

IN DE HUISARTSPRAKTIJK
NAAR ZIEKTEN
/ATION

DE HUISARTS IN DE PRAKTIJK

NATIONALE STUDIE
NAAR ZIEKTEN EN
VERRICHTINGEN
IN DE
HUISARTSPRAKTIJK

DE HUISARTS IN DE PRAKTIJK

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

tekst:
Marleen Foets
Joost Visser

Augustus 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezond-
heidszorg Postbus 1568 3500 BN Utrecht 030 - 319946

Projectteam Nationale Studie

M. Foets
J. van der Velden
D. de Bakker
P.P. Groenewegen
J. van der Zee

tekstverwerking en lay-out:
Ch. Ruiter

Omslag:
M. Cornelius

In de jaren 1987 en 1988 werd het materiaal verzameld voor de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. 161 Huisartsen registreerden drie maanden lang alles wat zich in hun praktijk voordeed: de klachten waarmee patiënten op het spreekuur kwamen, hun eigen oordeel over die klachten, hun handelen, het overleg met andere hulpverleners. Ook werd van alle in de praktijk ingeschreven patiënten een aantal kenmerken vastgelegd en deden in iedere praktijk honderd mensen mee aan een uitgebreide enquête.

Het resultaat van die inspanningen was een omvangrijk bestand met gegevens over de Nederlandse huisartspraktijk. Die gegevens zijn gebruikt voor de beantwoording van talloze vragen, vastgelegd in rapporten en artikelen. Nu, vijf jaar later, is het tijd een eerste balans op te maken. Wat is het resultaat van de Nationale Studie? Of, met andere woorden: hoe ziet het werk van de Nederlandse huisarts er in de praktijk uit?

INHOUD

	blz.
1. WAAROM DE NATIONALE STUDIE?	1
2. ERVAREN GEZONDHEID	9
3. NAAR DE DOKTER	17
4. WAT ZIET DE HUISARTS?	23
5. DE HUISARTS HANDELT	33
TOT BESLUIT	45

1.

WAAROM DE NATIONALE STUDIE?

huisarts centraal

De gezondheidszorg in Nederland draait om de huisarts ¹ Vrijwel iedereen staat bij een huisarts ingeschreven, driekwart van de Nederlanders gaat minstens één keer per jaar bij de huisarts langs. Als mensen besluiten professionele hulp te zoeken voor hun problemen, stappen zij meestal éérst op hun huisarts af, of die problemen nu medisch, psychisch of sociaal van aard zijn. Maar niet alleen voor de patiënt speelt de huisarts een belangrijke rol, ook voor het beleid in de gezondheidszorg is hij een figuur van betekenis. In veel gevallen bepaalt de huisarts immers wat er tijdens en na het spreekuur met de patiënt gebeurt: hij geeft een recept voor medicijnen, hij vult een verwijfskaart in of hij geeft de patiënt het advies 'de zaak nog maar even aan te zien'. Kennis over het werk van de huisarts is dan ook belangrijk in een beleid dat gericht is op het terugdringen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Bovendien kan de huisarts, door zijn intensieve bemoeienis met en kennis van zijn patiënten, veel informatie geven over de toestand van de gezondheid van de Nederlanders. En ook die kennis is onontbeerlijk, omdat in het beleid de vraagzijde van de zorg - zaken als sociale ongelijkheid en de gezondheidszorg voor specifieke risicogroepen - in de afgelopen jaren nadrukkelijk aan de orde is gesteld.

gebrek aan informatie

Wie zou verwachten dat het doen en laten van de Nederlandse huisartsen om die reden tot in detail in kaart is gebracht, kwam tot voor kort bedrogen uit: veel gegevens ontbraken

¹ In 1991 was 87% van de huisartsen een man en een onbekend, maar ongetwijfeld groot deel van de praktijkassistenten een vrouw. Als in deze brochure dit onderscheid voor lief wordt genomen - en zelfs alle huisartsen mannen lijken te zijn en alle assistenten vrouwen - dan is dat alleen gedaan ten behoeve van de leesbaarheid.

nog. Dat komt omdat de huisarts, door de manier waarop de zorg 'administratief' geregeld is, er zelf weinig direct belang bij heeft zijn werk op papier vast te leggen: voor iedere ziekenfondsverzekerde die in zijn praktijk staat ingeschreven krijgt hij immers een vast bedrag per jaar, ongeacht de hulp die hij deze patiënten geeft. Bovendien wordt de hulp aan particuliere patiënten, die wél per verrichting wordt vergoed, door de verschillende verzekeringsmaatschappijen afzonderlijk verrekend, waardoor het overzicht ontbreekt. Cijfers komen dan ook alleen dáár als vanzelf beschikbaar, waar de huisartspraktijk grenst aan andere sectoren van de gezondheidszorg: de polikliniek van het ziekenhuis, het ziekenhuis zelf, de fysiotherapiepraktijk, de geestelijke gezondheidszorg. Maar voor het beleid zijn deze gegevens doorgaans niet zo goed bruikbaar.

Nationale Studie

Om in deze leemte te voorzien heeft het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) in het begin van de jaren tachtig het initiatief genomen tot een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De te verzamelen informatie - over klachten en ziekten in de huisartspraktijk en over het handelen van de huisarts zelf - zou, zo was de verwachting, kunnen dienen om het beleid in de gezondheidszorg te onderbouwen, te evalueren en zo nodig bij te stellen. Daarbij zou ook nadrukkelijk gelet moeten worden op verschillen in de vraag naar en het aanbod aan hulp door de huisarts. Want niet alle Nederlanders hebben dezelfde klachten, of leggen gelijkluidende vragen aan hun huisarts voor. En niet alle huisartsen reageren op dezelfde manier op wat hun patiënten van hun vragen.

Het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur had belangstelling. Op aanwijzing van het ministerie werd het project, voorafgegaan door een studie naar de haalbaarheid van de plannen, door de Ziekenfondsraad gesubsidieerd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

onderzochte populatie De gegevens voor de Nationale Studie werden in 1987 en 1988 verzameld bij een willekeurige steekproef van 161 Nederlandse huisartsen, die samen de zorg hebben voor 335.000 patiënten. Deze huisartsen werden zo gekozen, dat huisartsen op het platteland en in de steden, in het noorden, midden en zuiden van het land en huisartsen in de buurt of juist ver verwijderd van een ziekenhuis, allen in voldoende mate zouden zijn vertegenwoordigd. Statistische bewerking van het verzamelde materiaal leidde tot een representatief beeld van de Nederlandse huisartspraktijk.

In elk van deze huisartspraktijken werd het materiaal op vier verschillende manieren verzameld:

contactregistratie In alle praktijken legden huisarts en assistente drie maanden lang een aantal gegevens vast van ieder contact van een patiënt met één van hen beiden. Dit waren niet alleen gegevens over het contact zelf - bijvoorbeeld de duur ervan - maar ook over de klachten van de patiënt, de diagnose van de huisarts en de behandeling. Omdat patiënten 's zomers minder en andere klachten voorleggen dan 's winters, werd de registratie over een jaar gespreid, van 1 april 1987 tot 31 maart 1988.

patiëntregistratie Door in diezelfde drie maanden alle spreekuurbezoekers een aantal vragen over zichzelf en directe familieleden voor te leggen, werd bovendien van vrijwel alle in de praktijk ingeschreven patiënten een aantal kenmerken verzameld: leeftijd, geslacht, leefsituatie, sociaal-economische status en etnische afkomst.

huisartsenquête Een enquête onder de deelnemende huisartsen leverde informatie op over onderwerpen die in het contact met patiënten niet altijd zichtbaar worden, zoals de bij- en nascholing die de huisarts gevolgd heeft of nog volgt, en zijn opvattingen

over het beroep. Ook hebben alle artsen een week lang een dagboekje bijgehouden.

patiëntenquête

Tenslotte zijn in iedere praktijk honderd patiënten thuis mondeling geënkquêteerd. In gestructureerde vraaggesprekken werd uitvoerig ingegaan op hun gezondheidsproblemen - ook als zij zelf vonden dat het 'niets voor de dokter was' - en op recent bezoek aan de huisarts of aan andere hulpverleners, inclusief alternatieve genezers. Ook kwamen onderwerpen aan de orde die van invloed zijn op 'ervaren gezondheid' en 'medische consumptie', uitgebreider dan dat in de patiëntregistratie kon gebeuren. Ook deze patiënten hebben, drie weken lang, een dagboekje bijgehouden, waarin zij beschreven welke klachten zij gewaar werden en wat ze daaraan hadden gedaan.

overige instrumenten

Niet alle vragen van het onderzoek konden met dit materiaal worden beantwoord. Daarom werden in een aantal praktijken contacten met chronisch zieke patiënten en met patiënten met psychische of sociale problemen langer dan drie maanden vastgelegd. Deze laatste groep patiënten werd bovendien nog een keer geënkquêteerd en van hun contacten met de huisarts werden video-opnames gemaakt. Ook is extra informatie verzameld over ziekenhuisopnamen en over patiënten die tijdens de onderzoeksperiode in het ziekenhuis werden opgenomen.

Onderstaande cijfers geven een beeld van de omvang van de verkregen informatie:

Huisartsen	161
Contacten	386.000
Zorgepisodes	300.000
Geregistreerde patiënten	305.000
Geënkquêteerde patiënten	13.000

rapportage

Tot op dit moment heeft het Nivel vijf rapporten over de Nationale Studie uitgegeven met basisgegevens over, achtereenvolgens:

- meetinstrumenten en procedures;
- gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie;
- morbiditeit in de huisartspraktijk;
- verrichtingen in de huisartspraktijk;
- de huisartsenquête.

Resultaten van verschillende deelprojecten, waarin specifieke vragen werden beantwoord, zijn vastgelegd in rapporten en artikelen.

Minder zichtbaar, maar minstens zo belangrijk, is het feit dat ook in ander onderzoek van gegevens uit de Nationale Studie gebruik is gemaakt, zowel binnen als buiten het Nivel. Voorbeelden daarvan zijn het evaluatieonderzoek rond het experiment met de gezondheidszorg in Almere, de scenariostudie voor eerstelijnszorg en thuiszorg en het onderzoek naar de kosten van ziekten in Nederland. Ook de Volksgezondheid Toekomstverkenningen van het RIVM zijn voor een deel op gegevens van de Nationale Studie gebaseerd.

overzicht

In dit overzicht worden de belangrijkste uitkomsten van de Nationale Studie in het kort beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde: de problemen die mensen ervaren (hoofdstuk 2), de gang naar de huisarts (hoofdstuk 3), de ziekten in de huisartspraktijk (hoofdstuk 4) en het handelen van de huisarts (hoofdstuk 5). Niet alle resultaten kunnen in het bestek van dit korte overzicht aan de orde komen: zo bevat de Nationale Studie bijvoorbeeld ook informatie over het consulteren van alternatieve genezers, over het gebruik van fysiotherapeutische - en van verloskundige zorg en over de rol van de praktijkassistente.

**geselecteerde
publikaties**

- Foets M, van der Velden J, van der Zee J. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: NIVEL 1986.*
- Foets M, van der Velden J. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL 1990.*
- Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: De huisartsenquête van de Nationale Studie: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel 1991.*
- Sixma H, Thomassen C, de Bakker DH, Foets M. Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL 1992.*
- De Bakker DH, Sixma H, van der Velden J. Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).*
- Sixma H, de Bakker DH, Groenewegen PP, van der Velden J. Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).*
- Bensing J, Foets M, van der Velden J, van der Zee J. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk: achtergronden en methoden. Huisarts en Wetenschap 1991; 2: 51-61.*
- Foets M. Gezondheidsmeting in de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In: Gunning-Schepers LJ en Mootz M. (red.) Gezondheidsmeting. Reeks gezondheidsbeleid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1992; 87-98.*
- Van der Velden J. Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: een nationale studie. Medisch Contact 1986; 19: 603-6.*

Van der Velden J et al. Morbidity in general practice. A comparison of Dutch registration systems. 1992 (concept-artikel).

Van der Zee J. De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. Medisch Contact 1990; 45: 611-14.

Flierman HA. Changing the payment system of general practitioners (dissertatie) november 1991.

Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg. Toekomst-scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 1: Scenariorapport. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1991.

Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg. Toekomst-scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 2: Achtergrondstudies. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1991.

Stuurgroep Toekomst Scenario's Gezondheidszorg. Toekomst-scenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Deel 3: Achtergrondstudies. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1991.

2. ERVAREN GEZONDHEID

Wie naar de huisarts gaat, of de huisarts vraagt om langs te komen, heeft meestal al een tijdje last van zijn gezondheid. Omgekeerd gaat het niet altijd op: lang niet iedereen die zich ziek voelt of problemen heeft, maakt de gang naar de huisarts. Sommige klachten gaan ook vanzelf wel over, andere klachten 'zijn meer iets voor iemand anders'. De klachten die de huisarts ziet zijn, met andere woorden, niet identiek aan de klachten waar mensen last van hebben, zij geven niet precies weer hoe mensen zich voelen. Om die 'ervaren gezondheid' op het spoor te komen, is onderzoek onder patiënten - of beter: onder 'de bevolking' - zelf dan ook de aangewezen weg.

In de patiëntenquête van de Nationale Studie werden verschillende problemen rond ziekte en gezondheid aan de orde gesteld: lichamelijke klachten naast psychische problematiek, acute naast chronische problemen en ook de beperkingen - inclusief het ziekteverzuim - die gezondheidsproblemen met zich meebrengen. Daarnaast geeft de enquête informatie over factoren die met de ervaren gezondheid kunnen samenhangen, zoals geslacht en leeftijd, maar ook sociaal-economische status, arbeidssituatie, 'gezondheidsattent gedrag' - zoals het gebruik van alcohol en tabak - en sociale netwerken.

klachten

Nederlanders voelen zich gezond: van alle ondervraagden schat 85% de eigen gezondheid als goed of zelfs zeer goed in. Desondanks kan 80% van hen zich herinneren in de twee weken voorafgaand aan het interview 'ergens last van gehad te hebben': men was moe, had hoofdpijn of ervaarde ander ongemak. De meest genoemde klachten zijn de volgende:

Tabel 1 Meest genoemde klachten (per 100 onder-
vraagde personen)

moeheid	29
hoofdpijn	28
verstopte neus	21
hoesten	21
nervositeit	19
slapeloosheid	16
snel opgewonden zijn	16
rugklachten	15
nek-/schouderklachten	14
klachten aan been/knie/voet/tenen	13

Afgezien van deze klachten, meestal van voorbijgaande aard, heeft ongeveer de helft van de ondervraagden minstens één chronische aandoening. Rugklachten worden het meest genoemd, zoals onderstaand staatje laat zien:

Tabel 2 Meest voorkomende chronische aandoeningen
(per 100 ondervraagde personen)

rugklachten	12
migraine/ernstige hoofdpijn	8
hoge bloeddruk	7
aambeien	7
spataderen	7
chronische huidziekten/eczeem	6
chronische bronchitis	6
hartklachten	5
hooikoorts	5
chronisch maaglijden	5

**psychische en
sociale problemen**

Veel respondenten kennen 'psychosociale problematiek'. Zij hebben problemen met een onzekere toekomst, met de snelle maatschappelijke veranderingen, met het eigen zelfbeeld en met (on)mogelijkheden van verdere persoonlijke ontwikkeling; financiële problemen worden pas op de vijfde plaats genoemd.

Het vóórkomen van ernstiger psychische problematiek is in de enquête gemeten met de General Health Questionnaire, een vragenlijst die, om precies te zijn, de 'kans' meet dat

iemand een psychiatrische aandoening heeft. Van alle Nederlanders ouder dan 14 jaar heeft 13% een 'grote kans' op dergelijke aandoeningen.

gevolgen van ziekte

Iets meer dan de helft van de bevolking voelt zich op de één of andere manier door lichamelijk ongemak beperkt in het dagelijks leven; 18% ervaart twee of meer beperkingen. Niet alle beperkingen zijn even ernstig: met een bril valt goed te leven, en niet iedereen zal er last van hebben geen zware voorwerpen (meer) te kunnen dragen. Ernstiger is dat zo'n vijf procent van de respondenten (jonge kinderen uitgezonderd) zegt niet meer van de ene kamer naar de andere te kunnen lopen, of zelf naar bed te gaan of op te staan.

In twee maanden tijd heeft bijna 20% van de bevolking één of meer dagen de dingen van alledag - zoals naar school of naar het werk gaan, of het huishouden verzorgen - niet kunnen doen. Gemiddeld verzuimt deze groep in twee maanden ongeveer 13 dagen; omgerekend over de hele bevolking zijn dat ruim twee dagen in twee maanden. Daar staat tegenover dat meer dan 30% van de respondenten in die twee maanden vóór het interview wel eens heeft doorgewerkt - of naar school is gegaan - hoewel men zich ziek voelde.

Tot zover het gemiddelde beeld. In hun kijk op hun eigen gezondheid verschillen mensen echter aanzienlijk van elkaar. Alleen als die verschillen bekend zijn, is aangepast beleid mogelijk. De gegevens van de Nationale Studie geven enig uitsluitsel.

leeftijd

Zoals verwacht noemt van de ouderen een groter percentage één of meer problemen met de gezondheid dan van de jongeren; ook het aantal genoemde problemen neemt met de leeftijd toe, vooral waar het gaat om lichamelijke problemen. Het aantal psychische problemen stijgt nauwelijks met de leeftijd.

geslacht

In vergelijking met mannen ervaart een groter deel van de vrouwen problemen met de gezondheid en zij ervaren ook méér problemen. Anders dan tussen 'jong' en 'oud' zijn de verschillen tussen de geslachten het grootst op het vlak van de geestelijke gezondheid. Vrouwen hebben óók meer lichamelijke klachten dan mannen als de specifiek geslachtgebonden klachten (zoals klachten rond de menstruatie en de overgang) buiten beschouwing blijven. Alleen ernstige chronische aandoeningen, zoals CARA en hartziekten, komen meer bij mannen voor. Overigens zijn er bij kinderen jonger dan 14 jaar geen verschillen tussen meisjes en jongens. Bepaalde (minder ernstige) chronische aandoeningen, zoals hooikoorts, komen zelfs vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

stad en platteland

Mensen die in een grote stad wonen voelen zich minder gezond dan bewoners van minder verstedelijkte gebieden. Ook als er rekening mee wordt gehouden dat zij gemiddeld ouder zijn, hebben méér stedelingen klachten met de gezondheid en, vooral, psychosociale problemen. Daarentegen komen chronische aandoeningen in de stad niet vaker voor dan op het platteland. Evenmin voelen stedelingen zich méér beperkt in hun dagelijkse activiteiten of verzuimen zij méér van hun werk dan andere Nederlanders.

sociaal-economische status

Méér ziekenfondspatiënten dan particuliere patiënten hebben klachten over de gezondheid, en gemiddeld noemen zij ook méér problemen.

Mensen met een hoge opleiding voelen zich beter dan mensen met een lage opleiding; vooral hebben zij minder te lijden van matig ernstige of ernstige chronische aandoeningen. Ook de aard van het beroep speelt een rol: hoofdarbeiders voelen zich weer wat beter dan handarbeiders, vooral in de leeftijd van 45 tot 64 jaar. Zelfstandigen en landbouwers hebben de minste klachten en chronische aandoeningen en de kleinste kans op een psychiatrische stoornis.

werk of niet

Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan mensen die werken of, op jongere leeftijd, een opleiding volgen. Vooral mensen in de WAO zijn er slecht aan toe: zij hebben méér klachten en méér chronische problemen met hun gezondheid en de kans dat zij 'psychiatrische problemen' hebben is groter. Voor werklozen en mensen - meestal vrouwen - die de zorg hebben voor het huishouden, geldt dat in iets mindere mate. Overigens is het verschil tussen werkenden en niet-werkenden onder de mannen groter dan onder de vrouwen; kennelijk heeft 'werkloos zijn' voor hen een andere, meer bedreigende, betekenis.

familie en vrienden

Mensen zonder vaste partner hebben meer klachten over hun gezondheid dan mensen met een partner. In het algemeen verwacht men inderdaad dat de aanwezigheid van sociale netwerken 'goed' is voor de gezondheid. Men vermoedt daarbij dat dit ondermeer komt door de sociale steun die netwerken verschaffen. Dat valt in dit onderzoek tegen. Als mensen met veel 'sociale steun' van buiten het eigen huishouden, psychosociale problemen hebben of een ingrijpende gebeurtenis meemaken - zoals het overlijden van een partner - hebben zij méér problemen met hun gezondheid dan mensen zonder deze steun. Verrassend is ook dat deze mensen veel langer en veel méér last van hebben van dergelijke problemen dan mensen die steun van anderen moeten ontberen. Alleen wie langs informele weg informatie krijgt van mensen 'die het weten kunnen' - omdat zij in de gezondheidszorg werken - heeft minder klachten, die ook nog korter duren en minder beperkingen met zich meebrengen.

gezond leven

Vaak wordt een goede gezondheid in verband gebracht met gezond leven: weinig alcohol, niet roken, veel bewegen, voldoende nachtrust en gezonde voeding. Tussen de 35% en 40% van de respondenten rookt, gemiddeld zo'n 15 sigaretten per dag. Relatief zware rokers zijn bij het ziekenfonds verzekerde mannen tussen 25 en 64 jaar. Ruim 60% van de bevolking drinkt af en toe of regelmatig alcohol. Ongeveer 6%

van de ondervraagden is veel of zelfs aanzienlijk veel te zwaar. Slapen lijkt geen probleem te zijn. Gemiddeld slapen Nederlanders op door-de-weekse dagen 8,8 uur. 39% van de respondenten doet actief aan sport. Overigens gaan dergelijke gewoonten lang niet altijd samen: veel niet-rokers drinken, ook sporters steken wel eens een sigaret op.

De invloed van deze gewoontes op de ervaren gezondheid is nogal wisselend. Als jongeren tussen de 15 en 24 roken, voelen ze zich, zoals verwacht, minder gezond. In de groep van 25 tot 44-jarigen zijn het vooral te dikke mensen, en mensen met weinig lichaamsbeweging, die zich niet zo gezond voelen. Op latere leeftijd speelt overgewicht niet zo'n belangrijke rol meer, en hebben vooral de rokers en mensen met weinig lichaamsbeweging last van hun gezondheid.

Een beetje drank kan geen kwaad. Althans, zowel geheelonthouders als mensen die juist heel véél drinken - dus de uitersten op de schaal - hebben meer problemen met hun gezondheid dan de matige drinkers, óók als rekening wordt gehouden met vroeger drankgedrag en sociaal-economische status.

geselecteerde publikaties

Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL 1991.

De Bakker DH. Claessens AAMC. van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.

Verheij R. de Bakker D. Velden van der J. De grote stads-praktijk. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).

Baar M, Foets M. Geheelonthouden, slecht voor U? Alcohol-gebruik en ervaren morbiditeit, een secundaire analyse van de Nationale Studie. Utrecht: NIVEL 1991 (stage-rapport).

Haverkamp R. Prevalentie van roken in de Nederlandse bevolking. Utrecht: NIVEL 1992 (stagerapport).

Baar M, Foets M. Alcohol consumption and general health status in the Dutch National Study of Morbidity and Interventions in General Practice. 1992 (concept-artikel).

Bensing JM, de Bakker DH, van der Velden J. Health for all by the year 2000. Hoe ziek is de WAO? Medisch Contact 1991; 46: 1075-80.

Kooiker S, Christiansen T, Sixma H, Tijhuis, M. Inequalities in health: the interaction of social class, deprivation and lifestyle. Studies from Britain, Denmark and the Netherlands compared. 1992 (concept-artikel).

Van Leeuwen, S Flap H. Tijhuis MAR. De netwerken van Nederlanders II: cumulatie of substitutie. 1992 (concept-artikel).

Tijhuis MAR, Foets M, Groenewegen P, Flap H. Netwerken in Nederland. Een onderzoek naar persoonlijke netwerken van Nederlanders. Mens en Maatschappij 1992; 1: 5-22.

Tijhuis MAR, Foets M, Groenewegen P, Flap H. Social support and stressful life events: life events and illness as an event. 1992 (concept-artikel).

3.

NAAR DE DOKTER

We zeiden het al eerder: niet elk probleem met de gezondheid geeft aanleiding tot een bezoek aan de huisarts. Weten we hoeveel klachten mensen hebben, welke klachten dat zijn en welke groepen mensen méér klachten hebben dan andere, dan nog kunnen we dus niet voorspellen hoe vaak mensen naar de dokter gaan. Cijfers daarover, voor het merendeel gebaseerd op de contact- en de patiëntregistratie van de Nationale Studie, komen in dit hoofdstuk aan de orde.

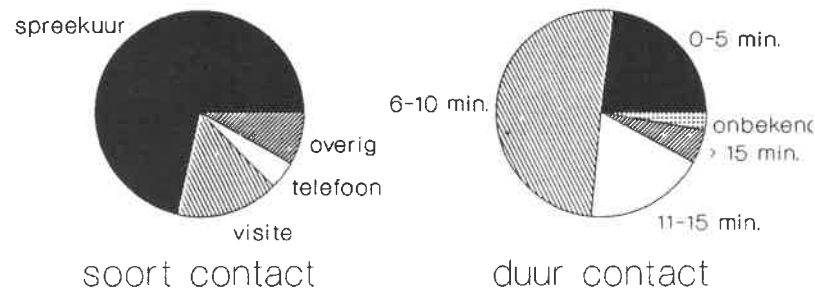
hoe vaak?

In drie maanden registreerden de deelnemende huisartsen op elke 1000 mensen die hun praktijken stonden ingeschreven, 1150 contacten. Dat betekent dat iedere patiënt in één jaar tijd gemiddeld 4,6 keer contact heeft met de huisarts of - in meer dan een kwart van de gevallen - met de assistente. Zonder de contacten waarin alléén een herhaalrecept wordt afgehaald, is dat cijfer 4,1.

Als de patiënt de huisarts zelf ziet - gemiddeld 3,2 keer per jaar - is dat meestal (in 71% van de gevallen) tijdens het spreekuur; in 17% van de gevallen komt de huisarts bij de patiënt thuis langs, de rest zijn telefonische contacten of contacten in, bijvoorbeeld, het ziekenhuis.

Ongeveer de helft van de contacten van een huisarts en een patiënt duurt tussen de zes en tien minuten.

Onderstaande figuur laat dat zien:



Het zijn, opnieuw, gemiddelde cijfers. Cijfers voor de te onderscheiden groepen van patiënten laten belangrijke verschillen zien.

leeftijd

Mensen van 65 jaar en ouder komen vaker bij de huisarts dan jongeren, gemiddeld zo'n zes tot acht keer per jaar. Bovendien gaat het vaker om visites en duren de contacten langer, nog afgezien van de reistijd. Overigens komen ook (de ouders van) baby's en jonge kinderen vaak bij de huisarts.

geslacht

Vrouwen gaan vaker naar de huisarts dan mannen, ook als het bezoek voor typisch geslachtgebonden klachten - zoals pilcontroles - niet wordt meegeteld. Maar in aanmerking nemend dat vrouwen ook veel meer klachten hebben dan mannen, zijn de verschillen in medische consumptie minder groot dan men zou verwachten.

stad en platteland

Al voelen ze zich minder gezond, mensen in de grotere steden gaan minder vaak naar de huisarts dan mensen op het platteland. Het verschil zit vooral in de contacten met de assistente: op het platteland heeft zij twee keer zoveel contact met patiënt als in de stad. Dat veel huisartsen op het platte-

	land een eigen apotheek hebben, heeft daar ongetwijfeld mee te maken. Huisartsen in de steden gaan minder 'op visite' dan huisartsen op het platteland. Daar staat tegenover dat contacten in de stad gemiddeld langer duren.
verzekeringsvorm	Ziekenfondsverzekerden komen vaker bij de huisarts dan particulier verzekerden. Alleen onder kinderen die jonger zijn dan 15 jaar, is dat verschil er (nog) niet.
werk of niet	Mensen in de WAO komen vaak bij de huisarts, veel vaker dan werkenden, maar ook vaker dan mensen die werkloos zijn of de zorg hebben voor het huishouden. Voor mensen die jonger zijn dan 50 jaar geldt dat in nog sterkere mate. Mannen zonder werk, al dan niet met een partner, komen weinig met de huisarts in contact.
familie en vrienden	Gescheiden mensen en weduwen en weduwnaars komen relatief vaak bij de huisarts. Ook de grootte van het gezin is van invloed: hoe kleiner dat is, des te vaker hebben mensen contact met de huisarts. Mensen die veel steun krijgen van vrienden en kennissen buiten het eigen huishouden, gaan vaker naar de dokter dan mensen die het aan dergelijke steun ontbreekt. Kennelijk geven vrienden en kennissen nogal eens het advies 'eens bij de huisarts langs te gaan'.
chronisch zieken	Niet verwonderlijk, gaan mensen die aan een chronische ziekte lijden, vaker bij hun huisarts langs dan anderen. Zo hebben mensen met suikerziekte per jaar 39% méér contact met de huisartspraktijk dan de gemiddelde patiënt; hebben ze daarnaast óók last van een andere chronische aandoening - de zogenoemde 'co-morbiditeit' - zelfs 60% méér. Iets dergelijks geldt voor patiënten met andere chronische aandoeningen: patiënten met chronische hartziekten hebben 34% meer contacten (59% bij co-morbiditeit), met CARA 20% (80%), met hoge bloeddruk 15% (32%) en met chronische gewrichtsaandoeningen 2% (56%).

**verschillen per
praktijk**

Niet alleen patiënten verschillen in de mate waarin zij een beroep doen op de huisarts, ook de praktijken verschillen onderling in het aantal contacten met de huisarts. Dat geldt vooral voor het aantal contacten met de assistente, het aantal visites en het aantal contacten dat langer duurt dan tien minuten. Dergelijke verschillen zijn niet te herleiden tot verschillen in grootte van de praktijk. Wél van invloed is de samenstelling van de praktijkpopulatie. Zo rijdt de huisarts veel visites in praktijken waar veel bejaarden staan ingeschreven; in praktijken met veel vrouwen en veel jonge kinderen is het aantal spreekuurcontacten groot. Of de huisarts alléén werkt of in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, maakt in dit opzicht nauwelijks iets uit.

**geselecteerde
publikaties**

Groenewegen PP, de Bakker DH, van der Velden J. *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.*

De Bakker DH, Claessens AAMC, van der Velden J. *Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.*

Verheij R, de Bakker D, Velden van der J. *De grote stadspraktijk. Concept-rapport. Utrecht: NIVEL 1992.*

Bensing JM, de Bakker DH, van der Velden J. *Health for all by the year 2000. Hoe ziek is de WAO? Medisch Contact 1991; 46: 1075-80.*

Groenewegen PP. *Verrichtingen in de huisartspraktijk. Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact 1990; 45: 608-11.*

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

*Schellevis F. van der Lisdonk E. van der Velden J. et al.
Does comorbidity influence rates of consultation and of
intercurrent morbidity? 1992 (concept-artikel).
Tijhuis MAR, Peters L, Foets M. An orientation toward help-
seeking for emotional problems. Social Science and
Medicine 1990; 9: 989-95.*

4.

WAT ZIET DE HUISARTS?

Zoals de ervaren gezondheid geen goede graadmeter is voor de frequentie van het bezoek aan de huisarts, zo zijn ook de gezondheidsproblemen die de huisarts krijgt voorgelegd geen goede afspiegeling van de problemen 'in de bevolking'. Mensen maken immers altijd de keuze welke klachten zij wèl en welke zij niet met de huisarts willen bespreken. In dit hoofdstuk komen de klachten van patiënten opnieuw aan de orde, maar dan voorzover zij aan de huisarts worden voorgelegd en 'vertaald' in de diens diagnose. Kenmerkend voor de huisartsgeneeskunde is dat die diagnose vaak een voorlopig karakter heeft. Het is dan ook beter om van 'werkhypothese' te spreken, zeker als de huisartsen, zoals uit de Nationale Studie blijkt, in ongeveer een derde van de gevallen (nog) niet zo zeker zijn over de juistheid ervan. Cijfers uit de contact- en patiëntregistratie liggen aan dit overzicht ten grondslag.

episodes

Iedere Nederlander gaat, zoals we zagen, één keer in de drie maanden naar de huisarts. Althans: gemiddeld. Sommige mensen gaan minder of zelfs helemaal niet, anderen méér. In de drie maanden waarin de registrerende huisartsen gegevens over hun contacten met patiënten vastlegden, zagen zij sommige patiënten dan ook meer dan één keer, soms voor één en hetzelfde probleem. Deze laatste contacten zijn achteraf samengevoegd tot 'episodes', waaronder dus alle contacten tussen een huisarts en een patiënt naar aanleiding van een bepaald probleem worden verstaan.

Van belang is ook het verschil tussen incidentie en prevalentie. 'Incidentie' heeft betrekking op klachten die de huisarts voor de eerste keer door de patiënt krijgt voorgelegd; de 'prevalentie' van klachten of ziekten geeft aan hoe vaak de huisarts daar in een bepaalde periode mee te maken krijgt, al dan niet voor de eerste keer.

diagnoses

Voor de beschrijving van de door de patiënt voorgelegde gezondheidsproblemen en de door de huisarts gestelde diagnoses is gebruik gemaakt van de ICPC, de International Classification of Primary Care, een classificatiesysteem dat speciaal voor de huisartsgeneeskunde is ontwikkeld. In dit systeem worden problemen en diagnoses in eerste instantie onderscheiden naar de 'plaats' in het lichaam waar ze zijn gelokaliseerd; binnen die 'hoofdstukken' vindt een verdere onderverdeling plaats. Voor psychische en sociale problemen zijn afzonderlijke hoofdstukken.

Problemen van de ademhalingsorganen, het bewegingsapparaat en het hart- en vaatstelsel komen in de huisartspraktijk het meest frequent aan de orde, zoals blijkt uit tabel 3 (in termen van de door de huisarts gestelde diagnose).

Tabel 3 Incidentie (links) en prevalentie (rechts) van aan de huisarts voorgelegde gezondheidsproblemen, volgens de hoofdstukindeling van de ICPC (aantal episodes per 1000 patiënten, in een periode van 3 maanden)

ICPC-hoofdstuk	nieuwe episodes per 1000 patiënten	alle episodes per 1000 patiënten
A. algemeen e.a.	33,6	62,2
B. bloed e.a.	4,0	12,7
C. maag-darmkanaal	36,9	67,1
F. oog	15,7	27,5
H. oor	15,5	32,0
K. hart- en vaatstelsel	16,8	114,8
L. bewegingsapparaat	81,1	125,2
N. zenuwstelsel	10,0	29,8
P. psyche	22,6	91,3
R. ademhalingsorganen	84,5	130,3
S. huid e.a.	64,8	99,9
T. endocrien/metabolisme e.a.	4,9	29,7
U. urinewegen	14,4	22,9
W. zwangerschap e.a.	12,8	50,7
X. vrouwelijke geslachtsorganen e.a.	16,2	29,9
Y. mannelijke geslachtsorganen e.a.	3,5	5,5
Z. sociale problemen	7,0	19,7

Interessant is ook te zien welke afzonderlijke diagnoses het meest voorkomen. In onderstaand overzicht staan de incidentie- (links) en prevalentiecijfers (rechts) van de tien gezondheidsproblemen die het meest frequent aan de huisarts worden voorgelegd (in termen van de door de huisarts gestelde diagnose).

Tabel 4 Incidentie (links) en prevalentie (rechts) van de tien meest frequent aan de huisarts voorgelegde gezondheidsproblemen (aantal episodes per 1000 patiënten, in een periode van 3 maanden)

nieuwe episodes per 1000 patiënten		alle episodes per 1000 patiënten	
1. infectie bovenste luchtw.	30,8	1. ongecompl. hypertensie	44,9
2. verstuiking/kneuzing	14,4	2. anticonceptie/pil	35,2
3. blaasontsteking	11,6	3. infectie bovenste luchtw.	33,5
4. geen ziekte	10,8	4. angstig/nerveus	21,0
5. acute bronchi(oli)tis	9,7	5. slaapstoornis	19,7
6. hoesten	9,1	6. verstuiking/kneuzing	19,2
7. sinusitis	8,7	7. geen ziekte	18,4
8. cerumen	8,3	8. eczeem	15,8
9. eczeem	7,4	9. acute bronchi(oli)tis	13,0
10. middenoorontsteking	6,7	10. blaasontsteking	12,9

leeftijd

Met de leeftijd van de patiënt neemt ook het aantal aan de huisarts voorgelegde ziekten sterk toe. Dat geldt in het bijzonder voor hart- en vaatziekten. De incidentie van ziekten is vanzelfsprekend het grootst bij jonge kinderen. Ziekten van de ademhalingsorganen en oorziekten komen bij hen veel voor.

geslacht

Vrouwen leggen de huisarts andere problemen voor dan mannen. Afgezien van geslachtsgebonden problemen zijn bijvoorbeeld osteoporosis, urineweginfecties, schildklierafwijkingen, bloedarmoede, migraine, spataderen en overgewicht typische problemen waarmee vrouwen vaak op het spreekuur komen. Ook komen zij relatief vaak met psychische problemen op het spreekuur. Typische klachten waarmee mannen op het spreekuur komen zijn het vuiltje-in-het-oog, liesbreuk, longkanker en emfyseem.

stad en platteland

In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag worden sociale en vooral psychische problemen, zoals gedragsstoornissen, verslavingsproblematiek en psychosen, vaker aan de huisarts

voorgelegd dan elders. Acute somatische aandoeningen daarentegen komen in deze steden minder vaak aan de orde, mogelijk een gevolg van de makkelijke bereikbaarheid van ziekenhuizen en EHBO-posten. Meer in het algemeen worden in de steden met meer dan 50.000 inwoners (maar exclusief Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) de meeste problemen aan de huisarts voorgelegd. De verschillen verdwijnen echter voor een belangrijk deel als rekening wordt gehouden met verschillen in de bevolking in leeftijd en geslacht.

werk of niet

Mensen in de WAO-groepen leggen de huisarts veel meer problemen voor dan mensen die de zorg hebben voor het huishouden, werkloos zijn of - en dat vooral - werk hebben. Ook de opleiding speelt een rol: voor hoog-opgeleiden zijn de prevalentie- en incidentiecijfers lager dan voor laag-opgeleiden. Het zelfde geldt voor particuliere patiënten ten opzichte van ziekenfondsverzekerden.

familie en vrienden

Alleenstaanden leggen de huisarts meer problemen met de gezondheid voor dan mensen met een vaste partner, vooral psychische en sociale problemen en hart- en vaatziekten.

Twee groepen patiënten hebben in de Nationale Studie bijzondere aandacht gekregen: mensen met chronische aandoeningen en mensen met psychosociale problematiek.

**chronische
aandoeningen**

Een belangrijk deel van het werk van de huisarts bestaat uit de zorg voor patiënten met hoge bloeddruk, chronische hartziekten, suikerziekte, CARA en chronische gewrichtsaandoeningen. Deze mensen hebben er veel belang bij dat de juiste diagnose op het juiste moment wordt gesteld. De gevolgen kunnen ernstig zijn, zowel als iemand ten onrechte 'chronisch ziek' wordt genoemd als wanneer een juiste diagnose wordt gemist. Voor het vaststellen van de genoemde diagnoses gebruikt de huisarts dikwijls strikte criteria: bij suikerziekte gebeurt dat het meest (in 96% van de gevallen), bij CARA het minst (in 58% van de gevallen). De behandeling

van deze patiënten is voor huisartsen gecompliceerd, omdat de ene ziekte vaak met een andere samengaat: de zogenoemde co-morbiditeit. Zo heeft 15% van de patiënten met gewrichtsaandoeningen die jonger zijn dan 65, ook CARA; veel oudere patiënten met suikerziekte (22%) hebben ook chronische hartziekten. Deze laatste ziekten gaan, op hun beurt, net als gewrichtsaandoeningen vaak samen met hoge bloeddruk.

psychische problemen

Vaak treft huisartsen het verwijt dat zij onvoldoende oog zouden hebben voor de psychische problemen van hun patiënten: veel méér patiënten zouden aan dergelijke problemen lijden dan de huisartsen zouden weten. Volgens sommigen is dat een ernstige zaak, omdat vroegtijdig ingrijpen door de huisarts 'erger' zou kunnen voorkomen. Anderen wijzen erop dat veel psychische problemen vanzelf overgaan of 'bij het leven horen' en dat het effect van behandeling gering is. Sterker nog: het zelf oplossen ervan zou de gezondheid van patiënten juist ten goede komen.

Mensen die, volgens hun (hoge) score op de General Health Questionnaire, een gerede kans hebben op psychiatrische problematiek, bezoeken de huisarts vaker dan anderen, vooral met algemene, a-specifieke klachten (zoals moeheid), psychische klachten en sociale problemen. Huisartsen kennen de achtergrond van deze patiënten meestal wel en in 70% van de contacten met deze groep ziet de huisarts een psychische component in de klachten, ook als deze in lichamelijke termen aan hem worden voorgelegd.

Als patiënten niet zo vaak komen, en niet zo veel klachten voorleggen - met andere woorden: als ze niet voldoen aan het stereotiepe beeld van de 'probleempatiënt' - ziet de huisarts dikwijls geen reden de klacht 'psychisch' te noemen, ook al heeft de patiënt een hoge score op de GHQ. Vooral problemen van depressieve aard - zoals het gevoel dat het leven geen zin meer heeft - ontsnappen nogal eens aan zijn aandacht. Dergelijke problemen zijn niet duidelijk zichtbaar en

worden niet zo snel met lichamelijke problemen in verband gebracht. Toch blijkt de huisarts in de helft van de gevallen wel degelijk van de psychische problemen van deze patiënten op de hoogte te zijn: hij vindt die dan echter niet van belang voor de klacht waarmee de patiënt op het spreekuur komt, of hij weet dat de patiënt al elders onder behandeling is.

Het omgekeerde komt ook voor: de huisarts ziet psychische problemen, hoewel de patiënt die, althans volgens zijn score op de GHQ, niet heeft. Vooral in zijn contact met vrouwen die veel problemen voorleggen - vaak van psychische of sociale aard - en geneigd zijn deze problemen in lichamelijke termen te vertalen, wil de huisarts de klachten nogal eens - anders dan de score op de GHQ aangeeft - als psychisch van aard bestempelen.

Naast expliciet psychische klachten - depressie, angst, slaapproblemen, stress - krijgt de huisarts dus vaak te maken met klachten die ogenschijnlijk lichamelijk van aard zijn, maar waaraan vaak psychische of sociale problemen ten grondslag liggen: algemene malaise, hoofdpijn, buikpijn. Patiënten die psychische problemen in lichamelijke klachten 'verpakken' stellen zich, in vergelijking met patiënten die ze expliciet als zodanig voorleggen, minder afhankelijk van de huisarts op. Ook hebben ze een minder ongunstige score op de GHQ en ervaren ze wat minder psychische problemen. Ze hebben ook wat minder contacten met de huisarts. Maar in vergelijking met de 'doorsnee patiënt' zijn beide groepen - somatiseerders en niet-somatiseerders - er op de genoemde punten minder goed aan toe.

**geselecteerde
publikaties**

- Van der Velden J, de Bakker DH, Claessens A, Schellevis FG. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1991.*
- De Bakker DH, Claessens AAMC, van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische con-sumptie. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992.*
- Donker G, Hutten J, Bijl D, Flierman H, van der Velden J. Migraine en aanverwante aandoeningen. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).*
- Hoogbergen S. Incidente comorbiditeit bij chronische aan-doeningen. Utrecht: NIVEL 1991 (stagerapport).*
- Verhaak PFM, Tijhuis MAR, Wennink J. Psychosociale proble-matiek in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1991.*
- Verheij R, de Bakker D, Velden van der J. De grote stads-praktijk. Concept-rapport. Utrecht: NIVEL 1992.*
- De Waal M, Donker G, van der Velden J. Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).*
- Bensing J, Berendonk Ph. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: weten en meten. Maandblad Gees-telijke Volksgezondheid 1990; 6: 595-618.*
- Foets M, Stokx L. Morbidity statistic in general practice. The Netherlands compared with England and Wales. 1991 (concept-artikel).*
- Schellevis F. Vervolgafspraken van huisartsen met chronische patiënten. In: D. Kriegsman (red.). Continuïteit, een leidraad voor de huisarts(geneeskunde), Amsterdam 1990, 80-7.*
- Schellevis F, Kuylen J. De zorg voor chronisch zieken. Biblio-grafie, NIVEL, Utrecht 1990.*
- Schellevis F, van de Bos GAM. Vraagstukken in gezondheids-zorgonderzoek bij chronische ziekten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1991; 7: 275-8.*

- Schellevis F. van de Lisdonk E. van der Velden J. et al. *Diagnosing chronic diseases in general practice. The application diagnostic criteria.* 1992 (aangeboden aan the Journal of Clinical Epidemiology).
- Schellevis F. van Weel C. van der Velden J. et al. *Comorbidity of chronic diseases in general practice.* 1992 (aangeboden aan the Journal of Clinical Epidemiology).
- Van der Velden J. *De rol van de huisartspraktijk in Nederland.* Medisch Contact 1990; 45: 605-8.
- Verhaak PFM, Wennink HJ, Tijhuis MAR. *The importance of the GHQ in General Practice.* Family Practice 1990; 4: 319-24.
- Verhaak PFM, Bosman FM, Foets M, van der Velden J. *Psychosocial complaints in general practice. A national survey in the Netherlands.* In: Cooper, B. and Eastwood. *Primary health care and psychiatric epidemiology.* London: Routledge 1991.
- Verhaak PFM, Tijhuis M. *Psychosocial problems in primary care: some results from the Dutch national study of morbidity and interventions in general practice.* Social Science and Medicine 1992; 2: 105-10.

5. DE HUISARTS HANDELT

Voorzover er cijfers beschikbaar zijn over het handelen van de huisarts, bijvoorbeeld bij de ziektekostenverzekeraars of op basis van eerder onderzoek, zijn die gerelateerd aan het aantal patiënten in de praktijk: verwijscijfers, of cijfers over het voorschrijven van medicijnen, worden meestal weergegeven 'per duizend in de praktijk ingeschreven patiënten'. Dat geeft natuurlijk vertekening: een patiënt die nooit bij de huisarts komt, kan ook niet verwezen worden of medicijnen voorgeschreven krijgen. Cijfers die gerelateerd zijn aan het aantal contacten tussen de huisarts en een patiënt geven daarom een beter inzicht. De opzet van de Nationale Studie - waarbij de huisartsen immers ieder contact registreerden - maakt het mogelijk dergelijke cijfers te geven, ook over onderwerpen die in geen enkele administratie worden vastgelegd, zoals de gesprekken die de huisarts voert. Bovendien kunnen cijfers over het handelen van de huisarts in verband gebracht worden met de klachten of problemen die de patiënt hem tijdens het contact voorlegt.

Wat doet de huisarts?

Onderstaand overzicht laat zien hoe de huisarts (en zijn assistente) op de klachten en problemen van patiënten reageren. De cijfers zijn zowel aan het aantal ingeschreven patiënten (links) als aan het aantal contacten met een patiënt (rechts) gerelateerd.

Tabel 5 Verrichtingen in de huisartspraktijk (in een periode van 3 maanden)

	per 1000 patiënten	per 1000 contacten
Diagnostiek	681,4	591,6
interne diagnostiek	662,5	575,2
externe diagnostiek	62,2	54,0
Behandeling in de praktijk	680,2	590,5
Voorschrijven van geneesmiddelen	751,9	652,8
Verwijzingen naar 2e lijn	69,5	60,3
Verwijzingen binnen 1e lijn	34,8	30,2
Overleg n.a.v. contact	16,5	14,3

In de meeste contacten reageert de huisarts op de klacht door diagnostisch onderzoek te (laten) doen en één of meer geneesmiddelen voor te schrijven. De meeste klachten, zo blijkt, handelt hij zelf af. Niet veel patiënten worden door de huisarts naar een andere hulpverlener verwezen.

diagnostiek

De meeste diagnostiek doet de huisarts in de praktijk zelf. Meestal bestaat dat uit lichamelijk onderzoek van de patiënt. Diagnostiek die wordt 'uitbesteed' is vooral het laboratoriumonderzoek en het maken van röntgenfoto's.

Overigens wil dat niet zeggen dat de huisarts of de assistente zelf nooit bloedonderzoek zouden doen: dat gebeurt in de helft van de gevallen, afhankelijk van de klacht. Bloedonderzoek in verband met suikerziekte en bloedarmoede, bijvoorbeeld, vindt meestal in de eigen praktijk plaats, bloedonderzoek bij de ziekte van Pfeiffer meestal elders.

Dat de huisartsen 'maar raak aanvragen', zoals wel eens wordt beweerd, is zeker niet waar. Bij 4% van de gezondheidsproblemen die hij krijgt voorgelegd, vraagt de huisarts laboratoriumonderzoek aan; bij sommige problemen, zoals ziekte van Pfeiffer (in 62% van de gevallen) en bloedarmoede (64%), gebeurt dat veel vaker. In het algemeen vindt bloedonderzoek plaats bij betrekkelijk vage gezondheidsproblemen, zoals algehele malaise of angst en spanning. Gemiddeld

worden per probleem ruim drie bepalingen aangevraagd. Berekend voor alle huisartsen in Nederland bedragen de totale kosten van de aangevraagde tests zo'n 75 miljoen gulden per jaar.

Röntgenonderzoek wordt minder vaak aangevraagd dan laboratoriumonderzoek: gemiddeld bij 1,7% van de voorgelegde problemen. Het aantal onderzoeken per probleem is ook kleiner: 1,2. Skeletfoto's, thoraxfoto's en foto's of echo's van de buik worden het vaakst aangevraagd. Anders dan bij bloedonderzoek vraagt de huisarts vooral foto's aan als hij een duidelijke vraag heeft, bijvoorbeeld als hij een breuk vermoedt. De totale kosten van röntgendiagnostiek bedragen zo'n 72 miljoen gulden per jaar.

Per 1000 contacten wordt bij oudere mensen minder diagnostiek - in welke vorm ook - gedaan dan bij jongeren. Dat zelfde geldt voor ziekenfondsverzekerden in vergelijking met particuliere patiënten.

praten en luisteren

Naar aanleiding van de cijfers in tabel 5 werd al opgemerkt dat de huisarts de meeste problemen zelf afhandelt. Meestal betekent dat dat hij tijdens het consult voorlichting geeft, zowel over de klacht zelf als over zaken van meer algemene aard. Ook het voeren van gesprekken, zowel (passief) luisterend als (actief) explorerend, hoort bij het standaardrepertoire van de huisarts. Ook geven huisartsen veel advies over leefregels. Hoe méér gesprekken een huisarts voert, des te langer duren zijn consulten.

voorschrijven van medicijnen

Meestal eindigt het contact met een patiënt met het uitschrijven van een recept: op iedere 1000 contacten schrijft de huisarts 653 keer één of meer geneesmiddelen voor.

Tabel 6 geeft weer welke medicijnen de huisarts het vaakst voorschrijft.

Tabel 6 Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk (in een periode van 3 maanden)

	per 1000 patiënten	per 1000 contacten
Psycholeptica	78,1	67,7
Systemische antibiotica	69,1	60,0
Analgetica	52,9	45,9
Anti-inflamm./antireum. middelen	46,8	40,6
Hoest- en verkoudheidsmiddelen	46,4	40,3
Geslachtshormonen etc.	46,0	40,0
Diuretica	42,4	36,7
Beta-receptor blokkerende middelen	30,0	26,0
Middelen bij CARA	28,1	24,4
Middelen voor nasaal gebruik	28,1	24,4
Overige middelen	333,4	289,5

Psycholeptica (slaap- en kalmeringsmiddelen) en antibiotica worden in de huisartspraktijk het meest frequent voorgeschreven. In welke hoeveelheden en voor welke periode medicijnen worden voorgeschreven, wordt nog uitgezocht. Overigens is het vaak de doktersassistente die geneesmiddelen voorschrijft, vooral bij herhaalrecepten.

Oudere patiënten krijgen meer medicijnen voorgeschreven dan jongere. Dat geldt ook voor vrouwen ten opzichte van mannen, maar dat komt vooral door de recepten voor de anti-conceptiepillen. Particuliere patiënten krijgen minder medicijnen voorgeschreven dan ziekenfondsverzekerden.

verwijzen

Huisartsen, zo blijkt, verwijzen niet zo dikwijls naar de tweede lijn, en als ze dat doen eerder naar snijdende (36,8 per 1000 contacten) dan naar beschouwende specialismen (22,2 per 1000 contacten). Verwijzingen naar psychiatrie of geestelijke gezondheidszorg (2,8 per 1000 contacten) komen nauwelijks voor. Verwijzingen binnen de eerstelijns hebben vooral betrekking op verwijzingen naar de fysiotherapie (23,2 per 1000 contacten).

**opname in en
ontslag uit het
ziekenhuis**

In aanmerking genomen dat zij minder bij de huisarts komen dan vrouwen, worden mannen vaker naar de tweede lijn verwezen. Ook consulten met ziekenfondsverzekerden en met particulier verzekerden die niet voor hulp door de huisarts zijn verzekerd, eindigen relatief vaak met een verwijzing. Voor oudere patiënten schrijven huisartsen vaker dan voor jongeren een 'herhaalkaart' uit; kennelijk blijven zij doorgaans langer onder behandeling van de specialist.

Ook kenmerken van de praktijk spelen een rol. Hoe kleiner de afstand tot het ziekenhuis, des te meer verwijskaarten schrijft de huisarts uit. Ook in de grote steden, in zeer grote praktijken en in praktijken van één huisarts, verwijst de huisarts vaker dan elders. Opvallend is dat het aantal verwijzingen kleiner is als de huisarts in de praktijk over een ruimer instrumentarium beschikt - en dat ook gebruikt - en als hij open staat voor overleg met collega's en andere hulpverleners in de eerste lijn.

Ook als hij een patiënt naar een specialist heeft verwezen zou de huisarts verantwoordelijk moeten zijn voor het bewaken van de continuïteit. De hulpverlening in eerste en tweede lijn moet op elkaar zijn afgestemd en voorkomen moet worden dat patiënten onnodig en te lang specialistische hulp krijgen.

In een kwart van de gevallen heeft de huisarts op de één of andere manier met de specialist overleg over de opname van een patiënt. Zelf neemt hij daartoe vooral voorafgaand aan de eigenlijke opname het initiatief, bijvoorbeeld als er sprake is van een spoedopname of van levensbedreigende aandoeningen. Ook als de huisarts met de patiënt zelf over de opname heeft gepraat, is hij meer geneigd ook met de specialist te overleggen. Tijdens de opname houdt de huisarts zich echter meestal afzijdig van de behandeling.

Vaker dan met de specialist heeft de huisarts over de opname contact met de patiënt zelf: in 68% van de gevallen praten ze erover, meestal op initiatief van de huisarts. In 22%

van de gevallen bezoekt de huisarts de patiënt in het ziekenhuis, vooral als de opname dwingend van karakter was en langer duurt. Ook als de huisarts het initiatief tot de opname heeft genomen, gaat hij eerder in het ziekenhuis kijken: hij voelt zich er dan kennelijk meer bij betrokken. De afstand heeft een tegengesteld effect: hoe verder het ziekenhuis van de praktijk af ligt, des te minder komt de huisarts in het ziekenhuis langs.

In 30% van de gevallen gaat de huisarts na ontslag uit het ziekenhuis bij de patiënt thuis langs, zeker als hij niet in het ziekenhuis geweest is.

Afgezien van zaken als lichamelijk onderzoek en het geven van injecties, vinden patiënten de rol van de huisarts vooral van belang bij het verwerken van de ziekte en bij hulp als men zich eenzaam of neerslachtig voelt.

preventie

Behalve in de curatie - zoals hierboven is beschreven - heeft de huisarts ook een rol bij de preventie van gezondheidsklachten. Hij is daar zelfs bij uitstek geschikt voor: hij heeft immers een vaste praktijkpopulatie, die hij regelmatig ziet. Hij kent zijn patiënten, die op hun beurt meer geneigd zullen zijn op afroep naar hem te komen dan naar een anonieme instantie. Anderzijds heeft de huisarts in de praktijk vaak onvoldoende assistentie om preventieve taken naar behoren te kunnen uitvoeren en is de administratie lang niet altijd geautomatiseerd. Daardoor is het niet eenvoudig risicogroepen op te sporen en in de tijd te volgen.

Over de betrokkenheid van de huisarts bij primaire preventie (het daadwerkelijk voorkómen van ziekten) kan op grond van het materiaal van de Nationale Studie geen uitspraak worden gedaan. Wat de huisarts op dat gebied doet, of kan doen, hangt immers nauw samen met de manier waarop de taken met het kruiswerk en de GGD zijn afgebakend, hetgeen van plaats tot plaats kan verschillen. Bovendien leent de gebruikte registratiemethode zich er niet voor om dit aspect van zijn handelen in kaart te brengen.

Over de rol van de huisarts bij de secundaire preventie (het vroegtijdig opsporen van ziekten) kan wel wat worden gezegd: over het opsporen van hoge bloeddruk, baarmoederhalskanker en borstkanker en over preventief huisbezoek bij bejaarden zijn gegevens geregistreerd.

In het algemeen vinden dergelijke activiteiten zelden 'spontaan' plaats; meestal gebeurt dat pas als de patiënt er zelf om vraagt of als de klacht er aanleiding toe geeft.

Jongeren uit de hogere sociale milieus (hoger opgeleiden, particulier verzekerden) worden op de genoemde punten vaker gescreend dan leeftijdsgenoten uit de lagere milieus. Screening op baarmoederhalskanker en borstkanker vindt bovendien relatief vaak plaats binnen leeftijdsgroepen waarvoor het (nog) niet zo nodig is. Dat hangt trouwens met elkaar samen: deze jongeren zullen over het algemeen mondiger zijn en eerder op preventief handelen aandringen.

standaarden

Om meer eenheid te brengen in het handelen van huisartsen geeft het Nederlands Huisartsen Genootschap sinds 1989 'standaarden' uit, die bedoeld zijn als richtlijnen bij het vaststellen en behandelen van ziekten. Het materiaal van de Nationale Studie is gebruikt om inzicht te krijgen in het feitelijk handelen van de huisarts wat betreft bepaalde aspecten van zorg die in de 'standaarden' worden genoemd. Twee kanttekeningen hierbij zijn op hun plaats. In de eerste plaats werd het materiaal verzameld vóórdat de eerste standaard werd gepubliceerd, zodat huisartsen er niet op kunnen worden 'aangesproken'. Daarnaast is het materiaal ook niet compleet genoeg om een weloverwogen oordeel te kunnen geven. Weliswaar zijn gegevens over de reden voor het contact, co-morbiditeit, prescriptie, verwijzingen en vervolgspraken voorhanden, maar gegevens over de anamnese, over de precieze uitslagen van laboratoriumonderzoek en over de fase waarin de ziekte en de therapie zich bevinden, zijn niet verzameld. Desondanks leek het nuttig het feitelijk handelen van huisartsen te beschrijven op enkele van de terreinen waarvoor inmiddels een standaard is uitgegeven. Met die

gegevens kan nog eens nagedacht worden over de standaard zelf en over de noodzaak huisartsen op punten na te scho-
len. Op de onderzochte terreinen bleken de huisartsen het
voor een deel met elkaar eens te zijn en leefden zij de (na-
dien uitgegeven) standaard al na; op andere punten weken zij
daar in hun werkwijze van af. Een overzicht:

Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn bij enkeldistorsie
is - conform de standaard - gering, maar er worden (te) veel
röntgenfoto's gemaakt.

Bij patiënten met diabetes vindt eens per drie maanden
bloeddrukmeting plaats en ook de prescriptie geschiedt
volgens de standaard; er wordt echter te weinig bloedsuiker-
controle gedaan.

Ook de prescriptie bij acne geschiedt volgens de standaard,
maar herhaalreceptuur wordt, ten onrechte, vaak door de
assistente verzorgd.

Prescriptie bij cholesterol vindt, in overeenstemming met de
standaard, met de nodige terughoudendheid plaats. Ook in
overeenstemming met de standaard wordt geven de huisarts-
en veel voorlichting. Maar de indicatie voor cholesterolbepa-
lingen is nogal willekeurig.

Daarentegen vindt de prescriptie bij perifeer arterieel vaatlij-
den niet volgens de standaard plaats.

Patiënten met migraine worden, volgens de standaard, gerust-
gesteld, krijgen advies en medicatie en worden in beperkte
mate naar de tweede lijn verwezen. Echter, ergotamine wordt
vaak ten onrechte telefonisch voorgeschreven.

Screening op borstkanker is bij vrouwen die jonger zijn dan
70 goed; de screening bij oudere vrouwen schiet mogelijk
tekort.

Bij patiënten met urineweginfecties wordt (te) overvloedig
gebruik gemaakt van sediment als diagnosticum.

Zeer jonge kinderen met otitis media acuta krijgen te weinig
antibiotica voorgeschreven en te veel pijnstillende oordrup-
pels.

het oordeel van patiënten

Waar het gaat om de kwaliteit van de door de huisartsen geleverde zorg wordt vaak gedacht dat huisartsen en patiënten daar heel verschillend tegenaan zouden kijken. De patiënt - zo is het beeld - zou van de huisarts vooral een recept voor medicijnen en een verwijskaart naar een deskundig geachte medisch specialist verlangen. In werkelijkheid denken patiënten heel wat genuanceerder. Als twintig zeer door de patiënt gewaardeerde huisartsen in de Nationale Studie worden vergeleken met twintig weinig gewaardeerde, blijkt de voorkeur van de patiënt niet uit te gaan naar een veel voorschrijvende en verwijzende huisarts. Integendeel: vooral die huisarts wordt gewaardeerd die veel contact met zijn patiënten heeft, daar de tijd voor neemt, veel aan lichamelijk onderzoek doet, vaak voorlichting geeft over de klacht, het dikwijls nog 'even aankijkt', en leefregels of vrij verkrijgbare medicijnen voorschrijft. Dat contacten door de assistente worden afgehandeld vinden patiënten minder plezierig.

geselecteerde publikaties

- Groenewegen PP, de Bakker DH, van der Velden J. *Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Utrecht: NIVEL 1992.*
- Van Dijk L. Foets M. Doorbos G. *Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk: de ontwikkeling van een kwaliteitsmaat. Utrecht: NIVEL 1991.*
- Gloerich A, van der Zee J. *Verwijzingen van huisarts naar medisch specialisten Utrecht: NIVEL 1992.*
- Kersten T. *De invloed van de huisarts in de tweedelij. (Dissertatie). Utrecht: Nivel 1991.*
- Nijland A. *DE praktijkassistente in de huisartspraktijk: progressie in professionalisering. Meppel: Krips Repro 1991.*
- Stokx L. Foets M. Flierman H. *Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL 1992 (concept-rapport).*

- Uunk W. Dekker J. Groenewegen PP. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeitsspecifieke verwijzingskansen. Utrecht: NIVEL 1991.
- Verhaak PFM, Bosman J, van der Velden J. Preventie. Utrecht: NIVEL, 1991.
- Verheij R. de Bakker D. Velden van der J. De grote stadspraktijk. Concept-rapport. Utrecht: NIVEL 1992.
- Bijl D. Hutten JBF et al. Acute otitis media in Dutch general practice. 1992 (aangeboden aan British Medical Journal).
- Bijl D. Hutten JBF. van der Velden J. Grol RPTM. Migraine, hoofdpijn en spierspanningshoofdpijn in de huisartspraktijk: epidemiologie en behandeling door de huisarts. 1992 (concept-artikel).
- Brandenburg BJ. Hutten JBF. van der Velden J. Grol RPTM. Acne vulgaris in de huisartspraktijk: een vergelijking met de NHG-standaard. Huisarts & Wetenschap 1991; 12: 535-9.
- Calnan M. Groenewegen PP. Huuten J. Professional reimbursement and management of time in general practice. An international comparison. Social Science and Medicine 1992; 2: 209-16.
- Claessens AAMC. van der Velden J. Mammografie aanvragen in de huisartspraktijk. 1991 (concept-artikel).
- Foets M. Schellevis F. van Dijk L. Geneigdheid tot en kwaliteit van voorschrijven door huisartsen. 1992 (concept-artikel).
- Groenewegen PP. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact 1990; 45: 608-11.
- Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and jobsatisfaction among general practitioners: a review of the literature. Social Science and Medicine 1991; 10: 1111-19.
- Grol R. Claessens A. van der Velden J. Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. Huisarts & Wetenschap 1991; 1: 30-4.

- Kerkstra A. Verheij R. Foets M. van der Velden J. *Behoeft*
aan nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. *Tijdschrift*
voor Sociale Gezondheidszorg 1990; 8: 346-54.
- Kerkstra A. Verheij R. Foets M. van der Velden J. *Individual*
determinants of health services research after hospital
discharge. 1990 (aangeboden aan Health Services
Research).
- Kersten T, Foets M. De betrokkenheid van huisartsen bij de
ziekenhuisbehandeling van hun patiënten. *Tijdschrift*
voor Sociale Gezondheidszorg 1990; 1: 36-41.
- Kersten T. Overleg door huisartsen met specialisten over de
ziekenhuisopname van patiënten. *Nederlands Tijdschrift*
voor Geneeskunde 1992; 23: 1102-6.
- Kluyt I. Onzekerheid en aanvullende diagnostiek bij enkele
huisartsgeneeskundige problemen. In: D. Kriegsman
red.). *Continuïteit, een leidraad voor de huisartsgenees-*
kunde. Amsterdam, 1990, 55-62.
- Kluyt I, Zaat J, van der Velden J, van Eijk JThM, Schellevis F.
Voor een prikje? Het gebruik van klinisch-chemische,
haematologische en serologische bepalingen door de
huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 2: 67-71.
- Konings GPJM. van der Velden J. Hutten JBF. Grol RPTM.
Het controle- en therapiebeleid van de huisarts bij type
II diabetes voor het verschijnen van de NHG-standaard:
de nationale studie als voormeting. 1992 (concept-
artikel).
- Nijland A, de Haan J, van der Velden J, Meyboom-de Jong B.
Sociale en professionele kenmerken van de dokters-
assistente. *Huisarts en Wetenschap* 1990; 9: 350-4
- Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, de Haan J, van
der Velden J. Determinanten van delegeren. Het dele-
geren van (medisch-technische) taken aan de praktijk-
assistente. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 11: 484-7.
- Nijland A, Meyboom-de Jong B, Groenier KH, van der Velden
J, de Haan J. Zelfstandige verrichtingen van de assis-
tente in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*
1991; 13: 587-92.

- Peeters L. van der Kooij T. Huisarts en placebo's. Gegevens uit de Nationale Studie. Medisch Contact 1992; 27/28: 850-3.*
- Uunk W, Dekker J, Groenewegen PP. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. 1992 (aangeboden aan Mens en Maatschappij).*
- Van der Velden J. Een preventiemodel voor de jaren '90. Medisch Contact 1989; 3: 78-82.*
- Van der Weijden T. Hutten JBF. Brandenburg BJ. Grol RPTM. van der Velden J. Cholesterolopsporing en -behandeling in de huisartspraktijk: een vergelijking met de NHG-standaard. (aangeboden aan Huisarts & Wetenschap).*
- Zaat J, Schellevis FG, Kluyt I, van Eijk JThM, van der Velden J. Hebben laboratoriumbepalingen effect op de werkhypothese van huisartsen. 1992 (aangeboden aan Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde).*
- Zaat J, Schellevis FG, Kluyt I, van Eijk JThM, van der Velden J. 'Dokter ik ben zo moe' Diagnostiek bij de klacht moeheid. 1992 (aangeboden aan Huisarts en Wetenschap).*
- Zee J van der, Verhaak PFM. Preventie: een kwestie van routine? Medisch Contact 1989; 3: 75-8.*

TOT BESLUIT

Als iets kenmerkend is voor de Nederlandse huisartspraktijk, dan is het wel een proces van wikken en wegen. Voor de patiënt, die problemen met zijn gezondheid ervaart, en moet besluiten die nog maar 'ns een tijdje aan te zien, er bij anderen advies over in te winnen, of ze voor te leggen aan de huisarts. En voor de huisarts, die een oordeel moet geven over de ernst van de klacht, en op grond daarvan de patiënt moet adviseren over hoe het nu verder moet.

een beeld van de huisarts

De Nationale Studie laat nog eens zien hoe belangrijk de rol van de huisarts in dat proces is. Dat blijkt uit de vele contacten die huisartsen met hun patiënten hebben. Het blijkt ook uit de belangrijke plaats die de diagnostiek - en dan vooral het lichamelijk onderzoek - in de huisartspraktijk inneemt, een belangrijk middel om ernstige van minder ernstige klachten te kunnen onderscheiden. En het blijkt uit de gegevens over het handelen van de huisarts. Verreweg de meeste problemen, zo laat de Nationale Studie zien, handelt de huisarts zelf af. De huisarts praat, stelt gerust, geeft voorlichting en advies en schrijft medicijnen voor.

het beeld compleet

Hoeveel kennis de Nationale Studie al mag hebben opgeleverd, uitgeput is het materiaal nog niet. Aanvullend onderzoek is in voorbereiding, zowel naar het vóórkomen van ziekten als naar het handelen van de huisarts. Onderwerpen zijn, ondermeer, het voorschrijfgedrag van de huisarts (méér gedetailleerd dan dat tot nu toe kon worden beschreven) en de werkbelasting in de dagelijkse praktijk. Ook de verschillen tussen huisartsen (bijvoorbeeld naar geslacht, praktijkvorm) kunnen nog verder onderzocht worden. Ook over de patiënt is het laatste woord nog niet gezegd. Nog lopende onderzoeken naar de invloed van sociaal-economische status op het ziektepatroon en op medische consumptie en naar en naar de relatie tussen gezondheid en 'leefstijl', zoals vastge-

legd in de dagboeken die de patiënten enkele weken hebben bijgehouden, zijn daar voorbeelden van.

veranderende zorg

Toch nadert het moment dat de Nationale Studie zijn kracht zal hebben verloren. Hoe omvangrijk de verzamelde gegevens ook zijn, ze hebben één beperking: ze beschrijven de situatie in 1987 en 1988. Sinds die tijd is de gezondheidszorg in Nederland in een stroomversnelling geraakt. Met de komende stelselwijziging zal de indeling van de gezondheidszorg in eerste, tweede en, zo men wil, derde lijn worden losgelaten, zal het onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten verdwijnen, zullen verzekeraars en hulpverleners onderling gaan concurreren en zal de huisarts anders gehonoreerd gaan worden dan nu. Dát die veranderingen van invloed zullen zijn op het dagelijks werk van de huisarts is duidelijk. Wát er precies zal veranderen, veel minder. Waarbij, anders dan bij eerdere geplande veranderingen in de zorg, van een experimentele periode dit keer geen sprake zal zijn.

De Nationale Studie werd destijds opgezet om het beleid op het gebied van de gezondheidszorg te onderbouwen, te evalueren en zo nodig bij te stellen. Ook in dit opzicht is de tijdgeest veranderd. De overheid treedt terug, gedetailleerde planning wordt ingeruild voor marktgerichtheid en zelfregulering. Toch heeft de overheid, volgens de in maart 1992 verschenen nota 'Informatiebeleid in een veranderend stelsel van zorg', ook in die situatie behoefte aan informatie. Gegevens zijn nodig, niet alleen om het systeem, op afstand, te kunnen besturen (om voorwaarden aan zorgaanbieders te kunnen stellen, bijvoorbeeld, of om de premie en het pakket van de nieuwe basisverzekering te kunnen bepalen), maar ook om recht te kunnen doen aan de algemene verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid die de overheid nu eenmaal heeft. Daartoe moet zij een beeld hebben (en houden) van de volksgezondheid en de werking van het nieuwe stelsel van zorg in de praktijk kunnen beoordelen.

Op deze laatste punten is de Nationale Studie van grote betekenis. Om te kunnen nagaan wat er in de praktijk verandert, moet 'het nieuwe' immers tegen 'het oude' afgezet kunnen worden. De in de Studie verzamelde cijfers zijn bij uitstek geschikt om in een dergelijke vergelijkende opzet als 'nulmeting' te dienen. Dat daarvoor ook nieuw onderzoek, met de nieuwe situatie als achtergrond, nodig is, zal duidelijk zijn. Net als in het begin van de jaren tachtig liggen de plannen al klaar.

VERRICHTING
N E STU