kan verrichten zijn onderverdeeld in drie soorten, te weten:

- directe voorlichting aan patiënten en cliënten;
- GVO via groepsvoorlichting;
- deelname aan de voorlichtingsactiviteiten van andere hulpverleners of de voorlichtingsacties van andere instanties.

De eerste groep activiteiten verrichten de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (doorgaans) zelf en alleen. Het betreft voorlichting in een gesprek aan de eigen patiënten en cliënten over bijvoorbeeld de aard van een ziekte, klachten, problemen etc., over medicijngebruik, behandelingsplan, zelfzorg, mantelzorg en andere mogelijkheden tot hulpverlening. Deze voorlichting, die veelal verweven is met andere (curatieve) activiteiten, wordt door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden 'regelmatig' of 'bij vrijwel alle voorkomende gelegenheden' verricht. Het betreft alle mogelijke aspecten van de directe voorlichting aan patiënten en cliënten, behalve directe voorlichting die min of meer diagnostisch van aard is (zoals over de mogelijke duur van ziekten, klachten, problemen of hun mogelijke gevolgen), en informatie over de mogelijkheden die er voor patiënten en cliënten zijn tot lotgenotencontact, toetreding tot zelfhulpgroepen etc. Dit soort voorlichting doet men minder frequent ('een enkele keer'). De terughoudendheid wat dat betreft staat niet geheel op zichzelf. Ze zijn onderdelen van een patroon dat wij in het geheel van de GVO in de wijkverpleging konden terugvinden.

Zo blijkt dat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zich, relatief gezien, professioneel niet zo vrij voelen om hun GVO-activiteiten te verrichten. Ze voelen zich betrekkelijk gebonden aan overleg met medici, vooral als het gaat om medisch-diagnostische zaken. De geringe mate waarin geïnformeerd wordt over mogelijkheden tot lotgenotencontact is in verband te brengen met de volgende twee factoren. In de eerste plaats is in de praktijk de deelname aan GVO-acties en -activiteiten die andere instanties in de eigen wijk en woonplaats organiseren (zeer) gering. Dit kunnen acties zijn van bijvoorbeeld patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen, plaatselijk welzijnswerk, bejaardenzorg, RIAGG, GVO-werkplaats, scholen en dergelijke. In de tweede plaats wordt groepsvoorlichting niet of nauwelijks toegepast om emancipatoire doeleinden te realiseren die verder gaan dan de eigen gezondheid van de groepsleden en hun kinderen.

Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beperken (in grote lijnen) hun GVO-activiteiten tot directe verpleegkundige en begeleidende voorlichting aan hun individuele patiënten en cliënten. Naar hun mening vloeit deze beperking vooral voort uit de plattelandsachtergrond van hun praktijken. Het zou met name de beschutting, het isolement en het sociaal opzicht van de patiënten en cliënten in hun plattelandsomgeving zijn (op-

vang van zieken, ouderen en gehandicapten door familie en buren; afstand ten opzichte van lotgenoten en hun verenigingen; schaamte; iedereen kent iedereen), die de stimulering van lotgenotencontact of plaatselijke acties onnodig of ongewenst maken. Tevens is de afstand ten opzichte van stedelijke voorzieningen en organisaties te groot.

Ondanks de gememoreerde beperkingen en terughoudendheid mag niet geconcludeerd worden dat de verrichte GVO van minder belang is. De inzet voor de directe verpleegkundige en begeleidende voorlichting is groot; de betrokkenen menen dat ze op deze wijze direct bijdragen tot het behoud en de versterking van de gezondheid en de eigen verantwoordelijkheid van hun patiënten en cliënten. De teams bleken bereid actie te ondernemen om het GVO-aspect in hun werk te verduidelijken en te versterken, bijvoorbeeld via deelname aan bijscholingscursussen van de provinciale kruisverenigingen of algemene ondersteuning door GVO-consulenten. In twee van de drie provincies waar men hier mee bezig is blijkt de communicatie met de patiënten duidelijk verbeterd ten opzichte van de derde provincie.

Evenzeer zijn er, parallel aan de verschillen in het functioneren van GVO-consulentschappen en de deelname aan bijscholingscursussen, verschillen in het verpleegkundig beleid van de betreffende regionale en provinciale kruisverenigingen. Deze lijken daarom mede bepalend voor de kwaliteit van de GVO in de wijkverpleging. In die basiseenheden waarin de onderlinge samenwerking in teams en de functie van hoofdwijkverpleegkundige een geïnstitutionaliseerde en algemeen aanvaarde zaak zijn, wordt de GVO beter voorbereid en verzorgd. We zullen hier dan ook verder ingaan op de betekenis van het verpleegkundig beleid voor de ontwikkeling van het GVO-werk. Zoals bij alle vernieuwingen in de wijkverpleging is het voor acceptatie van deze taken door de medewerkers van belang dat aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.

2 Vernieuwing van de wijkverpleging; gedachten over de onderzoeksresultaten

GVO is niet de enige nieuwe ontwikkeling waarmee diegenen die werkzaam zijn in de wijkverpleging geconfronteerd zijn in de afgelopen tien, twintig jaar. Hoe ze daarom reageren op taken die hen toevallen op GVO-gebied, is mede afhankelijk van hun totale takenpakket en van (de verwerking van) veranderingen daarin.

Beschrijvingen van het wijkverpleegkundig takenpakket beginnen veelal met de overwegend curatieve functies van vroeger. Wijkverpleegkundigen zouden (hoofdzakelijk) zieken thuis verpleegd en verzorgd hebben en zulks met een intensiteit, dat enerzijds de patiënten in een te afhankelijke positie kwamen te verkeren en anderzijds de verpleegkundigen geen of weinig ruimte overhielden voor andere taken en functies. Wij hebben echter

geen empirisch materiaal aangetroffen dat dit (eenzijdige) beeld in zijn algemeenheid bevestigt. Wij menen dat dit beeld om de volgende drie redenen niet plausibel is. In de eerste plaats hadden vrijwel overal de wijkverpleegkundigen ook niet-curatieve taken zoals in de jeugdgezondheidszorg, dat wil zeggen in het periodieke onderzoek, vaccinatie en begeleiding van baby's, peuters, kleuters en hun ouders. De tweede reden vloeit voort uit het feit dat de kruisverenigingen zijn uitgegroeid van vrijwilligers-organisaties tot professionele organisaties die onder andere verpleegkundigen in dienst hadden. Deze beroepskrachten zullen zeker ook functies hebben gehad in het verenigingsleven (ledenwerving, ledenbinding bijvoorbeeld) en in het propageren van huiselijke hygiëne als preventie tegen infectie-epidemieën. Ook dit is ander werk dan curatieve verpleging. Ten derde lijkt het niet mogelijk als wijkverpleegkundige te functioneren zonder een relatie met vele mensen op te bouwen en daarin normen, waarden, inzichten, gedragskaders etc. over te dragen. Hun imago was dat van een betrouwbare deskundige inzake gezondheid en ongezondheid. Zonder dat men het wist, voordat de term bestond en enige methodiek ontwikkeld was, deed men aan GVO. Het was een neveneffect van de eigen takenstructuur. De huidige pogingen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden het gezondheidsbesef van hun patiënten en cliënten te versterken en hen te informeren over gezond gedrag stoelt dan ook op een stabiele achtergrond in de wijkverpleging. Het is de expliciete uitbouw van taken die wijkverpleegkundigen van oudsher verrichten.

In feite is er dus sprake van een ambivalente situatie in de wijkverpleging met betrekking tot GVO. Enerzijds is er een stabiele achtergrond voor GVO en anderzijds wordt het imago en het professionele zelfvertrouwen geschaad door de eenzijdige aandacht voor curatieve aspecten in de wijkverpleging. In zo'n situatie zullen die veranderingen acceptabel zijn, die deze ambivalentie verminderen, doordat ze passen binnen de stabiele achtergrond van hun beroepspraktijk of deze zelfs nog versterken, en wanneer ze langs die weg het imago en het zelfvertrouwen kunnen herstellen. Dit lijkt een aannemelijke verklaring voor de acceptatie van veranderingen in de wijkverpleging. Deze verklaring biedt, zoals wij zullen laten zien, ook aanknopingspunten voor het beleid van de kruisverenigingen.

3 Vernieuwing en professionele stabiliteit

De wijkverpleging is gedurende de afgelopen tien à twintig jaar met een keur aan vernieuwingen geconfronteerd. Een aantal lijken primair de stabiele achtergrond van de wijkverpleging te versterken en langs die weg het imago en het zelfvertrouwen te herstellen. Een aantal andere lijken eerder en uitsluitend op deze laatste factoren in te haken. Primair op de

versterking van de stabiele achtergrond lijken gericht:

- De institutionalisering van part-time- en dagopleidingen binnen het (hoger) beroepsonderwijs voor de maatschappelijke gezondheidszorg en daarmee onder andere voor de wijkverpleging. De leerplannen op die opleidingen kunnen anticiperen op (nieuwe) eisen die men aan de maatschappelijke gezondheidszorg stelt, bijvoorbeeld inzake de bereidheid tot samenwerking, de eigen verantwoordelijkheid van patiënten en cliënten of de GVO.
- Uitbreiding van het bijscholingsaanbod met eenzelfde functie voor diegenen die reeds werken in de wijkverpleging.
- De introductie van de functie van wijkziekenverzorgende. Hierdoor kan de curatieve belasting van de wijkverpleegkundigen verminderd worden en de aandacht voor andere (nieuwe) taken verhoogd.
- Andere accenten in de verpleging zoals toepassing van het hulpmiddel van het verpleegplan of het methodisch verpleegkundig handelen (zakelijk, afspraken maken, faseren, hoofd- en bijzaken onderscheiden, etc.) en meer aandacht voor zelf- en mantelzorg.

Naar onze mening accepteren zeer velen die werkzaam zijn in de wijk deze veranderingen direct, omdat ze de stabiele achtergrond van de eigen beroepspraktijk versterken.

De nu te noemen veranderingen accepteert men ons inziens minder snel. Ze kunnen imago en zelfvertrouwen herstellen, maar de acceptatie komt pas dan wanneer blijkt dat de verandering tevens past binnen de eigen beroepspraktijk en deze versterkt. Wij denken hierbij aan de volgende veranderingen:

- Teamvorming onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige. Het eerdergenoemde isolement van de wijkverpleegkundigen kan doorbroken worden door ze (met wijkziekenverzorgenden) samen te brengen in een team, waardoor het isolement van de wijkverpleegkundigen zich niet meer hoeft te wreken in goodwill-verlies. Echter, of deze constellatie hun beroepspraktijk ten goede komt, wachten ze af, zoals wij in enige nieuwe teams zagen. Consultatieve contacten binnen het kruiswerk komen bijvoorbeeld anders te liggen en lopen nu primair via het hoofd, en eventueel pas in tweede instantie met bijvoorbeeld de districtsverpleegkundigen voor de jeugdgezondheidszorg, voor de sociaal-medische dienst, de CARA, de oncologie, etc. van de provinciale verenigingen. Ook doorbreekt deze team-constellatie de persoonlijke motivatie van diegenen die voor dit beroep kozen vanwege de grote vrijheid in de uitvoering van het werk in de wijk. Wanneer evenwel gebleken is dat de teamvorming onder leiding van een hoofdwijkverpleegkundige werkt en de eigen beroepspraktijk er door versterkt wordt dan zal acceptatie zeker volgen.
- Formalisering van rechten en plichten. De arbeidsvoorwaarden voor de wijkverpleging zijn geformaliseerd. Hiermee kan men binnen en

buiten het kruiswerk bekend maken wat men van de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden mag verwachten, mag eisen en wat niet.

- Verzameling van registratiegegevens over de wijkverpleging. Op een ander niveau dan de arbeidsvoorwaarden is men binnen en buiten het kruiswerk gediend met de kennis en de publicatie van feiten over de door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden verrichte werkzaamheden. Hiertoe experimenteert men met het wijkadministratiesysteem. Deze administratie betekent een uitbreiding van de routine-taken van de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden. Hun (overige) werkzaamheden kunnen hierdoor beter controleerbaar worden. Er kunnen vastere normen komen voor de tijd en aandacht die aan bepaalde activiteiten besteed dienen te worden, hetgeen voor de uitvoerenden tot autonomie-verlies kan leiden. Wanneer echter blijkt dat publicatie van de gegevens een sterker beroeps-imago tot gevolg heeft dan zal men zeker tot medewerking bereid zijn. Dat kan niemand op voorhand garanderen.

4 Slotbeschouwing

Is GVO een nieuw element in de wijkverpleging? Naar de inhoud bezien behoort het (voor een heel groot deel) zeker thuis onder de veranderingen die de stabiele achtergrond van de wijkverpleging versterken. Wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden onderhouden een keur aan communicatieve relaties waarlangs normen en waarden over gezondheid en gezondheidszorg worden overgedragen. Via de term GVO wordt deze overdrachtsfunctie van de wijkverpleegkundigen en de wijkziekenverzorgenden benadrukt. Er wordt aan de orde gesteld wat voor normen en waarden overgedragen zouden moeten worden; op welke wijze met welke hulpmiddelen en via welke gesprekstechnieken deze overdracht het best kan verlopen; wat de interessen en behoeften zijn van allerlei (groepen) mensen in verschillende levensomstandigheden; wat wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden kunnen overdragen naast of in samenwerking met andere professionele en vrijwillige hulpverleners of (breder) betrokkenen in de omgeving van patiënten en cliënten. De in de eerste paragraaf van dit artikel samengevatte onderzoeksresultaten wijzen erop dat deze vormen van GVO van harte verwelkomd worden in de wijkverpleging.

GVO wordt (door sommigen) echter gepresenteerd als iets anders dan de curatieve wijkverpleging. De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (of breder, vrijwel alle eerstelijnswerkers) zouden uit het oogpunt van GVO een ander beroep met een ander imago moeten uitoefenen. Zij zouden zich veel meer en anders dan ze reeds doen, moeten inzetten voor preventie. Via deze benadering vervreemdt men de wijkverpleegkundigen en

wijkziekenverzorgenden van zich en doet men schade aan het professionele zelfvertrouwen. Daarmee kan men geen bijdrage leveren aan de verduidelijking en versterking van het GVO-element in hun werk.

NOTEN

1 MUSKENS, G.J., Wijkverpleging en GVO. Inventarisatie en actie inzake gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in acht basiseenheden, Tilburg (IVA), oktober 1984.

2 De teams functioneren binnen de regionale kruisverenigingen Friesland-Noord; Doniawerstal/Haskerland/Lemsterland; Noord-Beveland en Zuid-Beveland-West; West-Zeeuws-Vlaanderen; Weert en omgeving; Leudal- en Thornerkwartier; Horst en omgeving.

14

HERKENNING, BELOOP EN MEER-ASSIGE CLASSIFICATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK.

J. Ormel en F.W. Wilmink

1 Inleiding

Geestelijke gezondheidsproblemen komen veel voor, vormen een belangrijk deel van het werk van de huisarts en leiden nogal eens tot een onnodige opname in een somatische afdeling van het ziekenhuis (Huygen et al., 1984a, 1984b; Lamberts en Hartman 1982a, 1982b). Het overgrote deel van deze problemen waarmee de huisarts te maken heeft bestaat uit wat Huygen de nerveus-functionele klachten noemt; diagnosecategorie 135 van de zogenaamde E-lijst. Om deze diagnose te kunnen stellen dient bij hen aan twee voorwaarden te zijn voldaan: 'bij adequaat lichamelijk onderzoek worden geen lichamelijke afwijkingen gevonden die de klachten kunnen verklaren en het is waarschijnlijk te achten dat de oorzaak van de klachten op psychosociaal gebied ligt' (Huygen et al., 1984a, p. 1322). Het resterende deel van wat wij onder geestelijke gezondheidsproblemen verstaan betreft de functionele psychiatrische syndromen zoals depressie, agorafobie, paniekstoornis en de psychosen.

Het is, zoals we verderop zullen toelichten, algemeen bekend dat huisartsen nogal verschillen wat betreft de herkenning en benoeming van dergelijke problemen en hun behandeling en verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg, wat wijst op een gebrek aan consensus over de diagnostiek en de therapie. De oorzaken van deze gebrekkige consensus zijn niet precies bekend. Drie factoren spelen vermoedelijk een belangrijke rol. In de eerste plaats het feit dat de aangeboden problematiek zich niet gemakkelijk leent voor betrouwbare diagnostiek in termen van bestaande psychiatrische classificatiesystemen. Ten tweede dat deze classificatiesystemen de huisarts in prognostisch en therapeutisch opzicht weinig houvast bieden. In de derde plaats zijn er verschillen qua taakopvatting. Deze stand van zaken heeft er toe geleid dat in samenwerking met anderen vanuit de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek is opgezet dat moet nagaan of het mogelijk is een beslissingsschema te ontwikkelen dat in elk geval prognostische en zo mogelijk ook therapeutische waarde heeft en dat bruikbaar is in de huisartsenpraktijk.

In dit artikel gaan we eerst in op de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen, hun herkenning en beloop. Vervolgens bespreken we kort het probleem van de classificatie in de eerste lijn en de wenselijk-

heid van multi-axiale ofwel meer-assige classificatie. Een korte beschrijving van het hierboven genoemde onderzoek vormt de afsluiting.

2 Omvang en belang van geestelijke gezondheidsproblemen

Twee belangrijke bronnen van informatie over het voorkomen in de huisartspraktijk van als zodanig benoemde geestelijke gezondheidsproblemen zijn de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) van het Nijmeegse Huisartsen Instituut (Huygen et al., 1984a) en het Monitoring Project van Lamberts en collega's (1982a). Bij de eerstgenoemde gaat het om ongeveer 12.000 patiënten en bij de tweede om bijna 17.000. Op basis van onder andere hun resultaten hebben wij elders de jaar-prevalentie (incidentie ofwel nieuwe gevallen plus punt-prevalentie ofwel chronische gevallen) geschat op ongeveer 155 per 1000 van de bevolking van vijftien jaar en ouder (Ormel en Giel 1983). Huygen becijferde op basis van de CMR gegevens dat van alle nieuwe aandoeningen waarvoor men zijn huisarts raadpleegde ongeveer negen procent uit nerveus-functionele klachten bestaat. Zowel de CMR als het Monitoring Project hebben duidelijk gemaakt dat geestelijke gezondheidsproblemen een zeer omvangrijk probleem in de gezondheidszorg vormen; niet alleen op grond van de incidentie en de punt-prevalentie (chronische gevallen) maar ook vanwege het beroep dat mensen met deze problemen op hun huisarts doen. Hoewel deze problemen zelden tot een verwijzing leiden - volgens de CMR vijf à zeven procent van de nieuwe nerveus-functionele klachten - gaat het absoluut gezien om aanzienlijke aantallen, die bovendien ook nogal eens een opname in een somatische afdeling tot gevolg hebben. Gezien het gevaar van somatische of psychosociale fixatie (Huygen et al., 1984b) kan men zich afvragen hoe zinvol deze verwijzingen zijn.

De kwestie van het al of niet verwijzen heeft te maken met het filter tussen de eerste en tweedelijnsgezondheidszorg. De patiënt is dan al twee andere filters gepasseerd: hij is met zijn klachten naar de huisarts gegaan en de huisarts heeft zijn klachten als een geestelijk gezondheidsprobleem benoemd. Nederlandse gegevens over de door de huisarts niet als zodanig herkende en benoemde geestelijke gezondheidsproblemen zijn er niet. Angelsaksische studies wijzen uit dat ongeveer eenderde niet wordt herkend (Goldberg & Huxley 1980). Wat betreft de Nederlandse situatie zijn er aanwijzingen dat de herkenning beter is (Giel 1982).

Voor welke geestelijke gezondheidsproblemen wordt de huisarts geconsulteerd. De door Goldberg en Huxley (1980) besproken studies geven aan dat slechts een kwart met uitsluitend psychische problematiek zijn huisarts raadpleegt. De grote meerderheid presenteert alleen lichamelijke of zowel lichamelijke als psychische klachten, waarvan spanning, vermoeidheid, hoofd-, rug- en buikpijn, lusteloosheid en slaapproblemen de belangrijk-

ste zijn. Karakteristiek voor de overgrote meerderheid van deze klachten is hun vaagheid, diffuusheid en veelvormigheid waardoor ze moeilijk eenduidig zijn te classificeren. In de CMR worden ze dan ook als een groep behandeld: de nerveus-functionele klachten. In het Monitoring Project heeft men daarentegen gepoogd ze volgens de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC) te rubriceren. De meest voorkomende diagnosen zijn: hypochondria, neurasthenia, surmenage, anxiety disorder and transient situational disturbance.

Een opvallend aspect aan genoemde problematiek betreft de door vrijwel iedere onderzoeker gevonden verschillen tussen huisartsen in diagnostiek en behandeling ervan. Vooral Engels en Amerikaans onderzoek laat een indrukwekkende variatie zien (Goldberg & Huxley 1980). Hoewel de Nederlandse situatie hiervan in gunstige zin lijkt af te wijken, zijn ook hier grote verschillen in benoeming geconstateerd (Lamberts en Hartman 1982a, 1982b; Huygen et al., 1984a, 1984b; Verhaak 1981; Sanavro 1982). Zowel in het Monitoring Project als in de CMR bleek de huisarts met de hoogste incidentie van geestelijke gezondheidsproblemen er ongeveer twee keer zoveel te 'zien' als degene met de laagste incidentie.

Wat betreft het therapeutisch gedrag vinden we zowel bij Nederlandse als Engelse huisartsen een tamelijk grote spreiding, ook wanneer de analyse tot dezelfde diagnostische categorie wordt beperkt. In belangrijke mate lijken deze verschillen tussen huisartsen stabiel te zijn, zowel wat betreft verwijzingen, ziekenhuisopnamen als medicatie (Lamberts en Hartman 1982a; Huygen et al., 1984a; Verhaak 1979). Gezien het vage karakter van de meeste van deze problemen is het begrijpelijk dat er zo'n grote mate van variatie tussen artsen bestaat.

Het natuurlijke beloop van aan de eerste lijn gepresenteerde geestelijke gezondheidsproblemen is bij ons weten nog niet op wetenschappelijk verantwoorde wijze onderzocht. Veel studies zijn óf gebaseerd op tamelijk intensief behandelde problemen, óf de aard en het beloop zijn niet met behulp van betrouwbare instrumenten zoals de Present State Examination beschreven. Dit laatste is van groot belang, omdat er nogal uiteenlopende gevalsdefinities worden gehanteerd (als die trouwens al expliciet werden toegepast). Wij weten daarom niet op welke gevallen (aard en ernst van de problemen) de resultaten nu precies betrekking hebben. Een ander probleem dat nauw met het voorgaande samenhangt is de vaak onvoldoende aangebrachte scheiding tussen de echt nieuwe, de chronische en de 'recidiverende' gevallen met een geestelijk gezondheidsprobleem. Het is vrijwel zeker dat de uiteenlopende resultaten ten aanzien van het beloop grotendeels op bovenstaande moeilijkheden kunnen worden teruggevoerd.

Toch zijn er wel enkele globale conclusies aan het reeds verrichte onderzoek te ontlenen (Ormel en Giel 1983). Nieuwe gevallen of gevallen waarbij de klachten van recente datum zijn, hebben doorgaans een vrij gunstig beloop. Bij personen die al vaker geestelijke gezondheidsproble-

men hadden of bij wie de klachten al enige jaren spelen is het beloop aanmerkelijk minder gunstig. Zo kwamen Harvey-Smith en Cooper (1970) op grond van een follow-up studie van drie jaar bij 168 psychiatrische huisartspatiënten en een gezonde contrôlegroep van 139 personen tot de volgende schattingen voor een standaardpopulatie van 1000 personen:

- per jaar melden zich ongeveer 50 nieuwe gevallen, terwijl er op elk tijdstip ongeveer 160 min of meer chronische patiënten deel uitmaken van de standaardpopulatie;
- ongeveer 75% van de nieuwe gevallen is na een jaar sterk verbeterd tegenover slechts 8% van de chronische populatie;
- ongeveer 13% van de nieuwe gevallen gaat deel uitmaken van de chronische categorie.

Anderen rapporteren echter bevindingen die aanzienlijk van bovenstaande schattingen afwijken. Nemen we de resultaten van de belangrijkste buitenlandse onderzoeken samen, dan kunnen we het volgende stellen: eenderde van een willekeurige selectie huisartspatiënten met psychische problematiek herstelt binnen een jaar, iets minder dan de helft verbetert, terwijl eenvijfde niet verbetert. Nederlandse gegevens wijken hier niet zo veel van af. In een onderzoek van Giel et al., (1978) bleek vijf jaar later ongeveer tweederde van de oorspronkelijke patiënten hersteld te zijn. Huygen et al. (1984a) rapporteren dat bijna de helft van alle volwassenen van 20 tot 65 jaar in een periode van zeven jaar 'wel eens met een geestelijk gezondheidsprobleem hun huisarts raadplegen en dat het overgrote deel van de nieuwe gevallen gunstig afloopt'. Op basis van gegevens van het Monitoring Project berekenden Ormel en Giel (1983) een 'herstelpercentage over gemiddeld een jaar' van 73%.

Onderzoek naar de determinanten van het beloop van geestelijke gezondheidsproblemen heeft een zestal factoren aan het licht gebracht die samen in belangrijke mate (50 à 70%) de afloop bepalen (Ormel en Giel 1983). Het zijn gedeeltelijk dezelfde die Querido (1959) in zijn onderzoek naar het beloop van lichamelijke ziekten wist te identificeren. Het gaat om de volgende zes factoren:

- de klinische ernst van het probleem;
- al eerder een geestelijk gezondheidsprobleem gehad hebben;
- belastende sociale en/of materiële omstandigheden;
- persoonlijkheidsfactoren zoals emotionele labiliteit;
- de aanwezigheid van een materieel en emotioneel ondersteunend netwerk;
- de aanwezigheid van lichamelijke pathologie.

De ernst van de stoornis is in tegenstelling tot de (eenassige) diagnose een belangrijke voorspeller van het beloop. Het belang van de als tweede genoemde determinant van het beloop, het al dan niet chronische karakter van het probleem, is reeds besproken. Methodologisch gezien is dit een merkwaardige factor omdat het juist gaat om de vraag wat nieuwe klachten

chronisch maakt. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat de factoren ernst, belasting, steun en persoonlijkheid een causale rol spelen en zodoende bepalen of nieuwe klachten een chronisch karakter krijgen, terwijl het chronisch karakter voornamelijk een voorspellende waarde heeft. De geldigheid van deze veronderstelling is nog niet onderzocht.

Hoewel er veel gewicht wordt toegekend aan de rol van persoonlijkheidsfactoren bij het ontstaan en beloop van geestelijke gezondheidsproblemen, met doorgaans positieve bevindingen, zijn er weinig studies waarin de invloed van persoonlijkheidskenmerken op het beloop op systematische wijze is bestudeerd. Dit heeft te maken met twee formidabele problemen (Ormel 1983). Het eerste betreft het al dan niet bestaan en kunnen meten van persoonlijkheidskenmerken die ook voorspellende waarde bezitten voor iemands gedrag. Daarnaast speelt het probleem van de vertekening van de persoonlijkheidsmeting door de psychische toestand waarin de betrokkene verkeert.

3 Classificatie in de eerste lijn

Classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen heeft altijd zijn voor- en tegenstanders gekend. Vooral bij problematiek op het grensgebied van psychopathologie en sociaal-dysfunctioneren, vaak aangeduid met het begrip 'psycho-sociale problematiek', hebben tegenstanders van classificatie hun pijlen gericht. Hoewel zij terecht op de gevaren en nadelen van 'labeling' hebben gewezen, is het fundamentele belang van classificatie niet wezenlijk door hun argumenten aangetast. Een uitgebreide behandeling van dit thema is hier niet op zijn plaats (zie bijvoorbeeld Kendell 1975; Giel 1982). Wij willen met enkele opmerkingen volstaan. In de eerste plaats is de zin van classificatie vooral hierin gelegen dat toedeling aan één van de categorieën uit een classificatie, de hulpverlener informatie geeft over de etiologie, het beloop en de meest optimale interventie. Op de keper beschouwd is een diagnostische classificatie een theorie, een sterk gecomprimeerd stelsel van in meer of mindere mate getoetste hypothesen over etiologie, pathogenese, beloop en interventie. In de tweede plaats is het vanzelfsprekend dat de diagnostiek en behandeling in het individuele geval ook dient te zijn afgestemd op de unieke kenmerken van de patiënt, zijn levensloop en leefsituatie. De validiteit van een classificatie hangt af van de mate waarin betrouwbare uitspraken over etiologie, beloop en behandeling kunnen worden gedaan. Onderzoek dient uit te wijzen in hoeverre dit het geval is en hoe de classificatie kan worden verbeterd. Tenslotte is het natuurlijk van belang of hulpverleners op een betrouwbare wijze de klachten kunnen onderbrengen in de classificatie.

Het is bekend dat de bestaande eenassige classificaties van geestelijke gezondheidsproblemen tekort schieten. Niet alleen is hun prognostische en therapeutische validiteit gering, ook de toedeling verloopt, zelfs bij deskundigen, onvoldoende betrouwbaar. Dit heeft diverse oorzaken:

- het gebruik van meer dan één indelingscriterium;
- de vaak vloeiende overgang tussen de syndromen onderling en ten opzichte van de normale variatie;
- de aanwezigheid van ziektegedrag dat diagnostische beslissingen bemoeilijkt;
- het veelvuldig samengaan van klachten over lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren;
- het verschil in perspectief tussen hulpvrager en deskundige.

Vooral op het niveau van de huisarts, die in dergelijke gevallen geconfronteerd wordt met overwegend vage klachten, spelen deze oorzaken een belangrijke rol in de onderlinge verschillen tussen huisartsen wat betreft diagnostiek en classificatie.

Multi-axiale classificatie zou een oplossing kunnen bieden voor de variatie in diagnostiek en behandeling. Een multi-axiale benadering komt immers tegemoet aan de wetenschap dat naast de psychopathologie diverse andere factoren van belang zijn voor het beloop en de interventie. Het ligt voor de hand dat tenminste een deel van de verschillen tussen huisartsen voortkomt uit verschillen in belangstelling voor en beoordeling van factoren die blijkens onderzoek het beloop beïnvloeden.

Multi-axiale classificatie zou ook een aanknopingspunt kunnen bieden voor onderzoek naar een beslissingsschema dat de huisarts antwoord geeft op vragen zoals: welke problematiek, getypeerd in multi-axiale termen, heeft een goede prognose, ook zonder behandeling; welke wordt in gunstige zin beïnvloed door welk soort interventie; en welke problemen zijn in wezen onbehandelbaar en hoe kunnen deze patiënten het beste begeleid worden met minimale pharmacotherapie? Een beslissingsschema dat naar aanleiding van deze vragen richtlijnen geeft, zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan meer effectief huisartsgeneeskundig handelen. Het zou tevens het vaak problematische karakter van de behandeling van 'probleemgedrag' en van het voorschrijven van psychopharmaca kunnen stroomlijnen.

De ontwikkeling van zo'n beslissingsschema lijkt thans mogelijk en wenselijk. Wenselijk, omdat de huisarts de spil is in de ontmoeting tussen mensen met genoemde problemen en de gezondheidszorg. Het overgrote deel van hen raadpleegt immers de huisarts, die op zijn beurt slechts weinigen naar de geestelijke gezondheidszorg verwijst. Mogelijk, omdat dankzij recente vorderingen in de psychiatrische epidemiologie op het gebied van het instrumentarium vruchtbaar en cumulatief onderzoek naar het beloop mogelijk is geworden (Ormel en Giel 1983). Belangrijke aspecten voor opname in een multi-axiale classificatie zijn - afgezien van de psychopathologie - de lichamelijke pathologie, het sociale functioneren, belas-

tende omstandigheden, de beschikbaarheid van sociale steun, en vooral iemands persoonlijkheid. Wat precies de kritische momenten in deze factoren voor het beloop en de behandeling zijn, kan in longitudinale beloop- en interventiestudies worden vastgesteld dankzij het in de afgelopen jaren ontwikkelde instrumentarium voor een gestandaardiseerde meting van die factoren. Criterium voor opname in het multi-axiale systeem zal steeds moeten zijn hun prognostische waarde voor het beloop van de klachten. Op basis van een dergelijk systeem kan dan een behandelingsstrategie (inclusief eventuele verwijzing) uitgezet worden die het gunstigste saldo van tijd, kosten en herstel heeft. We vatten dat hieronder nog eens samen:

- het beslissingsschema moet informatie verschaffen over beloop en de te verkiezen behandeling;
- het moet er rekening mee houden dat de meeste psychische problemen die men aan de huisarts presenteert psychisch en somatisch a-specifiek van karakter zijn;
- het moet afgestemd zijn op het herhaaldelijk waargenomen samengaan van psychisch en lichamelijk onwelbevinden en sociaal dysfunctioneren;
- het moet rekening houden met het feit dat psychiatrische labels soms in het belang van de patiënt zijn, maar vaak ook niet;
- het moet aangepast zijn aan de tijdsdruk waaronder huisartsen doorgaans werken.

4 Voorgenomen onderzoek

Dankzij subsidies van het Praeventiefonds en de Gezondheidsorganisatie van TNO zal begin 1985 vanuit de afdelingen Sociale Psychiatrie en Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen begonnen worden met een longitudinaal cohortonderzoek naar het beloop van geestelijke gezondheidsproblemen. Het cohort bestaat uit 250 huisartspatiënten met nieuwe geestelijke gezondheidsproblemen. Nieuw wil zeggen dat bij de patiënt in de voorafgaande twaalf maanden geen dergelijk probleem is vastgesteld. Het cohort wordt als volgt opgebouwd: op bepaalde dagen worden bij een reeks huisartsen alle patiënten van 18 tot 65 jaar die het spreekuur bezoeken met behulp van de Algemene Gezondheids Vragenlijst (AGV) gescreend op het voorkomen van genoemde problemen. Elke patiënt die of volgens de huisarts of volgens de AGV of volgens beide zo'n probleem heeft, en bij wie er in de voorafgaande twaalf maanden geen is vastgesteld, wordt in het cohort opgenomen, totdat er per huisarts voldoende gevallen zijn geselecteerd. Deze patiënten worden vervolgens tweemaal uitgebreid onderzocht op psychopathologie en rolfunctiestoornissen; eenmaal aan het begin van het onderzoek en eenmaal na ongeveer een jaar. Daarnaast registreert

de huisarts gedurende dat jaar elk contact met de patiënten uit het cohort alsmede zijn interventies. Gestreefd wordt naar een evenwichtige opbouw van de huisartsengroep door gebruik te maken van vragenlijsten naar artskenmerken (Verhaak 1984).

De AGV, een vertaalde versie van de General Health Questionnaire, bezit een goede sensitiviteit en specificiteit ten opzichte van het klinisch-psychiatrische oordeel (Goldberg 1978; Hodiamont et al., 1984). De psychopathologie en rolfunctiestoornissen worden gedetailleerd in kaart gebracht met respectievelijk de Present State Examination (PSE) en het Groningse Sociale Beperkingen Interview. Beide instrumenten, af te nemen in het kader van een gestructureerd interview, zijn veelvuldig door ons gebruikt (Slooff 1984; De Jong 1984; Wiersma et al., 1984). Hun betrouwbaarheid en validiteit zijn zeer bevredigend. Potentiële voorspellers van het beloop worden grotendeels met behulp van vragenlijsten gemeten, waarbij we ons richten op de persoonlijkheid, op belastende levensomstandigheden en op het sociale ondersteuningsnetwerk. De contacten tussen de huisarts en de patiënten uit het cohort, zijn interventies (inclusief verwijzingen), zijn prognose alsmede het beloop worden door de huisarts geregistreerd.

LITERATUUR

GIEL, R. (1982), Waarom een psychiatrische diagnose? Alphen aan de Rijn: Stafleu.

GIEL, R., G.H.M.M. TEN HORN, J. ORMEL, W.J. SCHUDEL en D. WIERSMA (1978), Mental illness, neuroticism and life events in a Dutch village sample: a follow up. Psychological Medicine 8, pp. 235-243.

GOLDBERG, D. (1978), Manuel of the General Health Questionnaire. Slough: National Foundation for Educational Research.

GOLDBERT, D. & P. HUXLEY (1980), Mental Illness in the Community; The Pathway to Psychiatric Care. London: Tavistock Publications.

HARVEY-SMITH, E.A. & B. COOPER (1970), Patterns of Neurotic Illness in the Community. Journal of the Royal College of General Practioners 19, p. 132.

HODIAMONT, P.P.G. en S.H.J. VELING (1984), Een model voor het bepalen van psychiatrische prevalentie: de relatie GHQ-PSE. Tijdschrift voor Psychiatrie 26, pp. 592-608.

HUYGEN, F.J.A. et al., (1984a), Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. I. Een epidemiologisch onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 128, pp. 1321-1327.

HUYGEN, F.J.A. et al., (1984b), Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. II. Diagnostisch en therapeutisch beleid. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 128, pp. 1372-1376.

JONG, A. DE (1984), Over psychiatrische invaliditeit. Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag. Groningen: Rijksuniversiteit.

KENDELL, R.E. (1975), The role of diagnosis in Psychiatry. Blackwell Scientific publications.

LAMBERTS, H. en B. HARTMAN (1982a), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. I. Huisarts en Wetenschap 25, pp. 333-342.

LAMBERTS, H. en B. HARTMAN (1982b), Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. II. Huisarts en Wetenschap 25, pp. 376-393.

ORMEL, J. (1983), Neuroticism and Well-Being Inventories: Measuring Traits or States. Psychological Medicine 13, pp. 165-176.

ORMEL, J. en R. GIEL (1983), Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor Psychiatrie 25, 688-710.

ORMEL, J. et al., (1984), Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 17, pp. 670-679.

QUERIDO, A. (1959), Recast and Follow-up. An Investigation into the Clinical, Social and Mental Factors Determining the Results of Hospital Treatment. British Journal of Preventive and Social Medicine 13, pp. 33-49.

SANAVRO, F.L. (1982), Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

SLOOFF, C.J.A.J. (1984), De classificatie en het beloop van schizofrene en reactieve psychosen. Groningen: Rijksuniversiteit.

VERHAAK, P. (1979), Eindrapportage Speech, Samenwerking Huisarts-Psycholoog in Capelle aan de IJssel. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

VERHAAK, P. (1981), Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, pp. 31-46.

VERHAAK, P. (1984), Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Interimrapport. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

WIERSMA, D., A. DE JONG en J. ORMEL (1984), De Groningse Sociale Beperkingen Schaal (GSB); vragenlijst voor de beoordeling van beperkingen in het sociale functioneren. Groningen: Rijksuniversiteit.

15

PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE HUISARTSPRAKTIJK: WAT BETEKENT DIT VOOR DE RELATIE TUSSEN HUISARTS EN AGGZ?

C.M.H. Hosman

1 Inleiding

Psychosociale problemen in de huisartspraktijk hebben de afgelopen jaren van diverse zijden ruime belangstelling gekregen. Deze is allereerst binnen de eerste lijn zelf te vinden, in de opleiding en nascholing van de eerstelijnsdisciplines en met name ook binnen het wetenschappelijk onderzoek over de huisartspraktijk. Getuige de recente overheidsnota's over de geestelijke volksgezondheid, de eerstelijnszorg en de raakvlakken tussen beide, is ook de overheid sterk geïnteresseerd in een versterking van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.

De relatie tussen de eerste lijn, en met name de huisarts, en de AGGZ is, zacht gezegd, nog verre van ideaal. Hoewel er langzamerhand heel wat voorbeelden zijn van bevredigende contacten, moeten we toch constateren dat het vaak niet botert tussen beide of dat er van een relatie zelfs nauwelijks sprake is.

In de eerstelijnszorg leven nogal wat bezwaren tegen de geïnstitutionaliseerde AGGZ. Men vindt dat de instellingen slecht bereikbaar zijn, afstandelijk, bureaucratisch, onduidelijk over verwijscriteria, weinig mogelijkheden bieden tot persoonlijk overleg, weinig feedback geven naar de verwijzer over het verloop en het resultaat van de behandeling en over diens rol bij de nazorg. Vooral wachtlijsten vormen een doorn in het oog van de eerste lijn, die gewend is op de hulpvraag van een cliënt snel te reageren.

In dit artikel wordt dit thema besproken vanuit de optiek van de tweede lijn: de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en in het bijzonder de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). De belangrijkste reden hiervoor is de constatering dat de AGGZ voor haar functioneren als tweedelijnsinstantie sterk afhankelijk is van de wijze waarop de eerste lijn omgaat met vraagstukken op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Hierbij richten wij ons vooral op de huisartspraktijk, allereerst omdat over de psychosociale problematiek in de praktijk van de andere kerndisciplines nog betrekkelijk weinig onderzoeksmateriaal voorhanden is. Zij spelen trouwens als verwijzer naar de AGGZ tot nu toe helaas slechts een marginale rol, en het is de vraag of dat op korte termijn zal veranderen. De centrale rol van de huisarts bij

verwijzingen naar de AGGZ lijkt steeds sterker te worden onder meer door de nieuwe regeling omtrent de toegankelijkheid van de AGGZ.

2 Vraagstelling en bronnen van onderzoek

Dit artikel wil laten zien in welke opzichten de AGGZ afhankelijk is van de wijze waarop in de eerste lijn wordt omgegaan met vraagstukken op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. In het bijzonder wordt daarbij de aandacht gericht op de verwijs- en signaleringsrelatie tussen huisartsen en de AGGZ en de knelpunten die daarin bestaan.

De analyse zal grotendeels gebaseerd zijn op resultaten en indrukken uit de volgende drie studies die in de periode tussen 1970 en 1984 werden uitgevoerd.

Noord-Oost Brabant project: een survey-onderzoek onder 327 eerstelijnswerkers en sleutelfiguren over hun contact met psychosociale problematiek, de mate waarin door henzelf hulp wordt verleend en met name hun verwijsgedrag naar de AGGZ. Met dit onderzoek werd reeds in 1968 een begin gemaakt door de toenmalige Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid (thans NcGv) en het werd uitgevoerd aan het begin van de jaren zeventig (Hosman en Swarte 1973; Hirs en Hosman 1975).

Brabantse dorpsstudie: het gaat hier allereerst om een sociaal-epidemiologisch onderzoek onder de bevolking van een kleine Brabantse dorpsgemeenschap over het voorkomen van psychosociale problematiek en het proces van hulpzoeken. Daarnaast werd over dezelfde 252 personen een retrospectief onderzoek uitgevoerd op de registratiegegevens van de betrokken vijf huisartsen. Deze studie werd in 1977 uitgevoerd in samenwerking met de RIAGG Noord-Oost Brabant (Hosman 1983).

PEL-project: hier kortweg het samenwerkingsproject genoemd. Een voorstudie over de samenwerking tussen eerste lijn en AGGZ. Aan de AGGZ-zijde werd met name aandacht geschonken aan de RIAGG en de eerstelijnspsychologen. De studie werd uitgevoerd op initiatief van het Nederlands Instituut voor Psychologen en in overleg met diverse landelijke koepels, de Geneeskundige Hoofdinspectie en het Ministerie van WVC (Smits et al., 1984).

3 De problematische relatie tussen huisarts en AGGZ

In het verslag van het genoemde samenwerkingsproject hebben we een gedocumenteerd overzicht gegeven van de belangrijkste knelpunten (Smits et al., 1984). Opvallend was echter dat veel van de in de inleiding ge-

noemde knelpunten al vrij lang bekend zijn. Ter voorbereiding van het Noord-Oost Brabant project werd al rond 1969 een reeks proefinterviews gehouden met eerstelijnshulpverleners. Enkele citaten uit het verslag hierover van 15 jaar geleden: 'de kennis over AGGZ-bureaus is over het algemeen summier', 'soms is men wel geneigd tot verwijzen, maar vindt men de afstand te bezwaarlijk'. Men staat aarzelend tegenover de AGGZ-hulp omdat de resultaten zo 'onzichtbaar' blijven. 'De GGZ staat te ver van de mensen af' en 'de relaties met de bureaus zijn onpersoonlijk'. Ook wachtlijsten werden toen reeds als een belangrijk knelpunt genoemd. Uit eerder onderzoek in de jaren zestig was globaal hetzelfde naar voren gekomen (Van Gennip-Horsten 1968; Santema 1969; Zweens-Wiersema 1968; Besteman 1971).

Is er in al die jaren dan niets veranderd? Is het bij een constatering van knelpunten gebleven? De conclusie lijkt me niet terecht. Vanuit de AGGZ zijn er inmiddels een aantal wezenlijke aanzetten gegeven tot relatieverbetering. Wij denken allereerst aan de RIAGG-vorming en de regionalisering, waardoor in ieder geval de overzichtelijkheid van de AGGZ is toegenomen. Soms is er ook sprake van subregio- of veldteams en lokale spreekuren waardoor ook de bereikbaarheid is toegenomen. Verder zijn er in de jaren zeventig diverse vormen van dienstverlening aan de eerste lijn ontwikkeld: consultatie, voorlichting, advisering en training. Meer recentelijk kan de 7x24 uurs bereikbaarheid voor crisisinterventie als een belangrijke vooruitgang genoemd worden. Ook vanuit de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) worden er de laatste jaren veel toenaderingspogingen gedaan in de richting van de huisarts.

Gegeven deze aanzetten moeten we dan ook oppassen voor het maken van karikaturen over en weer op grond van oude bezwaren die mogelijk los staan van de feitelijke veranderingen die zich inmiddels in locale situaties hebben voorgedaan.

Ondanks de genoemde aanzetten hebben hulpverleners in de eerste lijn nog betrekkelijk weinig voordeel beleefd aan de RIAGG-vorming. De meeste RIAGG's hebben hun aandacht de laatste jaren sterk moeten richten op de zeer ingrijpende, interne herorganisaties en fusies. De relatie met de eerste lijn is daarbij wat in de verdrukking gekomen. We moeten dan ook constateren dat het op veel plaatsen daarmee dan ook nog steeds problematisch gesteld is. De opkomst van de eerstelijnspsycholoog is voor een belangrijk deel te verklaren uit het feit dat de geïnstitutionaliseerde AGGZ niet of minstens onvoldoende in staat is geweest de kloof met de eerstelijnszorg te overbruggen (Derksen 1983). De indruk uit het samenwerkingsproject is dat de eerste lijn niet overal met open armen staat te wachten op initiatieven vanuit de RIAGG om tot een hechtere samenwerking te komen. Toch wordt een dergelijke samenwerking door velen, onder meer de overheid, als essentieel gezien voor een goede kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Deze ongunstige verstandhouding is onder meer

toe te schrijven aan een onduidelijke taakafbakening tussen beide sectoren, onbekendheid met elkaars werk en vooral aan het ontbreken van inzicht in de wijze waarop de kwaliteit van het werk in de ene sector afhankelijk is van de wijze waarop de andere sector functioneert.

Welke rollen vervult de huisarts voor de AGGZ en welke complementaire rollen van de AGGZ staan hier tegenover? Figuur 1 biedt een overzicht van deze rolverhoudingen. In de hierna volgende paragrafen worden deze rollen achtereenvolgens besproken in het licht van enkele onderzoeksresultaten.

Figuur 1 Complementaire rollen van de huisarts en de AGGZ

ROLLEN VAN DE HUISARTS	COMPLEMENTAIRE ROLLEN VAN DE AGGZ
- VERWIJZER	- GESPECIALISEERDE CURATIEVE HULPVERLENER a. voorlichting over behandelingsmogelijkheden b. overleg over verwijzingen c. diagnostiek, behandeling en begeleiding d. terugrapportage en overleg over nazorg
- PSYCHOSOCIALE HULPVERLENER a. onderkenning problemen b. hulpvraagverheldering c. behandeling en begeleiding	- DIENSTVERLENER a. consult b. advies c. training d. voorlichting
- SIGNALERINGSINSTANTIE risicogroepen, -factoren	- PREVENTIEWERKER a. inventarisatie signalen b. versterking signalerend vermogen c. uitvoering preventieprojecten
- PREVENTIEVE ROL uitvoering doelgerichte preventie	d. signalerende en initiërende rol e. ondersteunende en consultatieve rol f. participerende rol

4 De huisarts als verwijzer

Achtergrond van het Noord-Oost Brabant project vormde de opvatting dat de relatie tussen bevolking en AGGZ veel te wensen overliet; dat men door allerlei barrières slechts het topje van de ijsberg bereikte en dat er een betere afstemming op de behoefte nodig was. Men had als AGGZ echter weinig zicht op deze behoefte. Een epidemiologische traditie op dit terrein zou in ons land pas in de loop van de jaren zeventig op gang komen en men baseerde zich hierbij vooral op buitenlandse studies (Gurin

et al., 1960; Hollingshead & Redlich 1958; Hosman 1983). Het project werd daarom gericht op degenen die de toegangspoort tot de geestelijke gezondheidszorg bewaken: de eerstelijnswerkers. De belangstelling ging vooral uit naar hun verwijzende rol. Uit dit onderzoek in 1970 kwam de centrale rol van de huisarts reeds duidelijk naar voren. Hij komt het meeste met psychosociale problematiek in contact, behandelt de meeste problematiek zelf, maar is tevens de belangrijkste verwijzer naar AGGZ-bureaus. Verder bleken er tussen de huisartsen grote onderlinge verschillen te bestaan in verwijsgedrag die samenhingen met houdingen ten aanzien van psychosociale problematiek en verwijzen, en met diagnostische en therapeutische vaardigheden.

Latere studies leverden steeds eenzelfde beeld op (Peters 1984; Hosman 1983; Verhaak 1984). Het cliëntenbestand van de AGGZ wordt voor een belangrijk deel door de huisarts bepaald (30 à 35%). In Noord-Oost Brabant was in 1979 het aantal verwijzingen door huisartsen naar de RIAGG in tien jaar zelfs verdrievoudigd en opgelopen tot vijftig procent van alle aanmeldingen. Het ligt daarom voor de hand bij een verbetering van de verwijsrelatie met de eerste lijn aan de huisarts prioriteit te geven.

Bekijken we dit plaatje vanuit de huisarts dan ziet het er heel anders uit. In de dorpssituatie bleek dat slechts drie procent van de psychosociale problematiek werd doorverwezen naar andere instanties. In andere studies worden zelfs percentages genoemd van 1 à 1,5% (Peters 1984; Huygen et al., 1984). Voor de huisarts is verwijzen van psychosociale problematiek dus een tamelijk marginaal verschijnsel. Houden we er tevens rekening mee dat de huisarts ook nog met tientallen andere instanties en specialisten te maken heeft dan zal het duidelijk zijn dat het voor hem niet zo bijster interessant is véél energie te steken in de verbetering van de samenwerking met de RIAGG rond verwijzingen.

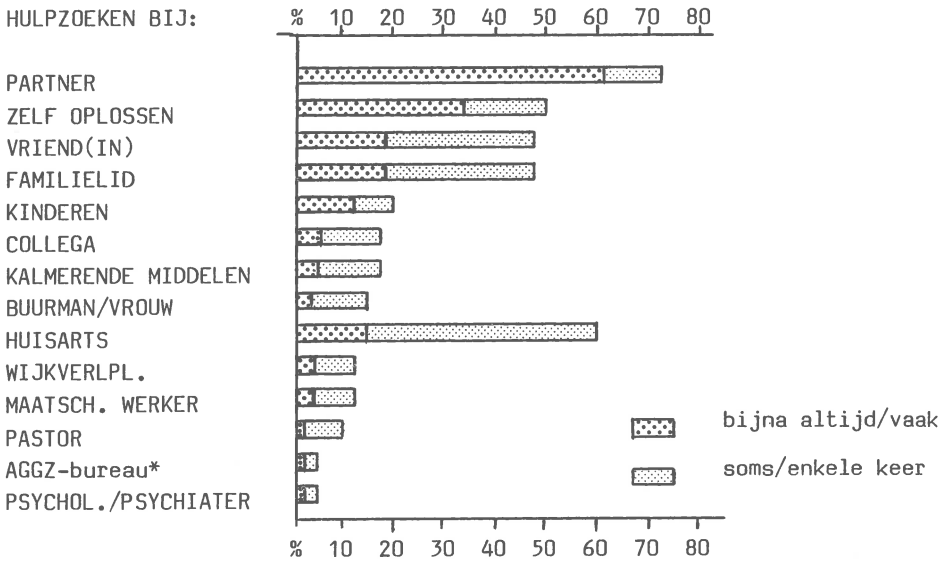
Naarmate de RIAGG haar toegankelijkheid vergroot blijken de verwijzingen toe te nemen. Dit schept een nieuw probleem. Veel RIAGG's hebben al een wachtlijst, minstens voor bepaalde vormen van hulp (bijvoorbeeld psychotherapie) en deze zou alleen maar groter worden. Een betere samenwerking met de eerste lijn kan dan ook niet losgekoppeld worden van een duidelijke visie omtrent het wachtlijstprobleem. Oplossingen daarvoor zullen allereerst gezocht moeten worden binnen de RIAGG's zelf, bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van de beschikbare kennis in de eerste lijn, systematischer gebruik van kortdurende hulpverleningsmethoden, vaker toepassen van groepsmethoden voor specifieke probleemgroepen, frequenter gebruik van schriftelijk materiaal ter ondersteuning van de wachttijd, de intake- en behandelingsfase. Ook kan meer nadruk gelegd worden op een verbetering van de oplossingskansen voor de cliënt in diens directe omgeving, in plaats van op het volledig willen oplossen van het probleem binnen de behandeling. Om het wachtlijstprobleem terug te dringen is echter ook overleg met de verwijzer essentieel. Bijvoorbeeld over

de vraag of een verwijzing strikt noodzakelijk is, en zo ja of een kortdurende behandeling mogelijk is (2 à 3 gesprekken) waarna de verwijzer weer verder gaat met de cliënt ondersteund door een AGGZ-advies. Uit het samenwerkingsproject kwam echter naar voren dat het de eerste lijn ontbreekt aan duidelijke verwijscriteria[1]. Echter, betere verwijscriteria leiden ook tot een betere herkenning van ernstige problematiek en daardoor wellicht tot een verhoging van het aantal verwijzingen. Daarom zal de oplossing ook gezocht moeten worden in een versterking van de psychosociale hulpverlening binnen de eerste lijn en in een preventieve aanpak.

5 De huisarts als psychosociale hulpverlener

We vroegen de geïnterviewden in het dorp voorbeelden te geven van wat ze zoal doen als ze met persoonlijke problemen zitten. Tweeënvijftig procent noemde spontaan de huisarts als hulpbron. Daarnaar gevraagd bleek bijna zestig procent in de afgelopen tien jaar voor dergelijke problemen soms of vaak hulp te hebben gezocht bij de huisarts. Dit is erg hoog als we dit vergelijken met de rest van de eerste lijn en de AGGZ (zie figuur 2). In een stadsstudie zouden deze percentages er mogelijk wat anders uitzien.

Figuur 2 Hulpzoeken bij psychosociale problemen over de laatste 10 jaar (n = 252)



* In de vragenlijst werd als term gebruikt "Bureau voor persoonlijke moeilijkheden".

Vergelijken we in de dorpsstudie de jaarprevalenties tussen huisarts en AGGZ, dan blijkt dat eenentwintig procent van de aandoeningen volgens de huisarts overwegend psychosociaal van aard is. Verder hebben in dat jaar ruim één op de vier volwassenen (28%) doorgaans meerdere contacten met de huisarts gehad over dergelijke klachten. Bij de RIAGG was de jaarprevalentie van behandelde personen uit dit dorp niet meer dan 0,8%. De RIAGG had dus slechts met een fractie te maken van de psychosociale morbiditeit waarmee de huisarts wordt geconfronteerd (1:35). Uit de grote verwijsverschillen tussen huisartsen, blijkt dat nogal wat huisartsen psychosociale problemen niet of nauwelijks naar de AGGZ verwijzen. Dit betekent dat de psychosociale hulpverlening in de huisartspraktijk zich kennelijk niet beperkt tot lichte maar vaak ook ernstige problemen betreft. Ook Ormel en Giel (1983) spreken van een minimale doorlaatbaarheid van 'het derde filter' tussen 1e en 2e lijn.

Wat betekent dit voor de rolverhoudingen tussen de eerste lijn en de AGGZ? Gegeven deze verhoudingen, gegeven de betere mogelijkheden van de eerste lijn voor vroegtijdige hulp, gegeven de behoefte aan kwalitatieve versterking van de psychosociale hulp in de eerste lijn, gegeven de aanwezigheid van specialistische kennis bij de AGGZ, gegeven de behoefte van de AGGZ haar zorg beter af te stemmen op de regionale behoeften èn gegeven de beperkte mogelijkheden van de AGGZ haar behandelingscapaciteit te vergroten, ligt het voor de hand dat de AGGZ haar rol als pure behandelingsinstantie herziet en zich meer richt op dienstverlening aan hulpverleners in de eerste lijn. Dat is bepaald geen nieuwe gedachte. De consultatiemethode heeft al aan het begin van de jaren zeventig haar intrede gedaan. Dienstverlening is inmiddels omschreven als een van de hoofdtaken van de RIAGG's en van CAD's en in erkenningsnormen vastgelegd. Echter, hoewel er een landelijk streefcijfer bestaat om hieraan tien procent van de uitvoeringstijd te besteden, komt men daar nog slechts voor een zeer beperkt deel aan toe. Bovendien wordt deze taak nog maar door weinig RIAGG's echt systematisch aangepakt.

Kwalitatief bezien is de dienstverlenende capaciteit zeker versterkt. Naar schatting van de opleiders hebben thans ongeveer 400 RIAGG-hulpverleners een uitgebreide consultatie-opleiding achter de rug. De nadruk ligt hierbij echter eenzijdig op de consultatie als methodiek. Wij denken dat voor een goede dienstverlening ook inhoudelijke kennis nodig is over de epidemiologie in de huisartspraktijk, het proces van hulpzoeken, het dagelijkse werk van huisartsen, en over het behandelingsverloop. AGGZ-hulpverleners hebben hierover, naar onze indruk, betrekkelijk weinig systematische kennis; te weinig om zich goed te kunnen verplaatsen in het werk van eerstelijnshulpverleners. Het lijkt me dan ook essentieel dat juist hierover voor AGGZ-hulpverleners nascholingscursussen worden ontwikkeld.

6 Signalering en preventie

De preventie heeft thans in de RIAGG's en CAD's duidelijker vorm gekregen dan de dienstverlening. De meeste instellingen beschikken over een preventieteam. Bij een recente registratie bleek evenwel niet meer dan zo'n tien procent van hun preventie-activiteiten gericht te zijn op de huisartspraktijk (eventueel in combinatie met andere doelgroepen). Samenwerking met de huisarts is kennelijk ook hier nog beperkt (Otten 1983).

Bij signalering en preventie kunnen huisarts en AGGZ wisselende rollen vervullen (zie figuur 1). De AGGZ-preventiewerker kan signalen ontlenen aan de aangemelde problematiek in de tweede lijn en deze vertalen in preventie-activiteiten die door of samen met de huisarts kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld projecten rond opvoedingsproblemen, echtscheiding en drankproblemen). Anderzijds kan de huisarts vanuit zijn praktijk problemen, risicogroepen en risicofactoren signaleren, op basis waarvan de AGGZ preventieprojecten opzet (huisvrouwenproblematiek, rouwverwerking, somatische fixatie, buitenlanders en dergelijke).

Wij beperken ons hier tot de signalerende rol van de huisarts. Juist omdat slechts het topje van de ijsberg tot de AGGZ doordringt, kan de AGGZ-preventie zich bij haar signalering niet beperken tot de eigen cliëntenregistratie. Ze is daarbij ook afhankelijk van signalen van buiten en met name uit de eerste lijn. Dan nog bestaat echter het gevaar van een vertekend oordeel. Geldt dit ook voor de huisarts?

Vaak wordt er van de veronderstelling uitgegaan dat voor de huisartspraktijk vanwege haar makkelijke toegankelijkheid in tegenstelling tot de AGGZ het 'top van de ijsberg' fenomeen niet van toepassing is. Zowel op basis van literatuuronderzoek als op basis van de eigen dorpsstudie concluderen wij echter dat dit fenomeen ook in de huisartspraktijk aanwezig is (Hosman 1983). Zo blijkt volgens Diekstra (1982) slechts drieëntwintig procent van de suïcidepogingen onder de aandacht van een arts te komen en concludeert Schippers (1981) dat slechts een klein percentage van de probleemdrinkers bij de huisartsen bekend is. Van de mensen in de dorpsstudie waarbij gemeten op basis van verschillende indicatoren, tijdens het onderzoeksjaar sprake was geweest van ernstige psychosociale problemen (15% van de steekproef) bleek zich slechts een derde (34%) tot de huisarts te hebben gewend met klachten die door hem als overwegend psychosociaal werden herkend. Slechts twintig procent van de verschillen in klachtgedrag konden worden verklaard uit verschillen in de aanwezigheid en ernst van de problematiek. De VOEG-score en de mate van ervaren hinder waren daarbij de beste voorspellers. Bovendien constateerden we dat de meeste risicogroepen die we in het bevolkingsonderzoek aantroffen (bijvoorbeeld jonge vrouwen, mannen uit de middenleeftijd, mannen uit lagere sociaal-economische groepen, jongeren met weinig sociaal contact, uitkeringstrekkers en ploegenarbeiders) zich binnen de huisartspraktijk niet

onderscheidden door meer psychosociale klachten. Voorts bleek dit hulpzoekgedrag samen te hangen met onder meer het vermogen tot hulpzoeken, sociale normen over hulpzoekgedrag, de neiging tot somatiseren, de vertrouwdheid met de huisarts en de beschikbaarheid van informele hulp buiten het gezin.

Vanuit de AGGZ-preventie bezien kunnen we hieruit de volgende conclusies trekken. Ten eerste betekent het voorgaande dat de AGGZ-preventie zich bij haar externe signalering zal moeten baseren op een breed scala aan signaleringsposten en niet alleen op de huisarts. Wat dit betreft bieden hometeams en gezondheidscentra vanwege hun multidisciplinaire karakter een veel betere uitgangspositie voor de signalering van psychische, sociale en maatschappelijke risicofactoren. Verder zouden eerste lijn en AGGZ zich gezamenlijk kunnen buigen over de mate waarin hun totale hulpaanbod aansluit op de behoeften aan curatieve en preventieve geestelijke gezondheidszorg in het zorggebied. In de derde plaats moet men zich realiseren dat het bijvoorbeeld de huisarts aanzienlijk meer werk oplevert als men op grond van het voorgaande tracht diens signaleringsgevoeligheid te vergroten. Het lijkt ons dan ook nodig om tegelijkertijd met de huisarts te kijken naar de zogenoemde 'probleempatiënten' (Sanavro 1982). Wat zou er preventief voor deze groep gedaan kunnen worden zodat hun frequente hulpvraag en hoge werklast voor de huisarts vermindert. Aangezien de psychosociale hulpvraag bij de huisarts vaak samengaat met een neiging tot somatiseren ligt het voor de hand dat de AGGZ bij haar samenwerking met de huisarts rond preventie met name aandacht schenkt aan de preventie van somatische fixatie en aan de achterliggende psychische, sociale en vaak ook maatschappelijke problemen.

7 Conclusie

Samenwerking tussen huisarts en AGGZ behoeft nog aanzienlijke verbetering en dit blijkt helaas geen nieuwe conclusie te zijn. Binnen de AGGZ zou hieraan een hogere prioriteit gegeven moeten worden. Van pogingen tot verbetering van de samenwerking is niet veel te verwachten als deze zich beperkt tot verwijzingen omdat die meestal slechts een incidenteel karakter hebben. Een echte samenwerking zal alleen mogelijk zijn als er voor beide meer uit deze samenwerking te halen is. Voorwaarden daarvoor zijn dat men zich vanuit een ruiltheoretische optiek in de werksituatie van de partner verplaatst en dat het gebied waarop men samenwerkt voldoende breed is. Daarvoor is het nodig de taken van beide sectoren naast elkaar te leggen en helder te maken hoezeer de kwaliteit van de eigen zorg wezenlijk afhankelijk is van het functioneren van de andere sector. Gezien deze wederzijdse afhankelijkheid zou meer benadrukt moeten worden dat beide sectoren een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid dragen voor de

kwaliteitsverbetering van de geestelijke gezondheidszorg. Men zou zich daarbij niet dienen te beperken tot de concrete hulpvragen die zich in de afzonderlijke sectoren aandienen, maar vooral ook oog moeten hebben voor het totale proces van probleemontwikkeling, probleemhantering, hulpzoeken, informele hulp, contactlegging met de professionele hulp, verwijzen en voor de mogelijkheden om op dit proces op een zo preventief mogelijke wijze te reageren.

NOOT

1 Wat dit betreft is een wezenlijke verbetering te verwachten van de meerdimensionele classificatiemethode zoals die thans door Ormel en Giel (1983) wordt ontwikkeld.
Zie ook het artikel van Ormel in deze bundel.

LITERATUUR

BESTEMAN, A. (1971), Samenwerkingsvormen sociaal-psychiatrische Dienst - Huisartsen in Noord-Holland. Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid 4.

DERKSEN, J. (1983), De psycholoog in de eerste en tweede lijn. De psycholoog 8, pp. 442-447.

DIEKSTRA, R.F.W. (1982), Epidemiology of attempted suicide in the EEC. Bibliotheca Psychiatrica 162, pp. 1-16.

GENNIP-HORSTEN, T. VAN (1968), Relatie tussen bevolking en voorzieningen voor psychische gezondheidswerk. Leidschendam.

GURIN, G., J. VEROFF & S. FELD (1960), Americans view their mental health. New York: Basic Books.

HIRS, W.M. en C.M.H. Hosman (1975), Psychische problematiek en de centrale positie van de huisarts. Metamedica 54, pp. 49-56.

HOLLINGSHEAD, A.B. & F.C. REDLICH (1958), Social class and mental illness. New York: Wiley.

HOSMAN, C.M.H. (1983), Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets & Zeitlinger.

HOSMAN, C.M.H. en J.H. SWARTE (1973), Aan het front van het psychische gezondheidswerk (2 delen). Nijmegen: vakgroep Sociale Psychologie K.U.

HUYGEN, F.J.A., H.J.M. VAN DEN HOOGEN, A.Th. VAN DE LOGT & A.J.A. SMITS (1984), Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk. I: Een epidemiologisch onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 128, pp.1321-1327.

ORMEL, J. en R. GIEL (1983), Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor Psychiatrie 25, pp.688-710.

OTTEN, A. (1983), Preventieve activiteiten vanuit RIAGG's. Utrecht: NVAGG.

PETERS, L. (1984a), De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 39, pp. 33-46.

PETERS, L. (1984b), Relatie eerstelijnszorg geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

SANAVRO, F.L. (1982), Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

SANTEMA, S. (1969), Huisarts en bureaus voor de geestelijke volksgezondheid. Huisarts en Wetenschap 12, pp.281-283.

SCHIPPERS, G.M. (1981), Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek. Lisse: Swets & Zeitlinger.

SMITS A., C. HOSMAN en M. VAN KESTER (1984), Psychologie en eerstelijnsgezondheidszorg. Een onderzoek naar samenwerking tussen eerstelijnszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

VERHAAK, P.F.M. (1984), Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek. Deel I. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZWEENS-WIERSEMA, A.C. (1968), Huisarts en geestelijke volksgezondheid. Meppel: Boom.

III
STRUCTUUR EN SPREIDING VAN VOORZIENINGEN

16

REGIONALISATIE EN PLANNING IN DE GEZONDHEIDSZORG.

H.J.B.M. Abeln

1 Inleiding

Toen Staatssecretaris Hendriks in het begin van de jaren zeventig de Structuurnota presenteerde, waren er slechts weinigen die de daarin gepresenteerde beleidslijnen niet ondersteunden of met enthousiasme begroetten. Budgettering, regionalisatie en planning vooral gericht op structurering van de lappendeken van voorzieningen en versterking van de eerste lijn leken op de instemming van velen te kunnen rekenen.

Budgettering is er na verloop van een aantal jaren gekomen, hoewel toch nog vrij onverwacht en vooralsnog beperkt tot intramurale instellingen. Regionalisatie en planning staan nog steeds in de kinderschoenen. Structurering van de lappendeken is in feite slechts in de ambulante geestelijke gezondheidszorg met een breed effect en met succes geëffectueerd. Versterking van de eerste lijn tenslotte, wacht naar de mening van velen nog op de grote dag. Welke mechanismen hebben die met kracht ingezette structuurwijziging in de gezondheidszorg vertraagd, welke uitwerking is er tussentijds aan gegeven, welke uitwerkingen staan er binnenkort aan te komen? Deze vragen staan in dit artikel centraal. Daarbij gaat het vooral om de kanttekeningen die vanuit de optiek van de eerstelijnsgezondheidszorg bij een en ander te plaatsen zijn. Voor een goed begrip zal hier en daar echter meer algemeen op de ontwikkelingen moeten worden ingegaan.

Dit artikel is gebaseerd op de ervaringen opgedaan bij beleidsondersteunende onderzoeken die Twijnstra Gudde N.V. ten behoeve van de voorbereiding van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)/ Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM, ontwerp) uitvoerde in de provincie Limburg en de regio Eindhoven e.o. Daarnaast wordt ingegaan op ervaringen opgedaan tijdens een eveneens in dat kader voor het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgevoerd onderzoek naar de relatie tussen planning en financiering.

2 Regionalisatie en planning; een oplossing of een nieuw probleem?

De gedachte aan regionalisatie en planning in de gezondheidszorg stamt al uit het einde van de zestiger jaren. Zij stoelt in hoofdzaak op de toen

levende overtuiging dat regionale planning en besturing van de gezondheidszorg zouden leiden tot een betere afstemming van vraag en aanbod en een betere kostenbeheersing. Daarbij zou namelijk een beter inzicht in de regionale omstandigheden en een betere mogelijkheid voor betrokkenheid van veld en gebruikers bij de besturing kunnen worden verkregen.

Het idee is sindsdien op tal van plaatsen in de gezondheidszorg werkelijkheid geworden. Zo is decentralisatie van planningstaken naar provinciale overheden in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) nu gemeengoed geworden en heeft het zogenaamde lokaal overleg tussen financiers en instellingen in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) vorm gekregen.

Het merkwaardige is nu dat, ondanks de gesignaleerde ontwikkelingen, de fundamentele decentralisatie volgens de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) nogal moeizaam blijkt te verlopen. Dit heeft onzes inziens onder meer de volgende oorzaken:

a. fundamentele decentralisatie druist in tegen de sinds het midden van de vorige eeuw in gang gezette bestuurlijke centralisatiebeweging;
b. het regionale bestuurlijke gat (de bestuurslaag tussen gemeenten en provincie) is (nog) niet opgevuld;
c. decentralisatie gaat in het geval van de WVG gepaard met een toename aan overheidsinvloed;
d. de WVG is een integrale planningswet;
e. in de gezondheidszorg heeft de regionale samenwerking zich onvoldoende ontwikkeld.

Wij willen slechts kort stilstaan bij de bestuurlijke problematiek zoals die in a. en b. is genoemd. Het zal duidelijk zijn dat deze bestuurlijke problemen aan overheidszijde in belangrijke mate bepalend zijn voor de problemen die de invoering van de WVG kenmerken. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de problemen rondom de keuze van de gebiedsindeling. Vooral omdat de gemeenten de bemoeienis voor de eerstelijnsgezondheidszorg toegewezen zullen krijgen en de gebiedsindelingsproblemen vaak samenwerkingsproblemen tussen gemeenten betreffen, raakt dit probleem zeer direct de belangen van de eerstelijnsgezondheidszorg. Een, vanuit eerstelijnsstandpunt bezien, verkeerde keuze kan bijvoorbeeld inhouden dat de samenwerking tussen eerstelijns- en tweede-/derdelijnsvoorzieningen zich zou moeten gaan afspelen in twee verschillende regio's: één voor de samenwerking en één voor de planning. De bestuurlijke problemen worden nog versterkt door het feit dat het raamwet-karakter van de WVG zonder meer heeft geleid tot het voor zich uit schuiven van de problemen door de wetgever naar de Algemene Maatregelen van Bestuur die de feitelijke uitwerking van de wet behelzen. Met andere woorden: een kamer-brede aanvaarding van de wet was eenvoudig mogelijk omdat de wet alle mogelijke varianten open liet. De feitelijke uitwerking daarentegen zou aanzienlijk

meer weerstanden oproepen, omdat daarbij pas de eigenlijke keuzen gemaakt moesten worden.

Belangrijk is dat de WVG (zoals in c. is aangegeven) ook een toename van overheidsinvloed in zich heeft. Geconstateerd hebbende dat de gezondheidszorg een lappendeken was, achtte men het gewenst dat de overheid structurerend zou optreden. Dit resulteerde in een bredere bemoeienis (meer voorzieningen door de overheid te sturen) en een breder instrumentarium (nu ook erkenningen door de overheid af te geven, kwaliteits- en samenhangeisen te stellen, etc.).

De toename van overheidsinvloed leidt bij de voorbereiding van de invoering van de WVG tot tal van obstakels. Zo bleken er misverstanden te bestaan over welke taken de overheden nu zouden krijgen en hoe die taken zich verhouden tot de huidige situatie. Ook ontkwam de WVG niet aan de dereguleringsactiviteiten. Daarnaast ontwikkelden zich op geheel andere fronten identiek gerichte acties. Zo kwam de LHV bijvoorbeeld met haar eigen vestigingsregeling. Daarmee ontstond onduidelijkheid over de relatie tussen deze regeling en de vestigingsregeling (zie WVG).

Een volgend belangrijk probleem ligt in het feit dat de WVG een integrale planningswet beoogt te zijn (zie d.). Dat betekent dat men alle soorten gezondheidszorgvoorzieningen met elk eigen, specifieke kenmerken in één allesomvattend plannings- en besturingssysteem tracht te vatten. Nu hebben wij niet alleen te maken met tal van verschillende voorzieningen die onderling moeten worden afgestemd, maar ook zijn er formeel drie (of praktisch vier) overheden bij betrokken. Rijk, provincies, samenwerkingsverbanden van gemeenten èn gemeenten samen in één plannings- en besturingsproces waarbij iedere overheid haar eigen voorzieningen in de gaten houdt. Dit streven naar een allesomvattende planning door alle betrokken overheden blijkt bij de voorbereiding van de invoering van de WVG slechts zeer moeilijk realiseerbaar te zijn. Het lijkt er bijna op dat óf de planning ontaardt in een uitermate complex en omslachtig proceduregevecht, óf van samenhang weinig terecht komt omdat iedere overheid zal gaan staan voor de belangen van 'haar' voorzieningen waardoor bijvoorbeeld de scheidingen tussen eerstelijnsvoorzieningen (te plannen door gemeenten) en tweedelijnsvoorzieningen (te plannen door provincies) zich zullen verscherpen. Naast deze dreiging ontstaat nu bovendien bij eerstelijnwerkers wellicht de indruk afhankelijk te worden van de minst krachtige van de betrokken overheden (zeker in die gevallen waarin gemeenten grote onderlinge meningsverschillen blijken te hebben).

Komen we dan tenslotte bij het laatste knelpunt, de onvoldoende ontwikkelde regionale samenwerking (zie e.), dan valt op dat het veld van de gezondheidszorg voorlopig niet in staat moet worden geacht de beoogde integratie en samenhang met kracht zelfstandig te ontwikkelen en te realiseren. Speciaal voor de eerstelijnsgezondheidszorg geldt daarbij nog dat de lage organisatiegraad en beperkte bestuurlijke en management-ervaring

geen uitzicht bieden op verbetering op korte termijn. Juist in deze samenwerking zou overigens de zorginhoudelijke discussie de boventoon moeten voeren. Hier zouden de plannen voor wezenlijke verschuivingen van tweede naar eerste lijn en een betere afstemming door werkers uit het primaire proces concreet gestalte moeten krijgen. Maar alle kwaliteiten van betrokkenen ten spijt, het blijken toch meestal de bestuurder en beleidswerker te zijn die het veld hier vertegenwoordigen. Veel werkers uit het primaire proces blijken nu vaak snel teleurgesteld door de matige resultaten van alle overleg. Naar hun mening blijft het te vaak bij veel dikke nota's, beleidsplannen en dergelijke, waarin de praktische samenwerking te weinig concreet gestalte krijgt. Deze demotivatie van de professionele werkers heeft grote risico's in zich. Zij kunnen zich van dit proces afkeren; van werkelijke samenwerking komt dan weinig terecht. Daarnaast kunnen overheden en financiers - teleurgesteld in de bijdragen van het veld - genoodzaakt worden zelf het heft in handen te nemen waardoor de beoogde afstemming op de specifieke regionale situatie en de benutting van de in het veld aanwezige kennis en creativiteit in het gedrang komt.

Problemen te over zou men op basis van het voorgaande kunnen concluderen, maar hoe zit het nu met de oplossingen?

3 Oplossingen

In het hiernavolgende zal in worden gegaan op een aantal oplossingen die tijdens de onderzoeken zijn ontwikkeld. Daarbij komen achtereenvolgens aan de orde:

- de gebiedsindeling, de taakverdeling en samenwerking tussen overheden;
- de adviesstructuur;
- de relatie tussen planning en financiering.

3.1 Gebiedsindeling, taakverdeling en samenwerking

Bij de structurering in het kader van de WVG neemt de gebiedsindeling een centrale plaats in. Deze gebiedsindeling heeft een tweeledige functie: de eerste is het aangeven van de gebieden waarbinnen de beleidsvorming van de overheden met betrekking tot gezondheidszorgvoorzieningen moet plaatsvinden; de tweede heeft tot doel de huidige of de gewenste indeling van verzorgingsgebieden van de verschillende voorzieningen aan te geven.

Mede aan de hand van de uitgevoerde beleidsondersteunende onderzoeken zijn de volgende criteria voor de bepaling van de gebiedsindeling vastgesteld (WVC 1983):

- het kubusprincipe: de kleinste eenheden voor de gebiedsindeling zijn de gemeenten. Een of meer gemeenten vormen regio's. Een of meer regio's vormen de provincie (met dien verstande dat het mogelijk is dat een regio in meer dan één provincie gelegen is);
- de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) en de door de regering nagestreefde integratie van intergemeentelijke samenwerkingsverbanden: de subregio's dienen, voor zover mogelijk, gelijk te zijn aan de toekomstige intergemeentelijke samenwerkingsgebieden op basis van de WGR;
- de gebiedsindeling ex WZV: de gebieden dienen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de gebiedsindeling ex WZV.

Daarnaast dient de gebiedsindeling aan te sluiten bij de huidige c.q. gewenste indeling van de verzorgingsgebieden van de verschillende voorzieningen. Omdat deze verzorgingsgebieden zich in de regel niet houden aan de bestuurlijke gebiedsindeling (de grenzen van de provincies en de gebieden waarbinnen gemeenten samen wensen te werken) ligt hier vaak een belangrijk probleem. Daar moeten echter twee kanttekeningen bij geplaatst worden. In de eerste plaats blijken gemeentebesturen zich in de regel weinig aan te trekken van de natuurlijke verzorgingsgebieden voor de gezondheidszorgvoorzieningen. Zo kan een huisartsenpraktijk op de rand van een gemeente al snel vallen in het taakgebied van twee gemeenten of twee samenwerkingsverbanden. Gelet op het feit dat de WVG/WGM-taken naar verwachting voorlopig wellicht de omvangrijkste bestuurlijke belasting voor vooral de samenwerkingsverbanden van gemeenten zullen vormen, past hier een groter respect voor de feitelijke oriëntatie van de bevolking op voorzieningen. Deze oriëntatie op gezondheidszorgvoorzieningen is bovendien vaak breed maatschappelijk bepaald zodat hij toch al vaak blijkt aan te sluiten op oriëntaties binnen andere beleidsterreinen (onderwijs, werkgelegenheid, cultuur, sport etc.). In de tweede plaats staart het veld van de gezondheidszorg zich bij de bepaling van de gebiedsindeling te vaak 'blind' op de vermoede consequenties voor de verzorgingsgebieden. Het recht op vrije artsenkeuze beperkt immers in belangrijke mate de mogelijkheid voor de plannende overheden om gebiedsgrenzen als harde oriëntatiegrenzen te hanteren. Grensoverschrijdend verkeer zal blijven bestaan en zal dus zonder meer leiden tot de noodzaak voor betrokken gemeenten om dit in de plannen in te calculeren en in de uitvoering te honoreren.

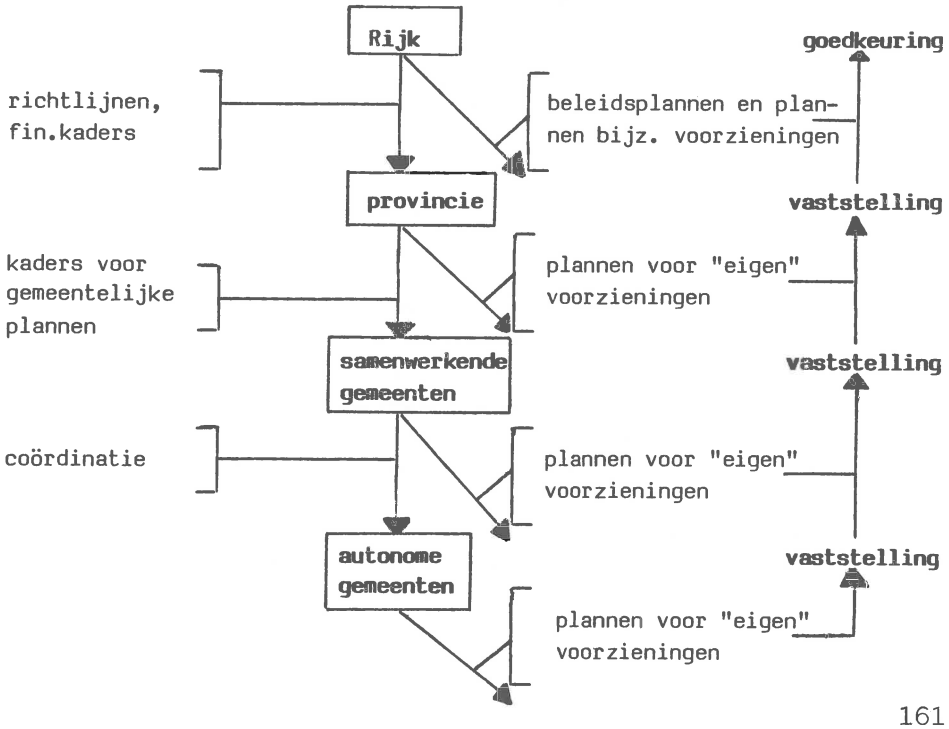
Een volgend aspect betreft de gelaagdheid van de gebiedsindeling. Niet iedere voorziening heeft immers een even groot verzorgingsgebied en niet iedere overheid heeft eenzelfde voorziening in haar takenpakket. Een voorstel voor vormgeving van deze relatie is globaal in figuur 1 aangegeven. Daarmee is ook een belangrijk deel van de taakafbakening tussen overheden gegeven.

Figuur 1 Schematische voorstelling van de gelaagdheid van de gebiedsindeling in de gezondheidszorg.

	rijk	provincie	gemeenten	
			samenwerkend	autonoom
		regio	subregio	sub-subregio
- basisgezondheidszorg			●	
- eerstelijnsgezondh.				●
- verpleeghuiszorg			●	
- ziekenhuiszorg		●		
- bijzondere voorzien.	●			

Behalve van taakafbakening dient er echter ook sprake te zijn van samenhang tussen de verschillende plannen. Daarvoor is uit de voorbereidingsonderzoeken een planningsconceptie naar voren gekomen die een delegatie van grof naar fijn mogelijk maakt. Een en ander is hieronder samengevat.

Figuur 2 Schematische voorstelling van de samenhang tussen de plannen van de verschillende overheden.



Dit proces, het kaderplanningsproces, zorgt voor het van 'grof naar fijn' delegeren. Daarnaast zorgt het vooraf te voeren gezamenlijk overleg van de drie overheden per sub-regio voor coördinatie van hun activiteiten en dus voor betere garanties voor samenhang tussen de plannen.

3.2 De adviesstructuur; de ontmoeting tussen overheden en veld

Met de intrekking van de Kaderwet Specifiek Welzijn is tegelijkertijd gekozen voor het integreren van een deel van de daaronder vallende voorzieningen (maatschappelijke dienstverlening) in de werkingssfeer van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Bovendien bestond er, naar aanleiding van de bij de voorbereiding van de invoering opgedane ervaringen en de dereguleringsnoodzaak, behoefte aan een aantal andere aanpassingen van de WVG. Deze operaties zijn gecombineerd uitgevoerd door ontwikkeling van een nieuwe wet: De Wet Gezondheidszorg en Maatschapellijke Dienstverlening (WGM). Waar de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) nog tal van adviesconstructies in zich had, blijkt uit het ontwerp Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM) dat hier een stevige dereguleringsstorm heeft gewoed. Nu bepaalt de WGM kort gezegd nog slechts dat overheden het veld op enigerlei wijze moeten laten adviseren over plannen en dergelijke. Blijft dus het probleem hoe hieraan vorm te geven. Een paar belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- de adviesstructuur moet aansluiten op de bestuurlijke structuur aan overheidszijde of, anders gezegd, een zoveel mogelijk gelijke gebiedsindeling hebben;
- bij de adviesstructuur moet zoveel mogelijk bundeling en integratie worden nagestreefd. Eén gecoördineerd geluid uit het veld heeft de voorkeur, te meer omdat de samenwerking juist in het veld gestalte moet krijgen;
- de adviesstructuur moet zoveel mogelijk aansluiten bij logische samenwerkingsverbanden in het veld.

Vooral het laatste punt maakt de keuze moeilijk. Ter verduidelijking wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde horizontale en verticale samenwerking. Met horizontale samenwerking wordt de samenwerking binnen één echelon bedoeld, zoals de samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Met verticale samenwerking duiden wij op de samenwerking tussen echelons zoals de samenwerking tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de intramurale zorg. Spreekt men nu over aansluiting bij logische samenwerkingsverbanden in het veld dan moet eerst vastgesteld worden welk soort samenwerking men daarbij op het oog heeft. Gelet op de beleidsprioriteit ter versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en verschuiving van intrmurale zorg naar extramurale zorg ligt het naar onze mening voor ae hand om de adviesstructuur vooral op verticale samenwerking te richten. Voegt men daarbij het feit dat deze samenwerking een maximum

spankracht op ongeveer subregionaal niveau heeft (het niveau waarop, vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg bezien, nog zinvol gesproken kan worden over operationele samenwerking) en dat dit niveau tevens voldoet aan de eis dat hierbinnen ook een belangrijk deel van de intramurale zorgverlening plaatsvindt, dan is de voorkeur voor subregionale samenwerkingsverbanden (die tevens als adviesorgaan optreden) duidelijk.

Voor de eerstelijnsgezondheidszorg betekent het echter wel dat binnen zo'n subregionaal verband kleinere samenwerkingsverbanden moeten kunnen bestaan die zich richten op horizontale samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De subregio is daarvoor veelal te groot.

Tenslotte past hier nog een andere kanttekening betreffende eerstelijnsgezondheidszorg. Samenwerking in het veld en overleg met overheden vergt veel tijd. Tijd, die vooral zou moeten worden geleverd door de professionele werkers zelf. Zij bezitten immers de kennis en ervaring die nodig is om creatieve oplossingen aan te dragen en te realiseren. In de intramurale zorg hoeft men hiervoor in principe geen beroep te doen op de werkers in het primaire proces. Hier zijn anderen geheel of gedeeltelijk vrijgesteld voor deze taken (directies, stafmedewerkers). In de extramurale zorg bestaan deze vrijgestelden nog nauwelijks. Vooral bij huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en tandartsen betekent dit, dat alle overleg rechtstreeks ten koste gaat van de patiëntentijd en vaak ook van het inkomen (de kruisverenigingen daarentegen beschikken inmiddels over een redelijk aantal vrijgestelden). Vooral om ervoor te zorgen dat de kennis van de werkers in het primaire proces wordt benut en de genoemde beroepsgroepen in de gelegenheid te stellen adequaat in de samenwerking te participeren, moeten onzes inziens nog compensatiemogelijkheden worden ontwikkeld.

3.3 De relatie tussen planning en financiering

In het voorafgaande werd niet gesproken over de financiers, een derde belangrijke betrokkene naast de overheden en het veld zelf. Worden de financiers door de planningsinspanningen van de overheden en het overleg tussen overheden en veld dan buitenspel geplaatst? Het antwoord op deze vraag is eenvoudig en duidelijk: neen. Integendeel, in het ontwerp WGM is de positie van de financiers uitdrukkelijk verbijzonderd. Een belangrijk probleem daarbij is echter dat degene die het plan maakt, niet degene is die de prijs ervan vaststelt. Immers, ondanks financiële kaders en economische paragrafen strekt de bevoegdheid van de overheden niet zover dat zij ook de uiteindelijke prijzen kunnen vaststellen. Sterker nog, ervaringen met de WZV en de Wet Ambulance Vervoer (WAV) leren ons dat plannende en prijsvormende instanties elkaars werk regelmatig proberen over te nemen. Dit spanningsveld ontstaat vooral door het verschil in benadering van beide. Gaat men bij de planning bijvoorbeeld uit van het aan-

tal bedden of het aantal ambulances, bij de prijsvorming worden deze grootheden niet gebruikt. Daar gebruikt men bijvoorbeeld aantallen verpleegdagen en ritten. Veel instellingen worden aldus met twee maten gemeten en dat leidt tot een nieuw knelpunt bij de invoering van de WVG.

De lagere overheden blijken dan ook weinig zin te hebben in het krijgen van de nieuwe zware taken als zij hun moeizaam tot stand gekomen resultaten vervolgens in het prijsvormingscircuit nog eens bijgesteld zien worden. Voor dit probleem worden momenteel in een adviesaanvrage aan de nationale adviesorganen twee mogelijke oplossingen aangedragen. Volgens de ene blijven planning en prijsvorming gescheiden: 'de planner bepaalt wat de financier betaalt'; en wel in die zin dat de planningsresultaten zelf niet door de financiering kunnen worden teruggedraaid. Wel blijft een beoordeling van de bij een gegeven planning behorende reële prijs de bevoegdheid van financiers. De andere oplossing laat planning en prijsvorming bovendien geschieden op een zelfde noemer. Dus niet meer 'bedden' voor planning en 'verpleegdagen' voor prijsvorming, maar bijvoorbeeld 'aantal hartoperaties' en 'prijs per hartoperatie'.

Deze twee suggesties kunnen een belangrijke verbetering betekenen voor de afstemming tussen planning, financiering en prijsvorming.

4 Conclusies

Als men alle ontwikkelingen van de laatste tijd overziet, dan ligt het antwoord op de vraag of regionalisatie en planning op korte termijn definitief gestalte kunnen krijgen nog niet voor de hand. Een aantal duidelijke 'mitsen' begeleidt in dit geval het 'ja-woord'. Regionale planning komt er mits:

- de lagere overheden de bestuurlijke problemen niet laten overheersen boven de inhoudelijke doelen. Zorgverlening dient adequaat op de behoeften van de regionale bevolking afgestemd te zijn, en betrokkenen moeten zich daarbij uitdrukkelijker oriënteren op de ervaring en de praktijk van de 'werkers in het veld'. Dit geldt in het bijzonder ook voor de nog vaak beperkte en prille oriëntatie van gemeenten op de eerstelijnszorg;
- de invoering van de WVG/WGM niet wordt overheerst door de gedachte van de schone lei. Daarmee doelen wij op de intenties en eisen om nu eens door een brede en algehele aanpak alle knelpunten in de gezondheidszorg op te lossen. Een reëlere ambitie zou de oplossingen wellicht zelfs meer kunnen bespoedigen;
- het veld van de gezondheidszorg niet blijft afwachten wanneer de overheid nu ernst gaat maken met algemeen aanvaarde doelstellingen: versterking van de eerste lijn, verbetering van de samenhang en verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Een actieve opstel-

ling, ook van de eerstelijnszorg, gericht op het aandragen maar ook het uitvoeren van verbeteringsplannen verdient in dit kader meer aandacht;
- veld, financiers en overheid elkaars verantwoordelijkheden en kwaliteiten meer respecteren en samenwerking vooropstellen.

Ogenschijnlijk nogal stevige mitsen, maar gelet op het doel, waarvan versterking van de eerste lijn en betere benutting van de daar aanwezige kennis en ervaring belangrijke onderdelen zijn, blijft het doorgaan op de ingeslagen weg onzes inziens de moeite waard.

LITERATUUR

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE (1982), Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Leidschendam.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1984), Naar een geïntegreerde en gedereguleerde uitvoering van de AWBZ, WTG, WVG, WZV, ZFW.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1983), Bouwstenen van een invoeringsplan.

NOTA EERSTELIJNSZORG (1983), Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 180.

STRUCTUURNOTA GEZONDHEIDSZORG (1974). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

TWIJNSTRA GUDDE N.V., VERENIGING LIMBURGSE GEMEENTEN (1983), Advies bestuurs-organisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

TWIJNSTRA GUDDE N.V., G.S. NOORD BRABANT (1983), Voorbereiding invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Subregio Zes Noord-Brabant.

TWIJNSTRA EN GUDDE N.V., G.S. LIMBURG (1984), Advies bestuurlijk-ambtelijke organisatie PRV.

17

EEN JAAR VESTIGINGSBELEID VAN DE LHV.

P.P. Groenewegen

1 Inleiding

Op 1 maart 1983 is na vier jaar voorbereiding het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging van start gegaan. In dit artikel willen wij laten zien welke invloed dat gehad heeft op het aantal nieuwe vestigingen van huisartsen. Wij zullen dat doen door het aantal vestigingen in het eerste jaar van het LHV-vestigingsbeleid te vergelijken met de ontwikkeling in de daaraan voorafgaande jaren.

Het LHV-vestigingsbeleid is natuurlijk niet de enige factor die het aantal vestigingen beïnvloedt. Er hebben zich de laatste tijd ook andere ontwikkelingen voorgedaan, zoals de publicatie van het ontwerpbesluit voor de wettelijke regeling van het vestigingsbeleid en de verlaging van de rekennorm-praktijk van 2600 naar 2500 patiënten per huisarts (het zogenaamde pakket '83).

Daarnaast zijn er natuurlijk nog de 'klassieke' determinanten van het aantal vestigingen: het aanbod aan praktijken en de vraag naar praktijken (Wigersma 1976; Bartelds et al., 1977; Groenewegen 1983).

De vraag naar praktijken is zeer groot. Op 1 januari 1984 waren er 540 huisartsen op zoek naar een praktijk (Groenewegen en Hingstman 1984). Dat aantal is de laatste jaren gestaag toegenomen. Zo niet het aanbod aan praktijken. Dat bestaat uit associatieplaatsen en praktijken die ter overname worden aangeboden. Ook vestigen huisartsen zich 'buiten de markt om' door een vrije vestiging te beginnen.

Het aantal overnames wordt deels bepaald door de leeftijdsopbouw van de groep praktizerende huisartsen (en die is op dit moment erg jong, vergelijk Hingstman 1985) en deels door de arbeidsmarkt buiten het huisartsenvak. Echter door de grote groep zoekende huisartsen is de concurrentie voor deze markt erg groot. Het aantal vrijkomende vestigingsplaatsen door nieuwe associaties zal op den duur wel gaan teruglopen als het aantal zeer grote praktijken vermindert.

Gezien de veelheid aan invloeden is het dus niet eenvoudig het effect van het LHV-vestigingsbeleid aan de hand van een paar cijferreeksen vast te stellen.

2 Vraagstelling

Na deze relativerende opmerkingen gaan we over naar de vraagstelling van dit artikel. Die luidt: heeft het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging gedurende het eerste jaar van zijn bestaan invloed gehad op het aantal vestigingen en op de spreiding van huisartsen over Nederland?

Om dat na te gaan bekijken we de ontwikkeling van het aantal vestigingen vanaf 1970 en vergelijken die met het aantal vestigingen in de periode 1 maart 1983 tot en met 29 februari 1984. Daarbij is niet alleen het aantal vestigingen van belang, maar ook de manier waarop de huisartsen gevestigd zijn. Ook zal worden gekeken welke invloed dit heeft op de spreiding van huisartsen over Nederland. In welke gebieden is in het eerste jaar van het vestigingsbeleid het aantal huisartsen uitgebreid.

Maar voor we met de cijfers beginnen eerst iets over het vestigingsbeleid zelf.

3 Het vestigingsbeleid van de LHV

In juni 1979 legde het Centraal Bestuur van de LHV aan zijn ledenvergadering de vraag voor of de vestiging van huisartsen als een gemeenschappelijk probleem werd gezien en of men met het Centraal Bestuur aan een vestigingsbeleid wilde werken. Met de positieve beantwoording van deze vraag ging de voorbereiding en uitwerking van het vestigingsbeleid van start.

Allereerst is een aantal uitgangspunten voor een vestigingsbeleid opgesteld. In het kader van dit artikel zijn daaruit vier punten relevant. Het eerste betreft de berekening van de praktijkgrootte. Daarbij moet rekening gehouden worden met alle patiënten en niet uitsluitend met de ziekenfondspatiënten, waarvan een goede registratie voorhanden is.

Het tweede uitgangspunt dat hier van belang is, is dat het vestigingsbeleid niet vrijblijvend moet zijn. Een regeling van de beroepsgroep zelf is niet bindend voor de niet-leden. Vandaar dat door de LHV sterk aangedrongen is op een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid. Zoals bekend is die regeling er nog steeds niet.

Een ander uitgangspunt is dat praktijkverkleining nodig is. Gezien het aantal praktijkzoekende huisartsen en het aantal vestigingen dat jaarlijks plaats vindt, is dat eigenlijk een open deur. Er vindt al jaren een gestage praktijkverkleining plaats. In combinatie met een van de andere doelstellingen van het vestigingsbeleid, namelijk dat huisartsen een redelijk honorarium moeten krijgen, is een verbinding gelegd tussen de praktijkverkleining en de daling van de rekennormpraktijk waarop de berekening van het honorarium van huisartsen gebaseerd is.

Tenslotte noemen we het uitgangspunt dat de spreiding van huisartsen optimaal moet zijn.

De inhoud van het vestigingsbeleid is verder uitgewerkt in een aantal regelingen. Globaal is de werkwijze van het vestigingsbeleid als volgt: er is in een gebied pas een nieuwe vestiging mogelijk als er een surplus aan patiënten is boven de rekennormpraktijk. De uitvoering van het vestigingsbeleid ligt in handen van de PHV-vestigingscommissie, geadviseerd door direct betrokken huisartsen (bijvoorbeeld uit de waarneemgroep). Praktijkzoekende huisartsen moeten zich aanmelden bij de PHV-vestigingscommissie. Het is de bedoeling dat het vestigingsbeleid regionaal uitgevoerd wordt in gebieden van ± 100.000 inwoners (vergelijk de Nota Vestigingsregelingen van de LHV).

Wat zou men nu voor effecten van het vestigingsbeleid kunnen verwachten gedurende het eerste jaar? Niet erg veel, want aan een belangrijke voorwaarde, de koppeling aan een wettelijke regeling, is niet voldaan. Daardoor kunnen niet-leden zich aan het vestigingsbeleid onttrekken. Wel kan men verwachten dat als het vestigingsbeleid inderdaad werkt, het aantal 'wilde' vrije vestigingen beperkt zal zijn en de toename van het aantal huisartsen meer gereguleerd is, waardoor de toename zal plaatsvinden in gebieden waar relatief meer ruimte is en waardoor de daling van de gemiddelde praktijkgrootte de daling van de rekennormpraktijk zal volgen.

4 Het aantal vestigingen

Gedurende het eerste jaar dat het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging officieel van kracht is, sinds 1 maart 1983 dus, hebben zich bijna 350 nieuwe huisartsen gevestigd. Gedurende dat jaar hebben ruim 170 gevestigde huisartsen de praktijk neergelegd, zodat we kunnen concluderen dat het huisartsenbestand met ongeveer 170 is uitgebreid. Het vestigingsbeleid heeft dus in ieder geval niet geleid tot een stagnatie in de toename van het aantal huisartsen. In vergelijking tot de voorafgaande jaren is er een groter aantal vestigingen in de twaalf maanden van 1 maart 1983 tot en met 29 februari 1984 (zie tabel 1).

Het aantal vestigingen in het eerste jaar van het vestigingsbeleid wordt alleen overtroffen door het aantal in de jaren 1975, 1977 (niet in de tabel weergegeven) en in 1980.

Nog twee andere belangwekkende zaken zijn in deze tabel te zien. De eerste is het geringe aantal gevestigde huisartsen dat de praktijk neergelegd heeft sinds 1981. Er is naar ons idee geen reden om aan te nemen dat deze ontwikkeling verband houdt met het (op handen zijnde) vestigingsbeleid. In tegendeel, gezien de onzekerheid die er in het ontwerp van Algemene Maatregel van Bestuur voor het wettelijk geregelde vestigingsbeleid gelaten wordt omtrent de goodwill-problematiek, zou men kun-

Tabel 1 Aantal nieuw zelfstandig gevestigde huisartsen en het aantal teruggetreden zelfstandig gevestigde huisartsen naar geslacht vanaf 1 januari 1970.

	nieuw gevestigd			teruggetreden			vestigingen saldo		
	man	vrouw	tot.	man	vrouw	tot.	man	vrouw	tot.
1970	168	8	176	172	10	182	- 4	- 2	- 6
1975	349	21	370	218	7	225	+131	+14	+145
1980	314	50	364	221	11	232	+ 93	+39	+132
1981	230	36	266	164	7	171	+ 66	+29	+ 95
1982	237	48	285	157	10	167	+ 80	+38	+118
mrt.'83-febr.'84	256	92	348	162	15	177	+ 94	+77	+171

nen verwachten dat gevestigde huisartsen het zekere voor het onzekere kiezen en de praktijk overdoen. Immers, genoemd ontwerp laat de mogelijkheid open dat in gebieden met een grote huisartsendichtheid praktijken zullen moeten verdwijnen zonder dat een schadeloosstelling in die gevallen geregeld is. Inmiddels is een concept-overeenkomst tussen beroepsorganisatie en overheid opgesteld over het vestigingsbeleid, waarin tevens een regeling opgenomen is voor de afschaffing van de goodwill.

Mogelijk ook houdt de daling van het aantal praktijkverlaters verband met het geringe aantal arbeidsplaatsen buiten het huisartsenvak. Huisartsen die de praktijk neer willen leggen, hebben daarbij bovendien concurrentie van artsen die de huisartsenopleiding voltooid hebben, maar die (nog) geen vestigingsplaats als huisarts hebben kunnen vinden.

Een tweede belangrijk punt uit tabel 1 is het grote aantal vrouwelijke huisartsen dat zich zelfstandig gevestigd heeft (zelfstandig gevestigd wil zeggen met ziekenfondspatiënten op eigen naam of op naam van de maatschap). Dit houdt ons inziens wel verband met het vestigingsbeleid, zij het niet met de privaatrechtelijke regeling van de LHV, maar met het aangekondigde wettelijke vestigingsbeleid. Daarin komt de figuur van de huisarts (meestal betreft het een vrouw), die min of meer permanent als assistent bij een collega werkt, niet voor. Of er in een regio nog ruimte is voor nieuwe vestigingen, waarvoor dan een vergunning vereist is, wordt bepaald door het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en hun patiëntenaantallen. Min of meer permanente assistenten worden daarbij niet meegerekend.

Gezien dat er anders vergunningen afgegeven kunnen worden terwijl de feitelijke capaciteit dat niet toelaat is het begrijpelijk dat in het afgelopen jaar een aantal assistentschappen omgezet is in zelfstandige ves-

tigingen. Zo heeft de op handen zijnde wettelijke regeling voor vestiging en praktijkomvang onbedoeld nog een emancipatorisch effect.

Het LHV vestigingsbeleid beoogt onder meer de ongecontroleerde uitbreiding van het aantal huisartsen in te dammen. Daarom moeten we in deze beschouwing ook de vestigingswijze betrekken, en vooral in hoeverre vestiging buiten de beroepsorganisatie om plaatsvond. We operationaliseren dit als het wel of niet gesteund zijn van de vestiging naar het oordeel van de huisarts (hoewel dit niet geheel hetzelfde inhoudt). In de periode 1 maart 1983 tot 29 februari 1984 waren er 31 van deze niet gesteunde vrije vestigingen

Zowel in 1982 als in het eerste jaar van het LHV-vestigingsbeleid is het aantal niet-gesteunde vrije vestigingen groter dan gedurende de voorafgaande jaren. Een overzicht is in de onderstaande tabel te vinden.

Tabel 2 Vestigingswijze van nieuw zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970.

	gesteund		niet gesteund		overname		associatie		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1970	11	6	10	6	106	60	49	28	176	100
1975	38	10	28	8	155	42	149	40	370	100
1980	48	13	17	5	154	42	149	41	364	100
1981	46	17	12	5	103	39	105	40	266	100
1982	39	14	24	8	99	35	123	43	285	100
mrt'83-febr.'84	41	12	31	9	97	28	178	51	347	100

Absoluut gezien is het aantal niet-gesteunde vrije vestigingen in het eerste jaar van het vestigingsbeleid hoger dan ooit tevoren.

De niet-gesteunde vrije vestiging is de enige categorie waarbij het het meest waarschijnlijk is dat de vestiging buiten het vestigingsbeleid om heeft plaats gehad. Ook onder de associaties kunnen vestigingen zitten die een uitbreiding van het aantal gevestigde huisartsen betekenen, maar waaraan geen vestigingscommissie te pas gekomen is. Daarover staan ons geen gegevens ter beschikking. Het grote aantal associaties in de periode 1 maart 1983 tot 29 februari 1984 hangt weer samen met de omzetting van assistentschappen in zelfstandige vestigingen, maar waarschijnlijk ook met de daling van de rekennormpraktijk, waardoor een aantal praktijken die net op de grens zaten van de financiële haalbaarheid van een associatie, de stap naar associatie konden maken.

5 Vestigingsbeleid en huisartsendichtheid

Nieuwe vestigingen van huisartsen, zonder dat er tegelijk een gevestigde huisarts vertrekt, zorgen voor een stijging van de huisartsendichtheid. Bij vrije vestigingen is dat per definitie het geval, terwijl bij overnames de huisartsendichtheid gelijk blijft (afgezien van veranderingen in de bevolkingsomvang). Bij associaties vindt er voor een deel een uitbreiding van het aantal huisartsen plaats (bijvoorbeeld als een nieuwe huisarts zich associeert met een gevestigde huisarts) en voor een deel vindt er ook vervanging plaats (bijvoorbeeld als de praktijk van een gevestigde huisarts voortgezet wordt door een associatie van twee nieuwe huisartsen).

In dit deel van het artikel zullen we nagaan in welke gebieden van ons land de uitbreiding van het aantal huisartsen en dus de stijging van de huisartsendichtheid heeft plaatsgevonden gedurende het eerste jaar van het vestigingsbeleid. We kijken achtereenvolgens naar de niet gesteunde vrije vestigingen, de gesteunde vrije vestigingen en dat deel van de associaties dat een uitbreiding inhield.

De meerderheid van de niet-gesteunde vrije vestigingen vond plaats in de grote steden (18 van de 31). Dat zijn niet de gebieden waar men zit te springen om extra huisartsen. De huisartsendichtheid was daar namelijk bij de start van het LHV-vestigingsbeleid al het hoogst. Daar staat echter tegenover dat de uitvoering van het vestigingsbeleid waarschijnlijk minder snel en minder gemakkelijk te organiseren is door het grote aantal huisartsen dat deel uitmaakt van een stedelijke PHV en door het wat lagere aantal LHV-leden in de grote steden.

Van de gesteunde vrije vestigingen vond ruim 40% in de grote steden plaats en van de uitbreidingen door middel van associatie ruim een derde (tabel 3). De uitbreidingen door associatie vinden voor een belangrijk deel op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten plaats.

In totaal is 16% van de uitbreiding door niet-gesteunde vrije vestiging tot stand gekomen. Op het platteland en in de grote steden (en vooral in de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) ligt dit percentage hoger. Het percentage uitbreiding door associatie ligt vooral in de stedelijke gebieden lager. Dat ligt ook wel voor de hand, omdat daar de gemiddelde praktijkgrootte lager is.

Tabel 3 Aantal inwoners per huisarts in de uitgangssituatie en uitbreiding van het aantal huisartsen gedurende het eerste jaar van het LHV-vestigingsbeleid.

	aantal inw. per huisarts in de uitgangssituatie	niet-gest. vrije vest.		gest. vrije vest.		uitbr. door ass.		totale uitbreiding	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Platteland	2.584	4	21	2	11	13	68	19	100
Verstedelijkt platteland	2.630	2	4	9	20	34	76	45	100
Forensengemeenten	2.705	4	14	6	21	18	64	28	100
Kleine steden	2.593	3	13	7	30	13	57	23	100
Grote steden	2.527	11	22	12	24	27	54	50	100
De drie grote steden	2.244	7	27	5	19	14	54	26	100
Totaal	2.553	31	16	41	21	119	62	191	100

De volgende tabel laat de daling van de gemiddelde praktijkgrootte zien.

Tabel 4 Aantal inwoners per huisarts in de uitgangssituatie en na één jaar vestigingsbeleid.

	aantal inwoners per huisarts maart 1983	aantal inwoners per huisarts februari 1984	daling	
			abs.	%
Platteland	2.584	2.507	77	2,98
Verstedelijkt platteland	2.630	2.545	85	3,23
Forensengemeenten	2.705	2.619	86	3,18
Kleine steden	2.593	2.533	60	2,31
Grote steden	2.527	2.442	85	3,36
De drie grote steden	2.244	2.159	85	3,79
Totaal	2.553	2.470	83	3,25

Door combinatie van deze tabel met de vorige kan men de conclusies in wat meer aansprekende termen verwoorden. De daling van de gemiddelde praktijkgrootte is relatief het sterkst geweest in de drie grote steden, en deze daling wordt voor 27% veroorzaakt door de niet-gesteunde vrije vestigingen. De daling in de forensengemeenten mag dan absoluut gezien het sterkst zijn, relatief is de daling minder dan gemiddeld, terwijl dat toch de plaatsen zijn met over het geheel genomen de grootste gemiddelde praktijkgrootte. De daling van het aantal inwoners per huisarts is in de forensengemeenten voor 14% veroorzaakt door niet-gesteunde vrije vestigingen.

6 Conclusie

Tot zover de cijfers. Wat kunnen we daar nu uit concluderen met betrekking tot het vestigingsbeleid van de LHV:

- Het lijkt erop dat het vestigingsbeleid van de LHV weinig invloed heeft gehad op het aantal vestigingen. Het aantal niet-gesteunde vrije vestigingen - dat zijn de vestigingen die naar alle waarschijnlijkheid buiten het vestigingsbeleid van de LHV om plaatsgevonden hebben - is in het eerste jaar van het vestigingsbeleid groter dan in de voorgaande jaren. De uitbreiding van het aantal huisartsen is relatief het grootst geweest in de gebieden die de uitbreiding het minst nodig hadden, namelijk de grote steden.
- De onzekerheid over de wettelijke regeling heeft waarschijnlijk geleid tot een aantal noodsprongen. Het lijkt erop dat een aantal huisartsen zich gevestigd heeft met het idee: als ik alvast maar ergens zit, dan heb ik straks in ieder geval een vestigingsvergunning.
- De verlaging van de rekennormpraktijk van 2600 tot 2500 patiënten en daarmee doorgevoerde veranderingen in de kosten- en pensioenknik is waarschijnlijk voor een deel verantwoordelijk voor het hoge aantal associaties in de periode maart 1983 tot en met februari 1984. Daarnaast zal ook de op handen zijnde regeling van een wettelijk vestigingsbeleid het aantal associaties beïnvloed hebben door omzetting van assistentschappen in associaties.
- Als er gedurende het eerste jaar van het vestigingsbeleid helemaal geen niet-gesteunde vrije vestigingen geweest zouden zijn, zou over heel Nederland berekend de gemiddelde praktijkgrootte rond de normpraktijk gelegen hebben. Nu ligt hij er al onder.

LITERATUUR

BARTELDS, A.I.M., J.P. DOPHEIDE en J. VAN DER ZEE (1977), Nieuwe vestigingen van huisartsen. Medisch Contact 32, pp. 459-468.

GROENEWEGEN, P.P. (1983), Het zoeken naar een praktijk en de vestiging als huisarts. Nieuw Kompas voor de Huisarts 1, 10, pp. 1-11.

GROENEWEGEN, P.P. en L. HINGSTMAN (1984), Registratie adspirant-huisartsen, peiling 1984. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

HINGSTMAN, L. (1985), Statistische gegevens per 1 januari 1984 over beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.

WIGERSMA, L. (1976), Vestiging van huisartsen, een kwestie van vraag en aanbod. Medisch Contact 31, pp. 1251-1259.

18

GEOGRAFISCHE SPREIDING VAN VERLOSKUNDIGEN.

L. Hingstman

1 Inleiding

Hoewel er in Nederland de afgelopen decennia een duidelijke ontwikkeling heeft plaats gevonden naar een toenemende hospitalisatie van bevallingen kent ons land nog steeds een uniek hoog percentage thuisbevallingen, bijna 35%.

Achter deze ontwikkeling zijn verschuivingen waarneembaar tussen de drie groepen beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de verloskundige zorg: de verloskundige, de huisarts en de gynaecoloog/obstetricus. In 1960 had de huisarts met 46% van de bevallingen nog het grootste aandeel in de 'verloskundige markt'. De verloskundige ofwel vroedvrouw, leidde 37% van de bevallingen en de overige 17% werd door gynaecologen gedaan (GHI 1963). In 1980 is die verdeling danig veranderd. Gezien de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen hoeft het niet te verbazen dat de gynaecologen hun aandeel hebben vergroot; in dat jaar leidden ze 44% van alle bevallingen. Het aandeel van de verloskundige nam licht toe tot 40%. De huisartsen verloren tussen 1960 en 1980 veel terrein; in 1980 leidden ze nog 16% van de bevallingen (Boerma 1983).

De discussie over de meest geschikte plaats voor de bevalling is nog steeds gaande. Aan de ene kant verwacht men dat de perinatale morbiditeit en sterfte, die hier overigens al tot de laagste ter wereld behoort, nog verder kan dalen door bevallingen zoveel mogelijk in het ziekenhuis te doen plaatsvinden. Verdedigers van dit standpunt pleiten dus voor verdergaande (of volledige) hospitalisatie (Seelen 1973; Hoogendoorn 1978; Lievaart en de Jong 1982). Daarnaast zijn er talloze voorstanders van het thuis-bevallen 'waar-mogelijk'. Zij zetten vraagtekens bij de door anderen genoemde causale relatie tussen hospitalisatie en perinatale sterfte, en wijzen erop dat er in het ziekenhuis ook factoren zijn die de kans op complicaties bij de bevalling vergroten. Bij een goede prenatale selectie achten zij de thuisbevalling een zeer verantwoord onderdeel van de verloskundige zorg (Kloosterman 1978; Van Alten 1978, 1981; Huygen et al. 1979; Damstra-Wijmenga 1982).

Een andere 'strijd' om de verloskundige markt is die tussen huisartsen en verloskundigen. Deze is terug te voeren op een Ziekenfondsbesluit uit 1941, waarin de verloskundige voorrang wordt verleend bij de normaal ver-

lopende zwangerschap en bevalling. Zwangeren die verplicht verzekerd zijn bij een ziekenfonds komen alleen voor vergoeding van de kosten in aanmerking als een verloskundige (indien beschikbaar) de zwangerschap en bevalling leiden. Huisartsen vinden deze regeling discriminerend en pleiten al jaren voor opheffing ervan. Zij wijten hun teruglopend aandeel in de verloskundige zorg onder meer aan deze regeling.

In de kring van de huisartsen zien velen het tot hun taak, als gezinsarts ook de verloskundige zorg uit te oefenen (Gill 1980). Verloskundigen en hun organisatie willen vanzelfsprekend vasthouden aan de huidige bepalingen, en deze liefst uitbreiden naar de vrijwillig verzekerden. Ook wordt weleens aangevoerd dat verloskundigen door hun opleiding en ervaring geschikter zijn voor het uitoefenen van de praktische verloskunde dan de huisarts; het gaat immers niet om een ziekte (Vlug 1984).

Een en ander brengt met zich mee dat het niet overal botert tussen huisartsen en verloskundigen. De ingezonden brieven die regelmatig in Medisch Contact verschijnen, getuigen hiervan. Huisartsen maken zich daarin ongerust over de vestigingen van verloskundigen in hun praktijkgebied omdat zowel het inkomen als de taakinhoud worden aangetast.

Om inzicht te krijgen in het verloskundig zorgaanbod is het van belang te weten hoe verloskundigen en verloskundig praktizerende huisartsen gespreid zijn over Nederland. In dit artikel houden we ons bezig met de verloskundigen. In de loop van 1985 zal het beeld aangevuld worden met gegevens over de huisartsen.

Voordat we ingaan op de geografische spreiding van de verloskundigen geven we eerst een kort overzicht van hun aantal en enkele kenmerken.

2 Aantallen verloskundigen en hun kenmerken

In Nederland praktizeren momenteel 860 verloskundigen (Hingstman 1985). Opvallend is dat rond het jaar 1900 vrijwel een overeenkomstig aantal verloskundigen werd geregistreerd (849). Bij nadere analyse blijkt dat het aantal verloskundigen gedurende deze eeuw vrijwel altijd tussen 800 en 1000 heeft geschommeld (Klinkert 1980). Alleen in de periode 1940-1950 lag het aantal boven de 1000. Het aantal verloskundigen mag dan tamelijk constant zijn gebleven, maar gerelateerd aan de omvang van de bevolking kunnen we constateren dat het aantal per 10.000 inwoners gedaald is van 1,6 in 1900 tot 0,6 in 1984. Waarom het aantal verloskundigen gedurende de gehele periode tamelijk stabiel is gebleven valt vooralsnog niet te verklaren. Men is er kennelijk in geslaagd de opleidingscapaciteit goed in de hand te houden.

Verreweg de meeste verloskundigen zijn vrouwen; op 1 januari 1984 oefenden slechts 19 mannen dit beroep uit. Het merendeel van de verloskundigen (69%) heeft een eigen praktijk. Het grootste deel hiervan werkt

in een solopraktijk (68%). Dit aantal is echter in korte tijd snel teruggelopen. In 1979 werkte nog driekwart solistisch (Klinkert 1980). Het aantal maatschappen is gestegen van 18% in 1979 tot bijna 30% in 1984.

Om de vraag te kunnen beantwoorden waar verloskundigen hun praktijk uitoefenen en waar er relatief veel of weinig zijn, beschikken we over verschillende methoden. De eenvoudigste wijze om de spreiding en daarmee de 'verloskundigen-dichtheid' in beeld te brengen, is het aantal werkzame verloskundigen per provincie te relateren aan de bevolkingsomvang, of concreter, aan het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 44 jaar).

3 Spreiding per provincie

In Nederland werkt in 1984 een verloskundige met een eigen praktijk gemiddeld voor 24.500 inwoners. Als ook de klinisch werkende verloskundigen worden meegerekend dan noteren we één verloskundige op bijna 20.000 inwoners. Dit komt vrijwel overeen met het streefgetal dat in de Nota Eerstelijnszorg (1983) wordt genoemd.

Het is echter zinvoller om het aantal verloskundigen te relateren aan de potentiële doelgroep waarvoor zij werken: de vrouwen in de vruchtbare leeftijd. In de verdere analyse zullen we daar hoofdzakelijk vanuit gaan (gemakshalve spreken we van 'vruchtbare vrouwen'). Het landelijk gemiddelde is één verloskundige met eigen praktijk op bijna 5700 vruchtbare vrouwen. Als de klinisch werkende verloskundigen worden meegerekend is het één op 4600.

Tussen provincies bestaan aanzienlijke verschillen in de relatieve 'verloskundigen-dichtheid' (tabel 1). In Zeeland en Friesland is het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige het hoogst. Vooral Zeeland springt eruit, waar 1 verloskundige per 12.806 vrouwen wordt geregistreerd. Limburg en de IJsselmeerpolders daarentegen hebben het laagste aantal per verloskundige. Limburg staat bekend als de provincie waar de verloskundige sedert lange tijd een belangrijk deel van de verloskundige zorg voor haar rekening neemt (GHI 1963, p. 32). Dat de IJsselmeerpolders zo laag scoren valt te verklaren uit het feit dat daar in de laatste tien jaar veel jonge gezinnen zijn gaan wonen die voor een hoog geboortecijfer hebben gezorgd. Concluderend kunnen we stellen dat vooral in de dunner bevolkte provincies het aantal vruchtbare vrouwen per verloskundige hoog is. Dit zien we deels terug in tabel 2, waarin geconstateerd wordt dat met name in plattelandsgemeenten het aantal 'vruchtbare vrouwen' per verloskundige het hoogst is. In deze dun bevolkte gebieden zou het praktijkgebied van een verloskundige zich over een te groot gebied moeten uitstrekken, om tot een redelijk aantal bevallingen te komen. Dit zou kunnen betekenen dat de verloskundigen te grote afstanden moeten afleggen, hetgeen de bereikbaarheid in gevaar zou bren-

Tabel 1 Verhouding tussen het aantal werkzame verloskundigen ('eigen praktijk' en 'klinisch') en het aantal vrouwen tussen 15 en 44 jaar per provincie per 1 januari 1984.

	aantal vruchtb. vrouwen	aantal verlosk. (totaal)	aantal verlosk. (eigen pr.)	aantal vr.vrouwen per verlosk. (totaal)	aantal vr.vrouwen per verlosk. (eigen pr.)
Groningen	129.108	25	23	5.164	5.613
Friesland	131.432	16	14	8.215	9.388
Drente	94.945	17	16	5.585	5.934
Overijssel	233.457	41	40	5.694	5.836
Gelderland	403.445	76	67	5.308	6.022
Utrecht	224.718	53	40	4.240	5.618
Noord-Holland	542.484	137	104	3.960	5.216
Zuid-Holland	723.083	163	128	4.436	5.649
Zeeland	76.836	6	6	12.806	12.806
Noord-Brabant	500.701	99	85	5.058	5.891
Limburg	255.162	83	53	3.074	4.814
Z.IJ.P.	29.041	11	11	2.640	2.640
Totaal	3.344.412	727	587	4.600	5.697

gen. In deze gebieden zullen de huisartsen een aanzienlijk deel van de verloskundige zorg voor hun rekening nemen. Indien van overheidswege zou worden besloten dat ook in deze gebieden de verloskundige zorg door verloskundigen dient te geschieden, dan zou men voorwaarden moeten scheppen waardoor het ook in die gebieden aantrekkelijk wordt een (betrekkelijk kleine) praktijk te beginnen.

In tabel 2 kunnen we verder aflezen dat in middelgrote steden het aantal vruchtbare vrouwen per verloskundige het laagst is, zeker als ook de klinisch werkende verloskundigen worden meegeteld. In de grote steden daarentegen zijn er weer wat meer vruchtbare vrouwen per verloskundige. Opvallend is, wanneer alleen naar de verloskundigen in eigen praktijk wordt gekeken, in de grote steden dat aantal vruchtbare vrouwen per verloskundige zelfs tamelijk hoog is.

Omdat in een aantal gebieden van ons land geen verloskundigen werkzaam zijn, zou om een reëel beeld te krijgen van de 'verloskundigen-dichtheid', in principe alleen gekeken moeten worden naar die gebieden waar verloskundigen werkzaam zijn ofwel de werkgebieden van verloskundigen.

Tabel 2 Verhouding tussen het aantal werkzame verloskundigen (in 'eigen praktijk' en 'klinisch') en het aantal vrouwen tussen 15 en 44 jaar naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats per 1 januari 1984.

urbanisatie-graad	aantal vruchtb. vrouwen	aantal verlosk. (totaal)	aantal verlosk. (eigen pr.)	aantal vr.vrouwen per verlosk. (totaal)	aantal vr.vrouwen per verlosk. (eigen pr.)
Plattelands-gemeente	368.606	44	44	8.377	8.377
Verstedelijk-te platte-landsgemeente	766.684	138	136	5.556	5.637
Forensenge-meente	490.036	103	98	4.758	5.000
Kleine steden	369.014	83	75	4.446	4.920
Middelgrote gemeente	535.630	160	117	3.348	4.578
Grote steden	814.442	199	117	4.093	6.961

4 De werkgebieden van verloskundigen

De omvang van het werkgebied van een verloskundige is vastgesteld in de overeenkomst tussen de verloskundige en het ziekenfonds. Voor verloskundigen die op het platteland praktizeren, kan het werkgebied één of meerdere gemeenten of delen daarvan (bijvoorbeeld kerkdorpen) omvatten. In de grote steden is dat doorgaans niet het geval; daar worden meestal onderling afspraken gemaakt over de verdeling binnen de stad.

Omdat wij nog niet in staat zijn de werkgebieden in kaart te brengen, is gekeken hoeveel mensen er in deze gebieden woonachtig zijn. Voor heel Nederland blijkt dat 86% van alle inwoners de mogelijkheid heeft om in de woongemeente een verloskundige te raadplegen. Dit percentage is zo hoog omdat in de stedelijke gebieden van ons land, waar relatief gezien de meeste mensen wonen, vrijwel altijd een verloskundige werkzaam is. Veertien procent van de Nederlandse bevolking is in eerste instantie dus aangewezen op de verloskundige hulp van een huisarts.

Om enig inzicht te krijgen in de geografische spreiding van werkgebieden hebben we per Economisch Geografisch Gebied (EGG) berekend welk deel van de bevolking in het werkgebied van een verloskundige woont. Hieruit blijkt dat met name in de dunbevolkte delen van ons land het percentage mensen dat woonachtig is in het werkgebied van een verloskundige gering

is. Op de Waddeneilanden, het Land van Maas en Waal en in het land van Altena en in grote delen van Zeeland is zelfs geen enkele verloskundige (met een eigen praktijk) werkzaam. Ook in delen van het Groene Hart van Holland en in het grootste deel van Noord-Nederland is er voor delen van de bevolking geen verloskundige beschikbaar. In de Randstad en in het zuiden van ons land daarentegen zijn tal van EGG's waar iedereen woonachtig is in het werkgebied van een verloskundige.

We kunnen dus concluderen dat in gebieden met een tamelijk hoge bevolkingsdichtheid, die derhalve een betere economische basis vormen voor een verloskundige praktijk, doorgaans verloskundigen gevestigd zijn.

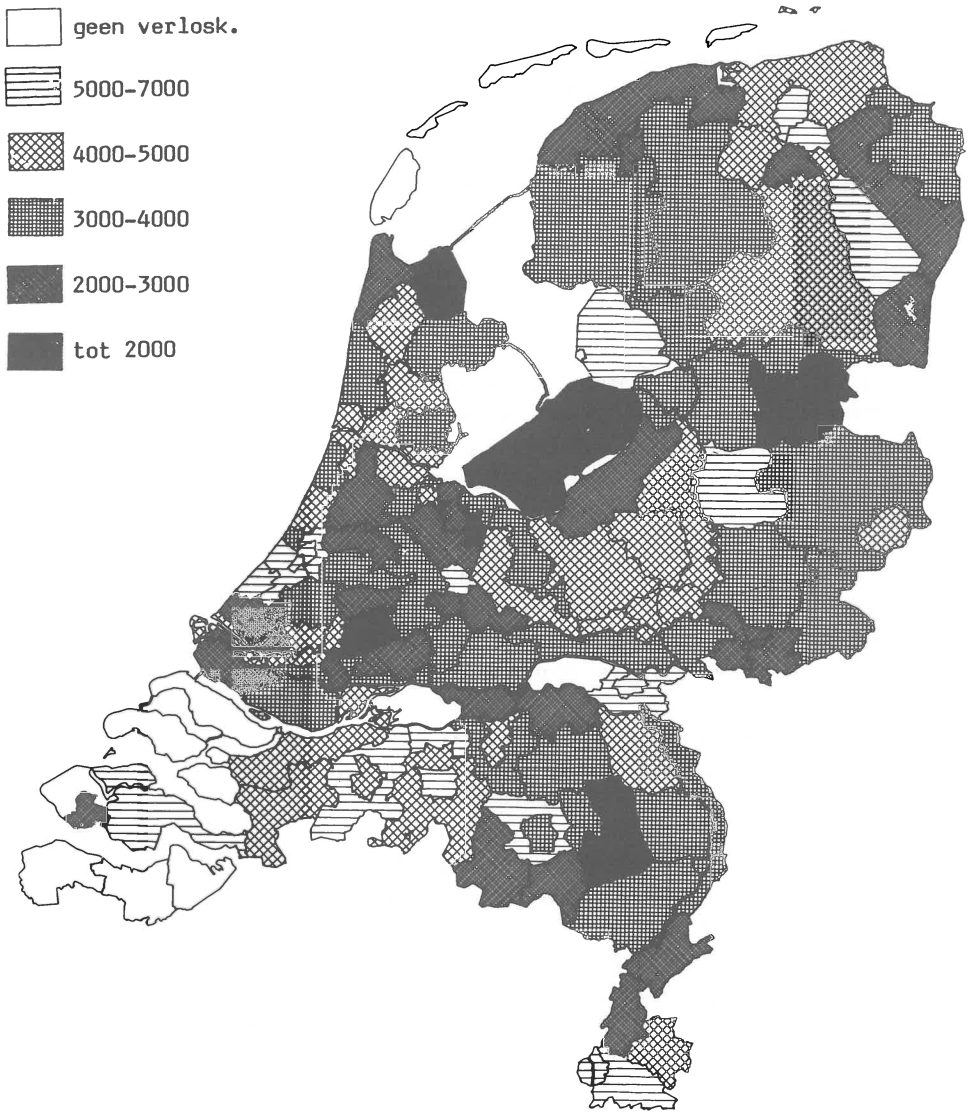
We gaan nu verder met de verhouding tussen het aanbod en de potentiële vraag binnen de werkgebieden oftewel de verhouding tussen het aantal verloskundigen en het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd ('verloskundigendichtheid').

5 Verloskundigendichtheid binnen werkgebieden

Aangezien de 129 Economisch Geografische Gebieden niet altijd parallel lopen aan de grenzen van de werkgebieden van verloskundigen is het mogelijk dat de woonplaats van een verloskundige in het ene EGG valt en een groot deel van haar werkgebied in een aangrenzend EGG. Om hiermee rekening te houden zijn we als volgt te werk gegaan: verloskundigen die in slechts één gemeente werkzaam zijn, worden geheel toegerekend aan deze gemeente. Indien het werkgebied van een verloskundige meerdere gemeenten omvat, is de verloskundige toegedeeld aan die verschillende gemeenten naar rato van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd die daar wonen. Door deze procedure per verloskundige uit te voeren en het resultaat per gemeente te sommeren, verkrijgt men per gemeente het aantal verloskundigen-equivalenten. Na sommatie van het aantal verloskundigen-equivalenten per EGG en van de vruchtbare vrouwen die in dat gebied woonachtig zijn, kan het aantal per zelfstandig gevestigde verloskundige berekend worden. Daarbij moeten we, zoals in de vorige paragraaf opgemerkt, alleen kijken naar dat deel van de bevolking van het EGG dat woonachtig is in het werkgebied van een verloskundige. De verloskundigendichtheid van een EGG komt dan tot stand door het totale aantal vrouwen tussen 15 en 44 jaar dat in een werkgebied van een verloskundige woont te delen door het totaal van de verloskundigen-equivalenten van dat EGG. Kaart 1 geeft hiervan een overzicht.

Voor geheel Nederland is er één verloskundige op 4800 vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Op de kaart zien we dat een vrij groot aantal gebieden daar ver onder ligt. In de IJsselmeerpolders, Noord-Oost Overijssel, Wieringermeer, Delft, Hilversum, Krimpenerwaard en de Brabantse Peel zijn er zelfs minder dan 2000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskun-

Kaart 1 Aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (woonachtig in het werkgebied van een verloskundige) per verloskundige in eigen praktijk (verloskundigen-equivalenten) en per EGG* op 1 januari 1984.



* Regio-indeling bestaande uit een aantal gemeenten en gebaseerd op homogeniteit van de economische activiteit in dat gebied.

dige. In deze gebieden zal het voor verloskundigen erg moeilijk zijn om daar nog een praktijk te beginnen. Vooral uit dit soort gebieden komen de geluiden om tot een vestigingsbeleid voor verloskundigen te komen.

Aan de ene kant zijn er gebieden die in het geheel bestreken worden door verloskundigen (Brabantse Peel, Delft) en waar de praktijken relatief klein zijn. Aan de andere kant zijn er gebieden, zoals de Krimpenerwaard, waar in een groot deel geen verloskundige werkzaam is, maar voor het deel waar dat wel het geval is, blijkt het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige klein, zodat deze regio toch een vrij donkere arcering kreeg. In het noorden van Friesland zien we ook een gering aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige, omdat grote delen van dat gebied niet tot het werkgebied van een verloskundige behoren.

6 Conclusies

Over het verloskundig zorgaanbod in de eerste lijn zijn betrekkelijk weinig systematische gegevens bekend. We weten dat huisartsen flink terrein hebben verloren en nog 16% van de bevallingen leiden. Verloskundigen nemen 40% voor hun rekening. Hoe deze hulpverleners gespreid zijn weten we niet precies en dus ook niet hoe de wisselwerking daartussen is.

In dit artikel hebben we vastgesteld dat het niet zinvol is het aantal verloskundigen zonder meer te relateren aan het totaal van de bevolking. Daardoor wordt geen rekening gehouden met bestaande verschillen in de leeftijds- en geslachtsverdeling. De teller van de breuk bestaat dan ook uit het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdscategorieën (15 tot 44 jaar).

Op het platteland wordt het grootste aantal vruchtbare vrouwen per verloskundige genoteerd. Naarmate de verstedelijking toeneemt daalt dit aantal, zij het dat het aantal vruchtbare vrouwen per verloskundige in de grote steden zich aan deze lijn onttrekt en opvallend hoog is. Dit is maar voor een deel te verklaren uit het grotere aantal klinisch werkende verloskundigen in de grote steden. In de middelgrote steden is de verloskundigendichtheid het grootst.

Behalve dat uitgegaan moet worden van het aantal vrouwen tussen 15 en 44 jaar wint de dichtheidsberekening verder aan zuiverheid door die gebieden buiten beschouwing te laten waar geen verloskundigen werken. Op die manier berekenden we de dichtheid per Economisch Geografisch Gebied, en zagen dat er tussen die gebieden grote verschillen bestonden. Wat niet zichtbaar was zijn die delen van EGG's waar geen verloskundigen werkzaam zijn.

Een andere beperking betreft het feit dat we ons hier bepaald hebben tot de 'eerstelijnsverloskundigen', dat wil zeggen degenen die een eigen

(extramurale) praktijk hebben. Uiteraard heeft de aanwezigheid van klinisch werkende verloskundigen ook invloed op het zorgaanbod en bepaalt het mede de dichtheid in de zin van ruimte voor nieuwe vestigingen.

Het tal van onderzoeksvragen dat zich bij lezing van dit artikel bij menigeen zal opdringen en dat nog onbeantwoord moet blijven, geeft aan, dat we hier te maken hebben met een terrein dat nog door weinig wetenschappelijk onderzoekers betreden is.

LITERATUUR

ALTEN, D. VAN (1978), Thuisgeboorten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, pp. 1178-1184.

ALTEN, D. VAN (1981), De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 24, pp. 949-952.

ALTEN, D. VAN en P.E. TREFFERS (1981), Huisarts en Verloskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 1, pp. 12-14.

BOERMA, W.G.W. (1983), Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

DAMSTRA-WIJMENGA, S.M.I. (1982), Veilig bevallen. Groningen.

GILL, K. (1980), Huisarts en voortplanting. Dat zal hem een zorg zijn? Huisarts en Wetenschap 23, pp. 446-447.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (1963), Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland.

HINGSTMAN, L. (1985), Statistische gegevens per 1 januari 1984 over beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.

HOOGENDOORN, D. (1978), De relatie tussen de hoogte van de perinatale sterfte en de plaats van bevalling: thuis dan wel in het ziekenhuis. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, pp. 1171-1177.

HUYGEN, F.J.A., J. VAN EIJK en Th. VOORN (1979), Huisarts en Verloskunde in Nederland, II: Een onderzoek bij huisartsen. Medisch Contact 30, pp. 953-957.

KLINKERT, J.J. (1980), Verloskundigen en artsen. Alphen aan den Rijn: STAFLEU.

KLINKERT, J.J. (1982), Medicalisering van zwangerschap en bevalling. Metamideca 61, pp. 44-51.

KLINKERT, J.J. (1982), Vroedvrouw, huisarts en verloskunde. Huisarts en Wetenschap 25, pp. 224-228.

KLOOSTERMAN, G.J. (1978), De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, pp. 1161-1171.

LIEVAART, M. en P.A. DE JONG (1982), Neonatal morbidity in deliveries conducted by midwives and gynecologists. A study of the systems of

obstetric care prevailing in the Netherlands. American Journal of Obstetrics & Gynecology 144, p. 376.
NOTA EERSTELIJNSZORG (1983), Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 18 180.
SEELEN, J.C. (1973), Totale hospitalisatie. Medisch Contact 28, p. 665.
SPRINGER, M. (1980), Devaluatie taak huisarts bij verloskundige zorg. Medisch Contact 34, pp. 1021-1025.
VLUG, P. (1984), Verloskunde: Zorgenkind 1. Medisch Contact 28, p. 869.

IV
VRAAG NAAR VOORZIENINGEN

19

MORBIDITEIT NU EN IN DE TOEKOMST: CONSEQUENTIES VOOR DE HUISARTS?

J.W.G. Schellekens, H.J.M. van den Hoogen en H.P.E. de Vries

1 Inleiding

Bij de nadering van de eeuwwisseling lijkt ook de planning op langere termijn door de overheid in te spelen op deze gebeurtenis. Bij de opening van de WHO-conferentie over 'Planning en management van gezondheid' in Den Haag zei de directeur-generaal van de Volksgezondheid: '1984 has ceased to be an extension of the sixties or seventies but has become a major precursor of the 1990 and the year 2000. Planning and management for health between 1985 and 2000 will call for quite different paradigms than those from yesteryear' (Van Londen 1984).

Onlangs verscheen een rapport getiteld 'Arbeidsvraag en arbeidsaanbod in de gezondheidszorg op lange termijn' (Centraal Planbureau en Sociaal Cultureel Planbureau 1984). Daarin valt onder meer te lezen dat alleen al op basis van de demografische veranderingen tussen 1982 en 1995 een toename van gemiddeld 2,1% arbeidsjaren dan wel personen nodig zal zijn in het geheel van de gezondheidszorg. De ramingen voor de eerste lijn op basis van het geformuleerde overheidsbeleid overtreffen deze toename nog. Vraag- en aanbodcijfers die nodig zijn voor planning van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn in onvoldoende mate beschikbaar, zeker vergeleken met de andere echelons.

In dit artikel onderwerpen we de toekomstige vraag aan een nadere analyse. Onder de 'vraag' verstaan we de te verwachten hoeveelheid en de aard van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit in het jaar 2000. De belangrijkste demografische verandering in de nabije toekomst zal de zogenoemde 'vergrijzing' van onze bevolking zijn. Om die reden is het nuttig meer te weten te komen over de relatie tussen morbiditeit en leeftijd. Wij stelden ons daarbij de volgende vragen:

- Wat zijn de kwantitatieve veranderingen in de gepresenteerde morbiditeit bij het ouder worden?
- Welke kwalitatieve veranderingen treden op in de aan huisartsen gepresenteerde morbiditeit bij het ouder worden?

Om meer inzicht te krijgen in de mogelijke gevolgen voor de huisartspraktijk van de toekomst vroegen wij ons vervolgens af:

- Welke veranderingen zullen optreden in de samenstelling van de populatie van een huisartspraktijk als gevolg van de 'vergrijzing'

tussen nu en het jaar 2000?
- Wat zijn de effecten van de veranderde samenstelling op de morbiditeit zoals die dan aan de huisarts gepresenteerd wordt.

2 Onderzoeksmethode

Wij maakten gebruik van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 1976) en van de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (CMR-NUHI). Deze Continue Morbiditeits Registratie vindt sinds 1971 dagelijks plaats in een viertal huisartspraktijken met een gezamenlijk patiëntenbestand van ongeveer 12.000 personen. De praktijken zijn gelocaliseerd in een grote stad, een kleine stad, op het verstedelijkt platteland en op het platteland. De morbiditeit wordt geclassificeerd volgens de zogenaamde E-lijst. Klachten worden zoveel mogelijk herleid tot de oorzakelijke diagnoses. Alle aandoeningen die de huisartsen ter kennis komen, hetzij door directe presentatie, hetzij door berichtgeving van andere (medische) hulpverleners, worden vastgelegd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen 'nieuwe' en 'bekende' aandoeningen. 'Nieuwe' aandoeningen zijn aandoeningen, die nog niet eerder zijn gecodeerd. Dit zijn voor het overgrote deel voorbijgaande, onschuldige ziekten. 'Bekende' aandoeningen zijn dus ziekten, die in vorige jaren reeds waren gediagnostiseerd. Dit betreft merendeels chronische ziekten. De Continue Morbiditeits Registratie is elders uitvoerig beschreven (Continue Morbiditeitsregistratie NUHI 1980).

Voor de beantwoording van de eerste twee vragen hebben wij de hoeveelheid en de aard van de morbiditeit, alsmede de ernst van de aandoeningen bestudeerd bij een aantal leeftijdscategorieën [1]. Voor de derde vraag construeerden wij een tweetal 'standaardpraktijken'. Dit zijn virtuele praktijken met een omvang van 2800 personen met een leeftijds- en geslachtsopbouw die overeenkomt met gemiddelden voor de Nederlandse bevolking. De eerste 'standaardpraktijk' heeft de opbouw zoals ons bekend uit de cijfers over 1980. De tweede is met cijfers uit de CBS-prognoses voor het jaar 2000 opgebouwd. Van de CBS-prognoses werd de zogenoemde 'middenvariant' gebruikt.

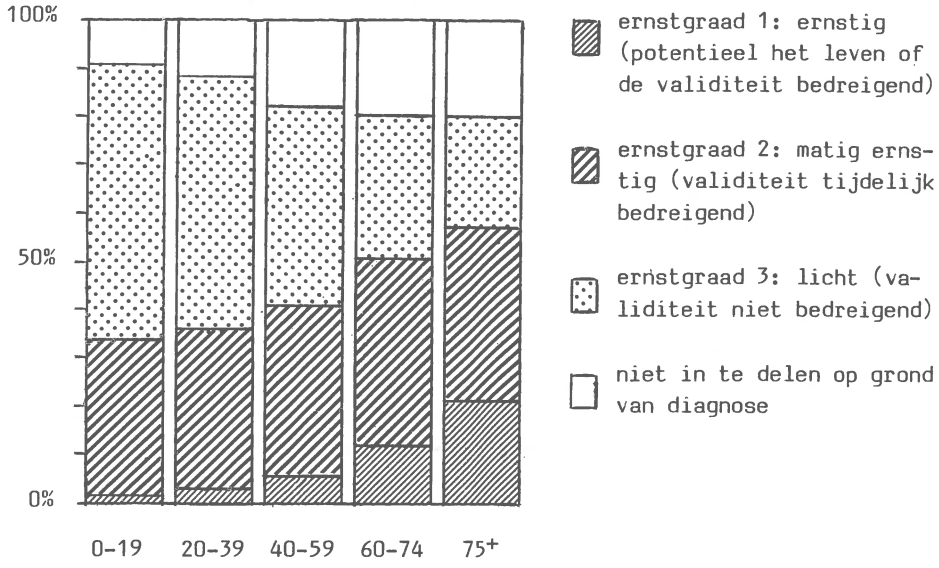
Om de vierde vraag te kunnen beantwoorden rekenden wij de morbiditeitscijfers om naar de genoemde 'standaardpraktijken'. Daarbij zijn wij er vanuit gegaan dat er naast de demografische veranderingen geen andere factoren van invloed zouden zijn op het patroon van de gepresenteerde morbiditeit. Voor 1980 werden de gegevens over de periode 1978-1980 gebruikt; voor 2000 werd hetzelfde materiaal toegepast op de voor dat jaar verwachte samenstelling van de populatie.

3 Resultaten

3.1 De relatie tussen morbiditeit en leeftijd

Uit de CMR-registratie over de periode 1971-1980 blijkt dat onder ouderen relatief veel morbiditeit wordt geregistreerd vergeleken met jongeren. Personen van zestig jaar en ouder, die bijna 15% van de totale onderzoekspopulatie vormt, nemen bijna 25% van alle morbiditeit voor hun rekening. De laagste morbiditeitscijfers registreren we voor de leeftijdscategorie van tien tot twintig jaar. Gekeken naar de kwalitatieve aspecten van de morbiditeit blijkt dat bij een toename van de leeftijd het aantal 'bekende' aandoeningen ook toeneemt. Personen ouder dan zestig jaar presenteren meer dan 50% van alle bekende aandoeningen. Ook als we de twintig meest voorkomende aandoeningen bij jonge volwassenen vergelijken met die bij ouderen dan valt het grote aantal chronische aandoeningen bij ouderen op. Bij mannen van 20-29 jaar zijn vijf van de twintig meest voorkomende aandoeningen chronisch, bij vrouwen van die leeftijd zijn dat er zes van de twintig. Boven de 75 jaar echter zijn bij mannen veertien en bij vrouwen dertien van de twintig meest frequente ziekten chronisch. Ook ten aanzien van de ernst van de aandoening scoren ouderen relatief hoog (figuur 1). De ernstscores hebben betrekking op zowel 'nieuwe' als 'bekende' gevallen.

Figuur 1 Aandeel van de ernstgraden in de totale morbiditeit in enkele leeftijdscategorieën in de periode 1978-1980 (4 praktijken, n = ± 12.000).



3.2 De huisartspraktijk van de toekomst

In tabel 1 zijn de veranderingen van de 'standaardpraktijk 2000' ten opzichte van de 'standaardpraktijk 1980' weergegeven.

Tabel 1 Verschil tussen 'standaardpraktijk 1980' en '2000' (n = 2800) naar leeftijd (absolute aantallen).

leeftijd	absoluut verschil ten opzichte van 1980		
	mannen	vrouwen	totaal
0-9	-12	-15	- 27
10-19	-71	-67	-138
20-29	-54	-51	-105
30-39	+11	+19	+ 30
40-49	+51	+50	+101
50-59	+43	+27	+ 70
60-64	+11	+ 3	+ 14
65-74	+11	+ 5	+ 16
75+	+10	+29	+ 39

Het aantal jongeren tot dertig jaar zal afnemen; de oudere leeftijdscategorieën zullen sterker vertegenwoordigd zijn in de standaardpraktijk. Bijna 44% van de praktijkpopulatie zal ouder zijn dan 40 jaar.

Welke effecten zal bovengenoemde verandering in leeftijdsopbouw hebben op het morbiditeitsaanbod? In de eerste plaats blijkt dat zowel bij mannen als vrouwen gemiddeld de gepresenteerde morbiditeit met vijf procent zal stijgen. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat het relatieve aantal 'chronische aandoeningen' zal toenemen; bij mannen mag een stijging van vier procent verwacht worden en bij vrouwen een van zes procent vergeleken met 1980. Vergelijking van de twintig meest voorkomende aandoeningen tussen 1980 en 2000 leert dat het vooral onschuldige, voorbijgaande alledaagse ziekten zijn die minder zullen voorkomen. In het jaar 2000 komen in deze 'top-twintig' meer chronische ziekten voor.

Uit tabel 2 concluderen we een duidelijke te verwachten toename van het aandeel van oudere en bejaarde mensen in de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit, zich uitend in een toename van het aantal bekende, merendeels chronische aandoeningen. Bovendien zullen zowel de nieuwe als de bekende aandoeningen vaker ernstiger van aard zijn. Daar tegenover staat een afname van het aandeel van de jongste leeftijdscategorieën in het morbiditeitspatroon, hetgeen een vermindering van het aantal minder ernstige, voorbijgaande ziekten betekent. Deze wijzigingen in de morbiditeit

Tabel 2 De meest voorkomende aandoeningen (naar rangorde) bij mannen en vrouwen in een 'standaardpraktijk 2000' (n = 2800) en de procentuele verandering ten opzichte van een 'standaardpraktijk 1980'.

mannen		vrouwen	
diagnose	percentage verschil t.o.v. 1980	diagnose	percentage verschil t.o.v. 1980
Verkoudh. z. koorts	+ 2,2	Nerveus-function.klacht	+ 4,7
Nerveus-function. klacht	+ 8,0	Verkoudh. z. koorts	- 0,6
Myalgie	+ 9,5	Adipositas	+ 12,7
Kleine verwonding	- 6,6	Myalgie	+ 7,3
Verkoudh. met koorts	0,0	Verkoudh. met koorts	- 1,9
Adipositas	+ 18,6	Hypertensie	+ 17,5
Tonsillitis	- 4,4	Kleine verwonding	- 3,1
Chron. bronchitis	+ 19,1	Varices	+ 16,3
Hypertensie	+ 23,6	Acute urineweginf.	+ 4,7
Gastro-enteritis	0,0	Tonsillitis	- 5,6
Cerumen	+ 7,3	Arthrosis deformans	+ 19,3
Acute bronchitis	+ 8,0	Vaginitis	+ 1,4
Arthrosis deformans	+ 20,9	Dermatitis	0,0
Dermatitis	+ 4,1	Gastro-enteritis	- 3,2
Doofheid	+ 16,2	Cerumen	+ 5,4
Otitis media acuta	- 4,7	Acute bronchitis	+ 5,7
Constit. eczeem	0,0	Doofheid	+ 18,4
Cellulitis, abcessen	0,0	Constit. eczeem	0,0
Myocardinfarct	+ 19,2	Otitis media acuta	- 5,0
Sinusitis	+ 3,7	Conjunctivitis	- 2,7

hebben zeker een toename van het aantal verwijzingen en opnames tot gevolg (Van den Hoogen 1982).

4 Nabeschouwing

Het aantal ouderen in de toekomstige praktijkpopulatie zal toenemen ten koste van de jongste leeftijdscategorieën. Onze virtuele 'standaardpraktijken 1980 en 2000' dienden daarbij als illustratie. In de eerste decennia van de eenentwintigste eeuw zal deze verandering nog duidelijker tot uiting komen.

Met betrekking tot onze bevindingen willen we hier de volgende kanttekening maken. Extrapolatie van gegevens uit onze transversale analyse houdt geen rekening met generatiegebonden veranderingen in het morbiditeitspatroon. Dit zou concreet kunnen betekenen dat de hogere prevalentie van bijvoorbeeld nerveus-functionele klachten bij de jongere generatie blijvend zal blijken te zijn.

Wanneer we echter (bewust) afzien van dergelijke invloeden zal het aandeel van chronische en ernstige aandoeningen in het geheel van de morbiditeit toenemen. Ook voor de rest van onze gezondheidszorg zullen deze veranderingen in het morbiditeitspatroon gevolgen hebben.

Het is de vraag of de aandacht besteed aan de jeugdgezondheidszorg niet voor een gedeelte dient te worden 'omgebogen' naar de preventie van ernstige, vooral chronische aandoeningen op oudere leeftijd.

De betekenis van chronische aandoeningen voor de huisartspraktijk is de laatste jaren meermalen onderstreept (Voorn 1983; Lamberts 1983). De huisarts zal er in de komende tijd niet onderuit kunnen om aan deze aandoeningen meer tijd en aandacht te besteden. Het omgaan met lang bestaande aandoeningen, waarvoor de curatieve geneeskunde in het algemeen weinig te bieden heeft, is nog nauwelijks ontwikkeld. Bestrijding met de gebruikelijke medisch-technische hulpmiddelen is onmogelijk. Het voorkómen van deze ziekten of op zijn minst het uitstellen van een eerste manifestatie staan in de belangstelling. Wat dit concreet voor de huisarts zal gaan inhouden is nog niet duidelijk. De vrees dat deze toename van chronische aandoeningen de werklast van de huisarts zal vergroten, belemmert mogelijk een voortvarende ontwikkeling van ideeën over de taak van de huisarts bij deze ziekten. Bovendien wordt de dreigende overbelasting vaak als argument gehoord in de pleidooien om praktijkverkleining.

Wij realiseren ons uiteraard dat naast factoren als 'nieuwe' of 'bekende' aandoeningen en naast demografische veranderingen andere factoren van invloed zijn op interacties tussen huisarts en patiënt. Het ziektegedrag is een aspect, waarvan onlangs nog eens werd aangetoond hoe groot de invloed hiervan op het gehele morbiditeitspatroon, inclusief verwijzingen en opnames, is (Huygen et al., 1984). Dit ziektegedrag wordt aangeleerd in het primaire leefmilieu (meestal het gezin) (Smits 1978).

Dit alles overziende, komen wij tot enkele uitspraken over de consequenties voor het handelen van huisartsen in de nabije toekomst.

- Huisartsen zullen meer aandacht en tijd dienen te besteden aan ouderen in hun praktijk. Vooral min of meer ernstige, chronische aandoeningen zullen aandacht behoeven.
- Huisartsen zullen meer energie moeten steken in het voorkómen of uitstellen van chronische aandoeningen. Dit zal veel 'overredingskracht' vergen alsmede een nauwkeurige registratie van risico-patiënten.

- De benodigde ruimte kan vrijkomen door terugdringen van het 'aanbod' bij onschuldige, voorbijgaande en veel voorkomende ziekten.
- Het beter reageren op chronisch klagen en het trachten te voorkomen dat dit gedrag wordt aangeleerd kunnen de werklast van de toekomstige huisarts verlichten.

NOOT

1 De indeling in ernstgraden is gebaseerd op consensus tussen acht ervaren huisartsen, uitgaande van de beoordeling van een gemiddeld ziektegeval.

LITERATUUR

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1976), De toekomstige demografische ontwikkeling in Nederland na 1975. 's-Gravenhage.

CENTRAAL PLANBUREAU/SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU (1984), Arbeidsvraag en arbeidsaanbod in de gezondheidszorg op lange termijn. Project personeelsvoorziening in de kwartaire sector. Bulletin nr. 5. 's-Gravenhage: Distributiecentrum Overheidspublicaties.

CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE NUHI 1971-1978 (1980), Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone Ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Universitair Huisartsen Instituut.

HOOGEN, H.J.M. VAN DEN et al., (1984), Anderungen in Morbiditätsspektrum; eine Untersuchung in vier Allgemeinpraxen (ter perse).

HOOGEN, H.J.M. VAN DEN et al., (1982), Huisarts en vergrijzing. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 60, pp. 870-874.

HUYGEN, F.J.A. et al., (1984), Nerveus-functionele klachten in de huisartspraktijk I. Een epidemiologisch onderzoek. II. Diagnostiek en therapeutisch beleid. Tijdschrift voor Geneeskunde 128, 28, pp. 1321-1327 (I) en 1984; 128: 28, pp. 1372-1376.

LAMBERTS, H. (1983), Huisartsgeneeskundig handelen per diagnose: een model uit het monitoringproject. Huisarts en Wetenschap 26, pp. 438-447.

LONDEN, J. VAN (1984), Planning en management van gezondheid. WHO-conferentie 27 augustus 1984 's-Gravenhage. Medisch Contact 39, p. 1140.

SMITS, A.J.A. (1978), Kind, huisarts en gezin. Nijmegen: Katholieke Universiteit.

VOORN, Th.B. (1983), Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Een terreinverkenning. Utrecht: Bunge.

20

SOCIALE KLASSE EN ZIEKTE IN DE HUISARTSPRAKTIJK; EEN PLEIDOOI VOOR DE EMPIRIE.

J. van der Zee

1 Inleiding [1]

Als men de doorgaans kalme kolommen van het Journal of the Royal College of General Practitioners van september-oktober 1984 in de rubriek 'Letters to the Editor' beziet, dan vindt men een duidelijk bewijs voor de stelling dat het onderwerp 'sociale klasse en ziekte' nog weinig van zijn emotionele lading verloren heeft. Donald Crombie, (medisch) leider van de eens per tien jaar uitgevoerde National Morbidity Surveys[2], had aan de hand van veel cijfermateriaal dat recentelijk was gepubliceerd (OPCS 1982)[3] laten zien dat het weliswaar zo moge zijn dat personen uit de hogere sociale categorieën een betere gezondheid bezitten dan personen uit de lagere regionen der maatschappij, maar dat het niet zo is dat deze verschillen in gezondheid [4] nog eens worden versterkt doordat huisartsen naar verhouding weinig aandacht aan de problematiek zouden schenken. Noch in aantallen contacten op initiatief van patiënten, noch in aantallen contacten op initiatief van de huisarts is ook maar iets te bespeuren van een gebrek aan aandacht voor de meer gedepriveerde groepen [5]. Met gegevens uit het tweede National Morbidity Survey (NMS-2) probeerde Crombie enkele conclusies te weerleggen van het zogenaamde 'Black Report', een rapport over het functioneren van de National Health Service van een Staatscommissie onder leiding van Sir Douglas Black. Een verkorte versie van het rapport verscheen als Pelican-paperback (Townsend & Davidson 1982); als we naar het rapport verwijzen gebeurt dat via deze publicatie [6].

Heel kort gezegd komen de bevindingen van Black, Townsend, Morris en Smith neer op het volgende:

- Er zijn nog steeds grote verschillen in gezondheidstoestand en sterftekansen tussen de verschillende sociale klassen in Engeland.
- Deze verschillen zijn sinds de instelling van de National Health Service in 1948 zelfs nog groter geworden, ook als rekening wordt gehouden met maatschappelijke veranderingen waardoor sociale klasse en leeftijd (gezondheid) zijn gecontamineerd.
- Naast de reeds genoemde verschillen in gezondheidstoestand [7] constateert de commissie ook verschillen in het gebruik van de diensten van de huisarts en van preventieve voorzieningen.

Crombie stelt kritische vragen bij de geconstateerde toename van de verschillen, waarbij hij er op wijst dat zowel de hoogste klasse als de laagste sterk van samenstelling en definitie zijn veranderd in de afgelopen decennia.[8] Zijn voornaamste kritiek heeft echter betrekking op de gebrekkige bronnen waarop Townsend c.s. hun conclusie baseren, namelijk op interviewgegevens uit de General Household Surveys (te vergelijken met onze Leefsituatie Onderzoekingen). Uit zijn eigen Morbidity Surveys blijkt een ander beeld.

De Pelican-editie van het Black Report draagt door een weinig genuanceerde wijze van interpreteren nauwelijks bij aan een beter inzicht in het verband tussen ziekte en sociale klasse. Zij gaat bijvoorbeeld in op de aanzienlijke stijging in de afgelopen twintig jaar van het percentage niet-rokers (vooral mannen) in de hogere lagen van de maatschappij. Waarschijnlijk heeft deze ingrijpende verandering geleid tot een afname van de epidemie van sterfte aan ischaemische hartziekten. Townsend en Davidson (1982, pp. 22-23) leiden hieruit niet af dat individuele verandering van rookgewoonten de sterftekansen in de lagere sociale klassen kan doen verminderen. Zij stellen daarentegen: 'It is no good treating smoking as an aberrant or irresponsible behavioural response while society as a whole permits, even depends on the wide-scale production and promotion of tobacco goods. The manufacture and consumption of tobacco products and its effects on health provide a very clear example of the limitations of conventional health policy as a means to reduce health inequality'. Riskante leefgewoonten reduceren zij tot een complot om de lagere klassen te onderdrukken; het is de 'schuld van het kapitaal'.

2 Klasse en ziekte; twee zeer algemene begrippen

In zijn bronnenpublicatie beperkt Reid zich tot de volgende aanduiding van sociale klasse: 'Social class is a grouping of people into categories on the basis of occupation' (Reid 1977, p. 15). Gehuwde vrouwen worden gerubriceerd naar het beroep van hun partner; kinderen naar het beroep van hun ouders; werkelozen en gepensioneerden naar hun laatst uitgeoefende beroep. Het betreft niet alleen een simpel 'groeperen', maar ook een rangschikken in hoger en lager, in armer en rijker en in meer of minder invloedrijk.

De Engelse 'Registrar General' (de directeur van het bureau voor de Statistiek) hanteert een indeling in een zestal categorieën. De bovenste drie hebben betrekking op beroepen die men als 'hoofdarbeid' betitelt en de onderste drie betreffen handarbeid beroepen. Ook zij die geen beroep (meer) uitoefenen worden in deze classificatie ondergebracht.

Als men dus spreekt over de relatie tussen sociale klasse en ziekte, dan doelt men soms op specifieke risico's die aan het uitoefenen van een

bepaald beroep verbonden zijn, maar dat kan voor beroepen binnen een zelfde categorie nog heel verschillend liggen. Stratenmakers hebben een ander beroepsrisico dan buschauffeurs, of kasteleins en apotheekhoudende huisartsen een ander dan fabrieksdirecteuren. Uit het werk van Rose (1984) blijkt bijvoorbeeld dat de verschillen in sterftekans tussen top-, midden- en lagere ambtenaren (de klassen 1 tot en met 3 in het Engelse systeem) veel groter zijn dan de 'overall' verschillen tussen klassen 1 en 6 uit de algemene sterftestatistieken.[9] In het echt serieuze causaal gerichte onderzoek is zelfs het 'beroep' niet specifiek genoeg. Immers in het ene bedrijf zijn beoefenaren van het zelfde beroep beter beschermd tegen fysieke en psychische ongemakken dan in het andere.

Blaxter (1984) laat de andere zijde van de medaille zien door klassen te groeperen aan de hand van de ziekten. Ze onderscheidt verschillende ziektecategorieën: ziekten die levensbedreigend zijn, acuut behandeld moeten worden, pijn en hinder veroorzaken, of vanzelf weer overgaan. Zij vindt dat de relatie met sociale klasse het sterkst is bij de meest ernstige en meer last veroorzakende aandoeningen. Ziekten waarvoor de verschillen in sterfte tussen de verschillende klassen aanzienlijk zijn, geven ook sterke verschillen te zien in rapportage in de huisartspraktijk, zeker voor mannen.

De conclusie van dit alles is, dat specifieker soort onderzoek nodig is, liefst van beide zijden van de vergelijking. 'Klasse' moet worden ontleed in componenten die aanwijsbaar te maken hebben met specifieke aandoeningen.

Het hier gepresenteerde onderzoek is echter globaal wat de sociale klasse betreft maar specifiek waar het gaat om ziekten en problemen gepresenteerd in de huisartspraktijk.

3 Vraagstelling en werkwijze

3.1 Vraagstelling

Onze vraagstelling is: hoe kunnen we de relatie tussen sociale klasse en de presentatie van ziekten en problemen in de huisartspraktijk (mathematisch) zo goed mogelijk beschrijven.

We hanteren hierbij de Engelse volkstellingsindeling in zes categorieën. Voor iedere categorie kan men uit de sociaal-economische publicatie van het tweede Nationale Morbiditeitsonderzoek vaststellen (althans voor die ziekten die vaak genoeg voorkomen om een uitsplitsing naar sociale klasse te rechtvaardigen) hoeveel mensen de ziekte bij de huisarts presenteren (OPCS 1982, tabel 7, 8 en 9, pp. 62-113). Als men vervolgens niet de werkelijke aantallen neemt, maar de verhouding tussen op grond van de leeftijdsverdeling van de groep verwachte gevallen en de werkelijk

aangetroffen cijfers (uitgedrukt in een index-cijfer), dan heeft men telkens te maken met zes waarden, zes punten die men met de best passende rechte of kromme lijn kan proberen te verbinden. Andersom kan men ziekten sorteren naar het soort rechte of kromme lijn die het best tussen de punten past. Door 6 punten gaat altijd een vijfdegraads-functie; dit wil zeggen dat er in zo'n geval slechts een nominale relatie is tussen ziekte en klasse; overigens net zo interessant als een rechtlijnig verband.

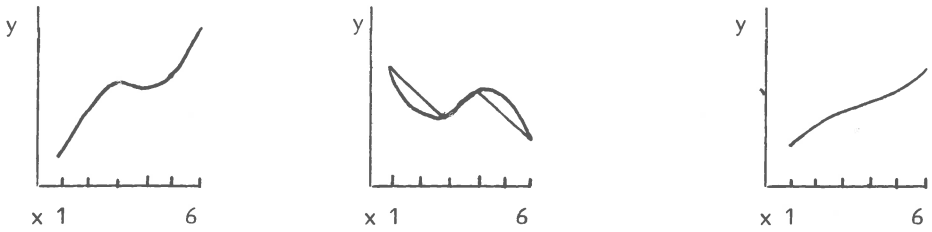
3.2 Werkwijze

Er is een computerprogramma gemaakt om de best passende curve of ziekte op te sporen. Daarbij gold het criterium dat bij meerdere mogelijke oplossingen een functie van de laagste orde de voorkeur had, tenzij een functie van een hogere orde minimaal 10% meer variantie verklaarde.[10]

Niet alle functies zijn echter even interessant. In feite zijn slechts enkele functies zinvol te interpreteren. Deze zijn:

- een rechte lijn (lopend van hoog naar laag of van laag naar hoog; het teken van de coëfficiënt is van belang);
- een vijfdegraads-functie (geen verband tussen klasse en ziekte);
- een kwadratische functie; interpretatie is betrekkelijk eenvoudig zowel wanneer de top van de functie binnen de zes punten ligt (er is dan één duidelijk aanwijsbare groep) als ook wanneer de extreme waarde buiten de zes punten ligt (dan lijkt de verdeling op een rechte lijn, maar is de toe- of afname niet lineair maar exponentiëel);
- Een derdegraads-functie waarvan het buigpunt rond klasse drie en vier ligt (zie figuur 1).

Figuur 1 Vormen van derdegraads-functies.



Als het buigpunt ligt tussen de klassen 3 en 4, dat wil zeggen tussen hoofd- en handarbeid, dan is er binnen die groepen een vergelijkbaar stijgend of dalend patroon, maar bestaat er tussen de groepen een zekere overlap. De denkbeeldige rechte lijn 'verspringt' als het ware.

Alle overige functies laten we buiten beschouwing. Interpretatie van vierdegraads-functies bijvoorbeeld is vrijwel onmogelijk.

We onderzoeken de functies voor mannen en vrouwen apart. Dit om bijvoorbeeld mogelijke invloeden van in het algemeen voor mannen geldende omstandigheden (werk, om de belangrijkste te noemen) te kunnen onderscheiden van achtergronden van een algemener karakter. Uiteraard zijn er ook typische sexe-verschillen in gepresenteerde morbiditeit, maar dat laat zich goed aflezen aan de aard van de ziekte of het probleem. Om de analyse niet al te zeer complex te maken worden de gegevens gepresenteerd voor mannen en gehuwde vrouwen van 15-64 jaar.

Tenslotte past een algemene waarschuwing. We gebruiken hier cijfers uit 1970-1971 uit Engeland en Wales. Bij de interpretatie van de resultaten dient men dus altijd rekening te houden met factoren die het voorkomen van de aandoening onder de populatie bepalen en de factoren die de presentatie in de huisartsenpraktijk beïnvloeden.

4 Resultaten

Conform onze voornemens zullen we de verschillende relaties systematisch bespreken voor mannen en voor vrouwen. We beginnen met de linaire verbanden en gaan dan over tot de complexere functies.

De algemene functie van een rechtlijnig verband is $y = ax + b$. De rechtlijnige verbanden worden onderscheiden door teken (positief is gelijk aan een oplopend verband van hoog naar laag) en naar 'steilte' van het verband (de hellingshoek van de lijn, weergegeven door de coëfficiënt). Het percentage verklaarde variantie (R^2) geeft aan in welke mate de gevonden rechte lijn een goede verklaring vormt voor het verband. Bij $R^2 < .65$ is geen sprake meer van significante selectie. Het feit dat hier een rechte lijn wordt gepresenteerd betekent dat een functie van een hogere graad slechter 'past' of in ieder geval niet meer dan 10% beter is.

4.1 Lineair verband bij mannen en vrouwen

Zoals tabel 1 laat zien is hooikoorts de enige aandoening waarvan mannen èn vrouwen uit de hogere sociale klasse meer last hebben (of liever gezegd, waarvan een grotere proportie personen bij de huisarts komt) dan uit de lagere klassen. Voor het overige zijn de verbanden omgekeerd; sterk variërend in steilte.

Het verschil tussen mannen en vrouwen is tamelijk consistent, zij het dat de lijnen bij mannen iets steiler lopen. Qua rangorde zien we verschillen tussen mannen en vrouwen bij de diagnose dislocatie van de tussenwervelschijf (hoger bij mannen: 'vertillen'), het peptisch ulcus (hoger bij vrouwen) en de restgroep van overige specifieke psychiatrische symptomen (ook hoger bij vrouwen).

Tabel 1 Rechtlijnige verbanden tussen sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk, die voor mannen en (gehuwde) vrouwen (15-64 jaar) gelden.

	mannen			vrouwen		
	B-coeffic.	rangorde	R^2	B-coeffic.	rangorde	R^2
Scabies (schurft)	35,2	1	.93	26,9	1	.89
Laceraties en overige oppervl. verwondingen	21,1	2	.88	12,9	3	.91
Dislocatie tussenwervelschijf	19,5	3	.98	6,1	7	.66
Acute bronchitis/bronchiolitis	17,1	4	.97	11,1	5	.93
Verstuikingen en verrekkingen	16,2	5/6	.91	10,1	6	.98
Ov. specif. psychiat. sympt.	16,2	5/6	.93	14,0	2	.93
Ongespecificeerd peptisch ulcus	15,1	7	.92	12,1	4	.93
Acute keel- neusontsteking (zonder koorts)	6,8	8	.93	4,4	8	.81
Hooikoorts	-18,1		.98	-14,3		.87

Bron: NMS 1970-1971.

4.2 Mannen lineair verband - niet van toepassing bij vrouwen

De volgende ziekten komen niet of nauwelijks voor bij (gehuwde) vrouwen en vertonen wel een rechtlijnig verband met sociale klasse bij mannen. Er zijn in deze groep geen negatieve verbanden. Voor alle ziekten geldt dat meer mannen uit de lagere regionen van de maatschappij ermee bij de huisarts komen dan uit de hogere regionen.

Tabel 2 Rechtlijnige verbanden tussen sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk die wel voor mannen (15-64 jaar), maar niet voor (gehuwde) vrouwen gelden.

	B-coëff.	Rangorde	R^2
Fracturen van hand- en voetbeenderen (metacarpale, carpale, metatarsale, tarsale botten)	34,1	1	.96
Beroepsdermatitis	30,9	2	.70
Fracturen vingerkootjes	27,3	3	.85
Corpus alienum via lichaamsopening	24,7	4	.70

Bron: NMS-2 1970-1971.

Het verschil tussen hoofd- en handarbeid is hier duidelijk zichtbaar; de 'Schuld van het Kapitaal' is op deze groep waarschijnlijk wel van toepassing. De verbanden zijn tamelijk steil; de B-coëfficiënten vallen qua sterkte tussen nr. 1 (scabies) en 2 (laceraties) van tabel 1. Voor de fracturen past de rechte lijn zeer goed tot goed, voor de andere twee aandoeningen wat minder.

4.3 Mannen lineair verband - geen verband bij vrouwen

In dezelfde categorie als in bovenstaande aandoeningen vallen de ziekten die weliswaar bij vrouwen in voldoende mate voorkomen om een uitsplitsing naar sociale klasse te rechtvaardigen, maar waarbij een systematische relatie afwezig is (vijfdegraads-functie) of niet te interpreteren (vierdegraads-functie).

Tabel 3 Rechtlijnige verbanden tussen ziekte in de huisartspraktijk en sociale klasse bij mannen en niet interpreteerbaar c.q. afwezige verbanden bij (gehuwde) vrouwen (15-64 jaar).

	B-coëff.	R^2
Constipatie	26,2	.89
Pijn in de borst	25,1	.93
Rugpijn	19,0	.97
Darminfecties/voedselvergiftiging	18,3	.94
Acute diarrhee/braken	9,1	.79
Angina pectoris	13,0	.86
Storingen maagfunctie	11,2	.82
Depressieve neurose	11,1	.97
Goedaardige nieuwvormingen v.d. huid	-13,4	.91
Haemorrhoïden	-10,4	.75
Wratten	-10,2	.89

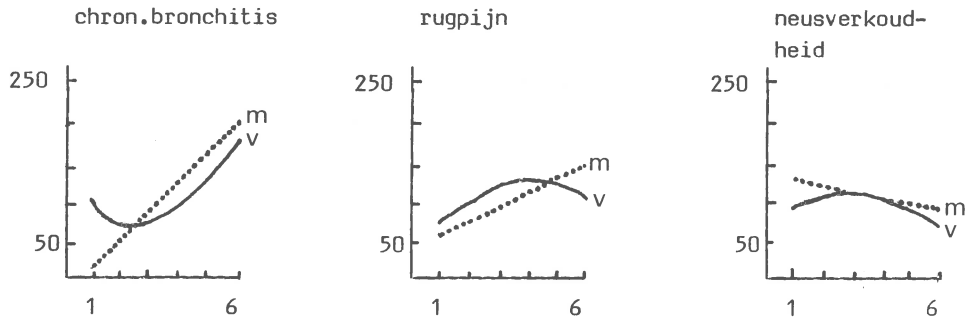
Bron: NMS 1970-1971.

Goedaardige aandoeningen van de huid en wratten worden vooral door de mannen uit de hogere- en middencategorie van de maatschappij aan de huisarts gepresenteerd. De grotere aandacht voor een 'gaaf' uiterlijk (of een grote alertheid op signalen van mogelijk kwaardaardige aandoeningen) bij deze sociale categorieën zou wel eens een verklaring kunnen zijn. Waarom het rechtlijnig verband niet ook voor vrouwen geldt, weten we niet.

4.4 Mannen lineair verband - vrouwen kwadratisch verband

In deze groep vallen drie aandoeningen; het meest inzichtelijk is om ze te visualiseren.

Figuur 2 Het verband tussen sociale klasse en ziekte voor drie aandoeningen bij mannen en vrouwen (15-64 jaar).



Bron: NMS 1970-1971.

Waarom nu bij vrouwen de functies zo zijn als afgebeeld, is niet zonder meer duidelijk. De parabolen zijn ook niet dusdanig 'sprekend' dat verdere conclusies getrokken kunnen worden.

4.5 Vrouwen lineair verband - mannen niet van toepassing of te weinig voorkomend

Twee aandoeningen vallen in deze groep: één met een negatief teken (kwaadaardige aandoeningen van de borst) en één met een positief teken (overige zwangerschapscomplicaties).
De B-coëfficiënten zijn respectievelijk - 19,0 en 18,2, de R^2: .72 en .86.

Uit tabel 4 kan men afleiden dat (de presentatie van) een belangrijke ziekte als diabetes bij vrouwen wel en bij mannen in het geheel niet aan sociale klasse is gebonden. Zwaarlijvigheid vertoont hetzelfde verband. Hier kan men zich afvragen of het nu gaat om verschillen tussen mannen en vrouwen in frequentie van vóórkomen van zwaarlijvigheid of het presenteren van zwaarlijvigheid als (gezondheids)probleem.

Tabel 4 Aandoeningen waarvoor bij (gehuwde) vrouwen een rechtlijnig verband met sociale klasse in de huisartspraktijk bestaat en bij mannen geen of geen interpreteerbaar (15-64 jaar).

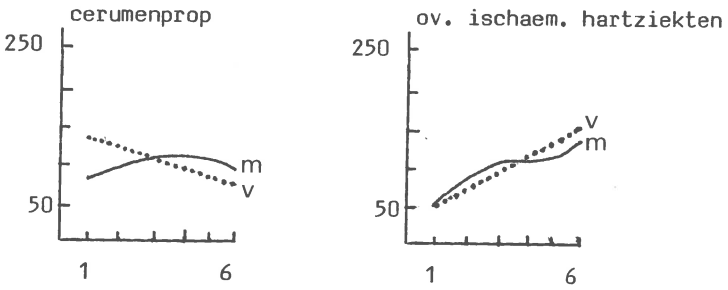
	B-coëff.	R^2
Diabetes mellitus	27,4	.99
Chronische otitis media	17,0	.72
Overige symptomen tractus resp.	15,3	.97
Niet-endocriene obesitas	14,2	.95
Neurasthenie	13,6	.82
Acute keel/neus/oorontsteking met koorts	6,5	.96
Rheumatoïde arthritis en verwante aandoeningen	8,0	.75
Spanningshoofdpijn	5,7	.70
Overige niet-gewrichtsrheuma	4,5	.96
Overige doofheden	-14,3	.68

Bron: NMS 1970-1971.

4.6 Vrouwen lineair verband - mannen interpreteerbaar kromlijnig verband

Voor twee aandoeningen (cerumenprop en overige ischaemische hartziekten) is er bij vrouwen sprake van een rechtlijnig verband en bij mannen van een (interpreteerbaar) kromlijnig verband.

Figuur 3 Het verband tussen sociale klasse en ziekte voor twee aandoeningen bij mannen en vrouwen (15-64 jaar).



De ischaemische hartziekten vormen een voorbeeld van een voor klasse 1-3 en 4-6 monotoon stijgende relatie, die echter 'verspringt' tussen de hoofd- en handarbeid verrichtende groep. Binnen de hoofdarbeid verrichtende groepen neemt de prevalentie toe; bij dalende klasse binnen groep 1-3 eveneens. Tussen de groepen is echter een duidelijk verschil.

4.7 Niet-interpreteerbare of afwezige verbanden

Tenminste zo belangwekkend als rechtlijnige verbanden zijn ziekten waarvoor de relatie met sociale klasse niet aanwezig of interpreteerbaar is.

Tabel 5 Aandoeningen zonder (interpreteerbare) relatie met sociale klasse voor mannen en (gehuwde) vrouwen van 15-64 jaar.

Pneumonie	Cervix uitstrijkje	Precardiale pijn
Chron. sinusitis	Jicht	Goedaardige nieuwvorm. uterus
Ziekte van tanden en onderst. struct.	Decompensatio cordis	Chronische cystitis
Acute cystitis	Cerebro vasc. ziekten	Ov. menstruatie stoorn.
Ov. infecties van (onder)huid	Overige ziekten v.d. mnl. geslachtsorg.	Zwangerschap-bloeduitstorting
Bursitis	Gescheurde meniscus knie	Spontane abortus
Huiduitslag	Ov. vormen van funct. klachten kniegewricht	Chronische ulcera-huid
Adv. over niet-orale anti-conceptie	Synovitis	Bijwerkingen medicijnen
Goedaardige nieuwvorm. borsten	Bloedneus	Postnatale controle
Anaemie (ijzergebrek)	Koliek	Angstneurose
Ziekten van de borst anders dan nieuwvorm.	Ribfracturen	Blepharitis
Prolaps uteri	Cholera-inenting	Acute faryngitis/ tonsillitis
Abortus provocatus	Otitis externa	Ov. eczeem/dermatitis
Menopauze symptomen	Ischias	Flauwtes
Frequente mictie	Karbonkel, furunkel	Flatulentie
	Aandoeningen van zweet- en talgklieren	1e graads brandwonden

We kunnen in deze eerste verkennende studie niet veel meer dan een opsomming presenteren. Voor een vervolganalyse is het zinvol om de gepresenteerde aandoeningen nog eens te laten beoordelen door deskundigen op de vraag in welke mate sociale of milieu-factoren een rol kunnen spelen.

Op het eerste gezicht is het een heterogene verzameling. Wat opvalt is dat (presentatie aan de huisarts van) goedaardige nieuwvormingen in borst en uterus geen relatie met 'klasse' vertonen en kwaadaardige nieuwvormingen wel. Waarschijnlijk betreft het hier een verband van complexe

aard, dat ook te maken heeft met de mate waarin vrouwen zelfonderzoek van de borsten verrichten en alert zijn op nieuwvormingen. Gegevens over de prevalentie van de aandoening op zich zelf, in verhouding tot het vóórkomen in de huisartspraktijk zouden ter aanvulling moeten dienen.

4.8 Overige verbanden

Bespreking van de nog resterende min of meer interpreteerbare kromlijnige verbanden bij 38 aandoeningen zou hier te ver voeren. We komen daar in ander verband op terug. Eén opmerkelijk resultaat kan nog worden vermeld: voor een hele groep aandoeningen, klachten en symptomen op het gebied van de vrouwelijke geslachts- en voortplantingsorganen, zoals cervix-erosie, amenorrhoea, onregelmatige menstruatie geldt dat er vooral verschillen tussen de 3 hogere en 3 lagere groepen bestaan, soms 'verspringend', maar altijd van hoog naar laag en zeker in de 3 laagste categorieën.

5 Discussie

De volgende discussiepunten zijn van belang:

- Bij een aantal aandoeningen is waarschijnlijk niet zo zeer het vóórkomen sociaal gebonden, maar de definitie als gezondheidsprobleem en de presentatie in de huisartspraktijk.
- De emotionele lading van het begrip 'sociale klasse' belemmert nader onderzoek naar de mate waarin arbeidsomstandigheden, huisvesting en fysische omgeving, voedings- en leefgewoonten als afzonderlijke factoren hun invloed op de prevalentie van ziekten en de presentatie in de huisartspraktijk uitoefenen.
- Het Engelse sociale zekerheidsstelsel waarin tot voor kort werkverzuim alleen gelegitimeerd was met een attest van de huisarts, zou kunnen verklaren waarom acute keel-neus ontstekingen daar een klassegebonden prevalentie vertonen (de 'sore throat brigade').
- De neiging om presentatie van het verband tussen klasse en ziekte tot diagnose-hoofdgroepen te beperken doet te weinig recht aan de diversiteit van de hoofdgroepen.
- Een belangrijke opdracht voor nader onderzoek zal zijn om de sociale achtergrondfactoren die het ontstaan van de ziekten bepalen te onderscheiden van de factoren die de presentatie aan de huisarts beïnvloeden.
- Rangschikking van ziekten naar de mate waarin sociaal gebonden factoren het ontstaan en verloop ervan beïnvloeden, zou een handzaam instrument voor wetenschappelijk onderzoek zijn.
- Verbetering moet nog plaatsvinden bij de in dit stuk gebruikte statistische methode om de aandoeningen in te delen. De betrouwbaar-

heid van de resultaten zou toenemen als de klassen 1 en 2 alsmede 5 en 6 bij elkaar genomen zouden worden. Het informatiegehalte zou echter geringer worden; alleen de meest krachtige verbanden blijven dan staan.
- Onderzoek op het gebied van sexe- en klasse-gebonden verschillen in ziekteprevalentie dient zo onbevangen mogelijk plaats te vinden.

NOTEN

1 Een andere versie van dit opstel verscheen in het liber amicorum ter gelegenheid van het emeritaat van prof. B.S. Polak, hoogleraar in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit van Amsterdam (Van Beusekom et al., Bye, bye, Ben).

2 In het kader hiervan werden in 1955/56, 1970/71 en 1980/81 in ongeveer 60 huisartspraktijken (120 artsen en ± 250.000 patiënten) gegevens verzameld over 1 jaar ziekten en contacten. Bij de ziektegeschiedenissen worden de gegevens van de volkstelling gezocht, hetgeen in 80% (1970/71) tot 90% (1980/81) van de gevallen lukt.

3 In 1982 werden pas de 'socio-economic analyses' van het in 1970/71 gehouden National Morbidity Survey gepubliceerd.

4 Crombie spreekt met nadruk over 'differences' (verschillen) en niet over 'inequality' (ongelijkheid), omdat het hem niet zonder meer duidelijk is of de verschillen in gezondheid toegeschreven moeten worden aan ongelijke kansen in de maatschappij.

5 Te onzent heeft Marijke Mootz laten zien dat het meergebruik van voorzieningen door ziekenfondsverzekerden alleen een functie is van een slechtere gezondheidstoestand (Mootz 1984).

6 Townsend en Davidson maken in hun inleiding gewag van de pogingen die de regering Thatcher ondernam het rapport zo min mogelijk te doen opvallen. Het werd in de zomervakantie van 1980 in een kleine gestencilde oplage verspreid (Townsend & Davidson 1982 pp. 16-18).

7 De constatering dat er een klassegebonden verschil in gezondheidstoestand bestaat is niet nieuw. Het is zelfs zo (Reid 1977, p. 102) dat Stevenson, de 'uitvinder' van de in Engelse volkstellingen gebruikte verdeling in sociale klasse (the Registrar General's social class-definition van 1921), deze indeling heeft opgesteld omdat hij zeer geïnteresseerd was in de invloed van welstand, inkomen en cultuur op

sterfte, gezondheid en geboorte. Ook in Nederland en België is het nodige over dit onderwerp geschreven (De Jong 1980; Van Poppel 1978; Vuylsteek 1984).

8 In een uitvoerige en met empirisch materiaal ondersteunde kritiek op het 'Black Report' wijzen Scrivens en Holland (1983) op de veranderingen in de tijd met betrekking tot de waardering van de beroepen die de basis van de Engelse beroepenclassificatie vormen. Zo is de vijfdelige classificatie in 1961 omgezet in een zesdelige, door in klasse 3 (lower middle class - upper labour class) een onderscheid te maken tussen hoofd- en handarbeiders. Los van deze min of meer kunstmatige verschillen, die vergelijking in de tijd moeilijk maken, is er ook een algemeen proces van op- en afwaardering van verschillende beroepen en van de vervulling van de beroepen.

9 Impliciet wordt er telkens van uit gegaan dat de causale relatie tussen klasse en ziekte zo moet worden geïnterpreteerd dat het behoren tot een bepaalde sociale categorie de oorzaak van het optreden van de ziekte is. Vooral uit onderzoek naar geestesziekte blijkt dat ook het omgekeerde het geval kan zijn; in maatschappijen waar het individu meer aan zijn lot wordt overgelaten dan in de Westeuropese verzorgingsstaten kan een aangeboren handicap of slechte constitutie of een ernstige aandoening tijdens de jaren dat men aan het arbeidsproces deelneemt aanzienlijke gevolgen voor iemands maatschappelijke positie hebben (Luft 1978).

10 Degenen die zich niet onmiddellijk kunnen voorstellen hoe een kwadratische, derde- of vierdegraads-functie eruit ziet, worden verwezen naar de vorige versie van dit verhaal (Van der Zee 1984).

Literatuur

BLAXTER, M. (1983), Health Services as a defence against the consequences of poverty in industrialized societies, Social Science and Medicine 17, pp. 1139-1148.

BLAXTER, M. (1984), Equity and consultation rates in general practice, British Medical Journal 288, pp. 1963-1967.

CROMBIE, D.L. (1984), Social class and health status, Inequality or difference, occasional paper no. 25 of the Journal of the Royal College of General Practitioners.

GUFFENS, Th.M. en J.J. LATTEN (1979), Typologieën van Nederlandse gemeenten naar bevolkingsgroei, monografieën volkstelling 1971, dl 15A. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

JONG, G.A. DE (1980), Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg, supplement bij het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 58, o.a. bijdragen van:
Becker, J.W., Ziekteverzuim en sociale ongelijkheid, pp. 75-76.
Verbaan, D., Sociale ongelijkheid en ziekteverzuim, pp. 77-79.
Groothoff, J.W., Epidemiologie van arbeidsongeschiktheid, pp. 80-83.
Bruinsma, H., Het determinantenonderzoek WAO, pp. 87-90.
Wiersma, D., Langdurige arbeidsongeschiktheid (WAO): ongelijkheid in gezondheid of in sociaal-economische omstandigheden pp. 91-97.
Habbema, J.D.F., T. van de Bos, A. Lau-IJzerman, P.J. van der Maas, Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopnamen en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam, pp. 101-106.
Nijhof, G., Sociale ongelijkheid, interpretatie en psychische gezondheidsklachten, pp. 115-117.

LUFT, H.S., (1978), Poverty and Health, causes and consequences of health problems. Cambridge (Mass), Ballinger.

MARMOT, M.G., G. ROSE & M.J. Shipley (1984), Inequalities in death - specific explanation of a general pattern, Lancet, pp. 1003-1006.

MOOTZ, M. (1984), Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien. Medisch Contact 39, pp. 1201-1205.

NIJHOF, G. (1979), Sociale ongelijkheid en psychische storingen. Nijmegen: Link.

OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (OPCS) (1982), Morbidity Statistics from general practice 1970-71, Socio-economic analyses, Studies on medical and population objects no. 46. London: HMSO.

POPPEL, F. VAN (1978), Sociale ongelijkheid voor de dood: nog steeds een realiteit in de westerse wereld, I en II. Demografie, bulletin van het Nederlands Interuniversitair Demografisch Instituut (NIDI).

REID, I. (1977), Social class differences in Britain, a sourcebook. London: Open Books.

SCRIVENS, E. & W.W. HOLLAND (1983), Inequalities in health in Britain (a critique of the report of a research working party), Effective Health Care 1, pp. 97-107.

TOWNSEND, P. & N. DAVIDSON (1982), Inequalities in Health. Harmondsworth: Penguin Books.

VUYLSTEEK, K. (1984), Ongelijkheid tegenover ziekte en dood in: Eylenbosch, W.J., K. Vuylsteek, A.M. Depoorter, A.Z. Meheus (eds), Topics uit de sociale geneeskunde. Leuven: ACCO.

ZEE, J. VAN DER (1982), De vraag naar diensten van de huisarts, Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZEE, J. VAN DER (1984), Sociale klasse en ziekte, nadere precisering van een wel zeer algemeen verband in: Beusekom, J.A.H. van et al., (eds), Bye, Bye, Ben, afscheidsbundel voor prof. B.S. Polak. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde.

21

HUISHOUDENS MET EEN GEHANDICAPT GEZINSLID: ONDERZOEK NAAR HUN AANTAL EN SITUATIE.

K. Gorter

1 Achtergrond

Versterking van de extramurale hulp in de eerste lijn en gelijktijdige beperking van de intramurale voorzieningen moet het mogelijk maken dat meer mensen die extra zorg behoeven - zoals bejaarden, gehandicapten en chronisch zieken - in hun eigen omgeving blijven, in plaats van opgenomen te worden in gespecialiseerde instellingen. Dit standpunt vormt een belangrijk element van het huidige overheidsbeleid voor de medische en maatschappelijke dienstverlening. Beperking van de intramurale voorzieningen veronderstelt dat de omgeving van de extra verzorgingsbehoevende personen, het huishouden waarin zij leven met eventuele aanvullende hulp van buiten, in staat is de situatie op te vangen. Het toetsen van deze veronderstelling is het voornaamste doel van dit onderzoek.

2 Vraagstelling

Het onderzoek was gericht op een specifieke categorie huishoudens, namelijk huishoudens met een lichamelijk gehandicapt gezinslid van vijftien jaar of ouder. Deze leeftijdsgrens werd aangehouden, omdat over gehandicapte kinderen in het gezin al verscheidene onderzoeken zijn uitgevoerd (Bos 1977, 1978; de Groot 1980; Suurmeijer 1980).

Als huishoudens met een gehandicapt gezinslid speciale problemen ervaren, dan rijst een aantal vragen op:

- Hoeveel van dergelijke huishoudens treffen we in ons land aan? Het antwoord op deze vraag geeft een indicatie van de omvang van de problematiek.
- Hoe zwaar is de belasting voor degenen bij wie de huishoudelijke en verzorgende taken berusten: de huishoudvoerenden? En in hoeverre worden zij zwaarder belast dan huishoudvoerenden zonder gehandicapte gezinsleden?
- Welke hulp krijgen de betreffende huishoudvoerenden van hun gezinsleden, van hun omgeving en van professionele hulpverleners? En hebben zij behoefte aan (meer) hulp?

Met het onderzoek werd beoogd antwoorden op deze vragen te vinden.

3 Onderzoeksopzet en -populatie

In dit onderzoek is afgeweken van de gebruikelijke selectie van te onderzoeken personen via adresbestanden van hulpverlenende instellingen en belangenverenigingen, omdat de groepen die op deze wijze worden samengesteld allerminst representatief zijn voor (categorieën) gehandicapten. Wij hebben gekozen voor opsporing van huishoudens met een gehandicapt gezinslid via een representatieve steekproef uit alle meerpersoonshuishoudens in Nederland.[1] In deze 'getrapte' onderzoeksopzet werden de huishoudvoerenden (meestal de huisvrouw) benaderd met een vragenlijst, waarmee kenmerken van het huishouden, gegevens over de huishoudvoerende en eventuele lichamelijke handicaps van elk van de gezinsleden werden vastgesteld. De steekproef omvatte 2.013 huishoudens, in totaal bestaande uit 4.881 personen. Indien in het huishouden tenminste één gehandicapt gezinslid aanwezig was, werd het vraaggesprek voortgezet met vragen over de zorg voor dat gezinslid.[2]

De gekozen opzet met een representatieve steekproef kan worden samengevat door op drie functies te wijzen:

- opsporing van de te onderzoeken groep;
- schatting van het aantal huishoudens met gehandicapte gezinsleden in Nederland;
- bepaling in hoeverre huishoudens met gehandicapte gezinsleden in een ongunstige situatie verkeren ten opzichte van huishoudens waarin niemand gehandicapt is.

4 Meting van handicaps en prevalentieschattingen

De tot dusverre verrichte prevalentieschattingen van handicaps hebben betrekking op aantallen gehandicapte personen, waaruit slechts indirect conclusies over aantallen betrokken huishoudens zijn af te leiden. Een directe schatting van het aantal huishoudens met één of meer lichamelijk gehandicapte gezinsleden vormde een der doelstellingen in het onderhavige onderzoek.

Het vaststellen van lichamelijke handicaps lijkt op het eerste gezicht een eenvoudige zaak: men kan mensen daar immers gewoon naar vragen. In de praktijk echter stuit men daarbij op problemen, daar over zowel de definiëring, afbakening als meting van lichamelijke handicaps nog steeds onzekerheid heerst. In de begripsbepaling en meting hebben we ons aangesloten bij een door de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde classificatie (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), die inmiddels ook in het Nederlands is vertaald en hier wordt beproefd (Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps 1980). Aan deze classificatie ligt een model ten grondslag waarin

blijvende gevolgen van ziekten of aandoeningen in drie dimensies worden ondergebracht: afwijkingen op orgaanniveau ('stoornissen'), belemmeringen in activiteiten op persoonniveau ('beperkingen') en belemmeringen in sociaal functioneren ('handicaps'). Van deze classificatie is een meetinstrument afgeleid, bedoeld voor gebruik in (steekproef)onderzoek onder de bevolking. In ons onderzoek gebruikten we een aangepaste versie van dat instrument. Het bestond uit elf vragen over concrete verrichtingen (zoals: een gesprek verstaan, verstaanbaar spreken, het gezicht van iemand op afstand zien, voedsel snijden, zich aan- en uitkleden, zich wassen, trappen lopen en een afstand van 400 meter lopen), voorzien van de antwoordalternatieven: kan dat zonder moeite/met enige moeite/veel moeite/ helemaal niet. Een persoon werd als niet-gehandicapt beschouwd als deze alle elf verrichtingen 'zonder moeite' kon uitvoeren, terwijl een persoon die tenminste met één verrichting 'enige moeite' had als gehandicapt werd aangemerkt.

Volgens deze methode registreerde het onderzoek 422 gehandicapten onder de 4.881 personen van vijftien jaar of ouder, ofwel 8,6%. Een vergelijking met eerder verricht prevalentie-onderzoek (CBS 1974-1978; Klaukka 1981; Van Sonsbeek 1981) leerde dat de resultaten in grote lijnen met elkaar overeenkomen.

Zoals gezegd stond niet een schatting van aantallen personen, maar een schatting van het aantal huishoudens met gehandicapte gezinsleden voorop. Onderstaande tabel verdeelt de 2.013 meerpersoonshuishoudens in de steekproef naar aanwezigheid van gehandicapte gezinsleden van vijftien jaar en ouder.

Tabel 1 Huishoudens naar aanwezige gehandicapte gezinsleden.

aantal gehandicapte gezinsleden	abs.	%
geen	1.677	83,3
1	251	12,5
2	84	4,2
3	1	0,0
Totaal	2.013	100,0

In de steekproef werden dus 336 huishoudens met één of meer gehandicapte gezinsleden aangetroffen, ofwel 16,7%. Ten tijde van het onderzoek (voorjaar 1983) telde Nederland in totaal ruim 5 miljoen huishoudens, waarvan circa 4 miljoen meerpersoonshuishoudens. Ervan uitgaande dat de steekproef representatief is, mogen we verwachten dat ook in ongeveer 16,7%

van de 4 miljoen genoemde meerpersoonshuishoudens één of meer gehandicapte gezinsleden voorkomen. Dat betreft dan 668.000 huishoudens, waarvan ongeveer 500.000 met één en 168.000 met twee of meer gehandicapten. Wanneer we daarbij bedenken dat gehandicapte kinderen jonger dan vijftien jaar buiten beschouwing zijn gebleven, blijkt een aanzienlijk deel van de Nederlandse huishoudens in de hier behandelde problematiek betrokken te zijn.

5 Beschrijving van de kerngroep

De zorg voor gehandicapte gezinsleden kwam aan de orde in vervolggesprekken waaraan een specifiek deel van de eerdergenoemde 336 huishoudens deelnam. De selectie richtte zich op bewegingsbelemmeringen bij gezinsleden van de huishoudvoerenden (belemmeringen in gehoor, gezichtsvermogen en spraak werden bij de selectie niet in aanmerking genomen, evenals handicaps van de huishoudvoerende zelf). Deze aldus geselecteerde kerngroep bestond uit 104 huishoudens, waaronder 99 met één en 5 met twee gehandicapte gezinsleden.

Om de groep te karakteriseren volgen nu enkele gegevens over de functiebelemmeringen van de betreffende gezinsleden.

Tabel 2 Functiebelemmeringen van de gehandicapte gezinsleden (percentages per item) (N = 109).

verrichtingen	zonder moeite %	met moeite %	kan niet %
ander verstaan	77	22	1
verstaanbaar praten	84	10	6
gezicht zien op afstand	78	21	1
vlees/brood snijden	59	22	19
aan/uitkleden	58	28	14
in/uit bed komen	69	21	10
zichzelf wassen	58	28	14
zelf naar wc gaan	76	14	10
lopen op zelfde etage	57	35	8
trappen lopen	18	57	25
400 m. lopen	19	46	35

Trappen lopen en een afstand van 400 meter lopen geeft in deze groep het vaakst problemen: nog geen twintig procent kan die activiteiten zonder

moeite verrichten. En dertig tot veertig procent heeft meer of minder moeite met ADL-handelingen (zelfredzaamheid). Uit de tabel valt voorts te vermoeden dat velen meer dan één belemmering ondervinden (per persoon gemiddeld 4,5). Uit verdere gegevens bleek dat het in vrijwel alle gevallen om langdurige of blijvende aandoeningen ging: bij 96% was de aandoening al langer dan 1 jaar geleden opgetreden en in 95% van de gevallen werd geen verbetering in de gezondheidstoestand verwacht.

Als we de leeftijdsopbouw in ogenschouw nemen dan blijkt zoals viel te verwachten, dat het voorkomen van handicaps nauw samenhangt met leeftijd: in de oudere leeftijdscategorieën worden veel meer gehandicapten aangetroffen dan in de jongere. Door de vergrijzing van de bevolking zal het aantal gehandicapten dan ook relatief toenemen.

Tabel 3 Relatieve leeftijdsverdeling van de gehandicapte gezinsleden (N = 109) en die van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder.

leeftijd	gehandicapten %	nederland %
15 - 24	13	22
25 - 34	7	21
35 - 44	4	17
45 - 54	11	13
55 - 64	23	12
65 - 74	20	9
⩾75	22	6
Totaal	100	100

Tenslotte besteden we aandacht aan de positie van de gehandicapte gezinsleden in de huishoudens. Daarbij gaan we met name in op de relatie van de gehandicapte tot de huishoudvoerende. Zoals tabel 4 laat zien blijkt in de meeste huishoudens welke wij onderzocht hebben, de gehandicapte de mannelijke partner te zijn van de huishoudvoerende. Vanwege het feit dat gehandicapte huishoudvoerenden (meest vrouwen) buiten beschouwing zijn gelaten bij de selectie van de kerngroep is het percentage vrouwelijke partners laag. Combinatie van de tabellen 3 en 4 wettigt het vermoeden dat het in de meeste geselecteerde huishoudens gaat om oudere gehandicapte mannen die door hun partner verzorgd worden, wat werd bevestigd in de analyse van samenhangen.

Tabel 4 Relatie van de gehandicapte gezinsleden met de huishoudvoerende (N = 109).

relatie met huishoudvoerende	%
partner (man)	59
partner (vrouw)	8
kind	21
anders (inwonend familielid of vriend(in))	12
Totaal	100

6 Vergelijkingen tussen de huishoudens in de kerngroep en huishoudens zonder gehandicapt gezinslid

Als in huishoudens met een gehandicapt gezinslid sprake is van extra belasting, zal dat ook tot uitdrukking moeten komen in verschillen met huishoudens zonder gehandicapte gezinsleden. Aangezien beide categorieën in de steekproef vertegenwoordigd zijn, kon worden bepaald of de huishoudvoerenden met de zorg voor gehandicapte gezinsleden in een ongunstige situatie verkeren ten opzichte van huishoudvoerenden zonder gehandicapten in het gezin. Een dergelijke vergelijking met een 'contrôle-groep' is pas zuiver als de te vergelijken huishoudens voor het overige gelijke kenmerken bezitten. Bij elk van de 104 huishoudens in de kerngroep werd een 'dubbelganger' in de overige steekproefhuishoudens gezocht, dat wil zeggen zo veel mogelijk gelijk ten aanzien van een reeks kenmerken (grootte van het huishouden, gezinsinkomen, leeftijd, (in)validiteit en taken buitenshuis van de huishoudvoerende). Deze methode heet paarsgewijze matching. De vergelijking strekte zich uit over uiteenlopende situatiegegevens van de 104 paren huishoudvoerenden: hun vrije tijd, vakantie, gelegenheid tot uitgaan, sociaal isolement, gezondheidsklachten, moeite met de verzorging van het huishouden en hulp bij de huishoudelijke en verzorgende taken. Uit de vergelijkende analyse bleek dat de kerngroep ten aanzien van alle onderzochte aspecten in een ongunstiger situatie verkeerde, maar slechts een deel van de verschillen was aanzienlijk en statistisch significant. Bij de meer subjectieve aspecten waren de grootste verschillen aan te wijzen: de huishoudvoerenden in de kerngroep hadden naar hun zeggen aanzienlijk meer moeite de huishouding draaiende te houden, waren minder tevreden met hun vrije tijd en beoordeelden hun gezondheid als slechter. Daarentegen gaven de meer objectieve aspecten voor het grootste deel weinig verschil te zien: de huishoudvoerenden in de kerngroep beschikten over ongeveer even veel vrije tijd, hun sociale con-

tacten waren bijna even frequent en ze bezochten nauwelijks vaker de huisarts en de medisch specialist. Wel gebruikte de kerngroep wat meer medicijnen en ging wat minder op vakantie.

Een splitsing van de groep naar leeftijd bracht aan het licht dat vooral de ouderen (meestal vrouwen) die de zorg hebben voor hun gehandicapte gezinslid (meestal de mannelijke partner) in een ongunstige situatie verkeren ten opzichte van hun leeftijdsgenoten zonder handicaps in het gezin. Bij de jongeren bleken de verschillen gering te zijn. Als voorbeeld noemen we het sociaal isolement. Niet minder dan een kwart van de ouderen in de kerngroep ontving nooit bezoek van buren, vrienden of kennissen of ging bij hen op bezoek. In de matchgroep verkeerde 10% van de ouderen in een dergelijk sociaal isolement.

Maar meer nog dan de leeftijd van de huishoudvoerende is de ernst van de handicap van het gezinslid bepalend voor de situatie: huishoudvoerenden met een ernstig gehandicapt gezinslid staan voor omvangrijke verzorgende taken, waarbij de meesten van hen slechts weinig hulp van anderen krijgen. Met name hun situatie bleek in meerdere opzichten ongunstiger te zijn dan die van huishoudvoerenden die niet de zorg hadden voor een gehandicapt gezinslid.

7 Zwaarte van de hulp aan de gehandicapte gezinsleden

Voor zover de gehandicapte gezinsleden hulpbehoevend waren bij ADL (dagelijkse verrichtingen zoals zelfverzorging, verplaatsing en bezigheden), berustten de hulpverlenende taken voornamelijk bij de huishoudvoerenden. De tijd die zij hieraan besteedden was niet altijd nauwkeurig te bepalen, omdat in sommige gevallen voortdurend toezicht gehouden moest worden, wat niet precies in tijd valt uit te drukken. Ruim een kwart van de onderzochte huishoudvoerenden besteedde 6 uur per week of meer aan hulp bij ADL; vijf procent zelfs 24 à 90 uur per week.

Aan degenen die meer dan een uur hulp verleenden werd de vraag voorgelegd hoe zwaar hen die hulp viel. Ruim 40% van hen bleek de extra taken goed aan te kunnen en de overige 60% viel de hulp tamelijk of zeer zwaar. De verzorging van het gehandicapte gezinslid (zoals baden, wassen, aan- en uitkleden, tillen, assisteren bij de toiletgang en bij verplaatsing) kwam als de zwaarste taak naar voren, gevolgd door extra huishoudelijk werk, voortdurend aanwezig moeten zijn voor hulp en/of toezicht en de geestelijke belasting door de gevoelde verantwoordelijkheid.

Gevraagd naar nadelige gevolgen van de huishoudelijke en verzorgende taken, gaf ongeveer een kwart van de huishoudvoerenden in de kerngroep te kennen dat hun gezondheid eronder te lijden had, hun nachtrust vaak werd onderbroken en/of sociale contacten werden belemmerd.

8 Hulp van anderen in het huishouden en behoefte aan (meer) hulp

De meeste huishoudvoerenden in de kerngroep stonden (vrijwel) alleen voor de huishoudelijke en verzorgende taken. Bijna de helft kreeg hulp van huisgenoten, maar die omvatte zelden meer dan één à twee uur per week. Slechts één op de zeven huishoudvoerenden ontving informele hulp van familie, buren of vrienden; eveneens vrijwel nooit meer dan één à twee uur per week. Een vijfde deel had hulp van betaalde hulpverleners, variërend van één tot negen uur per week. Bij de laatsten waren wijkverpleging, gezinsverzorging en werksters ongeveer even vaak vertegenwoordigd.

Gevraagd naar hun behoefte aan (meer) hulp bij de verschillende huishoudelijke taken, gaf dertig procent te kennen (meer) hulp nodig te hebben bij de zware schoonmaakwerkzaamheden. Voor elk van de andere huishoudelijke taken had circa tien procent van de groep behoefte aan (meer) hulp.

9 Conclusie

In bijna zeventien procent van de Nederlandse meerpersoonshuishoudens komt tenminste één gehandicapt gezinslid voor. Als ook de handicaps van jongere kinderen zouden zijn meegeteld, zou het percentage zeker hoger uitvallen. De handicaps, die meestal blijvend zijn, geven de meeste beperkingen bij het lopen en het verrichten van allerlei dagelijkse handelingen. Hoewel de meeste huishoudvoerenden de zorg voor het gehandicapte gezinslid redelijk tot goed aankunnen zijn er toch de nodige problemen. De situatie van de ouderen en van degenen met de zorg voor een ernstig gehandicapte lijkt het meest ongunstig. Met name de laatsten staan voornamelijk alleen voor een omvangrijke hulpverleningstaak, waarbij de hulp van buiten vaak beperkt is: betaalde hulpverleners nemen hooguit een klein deel van de taken over en de informele hulp van familie, buren en vrienden blijkt uitermate gering te zijn. Zelfs huishoudvoerenden met een ernstig gehandicapt gezinslid blijken niet meer informele hulp van familie, buren en vrienden te krijgen dan huishoudvoerenden in gezinnen waar niemand gehandicapt is. Deze bevinding zet vraagtekens bij de huidige beleidslijnen in de hulpverlening: die gaan te gemakkelijk uit van de veronderstelling dat informele netwerken de hulp van professionele krachten kunnen overnemen. Hulp van buiten zal vooral inzet vergen van de wijkverpleging en de gezinsverzorging.

Behalve op de beide genoemde soorten hulp wijzen de onderzoeksbevindingen nog op andere wenselijke vormen van hulp. Een deel van de huishoudvoerenden gaf aan dat de geestelijke belasting hen te veel werd door spanningen, angst en zorgen over de toekomst, die verband hield met het gehandicapte gezinslid. Zij wilden meer gelegenheid daar zo nu en dan met

iemand over te praten. De instrumentele hulp bij de huishoudelijke en verzorgende taken zal in die gevallen gepaard dienen te gaan met geestelijke steun.

Een ander probleem betreft het permanente karakter van de zorg, die soms de ononderbroken aanwezigheid van de huishoudvoerende vereist. De voortdurende gebondenheid, het hele jaar door, doet een druk ontstaan waarvoor oplossingen werden gezocht in oppashulp, hulp tijdens vakanties of plaatsing in een dagverblijf. De behoefte aan de vier genoemde soorten hulp, namelijk hulp bij de verzorging van de gehandicapte gezinsleden, hulp bij de zwaardere huishoudelijke werkzaamheden, geestelijke steun en overname van de verzorging gedurende een korte periode, zullen ongetwijfeld toenemen wanneer, als gevolg van beperking van intramurale voorzieningen, meer ernstig gehandicapte personen thuis blijven wonen. Deze toename wordt nog aanzienlijk versterkt door de optredende vergrijzing van de bevolking.

NOTEN

1 Vanwege de aard van de vraagstelling bleven eenpersoonshoudens buiten beschouwing.

2 Niet alle huishoudens met een gehandicapt gezinslid werden in dit deel van het onderzoek betrokken. Bij de selectie van de 'kerngroep', zoals beschreven in paragraaf 5, bleven buiten beschouwing: de huishoudvoerende zelf, gezinsleden jonger dan 5 jaar en gezinsleden met een beperking van het gezichtsvermogen, het gehoor of de spraak.

LITERATUUR

BOS, J.M. (1977), Het gezin met een hartekind; een sociaal wetenschappelijk onderzoek in gezinnen met een kind met aangeboren hartafwijking. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.

BOS, J.M. (1978), Hard tegen hart; een sociaal-wetenschappelijk onderzoek onder jongeren die enkele jaren daarvoor werden geopereerd aan een aangeboren hartafwijking. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.

CBS (1974-1978), Gehandicapt wel geteld; Lichamelijk gehandicapten (1971/1972). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

GROOT, J.G. DE (1980), De ziekte van Duchenne: vallen en opstaan; ervaringen van ouders. Amsterdam: Rodopil.

INTERNATIONALE CLASSIFICATIE VAN STOORNISSEN, BEPERKINGEN EN HANDICAPS 1980, (1981). Voorburg: Raad voor Gezondheidsresearch TNO.

KLAUKKA, T. (1981), Application of the OECD disability questions in Finland. Revue d'Epidémiologie et de la Santé Publique 29, pp. 431-439.

SONSBEEK, J.L.A. VAN (1981), Application aux Pays-Bas des questions de l'OCDE relatives à l'incapacité. Revue d'Epidémiologie et de la Santé Publique 29, pp. 469-475.

SUURMEIJER, T.P.B.M. (1980), Kinderen met epilepsie; een onderzoek naar de invloed van een ziekte op kind en gezin. Groningen: Veenstra Offset.

22

HET FUNCTIONEREN VAN DE (EERSTELIJNS)HULPVERLENING IN WIJKEN MET ERNSTIGE BODEMVERONTREINIGING.

W. Melief

1 Gifwijken

De gifwijken hebben, behalve de bewoners, ook de overheid de afgelopen jaren in toenemende mate voor problemen geplaatst. De technische en financiële vraagstukken in deze woonwijken, waarin de hoge gifconcentraties in de bodem een gezondheidsrisico vormen, waren in zekere mate een bekende materie voor de instanties die deze 'incidenten van bodemverontreiniging' afhandelen.

Waarmee men echter niet goed raad wist, was de menselijke factor en de psychosociale en politieke gevolgen daarvan. Om daar beter inzicht in te krijgen gaf de verantwoordelijke bewindsman, Winsemius, opdracht tot het uitvoeren van een onderzoek 'psychosociale aspecten van bodemverontreiniging '. Aan een van de vijf deelprojecten van dit onderzoek, het functioneren van de hulpverlening, zijn de in dit artikel gepresenteerde bevindingen ontleend.[1]

2 Het onderzoek

Het onderzoek diende de volgende drie hoofdvragen te beantwoorden:

- Hoe functioneerde de hulpverlening in wijken met bodemverontreiniging?
- Hoe dient het functioneren beoordeeld te worden?
- Welke aanbevelingen zijn er ten aanzien van hulpverlening bij bodemverontreiniging te formuleren?

Hoewel het onderzoeksprogramma, waarin het deelproject past, psychosociale aspecten van bodemverontreiniging als onderwerp had, hebben wij ons niet tot psychosociale hulpverlening alleen beperkt. Met opzet hebben we gekeken naar de totale hulpverlening inclusief medisch-somatische hulp en concrete hulpverlening in de vorm van advies en informatie en daadwerkelijke financiële hulp. Zeker bij bodemverontreiniging lopen deze verschillende aspecten erg door elkaar.

Het project werd ondernomen om beleidsinstanties, hulpverleners en andere betrokkenen bij het hulpverleningsbeleid in gifwijken, inzicht te verschaffen in hulpbehoeften van de bevolking en in de wijze waarop de

hulpverlening daarop ingespeeld heeft. Op basis van deze inzichten zouden aanbevelingen voor een optimale aanpak van de hulpverlening moeten worden gedaan. In dit artikel zullen we ons concentreren op dat deel van de bevindingen, dat voor de eerste lijn van belang is.

Het onderzoek werd gehouden in vier locaties met bodemverontreiniging, te weten Stadskanaal (met cadmium verontreinigde tuinen in een oudere woonwijk), Maassluis (een gloednieuwe woonwijk gebouwd op sterk verontreinigd havenslib), Hengelo (een tien jaar oude woonwijk gebouwd op een vuilstort) en tenslotte Stein (met lood verontreinigde tuinen). Met behulp van de volgende methoden werden de gegevens verzameld:

- een mondelinge enquête aan de hand van een voorgestructureerde vragenlijst onder een representatieve steekproef van ongeveer de helft van de betrokken huishoudens te Maassluis en alle huishoudens in de andere drie locaties. Per huishouden werd het vraaggesprek gevoerd met degene die het huishouden leidde;
- diepte-interviews met plaatselijke hulpverleners en sleutelfiguren over de hulpverlening in de betrokken plaatsen.

Bij de diepte-interviews troffen wij geen weigeringen. De responspercentages van de enquête bedroegen per locatie: Stadskanaal 79%, Maasluis 88%, Hengelo 91% en Stein 74%.

3 Bevindingen

3.1 Soorten hulpverlening

We maakten onderscheid tussen zeven soorten hulpverlening die in gifwijken noodzakelijk zouden kunnen zijn:

- praktische adviezen en persoonlijke voorlichting;
- concrete hulp van praktische aard en bemiddeling (bijvoorbeeld bij contacten met instanties);
- concrete voorzieningen (uitkeringen, schadevergoedingen, huisvesting);
- emotionele ondersteuning;
- psychotherapie;
- relationele hulp (bij moeilijkheden in het gezin);
- medisch-somatisch onderzoek en behandeling.

Deze indeling werd gebruikt om zowel de behoeften aan hulp, de hulpvragen als de verkregen hulp te categoriseren. Aan de bewoners werden tijdens het vraaggesprek aangepaste omschrijvingen van de categorieën voorgelegd.

3.2 Behoeften aan hulp

Tabel 1 geeft een overzicht van de hulpbehoefte per soort hulp.

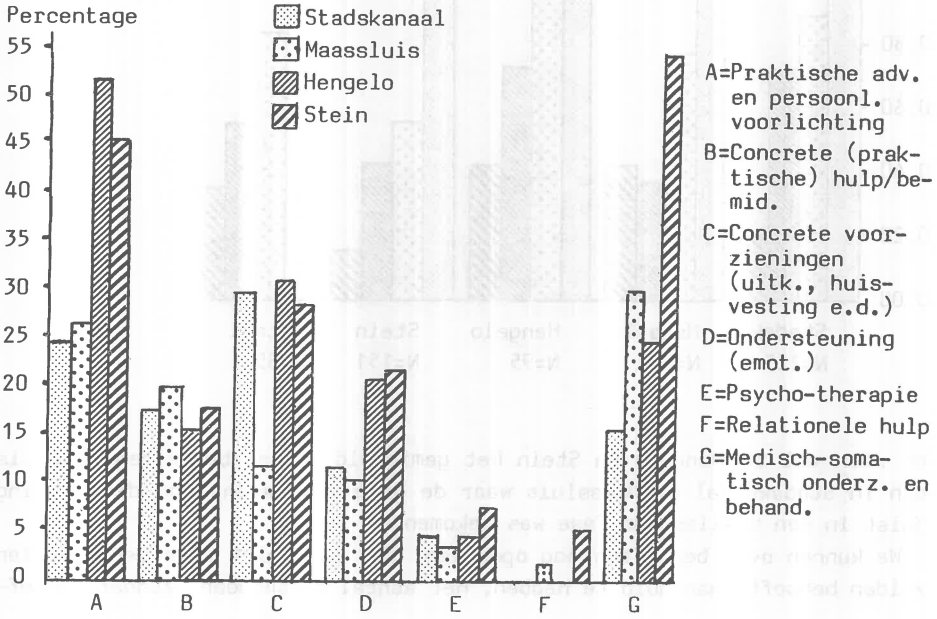
Tabel 1 Soorten hulpbehoefte van de bewoners in de vier locaties tezamen (N = 657).

	abs.	%
Praktische adviezen en persoonlijke voorlichting	220	33
Praktische concrete hulp en bemiddeling	115	18
Concrete voorzieningen	141	21
Emotionele ondersteuning	96	21
Psychotherapie	28	4
Relationele hulp	11	2
Medisch-somatisch onderzoek en behandeling	206	31

Duidelijk blijkt dat er vooral een grote behoefte is aan praktische advisering en informatie en aan medisch onderzoek en behandeling. Concrete hulp en concrete voorzieningen zijn ook veel gevraagd, terwijl ondersteuning wat minder genoemd wordt.

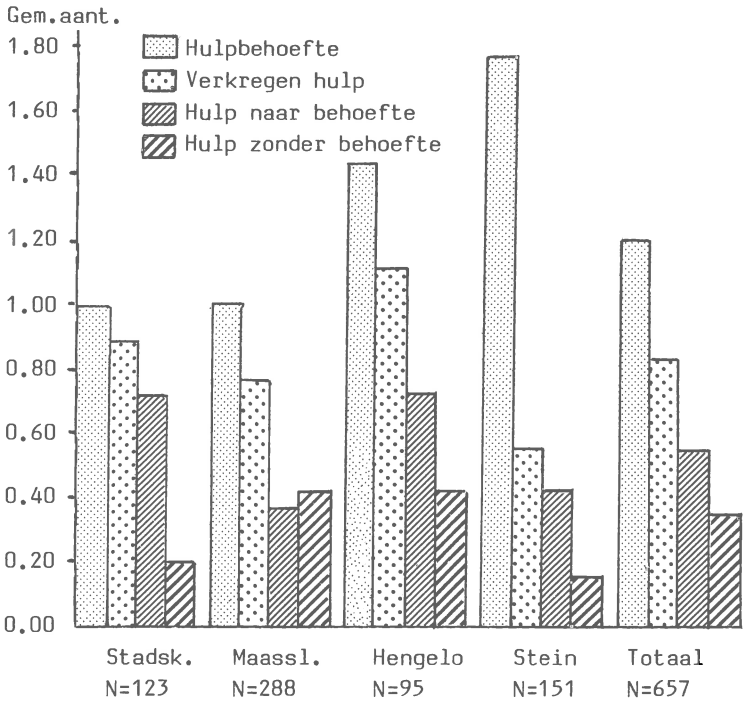
Opvallend is dat aan de meer procesmatige hulpverlening (psychotherapie en relationele hulp) nauwelijks behoefte bestond. Wanneer we vervolgens in figuur 1 naar de cijfers per locatie kijken, zien we dat er ook grote verschillen tussen de locaties zijn.

Figuur 1 Hulpbehoefte per locatie en per behoeftecategorie in procenten.



Een deel van de verschillen is verklaarbaar uit de ontwikkelingen bij de bodemsanering ter plaatse op het moment van het onderzoek. De informatiebehoefte hangt bijvoorbeeld samen met belangrijke beslissingen die voor de deur staan. De uitkomsten van bevolkingsonderzoek bleken tot een hogere of juist lagere behoefte aan medisch onderzoek te leiden al naar gelang de uitkomsten ervan geruststellend (Stadskanaal) of lichtelijk verontrustend (Stein) waren. Waar schaderegelingen of andere voorzieningen getroffen waren, bleek de behoefte aan informatie duidelijk lager. Ook in de omvang van het aantal soorten hulp, waaraan men gemiddeld per huishouding behoefte had, verschilden de locaties, zoals blijkt uit de staven in het diagram van figuur 2.

Figuur 2 Gemiddeld aantal soorten per huishouden ervaren hulpbehoefte en verkregen hulp per locatie.



We zien dat in Hengelo en Stein het gemiddeld aantal behoeften hoger is dan in Stadskanaal en Maassluis waar de gang van zaken rond de sanering juist in een beslissende fase was gekomen.

We kunnen over behoeften nog opmerken, dat lang niet alle respondenten zeiden behoefte aan hulp te hebben. Het aantal huishoudens zonder behoef-

te was ongeveer 50% in Stadskanaal en Maassluis en ongeveer 25% in Hengelo en Stein.

Samenvattend kunnen we stellen dat er vooral behoefte was aan concrete vormen van hulpverlening en medisch onderzoek en dat alles liefst met begrip en de mogelijkheid het hart eens te luchten. De duidelijke plaatselijke verschillen in hulpbehoefte werden mede bepaald door de ontwikkelingen van het moment.

3.3 Verkregen hulp

In deze paragraaf gaan we in op de omvang van de verkregen hulp en proberen een idee te krijgen van de mate waarin deze hulp tegemoet kwam aan de hulpbehoefte.

In figuur 2 zien we hoeveel soorten (categorieën) hulp gemiddeld per huishouden verkregen worden. Stein scoort met 0,5 het laagst; Hengelo met 1,1 het hoogst. Om een indruk te krijgen van de mate waarin de ontvangen hulp aansluit op de behoefte vergeleken we allereerst de omvang van de ontvangen hulp met de omvang van de behoefte. Daarbij viel op dat er vooral in Stein een grote discrepantie is tussen de behoefte (gemiddeld 1,8 per huishouden) en de ontvangen hulp (gemiddeld 0,5). Vervolgens bekeken we in welke mate de hulp die men kreeg in dezelfde categorie(ën) viel als die waaraan men behoefte had gehad. We zien dat in Maassluis meer hulp verkregen werd waaraan géén behoefte was dan hulp waaraan wel behoefte bestond. In de andere plaatsen deed zich dit verschijnsel in mindere mate voor. De hulp waaraan men geen behoefte had gehad was vooral afkomstig van buren en bewonersorganisaties. De deelnemers aan het onderzoek waren overigens voor het overgrote deel (90%) tevreden over het geheel van de ondervonden hulp.

Al met al kunnen we nu vaststellen dat op zijn gunstigst (in Stadskanaal) voor 70% van de ervaren behoeften, hulp in dezelfde categorie werd verkregen, terwijl dat op zijn ongunstigst (in Stein) slechts voor 22% van de ervaren behoeften het geval was. We zijn nagegaan waarom tussen 30% en 78% van de behoeften onvervuld bleven. Het bleek dat wanneer hulp uitbleef bij behoefte aan een bepaalde categorie hulp, er meestal ook niet om die hulp gevraagd was. Dat was in Stadskanaal bij 73%, in Maassluis bij 85%, in Hengelo bij 57% en in Stein bij 65% van de onvervuld gebleven behoeften het geval. Diverse redenen om niet om hulp te vragen werden genoemd. Bij 27% van de behoeften waarvoor geen hulp was gevraagd was deze onvoldoende sterk om tot een hulpvraag te leiden. In eveneens 27% wist men niet dat voor die behoefte om hulp gevraagd kon worden, dan wel wist men de weg niet. Twintig procent van de redenen had betrekking op de wijze, waarop de hulpverleners door de cliënt werden gezien. Men durfde ze niet lastig te vallen, men kon ze niet vinden en men verwachtte niet veel van de houding van de hulpverleners. De rest van de

redenen, ongeveer 25%, vormden een niet duidelijk classificeerbare groep.

Al met al bleek bijna de helft van de redenen om niet om hulp te vragen te berusten op slechte informatie dan wel barrières in het hulpverleningscircuit, althans naar zeggen van de bewoners. Bij die hulpbehoeften, die wel tot een hulpvraag hadden geleid, maar die niettemin onvervuld bleven, gingen de hulpverleners onvoldoende of helemaal niet in op de hulpvraag.

3.4 Hulpverleners

Tenslotte nog een enkel woord over de instanties en personen die de hulp verleenden.

Van de professionele hulpverleners waren de huisartsen duidelijk het meest actief (14%), maar toch is de door hen verleende hulp, samen met die van de overige hulpverleners in de eerste lijn (5%), bescheiden vergeleken met de hulp verleend door de bewonersorganisaties (40%). Wel was de hulp van de laatste organisaties voor een behoorlijk gedeelte de hulp, waaraan men zei geen behoefte te hebben gehad. Buren en kennissen namen zeven procent voor hun rekening. De categorie overigen is zeer groot. Allereerst vallen daarin een aantal hulpverleners die slechts een enkel of enkele procenten van de verleende hulp voor hun rekening namen zoals medische specialisten, het RIAGG enzovoort. Daarnaast vallen daarin ook hulpverleners en voorzieningen, die speciaal vanwege de bodemverontreiniging te hulp waren geroepen. Dat waren in Stadskanaal een arts van de Socialistische Partij, een laboratorium voor bodemanalyse en een toxicoloog. Deze contacten vervingen vermoedelijk ten dele de hulp van de huisartsen. In Hengelo werd een speciaal spreekuur gehouden door gemeentevoorlichters en ook in Stein was er een dergelijk spreekuur van gemeente- en provincie-ambtenaren.

4 Discussie

4.1 De rol van de eerste lijn in gifwijken

De eerstelijnshulpverleners hebben onmiskenbaar een rol gespeeld in de vier locaties die we onderzochten, maar niet die centrale rol die ze zichzelf toekenden en die hen ook door de verantwoordelijke bestuurders werd toegekend. De niet-professionele hulp bleek een belangrijkere rol te spelen, al had men niet altijd behoefte aan die hulp. Daarnaast bleken speciaal in verband met de verontreiniging gecreëerde tijdelijke voorzieningen in een behoefte te voorzien, zoals de voorlichtingsspreekuren van de gemeente. Nu kan men zich natuurlijk afvragen of de eerste lijn niet veel beter voor de dag zou komen indien men zich beter en duidelijker

voor de bewoners presenteerde. We vonden immers, dat een van de hoofdoorzaken van het niet vragen om hulp, terwijl men wel behoefte had, gelegen was in onduidelijke of negatieve beeldvorming over de hulpverlener die soelaas zou kunnen bieden. Het heeft inderdaad hier en daar aan duidelijkheid van optreden ontbroken bij eerstelijnshulpverleners. Bovendien meenden sommige huisartsen, dat een bagatelliserende en geruststellende houding de beste benadering was, terwijl de ervaring inmiddels heeft geleerd, dat een dergelijke benadering averechts werkt.

De problematiek van bewoners in gifwijken overziend is het echter de vraag of de eerste lijn wel voldoende specifieks te bieden heeft om een belangrijke rol te spelen. Vooral informatie en advies, alsmede concrete diensten en voorzieningen in de vorm van schadevergoedingen, zijn uitermate in trek. Natuurlijk ook medisch onderzoek, maar dan vooral (collectief) bevolkingsonderzoek door daartoe gespecialiseerde instituten. In ieder geval lijkt aanvulling van de eerste lijn met specifieke tijdelijke voorzieningen geboden, waarbij die specifieke voorzieningen bij voorkeur ten dele bemand dienen te zijn met speciaal daarvoor vrijgestelde eerstelijnswerkers.

4.2 Afstemming behoefte en aanbod

Meer in het algemeen zouden we willen wijzen op de discrepantie die zich in de giflocaties tussen behoefte en aanbod voordeed. Wij vragen ons af hoe men deze moet beoordelen, vooral ook omdat deze discrepantie een dubbele was. Lang niet alle hulp waar behoefte aan bestond werd verkregen, terwijl anderzijds ook veel hulp werd verleend, waar niet direct behoefte aan was. Moet men deze bevinding nu interpreteren als een falen van het hulpverleningscircuit (zowel professioneel als vrijwillig)? Voor zover er meer hulp werd ondervonden dan waaraan behoefte was, willen we dit geen falen noemen. Deze hulp kwam vooral spontaan tot stand in de contacten tussen bewoners onderling en in de contacten tussen bewoners en de bewonersorganisaties en bovendien werd deze hulp gewaardeerd.

Voor zover men minder hulp kreeg dan waar men behoefte aan had, zouden we toch ook niet zonder meer van falen of tekortschieten willen spreken. Men mag zich in de eerste plaats namelijk afvragen of mensen wel voor iedere gevoelde behoefte aan hulp direct hulp wensen te ontvangen. Men geeft daarmee te kennen dat men de situatie zelf niet meer aankan; het betekent verlies aan zelfstandigheid. In de tweede plaats is het de vraag of het wel gezond is dat mensen onmiddellijk bij iedere ook geringe hulpbehoefte professionele hulp krijgen aangeboden. Gezien in het licht van 'ontmedicalisering' en het voorkomen dat mensen van hulpverlening afhankelijk worden, dient de ernst van de hulpvraag goed overwogen te worden alvorens tot hulpverlening wordt overgegaan. En ten derde vragen wij ons af of het wel juist is om via hulpverlening allerlei hulpbehoeften van

mensen te bevredigen, indien deze ten dele voorkomen zouden zijn door gepaste collectieve maatregelen. In ons onderzoek vonden wij dat heel veel onrust het gevolg was van het feit, dat bewoners schade leden door de waardevermindering van hun huis, dat gewassen in tuinen niet meer geconsumeerd mochten worden, enzovoort. Zulke zaken zijn veel beter door middel van schaderegelingen op te lossen en te voorkomen dan door hulpverlening als 'tegengif' te gebruiken.

NOOT

[1] Het onderzoeksverslag 'Hulpverlening in gevallen van bodemverontreiniging' is in oktober 1984 gepubliceerd en verkrijgbaar bij het NIMAWO in 's-Gravenhage.

LITERATUUR

BAAS, L.W. (1982), Het project vervuiling Merwedepolder te Dordrecht. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

BAAS, L.W. (1984), Bewonersorganisaties bij bodemverontreiniging. 's-Gravenhage: NIMAWO.

BAAS, L.W., J. DE BOER, H. GEERLINGS, B. HOEFNAGEL, W.B.A.M. MELIEF en J.C. VAN DER WOUDEN (1984), Psychosociale aspecten van bodemverontreiniging. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

BOER, J. DE (1984), Ervaringen van bewoners met bodemsanering. Amsterdam: VU Boekhandel en Uitgeverij.

GEERLINGS, H. (1983), Wonen op gif. Amsterdam: Vrije Universiteit.

GEERLINGS, H. (1984), Ervaringen van gezinnen met bodemverontreiniging. 's-Gravenhage: NIMAWO.

HOEFNAGEL, B. en J.C. VAN DER WOUDEN (1984), Vier confrontaties van bewoners met bodemverontreiniging: overheidservaringen en schriftelijke voorlichting. Amsterdam: VU-Boekhandel en Uitgeverij.

MELIEF, W.B.A.M. (1984), Hulpverlening in gevallen van bodemvertonreiniging. 's-Gravenhage: NIMAWO.

SAVELKOUL, I.J.F., G. DE GROOT, S.M.G. BLOK en B. Sangster (1984), Onderzoek naar de bloedloodbelasting bij kinderen van 3 tot en met 12 jaar, wonend in het havengebied te Stein. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

VREE, J.P. VAN, H. PAUS, C. LANGE EN L. RINGS (1984), Verslag Voorlichtingsspreekuur Aanspreekpunt 'Old Ruitenborgh'. Hengelo: Bureau Voorlichting.

23

OVERGEWICHT IN RELATIE TOT MORBIDITEIT EN SUBJECTIEF WELBEVINDEN IN VIER HUISARTSPRAKTIJKEN.

J.C. Seidell, J.C. Bakx, H.J.M. van den Hoogen en P. Deurenberg

1 Inleiding

Overgewicht is een probleem waarmee men in de huisartsenpraktijk frequent geconfronteerd wordt. De prevalentie in Nederland van ernstig overgewicht (obesitas) in de huisartsenpraktijk loopt uiteen van 20 per 1.000 patiënten per jaar (Lamberts 1975) tot 105 per 10.000 per jaar (Voorn 1983). Verschillen in de gerichtheid van de arts en diens diagnostische criteria zijn onder meer verantwoordelijk voor deze grote spreiding. Wanneer overgewicht op volwassen leeftijd gediagnostiseerd wordt, blijkt deze moeilijk succesvol te behandelen, vooral op lange termijn. Over de gezondheidsconsequenties, zeker van matig overgewicht, bestaat nog geen eenduidigheid. Een recent rapport van het Royal College of Physicians (1983) geeft hiervan een duidelijk overzicht. Dat in verband met een verhoogd morbiditeitsrisico niet alleen de hoeveelheid lichaamsvet van belang is, maar vooral ook de verdeling van het vet over het lichaam, begint steeds nadrukkelijker op de voorgrond te treden (Deurenberg en Seidell 1984).

Wat het probleem overgewicht in de praktijk betekent voor de Nederlandse huisarts valt moeilijk te schatten. Om hiervan een indruk te krijgen werd een onderzoek opgezet waarvan de voornaamste vraagstellingen luidden:

- Worden door patiënten met overgewicht meer aandoeningen aan de huisarts gepresenteerd dan door patiënten zonder overgewicht?
- Wat zijn de ervaringen en verwachtingen van patiënten met en zonder overgewicht ten aanzien van gewichtsproblemen en wat kan de rol van de huisarts daarbij zijn?

In dit artikel worden enkele bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd.[1]

2 Onderzoekspopulatie en onderzoeksmethode

Om de eerste vraagstelling te beantwoorden werd gekozen voor retrospectief cohortonderzoek bij personen met en zonder geregistreerd overgewicht in vier huisartspraktijken die deelnemen aan de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut

(NUHI). In deze registratie worden sinds 1971 van dag tot dag alle gestelde diagnoses, geclassificeerd volgens de zogenoemde E-lijst. Tezamen omvatten de vier deelnemende praktijken gemiddeld 12.000 patiënten van wie de leeftijds- en geslachtsverdeling vrij goed overeenkomt met die van de Nederlandse bevolking.

Voor het onderzoek werden die personen geselecteerd bij wie op 20- tot 50-jarige leeftijd voor het eerst overgewicht werd vastgesteld. Het NUHI hanteert hiervoor als criterium relatief gewicht groter dan 115%. Dit criterium wordt nu over het algemeen als verouderd beschouwd. Internationaal geeft men, vooral bij epidemiologisch onderzoek, de voorkeur aan de Quetelet Index (QI) waarbij het gewicht in kilogrammen gedeeld wordt door het kwadraat van de lengte in meters. In navolging van Garrow (1981) zal, na herberekening van het relatief gewicht tot QI, in dit onderzoek een QI groter dan 25 als matig overgewicht en een QI groter dan 30 als ernstig overgewicht worden beschouwd.

De personen moesten bovendien tenminste vijf daaropvolgende jaren in de CMR gevolgd kunnen worden en in 1983 nog aanwezig zijn. Dit in verband met een enquête die ter beantwoording van de tweede vraagstelling van dit onderzoek is gehouden. De contrôlegroep bestaat uit personen waarbij in die vijf jaar nooit overgewicht werd geregistreerd in de CMR. Tabel 1 geeft een overzicht van de omvang en samenstelling van de onderzoeksgroepen.

Tabel 1 Omvang van de totale onderzoekspopulatie (voor morbiditeitsanalyse) en van de responsgroep op een schriftelijke vragenlijst naar geslacht en sociale klasse*

sociale klasse	totale onderzoekspopulatie				respondenten op vragenlijst			
	mannen		vrouwen		mannen		vrouwen	
	over-gewicht	geen over-gewicht	over-gewicht	geen over-gewicht	over-gewicht	geen over-gewicht	over-gewicht	geen over-gewicht
laag	202	210	359	297	110	121	247	182
midden	101	179	174	259	56	115	118	174
hoog	13	55	29	70	5	32	20	40
totaal	315	444	562	626	171	268	385	396

* De gemiddelde leeftijd (49 jaar) verschilde niet tussen de beide genoemde groepen.

Om te onderzoeken in hoeverre er vals-positieven en vals-negatieven in respectievelijk de groepen met en zonder overgewicht voorkwamen werd gebruik gemaakt van gegevens van een screening uitgevoerd in 1977/1978 in drie van de vier praktijken, waarbij van 73% van de patiënten tussen twintig en vijftig jaar, gewicht en lengte werd bepaald (Van Ree 1981). Patiënten met een ernstig overgewicht (QI meer dan 30) bleken nagenoeg allen ook in de CMR een geregistreerd overgewicht te hebben (100% bij vrouwen; 92,9% bij mannen). Een kwart van de vrouwen en achttien procent van de mannen met een geregistreerd overgewicht had op dat moment weliswaar geen ernstig overgewicht volgens de indeling van Garrow (1981), doch wel matig overgewicht. De toenmalige prevalentie van ernstig overgewicht kan uit deze screeningscijfers geschat worden op 5,4% bij mannen en 7,9% bij vrouwen.

De bij screening gevonden prevalentie van overgewicht is wat hoger dan de landelijke cijfers uit 1981/1983. In de leeftijdsklasse 20-65 jaar bedraagt deze rond de vier procent bij mannen en rond de zes procent bij vrouwen (Van Sonsbeek 1985). Overschatting van de prevalentie bij de screening is mogelijk doordat enerzijds primair uitgegaan werd van huisartscontact en anderzijds dat personen met overgewicht een hogere contactfrequentie met de huisarts hebben.

3 De morbiditeits- en vragenlijstanalyse

Er wordt in de CMR onderscheid gemaakt tussen drie groepen van diagnoses naar ernstgraad: ernstgraad 1 is het hoogst en ernstgraad 3 het laagst. Een beschrijving van deze ernstgraden is te vinden in 'Gewone Ziekten' van het NUHI (1980).

Bij iedere code in de CMR wordt aangegeven of het om een bekend (chronisch) of een nieuw geval gaat, hetgeen in de analyses werd nagevolgd. Voor wat betreft de chronische aandoeningen werd bekeken bij hoeveel personen die bij aanvang van de registratie (t_0) geen chronische aandoening hadden, vijf jaar na de start van de follow-up (t_1 tot en met t_5) een chronische aandoening van een bepaalde ernstgraad werd geregistreerd. Om de incidentie van deze aandoeningen te vergelijken tussen de groepen met en zonder overgewicht werd het Relatief Risico berekend.

Ten aanzien van de nieuwe aandoeningen werd het totaal aantal geregistreerde codes van een bepaalde ernstgraad per jaar en over t_0 tot en met t_5 tezamen berekend. Het aantal codes dat gemiddeld per persoon is toegekend werd tussen groepen met en zonder overgewicht vergeleken.

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden werd aan dezelfde personen als in de morbiditeitsanalyse een schriftelijke vragenlijst toegestuurd. Hierin was onder meer een lijst opgenomen van de eerste 53

items uit de VOEG (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheid) (Dirken 1967). Op basis hiervan werd het aantal klachten berekend. Ook werden door middel van factoranalyse geïdentificeerde, min of meer orgaanspecifieke, clusters van items (Philipsen et al., 1984) en enkele afzonderlijke items bestudeerd. Verder is onder meer gevraagd naar gewichtshistorie, aspecten van overgewicht (zoals de rol van de huisarts daarbij, sociale consequenties, familiair voorkomen, vermeende oorzaken, lijngedrag en vermageringsmethoden), gezondheidstoestand, ziektekostenverzekering en rookgewoonten. De respons op de vragenlijst bedroeg 70%.

Bij alle analyses werden de verschillen tussen de gemiddelden getoetst met t-toets. Verschillen bij variabelen met nominaal en ordinaal geordende categorieën werden getoetst met chi-kwadraat toetsen. Vermelde p-waarden zijn 2-zijdige overschrijdingskansen.

4 RESULTATEN

We behandelen hier achtereenvolgens de resultaten van de morbiditeitsanalyse en van de enquête.

4.1 Morbiditeitsanalyse

Bij de chronische aandoeningen bleek dat vooral bij mannen het risico voor het optreden van minstens één chronische aandoening van een bepaalde ernstgraad gedurende vijf opeenvolgende jaren (t_1 tot en met t_5) in de CMR hoger was wanneer zij overgewicht hadden ($RR > 1$). Bij vrouwen bleek alleen een verhoogd risico bij overgewicht voor aandoeningen met de laagste ernstgraad (tabel 2).

Ten aanzien van de nieuwe aandoeningen werden in de zes bestudeerde jaren (t_0 t/m t_5) alle diagnoses geregistreerd. Tabel 3 geeft het gemiddelde aantal per persoon. Dit kan opgevat worden als een maat voor de belasting van de huisarts door de onderzoeksgroepen. Het gemiddelde aantal geregistreerde diagnoses per persoon per jaar (niet in tabel) was voor ernstgraad 2 en 3 significant verhoogd voor zowel mannen als vrouwen met overgewicht ($p \leqslant 0.001$).

Tabel 2 Enkele 5-jaars Relatieve Risico's (RR) voor het optreden van minstens 1 aandoening bij mannen en vrouwen*

sociale klasse	relatieve risico's (RR) mannen			relatieve risico's (RR) vrouwen**
	ernstgraad 1	ernstgraad 2	ernstgraad 3	ernstgraad 3
laag	1,71	1,85	1,03	1,20
midden	6,14	2,38	2,06	1,55
hoog	0	2,72	0	3,87
totaal	2,53	2,08	1,34	1,41

RR = Ratio van Risico's (met/zonder overgewicht)

$$\text{Risico} = \frac{\text{aantal incidente gevallen in 5 jaar}}{\text{aantal personen zonder overgewicht bij start } t_1}.$$

* Alle waarden significant ($p \leq .05$).

** Ernstgraad 1 en 2 bij vrouwen: geen significant verhoogd relatief risico bij overgewicht.

Tabel 3 Het gemiddelde aantal diagnoses per persoon dat in zes jaar follow-up werd geregistreerd

sexe	gemiddeld aantal diagnoses per persoon						aantal (N)	
	ernstgraad 1		ernstgraad 2		ernstgraad 3			
	wel overgewicht	geen overgewicht	wel overgewicht	geen overgewicht	wel overgewicht	geen overgewicht	wel overgewicht	geen overgewicht
man	0,23	0,18	5,10	3,48	6,05	4,37	317	444
vrouw	0,22	0,17	5,74	4,11	8,09	6,20	565	627

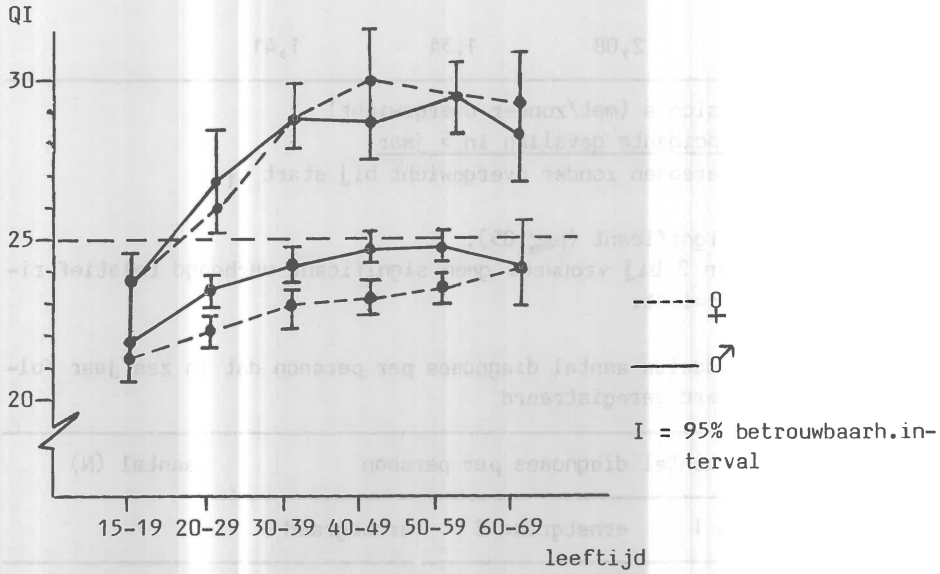
4.2 Uitkomsten van de enquête

Wat de gegevens uit de vragenlijsten betreft, hebben we het in deze paragraaf over de achtergronden van de gewichtsproblematiek, de betekenis van het overgewicht voor het subjectief welbevinden en de rol van de huisarts bij het vermageren.

Achtergronden van gewichtsproblematiek

Aan patiënten werd gevraagd het zwaarste gewicht tussen bepaalde leeftijdsgrenzen te noteren. Het QI-verloop dat op grond daarvan kon worden berekend is weergegeven in figuur 1. Uit deze figuur blijkt dat de mannen en vrouwen uit de onderzoekspopulatie die nu overgewicht hebben, gemiddeld genomen géén overgewicht hadden voor hun twintigste levensjaar. Het gemiddelde gewicht stijgt vooral tussen het twintigste en veertigste levensjaar en neemt daarna niet meer toe.

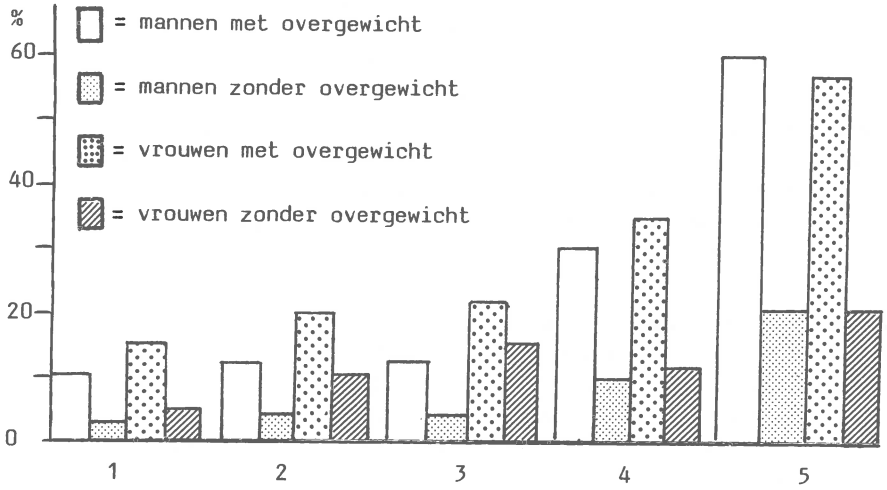
Figuur 1 Quetelet-Index (QI) op basis van maximaal gewicht dat herinnerd werd tussen bepaalde leeftijdsgrenzen.



Het in figuur 1 geschetste gewichtsverloop wordt bevestigd in figuur 2. Mannen en vrouwen met overgewicht beschouwen zich veel vaker te dik na hun dertigste dan tussen hun twintigste en dertigste levensjaar. Verder valt op dat voor het twintigste levensjaar vrouwen met overgewicht zich vaker te dik vinden dan mannen met overgewicht (dit verschil tussen mannen en vrouwen is ook te zien bij personen zonder overgewicht).

Uit de enquête blijkt voorts dat overgewicht een probleem is dat met name in gezinsverband voorkomt. Meer dan de helft van de personen met overgewicht gaf aan dat meer dan één van de gezinsleden te dik was (in de contrôlegroep 22%, $p \leqslant .001$). Het waren vooral de moeder, broers en zusters die men te zwaar vond. Mannen vonden hun partner vaker dik wanneer zij zelf overgewicht hadden.

Figuur 2 Het percentage van personen dat zich herinnert in een bepaalde levensfase dik of te dik te zijn geweest



1 = bij geboorte
2 = als kind (vóór 12e jaar)
3 = als puber (tussen 12e en 20e jaar)
4 = als jonge volwassene (tussen 20e en 30e jaar)
5 = na 30e jaar

Mannen die te zwaar waren, gaven in afnemende volgorde als vermeende oorzaken aan: teveel eten (67,2%), stoppen met roken (64,5%), niet teveel maar verkeerd eten (59,1%) en te weinig beweging (59%). Door de te zware vrouwen werd als belangrijkste oorzaak genoemd: niet te veel maar verkeerd eten (65,9%), gevolgd door erfelijke aanleg (59,9%), te veel eten (59,2%) en te weinig beweging (57,3%).

Overgewicht bleek een chronisch probleem nadat het bij de onderzoekspopulatie gediagnostiseerd was. Er was geen verschil tussen de gemiddelde QI nu en de QI op basis van gewicht zoals dat gemiddeld meer dan veertien jaar geleden door de huisarts werd bepaald bij de diagnose.

De betekenis van overgewicht voor het subjectief welbevinden

Op een 7-puntsschaal (1 = zeer goed; 7 = zeer slecht) bleken vrouwen met overgewicht hun gezondheid als significant slechter aan te geven (2,74 tegen 2,49 van vrouwen uit de contrôlegroep; $p \leqslant .01$). In andere strata waren de verschillen niet significant.

Een ander meetinstrument voor subjectief welbevinden is de sommatie van de 53 klachten van de VOEG. Bij mannen kwamen extra veel klachten voor bij overgewicht in de laagste sociale laag (gemiddeld 13,7 klachten tegen

10,4 klachten in de contrôlegroep). Bij vrouwen vonden we dit effect in de laagste sociale laag (14,3 respectievelijk 11,8 klachten) en de middelste sociale laag (13,4 respectievelijk 9,6 klachten). Specifieke klachten voor mannen zowel als vrouwen betroffen het bewegingsapparaat en kortademachtigheid; spijsverteringsklachten werden vooral bij mannen en klachten aan luchtwegen vooral bij vrouwen aangetroffen. Stratificatie naar leeftijd (jonger en ouder dan 50 jaar) bleek geen invloed op bovengenoemde verschillen te hebben. In multipele lineaire regressie bleek dat naast de variabelen overgewicht en sociale laag, ook rookgewoonten van mannen en vrouwen en de leeftijd van vrouwen een significante bijdrage leverden aan het voorspellen van het totaal aantal klachten.

Vermageren en de rol van de huisarts

Gevraagd naar de instantie waar men het liefst hulp van zou krijgen bij gewichtsproblemen, verkoos meer dan de helft van alle ondervraagden de huisarts. Als tweede kwam 'niemand' (15% van de mannen, 23,2% van de vrouwen) en dan pas de diëtist(e) (ongeveer 9% van de mannen, 15% van de vrouwen). Andere mogelijkheden als vermageringsclubs, specialisten en de gezins- of vriendenkring werden veel minder vaak genoemd. Tussen de groepen met en zonder overgewicht bestond hierover geen verschil van mening.

In tabel 4 staan een aantal taken gerangschikt waarvan men steeds kon aangeven of men dat wel of geen taak voor de huisarts vond. Zowel mannen als vrouwen met en zonder overgewicht beschouwen het geven van voedingsadviezen en het in gesprekken nagaan wat de mogelijke oorzaken van het overgewicht zijn, als de belangrijkste taken van de huisarts. Opvallend is verder dat medicijnen of maaltijdvervangende middelen voorschrijven door meer vrouwen dan mannen met overgewicht als taak van de huisarts wordt gezien en dat er, vooral wat deze taak betreft, grote verschillen in mening bestaan tussen personen met en zonder overgewicht.

Zoals te verwachten, bleken zowel vrouwen met als vrouwen zonder overgewicht actiever met 'lijnen' bezig te zijn dan mannen. Van de mannen met overgewicht deed 36% minstens regelmatig aan de lijn, bij de vrouwen 64,5%. Van de mannen die weleens aan de lijn deden was de belangrijkste reden daarvoor het advies van de huisarts, specialist of diëtist (89,0% noemde dit als een reden). Bij de te zware vrouwen kwam deze reden pas op de derde plaats (door 63,6% genoemd) na respectievelijk 'vanwege mijn figuur' (88,5%) en 'problemen bij het kopen en dragen van kleding' (77,4%). Het hebben van ziekte(n) werd het minst vaak als reden van belang genoemd (door 46,6% van mannen; 32,9% van de vrouwen).

Welke vermageringsmethoden het meest gebruikt werden door personen met overgewicht is te zien in tabel 5. Het betreffen percentages van personen die wel eens 'lijnen' en een bepaalde methode wel eens gebruikten. Daaruit blijkt dat het volgen van een dieet, waarbij vrouwen vaker boeken of tijdschriften raadplegen dan mannen, en 'meer gaan bewegen', de meest

Tabel 4 Percentages van antwoorden 'ja' op de vraag: 'Wat zou volgens U de taak moeten zijn van de huisarts bij gewichtsproblemen?' (meerdere antwoorden mogelijk)

taak	mannen		vrouwen	
	over-gewicht	geen overge-wicht	over-gewicht	geen overge-wicht
- doorverwijzen naar andere instanties of personen die zich met vermageren bezig houden (diëtist(e), clubs, specialisten)	24,4	23,5	29,3	27,4
- adviezen geven over voeding (dieet, informatie over wat goede en slechte voeding is etc.)	55,0	52,2	44,8	50,9
- adviezen geven over lichaamsbeweging, sport	31,1	41,6	20,1	32,1
- medicijnen voorschrijven of maaltijd-vervangers (zoals Ponderal, Modifast etc.)	7,2	0,8	15,8	2,1
- in gesprekken nagaan wat de mogelijke oorzaken van gewichtsproblemen zijn	35,0	48,2	40,5	52,2
- niets doen	4,4	7,1	6,0	5,2

Tabel 5 Percentages van personen met geregistreerd overgewicht dat zegt een bepaalde vermageringsmethode wel eens gebruikt te hebben

	mannen	vrouwen
- dieet, begeleid door arts, diëtist(e)	64,4	71,5
- zelfstandig dieet volgen, niet uit boek of tijdschrift	51,9	63,9
- meer gaan bewegen, gaan sporten	64,6	61,8
- zelfstandig dieet volgens, uit boek of tijdschrift	31,6	55,9
- voorgeschreven medicijnen (bijvoorbeeld eetlustremmende middelen, stofwisselingsverhogende medicijnen, plaspillen en dergelijke)	18,7	41,9
- vermageren in clubverband of bij een vereniging (Weight Watchers bijvoorbeeld)	12,0	40,4
- zelfstandig gebruik maken van maaltijdvervangende middelen (bijvoorbeeld Modifast, Profile, Bionorm, Sicks koekjes en dergelijke)	13,0	25,2

gebruikte vermageringsmethoden zijn. Groot zijn de verschillen tussen mannen vrouwen wat betreft het gebruik van medicijnen en maaltijdvervangende middelen en het vermageren in clubverband.

Het ooit gebruiken van een methode betekent nog geen kwaliteitsoordeel over die methode. Dit blijkt wel uit de antwoorden op de vraag welke van de methoden uit tabel 5 het best waren bevallen op korte en lange termijn en welke het slechtst. Zowel de mannen als de vrouwen met overgewicht bleken veruit het meest tevreden over 'dieet begeleid door arts of diëtist(e)', zowel op korte als lange termijn. Opmerkelijk was verder dat bij mannen deze methode tevens het meest genoemd werd als methode die het slechtst beviel. Bij vrouwen waren dat de maaltijdvervangende middelen.

5 Discussie

Men kan bij mannen (met name in de middelste sociale laag) spreken van een verhoogde kans op het optreden van een aandoening na diagnose van overgewicht bij alle ernstgraadcategorieën (tabel 2). In hoeverre deze cijfers vertekend zijn door het vaker onderkennen van aandoeningen door de artsen bij de te zware personen is hierbij niet aan te geven. Vooral bij ernstgraad 1 lijkt dit echter onwaarschijnlijk; juist daar is het relatief risico bij mannen het hoogst.

Uit figuur 1 en 2 blijkt duidelijk dat de leeftijd tussen het twintigste en dertigste levensjaar als een kritieke periode bij de ontwikkeling van ernstig overgewicht kan worden opgevat. Bij een deel van de vrouwen (meer dan bij mannen) blijkt echter dat het probleem zich waarschijnlijk al op zeer vroege leeftijd openbaart.

Het familiair voorkomen van overgewicht is waarschijnlijk het gevolg van zowel genetische factoren als omgevingsfactoren. Deze zijn moeilijk te scheiden, zeker wanneer het om meningen en herinneringen gaat zoals in dit onderzoek het geval is. De belemmeringen die men als gevolg van het overgewicht ondervindt liggen voornamelijk op het esthetische en sociale vlak en zijn het meest uitgesproken bij vrouwen. Dit heeft vooral te maken met de in de westerse samenleving heersende 'slankheidsnorm' en het sociaal stigma dat op 'dik zijn' rust (Allon 1982; Orbach 1978). Een verwijtende of denigrerende houding ten opzichte van corpulente personen (ook van de huisarts) zou het negatieve effect op subjectief welbevinden kunnen verergeren (Vetvrij 1982).

6. Conclusies

Het lijkt aan te bevelen preventief te werken door bij jonge volwassenen

te letten op snelle gewichtstoename tussen het twintigste en dertigste levensjaar. De voedingsgewoonten van deze mensen, vooral wanneer ze afkomstig zijn uit de lagere sociale laag, en bij wie overgewicht ook in de familie voorkomt, zullen besproken moeten worden. Daarnaast dient ook lichamelijke activiteit gestimuleerd te worden. Ook zal aandacht geschonken moeten worden aan personen die stoppen met roken.

Deze aandacht voor preventie van ernstig overgewicht wordt ondersteund door de aanbevelingen van het Royal College of Physicians (1983), dat daarbij tevens aangeeft dat vooral mensen die al te zwaar zijn tussen hun twintigste en dertigste jaar een verhoogd morbiditeitsrisico hebben.

Op latere leeftijd zal het nuttig zijn, bij overigens gezonde personen, ook nadruk te leggen op het beter accepteren van het eigen lichaam, aangezien uit literatuur onder meer blijkt dat langdurig lijngedrag frustrerend en zelfs nadelig kan zijn. Verder blijkt dat de problemen vooral op het esthetische en sociale vlak liggen en het morbiditeitsrisico van overgewicht afneemt met het ouder worden.

NOTEN

1 Dit onderzoek stond onder supervisie van prof.dr. F.J.A. Huygen en prof. J.G.A.J. Hautvast en werd gesubsidieerd door het Praeventiefonds.

LITERATUUR

ALLON, N. (1982), The stigma of overweight in everday life. In: B.B. Wetmair, ed., Psychological aspects of obesity; a handbook. New York.

BAECKE, J.A.H. (1982), Determinants of body fatness in young adults living in a dutch community. Wageningen.

DEURENBERG, P., G. VAN POPPEL en J.G.A.J. HAUTVAST (1984), Morbiditeit en subjectief welbevinden bij jonge volwassenen met overgewicht. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 128, pp. 940-943.

DEURENBERG, P. en J.C. SEIDELL (1984), De betekenis van de vetverdeling voor het verband tussen overgewicht en ziekte. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 128, pp. 1995-1998.

DIRKEN, J.M. (1967), Arbeid en stress. Het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen: J.B. Wolters.

GARROW, J.S. (1981), Treat Obesity Seriously. London: Churchill Livingstone.

KOK, F.J., A.W. MATROOS en J.R. VANDENBROUCKE (1982), Te zwaar of niet te zwaar. Voeding 42, pp. 262-269.

LAMBERTS, H. (1975), De Morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord: een nieuwe ordening van ziekte en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 18, pp.7-39.

NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT (1980), Gewone Ziekten. Nijmegen: Katholieke Universiteit.

ORBACH, S. (1978), Fat is a feminist issue. Feltham: Hamlyn Paperbacks.

PHILIPSEN, H., J. JOOSTEN en J. VAN REEK (1984), Eerste uitweiding over factorstructuur en subschalen van de VOEG. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

REE, J.W. VAN (1981), Het Nijmeegs Interventieproject. Nijmegen:Katholieke Universiteit.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (1983), Obesity. Journal of the Royal College of Physicians 17, pp. 1-58.

SONSBEEK, J.L.A. (1985), CBS-select (in voorbereiding).

VETVRIJ (1982), Dik tevreden. Amsterdam: SUA.

VOORN, Th.B. (1983), Chronische ziekten in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Bunge.

24

MEDISCHE CONSUMPTIE BIJ DE TANDARTS.

G.M.J.M. van Rossum

1 Inleiding

De medische consumptie bij de tandarts, oftewel het tandartsbezoek, wordt onder meer bepaald door een aantal maatschappelijke ontwikkelingen. Als bezoekstimulerende factoren kunnen genoemd worden een groeiende belangstelling onder de bevolking voor verzorging en behoud van het gebit en een ruimer aanbod van tandartsen. Daar staat echter tegenover dat de bestedingsmogelijkheden van vooral de minder draagkrachtigen zijn afgenomen. Ook zijn er discussies rond verwijdering van de tandheelkundige hulp uit het ziekenfondspakket voor volwassenen. Of deze tegengestelde ontwikkelingen tot een toename of een afname van het feitelijke tandartsbezoek zullen leiden, valt nog niet te zeggen. Toch kunnen deze krachten niet als verklaring dienen voor het feit dat de één vaker naar de tandarts gaat dan de ander. Hierbij spelen persoonlijke omstandigheden en motieven de hoofdrol. Over de achtergronden van deze individuele verschillen in tandartsbezoek gaat dit onderzoek.

2 Vraagstelling, onderzoeksopzet en -populatie

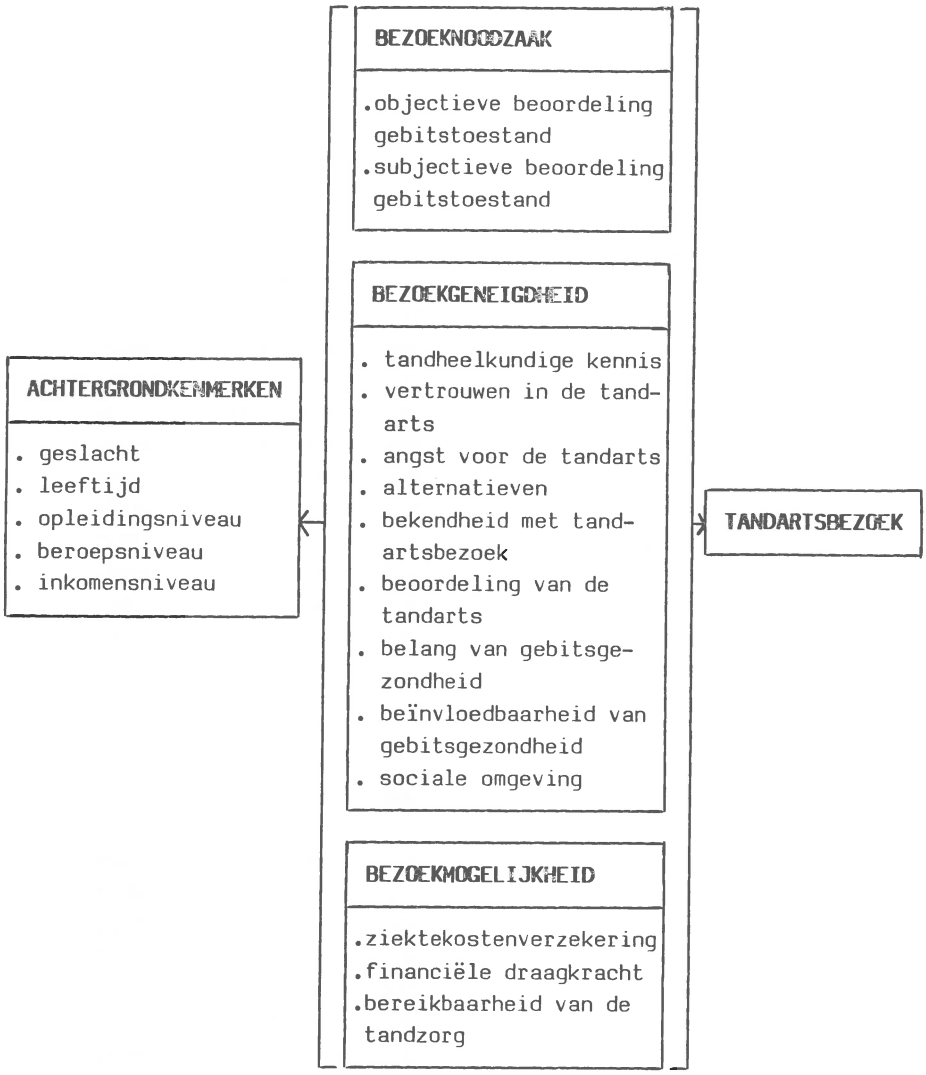
In dit onderzoek gaat het om de vraag in hoeverre er tussen mensen verschillen zijn in bezoek aan de tandarts en welke factoren met deze verschillen samenhangen. Hierbij is een onderscheid gemaakt, ontleend aan eerder verricht onderzoek naar medische consumptie (van o.a. Andersen, Philipsen, Cassee), tussen bezoeknoodzaak, -geneigdheid en -mogelijkheid. Figuur 1 geeft hiervan een nadere specificatie.

Om in de veelheid van factoren een nadere ordening te kunnen aanbrengen zullen we in de analyse ook gebruik maken van de begrippen gezondheidsgedrag (preventieve oriëntatie) en ziektegedrag (curatieve oriëntatie).

Het onderzoek draagt een bijzonder karakter doordat het een gecombineerde sociaal wetenschappelijk/tandheelkundige invalshoek heeft; bovendien maakte ook een vrij omvangrijk bevolkingsonderzoek deel uit van de procedure [1].

Middels een steekproef werden 1000 volwassenen uit drie wijken in 's-Hertogenbosch gekozen [2], gelijk verdeeld over personen van 30 t/m 34,

Figuur 1 Overzicht van de belangrijkste onderzoeksvariabelen.



40 t/m 44 en 50 t/m 54 jaar. Een tweede steekproef diende ervoor schaduwpersonen aan te wijzen voor non-respondenten (criteria: geslacht, leeftijd en buurt). De respons uit de eerste steekproef bedroeg 72%.

Uiteindelijk zijn 966 mensen op hun woonadres geïnterviewd over hun tandartsbezoek en daarmee samenhangende aspecten. Onder hen bevinden zich 235 mensen met een volledig kunstgebit (24%). Van de 966 geïnterviewden zijn er 646 tandheelkundig onderzocht. Dit gebeurde in een onderzoeksbus,

geparkeerd op een centrale plaats in een van de drie geselecteerde woonwijken. Dit alles heeft zich in de maanden mei en juni van 1983 afgespeeld.

3 Feitelijk tandartsbezoek

Uit de resultaten blijkt dat mensen met een kunstgebit veel minder vaak naar de tandarts gaan dan mensen met een natuurlijk gebit; respectievelijk vier procent en eenenzestig procent doet dit tenminste éénmaal per jaar. De overgrote meerderheid van de prothesedragers roept zelden of nooit professionele tandheelkundige hulp in (93%); doet dat in de regel alleen bij pijnklachten (89%) en beschikt niet over een eigen, vaste tandarts (72%). De verklaring voor dit verschijnsel is, dat prothesedragers van mening zijn dat regelmatig tandartsbezoek niet meer nodig is met een kunstgebit.

De frequentie waarmee mensen met een natuurlijk gebit de tandarts bezoeken ligt, zoals we zagen, duidelijk hoger. Desalniettemin gaat ook hier een deel maar heel af en toe naar de tandarts (33%) en dan nog alleen als er sprake is van echte pijnklachten (29%). Ongeveer een vijfde deel (19%) van deze groep heeft voorts geen eigen, vaste tandarts. Dit is een belangrijke constatering. Als mensen wel zo'n eigen, vaste tandarts bezitten, blijken zij daar namelijk vaker naar toe te gaan.

Vijfentwintig procent van de mensen, die nog eigen tanden en kiezen hebben, bezoekt de tandarts - naar eigen zeggen - op dit moment vaker dan zo'n tien à vijftien jaar geleden. Zij schrijven dit zelf vooral toe aan het grotere belang dat zij hechten aan een goed gebit, en aan een verbeterd contact met de tandarts. Een wat kleiner deel (14%) bezoekt de tandarts momenteel minder vaak dan in het verleden. Als voornaamste redenen worden aangevoerd: geringere financiën, toegenomen angst en een veranderde gebitstoestand.

4 Met tandartsbezoek samenhangende factoren

4.1 Bezoeknoodzaak

De vraag hier is of er een verband bestaat tussen tandartsbezoek en de feitelijke gebitstoestand van de betrokkenen en/of hun eigen oordeel daarover. Wat de feitelijke gebitstoestand betreft wezen de door de tandartsen verrichte gebitsonderzoeken het volgende uit. Bij ongeveer twintig procent van de niet-prothesedragers is sprake van een aanzienlijke achterstand in de behandeling van tandcariës en/of tandvleesafwijkingen en elf procent heeft 'enige tot veel' behoefte aan prothetische voorzienin-

gen. Het blijkt nu, dat de door de tandarts vastgestelde behandelbehoefte voor tandcariës en de behoefte aan prothetische voorzieningen duidelijk toenemen, naarmate mensen minder frequent naar de tandarts gaan.

Eveneens blijkt er een verband te bestaan tussen tandartsbezoek en de persoonlijke beleving van de gebitstoestand, dat wil zeggen de wijze waarop mensen zèlf hun gebitstoestand beoordelen. Dit verband willen we als volgt interpreteren. Diegenen die denken, dat zij op korte termijn last krijgen van hun gebit (11%), denken dat de tandarts iets aan hun gebit zou moeten doen (46%), denken dat hun gebitstoestand de laatste jaren verslechterd is (29%) en/of denken dat een kunstgebit voor hen iets onontkoombaar is (47%). Kortom al diegenen die de gezondheidstoestand van hun eigen gebit in het algemeen minder positief beoordelen (42%), bezoeken de tandarts naar verhouding minder vaak. Kennelijk is de ervaren ontevredenheid met het gebit voor sommigen niet groot genoeg om over de tandartsdrempel heen te stappen, hoewel er vanuit tandheelkundig oogpunt alle aanleiding toe kan zijn.[3]

4.2 Bezoekgeneigdheid

Een factor waarvan de relatie met tandartsbezoek al lang bekend is, is de angst voor de tandarts. Bijna de helft (45%) van de ondervraagden is bang voor de tandarts en het is duidelijk dat diegenen die meer angst hebben, minder vaak bij de tandarts komen. Het opzien tegen tandartsbezoek weerhoudt sommige mensen er zelfs van om naar de tandarts toe te gaan in situaties die, naar hun eigen zeggen, eigenlijk geen uitstel of afstel dulden. Angst is dus ook een factor die het tandartsbezoek negatief beïnvloedt.

Tandartsbezoek blijkt daarentegen toe te nemen, naarmate mensen over meer tandheelkundige kennis beschikken (met name over kennis van tandheelkundige behandelingen en de mogelijkheden van de professie) en meer vertrouwen hebben in de vakbekwaamheid van de tandarts. Het gaat hier dus om twee positief werkende factoren, waaraan zich nog een derde laat toevoegen, te weten positieve ervaringen met tandartsbezoek.

De frequentie waarmee mensen op latere leeftijd naar de tandarts gaan, heeft duidelijke sporen in het verleden. De bekendheid met tandartsbezoek vanuit de jeugd werkt door in het bezoekgedrag op volwassen leeftijd. Zo gaan mensen op volwassen leeftijd vaker naar de tandarts, als zij daar al op vroege leeftijd voor het eerst zijn geweest en tijdens hun jeugd daartoe door hun ouders zijn gestimuleerd. In dit verband zij verwezen naar De Haes (1976) die stelt dat attituden door vroegere ervaringen worden gevormd en dat, naarmate attituden op jongere leeftijd zijn gevormd deze resistenter zijn tegen veranderingen.

Een tweede aspect van die bezoekervaringen betreft de beoordeling van de tandarts. Zij die het optreden van hun tandarts positiever ervaren,

bezoeken hem in de regel vaker dan degenen die een minder positief beeld hebben. Overigens wordt doorgaans over de persoon van de tandarts vrij gunstig geoordeeld, behalve als het gaat om de informatie die hij verstrekt en de belangstelling die hij voor zijn patiënten heeft.

In dit onderzoek is ook aandacht besteed aan de factor belang van gebitsgezondheid. Gezien de vervangbaarheid van het gebit en de daaraan verbonden esthetische aspecten is het aannemelijk dat mensen wat deze opvattingen betreft meer van mening verschillen dan ten aanzien van opvattingen over gezondheid in het algemeen (Tijmstra 1980). Het blijkt dat een groot deel van de ondervraagden het behoud van het natuurlijk gebit zeer belangrijk vindt (79%), het vervelend vindt om een kunstgebit te moeten gaan dragen (79%), en tamelijk veel waarde hecht aan een goede gebitsgezondheid (81%). We zien dat de frequentie van tandartsbezoek hiermee duidelijk samenhangt: mensen doen vaker een beroep op de tandarts, naarmate zij meer belang toekennen aan gebitsgezondheid en -behoud en afkeriger zijn van een kunstgebit. Verder lijkt het erop, dat die bezoekfrequentie eveneens hoger is, wanneer mensen denken zelf invloed te hebben op de gezondheidstoestand van hun gebit en omgaan met anderen die ook geregeld bij de tandarts komen.

4.3 Bezoekmogelijkheid

Een laatste 'cluster' van mogelijk belangrijke factoren heeft te maken met wat we de hardere randvoorwaarden zouden kunnen noemen. Wie klachten heeft over zijn gebit en best wel naar de tandarts wil, moet ook over de mogelijkheden beschikken om dat te doen. Wat dit betreft laat zich qua verzekeringsvorm al meteen een verschil signaleren tussen ziekenfondsverzekerden en niet-ziekenfondsverzekerden. De eerste groep komt minder vaak bij de tandarts dan de tweede groep. Op zichzelf is dit merkwaardig, indien wordt gelet op het gegeven dat ziekenfondspatiënten in principe veel verrichtingen toch niet zelf hoeven te betalen en particulier verzekerden wel. Voorwaarde hierbij is echter dat men ieder half jaar een bezoek aan de tandarts brengt en dat is juist vaak niet het geval: van de ziekenfondsverzekerden gaat namelijk 41% zelden of nooit naar de tandarts (tegenover 25% van de particulieren en 18% van de IZA/IZR/GVP-verzekerden).

Dat de financiële draagkracht in de tandheelkundige gezondheidszorg een grote rol speelt (en vanwege de grotere 'consumptie-vrijheid' waarschijnlijk een grotere rol dan in de algemene gezondheidszorg) kan worden afgeleid uit de positieve samenhang tussen frequentie van tandartsbezoek en het inkomen dat men geniet. Ook andere onderzoeksgegevens wijzen duidelijk in die richting: als tandheelkundige hulp uit het ziekenfondspakket zou verdwijnen, dan zou ruim een derde van de ziekenfondsverzekerden, die nu nog regelmatig naar de tandarts gaan, dat minder vaak (24%) of zelfs veel minder vaak (11%) gaan doen.

Niet alleen de financiële bereikbaarheid, maar ook de fysieke bereikbaarheid van de tandarts beïnvloedt het tandartsbezoek. Diegenen bijvoorbeeld, die zeggen dat zij voor een spoedbehandeling gemakkelijk bij hun tandarts terecht kunnen (72%), en vinden dat zij niet te lang op een afspraak (78%) of in de wachtkamer hoeven te wachten (87%), zijn frequentere tandartsbezoekers dan diegenen die klagen over dit soort bereikbaarheidsaspecten. In dit verband past ook de veronderstelling van Van der Zee (1982) dat een toenemend aantal spreekuurpunten (een gedeeltelijk gevolg van de toename van het aantal zorgverleners) tot een vergroting van het aantal arts-patiëntcontacten moet leiden.

Aangezien de laatste jaren het aanbod aan tandartsen ruimer wordt, waardoor wachttijden korter worden en er meer ruimte komt voor overleg en persoonlijke aandacht, kortom de bereikbaarheid verbetert, zou derhalve een toename van het aantal tandarts-patiëntcontacten verwacht mogen worden.

5 Gezondheids- versus ziektegedrag

Tot zover een opsomming van factoren, die een samenhang blijken te vertonen met frequentie-verschillen in tandartsbezoek. Ter ordening van die veelheid aan informatie maken we een indeling in gezondheids- en ziektegedrag.

Bij gezondheidsgedrag is sprake van een preventieve oriëntatie, bij ziektegedrag van een curatieve. Dit verschil in oriëntatie weerspiegelt zich duidelijk in de twee belangrijkste motieven die mensen hebben om naar de tandarts te gaan: enerzijds behandeling van klachten en anderzijds gebitscontrole ter voorkoming van klachten. Dit verschil in bezoekmotief hangt heel duidelijk samen met de frequentie van tandartsbezoek, hetgeen doet vermoeden dat de hiervóór gevonden samenhangen wellicht zijn terug te voeren op de simpele vraag of mensen doorgaans voor klachten dan wel voor contrôle bij de tandarts aankloppen. Teneinde er achter te komen of dit inderdaad zo is, zijn deze samenhangen nader geanalyseerd voor beide groepen tandheelkundige patiënten ('klachten-bezoekers' versus 'controle-bezoekers'). Inderdaad blijkt dat nogal wat verbanden, die voor de totale onderzoeksgroep wél opgaan, binnen de twee onderscheiden subgroepen zijn verdwenen. Het bezoekmotief verklaart dus voor een groot deel de gevonden verschillen in tandartsbezoek. Daarnaast zijn er nog andere factoren in het spel die voor gezondheidsgedrag anders zijn dan voor ziektegedrag:

- Curatief georiënteerde tandartsbezoekers zullen bij klachten eerder naar de tandarts gaan, als zij meer weerzin hebben tegen een kunstgebit, meer vertrouwen hebben in en een positiever oordeel hebben over de tandarts, over meer tandheelkundige kennis beschikken (en

jonger zijn);
- Preventief georiënteerde tandartsbezoekers zullen met een grotere regelmaat voor controle naar de tandarts gaan, als zij daarmee vanuit het verleden meer vertrouwd zijn (en van het vrouwelijke geslacht zijn).

Anders gezegd: mensen die alleen bij klachten naar de tandarts gaan, zullen dit eerder doen als zij - op grond van hun grotere tandheelkundige kennis, grotere afkeer van een kunstgebit etc. - bepaalde barrières kunnen overwinnen; mensen die voor controle gaan, zullen dat met meer regelmaat doen, naarmate zij zich dat gedrag van oudsher meer hebben eigen gemaakt.

6 Conclusies

De eerste conclusie luidt dat mensen die een kunstgebit hebben niet meer naar de tandarts gaan. Meer dan de helft (57%) van de prothesedragers vindt het niet nodig een kunstgebit regelmatig door de tandarts te laten controleren. Toch zijn er mogelijkheden hierin verandering te brengen. Ruim een derde van de ondervraagde prothesedragers (37%) zou best wel iets aan bepaalde klachten die men heeft, willen laten doen, met name aan het loszitten van de prothese. En maar liefst bijna de helft (45%) zou een heel nieuw kunstgebit willen hebben.

Het onderzoek heeft niet alleen duidelijk gemaakt (zo men wil: bevestigd) dat prothesedragers en niet-prothesedragers aanmerkelijk verschillen in de frequentie waarmee zij de tandarts bezoeken, maar ook dat de groep niet-prothesedragers op zich geen homogeen geheel vormt. Bij curatief ingestelde personen wordt tandartsbezoek gerealiseerd via overwinning van de ervaren barrières op grond van bepaalde prikkels. Zijn die afwezig, dan blijft men bij klachten ofwel thuis, ofwel men brengt alleen in uiterste nood een bezoek aan de tandarts. Wat preventief ingestelde personen tot frequent tandartsbezoek aanzet, zijn niet zozeer deze extra-prikkels, maar is een soort gewenning die stoelt op een zekere traditionele gemotiveerdheid (men weet niet beter of regelmatig tandartsbezoek hoort er bij).

Uit de onderzoeksgegevens komen aanwijzingen dat het tandartsbezoek in de toekomst mogelijk zal toenemen. Ondervraagden brengen immers nogal eens naar voren, dat zij tegenwoordig over het algemeen meer belang hechten aan zaken als gebitsverzorging, gebitsbehoud en tandartsbezoek dan vroeger. Vooral onder jongeren lijkt de laatste jaren het 'gebitsbewustzijn' toegenomen, en ook een ruimer aanbod van tandartsen kan het tandartsbezoek gunstig beïnvloeden.

NOTEN

1 Het sociaal-wetenschappelijk deel is door het ITS en het tandheelkundig deel door de werkgroep TNO Tand- en Mondziekten uitgevoerd.

2 's-Hertogenbosch heeft een gemiddelde tandartsen-dichtheid (althans voor gemeenten met meer dan 50.000 inwoners); in 1981/1982 was de verhouding tussen het aantal tandartsen (39) en het aantal inwoners (88.500) ongeveer 1 : 2270.

3 Het blijkt niet zo te zijn, dat de mensen zelf hun gebitstoestand heel anders beoordelen dan de tandartsen, die hen onderzochten: diegenen die hun eigen gebitstoestand negatief beoordelen hebben meer behandel-achterstand voor tandcariës en/of meer behoefte aan prothetische voorzieningen.

LITERATUUR

HAES, W.F.M. DE et al., (1976), Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Gedragsdeterminanten. Medisch Contact 31, pp. 385-394.

ROSSUM, G.M.J.M. VAN (1983), Tandheelkundige hulpverlening in Nederland. Een inventarisatie van toekomstverwachtingen. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.

TIJMSTRA, Tj. (1980), Sociologie en tandheelkunde. Resultaten van een gecombineerd sociaal-wetenschappelijk en tandheelkundig onderzoek. Groningen: Wolters-Noordhof.

ZEE, J. VAN DER (1982), De Vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

25

PATIËNTENORGANISATIES EN DE EERSTE LIJN.

G.J. Visser

1 Inleiding

Een opvallend verschijnsel in de gezondheidszorg in de afgelopen vijftien jaar is de snelle opkomst van patiëntenorganisaties, zowel algemeen als categoriaal [1]. Algemene patiëntenorganisaties, waarvan er eind 1983 volgens de Werkgroep 2000 ongeveer honderd waren (Bensing 1983), richten zich voornamelijk op belangenbehartiging en streven naar een groter besef van de eigen verantwoordelijkheid onder patiënten. De ongeveer tweehonderd, veelal landelijk georganiseerde categoriale groepen houden zich behalve met belangenbehartiging bezig met het geven van voorlichting en het bevorderen van contacten tussen de leden (Geelen et al., 1981).

Over de richting waarin de gezondheidszorg zich volgens patiëntenorganisaties zou moeten ontwikkelen valt op grond van deze globale karakterisering weinig te zeggen. Uit hetgeen anderen daarover hebben opgemerkt rijst het beeld van een tweedeling (Bensing 1983; Knottnerus 1984). Vooral de categoriale groepen zouden willen streven naar een uitbreiding van gespecialiseerde medische voorzieningen. Andere organisaties daarentegen benadrukken zelf- en mantelzorg en willen de eerste lijn versterkt zien als tegenwicht tegen de intramurale zorg.

In dit artikel willen wij een poging wagen dit beeld van categoriale patiëntenorganisaties wat te nuanceren. Op grond van gegevens uit het Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam, dat door het NIVEL (het voormalig Nederlands Huisartsen Instituut) is uitgevoerd, zullen wij achtereenvolgens aangeven welke verwachtingen bij categoriale patiëntenverenigingen leven ten aanzien van behandeling en begeleiding van patiënten door eerstelijnshulpverleners, vaststellen hoe moeilijk een individuele hulpverlener daaraan kan voldoen, en een aantal mogelijke oplossingen bespreken om uit dat dilemma te geraken. Gezien de belangrijke rol die de huisarts in dit geheel inneemt beperken wij ons daartoe.

2 De verzamelde gegevens

Het Onderzoek Knelpunten Eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam had tot doel na te gaan waar zich volgens organisaties van patiënten en - in

tweede instantie - organisaties met een zekere verantwoordelijkheid voor de zorg, knelpunten voordoen in het functioneren van de eerste lijn in Rotterdam. In het kader van dat onderzoek zijn (half gestructureerde) vraaggesprekken gehouden met veertig organisaties die namens groepen patiënten of cliënten een oordeel leken te kunnen geven. In dit artikel zullen we in het kader van de vraagstelling alleen ingaan op de categoriale organisaties, waarvan we de volgende elf om hun mening vroegen (tussen haakjes staan de aantallen leden van de plaatselijke afdelingen):

- Vereniging ter behartiging van de belangen van astmatici (VbbA) (250);
- Diabetesvereniging Nederland (DVN) (3400);
- Psoriasispatiëntenvereniging (400);
- Vereniging van rheumapatiënten (550);
- Multiple-sclerose stichting (300);
- Parkinsonpatiëntenvereniging (170);
- Afasie vereniging Nederland (175);
- Migrainepatiëntenvereniging (200);
- Cliëntenbond in de GGZ (90);
- Nederlandse Vereniging van stomapatiënten 'Harry Baconclub' (300);
- Hyperventilatiestichting (70).

In de meeste gevallen werd gesproken met contactpersonen van de plaatselijke afdeling, veelal zelf patiënt. Alleen de Harry Baconclub gaf de voorkeur aan een gesprek met een vertegenwoordiger van het landelijk bestuur. De elf vraaggesprekken vormen het materiaal voor dit artikel.

3 Hulpverlening door de huisarts

Categoriale patiëntenorganisaties staan in hun functioneren dwars op de gebruikelijke indeling van de gezondheidszorg in meerdere echelons; hun leden, chronische patiënten, zijn (potentiële) gebruikers van voorzieningen in zowel de basisgezondheidszorg als in eerste, tweede en, zo men wil, derde lijn. Door de centrale plaats van de huisarts in het Nederlandse systeem van gezondheidszorg heeft iedere patiënt met hèm echter regelmatig te maken, hetzij als behandelaar, hetzij als verwijzer.

Over de huisarts en zijn taak in het behandelen en begeleiden van chronisch zieke patiënten leven bij patiëntenorganisaties dan ook uitgesproken opvattingen.

Beperken we ons eerst tot de **behandeling** van patiënten, dan blijkt de taak die men voor de huisarts ziet weggelegd voor zeven van de elf ondervraagde organisaties klein te zijn. Parkinson-, rheuma-, ms-, diabetes- en psoriasispatiënten zien de huisarts als een, liefst snelle, verwijzer naar specialistische hulp. Verwacht wordt dat hij, bij een eerste confrontatie, de juiste diagnose stelt, inziet dat behandeling hoe dan ook

mogelijk is, en een verwijskaart uitschrijft naar de meest geëigende specialist. Een stoma kan, volgens de woordvoerder van de Harry Baconclub, in veel gevallen worden voorkomen door een eerder onderkennen van een kwaadaardige ziekte; afasie, meestal het gevolg van een plotselinge beroerte, is dikwijls direct al een zaak voor de specialist.

Het is niet verwonderlijk dat klachten over de huisarts van de zeven organisaties van deze patiënten veelal betrekking hebben op het te laat onderkennen van de ziekte en het daardoor te laat verwijzen. Volgens de vertegenwoordiger van de Parkinsonpatiëntenvereniging overschat menig huisarts zijn eigen kennis. Hoewel het aantal klachten over een late verwijzing minder is dan vroeger, is het vóórkomen ervan voor de Harry Baconclub toch reden om te pleiten voor een periodiek onderzoek voor ieder die dat wenst, 'zoals je ook je auto regelmatig laat nakijken.'

Is het merendeel van de ondervraagde patiëntenorganisaties, althans wat de gewenste behandeling van hun ziekte betreft, sterk op de tweede lijn gericht, voor een aantal andere ligt dat anders. Astma-, migraine- en hyperventilatiepatiënten zien juist de huisarts als de meest aangewezen hulpverlener. Specialistische hulp wordt niet snel ingeroepen en - in het geval van astmapatiënten - opname moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

De verwachtingen van deze organisaties ten opzichte van de huisarts zijn dan ook hooggespannen. In de eerste plaats moet hij de patiënt het gevoel geven dat hij zijn ziekte accepteert. 'Eerstelijnsklachten' zijn juist klachten waarmee de patiënt zich naar zijn zeggen dikwijls niet begrepen en miskend voelt; er wordt 'denigrerend' over hyperventilatie gepraat en migraine wordt 'afgedaan als zenuwen'. Men ziet het dan ook mede als taak van de organisaties dit stigma van niet-patiënt kwijt te raken.

Tenslotte moet de arts, als eerstverantwoordelijk behandelaar, in staat zijn - alweer - om de juiste diagnose te stellen en daarna zo snel mogelijk met een passende therapie beginnen. Volgens de vertegenwoordiger van de Migrainepatiëntenvereniging duurt het soms tè lang voor de huisarts ingrijpt en 'de juiste vaatvernauwende middelen geeft'.

We mogen dus vaststellen dat de meeste categoriale patiëntenverenigingen het met elkaar eens zijn in de mate waarin een medische behandeling van hun ziekte wordt gewenst. Een antwoord op de vraag of dat in de eerste of in de tweede lijn moet gebeuren is afhankelijk van de aard van de klacht. Van de huisarts wordt verwacht dat hij de ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium onderkent en passende maatregelen neemt.

Naast een rol in de behandeling van ziekten speelt de huisarts ook een rol in de **begeleiding** van zieken. Voor de meeste gesprekspartners is de huisarts nog steeds de vertrouwensfiguur die kan optreden als raadgever - hij kent immers de achtergronden van zijn patiënten - en zonodig als bemiddelaar met de in alle opzichten verderweg gelegen specialistische wereld. Aan begeleiding zitten medische en psychosociale aspecten. Wat de

medische begeleiding betreft wil men dat de huisarts informatie geeft over de bijwerking van medicijnen en over de voor- en nadelen van een operatie die door de specialist wordt voorgesteld. Volgens de woordvoerder van de Vereniging van rheumapatiënten is de huisarts - door gebrek aan kennis èn door een slechte communicatie met de behandelend specialist - in veel gevallen daartoe echter nauwelijks in staat. Ook zou men graag zien dat de huisarts, waar mogelijk, de contrôle van patiënten van de specialist overneemt. Een voorbeeld is de door de Diabetesvereniging Nederland voorgestelde grotere betrokkenheid van de huisarts bij het begeleiden van diabetespatiënten die eerder door de specialist op de gewenste dosis insuline werden 'ingesteld'.

Bij psychosociale begeleiding verwacht men van de huisarts dat hij zich openstelt voor de problemen die patiënten hebben bij het verwerken van hun ziekte, informatie geeft over de beschikbare nazorgvoorzieningen, en zich, al dan niet in nauwe samenwerking met de wijkverpleegkundige, op de hoogte stelt van de problemen die de ziekte in het dagelijks leven geeft. Met name de Vereniging van rheumapatiënten bleek in dit laatste opzicht sterk in de huisarts teleurgesteld te zijn.

We kunnen dus concluderen dat de huisarts in de begeleiding, hetzij op medisch, hetzij op psychosociaal terrein, in de visie van al deze organisaties een belangrijke rol blijft spelen. Daarbij wordt van hem, naast belangstelling voor zijn patiënten en kennis van hun dagelijks leven, ook kennis verwacht van het ziektebeeld en van voorzieningen die voor de patiënt van nut kunnen zijn. Ook is een goed contact gewenst tussen hem en andere betrokken hulpverleners, zoals de behandelende specialist.

4 Generalist of specialist: het eerstelijnsdilemma

Is de huisarts voor de leden van de categoriale patiëntenorganisaties in meerdere of mindere mate een centrale figuur, omgekeerd blijken deze patiënten in het dagelijks werk van de huisarts zeker niet de hoofdrol te spelen.

Over het vóórkomen van chronische ziekten in de huisartspraktijk geeft Voorn (1983) gedetailleerde cijfers. Tabel 1 geeft voor een huisartspraktijk van 2.800 patiënten cijfers over de frequentie per jaar van enkele veel voorkomende chronische ziekten en ziektebeelden; een groot deel daarvan wordt door de elf genoemde categoriale patiëntenverenigingen 'gedekt'. Er wordt onderscheid gemaakt tussen ziektegevallen waarvan de arts al op de hoogte is en nieuwe meldingen.

Tabel 1 Frequentie ('bekende gevallen' en 'nieuwe gevallen') per jaar van enkele veel voorkomende en een aantal andere chronische aandoeningen in een standaardpraktijk van 2.800 patiënten.

	Bekende gevallen	Nieuwe gevallen
Adipositas (vetzucht)	243	59
Hypertensie (hoge bloeddruk)	151	30
Nerveus-functionele klachten	139	428
Diabetes Mellitus	39	6
Psoriasis	20	4
Astma	18	6
Migraine	16	5
Rheumatische arthritis	10	2
Parkinson(isme)	8	2
Multiple sclerose	-	0

Bron: Voorn 1983.

De bij ons onderzoek betrokken chronische ziekten blijken, met uitzondering van diabetes mellitus, ook relatief slechts weinig in de gemiddelde huisartspraktijk voor te komen. Dat maakt de positie van de huisarts, waar het gaat om behandeling en begeleiding van de betrokken patiënten, tamelijk ongemakkelijk. Gaat het van hem uit gezien immers om problemen van heel verschillende en vrij kleine groepen van patiënten, in het leven van deze mensen zelf speelt de ziekte een overheersende rol en zij verwachten van hun huisarts een evenredige belangstelling en minstens zoveel kennis als zij zelf in de loop der jaren hebben opgedaan.

Door de elf categoriale patiëntenorganisaties wordt dat dilemma óók gezien; het komt tot uiting in - haast vergoelijkend uitgesproken - opmerkingen dat de dokter 'al zovéél moet weten' en 'er ook maar zo weinig patiënten zijn met onze ziekte'. Daarmee zijn overigens de verwachtingen nog niet verdwenen.

Enkele organisaties noemen een mogelijke oplossing. Naast de al eerder ter sprake gekomen mogelijkheid van een periodiek bevolkingsonderzoek (waardoor de preventieve taak van de huisarts verlicht zou worden) en een oplossing in de vorm van een verdere verkleining van de praktijken wordt gepleit voor een zekere specialisatie onder huisartsen, waardoor zij op een beperkt terrein deskundiger zouden worden, en méér contact tussen huisartsen en de organisaties van patiënten zelf, waardoor kennisoverdracht mogelijk wordt.

Het voorstel voor een zekere specialisatie is afkomstig van de vertegenwoordiger van de Diabetes Vereniging Nederland. Iedere diabetespatiënt

zou zich, in zijn gedachtengang, moeten kunnen wenden tot een huisarts die zich, binnen een groepspraktijk of een gezondheidscentrum, of wellicht in een dorp of stadswijk, juist in diabetes heeft gespecialiseerd en die een intensief contact onderhoudt met de patiëntenvereniging. Een dergelijke ontwikkeling zou met evenveel recht ook door andere patiëntenorganisaties bepleit kunnen worden, waardoor het beeld zou ontstaan van een 'gecategoriseerde' eerstelijnshulpverlening. Hoe onlogisch dat beeld wellicht ook is - we komen daar nog op terug - helemaal nieuw is het niet: een vrouwengezondheidscentrum is een voorbeeld van een eerstelijnsvoorziening ten behoeve van en, in dit geval, verzorgd door een enkele categorie van patiënten. Ook onder migranten en onder homosexuelen worden de voor- en nadelen van een 'eigen' hulpverlening tegen elkaar afgewogen (Tijdschrift de Eerste Lijn 1983).

Wat betreft het **contact** tussen eerstelijnshulpverlening en categoriale patiëntenorganisaties, de tweede gesuggereerde oplossing, kan gedacht worden aan de mogelijkheid dat professionele hulpverleners bekendheid geven aan de activiteiten van de organisatie, of daar een bijdrage aan leveren. Daarnaast kunnen hulpverleners met patiëntenorganisaties overleggen over specifieke problemen in de behandeling of de begeleiding van groepen patiënten en oplossingen daarvoor trachten te vinden.

Op een enkele uitzondering na zeggen de elf door ons ondervraagde organisaties nadrukkelijk behoefte te hebben aan een intensiever contact. Reden daarvoor is niet dat zij ingrijpende veranderingen in de hulpverlening zouden voorstaan of zich daartegen zouden willen afzetten. Integendeel, zij willen, waar zij dat nodig vinden, enkel lacunes in de kennis van de huisartsen wegnemen en aanvullende informatie geven. Van een antiprofessionele houding lijkt bij deze organisaties geen sprake te zijn, hetgeen de resultaten van eerder onderzoek onder patiëntenorganisaties bevestigt (Geelen et al., 1981; Beljon et al., 1983). Des te opmerkelijker is het feit dat alle organisaties zeggen moeilijk de weg naar de hulpverlening te kunnen vinden. Samenwerking is er alleen incidenteel: bestuursleden leggen folders neer in de wachtkamer van hun eigen huisarts, een arts neemt deel aan een voorlichtingsbijeenkomst of praat met een patiënt over de problemen rond zijn ziekte. De meeste organisaties ontbreekt het aan de mogelijkheden of middelen om grotere groepen van huisartsen te bereiken. Enkele voelen zich in toenaderingspogingen gefrustreerd en wekken de indruk als 'bemoeials', 'betweters' of, in het gunstigste geval, als 'leken' te worden gezien. Andere weten eenvoudig de weg niet en zijn bijvoorbeeld niet op de hoogte van het bestaan van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging.

5 Meningen van de huisarts

De begeleiding van chronisch zieke patiënten behoort duidelijk tot de taak van de huisarts (LHV 1983). In een reactie op de in ons onderzoek genoemde problemen erkent de Rotterdamse Plaatselijke Huisartsen Vereniging echter dat begeleiding van chronische patiënten dikwijls te wensen overlaat. Daarmee is niet gezegd dat de huisarts het eens is met de door de patiëntenorganisaties gesuggereerde voorstellen om de hulpverlening te verbeteren. Specialisatie rond een bepaalde ziekte wordt onwenselijk geacht, omdat daarmee geweld zou worden aangedaan aan het algemene karakter van de eerstelijnshulpverlening. En hoewel huisartsen in principe bereid zijn contacten met patiëntenorganisaties aan te gaan, wordt de grote versnippering van de patiëntenbeweging aangevoerd als een belangrijke sta-in-de-weg om op korte termijn tot samenwerking te komen.

Volgens de huisartsen zal aan de verwachtingen van chronische patiënten pas voldaan kunnen worden als:

- de praktijken worden verkleind tot 2.000 ingeschreven patiënten;
- huisartsen patiënten met uitsluitend psychosociale problemen eerder naar gespecialiseerde hulpverleners doorverwijzen en zo meer tijd vrijmaken voor de begeleiding van anderen;
- zij daarbij leren efficiënter met die (schaarse) tijd om te gaan zonder de patiënt het gevoel te geven dat hij zijn problemen niet meer kwijt kan.

6 Samenvatting

Het beeld van een sterke tweedelijnsgerichte categoriale patiëntenbeweging kan enigszins worden genuanceerd. Het antwoord op de vraag of de gewenste medische behandeling van de ziekte in de eerste of in de tweede lijn dient plaats te vinden, hangt sterk af van de aard van de klacht; in de begeleiding van patiënten zien alle organisaties in meerdere of mindere mate een taak voor de huisarts weggelegd. Dat kan ertoe leiden dat een individuele huisarts wordt geconfronteerd met een hoeveelheid verwachtingen waaraan hij onmogelijk kan voldoen.

Van patiëntenzijde worden oplossingen aangedragen die gericht zijn op een vergroting van de kennis van de huisarts; verwezenlijking daarvan stuit echter op theoretische of praktische bezwaren. Huisartsen pleiten voor oplossingen die het hun mogelijk zullen maken meer tijd aan deze patiënten te besteden.

NOOT

1 In de Nota Patiëntenbeleid van - destijds - het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1981) is sprake van een vijfdeling in 'de' patiëntenbeweging:
- algemene patiëntenorganisaties;
- thematische organisaties;
- categoriale patiëntenorganisaties;
- gehandicaptenorganisaties;
- ouderorganisaties.

Wij houden deze indeling aan. Waar in dit artikel sprake is van categoriale organisaties worden dan ook organisaties bedoeld van mensen met een bepaalde ziekte of chronische aandoening; organisaties van (ouders van) gehandicapten vallen hierbuiten.

LITERATUUR

BELJON, J. et al., (1983), Vidogroepen; leden en niet-leden vergeleken. Tilburg: IVA.

BENSING, J.M. (1983), Wie wil in Nederland primary health care. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BERTELS, M. (1983), Kwaliteit in discussie; een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Amsterdam: SISWO.

GEELEN, K. et al., (1981), Initiatieven tot eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg. Tilburg: IVG.

HARBERDEN, P. VAN et al., (z.j.), Zelfhulpgroepen in Nederland; eindverslag van een inventariserend onderzoek. Tilburg: Katholieke Hogeschool.

JANSEN, H. et al., (1980), Zelfhulpgroepen in Nederland; zelfhulpgroepen op somatisch terrein. Tilburg: Katholieke Hogeschool Tilburg.

KNOTTNERUS, A. (1984), De spanning tussen democratisering en kwaliteit. In: Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg, Symposiummap. Amsterdam: OSA.

LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (1983), Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht.

TIJDSCHRIFT DE EERSTE LIJN (1983), 7 (Themanummer over 'de andere gezondheidszorg').

VOORN, Th.B. (1983), Chronische ziekten in de huisartspraktijk; een terreinverkenning. Utrecht: Bunge.

26

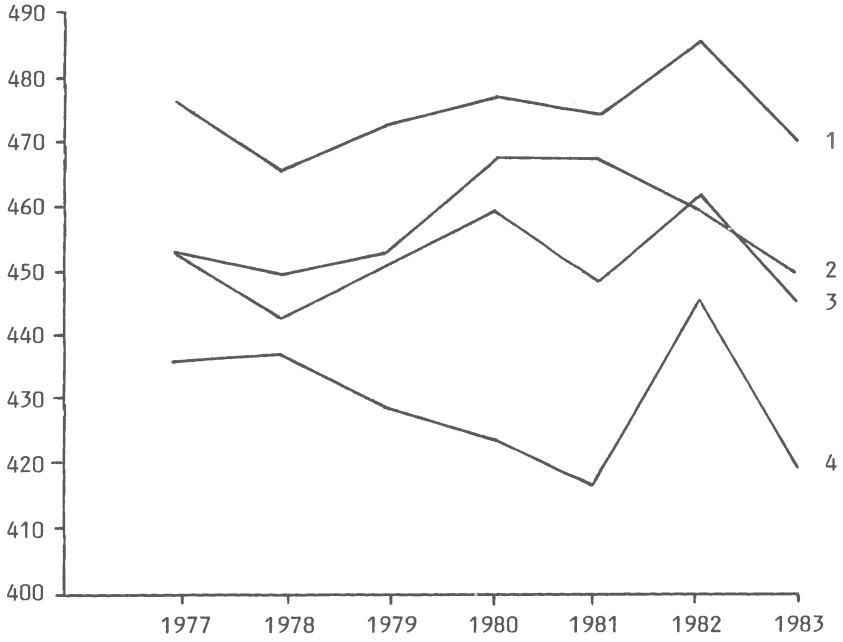
PATIËNTENPOPULATIES VAN HUISARTSEN IN GEZONDHEIDS-CENTRA, MEERMANS- EN SOLOPRAKTIJKEN.

D. Wijkel

1 Inleiding

Vergelijking van de verwijscijfers van huisartsen in verschillende praktijkvormen, zoals die jaarlijks door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) gepubliceerd worden, laat zien dat deze telkens het laagst zijn voor gezondheidscentra (zie figuur 1). Verder verwijzen huisartsen in duo- en groepspraktijken minder dan solistisch werkende collega's.

Figuur 1 Aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden naar organisatievorm van de praktijk.



1 = solopraktijken
2 = groepspraktijken
3 = tweemanspraktijken
4 = gezondheidscentra

Bron: LISZ.

Om te toetsen in hoeverre en hoe deze verschillen veroorzaakt worden door de samenwerking en meer in het algemeen wat de invloed van samenwerking is op de patiëntenzorg, heeft het Nederlands Huisartsen Instituut, de voorloper van het NIVEL, het initiatief genomen tot een onderzoeksprogramma getiteld 'Samenwerken en Verwijzen'. In de eerste fase hiervan was de aandacht gericht op de verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers in verschillende praktijk- en samenwerkingsvormen. Daarbij bleek dat de verschillen, zoals die uit de VNZ-publicaties naar voren komen, blijven bestaan wanneer een aantal structurele variabelen constant wordt gehouden: regio, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, aantal specialisten per inwoner, inkomensniveau in de gemeente, vestigingsjaar van de huisarts en een aantal kenmerken van de ziekenfondspraktijk (omvang, leeftijd- en geslachtsverdeling). De verschillen in verwijscijfers bleken het grootst voor de beschouwende specialismen (Wijkel 1983).

Hoewel deze resultaten aanleiding geven te veronderstellen dat de gevonden verschillen in verband gebracht mogen worden met het al dan niet samenwerken, blijft die stelling nog onbewezen. In de tweede fase van dit project zal dan ook met behulp van consultregistratie het concrete 'samenwerkingsgedrag' van huisartsen worden bestudeerd in relatie tot verwijzingen binnen de eerste lijn en naar specialisten.

Daarmee is evenwel nog niet uitgesloten dat het een selectie van huisartsen is die zich aangetrokken voelt tot de samenwerking, of dat een selectie van patiënten optreedt.

In dit artikel willen we een antwoord geven op de vraag of van een mogelijke selectie van patiënten sprake is. Achtergrond van deze vraagstelling is de veronderstelling dat bijvoorbeeld gezondheidscentra voor bepaalde categorieën patiënten een hogere drempel zouden hebben dan voor andere. Dit zou het gevolg zijn van een mogelijk onpersoonlijker behandeling in die centra (De Boom-Van Duin et al., 1975), terughoudendheid bij het verwijzen en een minder grote bescherming van de privacy. Een heel andere oorzaak voor verschillen in gezondheid van praktijkpopulaties zou kunnen liggen in het gegeven dat veel gezondheidscentra in nieuwbouwwijken van grote steden gevestigd zijn.

2 Onderzoeksmethode en -materiaal

We hebben gebruik gemaakt van de gezondheidsenquête zoals die jaarlijks wordt afgenomen door het CBS. Hierin zijn vragen opgenomen over de praktijkvorm van de huisarts en over de gezondheidstoestand van de ondervraagde. De vraag naar verschillen in patiëntenpopulatie wat betreft de (ervaren) gezondheid kan met deze enquête in principe dus beantwoord worden.[1] Nadeel van de CBS-enquête voor ons doel is dat deze representatief is voor de gehele Nederlandse bevolking. In de enquête van 1981, die door

ons werd gebruikt, zijn daardoor slechts 469 patiënten van gezondheidscentra geënquêteerd (4,6% van het totale aantal respondenten).

De veronderstelling dat patiënten zichzelf selecteren kan met de CBS-enquête echter niet getoetst worden. Door gebruik te maken van het gegevensbestand uit de eerste fase van het onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen' kan wel op indirecte wijze onderzocht worden of de selectie van patiënten een mogelijke verklaring van verschillen in verwijscijfers is. Een aantal gezondheidscentra is gevestigd in een woonplaats waar geen solo-artsen of geassocieerde artsen praktijk uitoefenen, zodat de patiënten in die plaatsen verondersteld mogen worden ingeschreven te staan bij die gezondheidscentra. Wanneer de verwijscijfers van deze centra gemiddeld hoger zijn dan de centra gevestigd in woonplaatsen waar de patiënten (in principe) kunnen kiezen tussen artsen in verschillende praktijksituaties, is dat een aanwijzing (geen bewijs) dat juist gezondere patiënten een huisarts in een gezondheidscentrum kiezen.

3 De gezondheidsenquête van het CBS

Bij de bespreking van de mogelijke verschillen in patiëntenpopulaties zullen we uitgesplitst voor drie praktijkvormen ingaan op de gezondheidstoestand en op een aantal variabelen die deze gedeeltelijk bepalen. Daarna zullen enige analyses worden uitgevoerd op variabelen van medische consumptie, zoals doktersbezoek en verwijzingen.

Van de variabelen die besproken zullen worden moeten er twee nader worden toegelicht. In de eerste plaats is dat onze variabele chroniciteit. De chronische aandoeningen die in de enquête werden geïnventariseerd, zijn op dezelfde wijze als bij Van der Zee (1982) ingedeeld in drie categorieën van ernst. De verschillende scores werden per respondent opgeteld, waarna een hercodering werd uitgevoerd. Respondenten zonder aandoening kregen de waarde 0. Respondenten met de score 1 of 2 kregen de waarde geringe tot matige ernst en respondenten met score 3 of hoger werden bestempeld als ernstig chronisch.

Voor een schatting van de sociaal-economische status waren twee variabelen voorhanden: het inkomen en het opleidingsniveau. Voor het inkomen gebruikten we het hoofdinkomen van het gezin plus het inkomen van de eventuele partner. Dit inkomen is gedistribueerd naar de gezinsleden zonder eigen inkomen. Desondanks ontbreekt van dertig procent van de respondenten dit gegeven, zodat we besloten deze variabele niet in de analyse te gebruiken. Van de andere sociaal-economische variabele kon wel een vrijwel complete dataset samengesteld worden. We namen daarvoor de hoogst behaalde opleiding in het huishouden welke over de andere respondenten uit dat huishouden werd gedistribueerd.

Als we kijken naar de verdeling van een aantal demografische en sociaaleconomische variabelen in de patiëntenpopulaties van gezondheidscentra, duo- en solopraktijken dan blijken de patiënten van gezondheidscentra op sommige punten nogal af te wijken van de populaties van de andere praktijkvormen. Kort samengevat zijn de respondenten van de centra verhoudingsgewijs beter opgeleid, hebben ze een hoger inkomen, zijn ze oververtegenwoordigd in de leeftijd van 15 tot 45 jaar, wonen ze meer in een gezin dat uit echtpaar met kinderen bestaat (3 à 4 personen) en wonen ze vaker in middelgrote steden. Op basis van deze verschillen mag men verwachten dat de respondenten van gezondheidscentra verhoudingsgewijs gezonder zijn dan respondenten bij andere praktijkvormen (Van Vliet en Van der Ven 1982; Van der Zee 1982).

3.1 Gezondheidstoestand en medische consumptie

In tabel 1 zijn de gezondheidsvariabelen weergegeven die in de CBS-enquête zijn opgenomen. We geven alleen de gegevens van de ziekenfondspatiënten weer. Voor de exploratie van mogelijke verklaringen van verschillen in ziekenfondsverwijscijfers is het overzichtelijker ons tot die groep te beperken.

De respondenten, ingeschreven bij gezondheidscentra, vinden vaker dat ze een goede gezondheid hebben dan respondenten bij andere huisartsen. Het verschil tussen patiënten van gezondheidscentra en de rest getoetst met Student's t is significant bij een betrouwbaarheidsinterval van 10%. Ook het aantal chronische aandoeningen is bij de respondenten van gezondheidscentra iets minder, maar dat verschil is niet significant.

Verder zien we in de tabel dat de respondenten van gezondheidscentra inderdaad vaker geen enkel contact met de huisarts hebben gehad. De respondenten met twee of meer contacten zijn echter niet ondervertegenwoordigd. Van de patiënten die in de drie maanden vóór het interview tenminste één contact met de huisarts hebben gehad, is bekend naar welke persoon of instantie zij eventueel werden doorgestuurd. Naar de tweedelijnsgezondheidszorg worden patiënten van gezondheidscentra het minst en patiënten van solo-artsen het meest doorgestuurd. Toetsing (alle respondenten) levert echter geen significant resultaat op. Statistische toetsing faalt hier waarschijnlijk doordat maar een kleine proportie (± 5%) van de respondenten een verwijskaart krijgt. Omgerekend naar jaarcijfers per 1.000 ziekenfondspatiënten zou het verwijscijfer (voornamelijk 'actieve' verwijzingen) voor gezondheidscentra, geassocieerde artsen en solo-artsen respectievelijk 174, 237 en 282 bedragen.

Zoals uit de tabel duidelijk blijkt zijn de absolute aantallen te klein om er verstrekkende conclusies uit te kunnen trekken. Opvallend is wel het volstrekt te verwaarlozen aantal 'verwijzingen' naar het maatschappe-

Tabel 1 Gezondheidstoestand en medische consumptie van patiënten in gezondheidscentra, associaties en solopraktijken (alleen ziekenfondspatiënten).

	gezondh. centrum (N = 298)	geassoc. artsen (N = 1.804)	solo-artsen (N = 4.912)	totaal (N = 7.014)
SUBJECTIEVE GEZONDHEID				
goed	82,9%	80,0%	78,4%	79,0%
CHRONICITEIT				
geen	77,9%	76,9%	75,1%	75,7%
geringe/matige ernst	13,8%	14,2%	14,7%	14,5%
ernstige	8,4%	8,9%	10,3%	9,8%
HUISARTSCONTACTEN AFGELOPEN 3 MAANDEN				
geen	64,0%	58,9%	60,1%	60,0%
eén	20,8%	25,4%	25,2%	25,1%
twee of meer	15,1%	15,4%	14,5%	14,8%

INDIEN HUISARTSCONTACT	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
naar specialist	13	(12)	105	(14)	335	(17)	453	(16)
opname ziekenhuis	0	(0)	2	(0)	12	(1)	14	(1)
maken van röntgenfoto's	5	(5)	21	(3)	105	(3)	71	(3)
lab.onderzoek	2	(2)	3	(0)	35	(2)	40	(1)
fysiotherapie	3	(3)	23	(3)	42	(2)	68	(3)
wijkverpleegster	0	(0)	1	(0)	1	(0)	2	(0)
maatsch. werk	1	(1)	1	(1)	0	(0)	2	(0)
andere instellingen	1	(1)	7	(1)	11	(1)	19	(1)
	(N = 106)		(N = 730)		(N = 1.938)		(N = 2.774)	

lijk werk en de wijkverpleging (waar men overigens ook rechtstreeks naar toe kan).

Samenvattend kunnen we stellen dat de gezondheidstoestand van de patiënten van gezondheidscentra in lichte mate beter is dan van de patiënten van andere huisartsen, dat ze minder vaak hun huisarts bezoeken en minder

naar de tweede lijn verwezen worden, al moet met betrekking tot conclusies over verwijzen op basis van deze enquête een flinke slag om de arm gehouden worden.

4 Gezondheidstoestand en verwijscijfers

Met het constateren van de verschillen komt de vraag aan de orde in hoeverre de betere gezondheidstoestand van de populatie van gezondheidscentra, de lagere verwijscijfers van de huisartsen in die centra kan verklaren. Voor het beantwoorden van die vraag hebben wij de volgende aanpak gekozen: eerst zal gekeken worden of het verschil in leeftijd en een aantal structurele variabelen het verschil in gezondheidstoestand kan verklaren. Daarna zal getoetst worden of het verschil in het zoeken van huisartsenhulp verklaard kan worden uit verschillen in gezondheidstoestand. Tenslotte zal getoetst worden of het verschil in verwijzingen verklaard kan worden door verschil in gezondheidstoestand en verschil in structurele variabelen. Als techniek gebruikten we Multiple Classificatie Analyse. De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

De praktijkvorm blijkt als variabele geen significante invloed op de onderzochte variabelen te hebben. Het betrekkelijk geringe aantal patiënten van gezondheidscentra is daaraan wellicht debet. De geconstateerde afwijkingen van de gemiddelde gezondheidstoestand bij patiënten van het gezondheidscentrum blijven ook na controle voor een aantal belangrijke variabelen staan. De betere gezondheidstoestand wordt dus niet (geheel) verklaard door leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat en gemeentegrootte.

Het huisartsenbezoek wordt (uiteraard) voor een belangrijk deel verklaard door de gezondheidstoestand van de respondenten. Het verschil in gezondheidstoestand blijkt het lagere doktersbezoek van patiënten van gezondheidscentra geheel te verklaren.

Het aantal verwezen (en opgenomen) patiënten is bij de gezondheidscentra wat lager, ook als we de gezondheidstoestand en het bezoek aan de huisarts als verklarende variabele in de variantie-analyse laten meedraaien. De gevonden verschillen zijn evenwel statistisch gezien niet significant en in het geval van de verwijzingen gebaseerd op kleine aantallen, zodat daaraan geen verstrekkende conclusies verbonden kunnen worden.

5 Verwijscijfers van gezondheidscentra met een 'monopoliepositie'

Selectie van patiënten kan niet of nauwelijks optreden bij gezondheidscentra in plaatsen waar geen huisartsen gevestigd zijn in andere prak-

Tabel 2 Multiple Classificatie Analyse van subjectieve gezondheidstoestand, chroniciteit, doktersbezoek en verwijzingen naar de tweede lijn. Afwijkingen van het gemiddelde.

	patiënten van		
	gezondh. centrum	geass. artsen	solo-artsen
SUBJECTIEVE GEZONDHEIDSTOESTAND gemiddelde = 1.21	- .04	- .01	- .01
Na correctie voor gemeentegrootte, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleiding[1])	- .04	.01	- .00
CHRONICITEIT gemiddelde = .34	- .04	- .02	.01
Na correctie voor gemeentegrootte, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleiding[2])	- .04	.00	.00
AANTAL HUISARTSCONTACTEN AFGELOPEN 3 MAANDEN gemiddelde = .68	- .04	.03	- .01
Na correctie voor subjectieve gezondheid, chroniciteit, burgerlijke staat, leeftijd, hoge opleiding[3])	- .00	.04	- .01
AANTAL VERWIJZINGEN EN OPNAMEN AFGELOPEN 3 MAANDEN gemiddelde = .6	- .02	.01	.00
Na correctie voor gemeentegrootte, subjectieve gezondheid, chroniciteit, leeftijd, aantal huisartsbezoeken, afstand tot ziekenhuis, specialistenratio, hoogste opleiding in het gezin[4])	- .01	- .01	.00

[1]) niet significant R^2 = .143
[2]) niet significant R^2 = .119
[3]) niet significant R^2 = .125
[4]) niet significant R^2 = .087

tijkvormen, zoals bijvoorbeeld in de Zuidelijke IJsselmeerpolders. We konden achttien gezondheidscentra selecteren zonder 'concurrentie' van andere huisartsen. Vanuit het gegevensbestand 1978, gebruikt voor de eerste fase van dit onderzoek, betrokken we de benodigde gegevens om de volgende grootheden te berekenen van de gezondheidscentra:

- het aantal verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden;
- een schatting van het aantal verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden op basis van leeftijdsverdeling, afstand tot ziekenhuis, urbanisatiegraad, regio, specialisatieratio, inkomensniveau van de gemeente en percentage mannen;
- het verschil tussen bovengenoemde grootheden, oftewel afwijking tussen het verwachte en het werkelijke verwijscijfer.

In tabel 3 zijn de gemiddelden van de drie grootheden weergegeven voor de groep van achttien gezondheidscentra en de resterende groep gezondheidscentra, die wel concurrentie te duchten heeft.

Weliswaar blijken de werkelijke verwijscijfers van de centra met een monopoliepositie duidelijk lager te liggen dan van de andere centra, maar omdat deze centra, zoals te verwachten was, vooral in plattelandsgebieden zijn gevestigd, tamelijk ver van ziekenhuizen verwijderd, is het verschil bij de geschatte verwijscijfers nog groter. Het gevolg is dat het verschil tussen werkelijk en verwacht verwijscijfer bij de centra met een monopoliepositie aanzienlijk kleiner is dan bij de centra die met andere artsen moeten concurreren. Doordat de aantallen klein zijn en de standaarddeviatie groot is, is de berekende T-waarde niet significant.

Tabel 3 Vergelijking verwijscijfers, geschatte verwijscijfers en het verschil daartussen van twee groepen gezondheidscentra (1978).

	gez.centra met 'concurrentie' (N=59)	gez.centra met 'monopolie' (N=18)
verwijscijfer (a)		
gemiddelde	442	358
standaarddeviatie	101	116
T-waarde	2.99 (p = .004)	
geschat verwijscijfer (b)	490	364
standaarddeviatie	57	76
T-waarde	7.56 (p = .001)	
verschil (b - a)		
gemiddelde	48	6
standaarddeviatie	99	108
T-waarde	1.55 (p = .13)	

6 Conclusies

De conclusies die uit dit onderzoek getrokken moeten worden zijn niet eenduidig. Enerzijds worden tussen de populaties van de drie verschillende praktijkvormen duidelijke verschillen gevonden, vooral met betrekking tot sociaal-economische variabelen. Gezondheidscentra hebben patiënten die in gezinnen wonen met een hoger opleidingsniveau en inkomen. De gezondheidstoestand van die patiënten is ook beter. De proportie patiënten dat de huisarts bezoekt is bij gezondheidscentra dan ook lager. Bovendien blijken de gezondheidscentra die door hun monopoliepositie geen geselecteerde patiëntengroep hebben, in mindere mate van het geschatte verwijscijfer af te wijken dan de andere gezondheidscentra. Allemaal aanwijzingen dat bij de gezondheidscentra zonder monopoliepositie een patiëntenselectie heeft plaatsgevonden.

Anderzijds halen de gevonden verschillen de significantiegrens niet en geeft de analyse van de verwijzingen aan, dat de betere gezondheidstoestand de lagere verwijscijfers wellicht niet kan verklaren. Het aantal patiënten van gezondheidscentra is in de CBS-enquête voor diepgaande analyses echter te klein.

Twijfels over de resultaten bestaan er ten aanzien van de gemeten gezondheidstoestand. De subjectieve gezondheidstoestand is veel meer een 'neiging tot klagen op uitnodiging' dan een betrouwbare maat voor gezondheid (Mootz 1984). Als we bovendien bedenken dat nogal wat artsen in gezondheidscentra als filosofie uitdragen de mensen meer verantwoordelijkheid bij te brengen voor hun eigen gezondheid en ze minder afhankelijk te maken van de medici, kan dat een alternatieve verklaring zijn voor de betere subjectieve gezondheid. Volgens deze redenering hebben de gezondheidscentra de patiënten dus 'gezonder gemaakt'.

Een relativerende opmerking moet ook gemaakt worden met betrekking tot de gezondheidscentra met een monopoliepositie. Bij het natrekken van mogelijke alternatieve oorzaken van hogere verwijscijfers in die groep, bleken het centra te zijn die inderdaad aan de norm van de gemeenschappelijke huisvesting van huisarts, maatschappelijk werk en wijkverpleegkundige voldoen, maar wat de inhoudelijke kant van de samenwerking betreft weinig activiteiten ontplooien.
De verschillen tussen gezondheidscentra verdienen nader systematisch onderzoek.

NOOT

[1] Doorslaer en Geurts (1984) maken een selectie uit de CBS-enquête van uitsluitend patiënten die in gemeenten wonen waar een gezondheidscentrum is gevestigd, om de zelfselectie aan te tonen. Het bezwaar daar-

van is echter dat de representativiteit van de enquête geweld wordt aangedaan.

LITERATUUR

BOOM-VAN DUIN, E.T. DE, J.P.J. BASTIANEN en M. KERSSEMAKERS (1975), Twee onderzoeken bij de bevolking in Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra. Amsterdam: Itoba.

DOORSLAER, E. VAN en J. GEURTS (1984), Community health centres and health care utilization in the Netherlands. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep gezondheidseconomie.

DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE (1981), Samenwerken en verwijzen, nader onderzoek gewenst. Medisch Contact 36, pp. 1221-1224.

LANDELIJK INFORMATIE SYSTEEM ZIEKENFONDSEN (1977-1983), Jaarboek LISZ. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen.

MINISTERIE VAN WELZIJN VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR (1984), Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam.

MOOTZ, M. (1984), Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien. Medisch Contact 38, pp. 1201-1205.

VLIET, R.C.J.A. VAN en W.P.M.M. VAN DE VEN (1982), Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden. II. COEPS-rapport. Leiden.

WIJKEL, D. (1983), Samenwerken en verwijzen. Deel I. Praktijkvorm en productiecijfers. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZEE, J. VAN DER (1982), De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

AUTEURS

H.J.B.M. ABELN, bouwkundig ingenieur, Twijnstra Gudde N.V., Deventer.

H. ADRIAANSE, onderwijskundige, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

J.C. BAKX, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.

W.G.W. BOERMA, psycholoog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

P. DEURENBERG, biochemicus, Humane Voeding, Landbouw Hogeschool, Wageningen.

J.P. DOPHEIDE, socioloog, jurist, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

K. GORTER, sociaal-psycholoog, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO), 's-Gravenhage.

P.P. GROENEWEGEN, socioloog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

F.M. HAAIJER-RUSKAMP, medisch socioloog, Farmacologie/Klinische Farmacologie, Rijksuniversiteit Groningen.

L. HINGSTMAN, sociaal geograaf, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

H.J.M. VAN DEN HOOGEN, statisticus, Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.

C.M.H. HOSMAN, psycholoog, Klinische Psychologie, Katholieke Universiteit, Nijmegen.

H.M. JACOBS, socioloog, Huisartsen Instituut, Rijksuniversiteit, Utrecht.

W. JOLING, beleidsmedewerker, Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam.

A.H.M. KERKHOFF, arts, GG en GD, Leiden.

M.M. KUYVENHOVEN, socioloog, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Utrecht.

W. MELIEF, maatschappelijk werker, Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO), 's-Gravenhage.

G.J. MUSKENS, socioloog, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (IVA), Katholieke Hogeschool, Tilburg.

F.P. NIJHOUT, socioloog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

J. ORMEL, socioloog, Soc. Psychiatrie, Acad. Ziekenhuis, Groningen.
H.M. PIETERS, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Utrecht.
C.J. PLEITER, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Groningen.
J.W. VAN REE, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.
G.M.J.M. VAN ROSSUM, socioloog, Instituut voor Toegepaste Sociologie (ITS), Katholieke Universiteit, Nijmegen.
F. SANAVRO, psycholoog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.
J.W.G. SCHELLEKENS, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.
D.L.M. SCHRAVEN, arts, Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.
J.C. SEIDELL, voedingsdeskundige, Humane Voeding, Landbouw Hogeschool, Wageningen.
K.H. SOESBEEK, socioloog, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Groningen.
T.L.J.M. SOONS, econometrist, Algemeen Ziekenfonds Noord Limburg, Venlo.
G. STERENBERG, student medische sociologie, Farmacologie/Klinische Farmacologie, Rijksuniversiteit, Groningen.
R. STEWART, methodoloog, Farmacologie/Klinische Farmacologie, Rijksuniversiteit, Groningen.
F.W.M.M. TOUW-OTTEN, socioloog, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Utrecht.
G.J. VISSER, socioloog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.
H.P.E. DE VRIES, arts, (tijdelijk) Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit, Nijmegen.
C.S.M. WACHTERS-KAUFMANN, socioloog, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit, Groningen.
H. WESSELING, klinisch farmacoloog, Farmacologie/Klinische Farmacologie, Rijksuniversiteit, Groningen.
F.W. WILMINK, arts, Sociale Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis, Groningen.
D. WIJKEL, socioloog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.
L. DE WITTE, arts, Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
J. VAN DER ZEE, socioloog, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.
W.M. VAN ZUTPHEN, huisarts, Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.