Studies naar samenwerking nr. 9

Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen

R.T.J. Hamers, W.G.W. Boerma

NIVEL bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

juli 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
telefoon: 030-319946

Rapporten in deze serie "Studies naar Samenwerking" doen verslag van onderzoek naar bepaalde aspecten van samenwerking in de Eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is er een publicatiereeks, "Cijfers over Samenwerking", waarin jaarlijks de meest recente gegevens worden gepubliceerd uit het NIVEL-registratiesysteem van gezondheidscentra en home-teams

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hamers, R.T.J.

Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen / R.T.J. Hamers, W.G.W. Boerma. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. - Tab. - (Studies naar samenwerking ; 9)
Onderzoek in het kader van het projekt "Registratie en onderzoek samenwerkingsverbanden". - Met lit. opg.
ISBN 90-6905-006-4
SISO 603.3 UDC 614.23
Trefw.: huisartsen ; gezondheidszorg.

Typewerk: M. Van Geelkerken-Van Wijk
vormgeving: Mieke Cornelius
lay-out en druk: Anton Leerentveld.

INHOUDSOPGAVE Blz.

1. Inleiding 1
1.1. Samenwerking in de ELGZ 1
1.2. Achtergronden van dit onderzoek 6

2. Onderzoekspopulatie en respons 9
2.1. Representativiteit van de respons 10
2.2. Achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie 11

3. De vraagstellingen 14

4. Verloskundige zorg 15
4.1. Verloskunde in Nederland: Een algemeen kader 15
4.1.1. De organisatie 15
4.1.2. Enkele cijfers 16
4.1.3. Specialisatie en hospitalisatie ter discussie 18
4.2. Verloskundige zorg door huisartsen: De onderzoeksresultaten 18
4.2.1. Uitoefening van verloskundige taken 19
4.2.2. Samenhangen met het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts 26
4.2.3. De huisartsen die geen bevallingen leiden 36
4.2.4. Samenvatting 38

5. Jeugdgezondheidszorg 41
5.1. Jeugdgezondheidszorg in Nederland: Een algemeen kader 41
5.2. Jeugdgezondheidszorg door huisartsen: De onderzoeksresultaten 44
5.2.1. De huisarts als consultatiebureau-arts 45
5.2.2. Factoren die samenhangen met het doen van consultatiebureauwerk 47
5.2.3. Organisatie en samenwerking ten behoeve van het consultatiebureau 55
5.2.4. Samenvatting 57

6. Preventieve zorg 59
6.1. Preventieve gezondheidszorg in Nederland 59
6.2. Meningen over preventieve taken in het algemeen: De onderzoeksresultaten 61
6.3. Opsporing en behandeling van hypertensie 64
6.3.1. Wijze van opsporen 65

Blz.

6.3.2. Betrokkenheid van de praktijkassistente en hulpverleners van andere disciplines in de eerste lijn 68
6.3.3. Hypertensie in de praktijkadministratie 69
6.3.4. Aanbod van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden 70
6.3.5. Factoren welke samenhangen met de wijze van opsporen van hypertensie door huisartsen 71
6.4. Advies en begeleiding bij veranderen van (riskante) leefgewoonten 74
6.4.1. Adviseren door de huisarts 75
6.4.2. Vastleggen van leefgewoonten in de patiëntenadministratie 77
6.4.3. Aanbod van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden 78
6.4.4. Factoren welke mogelijk samenhangen met de adviesrol van de huisarts ten aanzien van riskante leefgewoonten 80
6.5. Samenvatting 82

7. Terminale zorg 84
7.1. Inleiding 84
7.2. Stervens- en rouwbegeleiding door huisartsen in verschillende praktijkvormen; de onderzoeksresultaten 85
7.2.1. Terminale zorg in verschillende praktijkvormen 86
7.2.2. Taakopvatting bij terminale zorg 89
7.2.3. Samenhangen met de taakopvatting betreffende stervensbegeleiding 93
7.2.4. Samenwerking bij stervens- en rouwbegeleiding 94
7.2.5. Samenvatting 99

8. Samenvatting en conclusies 102
8.1. Samenvatting 102
8.2. Conclusies 108

Literatuur 111

Bijlage 1: Overzicht van de tabellen
Bijlage 2: De Vragenlijst

1. INLEIDING

In het kader van het project 'Registratie Samenwerkings Verbanden' (RSV) is een aantal jaren aandacht besteed aan verschillende aspecten van het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Zo verschenen achtereenvolgens een aantal monografieën over: stervens- en rouwbegeleiding, verloskunde, jeugdgezondheidszorg en preventie (Boerma, 1982; Boerma, 1983; Boerma & Hamers, 1984; Boerma, 1985). Een steeds weerkerende vraag, die naar aanleiding van de onderzoekingen werd gesteld, betreft de beperking tot deze meer formele samenwerkingsverbanden: "we weten nu hoe gezondheidscentra en groepspraktijken in dit opzicht functioneren, maar hoe zit dat nu in andere praktijksituaties". Om aan deze vraag tegemoet te komen wordt in dit rapport verslag gedaan van een vergelijkend onderzoek onder huisartsen die in andere praktijkvormen werkzaam zijn dan gezondheidscentra en groepspraktijken. Hiertoe is met de belangrijkste vragen uit de voornoemde onderzoekingen een enquête samengesteld, die vervolgens bij een grote representatieve steekproef huisartsen, buiten de twee genoemde samenwerkingsverbanden is afgenomen.

1.1. Samenwerking in de ELGZ

De achtergrond van deze studie ligt voor een belangrijk deel in de wens huisartsen in verschillende vormen en intensiteiten van samenwerken met elkaar te vergelijken.

Samenwerking in de gezondheidszorg mag zich de laatste jaren in een toenemende belangstelling verheugen van beleids- en onderzoeksinstanties. Deels uit ideële motieven ("twee weten meer dan één"), deels uit sociaal-economisch oogpunt, wordt het van oudsher solistisch uitgevoerde beroep van huisarts steeds meer in samenwerking uitgeoefend. Ook de overheid is doordrongen van het belang van samenwerking in de ELGZ. Het wordt beschouwd als één van de voorwaarden ter verwezenlijking van een belangrijke prioriteit, namelijk versterking van de eerste lijn. De eerste lijn leent zich het beste voor patiëntenparticipatie en sluit bovendien aan bij de informele zelf- en mantelzorg, twee uitgangspunten van het overheidsbeleid, zoals staan weergegeven in de "Nota Eerstelijnszorg" (WVC, 1983). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de overheid gezondheidscentra tegemoet komt in bepaalde extra kosten die uit de samenwerking voortvloeien.

Aan de andere kant wordt de vraag naar de méérwaarde van met name de multidisciplinaire samenwerking steeds stringenter gesteld (niet in de laatste plaats vanwege de subsidie-regelingen voor gezondheidscentra, welke door sommigen als dicriminerend ten aanzien van de solistisch werkende huisarts worden gezien). Zo werd in 1979 een rapport van de Ziekenfondsraad gepubliceerd waarin het functioneren van acht gezondheids-

centra werd geëvalueerd (ZFR, 1979). Ook door locale ziekenfondsen wordt onderzoek gesubsidieerd; zo voerde het Instituut Voor Gezondheidszorg een onderzoek uit naar het functioneren van samenwerkingsverbanden in Noord-Brabant (Van Brunschot, 1982). Daarnaast zijn een aantal aanzetten gemaakt bepaalde resultaten van het werk van wél en niet samenwerkende huisartsen met elkaar te vergelijken. De aandacht heeft zich hierbij gericht op de samenhang tussen verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers enerzijds en de verschillende samenwerkingsvormen anderzijds (o.a. Van Duuren & Hupkens, 1981: Dopheide & Van der Zee, 1981; Wijkel, 1983).

Een probleem bij het vergelijken van verschillende samenwerkingsvormen heeft te maken met het feit dat niet over alle vormen van samenwerking evenveel bekend is. Het meest uitgebreid beschreven is de samenwerking binnen gezondheidscentra en groepspraktijken. Over deze vormen van geformaliseerde samenwerking zullen we nu enkele cijfers presenteren, welke afkomstig zijn uit het reeds eerder vermelde RSV-project (Boerma, 1984). Onderstaande tabel geeft een bijgewerkt overzicht vanaf 1970 van het aantal gezondheidscentra en groepspraktijken.

Tabel 1.1 Aantal groepspraktijken (GP) en gezondheidscentra (GC) van 1 januari 1970 tot 1 januari 1984.

	'70	'71	'72	'73	'74	'75	'76	'77	'78	'79	'80	'81	'82	'83	'84
GP	8	12	16	23	31	40	45	50	54	67	74	76	82	92	95
GC	3	6	8	14	21	34	42	56	73	81	88	97	107	120	131

Bron: Boerma, 1984.

In 1970 telden we slechts 3 gezondheidscentra; in 1984 zijn het er maar liefst 131. Nog steeds is er een jaarlijkse stijging van rond de 10%. Ook het aantal groepspraktijken is sterk gestegen; van 8 in 1970 tot 95 in 1984. Wanneer we kijken naar de regionale spreiding treffen we gezondheidscentra vooral aan in de randstad en met name in de forensengemeenten en de 3 grote steden. Groepspraktijken daarentegen vinden we voornamelijk in Noord-Brabant, met name op het verstedelijkt platteland en in de kleine steden. In een gezondheidscentrum zijn per definitie 3 disciplines aanwezig; huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n). De meeste gezondheidscentra hebben meer dan de 3 kerndisciplines in huis. Aan het merendeel van de centra, ruim tweederde, zijn één of meer fysiotherapeuten verbonden. Daarnaast zijn verloskundigen (48%), tandartsen (28%) en gezinszorg (24%) als extra disciplines vertegenwoordigd. In 2% van de centra is een apotheek gevestigd. Bejaardenverzorg-

sters, diëtisten en psychologen tenslotte, zijn in een beperkt aantal centra werkzaam. In een groepspraktijk werken de huisartsen niet vanuit één gemeenschappelijke huisvesting met wijkverpleging en maatschappelijk werk, wat niet uitsluit dat ze met één of beide disciplines samenwerken. Van de huisartsen in groepspraktijken heeft 12% een dienstverband, meestal met een stichting, maar ook wel als assistent bij een vrij gevestigde collega. Gezondheidscentra kennen ruim éénderde dienstverbanders. Een paar laatste cijfers handelen over patiënten- of cliëntenbestanden. Huisartsen hebben een welomschreven patiëntenbestand, de meeste andere disciplines kennen zo'n bestand niet. Deze werken veelal voor een (geografisch bepaald) verzorgingsgebied. De vraag is in hoeverre er sprake is van identieke of overlappende bestanden. De voordelen van een geïntegreerde en gecoördineerde hulpverlening binnen de ELGZ zouden immers optimaal benut kunnen worden als de werkgebieden van de samenwerkende disciplines elkaar overlappen. In 78% van de gezondheidscentra werken wijkverpleging en maatschappelijk werk voor eenzelfde werkgebied. Betrekken we de huisarts erbij dan zien we dat in slechts 30% van de centra de 3 kerndisciplines voor eenzelfde populatie werken. Gezien de vrijheid om een arts elders te kiezen leidt dit onvermijdelijk tot een situatie waarin de huisarts van een centrum, ook al werken ze wijkgebonden, toch slechts een deel van het werkgebied van de andere disciplines bestrijkt.

Naast gegevens met betrekking tot de samenstelling en omvang van de (geformaliseerde) samenwerkingsvormen, is ook bekend in welke mate er in gezondheidscentra en groepspraktijken wordt samengewerkt. Gegevens zijn voorhanden over de frequentie, duur en aard van de verschillende overlegvormen (Van der Zee, 1979; Mulder, 1980; Wijkel, 1984; Ten Cate & Van Dijke, 1981).

Samenwerking beperkt zich echter niet alleen tot gezondheidscentra en groepspraktijken. Huisartsen werken ook samen in andersoortige mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals associaties, waarneemgroepen en home-teams. Daarover is veel minder bekend. Wat de home-teams betreft zijn er aanzetten gemaakt tot inventarisatie in steekproeven, zowel als op regionaal niveau (o.a. Wijkel, 1983; Boots, 1983; Houwing & Geertsema, 1981; Ingen, 1981). Om, vooruitlopend op een registratie van home-teams, waarmee op het NIVEL in de tweede helft van 1985 een begin wordt gemaakt, ook enig inzicht te hebben in het aantal huisartsen dat in 'home-team-achtige' samenwerkingsverbanden praktizeert werden hierover aan de huisartsen in onze steekproef wat vragen gesteld. De verdeling van het aantal huisartsen, dat zegt deel uit te maken van een multidisciplinair samenwerkingsverband met tenminste de 3 kerndisciplines (de door ons gehanteerde definitie voor een home-team) vinden we in tabel 1.2. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen huisartsen welke een solopraktijk voeren en huisartsen welke met een collega een maatschap zijn aangaan (de

langdurig assistenten zijn ook tot deze laatste praktijkvorm gerekend).

Tabel 1.2 Aantal huisartsen die multidisciplinaire samenwerking rapporteren in solo- en duopraktijken.

praktijkvorm	gestruct. multidisc. samenwerking		
	wel	niet	totaal
solo	65 (26%)	185 (74%)	250 (100%)
duo	47 (42%)	64 (58%)	111 (100%)

Huisartsen, die deel uitmaken van een duopraktijk, rapporteren vaker multidisciplinaire samenwerking dan collegae die een solopraktijk voeren (42% tegen 26%). Alhoewel we ervan uitgaan dat er met betrekking tot dit aspect sprake is van enige overraportering, kunnen we toch stellen dat multidisciplinaire samenwerking een aanzienlijke omvang heeft. Wijkel (1984) komt in zijn onderzoek zelfs tot een percentage van 41,6% gerapporteerde multidisciplinaire samenwerking. Een discrepantie welke mogelijk verklaard kan worden door het onbreken van eenduidige definities van minder geformaliseerde samenwerkingsvormen. Wanneer we kijken naar de grootte en samenstelling van de teams dan zien we dat naast de drie kerndisciplines in bijna eenderde van de teams medewerkers gezins- en bejaardenzorg vertegenwoordigd zijn. De apotheker, verloskundige en tandarts worden maar weinig als teamlid opgegeven. Psychologen, fysiotherapeuten en geestelijken nemen een tussenpositie in (respectievelijk 15,5%, 16,6% en 17,8% van de teams).

Naast bovengenoemde vormen van samenwerking, zijn er ook huisartsen die alleen bilaterale werkcontacten hebben met andere disciplines, of die alleen overleggen met één of meer andere huisartsen. De verdeling van het aantal huisartsen dat mono- en/of bidisciplinair patiëntenoverleg, op vaste tijden, rapporteren vinden we in tabel 1.3. Daarbij hebben we een onderscheid aangebracht naar praktijkvorm, solo- of duopraktijk en het al dan niet deel uitmaken van een home-team.

Een aantal belangrijke conclusies kunnen uit de tabel worden afgeleid. We noemen ze hier puntsgewijs:

- Zowel bij de solo- als duopraktijken neemt monodisciplinair patiëntenoverleg een belangrijker plaats in dan het bidisciplinair patiëntenoverleg.

Tabel 1.3 Aantal huisartsen die mono- en/of bidisciplinair overleg rapporteren, in solo- en duopraktijken, al dan niet deel uitmakend van een home-team.

patiëntenoverleg met:	solo (N = 250)			duo (N = 111)		
	HT*	géén HT	totaal	HT	géén HT	totaal
andere h.a.	45 (74%)	105 (70%)	150 (63%)	38 (83%)	47 (76%)	85 (79%)
wijkverpleegk.	58 (89%)	68 (38%)	126 (51%)	45 (98%)	20 (33%)	65 (61%)
maatsch.w.	54 (84%)	28 (16%)	82 (34%)	39 (83%)	23 (40%)	62 (60%)
fysioth.	37 (58%)	68 (38%)	105 (43%)	22 (49%)	28 (44%	50 (46%)
apotheker(s)	24 (51%)	62 (38%)	86 (41%)	21 (57%)	16 (28%)	37 (39%)

* HT = home-team.

- Huisartsen welke deel uitmaken van een duopraktijk rapporteren vaker geregeld patiëntenoverleg dan hun solistisch opererende collegae. Dit geldt zowel voor het mono- als bidisciplinaire overleg.
- Het deel uitmaken van een home-team houdt verband met de mate van gerapporteerd patiëntenoverleg. Dit verband is het sterkst ten aanzien van het bidisciplinaire overleg en geldt zowel de solo- als duopraktijken.
- Bij het bidisciplinaire overleg neemt het overleg met de wijkverpleegkundige(n) de belangrijkste plaats in.

Wanneer we de, in deze paragraaf genoemde, vormen van samenwerking op een rijtje zetten, dan krijgen we het volgende beeld te zien:

Monodisciplinaire samenwerking
Dit is samenwerking met uitsluitend andere huisartsen. Hieronder vallen assocaties, waarneemgroepen en groepspraktijken.

Bidisciplinaire samenwerking
Dit is samenwerking met één andere discipline (in de eerste lijn).

Multidisciplinaire samenwerking
Dit is samenwerking waarbij tenminste de drie kerndisciplines betrokken zijn (huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige). Hieronder vallen het wijkgezondheidscentrum, het home-team, het sociaal café en het functionarissen-contact.

Deze verdeling laat de intensiteit van de samenwerking buiten beschouwing.

1.2. Achtergronden van het onderzoek

Het onderwerp van onderhavige studie vormt, zoals gezegd, het dienstenaanbod van huisartsen. Omdat dit onderzoek vooral een vergelijking beoogt tussen verschillende praktijkvormen, sluiten we aan bij de onderwerpen, zoals die binnen het eerder genoemde project (RSV) aan de orde kwamen; stervens- en rouwbegeleiding, verloskunde, jeugdgezondheidszorg en preventie. Daar we de verschillende thema's bij de betreffende hoofdstukken uitvoerig zullen behandelen, volstaan we hier met enkele inleidende opmerkingen, waarbij we beginnen met de **terminale zorg.**

Sinds het begrip stervensbegeleiding zijn intrede deed is de aandacht voor met name niet-medische en niet-verpleegkundige aspecten sterk toegenomen. Hoewel er zeer verschillend gedacht wordt over professionalisering van stervensbegeleiding zijn vele toch van mening dat hulpverleners hier wel degelijk een rol bij kunnen spelen, vooral in situaties waarin de familie het niet aankan. Deze opvatting past geheel in het streven van de overheid zoals weergegeven in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, waarin gepleit wordt voor een continue en integrale zorg; dat wil zeggen een zorg van de wieg toch het graf die met alle facetten van de patiënt rekening houdt (VOMIL, 1980). Terminale zorg richt zich niet uitsluitend op de patiënt, maar ook op de familieleden. In feite kan dit een begin zijn van rouwbegeleiding. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging erkent de noodzaak van terminale begeleiding en noemt deze hulpverleningstaken expliciet in een door haar opgesteld basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1983; in een eerdere versie werd overigens nog geen melding gemaakt van deze taken). Dat huisartsen zich inderdaad als de aangewezen persoon beschouwen om stervenshulp te bieden blijkt uit het feit dat 78,6% van de huisartsen uit een landelijke steekproef de betreffende vraag positief beantwoordden (Boots & Van Zutphen, 1981) alsmede uit een aantal publicaties door huisartsen over dit onderwerp (o.a. Crebolder, 1980; Spreeuwenberg, 1981; Stam, 1980). Waar echter zo weinig formele samenhang lijkt te bestaan tussen de taken van verschillende hulpverleners met betrekking tot stervens- en rouwbegeleiding, kan het belang van interdisciplinair overleg nauwelijks overschat worden.

Net als de terminale zorg wordt de **verloskundige zorg** door meerdere disciplines in verschillende echelons verleend, waarbij de nodige afstemming van taken te wensen overlaat. De huisarts heeft zijn aandeel in de praktische verloskunde de afgelopen decennia gestaag zien afnemen. Een aantal ontwikkelingen hebben tot dit terreinverlies van de huisarts geleid. In

de eerste plaats is de verloskundige markt, door een daling van het aantal geboorten, danig geslonken, terwijl het aantal hulpverleners, vooral gynaecologen, alleen maar toenam. De verworvenheden op medisch-technisch gebied leidden daarnaast tot een zuiging naar de intramurale specialistische zorg. Dit gevoegd bij de voorrang die de verloskundige heeft bij zorg voor zwangeren die bij de ziekenfondsen verzekerd zijn, maakt dat de huisarts nog slechts een bescheiden rol vervult in de verloskundige zorg. Zij die vinden dat de huisarts deze taak moet behouden, wijzen op het belang van een continue en integrale zorg. Naast een discussie over de vraag wie de bevalling moet leiden is er een discussie gaande over de wenselijkheid van verdergaande hospitalisatie. Van de ene kant wordt gewezen op de technische mogelijkheden (in het ziekenhuis) van de andere kant ziet men in een medicalisering van zwangerschap en bevalling ook nieuwe risico's ontstaan en wijst men op het natuurlijk karakter van bevallingen in de meeste gevallen. In de discussie over de rol van de huisartsen in de verloskundige zorg wordt weleens vergeten dat deze zorg meer omvat dan alleen het leiden van de bevalling. Ook huisartsen die dat niet doen kunnen actief zijn in pre- en postnatale zorg. Het betrekken van de huisarts bij deze taken kan echter alleen dan zinvol zijn mits daarover goede werkafspraken zijn gemaakt, vooral met de verloskundige. Intussen zijn er beleidsontwikkelingen gaande die gericht zijn op een betere taakverdeling en samenwerking ter verbetering van de continuïteit in de zorg.

Een enigszins vergelijkbare sfeer van concurrentie tussen hulpverleners treft men aan op het terrein van de **jeugdgezondheidszorg.** Deze zorg ten behoeve van kinderen van 0-4 jaar krijgt gestalte binnen de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters en draagt voornamelijk een signalerend en preventief karakter. De organisatie van de bureau's berust bij de talrijke plaatselijke kruisverenigingen. Wie de meest aangewezen uitvoerders voor deze jeugdgezondheidszorg zijn is wederom een punt van discussie. Volgens de, al eerder vermelde Schets voor de Eerstelijnszorg, heeft de eerste lijn een generalistisch karakter met preventieve, voorlichtende, curatieve, verplegende, verzorgende, revaliderende en signalerende taken. De jeugdgezondheidszorg zou daar wel in passen. De voorstanders van de huisarts als consultatiebureau-arts wijzen op het voordeel van de kennis van het primaire leefmilieu. Het concept van de integrale zorg wordt niet verenigbaar geacht met de preventieve zorg voor jeugdigen door een aparte arts. Voorstanders van de jeugdarts of de zogenaamde 'mevrouw-arts' als consultatiebureau-arts wijzen op de specifieke deskundigheid en routine, welke het consultiebureau-werk vereist. De sfeer van concurrentie maakt dat de samenhang in de jeugdgezondheidszorg, zowel in functioneel, operationeel als bestuurlijk opzicht te wensen overlaat. Daarnaast zien we dat de autonome ontwikkeling die de jeugdgezondheids-

zorg geruime tijd heeft doorgemaakt, hier en daar ten koste is gegaan van de kwaliteit. Dit alles heeft ertoe geleid dat de overheid besloten heeft meer beleidsaandacht te besteden aan deze sector van de gezondheidszorg.

Het laatste thema, waarbij we in deze inleiding even stil willen staan, vormt de **preventieve zorg.** Onder het begrip preventie kan een veelheid aan activiteiten gerangschikt worden, die op verschillende niveau's en op verschillende schaal kunnen worden uitgevoerd. Grofweg kan een onderscheid gemaakt worden tussen het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid. Ook hier dient zich de vraag aan naar de rol van de huisarts binnen dit, zich in toenemende belangstelling verheugende aspect van de gezondheidszorg. In de onlangs gepubliceerde 'Nota Eerstelijnszorg' (WVC, 1983) wordt gesteld dat een belangrijk deel van het probleemaanbod voor met name huisartsen en maatschappelijk werkenden verband houdt met de levensstijl, wat eisen stelt aan het aanbod; o.a. maatregelen op het vlak van preventie, voorlichting, signalering e.d. Van Aalderen & Knottnerus (1978) wijzen op de unieke positie van de huisarts; de centrale positie in verband met verwijzingen, de grotere deelname-bereidheid, die de huisarts ondervindt, de betere inschatting van de risico's door voorkennis over de patiënt, een integrale beoordeling van de resultaten door diezelfde voorkennis en een geringere kans op een technische en anonieme benadering. Er zijn echter ook belemmeringen; de organisatorische faciliteiten ontbreken evenals voldoende kennis, vaardigheid en tijd. De huisarts is momenteel nog te veel curatief ingesteld, zijn registratiesysteem is ongeschikt en tenslotte vormen financiering en honorering ernstige hinderpalen. Interdisciplinaire samenwerking biedt misschien meer mogelijkheden voor preventieve zorg, geïntegreerd in de eerste lijn.

Dit rapport is als volgt ingedeeld; eerst wordt een beeld geschetst van de onderzoekspopulatie en geven we een overzicht van de respons op de schriftelijke enquête (hoofdstuk 2). Daarna volgt in hoofdstuk 3 een overzicht van de belangrijkste vraagstellingen. In hoofdstuk 4 tot en met 7 staan achtereenvolgens de resultaten aangaande het dienstenaanbod van huisartsen met betrekking tot de verloskundige zorg (hoofdstuk 4), de jeugdgezondheidszorg (hoofdstuk 5), de preventieve zorg (hoofdstuk 6) en de stervens- en rouwbegeleiding (hoofdstuk 7). Een samenvatting en de belangrijkste conclusies, tenslotte, vindt men in hoofdstuk 8.

2. ONDERZOEKSPOPULATIE EN RESPONS

In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen de populatie van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken (zoals die in het NHI-project 'Registratie Samenwerkings Verbanden', in de eerder genoemde vier enquêtes onderwerp van studie waren) en een steekproef van huisartsen, die niet in deze samenwerkingsverbanden werkzaam zijn. Deze steekproef werd a-select uit het bestand van de huisartsenregistratie van het NHI getrokken. De enquête, samengesteld uit vragen uit de vier, reeds eerder genoemde vragenlijsten (zie bijlage 2), werd eind 1983 verstuurd aan 500 huisartsen. Er werd éénmaal schriftelijk gerappelleerd. Uiteindelijk kwamen 367 vragenlijsten ingevuld bij ons terug. De respons was dus 74%. In tabel 1.4 is het aantal verstuurde en terugontvangen enquêtes voor de vier groepen huisartsen weergegeven.

Tabel 2.1 Het aantal verstuurde en terugontvangen enquêtes.

onderzoek*	verstuurde enquêtes	respons
GC; stervens- en rouwbegeleiding (1981)**	312	259 (83%)
GC; verlosk.- en jeugdgezondheidszorg (1982)***	340	292 (86%)
GP; verlosk.- en jeugdgezondheidszorg (1982)	267	211 (79%)
GC; preventieve zorg (1983)	382	329 (86%)
GP; preventieve zorg (1983)	307	236 (77%)
buiten GC en GP (1983)	500	367 (74%)

* Jaartallen verwijzen naar jaar waarin onderzoek plaats vond; niet naar het jaar van publicatie.

** De enquête 'stervens- en rouwbegeleiding' is niet aan huisartsen in groepspraktijken verstuurd.

*** De vragen betreffende jeugdgezondheidszorg maakten deel uit van de enquête 'verloskundige zorg'.

Een aantal kanttekeningen behoren bij dit overzicht gemaakt te worden. In de eerste plaats hebben we, voor wat betreft de gezondheidscentra en groepspraktijken te maken met de totale populatie, die aangeschreven is, terwijl bij de overige huisartsen sprake is van een steekproef. Omdat deze steekproef a-select getrokken is en als zodanig representatief ge-

acht mag worden voor de totale populatie, is een onderlinge vergelijking gerechtvaardigd, gezien ook de goede respons van 74%. Een tweede kanttekening betreft de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Door mutaties in het bestand hebben we hier niet te maken met populaties die voor de verschillende jaren identiek zijn. Door groei van het aantal samenwerkingsverbanden nam bijvoorbeeld het aantal huisartsen steeds verder toe. Daardoor zijn er huisartsen die aan één of meer van de enquêtes, in het kader van de RSV, niet hebben deelgenomen eenvoudig omdat ze toen nog niet in het bestand voorkwamen. In dit geval zijn de gegevens, welke in een bepaald jaar niet zijn ingevuld als ontbrekende waarden gedefinieerd.

2.1. Representativiteit van de respons

Ondanks het feit dat de steekproef a-select getrokken is blijft de respons een selectie uit de totale groep; namelijk die mensen die bereid zijn een vrij uitgebreide vragenlijst in te vullen. Deze bereidheid kan de representativiteit van de respons beïnvloeden.

Na het trekken van de steekproef werd een bestand opgebouwd, waarin een aantal gegevens van de steekproef-artsen waren opgenomen. Wanneer een enquête werd geretourneerd werd voor de betreffende arts een code toegevoegd. Zo kon achteraf de totale groep artsen die niet aan de enquête hebben deelgenomen, op een aantal punten, vergeleken worden met de totale groep artsen die wel aan de enquête hebben deelgenomen.

Tabel 2.2 laat de percentages zien van enkele belangrijke variabelen voor de twee groepen.

In de derde kolom zien we de percentages voor alle huisartsen (buiten gezondheidscentra en groepspraktijken), zoals die op 1 juli 1983 in het bestand van de huisartsenregistratie van het toenmalige NHI voorkwamen.

We zien dat de groep respondenten op een aantal punten verschillen vertoont met de niet-respondenten. Wanneer we de niet-respondenten vergelijken met alle huisartsen dan zijn het voor een belangrijk deel huisartsen uit de grote steden (7% meer dan landelijk). Ook is het aantal oudere huisartsen onder de niet-respondenten hoger dan landelijk. De periode waarin men zich als huisarts vestigde valt daardoor eerder, dan bij de totale groep huisartsen. Bij de praktijkvorm, solo of duo, zien we geen verschillen.

Voor de groep respondenten geldt uiteraard het omgekeerde, zij het dat de verschillen met de landelijke cijfers minder opvallend zijn. Onze respondenten zijn gemiddeld jonger en hebben zich recenter gevestigd dan de totale groep huisartsen. Daarnaast zien we iets meer associaties, wat mogelijk samenhangt met de oververtegenwoordiging die we aantreffen op het (verstedelijkt) platteland (in de grote steden zijn aanzienlijk meer associaties dan op het (verstedelijkt) platteland). Daar over het algemeen

Tabel 2.2 Representativiteit van de respons.

	Respons N = 367	Non-Respons N = 132	Landelijk* N = 4972
praktijkvorm			
solo	69%	71%	71%
duo	31%	29%	29%
geslacht			
man	93%	95%	95%
vrouw	7%	5%	5%
leeftijd			
tot 35 jaar	14%	11%	21%
35-40 jaar	37%	26%	30%
41-50 jaar	22%	23%	20%
boven 50 jaar	27%	40%	29%
jaar van vestiging			
na 1980	21%	19%	19%
1976-1980	25%	18%	22%
1970-1975	24%	17%	20%
voor 1970	30%	46%	39%
urbanisatiegraad van de vestigingsplaats**			
(versted.) platteland	38%	30%	34%
forensengemeenten + kleine steden	14%	13%	16%
grote steden	48%	57%	50%

* Bron: huisartsenregistratie NIVEL (situatie per 1 juli 1983).
** We onderscheiden, door samenvoeging van de op het CBS gehanteerde categorieën 3 graden van urbanisatie.

de groep respondenten niet al te veel afwijkt van de landelijke cijfers, hoeven we ons over de representatieviteit van de steekproef weinig zorgen te maken.

2.2. Achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie

In hoeverre de onderscheiden praktijkvormen, in onze onderzoekspopulatie, verschillen te zien geven wat betreft de in par. 2.1 genoemde kenmerken,

valt af te leiden uit onderstaande tabel.

Tabel 2.3 Achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie.

kenmerken		% huisartsen					
		Solo		Duo			
		HT	geen HT	HT	geen HT	GC	GP*
leeftijd:	tot 35 jaar	14	14	15	14	19	13
	35-40 jaar	37	31	55	42	49	37
	41-50 jaar	18	24	17	22	20	29
	boven 50 jaar	31	30	13	22	12	21
jaar van vestiging:	na 1980	22	20	23	22	29	23
	1976-1980	15	25	36	28	28	22
	1970-1975	28	21	26	27	28	26
	vóór 1970	35	35	15	23	15	29
geslacht:	man	95	96	91	84	86	87
	vrouw	5	4	9	16	14	13
urbanisatie-graad van de vestigings-plaats	(Versted.) platte-land	57	34	40	31	22	34
	Forensengemeenten + kleine steden	11	12	28	14	22	18
	Grote steden	32	54	32	55	56	48
N =		65	185	47	64	400	280

* Het is mogelijk (en waarschijnlijk) dat een aantal groepspraktijken ook home-team genoemd kan worden, vanwege de multidisciplinaire samenwerking. Hierover zijn evenwel geen gegevens beschikbaar.

Huisartsen in gezondheidscentra zijn gemiddeld jonger dan de collegae in de overige praktijkvormen. In de solopraktijken treft men relatief meer oudere huisartsen aan; duo- en groepspraktijken nemen in dit opzicht een tussenpositie in. Huisartsen in duopraktijken, die deel uitmaken van een home-team zijn gemiddeld iets jonger dan de collegae, die niet multidisciplinair samenwerken.

Nauw verwant aan de leeftijd is het jaar ven vestiging. Huisartsen die pas kort praktizeren (na 1980) zijn in gezondheidscentra wat meer vertegenwoordigd dan in de overige praktijkvormen. In de solopraktijken vindt men relatief de meeste huisartsen die al langer dan 15 jaren 'in het vak zitten'. Huisartsen in duopraktijken, deel uitmakend van een home-team, hebben gemiddeld minder praktizerende jaren achter de rug dan de collegae die niet deel uitmaken van zo'n team.

Verreweg de meeste huisartsen zijn van het mannelijk geslacht. Tegelijkertijd zien we dat in gezondheidscentra en groepspraktijken relatief meer vrouwelijke huisartsen werkzaam zijn dan in solo- en duopraktijken. Deelname aan een home-team geeft bij laatstgenoemde een verschil te zien 'ten nadele' van de home-teams.

Als laatste achtergrondgegeven kijken we naar de urbanisatiegraad van de plaats van vestiging. Gezondheidscentra treffen we ruim twee keer zoveel aan in de grote steden als op het (verstedelijkt) platteland. Opvallend is verder dat huisartsen in solo- en duopraktijken, die deel uitmaken van een home-team, vaker op het (verstedelijkt) platteland dan in de grote steden gevestigd zijn. Bij collegae die niet deel uitmaken van zo'n team zien we juist het omgekeerde.

3. DE VRAAGSTELLINGEN

De algemene vraagstelling voor dit onderzoek luidt:
"wat doen huisartsen in verschillende samenwerkingsverbanden aan verloskundige zorg, jeugdgezondheidszorg, preventie en stervens- en rouwbegeleiding?"

Een vraag die hier direct op aansluit:
"zijn er verschillen in het, op deze terreinen gerapporteerde dienstenaanbod, tussen huisartsen in verschillende vormen van samenwerking (mono-, bi- en multidisciplinair)"?

Bij het vaststellen van een relatie tussen de verschillende samenwerkingsvormen en het (gerapporteerd) dienstenaanbod van huisartsen is nog niet vastgesteld dat het juist het 'samenwerken' is, dat verantwoordelijk gesteld mag worden voor de gevonden relatie. De derde vraagstelling gaat op deze relatie in:
"waarmee hangen, eventueel, gevonden verschillen in (gerapporteerd) dienstenaanbod samen en hoe kunnen ze eventueel verklaard worden"?

In de inleiding werd erop gewezen dat hulpverleners uit verschillende disciplines betrokken zijn bij zowel de terminale-, als verloskundige- als preventieve-zorg. Tevens werd erop gewezen dat de noodzakelijke afstemming van taken en onderlinge samenwerking vaak te wensen overlaat. Onze laatste vraagstelling luidt daarom:
"in hoeverre wordt er door huisartsen in verschillende praktijkvormen met hulpverleners uit andere disciplines samengewerkt, c.q. in hoeverre ziet men een taak voor hulpverleners uit andere disciplines weggelegd?"

In de hoofdstukken 4 tot en met 7, waarin de resultaten besproken worden, zullen bovenstaande vraagstellingen meer in detail worden behandeld.

4. VERLOSKUNDIGE ZORG

Na een overzicht van de organisatie en taakverdeling met betrekking tot verloskundige zorg presenteren we enige cijfers over het verloop van de geboortecijfers in de laatste decennia en veranderingen die zich hebben voltrokken ten aanzien van de plaats van de bevalling en de hulpverlener die deze leidt. Een beknopte beschrijving van de discussie over de wenselijkheid van voortgaande specialisatie en hospitalisatie sluit deze inleidende paragraaf af. In paragraaf 2 volgen dan de onderzoeksresultaten.

4.1. Verloskunde in Nederland: Een algemeen kader

4.1.1. De organisatie

De verloskundige, of perinatale zorg, welke zich uitstrekt van het begin van de zwangerschap tot de baring en het daarop volgende kraambed kan in 3 fasen worden verdeeld; de zorg tijdens de zwangerschap (prenataal), de hulp bij de bevalling en de begeleiding daarna (postnataal). In de **prenatale** periode, die begint wanneer de zwangerschap bijvoorbeeld door de huisarts wordt vastgesteld, is de zorg gericht op de vroegtijdige opsporing van risicofactoren. Als die er zijn (er hoeven dan geen afwijkingen geconstateerd te zijn!) kan verwijzing naar een vrouwenarts plaatsvinden, die de begeleiding van de zwangere dan verder op zich neemt. Er is dan sprake van een primair medische indicatie. Bij een verwacht, normaal verloop is de verloskundige, dan wel de huisarts de aangewezen hulpverlener. We spreken van een secundair medische indicatie wanneer afwijkingen, in de loop van de zwangerschap, verwijzing noodzakelijk maken. In de achtste maand wordt, zij het niet algemeen, een medisch onderzoek gehouden. In deze periode zal men zich ook dienen aan te melden bij het kraamcentrum, om na de bevalling voor kraamzorg in aanmerking te komen. **De bevalling zelf** kan thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden. Bij verwachte complicaties vindt deze plaats in het ziekenhuis op medische indicatie (meestal door een specialist). Is er geen medische noodzaak voor hospitalisatie dan heeft de zwangere vrouw de keus uit een poliklinische- of thuisbevalling. Deze wordt dan in principe geleid door degene die de prenatale begeleiding deed; de verloskundige of de huisarts. De kraamverzorging tenslotte, is een belangrijk aspect van de **postnatale verzorging.** Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de kraambed-begeleiding, welke de nazorg van voornamelijk de moeder tot 6 weken na de bevalling betreft en welke gegeven wordt door degene die ook de bevalling leidde en de kraamzorg. Bij deze laatste vorm van zorg kan een onderscheid gemaakt worden tussen de interne kraamzorg, waarbij gedurende de hele dag een kraamverzorgster aanwezig is (ten behoeve van moeder, kind en de rest van het gezin) en wijkkraamzorg, waarbij de hulpverleenster 2x daags langs

komt ter verzorging van moeder en kind. De kraamzorg duurt meestal 8 à 10 dagen. De verloskundige/medische zorg na de bevalling wordt meestal gedaan door degene die daarbij de leiding had. Hoewel de baby direct na de geboorte al nagezien wordt, acht men een systematisch medisch onderzoek 3 à 4 dagen later gewenst. Bij verblijf in het ziekenhuis kan de huisarts of de kinderarts dat doen; thuis is de huisarts de meest aangewezene. Hetzelfde geldt ook voor het afsluitend medisch onderzoek van de moeder, ongeveer 6 weken na de bevalling, waartoe de huisarts haar op het spreekuur kan uitnodigen. De wijkverpleegkundige, tenslotte, brengt tijdens of kort na de kraamperiode een huisbezoek waarin desgewenst geadviseerd wordt over voeding en verzorging en waarin het eerste contact wordt geregeld met de jeugdgezondheidszorg i.c. het consultatiebureau voor zuigelingen.

Diverse regelingen met betrekking tot de perinatale zorg, vooral aan ziekenfondsverzekerden, drukken nogal een stempel op de uitvoering daarvan. De ziekenfondswet geeft verloskundigen ten opzichte van de huisartsen voorrang bij het leiden van normale bevallingen. Als een ziekenfondsverzekerde in het praktijkgebied van een verloskundige woont en zich liever wendt tot bijvoorbeeld de huisarts dan blijft vergoeding achterwege. Ook de plaats van bevalling wordt voor een belangrijk deel bepaald door financiële regelingen. In tegenstelling tot de thuisbevalling en de klinische bevalling op medische indicatie wordt de poliklinische (niet-medisch geïndiceerde) bevalling (nog) niet volledig door het ziekenfonds vergoed. Verzekerden die voor deze mogelijkheid kiezen, moeten een deel van de kosten zelf betalen.

4.1.2. Enkele cijfers

Aantal geborenen

De laatste decennia zien we zowel relatief als absoluut een flinke daling van het geboortecijfer. Tabel 4.1 (zie volgende pagina) laat de ontwikkelingen van 1960 tot 1983 zien.

Vanaf 1977 is er sprake van een zekere stabilisatie in het geboortecijfer. In 1982 zien we echter weer een daling, welke zich in 1983 schijnt voort te zetten.

Plaats van de bevalling

Nederland onderscheidt zich van alle andere geïndustrialiseerde landen in het aantal thuisbevallingen, al zien we ook hierin, gedurende de laatste decennia, een verschuiving optreden. In 1960 werd nog bijna driekwart van de kinderen thuis geboren; in 1980 heeft bijna tweederde van de bevallingen in een 'inrichting' plaats gevonden. Tabel 4.2 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van de verschuiving.

Tabel 4.1 Aantal geborenen van 1960 tot 1983 in Nederland.

jaar	abs (x 100)	per 1000 inwoners
1960	2427	21,1
1965	2485	20,2
1970	2415	18,5
1975	1792	13,1
1976	1785	13,0
1977	1746	12,6
1978	1768	12,7
1979	1762	12,6
1980	1825	12,9
1981	1797	12,5
1982	1721	12,0
1983	1703	11,9

Bron: CBS, Maandstatistiek bevolking en volksgezondheid; CBS, Geborenen naar aard verloskundige zorg en plaats van geboorte, 1980 en 1981.

Tabel 4.2 Percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen: 1970-1982.

plaats	'70	'71	'72	'73	'74	'75	'76	'77	'78	'79	'80	'81	'82
thuis	57,3	54,7	52,6	50	47,6	44,4	41,1	38,3	35,8	35,4	35,4	34,5	34,5
ziekenhuis*	42,7	45,3	47,4	50	52,4	55,6	58,9	61,7	64,2	64,6	64,6	64,6	64,6

* Inclusief kraaminrichting en kweekschool voor vroedvrouwen.

Bron: CBS, Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van de bevalling, 1981; VOMIL, 1981; CBS, Maandstatistiek bevolking en volksgezondheid.

We zien dus dat de gehospitaliseerde bevalling aanzienlijk terrein heeft gewonnen. Voor een deel is deze toename het gevolg van de zogenaamde poliklinische bevalling (29% in 1981), voor een deel ook door de toename van het aantal medische indicaties.

Leiding bij de bevalling

Voor het leiden van een bevalling komen de volgende beroepsbeoefenaren in

aanmerking: huisarts, verloskundige en medisch specialist. Door de terugloop van het aantal geboorten in de laatste decennia is de verloskundige 'markt' aanzienlijk beperkt. In 1960 leidde de huisarts nog de meeste bevallingen (46,3%), gevolgd door de verloskundige (31,5%) en de gynaecoloog (16,7%). In 1980, zo berekende het NHI op grond van cijfers van het CBS en de Jaarenquête Ziekenhuizen 1980 van het NZI, was het aandeel van de verloskundige toegenomen met 39,5% en hadden huisarts en gynaecoloog met elkaar van plaats geruild; nog maar 16% van de bevallingen werd in dat jaar door de huisarts geleid, tegen 43,8% door de gynaecoloog (Boerma, 1983). De meest recente cijfers geven voor 1981 een licht toegenomen aandeel van de verloskundigen te zien (40,2%) en een kleine teruggang bij de geneeskundigen (59,2%); niet uitgesplitst voor huisarts en specialist (CBS, 1982).

4.1.3. Specialisatie en hospitalisatie ter discussie

Over de wenselijkheid van verdergaande hospitalisatie zijn de meningen verdeeld. Van de ene kant wordt gewezen op de technische mogelijkheden (in de ziekenhuizen) om risico's verder terug te dringen. Zo constateert onder andere Hoogendoorn (1978) een hoge negatieve correlatie tussen het percentage vrouwen die in een ziekenhuis zijn bevallen en de perinatale sterfte. Voorstanders van de mogelijkheid thuis te bevallen wijzen er allen op dat dit systeem staat of valt met een goede prenatale selectie van zwangeren. Voor de moeder bij wie geen risicofactoren zijn gevonden is de geboorte thuis verantwoord (Van Alten, 1978, 1981). Kloosterman (1978) signaleert het gevaar dat het hospitaliseren bij een fysiologisch proces (de baring) een medische benadering in de hand werkt. De discussie lijkt soms een touwtrekken tussen concurrerende hulpverleners in een krimpende markt. Bij een sterk verminderd aanbod van bevallingen wil iedere discipline zijn positie trachten te handhaven of verbeteren.

4.2. Verloskundige zorg door huisartsen: de onderzoeksresultaten

In het voorafgaande hebben we gezien dat de huisarts zijn aandeel in de praktische verloskunde, de laatste decennia, gestaag heeft zien afnemen. Tegen deze achtergrond is het van belang, te weten, in hoeverre de onderscheiden praktijkvormen in dit opzicht van elkaar verschillen. We hebben deze vraag als volgt uitgewerkt:

a. Over het al dan niet leiden van bevallingen (§ 4.2.1.):
   - hoeveel huisartsen, in de onderscheiden praktijkvormen, hebben een verloskundige praktijk; hoeveel bevallingen doen ze jaarlijks, zowel thuis als in het ziekenhuis, zowel bij particulier- als ziekenfondsverzekerden.
   - hebben verloskundig praktizerende huisartsen behoefte aan een groter aandeel in de zorg.

b. Over het uitoefenen van andere pre- en postnatale taken (§ 4.2.1.):
   - in welke mate zijn huisartsen, in de onderscheiden praktijkvormen betrokken bij: het eenmalig onderzoek van de zwangere vrouw voor de 11e week alsmede dat in de 8ste maand, het onderzoek van de pasgeborene, enkele dagen na de geboorte, de begeleiding van het kraambed na een ziekenhuisbevalling, geleid door een specialist.
c. Welke structurele en persoonlijke factoren hangen samen met het al dan niet leiden van bevallingen door huisartsen (§ 4.2.2.):
   - aanwezigheid van één of meer verloskundige(n) in het praktijkgebied (waar dit het geval is zullen minder artsen verloskundig actief zijn).
   - urbanisatiegraad (hoe meer verstedelijkt de plaats van de vestiging hoe minder verloskundig praktizerende huisartsen).
   - ervaring van de huisarts (vroeger deden relatief meer huisartsen bevallingen dan nu; daarom zijn er onder de oudere meer ervaren huisartsen wellicht meer met een verloskundige praktijk).
   - relatief aantal particulier verzekerde patiënten in de praktijk (hoe groter dit percentage, hoe groter de kans dat de huisarts bevallingen leidt).
   - verloskundige taakopvatting; in hoeverre vinden huisartsen het leiden van bevallingen als ook de overige aspecten van pre- en postnatale zorg een taak voor de huisarts en hangt dit samen met de uitoefening van die taken.
d. Een laatste vraagstelling heeft betrekking op de huisartsen die geen bevallingen leiden (§ 4.2.3.):
   - hebben huisartsen die geen bevallingen leiden dat in het verleden wel gedaan; wat was de reden om daarmee te stoppen?

4.2.1. Uitoefening van verloskundige taken

Achtereenvolgens presenteren we de resultaten, betreffende het al dan niet leiden van bevallingen, het aantal bevallingen per huisarts, de andere aspecten van verloskundige zorg (zoals de verschillende pre- en postnatale onderzoeken) en de behoefte aan vergroting van de verloskundige praktijk.

Het leiden van bevallingen

We vroegen huisartsen of ze ten tijde van de enquête bevallingen leidden. Van de huisartsen die aan de enquête meewerkten leidde ruim 43% bevallingen.

Tabel 4.3 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van het percentage huisartsen dat bevallingen leidt, uitgesplitst naar praktijkvorm.

Wat direct opvalt is het lage percentage huisartsen in gezondheidscentra, dat bevallingen leidt (36%). Van de huisartsen in solopraktijken

Tabel 4.3 Percentage huisartsen dat bevallingen leidt naar praktijkvorm.

verloskundige activiteit	% huisartsen							
	solo			duo			GC	GP
	HT	géén HT	totaal	HT	géén HT	totaal		
Leidt bevallingen	54	44	46	49	41	44	36	44
Leidt géén bevallingen	46	56	54	51	59	56	64	56
N =	65	185	250	47	64	111	291	210

is het hoogste percentage verloskundig actief. Een ander verschil zien we tussen huisartsen die deel uitmaken van een home-team en hun collegae die niet op een dergelijke manier samenwerken. Dit verschil bedraagt 10% voor de solo- en 8% voor de duopraktijken, ten voordele van de home-teams. Wanneer we de deelname van een home-team even buiten beschouwing laten, leiden huisartsen in duopraktijken evenveel bevallingen als hun collegae in groepspraktijken (44%). In § 4.2.2. zullen we de gevonden verschillen nader analyseren op de factoren die daarmee verband houden.

Aantal bevallingen per huisarts

De 362 huisartsen die bevallingen leidden hielpen samen in één jaar 6852 baby's ter wereld. De meesten daarvan, zo'n 75%, werden thuis geboren; een kwart betreft dus ziekenhuisbevallingen. Huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken doen met een gemiddeld aantal per jaar (in 1981) van respectievelijk 12,3 en 14,3 duidelijk minder thuisbevallingen dan collegae in solo- en duopraktijken (respectievelijk 16,6 en 17,5 in 1983). Het deel uitmaken van een home-team lijkt er, wat de laatstgenoemden betreft, weinig toe doen; alleen bij de solisten is er een verschil in het aantal geleide thuisbevallingen, in het voordeel van de home-team-artsen (17,9 tegen 15,3). Bij ziekenhuisbevallingen zien we een omgekeerd beeld. Huisartsen in gezondheidscentra deden gemiddeld 6,1 ziekenhuisbevallingen (in 1981); collegae in duopraktijken gemiddeld 5 (in 1983), solisten gemiddeld 4,3 (in 1983) en huisartsen in groepspraktijken, tenslotte 2,7 (in 1981). Deelname aan home-teams geeft weinig verschil te zien. Tabel 4.4 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van het totale aantal bevallingen per jaar, per huisarts.

Huisartsen in duopraktijken leiden gemiddeld de meeste bevallingen, na-

Tabel 4.4 Totaal aantal bevallingen per huisarts, naar praktijkvorm.

bevallingen per jaar per huisarts	% Huisartsen							
	solo			duo			GC	GP
	HT	géén HT	totaal	HT	géén HT	totaal		
0-10	21	25	24	29	8	17	36	28
11-20	35	34	35	29	40	35	33	43
21-30	15	25	22	19	28	24	14	22
31-40	21	11	14	9,5	8	9	9	5
41-50	9	4	5	9,5	12	4	4	1
>50	-	1	-	5	4	4	4	1
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
$\bar{X}$	22,3	19,4	20,9	21,7	23,3	22,5	18,4	17,0
N =	34	76	110	21	25	102	102	93

melijk 22,5. Ze worden gevolgd door de solisten, met een gemiddeld aantal van 20,9. Huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken zitten daar met respectievelijk 18,4 en 17,0 duidelijk onder. In gezondheidscentra komt 36% niet boven 10 bevallingen per jaar; in groepspraktijken is dat 28%. Voor de collegae in solo- en duopraktijken zijn deze percentages respectievelijk 24% en 17%. Huisartsen in solopraktijken, welke deel uitmaken van een home-team leidden gemiddeld 3 bevallingen méér per jaar dan de collegae, welke niet deel uitmaken van zo'n team. Bij de duopraktijken zien we eerder een verband in de omgekeerde richting; home-team-artsen leidden gemiddeld bijna 2 bevallingen minder.

In de inleiding van dit hoofdstuk hebben we gezien dat in het geval dat er een verloskundige in het praktijkgebied aanwezig is, het ziekenfonds het leiden van bevallingen door de huisarts niet vergoedt. We verwachten dan ook dat een relatief groot deel van de verlossingen door de huisarts betrekking heeft op particulier verzekerden. Dat blijkt 54% te zijn in gezondheidscentra en 41% in groepspraktijken. De bevallingen, geleid door huisartsen, deel uitmakend van een home-team hebben in slechts 39% van de gevallen betrekking op particulier verzekerden. Bij de overige solisten en huisartsen in duopraktijken, komen we respectievelijk op 41% en 45%. Gezien de landelijke verhouding, ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten, waarbij eerstgenoemden verreweg in de meerderheid zijn, kunnen

we stellen dat in gezondheidscentra de particulier verzekerde 'barenden' relatief wat meer vertegenwoordigd zijn dan in de overige praktijkvormen.

Andere aspecten van verloskundige zorg

Verloskundige zorg beperkt zich niet tot de bevalling. We rekenen daar ook toe: het eenmalig medisch onderzoek voor de 11e week, het algemeen medisch onderzoek in de achtste maand, het onderzoek van de baby enkele dagen na de geboorte, de begeleiding van het kraambed (na poliklinische bevalling door specialist) en het afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling. Wij vroegen de huisartsen in welke mate ze door zwangeren respectievelijk kraamvrouwen bij de 5 genoemde aspecten van pre- en postnatale zorg betrokken worden, in die gevallen waarin de bevalling door een andere hulpverlener; specialist of verloskundige, wordt geleid. Tabel 4.5 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van de antwoorden.

Een groot deel van de huisartsen is betrokken bij het **eerste onderzoek** in de zwangerschap. Voor de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in iets sterkere mate dan voor de collegae in solo- en duopraktijken. Het deel uitmaken van een home-team, lijkt er, wat de laatstgenoemden betreft, weinig toe te doen. Bij het **onderzoek van de baby** is de betrokkenheid al wat minder. Deelname aan home-teams geeft, in dit opzicht, bij de solisten en collegae in duopraktijken een verschil te zien, in het voordeel van home-team-artsen. Wanneer we dit onderscheid achterwege laten, is de betrokkenheid, bij het onderzoek van de baby, voor alle praktijkvormen nagenoeg hetzelfde. 41% van de huisartsen in groepspraktijken **begeleidt het kraambed** thuis na een ziekenhuisbevalling. Bij de collegae in gezondheidscentra en solo- en duopraktijken is de betrokkenheid, in dit opzicht, een stuk minder. Bij de solisten is er een verschil in percentage huisartsen, dat deze kraambedbegeleiding op zich neemt, ten voordele van de home-team-artsen (respectievelijk 43% en 32%). Bij de duopraktijken zien we echter een omgekeerd verband (respectievelijk 29% voor de home-team-artsen en 39% voor de collegae die niet deel uitmaken van zo'n team). De meeste huisartsen doen zelden of nooit een **afsluitend onderzoek van de moeder** ± 6 weken postpartum. Voor de huisartsen in groepspraktijken geldt dat in iets mindere mate dan voor de collegae in de overige praktijkvormen. Deelname aan home-teams geeft, in dit opzicht, bij de solisten en collegae in duopraktijken een verschil te zien, in het voordeel van de home-team-artsen (respectievelijk 20% tegen 14% en 22% tegen 14%). De betrokkenheid van de huisarts in de perinatale zorg is het minst bij het **achtste maand onderzoek**. Voor de huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in mindere mate dan voor de collegae in solo- en duopraktijken. Het deel uitmaken van een home-

Tabel 4.5 Percentage huisartsen dat meestal* betrokken wordt bij pré- en postnatale begeleiding, als de bevalling door een andere hulpverlener wordt geleid.

Aspecten van pre- en postnatale zorg	solo			duo			GC	GP
	HT	géén HT	totaal	HT	géén HT	totaal		
1) éénmalig onderzoek voor de 11e week	71%	70%	70%	77%	74%	75%	81%	82%
N =	62	171	233	44	61	105	290	210
2) algemeen medisch onderzoek rond 32e week (als verlosk. de zwangere begeleidt)	14%	9%	10%	8%	2%	4%	16%	18%
N =	57	154	211	38	54	92	274	188
3) onderzoek van de baby ± 3e dag na bevalling (gel. door verlosk.)	61%	52%	54%	55%	47%	51%	56%	55%
N =	59	160	219	40	57	97	277	195
4) begeleiding kraambed na poliklinische bevalling onder leiding van specialist	43%	32%	35%	29%	39%	35%	32%	41%
N =	63	173	236	45	59	104	290	210
5) afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na bevalling (onder leiding van verlosk.)	20%	14%	16%	22%	14%	17%	17%	29%
N =	60	163	223	41	57	98	280	194

* De categorieën 'soms' en 'zelden' zijn uit de tabel gelaten.

team, geeft bij laatstgenoemden een verschil te zien in het voordeel van de home-team-artsen (respectievelijk 14% tegen 9% en 8% tegen 2%). In het algemeen kunnen we stellen dat de huisartsen zwangeren die bij een andere hulpverlener bevallen, in het begin van de zwangerschap meestal wel zien, maar daarna weinig meer.

Behoefte aan vergroting van de verloskundige praktijk

In de discussie, bij welk aantal bevallingen de huisarts nog voldoende routine heeft om verantwoord verloskundig te praktizeren wordt wel een minimum aantal van 15 per jaar genoemd (o.a. Van Alten & Treffers, 1981). De meeste huisartsen in ons onderzoek halen, zoals we zagen, die limiet niet. Interessant is dan de vraag wat de huisartsen zelf vinden van het aantal bevallingen dat ze leiden; willen ze liever meer bevallingen leiden of juist minder of willen ze geen verandering of misschien zelfs stoppen met het verloskundig praktizeren.

Tabel 4.6 Behoefte aan meer of minder verlossingen bij huisartsen die verloskundig praktizeren.

mening	% huisartsen							
	solo			duo				
	HT	géén HT	totaal	HT	géén HT	totaal	GC	GP
liever meer dan nu	57	45	48	48	52	50	62	48
liever minder dan nu	-	3	2	-	4	2	-	1
liever géén bevallingen meer	3	5	5	-	4	2	5	11
geen behoefte aan verandering	40	47	45	52	40	46	33	40
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
N =	30	76	106	21	25	46	103	93

Voor de huisartsen in gezondheidscentra geldt in sterkere mate, dat ze liever meer bevallingen leiden dan thans (62%), dan voor collegae in de

overige praktijkvormen (rond de 50%). Eenderde van de huisartsen in gezondheidscentra heeft geen behoefte aan meer of minder bevallingen; in groepspraktijken geldt dat voor 40% en in solo- en duopraktijken voor respectievelijk 45% en 46%. In groepspraktijken doet 11% van de huisartsen liever géén bevallingen meer; in gezondheidscentra 5% en in solo- en duopraktijken respectievelijk 5% en 2%. Huisartsen in solopraktijken deel uitmakend van een home-team hebben een grotere behoefte aan meer bevallingen, dan de collegae welke niet deel uitmaken van zo'n team. Voor de huisartsen in duopraktijken zien we een omgekeerde situatie.

Gezien het feit dat veel huisartsen de officiële norm van 15 bevallingen per jaar niet halen, is het interessant te bekijken in hoeverre de behoefte aan verandering samenhangt met het aantal bevallingen dat men leidt.

Tabel 4.7 Verband tussen het aantal bevallingen per jaar en de behoefte aan verandering met betrekking tot het verloskundig praktiseren.

Mening	Totaal aantal bevallingen				
	0-10	11-20	21-30	31-40	> 40
liever méér dan nu	69	62	36	31	17
liever minder dan nu	2	1	1,5	-	-
liever géén bevallingen meer	15	4	1,5	3	-
geen behoefte aan verandering	14	33	61	66	83
totaal N = 348	100	100	100	100	100

* Cramer's V = .43 p<.0001.

* Cramer's V. Een op de Chi-kwadraat gebaseerde associatiemaat. De minimumwaarde is 0, d.w.z. geen verband, het maximum is +1.

Van de huisartsen met een relatief kleine verloskundige praktijk doet het merendeel liever meer bevallingen dan thans. Een geheel ander beeld zien we bij de huisartsen met een relatief grote verloskundige praktijk (>30 verlossingen), waar het overgrote deel geen behoefte heeft aan verandering. Er bestaat dus een duidelijk verband tussen de omvang van de verloskundige praktijk en de behoefte aan meer of minder bevallingen.

4.2.2. Samenhangen met het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts

In deze paragraaf gaan we nader in op de geconstateerde verschillen in verloskundige activiteit. We beperken ons hierbij tot het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts. Zoals we zagen onderscheiden we structurele en meer persoonsgebonden factoren.

Structurele factoren

Tabel 4.8 laat zien wat de invloed is van een aantal structurele factoren op de verloskundige activiteit van de huisarts.

Tabel 4.8 Verband tussen het verloskundig praktizeren van de huisarts en een aantal structurele variabelen.

Structurele variabelen	% huisartsen dat bevallingen leidt
1. **aanwezigheid van verloskundige**	
in het hele of deel van het praktijkgebied	35% (N = 760)
niet in het praktijkgebied	99% (N = 101)
2. **urbanisatiegraad**	
(versted.) platteland	69% (N = 278)
forensengemeenten + kleine steden	43% (N = 152)
grote steden	25% (N = 438)
3. **periode van vestiging**	
1980-1984	33% (N = 177)
1970-1979	44% (N = 472)
1960-1969	47% (N = 116)
vóór 1960	45% (N = 104)
4. **aantal particulier verzekerde patiënten**	
méér dan gemiddeld ($\bar{X}$ = 692)	54% (N = 426)
minder dan gemiddeld	31% (N = 443)

Nagenoeg alle huisartsen, in wier praktijkgebied géén verloskundige aanwezig is, leiden bevallingen. Wanneer er in het hele of in een deel van het praktijkgebied een verloskundige aanwezig is doet eenderde van de huisartsen bevallingen. De aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied blijkt dus sterk van invloed op het verloskundig praktizeren van de huisarts. Op het (verstedelijkt) platteland zien we dat bijna 70% van de huisartsen bevallingen leidt, tegen 25% in de grote steden. Een plausibele verklaring voor deze grote verschillen vormt wellicht het feit dat er naar verhouding op het platteland minder verloskundigen zijn gevestigd dan in de steden. Met betrekking tot de periode van vestiging zien we dat van de huisartsen, welke pas kort praktizeren een kleiner deel bevallingen leidt dan van de langer gevestigden. Wellicht kan dit verklaard worden uit het feit dat huisartsen, die zich nu vestigen, minder gelegenheid krijgen verloskundige ervaring op te doen dan collegae welke zich reeds langer geleden hebben gevestigd. Daarnaast speelt wellicht ook een rol het feit dat huisartsen, die al wat langer in het vak zitten, op het platteland sterker vertegenwoordigd zijn dan in de stad. Met betrekking tot de laatste, meer structurele factor, zien we dat van de huisartsen met een relatief groot particulier verzekerd patiëntenbestand, meer dan de helft verloskundig actief is. Van de huisartsen in wier praktijk de ziekenfondsverzekerden oververtegenwoordigd zijn, leidt nog geen derde deel bevallingen.

Nu we gezien hebben in welke mate een aantal structurele variabelen verband houdt met het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts, gaan we vervolgens na in hoeverre de, eerder geconstateerde, verschillen tussen de onderscheiden praktijkvormen, 'blijven staan', wanneer we rekening houden met bovenstaande structurele variabelen. We richten onze aandacht daarbij op de meest in het oog springende verschillen. Tabel 4.9 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van het verschil in percentage huisartsen dat bevallingen leidt, onder 'constanthouding' van bovenstaande 'structurele' variabelen. In de eerste kolom vinden we de verschillen, in dat opzicht, tussen gezondheidscentra en de overige praktijkvormen. Home-team-artsen en collegae in solo- en duopraktijken, die niet deel uitmaken van zo'n team, worden tegen elkaar afgezet in kolom 2. In de laatste kolom, tenslotte, zien we de verschillen tussen gezondheidscentra en home-teams.

De tabel is als volgt te lezen; nemen we als voorbeeld de variabele 'vestigingsperiode 1970-1979', dan zien we dat het percentage huisartsen dat bevallingen leidt, in gezondheidscentra gemiddeld 2% lager is dan in de overige praktijkvormen (kolom 1), in home-teams 3% hoger is dan in solo- en duopraktijken, niet deel uitmakend van zo'n team (kolom 2) en in gezondheidscentra 6% lager is dan in home-teams (kolom 3).

Tabel 4.9 Verschil in percentage huisartsen dat bevallingen leidt, onder constanthouding van een aantal structurele variabelen.

Structurele variabelen	percentage verschil		
	1. gezondheids-centra - overige	2. HT - géén HT	3. gezondheids-centra - HT
1. **aanwezigheid van een verloskundige***			
in het hele of deel van het praktijkgebied	- 4% (N=760)	+5% (N=301)	- 6% (N=573)
2. **urbanisatiegraad**			
(versted.) platteland	+16% (N=189)	+1% (N= 84)	+20% (N=130)
forensengemeenten + kleine steden	-11% (N=138)	-1% (N= 48)	- 9% (N=108)
grote steden	- 4% (N=433)	0% (N=169)	- 5% (N=335)
3. **periode van vestiging**			
1980-1984	+ 3% (N=155)	+9% (N= 62)	- 7% (N=123)
1970-1979	- 2% (N=416)	+3% (N=146)	- 6% (N=321)
1960-1969	-25% (N=103)	**	- -
vóór 1960	- 8% (N= 87)	- -	- -
4. **aantal particulier verzekerde patiënten**			
meer dan gemiddeld ($\bar{X}$ = 692)	- 1% (N=371)	-3% (N=167)	+ 2% (N=292)
minder dan gemiddeld	- 5% (N=390)	+8% (N=134)	- 8% (N=282)

* Huisartsen in wier praktijkgebied géén verloskundige(n) aanwezig is, zijn buiten de analyse gehouden (daar doen immers nagenoeg alle huisartsen bevallingen).

** Het aantal verloskundig actieve huisartsen is hier zo gering, dat het aangeven van verschillen in percentages weinig meer zegt.

Een aantal voorzichtige conclusies kunnen we uit deze tabel trekken:
- Wanneer we rekening houden met de aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied is er weinig verschil in het aantal huisartsen dat bevallingen leidt, tussen de onderscheiden praktijkvormen.
- Na controle voor de urbanisatiegraad vinden we op het (verstedelijkt) platteland gemiddeld meer verloskundig actieve huisartsen in gezondheidscentra dan in alle overige praktijkvormen.
- Het deel uitmaken van een home-team lijkt er bij solisten en collegae in duopraktijken, na controle voor de urbanisatiegraad weinig meer toe te doen.
- Na controle voor de periode van vestiging zien we dat vooral langer gevestigde huisartsen in gezondheidscentra gemiddeld minder bevallingen leiden dan collegae in home-teams en in de overige praktijkvormen.
- Deelname aan een home-team geeft na controle voor de periode van vestiging vooral een verschil te zien ten voordele van de korter gevestigde home-team-artsen.

In het algemeen kunnen we stellen dat, wanneer we controleren voor de invloed van bovenstaande structurele variabelen, een belangrijk deel van de verschillen tussen de praktijkvormen verdwijnen. Met name de aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied lijkt een beslissende factor, in het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts. Aan de andere kant zien we dat een deel van de variatie in percentage huisartsen dat bevallingen leidt, ook na controle voor deze variabelen, blijft bestaan. Hierbij moeten we wel in het oog houden dat we steeds voor maar één variabele tegelijk gecontroleerd hebben. Zo is het bijvoorbeeld goed denkbaar dat het hoge percentage verloskundig actieve huisartsen in gezondheidscentra, op het (verstedelijkt) platteland, veroorzaakt wordt door het feit dat juist daar de aanwezigheid van verloskundigen gering is.

Taakopvatting

Tot nu toe hebben we gezien in hoeverre huisartsen, in verschillende praktijkvormen, aan verloskundige taken toekomen en welke structurele variabelen met deze verloskundige activiteiten samenhangen. We zullen nu zien wat de huisartsen van deze taken vinden en in hoeverre er een discrepantie bestaat met de taakuitoefening. Dat laatste is niet onwaarschijnlijk; immers de organisatie van de verloskundige zorg reguleert de taakverdeling op dat gebied aanzienlijk. We vroegen in hoeverre de huisartsen een aantal belangrijke aspecten van verloskundige zorg een taak vonden, los van het feit of ze daar werkelijk bij betrokken zijn. Tabel 4.10 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van de antwoorden.

Tabel 4.10 Taakopvatting ten aanzien van een aantal aspecten van verloskundige zorg.

Aspecten van verloskundige zorg	% huisartsen											
	solo				duo				GC		GP	
	HT		géén HT		HT		géén HT					
	wel* taak	geen taak	wel taak	geen taak	wel taak	geen taak	wel taak	geen taak	wel taak	geen taak	wel taak	geen taak
1. leiden van thuis-bevallingen	82	3	71	11	72	9	79	5	58	12	70	9
2. leiden van poliklinische bevallingen zonder medische noodzaak	65	14	62	15	68	15	65	10	55	16	63	13
3. eenmalig onderzoek vóór de 11e week	79	2	81	9	81	6	89	-	87	2	90	3
4. algemeen medisch onderzoek rond 32e week	48	16	43	21	28	23	38	11	35	21	38	22
5. onderzoek van de baby rond derde dag na de geboorte	89	2	82	3	80	4	82	3	78	4	84	3
6. begeleiding kraambed na (poli-)klinische bevalling door specialist	81	5	77	80	4	80	5	5	72	8	76	9
7. afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling	73	8	63	11	60	16	57	20	56	15	71	12
N =	63		176		44		60		288		209	

* de categorie 'onzeker' is buiten de tabel gelaten.

De **thuisbevalling** wordt in het algemeen vaker als een taak voor de huisarts beschouwd dan de poliklinische. Het percentage huisartsen dat twijfel heeft over dit taakaspect, dan wel het afwijst, is in gezondheidscentra beduidend groter dan in de overige praktijkvormen. Huisartsen in solo-praktijken die deel uitmaken van een home-team vinden iets vaker de thuis- en poliklinische bevalling een taak, dan de collegae die niet deel uitmaken van zo'n team. Wat de overige aspecten van de pre- en postnatale zorg betreft, vindt het overgrote deel van de huisartsen dat het **éénmalig onderzoek** aan het begin van de zwangerschap een taak is. De huisartsen in groepspraktijken laten zich in dat opzicht iets positiever uit dan de collegae in de overige praktijkvormen. Opvallend is dat home-team artsen in duopraktijken dit aspect minder sterk een taak vinden dan hun collegae die niet multidisciplinair samenwerken. Ook vinden zeer velen dat het **onderzoek van de pasgeborene** een taak is voor de huisarts. Het percentage huisartsen dat twijfelt over dit taakaspect, dan wel afwijst is in gezondheidscentra iets groter dan in de overige praktijkvormen. Het deel

uitmaken van een home-team geeft bij de solisten, in dit opzicht, een verschil te zien ten voordele van de home-teams. Ruim driekwart van de huisartsen vindt dat de **kraambedbegeleiding,** na een klinische bevalling geleid door een specialist, een huisartsentaak is. Ook hier blijven de gezondheidscentra echter weer iets achter bij de overige praktijkvormen. Over het **onderzoek van de moeder 6 weken postpartum** is de onzekerheid en afwijzing onder huisartsen in het algemeen iets groter. Huisartsen in solo- en groepspraktijken staan hier iets positiever tegenover dan de collegae in duopraktijken en gezondheidscentra. Deelname aan een home-team laat alleen bij de solisten in dit opzicht, een beduidend verschil zien, ten voordele van de home-teams. Over het **onderzoek in de achtste maand,** tenslotte bestaat de meeste twijfel. Het percentage huisartsen dat dit wel een taak vindt is in de solopraktijken aanzienlijk hoger dan in de overige praktijkvormen. Opvallend is dat home-team-artsen in duopraktijken ook dit aspect minder sterk een taak vinden dan hun collegae die wel deel uitmaken van zo'n team.

In het algemeen kunnen we zeggen dat huisartsen in gezondheidscentra de genoemde aspecten van verloskundige zorg (uitgezonderd het onderzoek in het begin van de zwangerschap) iets minder vaak een taak voor de huisarts vinden dan de collegae in de overige praktijkvormen. Daarnaast zien we dat huisartsen in solopraktijken die multidisciplinair samenwerken iets vaker genoemde aspecten een taak vinden voor de huisarts dan de collegae die niet op deze wijze samenwerken (met uitzondering van het éénmalig onderzoek). In duopraktijken geldt daarentegen het omgekeerde; home-team-artsen vinden minder vaak genoemde aspecten een taak dan de collegae die niet deel uitmaken van zo'n team (met uitzondering van het leiden van poliklinische bevallingen en het begeleiden van het kraambed).

Vergelijking met de tabellen 4.3 en 4.5 leert dat de verloskundige praktijk van de huisarts vaak achterblijft bij wat huisartsen zouden willen. Kennelijk is de individuele huisarts te zeer afhankelijk van de positie die hem in de plaatselijke verloskundige markt wordt toegekend. Onder taakopvatting wordt doorgaans een verbale uiting verstaan van wat men beroepsmatig wil realiseren. Beperkingen die aan de uitoefening van bepaalde beroepstaken gesteld zijn, zullen naar onze verwachting doorwerken in de taakopvatting, die zodoende een soort compromis is geworden tussen wat men wenselijk acht en wat praktisch haalbaar is. Concreet verwachten we dan ook dat er een verband is tussen taakopvatting en de mate waarin de huisarts betrokken is in de verloskundige zorg. De keuzevrijheid van de huisarts om al of niet bevallingen te leiden is in de praktijk zo gering dat we verwachten dat de taakopvatting hier voortvloeit uit de taakuitoefening. Bij de overige aspecten, waar de huisarts meer keuzevrijheid heeft om zijn opvattingen te volgen, verwachten we dat de taakuitoefening

meer het gevolg van (onder meer) de opvattingen zal zijn. Opvallend is dat bijna de helft van de huisartsen die zelf géén bevallingen leiden de thuis-, en in iets mindere mate de (poli)klinische bevalling, een taak vinden.

Zijn verloskundig praktizerende huisartsen ook meer gericht op de voornoemde pre- en postnatale zorgaspecten? Tabel 4.11 geeft inzicht in deze vraag.

Tabel 4.11 Verband tussen de taakopvatting over pre- en postnatale zorg en het leiden van bevallingen door de huisarts.

aantal aspecten van pre- en postnatale zorg die men 'zeker' een	% huisartsen	
	verlosk. actief taak	niet verlosk. actief vindt
4 of meer	59	46
minder dan 4	41	54
totaal	100	100
N =	349	484

* PHI = .12 $p < .01$.

Van de verloskundige actieve huisartsen vindt 59% 4 of meer aspecten van pre- en postnatale zorg een taak; bij hun niet-verloskundig-actieve collegae bedraagt dit percentage 46%.

Het veronderstelde verband wordt dus inderdaad aangetroffen; verloskundig actieve huisartsen vinden relatief vaker dat ook andere aspecten van pre- en postnatale zorg tot hun takenpakket behoren.

We zullen nu zien welk aandeel structurele en meer persoonsgebonden variabelen, naast de praktijkvorm, hebben in de verklaring van de percentage-verschillen tussen huisartsen, met betrekking tot het al dan niet ver-

* Een op chi-kwadraat gebaseerd associatie-maat (voor een 2x2 tabel). De minimumwaarde bedraagt 0, d.w.z. géén verband, de maximum-waarde +1.

loskundig praktizeren. Hierbij houden we rekening met de onderlinge verbanden, door ze als onafhankelijke variabelen in te voeren in een zogenaamde multiple regressie-analyse.

Multiple regressie-analyse van verschillen in percentage huisartsen dat bevallingen leidt

De onafhankelijke variabelen zijn in drie groepen ingedeeld:

- praktijkvorm
- structurele variabelen, waaronder: aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied, urbanisatiegraad van de vestigingsplaats, aantal particulier verzekerde patiënten en het vestigingsjaar
- persoonsgebonden variabelen, c.q. de taakopvatting met betrekking tot verloskundige zorg.

Bij het schatten van de regressievergelijkingen zijn de onafhankelijke variabelen per groep ingevoerd, zodat de bijdrage van elke groep van variabelen aan de verklaarde variantie zichtbaar wordt. We beginnen met de variatie in percentage huisartsen dat bevallingen leidt, in de totale groep respondenten.

Tabel 4.12 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in de totale groep respondenten.

Onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	B	F	B	F	B	F
1. dummy var. gez.centra versus overige praktijkvormen	$-.92*10^{-1}$	6.65	$-.9*10^{-2}$	$.83*10^{-1}$	$-.11*10^{-1}$	-.12
2. aanwezigheid van een **verlosk.** in het hele of deel van het praktijkgebied	-	-	-.49	98.65	-.48	95.36
dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.24	26.48	.23	26.53
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	$-.28*10^{-1}$	.44	$-.27*10^{-1}$	.43
aantal **particulier verzekerde** patiënten	-	-	$.36*10^{-3}$	59.69	$.35*10^{-3}$	56.44
vestigingsjaar	-	-	$-.17*10^{-2}$	.91	$-.21*10^{-2}$	1.4
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	$-.93*10^{-2}$	12.5
constante	.45	472.27	.67	20.59	.8	27.88
R^2	.01		.28		.29	

Uit deze regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat bevallingen leidt groter is in gebieden waar:
- geen verloskundige in het praktijkgebied is gevestigd
- de praktijk op het (verstedelijkt) platteland is gevestigd
- het percentage particulier verzekerde patiënten groter is
- de taakopvatting met betrekking tot verloskundige zorg 'breder' is.

De verloskundigendichtheid en het aantal particulier verzekerde patiënten zijn duidelijke indicatoren voor het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts. Wat betreft de samenwerkingsvorm blijkt dat het werkzaam zijn in een gezondheidscentrum niet het verwachte effect op het percentage verloskundig actieve huisartsen heeft. De verklaarde variantie bedraagt, wanneer we alleen de praktijkvorm (gezondheidscentrum versus overigen) in de vergelijking opnemen, slechts 1%. Wanneer ook de structurele variabelen worden toegevoegd bedraagt de verklaarde variantie 28%, terwijl opneming van de taakopvatting de verklaarde variantie doet toenemen tot 29%.

Voor de solo- en duopraktijken zijn de volgende regressievergelijkingen geschat.

Tabel 4.13 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in solo- en duopraktijken.

Onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	B	F	B	F	B	F
1. dummy var. home-teams versus niet home-teams	.11	3.48	$-.35*10^{-1}$	$.5*10^{-2}$	$-.45*10^{-2}$	$.83*10^{-2}$
2. aanwezigheid van een **verlosk.** in het hele of deel van het praktijkgebied	-	-	-.6	73.35	-.6	72.76
dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.14	3.44	.14	3.35
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	$-.39*10^{-2}$	$.3*10^{-2}$	$.4*10^{-2}$	$.32^{10-2}$
aantal **particulier verzekerde** patiënten	-	-	$-.4*10^{-3}$	28.76	$.39*10^{-3}$	27.55
vestigingsjaar	-	-	$-.13*10^{-2}$	.27	$.8*10^{-3}$	.1
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	$-.44*10^{-2}$	2.08
constante	.43	175.35	.54	6.9	.63	8.57
R^2	.01		.29		.29	

Uit deze regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat bevallingen leidt groter is in gebieden waar:
- de verloskundigendichtheid kleiner is
- het percentage particulier verzekerden groter is
- de praktijk gevestigd is op het (verstedelijkt) platteland.

De indicatoren voor de samenwerkingsvorm (home-team versus niet home-team) vertoont in de regressie-analyse geen duidelijke samenhang met het percentage verloskundig actieve huisartsen. Van de structurele variabelen zijn de verloskundigendichtheid en het percentage particulier verzekerden de belangrijkste indicatoren voor het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts. Voor de solo- en duopraktijken wordt 28% van de variantie verklaard door structurele indicatoren. De indicatoren voor de samenwerkingsvorm (al dan niet home-team) en de taakopvatting dragen gezamenlijk slechts 1% bij aan de verklaarde variantie.

Tenslotte hebben we voor de home-teams en gezondheidscentra de volgende regressievergelijkingen geschat.

Tabel 4.14 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in home-teams en gezondheidscentra.

Onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	B	F	B	F	B	F
1. dummy var. gez.centra versus home-teams	-.18	10.39	$.12*10^{-1}$	$.63*10^{-1}$	$.57*10^{-2}$	$.14*10^{-1}$
2. aanwezigheid van een **verlosk.** in het hele of deel van het praktijkgebied	-	-	-.48	40.09	-.47	39.9
dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.35	27.91	.34	27.15
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	$.3*10^{-1}$	.26	$.24*10^{-1}$	.17
aantal **particulier verzekerde** patiënten	-	-	$.41*10^{-3}$	39.87	$.4*10^{-3}$	38.48
vestigingsjaar	-	-	$.35*10^{-2}$	1.57	$.36*10^{-2}$	1.65
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	$-.12*10^{-1}$	7.28
constante	.54	133.66	.16	.43	.3	1.49
R^2	.02		.30		.32	

Uit deze regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat bevallingen leidt groter is in gebieden waar:
- de verloskundigendichtheid lager is
- de taakopvatting 'breder' is
- het percentage particulier verzekerden groter is
- de praktijk gevestigd is op het (verstedelijkt) platteland.

De verloskundigendichtheid en in iets mindere mate het percentage particulier verzekerden en de urbanisatiegraad zijn de belangrijkste indicatoren voor het al dan niet leiden van bevallingen door de huisarts. De verklaarde variantie bedraagt, wanneer we alleen de samenwerkingsvorm (gezondheidscentra versus home-teams) in de vergelijking opnemen 2%. Wanneer ook de structurele variabelen worden toegevoegd, bedraagt de verklaarde variantie 30%, terwijl de taakopvatting dit percentage doet toenemen tot 32%.

4.2.3. De huisartsen die geen bevallingen leiden

In gezondheidscentra leidt 64% van de huisartsen géén bevallingen; in groepspraktijken 56%. Voor de solo- en duopraktijken zijn deze percentages respectievelijk 54% en 56%. Wij vroegen deze huisartsen of ze in het verleden wèl bevallingen hadden geleid; 481 artsen beantwoordden deze vraag.

Tabel 4.15 Verloskundige activiteit in het verleden van huisartsen die momenteel géén bevallingen leiden.

Verloskundige activiteit in het verleden	% huisartsen							
	solo			duo			GC	GP
	HT	geen HT	totaal	HT	geen HT	totaal		
vroeger wel	62	61	62	46	66	58	48	66
na de opleiding niet meer	38	39	38	54	34	42	52	34
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
N =	29	96	125	24	35	59	182	115

In gezondheidscentra heeft méér dan de helft van de huisartsen, die géén bevallingen leiden, dat ook nooit gedaan. In groepspraktijken, daarentegen, heeft tweederde van de niet-verloskundig praktizerende huisartsen, vroeger wèl bevallingen geleid. Voor de solo- en duopraktijken bedragen deze percentages respectievelijk 62% en 58%. Het al dan niet multidisciplinair samenwerken geeft alleen bij laatstgenoemden een opmerkelijk verschil te zien: 54% van de home-team-artsen, die géén bevallingen leiden, heeft dat ook nooit gedaan; bij hun niet multidisciplinair samenwerkende collegae is dit slechts 34%. De lengte van de periode dat men praktizeerde varieert van nog géén jaar tot 15 jaar of langer.

Tabel 4.16 Lengte van de periode in het verleden dat huisartsen bevallingen leidden.

lengte van de periode	% huisartsen							
	solo			duo			GC	GP
	HT	geen HT	totaal	HT	geen HT	totaal		
minder dan 1 jaar	-	9	7	8	18	15	7	7
1- 5 jaar	35	26	28	42	32	35	50	35
5-10 jaar	-	15	12	33	23	26	18	26
10-15 jaar	6	21	17	8,5	9	9	13	9
méér dan 15 jaar	59	29	36	8,5	18	15	12	23
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
$\bar{X}$	11.2	9.4	10.3	6.3	6.9	6.6	6.5	7.8
N =	17	58	75	12	22	34	84	76

Van de huisartsen in solopraktijken hebben de perioden, gedurende welke men voorheen verloskundig praktizeerde, in het algemeen het langst geduurd. Perioden van 15 jaar en langer komen in solopraktijken ook beduidend vaker voor dan in de overige praktijkvormen. Van de huisartsen in gezondheidscentra en duopraktijken duurde deze periode, met gemiddeld 6,5 jaar en 6,6 jaar het kortst. Het deel uitmaken van een home-team lijkt er bij de duopraktijken, in dit opzicht, weinig toe doen. Bij de solisten, daarentegen, zien we dat van de home-team-artsen deze periode gemiddeld 1,8 jaar langer duurde dan van de collegae die niet op deze manier samenwerken.

Wij vroegen de huisartsen ook naar de reden(en) waarom men geen bevallingen (meer) leidt. Meer dan driekwart van de respondenten geeft als reden het feit dat er een verloskundige in het praktijkgebied aanwezig is. Een tweede reden, vaak in combinatie met de vorige genoemd, is het feit dat te weinig routine kan worden opgebouwd, om verantwoord bevallingen te (blijven) doen (55%). De grote belasting, welke het doen van bevallingen, naast de gewone huisartsenpraktijk, met zich meebrengt, vormt voor 38% van de respondenten een reden om geen bevallingen (meer) te doen. Het feit dat geen waarneming te realiseren valt, vormt voor 19% van de respondenten een reden. Andere, minder vaak genoemde redenen zijn: vermindering van het aanbod van partussen (3%), bezwaren van praktisch/organisatorische aard (3%) en taakverdeling en afspraken (1,5%).

4.2.4. Samenvatting

In de verloskundige zorg hebben de nederlandse huisartsen, de laatste decennia, veel terrein verloren.In 1980 werd nog ongeveer 16% van de bevallingen door huisartsen geleid. Minder dan de helft van deze beroepsgroep heeft een verloskundige praktijk. Per praktijkvorm zijn er verschillen: in gezondheidscentra is het percentage verloskundig actieve huisartsen het laagst (36%); solisten hebben het hoogste percentage (46%). Duopraktijken (44%) en groepspraktijken (44%) zitten daar tussen in. Solisten en duo's die in een home-team zitten hebben vaker een verloskundige praktijk (54% en 49%) dan collegae die niet op die manier samenwerken (44% en 41%). De huisartsen leidden gemiddeld ruim 19 bevallingen per jaar, waarvan driekwart in de thuissituatie. Boven dat gemiddelde zitten huisartsen in duopraktijken (bijna 23) en solisten (bijna 21) er onder; collegae in groepspraktijken (ruim 18) en gezondheidscentra (17).

Ook als huisartsen geen bevallingen leiden kunnen ze door pre- en postnataal onderzoek (en begeleiding) toch een taak hebben in de verloskundige zorg. Een groot deel van de huisartsen, in ons onderzoek is betrokken bij het eerste diagnostische onderzoek in de zwangerschap. In gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in iets sterkere mate dan in de beide andere praktijkvormen. Als een verloskundige de bevalling leidt, zijn de huisartsen betrekkelijk weinig betrokken bij het onderzoek in de achtste maand, het onderzoek van de pasgeborene en de begeleiding van het kraambed.

Van de verloskundig praktizerende huisartsen wil ongeveer de helft liever méér bevallingen leiden dan nu het geval is. Voor de huisartsen in gezondheidscentra geldt dat in sterkere mate dan voor de andere huisartsen. De aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied van de huisarts is van grote invloed op diens verloskundig doen en laten. In gebieden waar géén verloskundige(n) gevestigd is (zijn) leiden vrijwel alle

huisartsen bevallingen. Daarmee samen hangen de grote verschillen, die we vonden, in verloskundige activiteit van huisartsen op het (verstedelijkt) platteland (69%) en in de grote bevolkingscentra (25%). Er is ook een duidelijk verband tussen het leiden van bevallingen door de huisarts en het percentage particulier verzekerden in diens praktijkpopulatie. Relatief veel particulier verzekerden gaat samen met een hoger percentage huisartsen dat bevallingen leidt (54% tegen 31%). Bij het schatten van een regressievergelijking blijken de aanwezigheid van verloskundigen en, in iets mindere mate, het percentage particulier verzekerden, de belangrijkste indicatoren voor het voorspellen van het verloskundig praktiseren.

Vinden huisartsen dat prenatale en postnatale zorg taken voor de huisarts zijn? Wat het leiden van bevallingen betreft vindt één op de drie huisartsen dat het géén taak is of zet daar een vraagteken bij. Voor de huisartsen in gezondheidscentra geldt dat in sterkere mate dan voor de andere huisartsen. De thuisbevalling wordt door home-team-artsen in solopraktijken vaker een taak gevonden, dan door collegae die niet op deze wijze samenwerken. In duopraktijken zien we, daarentegen, het omgekeerde. Wat de pre- en postnatale zorg betreft: het overgrote deel is van mening dat het onderzoek van de vrouw rond de 11e week een huisartsentaak is (ruim 80%). Opvallend is dat huisartsen in duopraktijken, die niet deel uitmaken van een home-team, dat in sterkere mate vinden van hun collegae die wèl zo samenwerken. Het onderzoek van de pasgeborene vinden huisartsen in gezondheidscentra en duopraktijken in iets mindere mate een taak dan collegae in groeps- en solopraktijken (78% en 80% tegen 84%). Het deel uitmaken van een home-team geeft bij laatstgenoemden een verschil te zien, ten voordele van de home-team-artsen (89% tegen 82%). Hetzelfde geldt voor de kraambegeleiding thuis, na een klinische bevalling, welke door huisartsen in gezondheidscentra in mindere mate een taak wordt gevonden dan door de andere huisartsen. Iets minder dan tweederde van de huisartsen vindt het onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling huisartsenwerk. Huisartsen in solo- en groepspraktijken vinden dat in sterkere mate dan de collegae in duopraktijken en gezondheidscentra. Het deel uitmaken van een home-team geeft vooral bij de solisten een verschil te zien in het voordeel van de multidisciplinair samenwerkende huisartsen. Het algemeen medisch onderzoek in de achtste maand vindt tweederde van de huisartsen geen taak of zet daar vraagtekens bij. Het deel uitmaken van een home-team geeft bij de solopraktijken een verschil te zien ten voordele van de home-team-artsen (48% en 43%) en bij de duopraktijken ten nadele van de home-team-artsen (28% en 38%).

Bij een vergelijking van de opvattingen over genoemde taken en datgene wat huisartsen daarvan realiseren blijkt de taakopvatting doorgaans meer omvattend dan de praktijk. Ruim 60% vindt het leiden van bevallingen

huisartsenwerk, terwijl rondom de 40% dit ook doet. Huisartsen die bevallingen leiden, vinden dit ook in sterkere mate een taak dan hun niet-verloskundig actieve collegae. Een zelfde verband treffen we aan tussen de uitvoering van de andere pre- en postnatale taken en de opvattingen daarover. Het invoeren van de taakopvatting, als onafhankelijke variabele in een regressie-analyse, blijkt, niettemin, weinig bij te dragen in het voorspellen van het al dan niet verloskundig praktizeren.

Van de huisartsen die niet verloskundig praktizeren heeft een deel dat ook nooit gedaan. In gezondheidscentra is dat deel het grootst, namelijk 52%. In solo- en duopraktijken heeft 38% en 42% van deze categorie voorheen ook niet verloskundig gepraktizeerd en in groepspraktijken 34%. Het deel uitmaken van een home-team geeft alleen bij duopraktijken een verschil te zien, in dit opzicht: 54% van de home-team-artsen, in deze categorie, heeft vroeger nooit bevallingen geleid, tegen 34% van de niet home-team-artsen.

5. JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Het eerste deel van dit hoofdstuk is gewijd aan de plaats van de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen in de Nederlandse gezondheidszorg en de problemen en ontwikkelingen die daarmee verband houden. Daarna presenteren we de onderzoeksresultaten over de rol van huisartsen als consultatiebureau-arts en organisatorische- en samenwerkingsaspecten.

5.1. Jeugdgezondheidszorg in Nederland; een algemeen kader

Taakverdeling en uitvoering

De lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen in de eerste levensfasen verloopt vrij snel. Wanneer daarbij iets mis dreigt te gaan kan dat bepalend zijn voor de gehele verdere ontwikkeling. Zaak is er dan ook vroeg bij te zijn. Deze positieve en preventieve zorg voor kinderen, dat wil zeggen advisering over een optimale ontwikkeling en vroegtijdige signalering, vindt in Nederland plaats in het kader van de georganiseerde jeugdgezondheidszorg. Daarin wordt (ook organisatorisch) een onderscheid gemaakt tussen de zorg voor schoolgaanden (tot 19 jaar) en die voor zuigelingen en kleuters (tot 4 jaar). In het kader van dit verslag beperken we ons tot de zorg voor 0- tot 4-jarigen, zoals verleend door de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters.

De preventieve jeugdgezondheidszorg richt zich, zowel gevraagd als ongevraagd, op alle kinderen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van een ziekte of storing in de ontwikkeling. Een van haar belangrijkste taken is dan ook het periodiek systematisch onderzoek. Daaraan gekoppeld is het geven van voorlichting, begeleiding en adviezen aan ouders of verzorgers over opvoeding en verzorging van het kind. Ook taken op het gebied van screening, immunisatie, registratie, epidemiologie en beleidsadvisering neemt de jeugdgezondheidszorg voor haar rekening. In hoeverre de jeugdgezondheidszorg daarmee tot de basisgezondheidszorg gerekend moet worden laten we hier buiten beschouwing.

De organisatie van beide consultatiebureaus berust bij de talrijke plaatselijke kruisverenigingen (alleen in Amsterdam doet de GG en GD het). De leiding van een individueel bureau berust doorgaans bij een arts, die hierbij samen werkt met een wijkverpleegkundige. Er zijn diverse soorten artsen die dit werk doen: huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en schoolartsen. In de consultatiebureaus 'nieuwe stijl' geven ook wijkverpleegkundigen (zelfstandig) consulten. Men is hiertoe overgaan om minder nadruk te leggen op de medische aspecten en meer op psychosociale en andere niet-medische zaken. De bezetting van de consultatiebureaus levert voor de kruisverenigingen de nodige problemen op. Het verloop onder de artsen en verpleegkundigen is groot. Daarmee hangt samen dat lang niet

altijd het gewenste opleidingsniveau aanwezig is. Het aanbod aan (merendeels jonge) artsen voor consultatiebureauwerk neemt de laatste jaren aanzienlijk toe. Het betreft echter wel voornamelijk artsen die alleen de basisopleiding hebben voltooid en dus nog geen speciale vaardigheden bezitten voor de jeugdgezondheidszorg (verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, 1980; GHI, 1982). De artsen en verpleegkundigen op de bureaus worden bijgestaan en ondersteund door provinciaal kinderartsen en kinderwijkverpleegkundigen en op regionaal niveau door districtsartsen en districtsverpleegkundigen. Deze functionarissen hebben géén formele zeggenschap over de gang van zaken op de bureaus. Tot hun taak behoort onder meer de bewaking van de kwaliteit van de zorg, het (doen) verzorgen van scholing en bijscholing, de introductie en instructie van nieuwe werkvormen en het verrichten of begeleiden van epidemiologisch onderzoek.

Enkele cijfers

Uit het zojuist genoemde verslag van de GHI halen we de volgende cijfers over de leiding van de consultatiebureaus.

Tabel 5.1 Leiding van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en het percentage consulten per categorie.

leiding door:	zuigelingenbureau		kleuterbureau	
	1979	1980	1979	1980
jeugdarts	34	40	54	64
huisarts	38	36	24	21
verpleegkundige*	10	9	-	-
kinderarts	11	10	12	9
districtsarts	4	3	5	3
schoolarts	1	1	1	1
andere arts	2	1	4	2
totaal	100	100	100	100

* Consultatiebureaus 'nieuwe stijl'.
Bron: GHI, 1982.

We zien dat de jeugdarts het grootste aandeel heeft in zowel de zuigelingen- als kleuterconsulten. Vergeleken met 1979 heeft zij op de zuigelingenbureaus de eerste plaats overgenomen van de huisarts. Op het kleuterbureau geven jeugdartsen zelfs driemaal zoveel consulten als de huisart-

sen. Het zuigelingenbureau bereikte in 1980 97% van de kinderen jonger dan 1 jaar. Het bereik van het kleuterbureau is niet bekend. In elk geval werd 90% van de éénjarigen bereikt. Zuigelingen kwamen in een jaar tijd gemiddeld 10 keer, kleuters ruim één keer. Gemiddeld worden per zitting 16 zuigelingen of ruim 11 kleuters gezien (GHI, 1982).

Knelpunten en ontwikkelingen

Een goed functionerende jeugdgezondheidszorg vraagt van de betrokkenen de nodige samenwerking. We zien echter dat het aan centrale coördinatie, al was het maar op regionaal niveau, in het verleden teveel heeft ontbroken. Dat heeft vooral gevolgen gehad voor de overgang tussen onderdelen van de jeugdgezondheidszorg, welke immers door verschillende instanties georganiseerd en uitgevoerd worden (consultatiebureaus in het kader van het kruiswerk, de schoolgezondheidszorg door de GG en GD). Daarnaast dienen consultatiebureau-arts en wijkverpleegkundige hun bevindingen uit de consultatiebureau-contacten uit te wisselen, te bespreken en adequaat te registreren. Het niet samenvallen van de werkgebieden van consultatiebureau-arts en wijkverpleegkundige kan in dit opzicht een knelpunt vormen. Het invoeren van uniforme registratiesystemen beoogt de continuïteit in de zorg voor de jeugdigen enigszins te bewaken (onder andere nieuwe 'drieluikkaart', Graat, 1981).

Naast een gebrekkige longitudinale samenhang, vertoont ook de samenhang met andere echelons de nodige hiaten. Het basisechelon (waartoe de jeugdgezondheidszorg eigenlijk behoort) heeft geen curatieve taken. Wanneer afwijkingen worden gevonden, zal een eventuele behandeling in het eerste of tweede echelon moeten plaatsvinden. De ouder of verzorger van het betreffende kind zal dan het advies krijgen de huisarts te raadplegen, welke zonodig kan doorverwijzen naar een specialist. Om dit goed te laten verlopen is een adequate informatie-overdracht vereist. Van overleg en samenwerking tussen huisarts en consultatiebureau-arts is op veel plaatsen echter geen sprake. Die samenwerking wordt onder meer belemmerd doordat huisartsen dikwijls met veel verschillende consultatiebureau-artsen heeft te maken.

Een inhoudelijk bezwaar tegen de werkwijze van de consultatiebureaus is de vanouds grote nadruk die het legt op het opsporen van somatische ontwikkelingsstoornissen, waardoor de kans op somatische fixatie toeneemt (Smits, 1981). Tegenwoordig streeft men er dan ook naar meer aandacht te besteden aan andere facetten van de ontwikkeling, zoals emotionele, sociale en cognitieve aspecten.

De toenmalige Raad voor de Volksgezondheid (1979) heeft zich over de hier geschetste problemen gebogen en adviseert een jeugdgezondheidszorg:

- in georganiseerd verband, hetgeen inhoudt, zonder vrijblijvendheid van de zijde van de uitvoerders en met de garantie van continuïteit;

- volgens gestandaardiseerde programma's;
- met een voorgeschreven wijze van verslaglegging en
- onder een leiding, die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

Dit interim-advies lokte nogal wat kritische reacties uit, onder andere omdat er alleen aandacht in wordt besteed aan de rol van de huisarts en de jeugdarts en het verder niets zegt over de plaats van andere hulpverleners.

In de ontstane onduidelijke situatie is een discussie op gang gekomen welke zich vooral toespitst op de vraag, door wie de consultatiebureaus nu het best kunnen worden verricht; de huisarts of de gespecialiseerde jeugdarts. Voorstanders van de huisarts wijzen erop dat de zorg voor jeugdigen, ook als niet ziek zijn, in toenemende mate contact vereisen met het primaire leefmilieu. Het concept van de integrale zorg wordt niet verenigbaar geacht met de zorg voor jeugdigen door een aparte jeugdarts. Daarnaast zou het in één huis houden van curatie en preventie onnodige versnippering in de gezondheidszorg voorkomen. Zij die een rol bepleiten voor de jeugdarts wijzen op de specifieke deskundigheid en routine, welke het consultatiebureauwerk vereist. Men acht het een bezwaar dat huisartsen dikwijls onvoldoende praktijkervaring kunnen opdoen, onder andere voor taken betreffende vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsstoornissen.

5.2. Jeugdgezondheidszorg door huisartsen: de onderzoeksresultaten

Huisartsen gaven in 1980 36% van de zuigelingen- en 21% van alle kleuterconsulten (GHI, 1982). We weten echter weinig van het aantal huisartsen dat hierbij is betrokken, laat staan in hoeverre verschillende praktijkvormen, in dit opzicht, van elkaar te onderscheiden zijn, We hebben deze vraag als volgt uitgewerkt:

a. Over het wel of niet werkzaam zijn in een consultatiebureau (§ 5.2.1):
   - hoeveel huisartsen, in de onderscheiden praktijkvormen, zijn verbonden aan consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters?
   - beschouwen huisartsen, welke verbonden zijn aan een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters dit werk als een tijdelijke nevenactiviteit?

b. Welke factoren hangen samen met het al dan niet werkzaam zijn in een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters (§ 5.2.2):
   We denken daarbij aan zowel structurele als meer persoonlijke variabelen:
   - praktijkvorm; we verwachten dat huisartsen in gezondheidscentra, onder meer door de aanwezigheid in veel gevallen van passende acco-

modatie, meer bij deze preventieve zorg zijn betrokken dan collegae in de overige praktijkvormen. Daarnaast verwachten we dat een aantal van deze centra er zeer bewust naar streeft, consultatiebureau-taken, als onderdeel van een continue en integrale zorg, te krijgen of te behouden.

- periode van vestiging; we verwachten dat huisartsen welke pas kort van de huisartsenopleiding af zijn, vaker consultatiebureauwerk doen, dan collegae welke reeds langer in het vak zitten. Dit vanwege een accentverschuiving in de opleiding naar meer preventieve activiteiten.
- urbanisatiegraad; we verwachten dat met name in de steden het aanbod van zuigelingen en kleuters zo groot is dat de kruisverenigingen er de voorkeur aan geven de bureaus te bezetten met aparte consultatiebureau-artsen.
- praktijkgrootte; we verwachten dat huisartsen met een kleine praktijk vaker consultatiebureauwerk zullen doen (als aanvulling op hun inkomen zolang de praktijk nog niet volgroeid is) dan collegae met een relatief grote praktijk.
- verloskundige activiteit; we verwachten dat huisartsen die verloskundig praktizeren als voortzetting daarvan ook vaker consultatiebureauwerk zullen doen.
- sexe van de huisarts; omdat het werken met jonge kinderen door velen meer vrouwen- dan mannenwerk wordt gevonden en omdat het consultatiebureauwerk goed met een part-time functie te verenigen is, verwachten we relatief veel vrouwelijke huisartsen als consultatiebureau-arts.
- taakopvatting met betrekking tot het consultatiebureauwerk; in hoeverre vinden huisartsen consultatiebureauwerk een taak en welke invloed heeft deze taakopvatting op de uitoefening van deze taken?

c. Over de organisatie van het consultatiebureau en de samenwerking (§ 5.2.3):
- werkt men in het consultatiebureau alleen voor kinderen uit de eigen praktijk of ook voor die uit andere praktijken binnen of buiten het samenwerkingsverband?
- wordt met de wijkverpleegkundige van het bureau ook buiten dat verband samen gewerkt?
- in hoeverre hebben huisartsen, werkzaam als consultatiebureau-arts, een op dit werk afgestemde opleiding gevolgd?

5.2.1. De huisarts als consultatiebureau-arts

De nu volgende tabel laat zien welk deel van de huisartsen, in de verschillende praktijkvormen, betrokken is bij de consultatiebureaus voor

zuigelingen en kleuters.

Tabel 5.2 Aantal huisartsen/consultatiebureau-artsen in verschillende praktijkvormen.

verbonden aan één of meer*	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
CB voor zuigelingen	36 (55%)	56 (30%)	22 (47%)	24 (38%)	165 (75%)	53 (25%)
CB voor kleuters	19 (29%)	25 (14%)	13 (28%)	14 (22%)	122 (42%)	21 (10%)

* huisartsen, welke zijn verbonden aan een consultatiebureau voor zuigelingen èn kleuters, worden in beide categorieën vermeld.

Op 5 huisartsen in gezondheidscentra, 2 in solo- en 1 in duo- respectievelijk groepspraktijken na, werken alle kleuter-consultatiebureau-huisartsen ook in een zuigelingenbureau. De participatie in zuigelingenbureaus is beduidend hoger dan in de kleuterbureaus. Een reden hiervoor vormt wellicht het feit dat er veel meer kleuters nodig zijn om een redelijk bezet kleuterbureau te houden dan zuigelingen in een zuigelingenbureau (kleuters verschijnen doorgaans slechts 1 à 2x per jaar; zuigelingen ± 10x per jaar). De verschillen tussen de praktijkvormen zijn aanzienlijk. Multidisciplinair samenwerkende huisartsen zijn vaker aan een consultatiebureau verbonden dan de huisartsen in solo- en duopraktijken, die niet op deze wijze samen werken. Bij de zuigelingenbureaus is de participatie van huisartsen in gezondheidscentra en solisten, die deel uitmaken van een home-team, het hoogst. Huisartsen in gezondheidscentra zijn, bovendien, beduidend vaker betrokken bij een consultatiebureau voor kleuters, dan de collegae in de overige praktijkvormen. Een combinatie van een relatief groot aanbod aan kleuters (van collegae huisartsen in het centrum) en een reeds bestaande samenwerkingsrelatie met wijkverpleegkundige(n), vormt wellicht de achtergrond, voor deze hoge betrokkenheid. Huisartsen in groepspraktijken, tenslotte, zijn zowel bij de zuigelingen- als kleuterbureaus, het minst betrokken. In paragraaf 5.2.2. gaan we nader in op de geconstateerde verschillen.

Aan de huisartsen, die verbonden zijn aan een consultatiebureau hebben we de vraag voorgelegd of ze dit werk als een tijdelijke nevenactiviteit beschouwen, die ze zullen opgeven wanneer de praktijk meer tijd en aan-

dacht van ze vraagt. De volgende tabel geeft inzicht in de antwoorden op deze vraag.

Tabel 5.3 Consultatiebureauwerk als tijdelijke nevenactiviteit.

mening over consultatiebureauwerk	% huisartsen			
	HT*	géén HT	GC	GP
tijdelijke nevenactiviteit	5	5	4	9
onzeker	15	17	8	14
géén, tijdelijke nevenactiviteit	80	78	88	77
totaal	100	100	100	100
N =	59	90	167	56

* Omdat de solo- en duopraktijken hier onderling nauwelijks verschillen laten we dit onderscheid achterwege.

Wat direct opvalt is dat het overgrote deel van deze huisartsen, dat werk niet als een tijdelijke nevenactiviteit beschouwt. Huisartsen in gezondheidscentra vinden dat in sterkere mate dan hun collegae in de overige praktijkvormen (88%), wat er op duidt dat het consultatiebureauwerk als essentieel onderdeel van de continue en integrale hulpverlening, welke véél gezondheidscentra trachten te bieden, wordt beschouwd.

5.2.2. Factoren die samenhangen met het doen van consultatiebureauwerk
We verwachten allereerst dat huisartsen in gezondheidscentra en hometeams, door een reeds bestaande samenwerking met wijkverpleegkundige(n), meer betrokken zijn bij het consultatiebureauwerk, dan hun collegae in de overige praktijkvormen. Voor gezondheidscentra komt daar nog eens het grote voordeel van een doorgaans passende accomodatie bij. Veel gezondheidscentra noemen het uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg ook expliciet een eerstelijnstaak. Zoals tabel 5.2 laat zien is hiervan op overtuigende wijze sprake.

Structurele variabelen
Als meer structurele factoren, welke mogelijk samenhangen met het doen van consultatiebureauwerk, noemden we; de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats, de praktijkgrootte, de verloskundige activiteit, de sexe en de periode waarin men zich als huisarts vestigde (wat als indicator voor

de ervaring beschouwd kan worden).
Tabel 5.4 laat zien wat de invloed is van bovenstaande (onafhankelijke) variabelen op het percentage huisartsen dat verbonden is aan een consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters.

Tabel 5.4 Verband tussen het doen van consultatiebureauwerk en een aantal structurele variabelen.

structurele variabelen	% huisartsen dat een consultatiebureau leidt
1. **urbanisatiegraad**	
(versted.) platteland	64 (N = 271)
forensengemeenten + kleine steden	42 (N = 152)
grote steden	35 (N = 433)
2. **praktijkgrootte**	
minder dan 1000	39 (N = 46)
1000-2500	46 (N = 481)
méér dan 2500	37 (N = 319)
3. **verloskundige activiteit**	
doet bevallingen	52 (N = 363)
doet géén bevallingen	36 (N = 494)
4. **sexe van de huisarts**	
man	43 (N = 775)
vrouw	44 (N = 82)
5. **periode van vestiging**	
vóór 1960	40 (N = 102)
1960-1969	36 (N = 114)
1970-1979	45 (N = 464)
1980 of later	42 (N = 177)

We zien in deze tabel dat met name de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de verloskundige activiteit van de huisarts sterk verband houden met de betrokkenheid bij het consultatiebureauwerk. Bijna tweederde deel van de huisartsen, gevestigd op het (verstedelijkt) platteland, leidt een consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters. Naarmate de verstedelijking toeneemt, zien we het percentage huisartsen dat actief

betrokken is bij het consultatiebureauwerk drastisch terug lopen; in de grote steden bedraagt dit nog slechts 35%.

Ruim de helft van de huisartsen, welke bevallingen leiden, doen consultatiebureauwerk; voor de niet-verloskundig praktizerende collegae bedraagt dit slechts 36%. Dit zou er op kunnen duiden dat taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg vaker worden gezien als voortzetting van de verloskundige zorg, dan als een taak die ook los daarvan zinvol door de huisarts kan worden uitgeoefend. Een tweede, en wellicht plausibelere verklaring voor deze verschillen, zou kunnen schuilen in het feit dat verloskundig actieve huisartsen, juist op het platteland oververtegenwoordigd zijn (zie tabel 4.8).

De overige variabelen, praktijkgrootte, geslacht van de huisarts en de ervaring als huisarts, geven géén of geen interpreteerbare verschillen te zien tussen de beide categorieën.

Nu we hebben gezien in welke mate een aantal structurele variabelen verband houdt met het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, gaan we vervolgens na in hoeverre de, in § 5.2.1., gevonden verschillen tussen de praktijkvormen, 'stand houden', wanneer we rekening houden met de invloed van de belangrijkste van deze variabelen, de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de verloskundige activiteit van de huisarts. Eerst kijken we naar het verschil tussen huisartsen in gezondheidscentra en collegae daarbuiten.

Tabel 5.5 Percentageverschil tussen consultatiebureau-actieve huisartsen in gezondheidscentra en daarbuiten, onder 'constanthouding' van urbanisatiegraad en verloskundige activiteit.

onafhankelijke variabelen	percentageverschil gezondheidscentra en de overige praktijkvormen
1. **urbanisatiegraad**	
(versted.) platteland	+11%
forensengemeenten + kleine steden	+29%
grote steden	+38%
2. **verloskundige activiteit**	
leidt bevallingen	+17%
leidt géén bevallingen	+31%

Vergelijking met tabel 5.2 leert dat het verschil in percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, ook na controle voor deze structurele variabelen, aanwezig blijft. Opmerkelijk is dat met name als de verstedelijking toeneemt de verschillen tussen gezondheidscentra enerzijds en de overige praktijkvormen anderzijds zelfs groter worden. Wellicht heeft dit te maken met de sterkere organisatiegraad van het consultatiebureauwezen in de meer verstedelijkte gebieden. Daar werkt de gunstige positie waarin een gezondheidscentrum, vergeleken met andere praktijkvormen, verkeert (wijkverpleegkundige in het team die met de huisartsen het consultatiebureau kunnen doen en een doorgaans geschikte accomodatie) het sterkst, waardoor het minder moeilijk is de organiserende kruisvereniging mee te krijgen. Een aantal gezondheidscentra streeft er zeer bewust naar deze consultatiebureautaak te krijgen of te behouden.

We richten ons nu op het verschil tussen huisartsen in home-teams en collegae in andere solo- en duopraktijken.

Tabel 5.6 Percentageverschil tussen consultatiebureau-actieve huisartsen in home-teams en collegae in andere solo- en duopraktijken, onder 'constanthouding' van urbanisatiegraad en verloskundige activiteit.

onafhankelijke variabelen	percentageverschil home-teams en andere solo- en duopraktijkvormen
1. **urbanisatiegraad**	
(versted.) platteland	+13%
forensengemeenten + kleine steden	+22%
grote steden	+ 1%
2. **verloskundige activiteit**	
leidt bevallingen	+13%
leidt géén bevallingen	+21%

Ook nu zien we, dat het verschil in percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in home-teams en daarbuiten, na controle voor deze variabelen blijft bestaan. Het verschil wordt echter wel kleiner. Opmerkelijk is dat in de grote steden het percentageverschil bijna nihil wordt. Wellicht hangt dit samen met het feit dat we juist home-teams in de grote steden weinig aantreffen (zie tabel 1.5).

Taakopvatting

We legden de huisartsen de vraag voor in hoeverre men van mening is dat de preventieve zorg voor jeugdigen, zoals verleend door de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, een taak is voor de huisarts. Men kon kiezen uit drie antwoorden: 'wel een taak', 'onzeker' en 'géén taak'. (Door optelling van de scores voor zuigelingen- en kleuterzorg komen we tot één taakopvattingsscore waarbij: wèl een taak = 2, onzeker = 1 en géén taak = 0).

Tabel 5.7 Taakopvatting met betrekking tot de preventieve zorg zoals verleend in de consultatiebureaus.

Taakopvatting betreffende consultatiebureauwerk	% huisartsen			
	HT	géén HT	GC	GP
laag (scores 0-2)	37	50	19	44
hoog (scores 3-4)	63	50	81	56
totaal	100	100	100	100
N =	106	235	283	203

Huisartsen in gezondheidscentra onderscheiden zich van hun collegae in de overige praktijkvormen, door een beduidend hoger percentage, dat de preventieve zorg, zoals verleend in consultatiebureaus een taak vindt voor de huisarts. Huisartsen in solo- en duopraktijken, die multidisciplinair samenwerken, vinden in sterkere mate deze preventieve zorg een taak, dan hun collegae die niet zo samenwerken (respectievelijk 63% en 50%). Vergelijking met tabel 5.2 leert dat de preventieve taakuitoefening, zoals verleend in consultatiebureaus vaak achterblijft bij wat huisartsen zouden willen. Dit geldt met name voor de huisartsen in groepspraktijken (25% leidt een consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters, terwijl 56% dit een taak vindt voor de huisarts). Ondanks deze discrepantie zien we dat consultatiebureau-actieve huisartsen deze taken in sterkere mate tot hun takenpakket rekenen dan hun minder actieve collegae op dit terrein.

We zullen nu zien welk aandeel structurele en meer persoonsgebonden variabelen, naast de praktijkvorm, hebben in de verklaring van de percentageverschillen tussen huisartsen, in het leiden van een consultatiebureau. Hierbij houden we rekening met de onderlinge verbanden tussen de

verschillende variabelen, door ze als onafhankelijke variabelen in te voeren in een zogenaamde multiple regressie-analyse.

Multiple regressie-analyse van verschillen in percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt

De onafhankelijke variabelen zijn, net als in het voorafgaande hoofdstuk ingedeeld in drie groepen:

- praktijkvorm
- structurele variabelen; urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de verloskundige activiteit van de huisarts
- persoonsgebonden variabelen, c.q. de taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg, zoals verleend in consultatiebureaus voor zuigelingen en/of kleuters.

Bij het schatten van de regressievergelijking zjn de onafhankelijke variabelen per groep ingevoerd, zodat de bijdrage van elke groep variabelen aan de verklaarde variantie zichtbaar wordt. We beginnen met de variatie in percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in de totale groep respondenten.

Tabel 5.8 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in de totale groep respondenten.

Onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	B	F	B	F	B	F
1. dummy var. gez.centra versus overige praktijkvormen	.25	50.46	.31	84.53	.23	48.21
2. dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.26	30.35	.22	22.49
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	-.11	6.17	.12	7.83
verloskundige activiteit	-	-	$.53*10^{-1}$	2.36	$.46*10^{-1}$	1.93
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	$-.94*10^{-1}$	69.21
constante	.34	265.73	.27	39.24	.61	110.13
R^2	.06		.18		.24	

Uit deze regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt:

- in gezondheidscentra groter is dan in de overige praktijkvormen
- op het (verstedelijkt) platteland hoger is dan elders

- in de grote steden lager is dan elders
- toeneemt naarmate de taakopvatting, met betrekking tot dit werk 'breder' is.

Belangrijke indicatoren voor het al dan niet uitvoeren van consultatiebureautaken, door de huisarts, zijn de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de praktijkvorm. De taakopvatting blijkt eveneens een goede voorspeller te zijn. Het al dan niet verloskundig actief zijn van de huisarts, daarentegen, heeft niet het verwachte effect. De verklaarde variantie bedraagt, wanneer we alleen de praktijkvorm in de vergelijking opnemen 6%. Wanneer ook de structurele variabelen worden toegevoegd bedraagt de verklaarde variantie 18%, terwijl de taakopvatting de verklaarde variantie doet stijgen tot 24%.

Voor de solo- en duopraktijken zijn de volgende regressievergelijkingen geschat.

Tabel 5.9 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in solo- en duopraktijken.

Onafhankelijke variabelen	1 B	1 F	2 B	2 F	3 B	3 F
1. dummy var. home-team versus géén home-team	.2	12.87	.11	4.42	$.89*10^{10}$	3.21
2. dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.3	17.4	.28	16.79
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	-.17	5.72	-.14	4.22
verloskundige activiteit	-	-	$.54*10^{-1}$	1.21	$.55*10^{-1}$	1.34
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	$-.79*10^{-1}$	26.6
constante	.32	105.28	.29	18.69	.56	45.22
R^2	.034		.24		.29	

Uit de regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt:
- op het (verstedelijkt) platteland hoger is dan elders
- in de grote steden lager is dan elders
- toeneemt naarmate de taakopvatting, met betrekking tot dit werk 'breder' is.

De belangrijkste indicator voor het al dan niet uitvoeren van consultatiebureautaken door huisartsen, in solo en duopraktijken, is de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats. Het al dan niet verloskundig praktizeren heeft niet het verwachte effect op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt. Deelname aan een home-team geeft, na het opnemen van de structurele variabelen in de regressievergelijking, nog wèl een significant verschil te zien in percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt. Wanneer ook de taakopvatting in de vergelijking wordt opgenomen neemt de significantie af tot p = .07. Voor de solo- en duopraktijken wordt 29% van de variantie verklaard door de gegeven onafhankelijke variabelen. Hiervan neemt de samenwerkingsvorm (deelname aan een home-team) bijna 4% voor haar rekening. De structurele variabelen zorgen voor 20% van de verklaarde variantie, terwijl de taakopvatting goed is voor 5% verklaarde variantie.

Tenslotte hebben we voor de gezondheidscentra en home-teams de volgende regressievergelijking geschat.

Tabel 5.10 Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in gezondheidscentra en home-teams.

Onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	B	F	B	F	B	F
1. dummy var. gez.centra versus home-teams	$.96*10^{-1}$	2.98	.18	10.14	$.98*10^{-1}$	3.23
2. dummy var. praktijkvest. (versted.) platteland	-	-	.22	9.38	.17	5.93
dummy var. praktijkvest. grote steden	-	-	$-.98*10^{-1}$	2.39	-.12	4.09
verloskundige activiteit	-	-	$-.33*10^{-2}$	$.37*10^{-2}$	$-.55*10^{-2}$	$.11*10^{-1}$
3. **taakopvatting**	-	-	-	-	-.13	44.57
constante	.49	109.86	.42	35.25	.86	83.63
R^2	.005		.07		.17	

Uit deze laatste regressie-analyse blijkt dat het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt:
- op het (verstedelijkt) platteland hoger is dan elders
- in de grote steden lager is dan elders
- toeneemt naarmate de taakopvatting met betrekking tot dit werk, 'breder' is.

De belangrijkste indicator voor het al dan niet leiden van een consultatiebureau door huisartsen in gezondheidscentra en home-teams is de taakopvatting met betrekking tot dit werk. Een andere belangrijke voorspeller blijkt de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats. De totaal verklaarde variantie in deze groep bedraagt 17%. Hiervan neemt de taakopvatting het merendeel (10%) voor haar rekening. De structurele variabelen zijn goed voor 6,5% verklaarde variantie, terwijl de praktijkvorm (gezondh.centra versus HT) slechts 0,5% van de variantie verklaart.

5.2.3. Organisatie en samenwerking ten behoeve van het consultatiebureau
Het in één hand houden van curatieve- en preventieve zorg wordt als argument gebruikt om de huisarts bij de jeugdgezondheidszorg in te schakelen. Door kennis van het primaire leefmilieu zou de huisarts beter in staat zijn eventuele risico's in een vroegtijdig stadium te traceren. Deze voordelen kunnen alleen dan benut worden wanneer de huisarts het consultatiebureau voor de kinderen van de eigen patiëntenpopulatie houdt. Het komt ook wel voor dat een huisarts op het consultatiebureau zowel 'eigen' kinderen ziet als kinderen uit de praktijk van één of meer collega's binnen het samenwerkingsverband. Ook dit heeft nog voordelen: de huisartsen zijn tot op zekere hoogte bekend met elkaars praktijken en elkaars manier van werken en zijn gemakkelijk(er) in staat belangrijke achtergrondgegevens aan elkaar over te dragen. Een derde mogelijkheid is dat een huisarts ook kinderen ziet buiten het samenwerkingsverband. Hoe groter het percentage van die kinderen en om hoe meer verschillende huisartsen het gaat, des te geringer is het voordeel van het feit dat het consultatiebureau door een huisarts wordt geleid.

Tabel 5.11 Mate waarin consultatiebureaus, waaraan huisartsen meewerken, praktijkgebonden zijn.

consultatiebureau is bestemd	% huisartsen			
	HT	géén HT	GC	GP
- uitsl. voor kinderen uit de eigen praktijk	46	48	54	34
- ook voor kind. uit prakt. van coll. in het team	13	15	19	36
- zowel voor kind. uit het team als van ha.daarb.	41	37	27	30
totaal	100 (N=59)	100 (N=90)	100 (N=167)	100 (N=56)

Het percentage huisartsen, verbonden aan een consultatiebureau waar ook kinderen worden gezien buiten het samenwerkingsverband, is voor gezondheidscentra en groepspraktijken nagenoeg gelijk (respectievelijk 27% en 30%). Voor de solo- en duopraktijken ligt dit percentage beduidend hoger; respectievelijk 41% voor de home-team-artsen en 37% voor de collegae, welke niet deel uitmaken van zo'n verband. In gezondheidscentra komt het wat vaker voor, dan in solo- en duopraktijken, dat het consultatiebureau uitsluitend bestemd is voor kinderen uit de eigen praktijk. In groepspraktijken komen daar vaker kinderen bij uit praktijken van collegae uit het team.

Een soortgelijke situatie geldt ook voor de wijkverpleegkundige, waarmee de huisarts op het consultatiebureau samenwerkt. Als met die wijkverpleegkundige ook buiten het consultatiebureau (liefst praktijkgebonden) wordt samen gewerkt, dan is dat uit het oogpunt van een integrale zorg aantrekkelijker dan wanneer dat niet het geval is.

Tabel 5.12 Samenwerking tussen de huisarts en wijkverpleegkundigen van het consultatiebureau.

huisarts werkt in het consultatiebureau samen met	% huisartsen			
	HT	géén HT	GC	GP
- wijkverpleegk. uit het gez.centrum of home-team	87	13	96	35
- wijkverpleegk. waarmee ook buiten het CB wordt samengewerkt (niet in gez. centrum of home-team)	7	76	2	61
- wijkverpleegk. waarmee verder niet wordt samen gewerkt	6	11	2	4
totaal	100	100	100	100
N =	88	115	283	71

Met de wijkverpleegkundige van het consultatiebureau bestaat in de meeste gevallen ook buiten het bureau een samenwerkingsrelatie. Zowel in gezondheidscentra als in home-teams is dat in de meeste gevallen de wijkver-

pleegkundige uit het team (respectievelijk 96% en 87%). In groepspraktijken is dat in 35% van de gevallen de wijkverpleegkundige waarmee al wordt samen gewerkt. We zien dus dat in het consultatiebureauwerk dat door eerstelijnswerkers wordt uitgevoerd, in de meeste gevallen, voorwaarden aanwezig zijn voor een verwevenheid van deze preventieve taken met de curatieve zorg. In gezondheidscentra en in home-teams geldt dat in sterkere mate dan in de overige praktijkvormen.

Een laatste opmerking handelt over de vraag naar het scholingsniveau, ten behoeve van deze taken. Voor het goed functioneren van een consultatiebureau zijn het kennis-, vaardigheids- en ervaringsniveau van de medewerkers en het onderhouden daarvan van groot belang. Wat de vereiste opleiding betreft moet worden geconstateerd dat er, ondanks aandringen uit het veld van de jeugdgezondheidszorg, nog geen enkele leerstoel Jeugdgezondheidszorg is. De bijscholing is minimaal; eerst onlangs is daartoe een aanzet gegeven via het postacademisch onderwijs. Van de consultatiebureau(huis)artsen, werkzaam in gezondheidscentra, heeft 40% bij- en/of nascholing gevolgd, ten behoeve van dit werk. Voor de groepspraktijken bedraagt dit percentage slechts 29%. Bij de solo- en duopraktijken heeft eenderde deel van de huisartsen bij-, nascholing op dit gebied gehad (ongeacht deelname aan een home-team).

5.2.4. Samenvatting

De preventieve jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen wordt verleend in consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, waarbij de organisatie berust bij de talrijke plaatselijke kruisverenigingen. De leiding van een individueel consultatiebureau berust doorgaans bij een arts, die hierbij samen werkt met een wijkverpleegkundige. Er zijn diverse soorten artsen die dit werk doen; huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen, schoolartsen. De jeugdarts heeft echter het grootste aandeel in zowel de zuigelingen als kleuterconsulten (in 1980: jeugdarts 40%, huisarts 36%).

De jeugdgezondheidszorg heeft zich lange tijd autonoom kunnen ontwikkelen. Resultaat hiervan is het ontbreken van de nodige samenhang, zowel op functioneel (hiaten of overlap van voorzieningen), operationeel (geen goede afspraken en sluitende procedures) als bestuurlijk niveau (gebrekkige communicatie- en besluitvormingsstructuren).

Al geruime tijd wordt er een discussie gevoerd, welke zich toespitst op de vraag door wie de jeugdgezondheidszorg nu het best kan worden verricht. Voorstanders van de huisarts, wijzen erop dat de zorg voor jeugdigen, ook als ze niet ziek zijn, in toenemende mate contact vereisen met het primaire leefmilieu. Zij die een rol bepleiten voor de jeugdarts wijzen op de specifieke deskundigheid en routine, welke het consultatiebureauwerk vereist. Gaan we nu over op de resultaten van ons eigen onderzoek.

Multidisciplinair samenwerkende huisartsen zijn vaker aan een consultatiebureau verbonden dan de huisartsen in solo- en duopraktijken, die niet op deze wijze samen werken. Bij de zuigelingenbureaus is de participatie van huisartsen in gezondheidscentra en solisten, die multidisciplinair samen werken, het hoogst. Huisartsen in gezondheidscentra zijn, bovendien, beduidend vaker betrokken bij een consultatiebureau voor kleuters dan de andere huisartsen. Soortgelijke verschillen treft men aan bij de taakopvatting, betreffende het consultatiebureauwerk, zij het in mindere mate. Het overgrote deel van de huisartsen, verbonden aan een consultatiebureau, beschouwt dit werk niet als een tijdelijke nevenactiviteit. Huisartsen in gezondheidscentra vinden dat in sterkere mate dan de collegae in de overige praktijkvormen.

De urbanisatiegraad van de vestigingsplaats hangt sterk samen met het al dan niet leiden van een consultatiebureau. Op het (verstedelijkt) platteland doen huisartsen vaker consultatiebureauwerk dan in de meer verstedelijkte gebieden. In de grote steden, waar huisartsen in de regel geen consultatiebureauwerk doen, zien we echter dat juist in gezondheidscentra deze taken wel worden uitgeoefend. Door deze centra wordt het doen van consultatiebureaus dikwijls bewust gekozen, ondanks organisatorische bezwaren, die dit voor de kruisvereniging heeft. De periode van vestiging en de sexe van de huisarts houdt géén verband met het al dan niet doen van consultatiebureauwerk. Dit geldt eveneens voor de omvang van de praktijk. Huisartsen die verloskundig actief zijn doen vaker consultatiebureauwerk dan hun niet-verloskundig praktizerende collegae. Bij het schatten van een regressievergelijking voor het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, blijkt dat vooral het al dan niet werkzaam zijn in een gezondheidscentrum, naast de urbanisatiegraad en de taakopvatting, een belangrijke indicator is.

Met betrekking tot de organisatie en samenwerking ten behoeve van het consultatiebureau zien we dat in gezondheidscentra het vaak voorkomt dat het consultatiebureau uitsluitend is bestemd voor kinderen uit de eigen praktijk. Met de wijkverpleegkundige van het consultatiebureau bestaat in de meeste gevallen ook buiten het bureau een samenwerkingsrelatie. Zowel in de gezondheidscentra als in solo- en duopraktijken, deel uitmakend van een home-team, is dat in de meeste gevallen de wijkverpleegkundige uit het team.

Met name gezondheidscentra en in iets mindere mate solo- en duopraktijken, die deelnemen aan een home-team, lijken in een gunstige positie te verkeren voor het doen van consultatiebureauwerk. De meeste disciplines zijn al in huis en in gezondheidscentra beschikt men doorgaans al over een geschikte accomodatie om het consultatiebureau onderdak te bieden.

6. PREVENTIEVE ZORG

Van het ruime terrein van de preventieve zorg hebben we twee onderwerpen ter nadere bestudering gekozen: opsporing en behandeling van hypertensie en de adviesrol betreffende leefgewoonten (roken, alcoholgebruik en overgewicht). Voordat hierover de resultaten worden gepresenteerd volgt eerst een inleidend stuk over ontwikkelingen en controversen in de preventieve gezondheidszorg en de mogelijkheden voor de eerste lijn, i.c. de huisarts.

6.1. Preventieve gezondheidszorg in Nederland; een algemeen kader

Accentverschuiving naar meer preventieve zorg

Momenteel is er een eind gekomen aan de daling van de sterfte. Een verdere daling is alleen mogelijk door het terug dringen van de belangrijkste doodsoorzaken van nu, namelijk kanker en hart- en vaatziekten. Voor deze ziekten komt de medische wetenschap, ondanks de vele vorderingen nog vaak te laat. De vraag dringt zich dan ook op, of met dezelfde of minder kosten, niet meer bereikt kan worden door zich te richten op de oorzaken en vroege diagnostiek van deze ziekten.

Al 25 jaar geleden werd in het Woudschoten-rapport een ontwikkeling geconstateerd naar meer preventieve zorg (NHG, 1959). In de onlangs gepubliceerde 'Nota Eerstelijnszorg' wordt gesteld dat een belangrijk deel van het probleemaanbod van huisartsen en maatschappelijk werkenden verband houdt met de levensstijl, wat eisen stelt aan het aanbod; onder andere maatregelen op het vlak van preventie, voorlichting, signalering en dergelijke.

Strategieën en uitingsvormen

Onder het begrip preventie kunnen een veelheid van activiteiten gerangschikt worden, die op verschillende niveaus en op verschillende schaal kunnen worden uitgevoerd. Grofweg kan een onderscheid gemaakt worden tussen het vóórkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid (RCGP, 1981). Ziekte vóórkomen kan door de oorzaken aan te pakken of, als daarover niet voldoende bekend is, door deze in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen. Om de verschillende niveaus aan te duiden worden wel de termen primaire, secundaire en tertiaire preventie gebruikt. Met **primaire preventie** bedoelt men het treffen van maatregelen ter voorkoming van (het ontstaan) van ziekte (bijvoorbeeld tuberculose-programma's). **Secundaire preventie** is het vroeg onderkennen van ziektebeelden teneinde het proces te stoppen of te vertragen en **tertiaire preventie,** tenslotte, is het voorkomen van complicaties of verslechtering van een bestaande ziekte. Duidelijk moge zijn dat genoemde niveau-verschillen niet altijd

zo scherp zijn aan te geven, terwijl in de praktijk doorgaans andere termen gehanteerd worden.

De secundaire preventieve zorg kent vele benamingen, waarvan screening, anticiperende geneeskunde, case finding en bevolkingsonderzoek het meest in zwang zijn. Screening is het benaderen van mensen zonder ziektesymptomen om door middel van eenvoudig onderzoek voorlopers van de ziekte op het spoor te komen. Anticiperende geneeskunde, verwijst naar het actief zoeken gedurende de normale arts-patiënt-contacten naar andere belangrijke aandoeningen. Case finding ligt hier dicht tegen aan; het is het zoeken naar reeds manifeste ziektegevallen en beperkingen die daar het gevolg van zijn. Bevolkingsonderzoek, tenslotte is een verzamelbegrip voor diverse vormen van secundaire preventie. Men bestempelt iets tot een bevolkingsonderzoek als:

- aan personen van een bepaalde doelpopulatie een aanbod tot medisch of psychologisch onderzoek wordt gedaan dat niet aan een waargenomen afwijking gerelateerd is;
- de gegevens uit het onderzoek medische gevolgen kunnen hebben voor het individu of de doelpopulatie (Gezondheidsraad, 1983).

Opvattingen en controversen

Bij het doen van bevolkingsonderzoek gaat men er vanuit dat ziekte in een presymptomatisch stadium kan worden opgespoord, een stadium dat lang genoeg duurt om de opsporing op ruime schaal mogelijk te maken en dat uiteindelijk overgaat in een symptomatisch stadium. Om de juistheid van deze vooronderstellingen te kunnen beoordelen is kennis van het natuurlijk verloop van de ziekte nodig.

Critici wijzen op de twijfelachtige wetenschappelijke basis en de ongewenste neveneffecten van veel screeningsprogramma's. Zo kan een typische curatieve instelling, waarbij koste wat het kost vermeden wordt dat een ziekte als niet-ziek wordt aangemerkt, in de preventieve zorg schadelijk zijn, omdat die leidt tot een relatief groot aantal fout positieve resultaten. Ook zijn er meer principiële bezwaren. Meer nadruk op diagnostiek in een presymptomatisch stadium leidt tot een toenemende ondertoezichtstelling en afhankelijkheid van het individu ten opzichte van de deskundigen. Zo ontstaat er een paradoxale situatie, waarin enerzijds van diverse zijden gewezen wordt op de individuele verantwoordelijkheid van het individu voor de eigen gezondheid, terwijl anderzijds gepleit wordt voor een grotere rol voor preventieve activiteiten (WVC, 1983). Ook voor de hulpverleners ligt hier een dilemma: preventie van vreselijke ziekten versus preventie van somatische fixatie.

Preventieve zorg in de eerste lijn

In de zestiger jaren doet Van den Dool al aan opsporing van chronische

ziekten in zijn huisartspraktijk (Van den Dool, 1970). Hij benaderde daartoe patiënten uit tevoren vastgestelde risico-categorieën in de normale spreekuurcontacten, de zogeheten anticiperende benadering. Inderdaad verkeert de huisarts in een gunstige positie om op deze manier preventief te werken. De mogelijkheden daartoe ontbreken echter in de huidige omstandigheden: onvoldoende faciliteiten, kennis, vaardigheid, tijd en de nog teveel curatief ingestelde huisarts (Van Aalderen en Knotnerus, 1978). Ook is het registratiesysteem in de meeste gevallen voor deze werkwijze ontoereikend. Daarnaast vormen financiering en honorering ernstige hinderpalen. We spreken dan nog helemaal niet over het periodiek oproepen van patiënten voor screeningsonderzoek.

Niet iedereen denkt er zo somber over. Van Ree ziet wel bepaalde mogelijkheden als de assistent(e) wordt ingeschakeld. Hij wijst op een aantal voordelen: het grote bereik, vooral op langere termijn, het feit dat er geen scheiding bestaat tussen screenende en behandelende instantie, een controlemogelijkheid voor patiënten die zich aan behandeling en controle onttrekken, de vertrouwde omgeving waarin een en ander zich afspeelt en een geringere kans op medicalisering door minder nadruk op ziekte (Van Ree, 1981).

Volgens de Schets zal de eerste lijn beter in staat zijn preventieve taken te vervullen als er wordt samengewerkt. Onduidelijk blijft echter wélke disciplines wélke taken dienen uit te voeren (VOMIL, 1980).

6.2. Meningen over preventieve taken in het algemeen: de onderzoekresultaten

De uitvoering van een beleid dat meer nadruk legt op vroege opsporing zal gedragen moeten worden door hulpverleners. We wilden van de huisartsen weten wat ze hiervan vinden; of ze het nut er van inzien en wat ze van de rol van de huisarts in het algemeen hierbij vinden. Systematische preventie neemt waarschijnlijk nog een bescheiden plaats in, binnen het werk van de huisarts. Boots vond in zijn onderzoek dat huisartsen 5,2% van de tijd aan preventie besteedden (inhoudende: geboorteregeling, prenatale zorg, GVO, vaccinatie, Periodiek Geneeskundig Onderzoek en surveillance van risicogroepen) (Boots, 1983). In deze paragraaf staan vijf vragen uit Boots onderzoek, die betrekking hebben op de taakopvatting aangaande preventieve zorg, centraal. Ze werden vrijwel letterlijk in onze vragenlijst opgenomen. Bij de presentatie van de resultaten zijn de antwoordcategorieën, 'mee eens' en 'enigszins mee eens', alsmede 'mee oneens' en 'enigszins oneens' van de 5-puntsschaal samen genomen. De tussenliggende categorie is in de tabel niet opgenomen. Ter vergelijking zijn Boots resultaten vermeld uit de grote steekproef uit het totale Nederlandse huisartsen-bestand.

Tabel 6.1 Algemene taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg

Taakopvatting	% huisartsen												
	mee eens							mee oneens					
	solo		duo		GC	GP	Boots	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT				HT	géén HT	HT	géén HT		
individuele primaire preventie moet tot het specifieke terrein van de huisarts worden gerekend	85	89	96	89	74	72	73	8	4	2	8	17	22
in iedere huisartspraktijk zou door de huisarts periodiek screeningsonderzoek moeten worden verricht bij high-risk groepen	51	51	46	50	49	49	41	34	29	37	34	38	40
vroege opsporing behoort meer tot de taken van de maatschappelijke gezondheidszorg dan tot die van de huisarts	38	40	61	29	33	43	36	42	37	33	53	51	41
het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene (factoren moet bij uitstek tot de taak van de huisarts gerekend worden	68	58	62	61	58	58	58	17	25	22	30	30	29
de huisarts moet zich vanuit zijn werk ook bezig houden met het (helpen) uitoefenen van sociale en politieke invloed in verband met gesignaleerde problemen	32	33	38	48	55	42	39	41	46	49	41	33	44
N =	65	185	45	64	328	232							

Huisartsen in solo- en duopraktijken onderscheiden zich van hun collegae in gezondheidscentra en groepspraktijken (en die in het onderzoek var Boots) door een beduidend hoger percentage, dat **individuele primaire preventie** een taak voor de huisarts vindt. Hierbij is de deelname aan eer home-team van geen betekenis. Ongeveer de helft van de huisartsen, in ons onderzoek, vindt dat in iedere huisartspraktijk **periodiek screeningsonderzoek** moet worden gedaan bij zogenaamde 'high-risk' groepen. De verschillende praktijkvormen onderscheiden zich daarin niet van elkaar. Boots komt slechts tot 41% dat het daarmee eens is. Huisartsen in gezondheidscentra en in duopraktijken (niet deel uitmakend van een home-team)

vinden in mindere mate dan de overige collegae dat **vroege opsporing** eerder door de maatschappelijke gezondheidszorg zou moeten worden gedaan. Dat zou positief gesteld kunnen betekenen dat ze in dit opzicht meer een taak voor de huisarts zien. Over het **signaleren van maatschappelijke problemen,** als mogelijk pathogene factoren wordt niet zo verschillend geoordeeld. Het enige noemenswaardige verschil zien we tussen solisten die wel en die niet deel uitmaken van een home-team; de home-team-artsen vinden dit vaker een taak dan de collegae die niet op die manier samen werken. Over het **uitoefenen van sociale en politieke invloed,** door de huisarts, lopen de meningen wat meer uiteen. In gezondheidscentra wordt daar het meest positief over gedacht; 55% is het er mee eens. Huisartsen in duopraktijken zijn het hiermee vaker eens wanneer ze niet in een home-team zitten dan wanneer dat wel het geval is (48% respectievelijk 38%).

Resumerend kunnen we zeggen dat er weinig unanimiteit bestaat over de genoemde standpunten, maar dat de balans niettemin licht doorslaat naar een erkenning van de betreffende taakaspecten. Het meeste is men van mening dat de individuele primaire preventie een taak voor de huisarts is. Huisartsen in gezondheidscentra vinden minder vaak dan hun collegae in de overige praktijkvormen dat vroege opsporing meer het werk is van de maatschappelijke gezondheidszorg. Eerstgenoemden vinden, daarentegen, vaker dat het uitoefenen van sociale en politieke invloed een taak voor de huisarts is.

We gaan nu na in hoeverre onze verwachting klopt dat oudere, meer ervaren huisartsen, in mindere mate preventieve zorg tot hun taak rekenen, vanwege een andere opleiding die zij hebben genoten (waarin minder aandacht voor deze aspecten bestond). Om dit na te gaan hebben we alle huisartsen een totaalscore gegeven, waaruit blijkt in hoeverre ze het eens zijn met de uitspraken. Deze totaalscore hebben we vervolgens in drie klassen verdeeld. De huisartsen welke pas kort gevestigd zijn (minder dan vijf jaar) vinden vaker (45%) dat preventieve zorg, zoals weergegeven in de vijf uitspraken, tot het takenpakket van de huisarts hoort, dan collegae die langer gevestigd zijn (respectievelijk 34% en 32%). Omdat er over de uitspraken weinig unanimiteit bestaat is het wellicht interessanter per item na te gaan of er een verband bestaat tussen de antwoorden en de ervaring van de huisarts. **Individuele primaire preventie** vinden huisartsen in de drie 'ervarings'categorieën ongeveer in gelijke mate een taak (respectievelijk 82%, 78% en 80%). De tweede uitspraak over **periodiek screeningsonderzoek** geeft wel een licht (negatief) verband te zien. De percentages voor de drie ervaringscategorieën zijn 55%, 49% en 46%. De mening over **vroege opsporing door** huisarts of maatschappelijke gezondheidszorg geeft weinig verschil te zien. De minst ervarenen zijn het er iets vaker mee oneens dat dit meer het werk is van de maatschappelijke gezondheidszorg (47%) dan de andere collegae (43%). Het **signaleren van**

maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene factoren wordt door huisartsen met de minste ervaring even vaak een taak gevonden als door collegae met meer dan 10 jaar ervaring (± 60%). Huisartsen met 5-10 jaar ervaring zijn het wat minder vaak met deze uitspraak eens (56%). De laatste uitspraak over het **uitoefenen van sociale en politieke invloed** houdt het sterkst verband met de ervaring van de huisarts.

Tabel 6.2 Verband tussen de ervaring van de huisarts en diens opvatting over het uitoefenen van politieke en sociale invloed.

Mening	ervaring van de huisarts		
	minder dan 5 jaar	5-10 jaar	meer dan 10 jaar
eens	136 (59)*	154 (46)	118 (33)
geen mening	22 (10)	57 (17)	65 (18)
oneens	73 (31)	126 (37)	172 (49)
totaal	231 (100)	337 (100)	355 (100)

Kendall's Tau C = -.16 $p < .0001$.
* tussen haakjes staan de kolom-percentages.

We zien in de tabel dat er een duidelijk negatief verband is tussen de ervaring als huisarts en de opvatting over het uitoefenen van sociale en politieke invloed als taak voor de huisarts.

Resumerend kunnen we stellen dat bij het oordeel over individuele primaire preventie en het signaleren van maatschappelijke problemen, de ervaring van de huisarts er niet toe doet. Bij de overige drie items zien we dat huisartsen met de minste ervaring wat vaker genoemde aspecten tot hun takenpakket rekenen. Het sterkst geldt dit voor de uitspraak over het uitoefenen van sociale en politieke invloed.

6.3. Opsporing en behandeling van hypertensie

Hypertensie (hoge bloeddruk) is een risico-indicator voor cerebrovasculaire accidenten, decompensatio cordis, nierinsufficiëntie en hoogstwaarschijnlijk ook voor coronarialijden. Het is geen ziekte op zichzelf maar het vergroot de kans op het krijgen van genoemde aandoeningen. Behandeling van hypertensie bestaat, afhankelijk van de ernst, uit regelmatige controle, inachtneming van leefregels en medicatie, al of niet in combinatie. Aangenomen wordt dat hypertensie veel voorkomt, en naarmate de interventiegrenzen verlaagd worden zal de prelaventie ook steeds meer toe-

nemen. Extrapolatie van resultaten van de meest recente bevolkingsonderzoeken in Nederland (1980) levert de volgende ramingen. In de leeftijdsgroep van 35-65 jaar heeft 38% van de mannen en 35% van de vrouwen bij de eerste meting aanwijsbare hypertensie (diastolische bloeddruk van meer dan 90 mmHG) (Gezondheidsraad, 1983).

Bij de keuze tussen aparte instellingen voor bevolkingsonderzoek of een geïntegreerde aanpak in de eerstelijngsgezondheidszorg speelt de coöperatie van de gescreende een grote rol. In het advies van de Gezondheidsraad wordt een goede relatie tussen de hypertensiepatiënt en een gemotiveerde hulpverlener dan ook benadrukt. Hierbij acht de Raad het raadzaam dat de huisarts direct reageert bij het niet nakomen van een afspraak. Om alle hypertensiegevallen systematisch te kunnen opsporen zal de huisarts ook degenen die zich vrijwel nooit op het spreekuur laten zien actief moeten benaderen door middel van oproeping of huisbezoek (Gezondheidsraad, 1983). In hoeverre de huisarts in staat is deze, voor een deel nieuwe, taak op zich te nemen hangt mede af van hoe de uitvoering georganiseerd kan worden. Van Ree oppert in dat verband de taak van de assistente uit te breiden naar preventieve zorg en zorg voor bepaalde categorieën chronische patiënten (Van Ree, 1981 en 1983).

Bij het bestuderen van de bemoeienis van huisartsen bij opsporing en behandeling van hypertensie (en dat geldt ook voor de adviesrol bij leefgewoonten in de volgende paragraaf) gaat het ons er in de eerste plaats om een indruk te krijgen van de werkwijze daarbij en de randvoorwaarden. Meer concreet betekent dat aandacht voor de systematiek: richt men zich op een omschreven doelgroep en wordt bij betreffende patiënten 'zonder aanziens des persoons' onder andere, de bloeddruk gemeten. Ook de benadering van de risicogroep kan verschillen, van alleen via spreekuurcontacten tot het actief periodiek oproepen. Een goede registratie is daarbij onmisbaar. Door samenwerking met andere disciplines ontstaan er wellicht meer mogelijkheden voor een goede en gerichte opsporing en continuïteit in de behandeling. Door het stellen van vragen over de taakopvatting betreffende verschillende aspecten krijgen we een indruk van de achtergronden van een bepaalde werkwijze.

6.3.1. Wijze van opsporen

Bepaalde categorieën patiënten kunnen, ongeacht de aard van de klacht waarmee ze op het spreekuur komen, gescreend worden. Er is dan sprake van een systematisch opsporingsbeleid. Wanneer alleen de bloeddruk gemeten wordt, wanneer klachten of omstandigheden daartoe aanleiding geven, is er sprake van een selectief opsporingsbeleid.

Tabel 6.3 geeft inzicht in de benaderingswjze van de huisartsen in ons onderzoek.

Tabel 6.3 Wijze van opsporen van hypertensie.

Wijze van opsporen*	% huisartsen					
	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
alleen **selectief** (afhankelijk van omstandigheden en achtergrond van de patiënt	71	65	64	64	75	67
(ook) **systematisch** (meting bij alle patiënten op het spreekuur uit bepaalde leeftijdscategorie ongeacht aard van de klachten)	28	34	34	36	24	28
(ook) **oproepen/uitnodigen** van wie in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest	1	1	2	0	1	5
totaal	100	100	100	100	100	100
N	65	185	47	64	330	235

* Als huisartsen zowel 'selectief' als 'systematisch' invulden, werden ze voor deze tabel ingedeeld bij de categorie 'systematisch'. De tabel bevat dus géén dubbeltellingen.

Wat opvalt is dat bijna driekwart van de huisartsen selectief te werk gaat bij het opsporen van hypertensie. Systematische werkwijzen worden in gezondheidscentra het minst aangetroffen (24%). Een ander verschil zien we bij de solisten die wèl en die niet deel uitmaken van een home-team; de home-team-artsen gaan minder systematisch te werk (28%) dan de collegae die niet multidisciplinair samen werken (34%). Er zijn maar enkele huisartsen die patiënten, die niet op het spreekuur komen, oproepen of uitnodigen voor een meting. De systematiek in de opsporing, welke door de Gezondheidsraad zo wordt benadrukt, wordt in ons onderzoek derhalve nog weinig aangetroffen. In de duopraktijken ligt dit percentage iets hoger en in de gezondheidscentra iets lager dan het gemiddelde.

Ook bij de controle van eenmaal vastgestelde hypertensie kan de huisarts meer of minder actief zijn (tabel 6.4).

Tabel 6.4 Wat huisartsen doen als een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle.

Houding ten opzichte van nalatige patiënten	% huisartsen					
	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
huisarts doet niets (eigen verantwoordelijkheid van de patiënt)	69	71	68	66	76	71
pas actie als ook de volgende controle wordt overgeslagen	9	13	9	13	7	10
patiënt wordt vrij spoedig verzocht alsnog te komen	8	8	15	13	7	11
in ander consult wordt op terug gekomen (motivatiegesprek)	9	4	0	3	5	4
overige acties	5	4	8	6	6	4
totaal	100	100	100	100	100	100
N =	65	184	47	64	330	231

Ongeveer driekwart van de huisartsen onderneemt geen actie wanneer een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle. Opvallend hierbij is dat huisartsen in gezondheidscentra vaker te kennen geven dat het de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is, wanneer deze niet verschijnt op een afspraak, dan hun collegae in de overige praktijkvormen. Slechts 9% van de huisartsen verzoekt de patiënt als regel vrij spoedig alsnog te komen; in duo- en groepspraktijken ligt dit percentage iets hoger, in de overige praktijkvormen iets lager dan het gemiddelde. De huisartsen nemen dus een nogal afwachtende houding aan bij het niet verschijnen van een patiënt op een afgesproken controle. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn niet erg groot.

6.3.2. Betrokkenheid van de praktijkassistente en hulpverleners van andere disciplines in de eerste lijn

Eerder hebben we betoogd dat de huisarts in een gunstige positie verkeert inzake preventieve zorg en dat de uitvoering van die zorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg waarschijnlijk effectiever is dan los daarvan in georganiseerde campagnes. Dat de huisarts al het uitvoerende werk zelf doet lijkt niet de bedoeling. Van Ree heeft laten zien dat delegatie van protocollair vastgelegde handelingen zeer goed uitvoerbaar is (Van Ree, 1981 en 1983). Vooral in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn goede voorwaarden aanwezig voor delegatie en betrokkenheid van verschillende disciplines.

Tabel 6.5 Rol van praktijkassistente bij opsporing en controle van hypertensiepatiënten (zoals gemeld door de huisarts).*

taken	% huisartsen							
	solo			duo			GC	GP
	HT	géén HT	tot.	HT	géén HT	tot.		
- (vrijwel) géén taak	83	66	71	62	70	67	47	63
- incidenteel controle-meten	17	21	20	27	29	28	42	34
- doorgaans controle-meten	-	7	5	9	5	6	11	3
- andere taken (bijvoorbeeld voorlichting, adm. onderst.)	6	16	13	13	6	9	9	12
N =	65	179	244	45	63	108	328	232

* meerdere mogelijkheden konden worden aangekruisd.

De rol van de praktijkassistente, bij opsporing en controle van hypertensie, is niet groot. Van hen verricht gemiddeld éénderde incidenteel controle-metingen; slechts enkelen doen dit doorgaans. Er is echter nogal wat verschil tussen de praktijkvormen. Zo wordt in gezondheidscentra door méér dan de helft van de huisartsen gemeld dat praktijkassistenten incidenteel of doorgaans een taak hebben bij de opsporing en behandeling van hypertensie. In de overige praktijkvormen ligt dat percentage beduidend lager; in de solopraktijken bedraagt dit zelfs maar 25%. De meest voorkomende taak is het incidenteel meten van de bloeddruk van patiënten die voor controle komen: 42% in gezondheidscentra, 34% in groepspraktijken,

28% in duo- en 20% in solopraktijken. Concluderend kan gesteld worden dat de, door Van Ree voorgestelde, actieve rol van praktijkassistenten bij de opsporing en behandeling van hypertensie nog betrekkelijk weinig in onze populatie wordt aangetroffen.

Naast de praktijkassistente kunnen hulpverleners van andere disciplines in de eerste lijn betrokken zijn bij de preventieve zorg. Ook hierbij zien we echter dat deze betrokkenheid, in onze populatie (nog) weinig wordt aangetroffen. Slechts 12% van de huisartsen in gezondheidscentra maakt melding van een delegatie van taken op dit gebied. Voor de groepspraktijken bedraagt dit percentage 7%; voor de solo- en duopraktijken zelfs nog minder. Opvallend is ook dat huisartsen in solo- en duopraktijken, welke deel uitmaken van een home-team, minder vaak melding maken van een delegatie van taken dan hun collegae, welke wèl deel uitmaken van zo'n team. Naast de praktijkassistenten zijn als hulpverleners van andere disciplines door de huisartsen genoemd: fysiotherapeut (17%), wijkverpleegkundige (16%), en de verloskundige (7%). De wijze van betrokkenheid bestaat met name uit bloeddrukmeting, ontspanningsoefeningen en voedings- en medicatie-advies.

6.3.3. Hypertensie in de praktijkadministratie

Een preventieve benadering stelt aparte eisen aan de opslag en toegankelijkheid van geregistreerde gegevens. Het kan daarbij nodig zijn om snel te beschikken over een overzicht van bijvoorbeeld alle patiënten boven een bepaalde leeftijd of met bepaalde chronische aandoeningen. Normaal gesproken zijn die gegevens niet per categorie herkenbaar in de patiëntenadministratie. Ook kan het uit het oogpunt van preventie goed zijn te beschikken over een overzicht van het patiëntenbestand naar leeftijd en geslacht, aan de hand waarvan risicogroepen sneller kunnen worden vastgesteld. Tabel 6.6 (zie volgende pagina) laat zien in hoeverre hypertensiepatiënten als aparte categorie in de patiëntenadministratie herkenbaar zijn.

Bij ruim driekwart van de huisartsen zijn hypertensiepatiënten niet als categorie herkenbaar in de praktijkadministratie. Bij gemiddeld 15% van de huisartsen zijn hypertensiepatiënten als categorie herkenbaar, bijvoorbeeld door middel van ruitertjes op de kaart. Een enkele huisarts houdt een bijgewerkt overzicht bij van alle hypertensiepatiënten. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn niet erg groot. In duopraktijken (géén home-team) en gezondheidscentra is deze groep patiënten iets vaker als aparte categorie herkenbaar in de praktijkadministratie, dan in de andere praktijken.

Tabel 6.6 Herkenbaarheid van de categorie hypertensiepatiënten in de administratie van de huisarts.

Herkenbaarheid van hypertensiepatiënten	% huisartsen					
	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
niet als categorie herkenbaar: individuele gegevens niet systematisch op de kaart	14	10	13	9	16	10
niet als categorie herkenbaar: individuele gegevens steeds op de kaart vermeld	75	75	77	67	63	71
wel als categorie herkenbaar: (bijv. door middel van ruitertjes op de kaart; aparte hypertensiekaart)	11	11	6	20	15	13
wel herkenbaar: er bestaat een bijgewerkt overzicht	-	2	2	-	2	5
overige vormen	-	2	2	3	4	1
totaal	100	100	100	100	100	100
N =	65	185	47	64	330	234

6.3.4. Aanbod van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden

Van de huisartsen in gezondheidscentra maakt ± 8% melding van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor hypertensiepatiënten; in groepspraktijken bedraagt dit percentage slechts 1%; in solopraktijken 2%. Het al dan niet deel uitmaken van een home-team, laat bij de duopraktijken een opmerkelijk verschil zien; géén van de huisartsen, welke deel uitmaken van een home-team maakt melding van de aanwezigheid van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden, terwijl dit percentage 8% bedraagt bij de 'niet-home-team-artsen'. Als groepsgewijze behandelingsmogelijkheden zijn onder andere genoemd therapiegroepen, bijvoorbeeld ontspanningsgroepen en gespreks- of voorlichtingsgroepen. Op de vraag, welke hulpverleners bij

deze 'groepen' betrokken zijn, noemt 42% van de huisartsen zichzelf, 26% de praktijkassistent(e), 23% de maatschappelijk werkende en 20% de fysiotherapeut.

6.3.5. Factoren welke samenhangen met de wijze van opsporen van hypertensie door huisartsen

De door velen bepleite verschuiving van curatieve naar meer preventieve zorg, zou mogelijk ook in de opleiding tot huisarts terug te vinden zijn. Huisartsen welke pas kort van de opleiding af zijn zouden dientengevolge meer initiatief ten aanzien van de opsporing en behandeling van hypertensie aan de dag leggen dan hun langer gevestigde collegae. Een andere factor die een rol kan spelen, is de omvang van de praktijk. We verwachten dat een huisarts met een kleine, nog niet volgroeide praktijk, meer tijd kan steken in activiteiten op het gebied van de preventieve zorg dan een collega met een grotere praktijk.

Tabel 6.7 Verband tussen de mate van initiatief ten aanzien van het opsporen van hypertensie en een tweetal onafhankelijke variabelen.

onafhankelijke variabelen	wijze van opsporen			
	alleen selectief	(ook) systematisch	(ook) oproepen	N=
jaar van afstuderen				
1976-1984	78%	21%	1%	316
1969-1975	68%	30%	2%	346
vóór 1969	61%	35%	3%	268
Praktijkgrootte				
0-1500	74%	25%	1%	147
1501-2500	70%	28%	2%	442
> 2500	67%	30%	3%	332

Systematisch opsporen van hypertensiepatiënten blijkt, tegengesteld aan onze verwachting, vaker voor te komen bij langer gevestigde huisartsen dan bij collegae die pas kort van de opleiding af zijn. Ook ten aanzien van de praktijkgrootte vinden we een onverwachte uitkomst; huisartsen met een relatief grote praktijk (méér dan 2500 patiënten) gaan vaker systematisch te werk dan collegae met minder grote praktijken.

De vraag die we ons nu willen stellen is wat huisartsen zelf vinden van hun taak bij de opsporing en behandeling van hypertensie. Bestaat er met andere woorden een kloof tussen de mate van initiatief welke de huisarts op dit gebied ten toon spreidt en diens taakopvatting met betrekking tot deze activiteiten.

Tabel 6.8 Opvattingen van huisartsen over hun taken bij opsporing en behandeling van hypertensie.

	% huisartsen							
	wel een taak*				géén taak			
	solo**	duo	GC	GP	solo	duo	GC	GP
selectief onderzoek afhankelijk van omstandigheden en achtergrond van de patiënt	91	92	98	96	2	2	1	1
systematisch meten bij alle patiënten uit een bepaalde leeftijdscategorie, ongeacht de aard van de klachten	51	56	54	56	25	28	30	24
patiënten oproepen die in een bepaalde periode niet op het spreekuur kwamen	9	14	8	19	72	70	76	70
N = (minimaal)	232	105	323	224				

* De categorie 'geen mening' is buiten de tabel gelaten.

** Het al dan niet deel uitmaken van een 'home-team' geeft geen grote verschillen in percentages te zien. Vandaar dat we dit onderscheid niet in de tabel hebben gemaakt.

Bijna alle huisartsen zijn van mening dat een selectief opsporingsbeleid ten aanzien van hypertensie, dus afhankelijk van de omstandigheden en achtergrond van de patiënt, tot de taak van de huisarts hoort. De anticiperende benadering vindt duidelijk minder bijval. Toch is nog ruim de helft van de huisartsen van mening dat systematisch meten, op het spreekuur, bij alle patiënten uit een bepaalde leeftijdscategorie een taak is voor de huisarts. Het oproepen van patiënten wordt door bijna driekwart

van de huisartsen als taak afgewezen, al verschillen de praktijkvormen in dit opzicht. Van de huisartsen in groepspraktijken rekent toch nog 19% dit tot de taak van de huisarts. In gezondheidscentra is slechts 8% deze mening toegedaan. Van de collegae in solo- en duopraktijken vindt respectievelijk 9% en 14% dat de huisarts zou moeten oproepen.

Vergelijking van tabel 6.8 en 6.3 leert dat ruim de helft van de huisartsen systematische screening tot de taak van de huisarts rekent, terwijl nog geen 30% dit in de praktijk ook daadwerkelijk doet. Ook bij het 'oproepen' ziet men een discrepantie; slechts 2% van de huisartsen roept patiënten, die in een bepaalde periode niet op het spreekuur kwamen, op terwijl gemiddeld 13% dit een taak voor de huisarts vindt. Er blijkt een verband te zijn tussen opvattingen over het oproepen van patiënten voor een hypertensie-screening (tabel 6.8) en de reactie op het wegblijven van patiënten bij een controle-afspraak (tabel 6.4). Huisartsen die vinden dat het actief benaderen van bepaalde patiënten voor een screening tot de taak van de huisarts hoort, zijn ook actiever in het herinneren van nalatige patiënten.

Om te kunnen nagaan of een brede taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg in het algemeen, samengaat met een actieve opstelling ten aanzien van de opsporing van hypertensie, hebben we de scores op de vijf vragen uit Boots onderzoek opgeteld en vervolgens gedichotomiseerd.

Tabel 6.9 Samenhang tussen algemene taakopvatting en de wijze van opsporen van hypertensie.

wijze van opsporing	algemene taakopvatting		
	hoog (scores 0-15)	laag (scores 16-30)	
alléén selectief	64	76	
(ook) systematisch	34	22	
(ook) oproepen	2	2	
totaal	100	100	N = 909

Cramer's V = .16 $p < .05$.

We zien in de tabel dat huisartsen met een brede algemene taakopvatting meer initiatief tonen bij het screenen van hypertensiepatiënten: 34% doet dit systematisch; bij huisartsen met een geringe algemene taakopvatting is dat 22%. Het gevonden verband is statistisch significant.

Resumerend zien we dat huisartsen in de regel selectief te werk gaan

bij het opsporen van hypertensie en dat ook vrijwel allemaal een taak vinden voor de huisarts. Systematisch meten wordt door ruim een kwart van de huisartsen gedaan, maar meer dan de helft vindt het een taak. Over het actief oproepen van de patiënten zijn de meningen ook verdeeld; ruim 13% is er voor, maar slechts 2% handelt dienovereenkomstig. Huisartsen in duopraktijken doen iets meer aan systematisch meten en afroepen en vinden dat ook iets vaker een taak dan collegae in de overige praktijkvormen. Huisartsen met een brede algemene taakopvatting tonen iets meer initiatief bij het screenen van hypertensiepatiënten dan collegae met een meer beperkte algemene taakopvatting. De bereidheid achter patiënten aan te gaan die zich niet aan controle-afspraken houden is over het algemeen erg gering; deze bereidheid is in duopraktijken iets groter dan in de overige praktijkvormen.

6.4. Advies en begeleiding bij veranderen van (riskante) leefgewoonten

In deze paragraaf worden drie thema's besproken: roken, overgewicht en alcoholgebruik. Roken en overmatig alcoholgebruik geven een verhoogde kans op aandoeningen en kunnen derhalve als riskante gewoonten worden aangemerkt. Wanneer te veel eten tot overgewicht leidt kan dat ook een riskante gewoonte genoemd worden. In alle gevallen is een vroegtijdige signalering en behandeling het meest effectief; medewerking van de cliënt is op dat moment makkelijker te bereiken en de aangerichte schade is nog niet zo groot. **Roken** verhoogt de kans op longkanker en hartaandoeningen. De effectiviteit van anti-rookadviezen is afhankelijk van de hoeveelheid sigaretten die men rookt, de intensiteit en de duur van de advisering en begeleiding en de steun uit de sociale omgeving (Reelinch, Schuurman en De Haes, 1983). Het meest effectief zijn die benaderingen waarbij het anti-rookadvies niet een eenmalige aangelegenheid is maar waarbij sprake is van een langdurige begeleiding. **Overgewicht** is zowel een directe als een indirecte risicofactor. Direct, vanwege een overbelasting van de gewrichten en het hart; indirect via hypertensie, diabetes mellitus en hyperlipidaemie, is de kans op coronair hartziekte vergroot aanwezig. Als behandelingsmogelijkheden dienen zich aan: dieet, medicijnen, meer bewegen, gedragsmatige verandering (dit wil zeggen verandering van het eetgedrag). Op de langere duur zijn met name de laatste twee effectiever, vooral in combinatie. **Overmatig alcoholgebruik** geeft, naast een kans op sociaal-psychiatrische problemen, een sterk verhoogde kans op het ontstaan van levercirrose en andere, aan alcohol gerelateerde gezondheidsaandoeningen. Uit het Alcohol Prevalentie Onderzoek Rotterdam/Limburg lezen we dat bijna 10% van de volwassen bevolking problemen ondervindt met het drinken (Garretsen en Knibbe, 1983). In de wachtkamer komt echter alleen het topje van de ijsberg boven water. Er wordt dan ook gepleit voor een betere vroegtijdige herkenning van de problemen.

Achtereenvolgens worden onderzoekresultaten gepresenteerd over de adviserende rol die huisartsen (willen) vervullen met betrekking tot leefgewoonten, de wijze waarop huisartsen gegevens hierover vastleggen in de patiëntenadministratie en in welke mate er groepsgewijze behandelingsmogelijkheden beschikbaar zijn.

6.4.1. Adviseren door de huisarts

Aan de huisartsen is de vraag voorgelegd in hoeverre zij patiënten, preventief adviseren te stoppen met roken. Een zelfde vraag is gesteld ten aanzien van (te) dikke patiënten en patiënten die erg veel alcohol gebruiken. Als dit advies slechts dan gegeven wordt als klachten of ziektegedrag daartoe aanleiding geven, dan is dat minder preventief dan wanneer dat advies gegeven wordt aan alle rokende, drinkende en te dikke patiënten, zonder aanziens des persoons (Zie tabel 6.10 volgende pagina.)

Aan patiënten die roken geeft 42% van de huisartsen in groepspraktijken en 35% van die in gezondheidscentra, zonder medische noodzaak, het advies te stoppen. In solopraktijken gaat gemiddeld 39% zo te werk. Bij de collega's in duopraktijken zien we een verschil optreden van 7% tussen de home-team- en niet-home-team-artsen (respectievelijk 45% en 38%).

Iets vaker dan bij roken zijn huisartsen geneigd dikke mensen zonder medische noodzaak het advies te geven te vermageren. Van de huisartsen in gezondheidscentra geeft 40% dergelijke adviezen; in groepspraktijken 47%. Bij de collega's in solo- en duopraktijken ligt dit percentage beduidend hoger, waarbij het al dan niet deel uitmaken van een home-team redelijke verschillen met zich meebrengt (respectievelijk 57%-50% en 62%-47%).

Preventieve adviezen tegen overmatig alcoholgebruik komen het meest voor. Hierbij moet aangetekend worden dat het uiteraard alleen gaat om de probleemdrinkers voor zover bekend bij de huisarts. Driekwart van de huisartsen geeft alle probleemdrinkers zonder aanziens des persoons het advies minder te drinken. In gezondheidscentra ligt het percentage iets lager, in duo- en groepspraktijken iets hoger dan het gemiddelde. Opvallend is dat bij alle probleemgebieden huisartsen in gezondheidscentra het minst adviseren zonder dat daar een (medische) noodzaak voor bestaat.

Om na te gaan of preventief adviseren een soort kenmerk is van een huisarts of dat een dergelijk advies slechts ten aanzien van één onderwerp wordt gegeven, zijn we nagegaan in hoeverre er verband bestaat tussen het preventief adviseren met betrekking tot roken, overgewicht en teveel drinken. We gaan hierbij uit van de groep huisartsen die preventieve anti-rook-adviezen geven, omdat dat de kleinste categorie is, en kijken vervolgens hoeveel die groep slinkt als ook achtereenvolgens het preventieve vermageringsadvies en het dito drinkadvies wordt toegevoegd (Zie

Tabel 6.10 Advieshouding van de huisarts ten aanzien van een drietal riskante leefgewoonten.

advieshouding	% huisartsen					
	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
stop-roken-advies alléén als klachten daartoe aanleiding geven	63	59	55	62	65	58
stop-roken-advies aan alle patiënten die roken, ongeacht klachten	37	41	45	38	35	42
vermageringsadvies alléén als klachten daartoe aanleiding geven	43	50	38	53	60	53
vermaringsadvies aan alle te dikke patiënten, ongeacht klachten	57	50	62	47	40	47
advies minder te drinken, alléén als klachten daartoe aanleiding geven	22	29	25	22	27	23
advies minder te drinken aan alle overmatige drinkers	78	71	75	78	73	77
N =	65	182	47	63	329	233

tabel 6.11 volgende pagina).

Van de 358 huisartsen die zonder medische noodzaak patiënten adviseren te stoppen met roken, geeft 91% daarnaast ook preventief advies aan probleemdrinkers. 62% van die 358 huisartsen geeft bovendien preventieve adviezen aan te dikke patiënten en adviseert dus ten aanzien van alle 3 leefgewoonten preventief. Uit de tabel blijkt dat de meeste huisartsen die anti-rookadviezen geven ook anti-drinkadviezen geven. Ten aanzien van vermageringsadviezen is men veel terughoudender.

Samenvattend zien we dat preventieve adviezen tegen overmatig alcoholgebruik het meest voorkomen: 74% van alle huisartsen geven die. Anti-rookadviezen komen het minst voor: slechts 39% van alle huisartsen doet dit, zonder aanziens des persoons en onafhankelijk van klachten. Bij alle pro-

Tabel 6.11 Mate waarin huisartsen die preventieve anti-rookadviezen geven ook preventieve adviezen geven ten aanzien van overgewicht en overmatig alcoholgebruik.

	aantal huis-artsen	prop. huisartsen die prev. anti-rookadvies geven (N = 358)	prop. van de totale huisartsen (N = 920)
alleen preventief anti-rookadvies	358	100%	39%
preventief advies anti-rook + alcohol	324	91%	35%
preventief advies anti-rook + alcohol + overgewicht	221	62%	27%

bleemgebieden zijn huisartsen in gezondheidscentra het meest terughoudend in preventief adviseren. 91% van de huisartsen geeft naast, dergelijke, anti-rook-adviezen, preventieve adviezen ten aanzien van alcoholgebruik. 62% van deze huisartsen geeft daarnaast ook preventieve vermageringsadviezen, en adviseert dus ten aanzien van alle drie leefgewoonten preventief.

6.4.2. Vastleggen van leefgewoonten in de patiëntenadministratie
We vroegen huisartsen of ze gegevens over rookgewoonten, overgewicht, gewicht van niet te dikke patiënten en overmatig alcoholgebruik op de patiëntenkaart vastleggen (Zie tabel 6.12 volgende pagina).

Het merendeel (driekwart) van de huisartsen registreert overmatig alcoholgebruik van de patiënten meestal. In gezondheidscentra ligt dat percentage nog iets hoger dan in de overige praktijkvormen. Gegevens met betrekking tot overgewicht worden door bijna driekwart van de huisartsen meestal in de administratie vastgelegd. Hier zien we dat gezondheidscentra juist iets minder actief zijn. Het gewicht van 'normale' patiënten wordt vaker niet dan wèl bijgehouden. De solo- en duopraktijken zijn hier iets actiever in. Rookgewoonten worden door minder dan de helft van de huisartsen als regel aangetekend. Opvallend is dat huisartsen in solo- en duopraktijken die deel uitmaken van een home-team, een stuk minder actief zijn in dit opzicht dan collegae die niet op deze manier samen werken.

Tabel 6.12 Vastleggen van riskante leefgewoonten in de patiëntenadministratie.

vastleggen in de patiëntenadministratie van	% huisartsen																	
	solo						duo						GC			GP		
	HT			géén HT			HT			géén HT								
	M*	S	Z	M	S	Z	M	S	Z	M	S	Z	M	S	Z	M	S	Z
rookgewoonten	34	50	17	47	44	9	38	49	13	47	42	11	43	49	8	41	50	10
overgewicht	74	23	3	78	21	1	75	23	2	80	19	2	69	29	2	75	23	2
gewicht 'normale' patiënten	16	55	30	20	49	31	24	44	33	19	42	39	13	41	46	15	47	38
alcoholgebruik	72	26	2	77	22	2	75	26	0	81	16	3	85	14	1	76	23	1
N = minimaal		64			182			46			62			328			232	

* M = meestal; S = soms; Z = zelden

We zien dat vooral gegevens met betrekking tot overmatig alcoholgebruik en overgewicht meestal door de huisarts worden vastgelegd. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn, wat dit betreft, niet erg groot.

In hoeverre huisartsen, die het één vastleggen, dat ook doen voor één of beide andere categorieën, valt af te leiden uit tabel 6.13 (zie volgende pagina).

Van de huisartsen die meestal rookgewoonten registreren doet 91% dat ook voor overgewicht. 83% van deze huisartsen doet dat ook voor overmatig drinken en houdt dus van alle leefgewoonten aantekeningen bij; van alle huisartsen is dat ruim éénderde.

6.4.3. Aanbod van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden

Aan de huisartsen hebben we de vraag voorgelegd in hoeverre er in hun praktijk groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor genoemde categorieën patiënten voorhanden zijn (Zie tabel 6.14 volgende pagina).

Tabel 6.13 Mate waarin huisartsen die gegevens met betrekking tot rookgewoonten vastleggen ook gegevens over overgewicht en overmatig alcoholgebruik registreren.

huisarts registreert meestal:	aantal	prop. huisartsen die meestal rookgewoonten vastlegt (N = 395)	prop. van alle huisartsen (N = 923)
rookgewoonten	395	100%	43%
rookgewoonten + overgewicht	360	91%	39%
rookgewoonten + overgewicht + overmatig drinken	329	83%	36%

Tabel 6.14 Aanbod groepsgewijze behandeling/begeleiding.

groepsgewijze behandelingsmogelijkheid voor:	% huisartsen					
	solo		duo		GC	GP
	HT	géén HT	HT	géén HT		
zij die met **roken** willen stoppen	5	4	-	3	6	4
zij die willen **vermageren**	39	25	40	34	44	30
zij die minder willen **drinken**	15	14	11	20	9	14
N = minimaal	64	182	47	62	327	232

Voor mensen die in een groep willen afslanken zijn er beduidend meer mogelijkheden dan voor hen die met roken willen stoppen en minder willen drinken. 44% van de huisartsen in gezondheidscentra maakt melding van deze groepsgewijze behandelingsmogelijkheid. In de overige praktijkvormen is dat percentage een stuk lager. Deelname aan een home-team geeft, bij de solo- en duopraktijken, een verschil te zien in dit opzicht ten voordele van de home-team-artsen (39% en 25% respectievelijk 40% en 34%). Die ruimere mogelijkheden in gezondheidscentra, en in iets mindere mate in home-teams, zijn waarschijnlijk te danken aan de aanwezigheid van de wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende, die hierbij betrokken zijn. Er zijn maar weinig huisartsen die melding maken van groepsgewijze

behandelingsmogelijkheden voor degenen, die met roken willen stoppen. Groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor 'drinkers' nemen een tussenpositie in.

6.4.4. Factoren welke mogelijk samenhangen met de adviesrol van de huisarts ten aanzien van riskante leefgewoonten

Eerder hebben we gesteld dat, als een preventief advies gegeven wordt wanneer klachten of ziekteverloop dat nodig maken, dat minder preventief is dan wanneer dat advies zonder aanziens des persoons wordt gegeven, aan alle patiënten. Uit tabel 6.10 moge duidelijk zijn dat huisartsen hierin nogal van elkaar verschillen. Zo zien we bijvoorbeeld dat bij alle probleemgebieden, huisartsen in gezondheidscentra het minst preventief adviseren. We zullen nu enkele factoren onder de loupe nemen, die mogelijk samenhangen met de geconstateerde verschillen. We gaan dit eerst na voor het jaar van afstuderen van de huisarts en de praktijkgrootte.

Tabel 6.15 Verband tussen de advieshouding van de huisarts en twee onafhankelijke variabelen.

onafhankelijke variabelen	preventief adviseren	(op alle 3 gebieden)
jaar van afstuderen		
1976-1984	20%	(N = 358)
1969-1975	21%	(N = 384)
vóór 1969	23%	(N = 306)
praktijkgrootte		
0-1500	11%	(N = 176)
1501-2500	21%	(N = 492)
> 2500	26%	(N = 371)

Het jaar waarin men als huisarts is afgestudeerd blijkt niet samen te hangen met het geven van preventieve adviezen. Jonge en recent afgestudeerde huisartsen geven niet meer preventieve adviezen dan hun oudere collegae. Ten aanzien van de praktijkgrootte zien we dat huisartsen met een relatief kleine praktijk minder vaak preventieve adviezen geven dan de collegae met een grote praktijk (méér dan 2500 patiënten). Dit verband is statistisch significant (Cramer's V = .12, $p < .05$).

Hierbij moeten we aanmerken dat praktijken van een dergelijke kleine omvang in de totale onderzoekspopulatie betrekkelijk weinig voorkomen (17%) en dat het verschil tussen de beide andere categorieën zeer gering

is.

Vervolgens vragen we ons af in hoeverre de opvattingen van huisartsen ten aanzien van preventieve zorg, in het algemeen, verband houden met advieshouding ten aanzien van schadelijke leefgewoonten. Daartoe vergelijken we de antwoorden op de eerste twee vragen uit Boots onderzoek (zie tabel 6.1) met de resultaten, betreffende de advieshouding van huisartsen.

Tabel 6.16 Verband tussen de taakopvatting met betrekking tot preventiee zorg in het algemeen en de advieshouding van de huisarts ten aanzien van riskante leefgewoonten.

taakopvatting van de huisarts ten aanzien van	advieshouding van de huisarts* **	
	alleen bij klachten	aan **alle** patiënten
Individuele primaire preventie		
hoog (scores 1 en 2)	73%	85%
laag (scores 4 en 5)	17%	10%
	(N = 171)	(N = 220)
periodiek screeningsonderzoek bij high-riskgroepen		
hoog (scores 1 en 2)	42%	55%
laag (scores 4 en 5)	43%	30%
	(N = 173)	(N = 219)

* de scores met betrekking tot de advieshouding ten aanzien van alle drie de thema's zijn gesommeerd.

** in de tabel zijn alleen die huisartsen opgenomen die ten aanzien van alle drie de probleemgebieden of alleen naar aanleiding van klachten adviseren of bij alle patiënten.

We zien in de tabel dat er een verband bestaat tussen de algemene taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg en de advieshouding van de huisarts ten aanzien van riskante leefgewoonten. Van de huisartsen, welke individuele primaire preventie en periodiek screeningsonderzoek bij high-risk groepen, tot hun taak rekenen geeft respectievelijk 85% en 55% preventieve adviezen ten aanzien van schadelijke leefgewoonten: dit is slechts 10% respectievelijk 30% bij de huisartsen met een lage taakopvattingsscore.

6.5. Samenvatting

Na een korte inleiding over de ontwikkelingen en controversen in de preventieve gezondheidszorg en de mogelijkheden voor de eerste lijn daarbij, worden de resultaten gepresenteerd betreffende de mening over preventieve taken in het algemeen, de opsporing en behandeling van hypertensie en de adviesrol betreffende enkele riskante leefgewoonten (roken, alcoholgebruik en overgewicht).

Individuele primaire preventie wordt door het merendeel van de huisartsen in ons onderzoek als taak voor de huisarts beschouwd. Voor de solo- en duopraktijken geldt dat in sterkere mate dan voor de gezondheidscentra en groepspraktijken. De helft van de huisartsen rekent periodiek screeningsonderzoek tot haar taak; de verschillende praktijkvormen onderscheiden zich daarin niet van elkaar. Vroege opsporing wordt door huisartsen in gezondheidscentra en duopraktijken (niet deel uitmakend van een home-team) vaker als huisartsentaak gezien dan door de overige collegae. Over het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene factoren wordt door ruim de helft van de huisartsen positief gedacht. De praktijkvormen onderscheiden zich daarin niet van elkaar. Door huisartsen in gezondheidscentra wordt het meest positief gedacht over het uitoefenen van sociale en politieke invloed (55%). Deelname aan een home-team geeft, in dit opzicht, bij de duopraktijken een opmerkelijk verschil te zien in het nadeel van de home-teams. Over het algemeen bestaat er weinig unanimiteit over genoemde standpunten. De balans slaat niettemin licht door naar een erkenning van de betreffende taakaspecten. De ervaring van de huisarts hangt in dit opzicht negatief samen met de mening over genoemde taakaspecten. Dit geldt met name ten aanzien van het uitoefenen van sociale- en politieke invloed.

Huisartsen gaan in de regel selectief te werk bij het opsporen van hypertensie en vinden dat ook vrijwel allemaal een taak. Systematisch meten wordt door meer dan de helft een taak gevonden terwijl ruim een kwart dit ook daadwerkelijk doet. Over het actief oproepen van (nalatige) patiënten zijn de meningen nog verder verdeeld; ruim 13% is er voor maar slechts ± 2% handelt dienovereenkomstig. Huisartsen in duopraktijken doen iets meer aan systematisch meten en oproepen en vinden dat ook iets vaker een taak dan de overige collegae. Huisartsen met een brede algemene taakopvatting (ten aanzien van preventieve zorg) tonen ook iets meer initiatief bij het screenen van hypertensiepatiënten dan collegae met een meer beperkte algemene taakopvatting.

De rol van de praktijkassistente bij de opsporing en controle van hypertensie is over het algemeen niet groot. Van hen verricht gemiddeld eenderde incidenteel controle-metingen; slechts enkelen doen dit doorgaans. In gezondheidscentra is de betrokkenheid van de praktijkassistente beduidend hoger dan in de overige praktijkvormen. Naast de praktijkas-

sistente kunnen hulpverleners van andere disciplines in de eerste lijn betrokken zijn bij deze zorg. Ook hier zien we echter dat deze betrokkenheid in onze populatie (nog) weinig wordt aangetroffen. Slechts 12% van de huisartsen in gezondheidscentra maakt melding van delegatie van taken op dit gebied. In de overige praktijkvormen ligt dit percentage nog lager. Naast de praktijkassistente zijn als hulpverleners van andere disciplines genoemd: fysiotherapeut (17%), wijkverpleegkundigen (16%) en de verloskundige (7%).

Een preventieve benadering stelt aparte eisen aan de opslag en toegankelijkheid van geregistreerde gegevens. Bij ruim driekwart van de huisartsen zijn echter hypertensiepatiënten niet als categorie herkenbaar in de patiëntenadministratie. In duopraktijken (géén home-teams) en gezondheidscentra is deze groep iets vaker als aparte categorie herkenbaar dan in de overige praktijkvormen. Het aanbod van groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor hypertensiepatiënten, tenslotte, is zeer gering. In gezondheidscentra wordt iets vaker melding gemaakt van deze mogelijkheden (8%) dan in de overige praktijkvormen.

Gaan we nu over op de (preventieve) adviesrol ten aanzien van drie riskante leefgewoonten: roken, overgewicht en alcoholgebruik. Als dit advies slechts dan gegeven wordt als klachten of ziektegedrag daartoe aanleiding geven dan is dat minder preventief dan wanneer dat advies gegeven wordt aan alle rokende, drinkende en te dikke patiënten, zonder aanziens des persoons. Preventieve adviezen (dus zonder aanziens des persoons) tegen overmatig alcoholgebruik komen het meest voor; driekwart van de huisartsen geeft die. Anti-rook-adviezen worden het minst gegeven (39%). Bij alle probleemgebieden zijn huisartsen in gezondheidscentra het meest terughoudend in preventief adviseren. Home-team-artsen geven over het algemeen iets meer preventieve adviezen dan de collegae in solo- en duopraktijken, die niet zo samen werken. 62% van deze huisartsen geeft daarnaast ook preventieve vermageringsadviezen, en adviseert dus ten aanzien van alle drie leefgewoonten preventief. Vooral gegevens met betrekking tot overmatig alcoholgebruik en overgewicht worden meestal door de huisarts geregistreerd. De verschillen tussen de praktijkvormen zijn, wat dit betreft, erg klein. Voor mensen die in een groep willen afslanken zijn er beduidend meer mogelijkheden dan voor zij die met roken willen stoppen en minder willen drinken. In gezondheidscentra en in mindere mate in home-teams, zijn deze mogelijkheden wat vaker voorhanden dan in de overige praktijkvormen.

7. TERMINALE ZORG

Onder terminale zorg verstaan we zowel stervens- als rouwbegeleiding. In de inleiding gaan we verder in op de betekenis van de zorg voor de huisarts. De resultaten van ons onderzoek (waarbij de groepspraktijken niet betrokken zijn) zullen naast landelijke gegevens gelegd worden. Rouwbegeleiding komt slechts summier aan de orde; we zullen zien in welke mate de huisarts hiermee te maken heeft en waaruit deze begeleiding bestaat.

7.1. Inleiding

In de laatste fase van hun leven zijn veel mensen sterk afhankelijk van anderen. Wie zijn de meest aangewezenen om dan bijstand te verlenen? Wat de medische zorg betreft ligt het voor de hand dat een arts deze verleent. Sinds het begrip stervensbegeleiding zijn intrede deed, is de aandacht voor niet-medische en niet-verpleegkundige aspecten sterk toegenomen. Was dat doorgaans vanzelfsprekend een taak voor familie en kennissen, tegenwoordig zijn velen van mening dat (professionele) hulpverleners wel degelijk een rol kunnen spelen, vooral waar de familie het niet aankan. Dit geldt vooral voor de thuiszorg. Afhankelijk van het stadium van de ziekte ligt het accent in de verpleging verschillend; aanvankelijk gericht op beheersing en onderdrukking van de ziekte, wanneer deze benadering zinloos is geworden, op het verbeteren van de kwaliteit van het resterende leven. In veel gevallen is hier sprake van een langzame accentverschuiving. Dit brengt met zich mee dat het voor betrokkenen niet altijd duidelijk is wanneer men geen hoop meer hoeft te hebben op genezing. Een bekende omgeving kan in een verwarrende stervensperiode voorkomen dat men onnodig gedesoriënteerd raakt. Voor de familie zijn de voorwaarden gunstiger om goed afscheid te nemen, wat een positieve invloed heeft op het verwerken van het verlies. Een continue en integrale zorg 'dicht bij huis' past overigens geheel in het streven van de overheid. Dit vereist van de hulpverleners afstemming van werkzaamheden en onderling overleg (WVC, 1980). Juist bij stervensbegeleiding is dat des te belangrijker, omdat het daarbij zo onduidelijk is wat tot de taak van welke discipline hoort.

Stervensbegeleiding wordt door verschillende hulpverleners verschillend ingevuld, al naar gelang taakopvatting, interesse en vaardigheden. De LHV noemt, in een door haar geformuleerd 'basistakenpakket van de huisarts', stervenshulp expliciet als taak voor de huisarts. De huisarts beoogt door zijn stervenshulp de patiënt te helpen zodanig te sterven dat hij dit kan beleven als het meest afgestemd op zijn persoonlijke situatie, realiseerbare behoeften en wensen (LHV, 1983). Dat veel huisartsen zich als de meest aangewezen persoon beschouwen om stervenshulp te bieden blijkt onder meer uit het feit dat 78,6% van de huisartsen uit een landelijke

steekproef de betreffende vraag positief beantwoordde (Boots en Van Zutphen, 1981). Daarnaast zijn er vele publicaties van huisartsen verschenen op dit gebied (o.a. Crebolder, 1980; Spreeuwenberg, 1981; Stam, 1980).

Na het overlijden van de patiënt blijft er vaak een hulpverleningscontact bestaan met de nabestaanden. Huisarts of wijkverpleegkundige zouden er een routine van kunnen maken na verloop van tijd te informeren hoe de nabestaande(n) het maakt.

Er blijkt geen overeenstemming te bestaan over de vraag in hoeverre eerstelijnshulpverleners ook een taak hebben bij de begeleiding van hun terminale patiënten, in het ziekenhuis. Waar de specialist zich toelegt op het medisch handelen, zou de huisarts de op het sterven gerichte (psycho-sociale) hulp kunnen geven (Vrij, 1981). Niet alle huisartsen zien daartoe kans, omdat ze in het ziekenhuis te weinig op de hoogte kunnen blijven van wat er allemaal met de patiënt gebeurt (Stam, 1980).

Waar in gevallen als deze zo weinig overeenstemming en samenhang bestaat tussen de taken van hulpverleners, kan het belang van overleg nauwelijks overschat worden.

7.2. Stervens- en rouwbegeleiding door huisartsen in verschillende praktijkvormen; onderzoeksresultaten

Er zijn betrekkelijk weinig kwantitatieve gegevens beschikbaar over hulpverlening aan stervenden en hun familie en nog minder over samenwerkingsaspecten daarbij. In deze paragraaf zullen we zien in welke mate huisartsen, in verschillende praktijkvormen, te maken krijgen met stervens- en rouwbegeleiding, wat daarbij hun taakopvatting is en welke rol ze voor andere disciplines zien weggelegd. We willen ook weten of er factoren zijn, persoonsgebonden of structureel, die van invloed zijn op die taakopvatting. We werken deze algemene vraagstelling als volgt uit:

- In welke mate hebben huisartsen in verschillende praktijkvormen te maken met stervens- en rouwbegeleiding (paragraaf 7.2.1).
- Welke aspecten van stervens- en rouwbegeleiding rekent de huisarts tot zijn/haar taak (paragraaf 7.2.2).
- Welke factoren zijn van invloed op die taakopvatting; we denken daarbij zowel aan meer persoonsgebonden factoren (leeftijd en ervaring) als aan meer structurele factoren (praktijkgrootte, aantal sterfgevallen in de praktijk, proportie thuis stervende patiënten en de praktijkvorm) (paragraaf 7.2.3).
- Welke rol zien huisartsen voor andere disciplines en in welke mate worden die ook daadwerkelijk bij de terminale zorg betrokken (paragraaf 7.2.2 en 7.2.4).
- Vindt men interdisciplinair overleg met betrekking tot terminale zorg nodig en hoe beoordeelt men dit overleg (paragraaf 7.2.4).

- Wat is de invloed van structurele factoren (praktijkgrootte- en vorm) op de mate van samenwerking met andere disciplines ten aanzien van terminale zorg; in welke mate houdt de taakopvatting met betrekking tot de terminale zorg verband met deze samenwerking (paragraaf 7.2.4).

7.2.1. Terminale zorg in verschillende praktijkvormen

Stervensbegeleiding

In de literatuur wordt er vanuit gegaan dat huisartsen en wijkverpleegkundigen vrij algemeen te maken hebben met de zorg voor stervende mensen. Hierbij maakt het voor de werkbelasting van de betreffende hulpverlener nogal verschil of de stervende thuis, of in het ziekenhuis c.q. verpleeghuis ligt. In het eerste geval is de hulpverleningstaak omvangrijker. Hoeveel stervende patiënten huisartsen daadwerkelijk begeleid hebben en wat de begeleiding inhield weten we niet. Om toch, zij het indirect, een beeld te krijgen van de omvang van de stervensbegeleiding, vroegen we de huisartsen hoeveel patiënten, in een periode van 7 maanden, overleden zijn, uitgesplitst naar plaats van overlijden en het al dan niet plotselinge karakter daarvan. Tabel 7.1 geeft op die manier een indicatie van de omvang van de zorg voor stervenden.

Tabel 7.1 Aantal gestorven patiënten in een periode van 7 maanden.

aantal overleden patiënten	% solo		% duo		% GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
0- 2	6	11	8	6	26
3- 5	13	19	8	18	26
6-10	39	25	24	44	29
11-15	24	17	28	12	11
16-20	7	12	12	9	6
>20	11	16	20	12	2
totaal	100	100	100	100	100
N =	46	121	25	34	234
gemidd. per hulpv.					
- in 7 mnd.	11,3	13,3	13,1	10,5	6,5
- op jaarbasis	19,4	22,7	22,5	18	11,1

Men zou uit tabel 7.1 kunnen afleiden dat het hier om een vrij onbelangrijk aspect van de hulpverlening gaat; gemiddeld niet meer dan 4 à 5 sterfgevallen per kwartaal. Het zijn evenwel in een aantal gevallen langdurige en intensieve hulpverleningscontacten, vooral in de thuissituatie. Dit vraagt een ruime beschikbaarheid. Een gering aantal terminale patiënten kan dan al een grote belasting betekenen voor de hulpverlener. In de tabel zien we verder dat tussen de solo- en duopraktijken enerzijds en de gezondheidscentra anderzijds een aanzienlijk verschil optreedt in het aantal gerapporteerde sterfgevallen. Het sterftecijfer ligt bij laatstgenoemden tweemaal zo laag als bij de eerste groep. Dit komt wellicht door dat de gemiddelde praktijk in gezondheidscentra jonger is (Wijkel, 1983) en minder patiënten telt (bijna een kwart van de huisartsen in deze centra heeft minder dan 1500 patiënten op naam).

Een tweede aanwijzing voor de omvang van de terminale zorg door de huisarts is de plaats van overlijden van de patiënt. Daarbij moeten we in het oog houden dat overlijden thuis vooraf gegaan kan zijn door één of meer ziekenhuisopnamen en dat, omgekeerd patiënten die in het ziekenhuis overleden zijn daarvoor al geruime tijd thuis verzorgd en behandeld kunnen zijn. Tenslotte maakt het qua zorg groot verschil of iemand na een (langdurig) ziekbed, dan wel plotseling overlijdt. In het laatste geval kan nauwelijks of geen sprake zijn van terminale zorg (deze categorie laten we dan ook in onderstaande tabel buiten beschouwing).

Tabel 7.2 Aantal niet-plotseling gestorven patiënten, in een periode van 7 maanden, naar plaats van overlijden.

plaats van overlijden	% solo		% duo		% GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
verpleeghuis	10	15	12	15	13
ziekenhuis	42	39	47	49	43
thuis	44	43	38	35	41
elders	4	3	3	1	3
totaal	100 (335)*	100 (1085)	100 (204)	100 (263)	100 (986)

* tussen haakjes staan de absolute aantallen niet-plotseling gestorven patiënten.

Niet-plotselinge sterfgevallen (dus na een ziekbed) vinden in het algemeen in gelijke mate in het ziekenhuis als thuis plaats. In de duoprak-

tijken zijn er iets meer sterfgevallen in het ziekenhuis. Maken we een onderscheid tussen het al dan niet plotseling overlijden, dan was ruim eenderde van de sterfgevallen plotseling, dus na een kort of geen sterfbed. De praktijkvormen verschillen daarin niet of nauwelijks van elkaar.

We vergelijken deze cijfers met landelijke cijfers over het aantal sterfgevallen en de plaats van overlijden. In de CBS-statistieken worden drie categorieën onderscheiden: algemene en categoriale ziekenhuizen, thuis (inclusief verpleeg- en bejaardenhuis) en elders of onbekend. Terwille van de vergelijkbaarheid voegen we onze categorieën thuis en verpleeghuis samen en zijn onze cijfers omgerekend tot jaarbasis.

Tabel 7.3 Overledenen naar plaats van overlijden, praktijkvorm en landelijk.

plaats van overlijden	overledenen			
	solo	duo	GC	landelijk* (1980)
ziekenhuis	1344 (37)	520 (43)	1037 (40)	56805 (50)
thuis	2086 (57)	651 (53)	1413 (54)	49089 (43)
elders	195 (6)	50 (4)	161 (6)	8304 (7)
totaal	3626 (100)	1221 (100)	2611 (100)	114279 (100)

* bron: CBS, 1981.

Gezien het feit dat we te maken hebben met een representatieve steekproef (solisten en duo's) respectievelijk een populatie (gezondheidscentra) moeten we, niet geheel verrassend, constateren dat een onderrapportage heeft plaats gevonden van het aantal sterfgevallen in het ziekenhuis. Het totale aantal sterfgevallen per huisarts komt wel ongeveer overeen met de CBS-cijfers (21 per jaar; door het aantal gestorvenen te delen door het aantal huisartsen in Nederland). Ofwel de CBS-criteria komen niet (helemaal) overeen met de onze, ofwel de huisartsen hebben feitelijke ziekenhuis-sterfgevallen aangemerkt als thuis-sterfgevallen. Vooral als een patiënt na een (lang) ziekbed thuis, tenslotte na een korte opname-periode in het ziekenhuis overlijdt is de tweede mogelijkheid begrijpelijk en waarschijnlijk.

Rouwbegeleiding

Hoewel verliesverwerking bij familieleden vaak al voor het sterven plaats

heeft, ligt het accent, voor wat eventuele begeleiding betreft, op de periode daarna. Hierbij is niet altijd professionele hulp geboden. Gewenst is wel dat betrokken hulpverleners er attent op blijven of de nabestaanden het alleen aan kunnen. De huisarts kan bepaalde routines hebben om in de gaten te houden of er hulp nodig is.

Bijna driekwart van de huisartsen in ons onderzoek zegt, uit het oogpunt van surveillance, bepaalde vaste gewoonten in de zorg voor nabestaande(n) te hebben. De huisartsen in gezondheidscentra geven dit iets vaker te kennen dan hun collegae in solo- en duopraktijken. Huisartsen die deel uitmaken van een home-team melden deze vaste gewoonten vaker dan huisartsen die niet op die manier samen werken. In de meeste gevallen betreft het incidenteel of regelmatig huisbezoek aan de nabestaande(n). Ook vindt overleg plaats met de familie, wordt uitgenodigd om op het spreekuur te komen of heeft men telefonisch contact.

7.2.2. Taakopvatting bij terminale zorg

Terminale begeleiding is een proces van langzaam verschuivende accenten. Spreeuwenberg (1981) onderscheidt in dat proces de volgende stappen:

- onderdrukking en beheersing van de ziekte, gericht op levensverlenging;
- zowel bestrijding van de ziekte als op het sterven gerichte hulp;
- stervensfase.

Wat hulpverleners tot hun taak rekenen zou voor een groot deel een afspiegeling moeten zijn van de behoeften en wensen van de patiënt. Die kunnen onder meer betrekking hebben op: lichamelijke aspecten, een mondige en eerlijke behandeling, relaties met naasten, verzorging en verpleging, omgaan met psychologische aspecten, afwikkeling van materiële zaken, geloof en verwachting, plaats van het sterven en euthanasie. Afhankelijk van hoe sensitief een hulpverlener is of wil zijn kan deze een breed scala van hulpvragen signaleren. Uit de literatuur komt herhaaldelijk naar voren dat de verwerking minder narigheid geeft, naarmate er beter gelegenheid was om van de gestorvene afscheid te nemen. Sociale contacten kunnen bij het rouwen van belang zijn om iemand door de moeilijke tijd heen te helpen. Als die contacten ontbreken of ontoereikend zijn kan professionele hulp geboden zijn. Wanneer de verliesverwerking gepaard gaat met lichamelijke klachten, dan komt men doorgaans bij de huisarts terecht. Zonder deze klachten is de drempel hoger. Vandaar dat het belangrijk is dat de hulpverlener bedacht is op zulke situaties en de verliesverwerking op een bescheiden wijze volgt.

Taakopvatting bij stervensbegeleiding

De huisartsen in ons onderzoek kregen een aantal uitspraken over aspecten van terminale zorg voorgelegd met het verzoek aan te geven in welke mate men deze tot zijn/haar taak rekende. Op een vijfpuntsschaal kon worden

aangegeven in hoeverre men het een taak vond, variërend van 'zeker een taak' (score 1) tot 'zeker geen taak' (score 5). Daar de spreiding in de antwoorden zeer gering bleek, geven we voor de overzichtelijkheid alleen de percentages weer met betrekking tot de categorie 'zeker een taak'.

Tabel 7.4 Taakopvatting met betrekking tot diverse aspecten van stervensbegeleiding (in de thuissituatie).

aspecten van stervensbegeleiding die men "zeker" een taak vindt	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
1. bestrijden van angst, depressies en dergelijke	91	94	96	95	88
2. patiënt mobiel en valide trachten te houden	68	72	67	69	73
3. voorlichten en adviseren over verzorging en dergelijke	37	65	50	61	56
4. helpen bij de beslissing waar men wil sterven	74	84	81	86	91
5. informeren van de patiënt en familie over diagnose en prognose ('waarheid')	89	90	94	89	93
6. adviseren over regelen van materiële zaken	6	12	13	14	20
7. patiënt en familie troost en steun geven	66	69	66	78	78
8. stokkende communicatie rond het sterfbed op gang helpen	59	61	64	66	76
9. conflicten rond het sterfbed bespreekbaar helpen maken	51	54	70	64	73
N =	65	184	47	64	259

Huisartsen rekenen bijna alles in aanzienlijke mate tot hun taak. Een uitzondering vormt 'het adviseren omtrent het regelen van materiële zaken'. In mindere mate geldt dat ook voor 'voorlichting en adviseren over verzorging'. Deze voorlichting vinden huisartsen in gezondheidscentra en home-teams minder een taak dan andere huisartsen. Wellicht dat deze huis-

artsen wat dit betreft meer taken zien voor de wijkverpleegkundige waarmee ze samen werken. De drie laatstgenoemde aspecten in tabel 7.4 hebben betrekking op psycho-sociale begeleiding. Huisartsen in gezondheidscentra vinden meer dan andere huisartsen dat die aspecten zeker tot hun taak behoren. Bij de solo- en duopraktijken is het opmerkelijk dat huisartsen die niet deel uitmaken van een home-team in het algemeen een 'bredere' taakopvatting hebben dan hun collegae die wel deel uitmaken van zo'n team. Zoals gezegd kan dat te maken hebben met de multidisciplinaire samenwerking, waardoor men taken meer gedeeld ziet met andere disciplines.

Taakopvatting bij rouwbegeleiding

Bij de rouwbegeleiding hebben we veel minder gegevens verzameld over taakopvatting. We vroegen de huisartsen in hoeverre zij het tot hun taak rekenen psycho-sociale begeleiding te geven bij (niet te ernstige) uitingen van rouw.

Tabel 7.5 Taakopvatting bij rouwbegeleiding.

psycho-sociale begeleiding bij uitingen van rouw	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
altijd	69	55	57	56	54
alleen, indien gevraagd	31	45	43	44	46
totaal	100	100	100	100	100
N =	64	183	47	63	258

Ruim de helft van alle huisartsen vindt rouwbegeleiding zonder voorbehoud, ten alle tijden, een taak. Tussen de onderscheiden praktijkvormen zijn geen opvallende verschillen te constateren, met uitzondering van de huisartsen in solopraktijken, die deel uitmaken van een home-team. Deze groep vindt rouwbegeleiding, zonder voorbehoud, iets vaker een taak dan de overige collegae (69%).

Taaktoekenning aan andere disciplines bij terminale zorg

We zullen hier zien in welke mate huisartsen, in verschillende praktijkvormen, vinden dat er voor andere disciplines een taak is bij stervens- en rouwbegeleiding (De percentages van de categorieën 'meestal' en 'soms'

vormen niet altijd samen 100%; de rest heeft dan 'zelden of nooit' ingevuld, welke categorie niet in de tabel is opgenomen).

Tabel 7.6 Taaktoekenning aan andere disciplines bij stervensbegeleiding (alleen in de thuissituatie).

andere disciplines	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
wijkverpleegkundige					
meestal	85	72	70	78	98
soms	15	26	30	22	2
maatschappelijk werk					
meestal	-	1	-	2	2
soms	51	34	43	34	55
fysiotherapie					
meestal	-	1	7	7	6
soms	48	50	50	57	65
N = minimaal	63	173	46	61	254

We zien dat vooral de wijkverpleegkundige een belangrijke rol wordt toebeeeld bij stervensbegeleiding. Huisartsen in gezondheidscentra en home-teams vinden dat in sterkere mate dan de overige collegae. Dit geeft steun aan onze veronderstelling dat multidisciplinair samenwerkende huisartsen meer geneigd zijn taken te delen met andere disciplines. Daarmee in tegenspraak is echter dat we dit niet zien bij huisartsen in duopraktijken die in home-teams zitten. Aan maatschappelijk werkenden en fysiotherapeuten worden in slechts zeer bescheiden mate stervensbegeleidingstaken toegekend. Huisartsen in gezondheidscentra zijn wat meer geneigd een rol te zien voor deze disciplines. Huisartsen in home-teams zien wat meer een taak voor het maatschappelijk werk dan zij die niet in zo'n verband werkzaam zijn. In hoeverre men bij rouwbegeleiding voor andere disciplines een taak ziet staat in tabel 7.7 (zie volgende pagina).

Tabel 7.7 Taaktoekenning aan andere disciplines bij rouwbegeleiding.

andere disciplines	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
wijkverpleegkundige					
meestal	41	28	30	17	70
soms	51	60	65	70	29
maatschappelijk werk					
meestal	2	4	4	10	6
soms	66	62	69	48	72
fysiotherapie					
meestal	-	-	-	-	3
soms	16	14	9	12	24
N = minimaal	64	165	44	60	243

Van de genoemde disciplines is de wijkverpleegkundige de enige die door veel huisartsen een taak bij rouwbegeleiding krijgt toebedeeld. Maatschappelijk werk en fysiotherapie lijken in de ogen van de huisartsen een marginale rol te spelen. Voor alle disciplines geldt dat huisartsen in gezondheidscentra daar vaker een taak voor zien dan de overige categorieën huisartsen. Bij huisartsen in home-teams zien we hetzelfde maar dan alleen met betrekking tot de wijkverpleegkundige. Dit bevestigt wederom onze veronderstelling dat multidisciplinair samenwerkende huisartsen meer geneigd zijn deze taken te delen.

7.2.3. Samenhangen met de taakopvatting betreffende stervensbegeleiding
De nadrukkelijke aandacht in de eerstelijnsgezondheidszorg voor stervensbegeleiding past in wat men zou kunnen noemen 'de eerstelijnsideologie'. We verwachten daarom dat dit vooral doorwerkt in de taakopvatting van de jongere huisartsen. Deze opvattingen zullen echter onder druk van de dagelijkse werkelijkheid, waar het aantal sterfgevallen en de praktijkgrootte indicatoren voor zijn, wat meer in de richting van het haalbare verschuiven. Eerst bekijken we de samenhang tussen de taakopvatting en de leeftijd en ervaring van de huisarts (geoperationaliseerd als het vesti-

gingsjaar). Ten behoeve van de analyse hebben we voor iedere huisarts een totaalscore samengesteld, die de omvattendheid van zijn/haar taakopvatting weergeeft. Vanwege de geringe spreiding in de antwoorden hebben we de vijfpuntsschaal gedichotomiseerd, waarbij 'zeker een taak' de score 1 en de rest de score 0 gekregen heeft (de maximale score bedraagt zo 9).

Tegen onze verwachting in, houdt de leeftijd (en dus ook de periode van vestiging) géén verband met de taakopvatting betreffende stervensbegeleiding. Een verklaring voor het ontbreken van een correlatie vormt wellicht het feit dat de antwoorden op de taakopvattingsschaal slecht spreiden. Bij de meer structurele kenmerken: praktijkvorm (gezondheidscentra versus de overigen), praktijkgrootte, aantal sterfgevallen en de proportie thuisgestorvenen in de praktijk, hangt alleen eerstgenoemde samen met de taakopvatting ($r=.12$, $p<.001$). Huisartsen in gezondheidscentra hebben een 'bredere' taakopvatting dan de collegae in de overige praktijkvormen, een constatering die we reeds naar aanleiding van tabel 7.4 maakten.

7.2.4. Samenwerking bij stervens- en rouwbegeleiding

Op het belang van samenwerking bij de hulp aan terminale patiënten en nabestaanden is al gewezen. Achtereenvolgens behandelen we de omvang van dit overleg in de eerste en met de tweede lijn, hoe dit overleg beoordeeld wordt en de mate waarin huisartsen andere disciplines daadwerkelijk in deze zorg betrekken.

Overleg bij stervensbegeleiding

We vroegen de huisartsen naar het belang van dit interdisciplinair overleg bij stervensbegeleiding. Tabel 7.8 (zie volgende pagina) laat zien hoe geantwoord is.

Huisartsen in gezondheidscentra achten dit overleg vaker onmisbaar dan hun collegae in de overige praktijkvormen. Bij de solo- en duopraktijken zijn home-team-artsen vaker van mening dat dit overleg onmisbaar is dan hun collegae die niet deel uitmaken van zo'n team.

Huisartsen met een 'brede' taakopvatting betreffende terminale hulpverlening achten dit overleg vaker onmisbaar dan collegae met een minder 'brede' taakopvatting (respectievelijk 65% en 57%).

De praktijkgrootte houdt géén verband met de beoordeling van dit overleg. Ook werd de huisartsen een oordeel gevraagd over het overleg en de werkverdeling met betrekking tot stervenshulp. Tabel 7.9 (zie volgende pagina) geeft inzicht in de antwoorden.

Tabel 7.8 Mate waarin interdisciplinair overleg noodzakelijk wordt geacht.

interdisciplinair overleg is	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
onmisbaar	53	40	62	52	81
soms noodzakelijk	41	52	32	45	19
niet noodzakelijk	6	8	6	3	-
totaal	100	100	100	100	100
N =	64	184	47	64	259

Tabel 7.9 Oordeel over het overleg en de werkverdeling binnen de eerste lijn met betrekking tot stervenshulp.

beoordeling van het overleg	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
voldoende/goed	78	71	81	81	89
matig	16	18	11	13	10
slecht	6	11	8	6	1
totaal	100	100	100	100	100
N =	64	181	47	64	252

Huisartsen zijn in het algemeen tevreden over het overleg en de werkverdeling met betrekking tot stervenshulp; driekwart beoordeelt het als voldoende tot goed. Huisartsen in gezondheidscentra vinden dit in sterkere mate dan hun collegae in de overige praktijkvormen. Solisten die in een home-team werken beoordelen dit overleg positiever dan solisten die niet op zo'n manier samenwerken. Bij de duopraktijken vinden we geen verschil.

De continuïteit ten behoeve van patiënten die in het ziekenhuis opgeno-

men zijn (geweest) vindt baat bij overleg en werkafspraken tussen huisarts en specialist. We vraegen huisartsen naar hun tevredenheid daarover.

Tabel 7.10 Tevredenheid ten aanzien van het overleg met medische specialisten.

beoordeling van overleg met medisch specialisten	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
voldoende/goed	24	32	28	21	11
matig	53	49	55	68	57
slecht	23	19	17	11	32
totaal	100	100	100	100	100
N =	62	181	47	62	252

In tegenstelling tot het overleg met andere (eerstelijns)hulpverleners is men veel minder tevreden over de relatie met het ziekenhuis. Van de 604 huisartsen vindt ruim de helft dat het overleg en de werkverdeling met medische specialisten te wensen overlaat; in een kwart van de gevallen is er zelfs géén of nauwelijks sprake van. Huisartsen in gezondheidscentra zijn ontevredener over deze relatie dan collegae in de andere praktijkvormen.

Het betrekken van andere disciplines bij stervensbegeleiding

Dat men aan andere disciplines een taak toekent wil nog niet zeggen dat deze ook daadwerkelijk betrokken worden in de zorg voor terminale patiënten. Tabel 7.11 (zie volgende pagina) geeft een indicatie van het inschakelen van andere disciplines door de huisarts.

Naast de huisarts speelt vooral de wijkverpleegkundige een belangrijke rol bij de stervensbegeleiding. 98% van de huisartsen in gezondheidscentra zegt deze functionaris meestal in te schakelen. Bij de solo- en duopraktijken ligt dit percentage iets lager. Ook solisten die deel uitmaken van een home-team betrekken deze discipline vaker bij de stervensbegeleiding dan collegae die niet op zo'n manier samen werken. Bij de duopraktijken zien we echter een omgekeerd beeld.

Ten aanzien van het maatschappelijk werk en de fysiotherapie bestaan

Tabel 7.11 Mate waarin huisartsen zeggen andere disciplines daadwerkelijk bij stervenshulp in te schakelen.

andere disciplines	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
wijkverpleegkundige					
meestal*	83	72	79	86	98
soms	14	26	17	14	2
maatschappelijk werk					
meestal	-	2	-	-	2
soms	36	22	24	29	44
fysiotherapie					
meestal	-	2	7	6	6
soms	52	55	50	58	58
AGGZ					
meestal	10	8	2	3	niet
soms	19	27	16	25	gevraagd
N = minimaal	59	172	43	63	243

* De categorie 'zelden/nooit' is buiten de tabel gelaten.

geen vaste gewoonten. Bijna de helft van de huisartsen in gezondheidscentra schakelt weleens de maatschappelijk werkende in. Deelname aan een home-team draagt ook hier, alleen bij de solisten, bij tot een hoger percentage dat deze functionaris zegt in te schakelen. Fysiotherapeuten worden door ruim de helft van de huisartsen bij stervenshulp betrokken. Ook hier scoren huisartsen in gezondheidscentra het hoogst, gevolgd door respectievelijk de duo- en solopraktijken. Huisartsen in een home-team schakelen in dit geval niet vaker deze discipline in dan collegae die niet zo samen werken. Hulpverleners uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg, tenslotte, worden zel den of nooit door de huisarts bij de stervensbegeleiding ingeschakeld.

Het betrekken van andere disciplines bij rouwbegeleiding
Tabel 7.12 geeft een indicatie van het inschakelen van andere disciplines, bij rouwbegeleiding, door de huisarts.

Tabel 7.12 Mate waarin huisartsen zeggen andere disciplines daadwerkelijk bij rouwbegeleiding in te schakelen.

betrekken van andere disciplines	% huisartsen				
	solo		duo		GC
	HT	géén HT	HT	géén HT	
wijkverpleegkundige					
meestal*	29	15	28	18	59
soms	52	48	52	53	33
maatschappelijk werk					
meestal	-	3	2	2	4
soms	50	45	44	50	57
fysiotherapie					
meestal	-	1	-	-	2
soms	10	9	11	15	16
AGGZ					
meestal	9	9	2	5	niet
soms	37	49	39	44	gevraagd
N = minimaal	59	171	44	60	229

* De categorie 'zelden/nooit' is buiten de tabel gelaten.

Ook bij de rouwbegeleiding is een belangrijke rol weggelegd voor de wijkverpleegkundige. 59% van de huisartsen in gezondheidscentra zegt deze discipline meestal in te schakelen, 33% zegt dat soms te doen. Bij de solo- en duopraktijken zijn deze percentages nagenoeg omgekeerd. Huisartsen in een home-team (zowel solisten als duo's) betrekken vaker de wijkverpleegkundige bij rouwbegeleiding dan collegae die niet op deze manier samenwerken. Anders dan bij de stervenshulp zijn de percentages voor maatschappelijk werkenden hier hoger dan voor fysiotherapeuten. Ruim de helft van de huisartsen in gezondheidscentra schakelt weleens deze disci-

pline in. Bij de collegae in solo- en duopraktijken ligt dit percentage iets lager. Deelname aan een home-team geeft, in dit opzicht, alleen bij de solisten een verschil te zien in het voordeel van de multidisciplinair samenwerkende huisartsen. Fysiotherapeuten worden door ruim tweederde van de huisartsen zelfden of nooit ingeschakeld. Huisartsen in gezondheidscentra geven iets vaker te kennen dit soms te doen. Hulpverleners uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg, tenslotte, worden bij rouwbegeleiding iets vaker ingeschakeld dan bij stervensbegeleiding. Opmerkelijk is dat home-team-artsen (zowel solisten als duo's) minder vaak te kennen geven dit te doen dan collegae die niet op die manier samen werken.

7.2.5. Samenvatting

De rol van professionele hulpverleners bij de begeleiding van stervenden en hun nabestaande(n) is de laatste jaren steeds groter geworden. Kwantitatieve gegevens over de omvang van deze vorm van hulpverlening zijn echter schaars. In dit hoofdstuk zijn we allereerst nagegaan in welke mate huisartsen in verschillende praktijkvormen te maken krijgen met stervens- en rouwbegeleiding en wat daarbij hun taakopvatting is.

Jaarlijks sterven er in de praktijk van huisartsen in gezondheidscentra gemiddeld 11 patiënten. In de solo- en duopraktijken ligt dit cijfer tweemaal zo hoog. Wellicht komt dit door dat de gemiddelde praktijk in gezondheidscentra jonger is en minder patiënten telt. Huisartsen verlenen niet bij alle stervende patiënten ook daadwerkelijk terminale zorg. Het maakt hierbij veel verschil of een patiënt thuis overlijdt of in een ziekenhuis, plotseling, of na een langdurig ziekbed. Ruim eenderde van de sterfgevallen vindt plotseling, dus na een kort of geen sterfbed, plaats. De praktijkvormen verschillen daarin niet of nauwelijks van elkaar. Niet-plotselinge sterfgevallen hebben in het algemeen in gelijke mate in het ziekenhuis als thuis plaats. In duopraktijken zijn er iets meer sterfgevallen in het ziekenhuis (± 48%). Vergelijken we onze cijfers met het landelijk gemiddelde dan constateren we dat een onderrapportage heeft plaats gevonden van het aantal sterfgevallen in het ziekenhuis. Mogelijk hebben de huisartsen in ons onderzoek feitelijke ziekenhuis-sterfgevallen aangemerkt als thuis-sterfgevallen.

Bijna driekwart van de huisarten in ons onderzoek zegt, uit het oogpunt van surveillance, bepaalde vaste gewoonten in de zorg voor nabestaande(n) te hebben. De huisartsen in gezondheidscentra geven dit iets vaker te kennen dan de overige collegae. Huisartsen die deelnemen aan een home-team maken vaker melding van deze routines dan collegae die niet multidisciplinair samen werken.

Stervensbegeleiding varieert van het bestrijden van pijn of benauwdheid tot het op gang brengen van stokkende communicatie rond het sterfbed. In ons onderzoek is aan de huisartsen gevraagd in hoeverre zij een aantal

aspecten van stervensbegeleiding tot hun taak rekenen. Met uitzondering van 'adviseren omtrent het regelen van materiële zaken' en in iets mindere mate 'voorlichting en advisering over verzorging', rekenen huisartsen bijna alles in aanzienlijke mate tot hun taak. Huisartsen in gezondheidscentra vinden meer dan andere huisartsen dat deze aspecten zeker tot hun taak behoren. Daarnaast zien we dat huisartsen die niet deel uitmaken van een home-team in het algemeen een 'bredere' taakopvatting hebben dan solisten en duo's die wel zo samen werken. Mogelijk leidt de multidisciplinaire samenwerking tot een grotere geneigdheid taken te delen met andere disciplines.

Rouwbegeleiding wordt door ruim de helft van de huisartsen een taak gevonden. Solisten die deel uitmaken van een home-team vinden iets vaker deze zorg voor de nabestaande(n) een taak dan hun niet zo samenwerkende collegae. De leeftijd en ervaring van de huisarts houdt géén verband met de taakopvatting. Dit geldt eveneens voor meer structurele kenmerken als: praktijkgrootte, aantal sterfgevallen en proportie thuis-gestorvenen in de praktijk.

Naast de eigen taakopvatting hebben we de huisartsen gevraagd in hoeverre zij voor andere disciplines een taak zien weggelegd bij de terminale zorg. Bij de stervensbegeleiding wordt door huisartsen vooral aan de wijkverpleegkundige een belangrijke rol toebedeeld. Huisartsen in gezondheidscentra en solisten in home-teams vinden dat in sterkere mate dan de overige collegae. Het maatschappelijk werk en de fysiotherapie wordt in slechts zeer bescheiden mate taken toebedeeld. Huisartsen in gezondheidscentra zijn wat meer dan de anderen geneigd een rol te zien voor deze disciplines. Bij de rouwbegeleiding is alweer de wijkverpleegkundige de enige die door veel huisartsen een taak krijgt toebedeeld. Maatschappelijk werk en fysiotherapie spelen in de ogen van de huisartsen slechts een marginale rol. Bij alle disciplines geldt dat huisartsen in gezondheidscentra daar vaker een taak voor zien dan de overige collegae. Bij de huisartsen in home-teams zien we hetzelfde maar dan alleen met betrekking tot de wijkverpleegkundige.

Dat men andere disciplines een taak toebedeeld, betekent nog niet dat deze ook daadwerkelijk in de zorg voor terminale patiënten betrokken worden. 98% van de huisartsen in gezondheidscentra zegt de wijkverpleegkundige meestal in te schakelen bij de stervensbegeleiding. Bij de solo- en duopraktijken ligt dit percentage iets lager. Ook bij de rouwbegeleiding is een belangrijke rol toebedeeld aan de wijkverpleegkundige. 59% van de huisartsen in gezondheidscentra zegt deze discipline meestal in te schakelen; 33% zegt dit soms te doen. Bij de solo- en duopraktijken zijn deze percentages nagenoeg omgekeerd. Ten aanzien van het maatschappelijk werk en de fysiotherapie bestaan geen vaste gewoonten. Huisartsen in gezondheidscentra scoren ook hier het hoogst, zowel bij de stervens- als rouw-

begeleiding. Deelname aan een home-team geeft een opmerkelijk verschil te zien tussen de solisten en duo's. Draagt het bij de eerstgenoemden bij tot een hoger percentage, dat zegt andere disciplines in te schakelen bij terminale zorg, bij de duo's zien we vaak het omgekeerde. Een verklaring voor dit gegeven hebben we vooralsnog niet voorhanden.

Het belang van een goede samenwerking bij terminale zorg wordt algemeen onderkend; interdisciplinair overleg wordt door de meerderheid van de huisartsen onmisbaar geacht. In gezondheidscentra is men deze mening vaker toegedaan dan in solo- en duopraktijken. Bij laatstgenoemden zijn home-team-artsen vaker van mening dat dit overleg onmisbaar is dan collegae die niet deel uitmaken van zo'n team. Huisartsen zijn in het algemeen ook tevreden over het overleg en werkverdeling binnen de eerste lijn, met betrekking tot stervensbegeleiding; driekwart beoordeelt het als voldoende tot goed. Over de relatie met het ziekenhuis is men veel minder tevreden; ruim de helft van de huisartsen vindt dat het overleg met medische specialisten te wensen overlaat.

8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

8.1. Samenvatting

Het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken is, zoals we in de inleiding zagen, herhaaldelijk onderwerp van studie geweest. Deze studies beperkten zich tot gezondheidscentra en groepspraktijken. Samenwerking houdt evenwel meer in dan dat. Om aan deze 'tekortkoming' tegemoet te komen is in dit rapport verslag gedaan van een vergelijkend onderzoek onder huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Er werd een enquête samengesteld bestaande uit de belangrijkste vragen uit de eerder gehouden enquêtes onder huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. De vragen hebben betrekking op stervens- en rouwbegeleiding, verloskundige zorg, jeugdgezondheidszorg en preventie. De enquête werd eind 1983 verstuurd aan een steekproef van 500 huisartsen, welke a-select uit het actuele bestand van de huisartsregistratie van het (toenmalige) NHI werd getrokken. De respons bedroeg 74%. Van deze groep is 69% werkzaam in een solopraktijk, en 31% vormt met een collega een maatschap (duopraktijk). Huisartsen die deel uitmaken van een duopraktijk rapporteren vaker multidisciplinaire samenwerking dan collegae die een solopraktijk voeren. In het totaal geeft 31% van de huisartsen te kennen deel uit te maken van een 'home-team-achtig' verband met tenminste de 3 kerndisciplines.

De algemene vraagstelling voor het onderzoek luidt:
"Wat doen huisartsen in verschillende samenwerkingsverbanden aan de volgende onderwerpen: verloskundige zorg, jeugdgezondheidszorg, preventieve zorg en stervens- en rouwbegeleiding".

Een drietal vraagstellingen die hierop aansluiten luiden achtereenvolgens:

- "Zijn er verschillen in het, op deze terreinen gerapporteerde dienstenaanbod, tussen huisartsen in verschillende vormen van samenwerken?"
- "Waarmee hangen, eventueel, gevonden verschillen in (gerapporteerd) dienstenaanbod samen en hoe kunnen ze eventueel verklaard worden?"
- "In hoeverre wordt er door huisartsen in verschillende praktijkvormen met hulpverleners uit andere disciplines samen gewerkt c.q. in hoeverre ziet men een taak voor hulpverleners uit andere disciplines weggelegd?"

Gaan we nu over op de resultaten van ons onderzoek.
In de verloskundige zorg hebben de Nederlandse huisartsen, de laatste decennia, veel terrein verloren. In 1980 werd nog ongeveer 16% van de bevallingen door huisartsen geleid. Minder dan de helft van deze beroepsgroep heeft een verloskundige praktijk. Er zijn echter verschillen tussen de praktijkvormen; in gezondheidscentra zien we het laagste percentage verloskundig actieve huisartsen (36%), in solopraktijken het hoogste

(46%). Duopraktijken en groepspraktijken zitten daar met 44% tussen in. Solisten en duo's die deel uitmaken van een home-team hebben vaker een verloskundige praktijk dan hun niet multidisciplinair samenwerkende collegae.

Dat óók voor de verloskundig actieve huisartsen kinderen ter wereld helpen brengen géén alledaags werk is, blijkt wel uit het feit dat de huisartsen gemiddeld slechts 19 bevallingen per jaar leiden, waarvan driekwart in de thuissituatie. Boven dat gemiddelde zitten huisartsen in duopraktijken en solisten (respectievelijk 23 en 21); collegae in groepspraktijken en gezondheidscentra zitten daar beneden (respectievelijk 18 en 17), wat doorgaans te weinig wordt gevonden om voldoende routine te houden.

De aanwezigheid van een verloskundige in het praktijkgebied blijkt van grote invloed op de verloskundige activiteit van de huisarts. Waar geen verloskundigen zijn leiden huisartsen vrijwel algemeen bevallingen. In die gevallen waar dat wel zo is moet de huisarts het meer van zijn particulier verzekerde patiënten hebben, zo blijkt, omdat de verloskundige de eerst aangewezen hulpverlener is voor ziekenfondspatiënten. We vonden ook grote verschillen in verloskundige activiteit van huisartsen op het (verstedelijkt) platteland (69%) en in de grote bevolkingscentra (25%). Het moge duidelijk zijn dat de hoge concentratie verloskundigen in grote bevolkingscentra grotendeels verantwoordelijk is voor deze verschillen.

Ook als huisartsen géén bevallingen leiden kunnen ze door pre- en postnataal onderzoek van de zwangere respectievelijk kraamvrouw en haar kind, wel degelijk een taak hebben in de verloskundige zorg. Als de verloskundige de bevalling zal gaan leiden, blijkt het overgrote deel van de huisartsen toch het eerste diagnostische onderzoek in het begin van de zwangerschap te doen. Voor gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in iets sterkere mate dan in de beide andere praktijkvormen. Wat de overige pre- en postnatale taken betreft (algemeen medisch onderzoek rond 32^{e} week, onderzoek van de baby ± 3 dagen na de bevalling, begeleiding van het kraambed na poliklinische bevalling en afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken postpartum), is de betrokkenheid, wanneer de verloskundige de bevalling leidt, veel geringer.

Vinden huisartsen dat prenatale en postnatale zorg taken voor de huisarts zijn? In het algemeen kunnen we zeggen dat huisartsen in gezondheidscentra de verschillende aspecten van verloskundige zorg (uitgezonderd het onderzoek in het begin van de zwangerschap) iets minder vaak een taak vinden dan de overige huisartsen. Daarnaast zien we dat solisten die multidisciplinair samenwerken iets vaker genoemde aspecten een taak vinden dan collegae die niet op die wijze samenwerken (met uitzondering van het éénmalig onderzoek). In duopraktijken zien we echter een omgekeerd beeld, met uitzondering van het leiden van poliklinische bevallingen en

het begeleiden van het kraambed.

Bij een vergelijking van opvattingen over genoemde taken en datgene wat huisartsen daarvan realiseren blijkt de taakopvatting doorgaans meer omvattend dan de praktijk. Kennelijk is de huisarts te zeer afhankelijk van de positie die hem in de plaatselijke verloskundige markt wordt toegekend. Zo zien we dan ook dat vooral de meer structurele variabelen (waarvan de aanwezigheid van verloskundigen en in iets mindere mate het aantal particulier verzekerde patiënten) de belangrijkste indicatoren zijn voor het verklaren van de variatie in verloskundige activiteit van de huisarts. De praktijkvorm 'op zichzelf' en de taakopvatting van de huisarts dragen slechts in geringe mate bij in de totale verklaarde variantie.

De jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen zoals verleend in de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters (het tweede onderzoeksthema) wordt in samenwerking met een of meer wijkverpleegkundigen door diverse soorten artsen uitgevoerd: huisartsen, jeugdartsen, kinderartsen en schoolartsen. Voorstanders van de huisarts, als consultatiebureau-arts, wijzen er op dat de zorg voor jeugdigen, ook als deze niet ziek zijn, in toenemende mate contact vereisen met het primaire leefmilieu.

De verschillen tussen de praktijkvormen zijn, in dit opzicht, aanzienlijk. Multidisciplinair samenwerkende huisartsen zijn vaker aan een consultatiebureau verbonden dan de huisartsen in groepspraktijken en collegae in solo- en duopraktijken, die niet zo samenwerken. Bij de zuigelingenbureaus is de participatie van huisartsen in gezondheidscentra en solisten, die deel uitmaken van een home-team, het hoogst. Huisartsen in gezondheidscentra zijn bovendien beduidend vaker betrokken bij een consultatiebureau voor kleuters dan de andere huisartsen. Soortgelijke verschillen treft men aan bij de taakopvatting, betreffende het consultatiebureauwerk, zij het in iets mindere mate.

Op het (verstedelijkt) platteland doen huisartsen vaker consultatiebureauwerk dan in de meer verstedelijkte gebieden. In de grote steden, waar huisartsen in de regel geen consultatiebureauwerk doen, zien we echter dat juist in gezondheidscentra deze taken wel worden uitgeoefend. Door deze centra wordt het doen van consultatiebureauwerk dikwijls bewust gekozen, ondanks de organisatorische bezwaren, die dit voor de kruisvereniging heeft.

Huisartsen die verloskundig actief zijn, doen vaker consultatiebureauwerk dan hun niet-verloskundig actieve collegae. Een verklaring voor deze verschillen zou kunnen zijn dat verloskundig actieve huisartsen juist op het (verstedelijkt) platteland oververtegenwoordigd zijn. Het al dan niet leiden van een consultatiebureau blijkt niet samen te hangen met de leeftijd, ervaring alsmede de sexe van de huisarts. Men mag veronderstellen dat huisartsen beter gebruik kunnen maken van hun kennis van het primaire

leefmilieu van het gezin als zij uitsluitend kinderen van eigen patiënten zien op het consultatiebureau. We zien dan ook dat de meeste consultatiebureaus er alleen zijn voor kinderen uit de eigen praktijk, dan wel voor die uit eigen praktijk en één of meer andere praktijken van collegae waarmee wordt samen gewerkt. Voor gezondheidscentra en groepspraktijken geldt dat in sterkere mate dan voor de solo- en duopraktijken. Met de wijkverpleegkundige van het consultatiebureau bestaat in de meeste gevallen ook buiten het bureau een samenwerkingsrelatie. Zowel in de gezondheidscentra als in de solo- en duopraktijken, deel uitmakend van een home-team, is dat in de meeste gevallen de wijkverpleegkundige uit het team. Dit kan de continuïteit in de zorg ten goede komen.

Vooral gezondheidscentra, en in iets mindere mate de home-teams, lijken in een gunstige positie te verkeren voor het doen van consultatiebureauwerk. De betrokken disciplines zijn al in huis en in gezondheidscentra is er het bijkomend voordeel van een doorgaans geschikte accomodatie.

In tegenstelling tot wat we bij de verloskundige zorg zagen, zijn het hier niet slechts (moeilijk te beïnvloeden) structurele variabelen die de verschillen in percentage consultatiebureau-actieve huisartsen 'verklaren'. De praktijkvorm (gezondheidscentra en home-team) en de taakopvatting betreffende het consultatiebureau blijken belangrijke indicatoren te zijn voor het percentage huisartsen dat bij een consultatiebureau betrokken is.

Onder het begrip preventie kan een veelheid van activiteiten gerangschikt worden, die op verschillende niveaus en op verschillende schaal kunnen worden uitgevoerd.

Ook hier dient zich de vraag aan naar de rol van de eerste lijn binnen dit aspect van de gezondheidszorg. Sommigen wijzen in dit verband op de unieke positie van de huisarts (grote deelname-bereidheid en betere inschatting van de risico's door voorkennis over de patiënt). Er zijn echter ook belemmeringen, de organisatorische faciliteiten ontbreken evenals voldoende kennis, vaardigheid en tijd. Interdisciplinaire samenwerking zou misschien meer mogelijkheden bieden voor preventieve zorg, geïntegreerd in de eerste lijn.

Van het ruime terrein van de preventieve zorg hebben we twee onderwerpen ter nadere bestudering gekozen: opsporing en behandeling van hypertensie en de adviesrol betreffende enkele riskante leefgewoonten en -omstandigheden (roken, alcoholgebruik en overgewicht). Voorafgaand is gevraagd naar de mening over preventieve taken in het algemeen.

Individuele primaire preventie wordt door het merendeel van de huisartsen, in ons onderzoek, een taak gevonden. Solisten en huisartsen in duopraktijken vinden dat in sterkere mate dan de overige huisartsen. De helft vindt het periodiek screeningsonderzoek een taak voor de huisarts;

de praktijkvormen onderscheiden zich daarin niet van elkaar. Vroege opsporing vinden huisartsen in gezondheidscentra en duopraktijken (niet deel uitmakend van een home-team) vaker een taak dan de overige collegae. Het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene factoren wordt door bijna de helft van de huisartsen afgewezen. Ook hier zien we geen verschillen tussen de praktijkvormen. Huisartsen in gezondheidscentra, tenslotte, zijn het meest positief over het uitoefenen van sociale en politieke invloed. Vooral bij dit laatste taakaspect speelt de ervaring van de huisarts een belangrijke rol; oudere, meer ervaren huisartsen zijn minder geneigd hier een taak te zien.

Huisartsen gaan in de regel selectief te werk bij het opsporen van hypertensie en vinden dat ook vrijwel allemaal een taak. Systematisch bloeddruk meten, bij alle patiënten uit een bepaalde leeftijdscategorie en ongeacht de aard van de klacht, wordt door méér dan de helft van de huisartsen een taak gevonden, terwijl ruim een kwart dit ook daadwerkelijk doet. Over het actief oproepen van patiënten die niet voor een controle-afspraak zijn verschenen zijn de meningen nog verder verdeeld; ruim 13% is er voor, maar slechts 2% handelt dienovereenkomstig. Huisartsen in duopraktijken doen iets meer aan systematisch meten en oproepen dan de overige collegae. De algemene taakopvatting (ten aanzien van preventieve zorg) hangt positief samen met de mate van initiatief bij het screenen van hypertensiepatiënten.

De rol van de praktijkassistente bij de opsporing en controle van hypertensie is gering. In gezondheidscentra ligt dit percentage echter beduidend hoger dan in de overige praktijkvormen. De betrokkenheid van hulpverleners van andere eerstelijnsdisciplines is nog geringer; slechts 12% van de huisartsen in gezondheidscentra maakt melding van delegatie van taken op dit gebied. In de overige praktijkvormen ligt dit percentage nog lager.

Een preventieve benadering stelt aparte eisen aan de opslag en toegankelijkheid van geregistreerde gegevens. Bij ruim driekwart van de huisartsen zijn echter hypertensiepatiënten niet als categorie herkenbaar. In duopraktijken (géén home-team) en gezondheidscentra is de situatie iets gunstiger dan in de overige praktijkvormen.

Gaan we nu over op de adviesrol bij roken, veel drinken en overgewicht. Als dit advies slechts dan gegeven wordt als klachten of ziektegedrag daartoe aanleiding geven, dan is dat minder preventief dan wanneer dat advies gegeven wordt aan alle rokende, drinkende en te dikke patiënten zonder aanziens des persoons. Preventieve advisering komt het meest voor ten aanzien van overmatig alcoholgebruik; driekwart van de huisartsen geeft die. Anti-rookadviezen worden het minst gegeven (39%). Bij alle probleemgebieden zijn huisartsen in gezondheidscentra het meest terughoudend in preventief adviseren. Home-team-artsen geven over het algemeen

iets meer preventieve adviezen dan hun niet zo samenwerkende collegae.

Groepsgewijze behandelingsmogelijkheden, tenslotte, zijn er vooral voor degenen die willen afslanken. In gezondheidscentra en in iets mindere mate in home-teams zijn deze mogelijkheden wat vaker voorhanden dan in de overige praktijkvormen.

Onder terminale zorg (het laatste onderzoeksthema) verstaan we zowel stervens- als rouwbegeleiding. Was dat vroeger doorgaans vanzelfsprekend een taak voor familie en kennissen, tegenwoordig zijn velen van mening dat (professionele) hulpverleners wel degelijk een rol kunnen spelen, vooral waar de familie het niet aan kan.

Naar opgave van de huisartsen sterven er jaarlijks in de praktijk van huisartsen in gezondheidscentra gemiddeld 11 patiënten. In de solo- en duopraktijken ligt dit cijfer tweemaal zo hoog. Dit komt wellicht omdat de gemiddelde praktijk in gezondheidscentra jonger is en minder patiënten telt. Ruim eenderde van de sterfgevallen vindt plotseling, dus na een kort of geen sterfbed plaats. In deze situatie is er vanzelfsprekend geen sprake van intensieve begeleidingscontacten. De praktijkvormen verschillen in dit opzicht niet of nauwelijks van elkaar. Niet plotselinge sterfgevallen hebben in het algemeen in gelijke mate in het ziekenhuis als thuis plaats. In duopraktijken zijn er iets meer sterfgevallen in het ziekenhuis.

Driekwart van de huisartsen zegt uit het oogpunt van surveillance, bepaalde vaste gewoonten in de zorg voor nabestaande(n) te hebben. Dit geldt het sterkst ten aanzien van de huisartsen in gezondheidscentra. Home-team-artsen maken bovendien vaker melding van deze routines dan solisten en duo's die niet op die manier samen werken.

In ons onderzoek is aan de huisartsen gevraagd in hoeverre zij een aantal aspecten van stervensbegeleiding tot hun taak rekenen. Met uitzondering van 'adviseren omtrent het regelen van materiële zaken' en in iets mindere mate 'voorlichting en advisering over verzorging', rekenen huisartsen bijna alles in aanzienlijke mate tot hun taak. Dit geldt vooral voor de huisartsen in gezondheidscentra. Daarnaast zien we dat solisten en duo's die niet deel uitmaken van een home-team over het algemeen een 'bredere' taakopvatting hebben dan hun collegae die wel zo samenwerken. Mogelijk leidt de multidisciplinaire samenwerking tot een grotere geneigdheid taken te delen met andere disciplines. Rouwbegeleiding wordt door ruim de helft van de huisartsen een taak gevonden.

Naast de eigen taakopvatting hebben we de huisartsen gevraagd in hoeverre zij voor andere disciplines een taak zien weggelegd bij de terminale zorg. Bij zowel de stervens- als rouwbegeleiding wordt door huisartsen vooral aan de wijkverpleegkundige een belangrijke rol toebedeeld. Huisartsen in gezondheidscentra en solisten in home-teams zijn die mening in

sterkere mate toegedaan dan de overige collegae. Het maatschappelijk werk en de fysiotherapie wordt in slechts zeer bescheiden mate taken toebedeeld. Huisartsen in gezondheidscentra zijn wat meer dan de anderen geneigd een rol te zien voor deze disciplines.

Dat men andere disciplines een taak toebedeeld betekent nog niet dat deze ook daadwerkelijk in de zorg voor terminale patiënten betrokken worden. 98% van de huisartsen in gezondheidscentra zegt de wijkverpleegkundige meestal in te schakelen bij de stervensbegeleiding. Bij de solo- en duopraktijken ligt dit percentage iets lager. Ook bij de rouwbegeleiding is de belangrijkste rol toebedeeld aan de wijkverpleegkundige.

Ten aanzien van het maatschappelijk werk en de fysiotherapie bestaan geen vaste gewoonten. Huisartsen in gezondheidscentra scoren ook hier het hoogst, zowel bij stervens- als rouwbegeleiding.

Interdisciplinair overleg ten behoeve van terminale zorg wordt door de meerderheid van de huisartsen onmisbaar geacht; voor gezondheidscentra geldt dit in sterkere mate dan voor de overige praktijkvormen. Daarnaast zien we dat home-team-artsen vaker deze mening zijn toegedaan dan de andere solisten en duo's.

De werkverdeling en het overleg binnen de eerste lijn wordt over het algemeen voldoende tot goed bevonden; ruim de helft van de huisartsen is echter van mening dat het overleg met medische specialisten te wensen overlaat.

8.2. Conclusies

Keren we terug naar de aanleiding tot dit onderzoek: de wens bestaande onderzoeksresultaten voor gezondheidscentra en groepspraktijken te vergelijken met die uit andere praktijkvormen. Het achterliggende vermoeden daarbij was dat huisartsen in home-team-achtige samenwerkingsverbanden resultaten te zien zouden geven die in zekere mate te vergelijken zijn met die van hun collegae in gezondheidscentra. Met andere woorden: het feit van de multidisciplinaire samenwerking zou, los van de verdere samenstelling of huisvesting van het team, een verklaring kunnen vormen voor gevonden verschillen. Wat zijn nu de voornaamste conclusies uit dit onderzoek. We noemen ze puntsgewijs.

- Voornoemde verwachting is alleen uitgekomen bij het uitoefenen van de jeugdgezondheidszorg: huisartsen in gezondheidscentra en in mindere mate collegae in home-teams werken vaker in een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters dan huisartsen die niet multidisciplinair samenwerken. Een zelfde verschil is er bij de taakopvattingen over het doen van CB-werk.
- Bij de andere onderwerpen vinden we geen consistent beeld in de antwoordverschillen. Verschillende redenen kunnen daarvoor aangevoerd worden. In de eerste plaats zal het wel of niet multidisciplinair samen-

werken bij de verschillende onderwerpen niet steeds van evenveel invloed zijn. Bij jeugdgezondheidszorg is er een goede basis als de huisarts met een wijkverpleegkundige samenwerkt, zeker als er een goede accomodatie beschikbaar is. Maar bij verloskunde ligt dat al heel anders. De aanwezigheid van een verloskundige blijkt een allesbepalende factor; samenwerking doet er dan niet zo veel meer toe. Wat de uitvoering van pre- en postnatale zorg betreft, is de relatie met de verloskundige(n) erg belangrijk, en daarover zijn geen gegevens verzameld.

- In hoeverre samenwerking bijdraagt aan meer preventieve zorg (met name waar het gaat om opsporing van hypertensie en adviezen over veranderen van leefgewoonten) is ook niet zonder meer duidelijk. Uit de gegevens blijkt in elk geval niet dat multidisciplinaire samenwerking hier positief mee samenhangt: huisartsen in gezondheidscentra onderscheiden zich van hun collegae door een wat geringere animo voor het systematish opsporen en preventief adviseren.
- Van het verlenen van stervens- en rouwbegeleiding kan men zich wel voorstellen dat dit baat vindt bij samenwerking tussen betrokken disciplines. De gegevens zijn hiermee niet in tegenspraak: huisartsen in gezondheidscentra vooral en ook die in home-teams lijken een wat beperkter taakopvatting te hebben over voorlichting in het stervenspoces en kennen andere disciplines (vooral de wijkverpleging) een wat ruimere taak toe. Deze huisartsen vinden overleg met andere disciplines ook noodzakelijker dan hun collegae in andere praktijkvormen. Gegevens over het daadwerkelijk betrekken van wijkverpleging en maatschappelijk werk bij de stervensbegeleiding is hier grotendeels mee in overeenstemming. Alleen de huisartsen die met nog een collega in een home-team zitten geven een omgekeerd verschil te zien. Multidisciplinair samenwerkende huisartsen (vooral die in gezondheidscentra) betrekken ook vaker de wijkverpleging bij de begeleiding van de nabestaanden, dan de huisartsen in de overige categorieën.
- Wat bij een beschouwing van de resultaten van dit onderzoek verder opvalt is, dat op sommige plaatsen solistisch werkende huisartsen in home-teams resultaten te zien geven die tegengesteld zijn aan die van duo's die deel uitmaken van een home-team. Deze categorieën verschillen bijvoorbeeld duidelijk in de mate waarin ze rokers en zware drinkers adviseren of in de mening over het leiden van bevallingen als taak van de huisarts. Het zou dus zo kunnen zijn dat de samenstelling van het team, en met name het aantal huisartsen daarin, systematisch van invloed is op het functioneren. In dat verband zou ook bij gezondheidscentra dit aspect nader bestudeerd dienen te worden. Dit brengt ons tenslotte op een beperking van dit onderzoek. Bij de home-teams is een onderscheid gemaakt tussen solisten en duo's; bij gezondheidscentra is het aantal participerende huisartsen buiten beschouwing gebleven. Bij

de groepspraktijken daarentegen is geen rekening gehouden met de multidisciplinaire samenwerking die daar in een (onbekend) aantal gevallen zeker zal voorkomen.

- De vraag "hoe het nu buiten gezondheidscentra en groepspraktijken zit" is voor een deel beantwoord door deze studie. De resultaten zijn evenwel niet allemaal eenduidig. Nader onderzoek zou zeer gebaat zijn bij de beschikbaarheid van meer betrouwbare basisgegevens over de samenwerking in home-teams.

LITERATUUR

AALDEREN, H.J. VAN en J.A. KNOTTNERUS (1978), Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? Huisarts en Wetenschap 21, pp. 424-427.

ALTEN, D. VAN (1978), Thuisgeboorten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, pp. 1178-1184.

ALTEN, D. VAN en P.E. TREFFERS (1981), Huisarts en Verloskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 1, pp. 12-14.

ALTEN, D. VAN (1981), De verloskundige zorg en de plaats van de bevalling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125, nr. 24, pp. 949-952.

BRUNSCHOT, C.J.M. VAN (1982), Samenwerking door huisartsen, een evaluatie-onderzoek (onderzoeksvoorstel). Tilburg: Instituut Voor Gezondheidszorg.

BOERMA, W.G.W. (1982), Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BOERMA, W.G.W. (1983), Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BOERMA, W.G.W. en R.T.J. HAMERS (1984), Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BOERMA, W.G.W. (1984), Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra per 1 januari 1984. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

BOERMA, W.G.W. (1985), Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg.

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

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

CATE, R.S. TEN en C.P.H. VAN DIJKE (1981), Gegevens van samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra die gebruik maken van de stimuleringsre-

geling wijkgezondheidscentra. Leiden: Vakgroep huisartsgeneeskunde R.U. Leiden en Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid. Voorburg.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1980, 1981), Geborenen naar aard van verloskundige zorg en plaats van geboorte. Voorburg.

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (1981), Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980. CBS serie B2. Voorburg.

CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID (1979), Interim-advies inzake de zorg voor gezondheid van jeugdigen. Rijswijk.

CREBOLDER, H.F.J.M. (1980), Over sterven en stervensbegeleiding. Huisarts en Wetenschap 11, pp. 439-446.

DOOL, C.W.A. VAN DEN (1970), Opsporing van chronische ziekten in de huisartspraktijk: mogelijkheden tot secundaire preventie. Huisarts en Wetenschap 13, pp. 3-9.

DOPHEIDE, J.P. en J. VAN DER ZEE (1981), Samenwerken en verwijzen; nader onderzoek gewenst. Medisch Contact 36, pp. 1221-1224.

DUUREN, R. VAN en L.A.J. HUPKENS (1981), Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband. Medisch Contact 31, pp. 933-936.

GARRETSEN, H.F.L. en R.A. KNIBBE (1983), Alcohol prevalentie Onderzoek Rotterdam/Limburg. Leidschendam.

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE, MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE (1982), Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland 1980. Leidschendam.

GEZONDHEIDSRAAD (1983), Interimadvies inzake bevolkingsonderzoek. 's-Gravenhage.

GRAAT, T. (1981), Betere registratie met nieuwe drieluikkaart. Maatschappelijke Gezondheids Zorg 9e jaargang, nr. 3, pp. 13-19.

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. 1171-1178.

HOUWING, J. en J. GEERTSEMA (1981), Eerstelijns Samenwerking in de provincie Groningen. Groningen: Andragogisch Instituut.

INGEN, M. VAN (1981), Inventarisatie samenwerking eerste lijn in Midden-Limburg. Roermond: Samenwerkingsverbanden Gezondheidszorg Midden-Limburg (SGML).

KLOOSTERMAN, G.J. (1978), De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 122, nr. 32, pp. 1161-1171.

LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (1983), Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht.

MULDER, J.D. (1980), Eerstelijns-samenwerking zonder samenwoning. Een verkenning in Zuid-Holland. Hulpverlenen in Samenwerking: Eerstelijnsgezondheidszorg in ontwikkeling. Alphen a/d Rijn; Samsom.

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP (1959), Woudschotenrapport; rapport over de taak van de huisarts, de zogenaamde Woudschotenmaterie. z.p.

REE, J.W. VAN (1981), Systematische opsporing en behandeling van risicofactoren in de huisartsenpraktijk uitvoerbaar. Hart Bulletin, juni, pp. 69-76.

REE, J.W. VAN (1983), Assistente en hypertensiebestrijding. Huisarts en Wetenschap 26, p. 53.

REELICK, N.F., J.H. SCHUURMAN en W.F.M. DE HAES (1983), Psychologische neveneffecten van bevolkingsonderzoeken (screening + preventie). Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 61, nr. 6, pp. 208-212.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (1981), Health and prevention in primary care. London.

SMITS, A.J.A. (1981), Het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters: de ontwikkeling van een preventieve vorm van hulpverlening. Nijmegen: Universitair Huisartsen Instituut.

SPREEUWENBERG, C. (1981), Huisarts en stervenshulp. Utrecht: Rijks Universiteit.

STAM, J. (1980), Thuiszorg voor stervende kankerpatiënten. Huisarts en Wetenschap 11, pp. 435-438.

VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE, MINISTERIE VAN (1980), Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. Leidschendam.

VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE, MINISTERIE VAN (1981), Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979. Leidschendam.

VRIJ, A. (1981), Eerstelijnsgezondheidszorg en oncologie. Medisch Contact 11, pp. 310-311.

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

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

WIJKEL, D. (1984), Samenwerken en verwijzen. Deel II: Samenwerken buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZEE, J. VAN DER (1979), Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg 3. Samenwerking tussen hulpverleners. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut.

ZIEKENFONDSRAAD (1979), Onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra. Amstelveen, nr. 104.

BIJLAGE 1

OVERZICHT VAN DE TABELLEN

TABELLEN blz

1.1 : Aantal groepspraktijken en gezondheidscentra van 1 januari 1970 tot 1 januari 1984 2
1.2 : Aantal huisartsen die multidisciplinaire samenwerking rapporteren in solo- en duopraktijken 4
1.3 : Aantal huisartsen die mono- en/of bidisciplinair overleg rapporteren, in solo- en duopraktijken, al dan niet deel uitmakend van een home-team 5

2.1 : Het aantal verstuurde en terugontvangen enquêtes 9
2.2 : Representativiteit van de respons 11
2.3 : Achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie 12

4.1 : Aantal geborenen van 1960 tot 1983 in Nederland 17
4.2 : Percentage thuis- en ziekenhuisbevallingen 1970-1982 17
4.3 : Percentage huisartsen dat bevallingen leidt naar praktijkvorm 20
4.4 : Totaal aantal bevallingen per huisarts naar praktijkvorm 21
4.5 : Percentage huisartsen dat meestal betrokken wordt bij pre- en postnatale begeleiding, als de bevalling door een andere hulpverlener wordt geleid 23
4.6 : Behoefte aan meer of minder verlossingen bij huisartsen die verloskundig praktizeren 24
4.7 : Verband tussen het aantal bevallingen per jaar en de behoefte aan veranderingen met betrekking tot verloskundig praktizeren 25
4.8 : Verband tussen het verloskundig praktizeren van de huisarts en een aantal structurele variabelen 26
4.9 : Verschil in percentage huisartsen dat bevallingen leidt, onder constanthouding van een aantal structurele variabelen 28
4.10: Taakopvatting ten aanzien van een aantal aspecten van verloskundige zorg 30
4.11: Verband tussen de taakopvatting over pre- en postnatale zorg en het leiden van bevallingen door de huisarts 32
4.12: Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in de totale groep respondenten 33
4.13: Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in solo- en duopraktijken 34

blz

4.14: Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat bevallingen leidt in home-teams en gezondheidscentra 35
4.15: Verloskundige activiteit in het verleden van huisartsen die momenteel géén bevallingen leiden 36
4.16: Lengte van de periode in het verleden dat huisartsen bevallingen leidden 37

5.1 : Leiding van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en het percentage consulten per categorie 42
5.2 : Aantal huisartsen/consultatiebureau-artsen in verschillende praktijkvormen 46
5.3 : Consultatiebureauwerk als tijdelijke nevenactiviteit 47
5.4 : Verband tussen het doen van consultatiebureauwerk en een aantal structurele variabelen 48
5.5 : Percentageverschil tussen consultatiebureau-actieve huisartsen in gezondheidscentra en daarbuiten, onder 'constanthouding' van urbanisatiegraad en verloskundige acitiviteit 49
5.6 : Percentageverschil tussen consultatiebureau-actieve huisartsen, in home-teams en andere solo- en duopraktijken, onder 'constanthouding' van urbanisatiegraad en verloskundige activiteit 50
5.7 : Taakopvatting met betrekking tot de preventieve zorg zoals verleend in de consultatiebureaus 51
5.8 : Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in de totale groep respondenten 52
5.9 : Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in solo- en duopraktijken 53
5.10: Regressie-analyse op het percentage huisartsen dat een consultatiebureau leidt, in gezondheidscentra en home-teams 54
5.11: Mate waarin consultatiebureaus waaraan huisartsen meewerken, praktijkgebonden zijn 55
5.12: Samenwerking tussen de huisarts en wijkverpleegkundigen van het consultatiebureau 56

6.1 : Algemene taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg 62

blz

6.2 : Verband tussen de ervaring van de huisarts en diens opvatting over het uitoefenen van politieke en sociale invloed 64
6.3 : Wijze van opsporen van hypertensie 66
6.4 : Wat huisartsen doen als een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle 67
6.5 : Rol van praktijkassistente bij opsporing en controle van hypertensiepatiënten 68
6.6 : Herkenbaarheid van de categorie hypertensiepatiënten in de administratie van de huisarts 70
6.7 : Verband tussen de mate van initiatief ten aanzien van het opsporen van hypertensie en een tweetal onafhankelijke variabelen 71
6.8 : Opvattingen van huisartsen over hun taken bij opsporing en behandeling van hypertensie 72
6.9 : Samenhang tussen algemene taakopvatting en de wijze van opsporen van hypertensie 73
6.10: Advieshouding van de huisarts ten aanzien van een drietal riskante leefgewoonten 76
6.11: Mate waarin huisartsen die preventieve anti-rookadviezen geven ook preventieve adviezen geven ten aanzien van overgewicht en overmatig alcoholgebruik 77
6.12: Vastleggen van riskante leefgewoonten in de patiëntenadministratie 78
6.13: Mate waarin huisartsen die gegevens met betrekking tot rookgewoonten vastleggen ook gegevens over overgewicht en overmatig alcoholgebruik registreren 79
6.14: Aanbod groepsgewijze behandeling/begeleiding 79
6.15: Verband tussen de advieshouding van de huisarts en twee onafhankelijke variabelen 80
6.16: Verband tussen de taakopvatting met betrekking tot preventieve zorg in het algemeen en de advieshouding van de huisarts ten aanzien van riskante leefgewoonten 81

7.1 : Aantal gestorven patiënten in een periode van 7 maanden 86
7.2 : Aantal niet-plotseling gestorven patiënten, in een periode van 7 maanden, naar plaats van overlijden 87
7.3 : Overledenen naar plaats van overlijden, praktijkvorm, en landelijk 88

blz

7.4 : Taakopvatting met betrekking tot diverse aspecten van stervensbegeleiding (in de thuissituatie) 90
7.5 : Taakopvatting bij rouwbegeleiding 91
7.6 : Taaktoekenning aan andere disciplines bij stervensbegeleiding (alleen in de thuissituatie) 92
7.7 : Taaktoekenning aan andere disciplines bij rouwbegeleiding 93
7.8 : Mate waarin interdisciplinair overleg noodzakelijk wordt geacht 95
7.9 : Oordeel over het overleg en de werkverdeling binnen de eerste lijn met betrekking tot stervenshulp 95
7.10: Tevredenheid ten aanzien van het overleg met medische specialisten 96
7.11: Mate waarin huisartsen zeggen andere disciplines daadwerkelijk bij stervenshulp in te schakelen 97
7.12: Mate waarin huisartsen zeggen andere disciplines daadwerkelijk bij rouwbegeleiding in te schakelen 98

BIJLAGE 2

DE VRAGENLIJST

ONDERZOEK NAAR

HET DIENSTENAANBOD VAN HUISARTSEN

IN VERSCHILLENDE PRAKTIJKSITUATIES

In de afgelopen drie jaar is onderzoek gedaan naar verschillende aspecten van het dienstenaanbod van gezondheidscentra en groepspraktijken. Tot nu toe zijn huisartsen die op een andere wijze samenwerken of die een solopraktijk voeren, buiten beschouwing gebleven. Met deze enquête willen wij die leemte opvullen.

Bij voorbaat dank voor uw medewerking.

Wij willen beginnen met u enkele vragen te stellen over uw praktijksituatie en de samenwerking met andere hulpverleners.

1. Met welke van de volgende hulpverleners hebt u een geregeld overleg op vaste tijden *over patiënten* en met welke hebt u alleen ad hoc contacten over patiënten?

	geregeld overleg	ad hoc overleg
- andere huisarts(en)	☐	☐
- wijkverpleegkundige(n)	☐	☐
- maatschappelijk werkende(n)	☐	☐
- fysiotherapeut(en)	☐	☐
- apotheker(s)	☐	☐

2. Maakt u deel uit van een home-team, dat wil zeggen een samenwerkingsverband met vaste afspraken (zonder gemeenschappelijke huisvesting) van tenminste huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n)?

ja ☐

nee ☐ (verder naar vraag 4)

3. Als u deel uit maakt van een home-team, welke disciplines zijn daarbij betrokken?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Hebt u een solopraktijk of werkt u samen met andere huisartsen?

- solopraktijk ☐
- samen met een arts-assistent (niet in opleiding) ☐
- in associatie in één gebouw ☐
- in associatie met gescheiden praktijkadressen ☐
- in een andere vorm, te weten ☐

.....

.....

.....

Verloskundige zorg is het eerste terrein waarvan wij willen weten in hoeverre u daarop actief bent en of u daarbij samenwerkt met andere eerstelijnshulpverleners.

5. Leidt u momenteel bevallingen? ja ☐ (verder naar vraag 5a)
nee ☐ (verder naar vraag 5b)

a. Hoeveel bevallingen leidde u in 1982?
- aantal thuisbevallingen .....
- aantal ziekenhuisbevallingen .....

Bij hoeveel procent betrof het particulier verzekerden?
- ongeveer .... %

Zoudt u minder of meer bevallingen willen leiden?
- liever meer bevallingen dan nu ☐
- liever minder bevallingen dan nu ☐
- liever geen bevallingen meer ☐
- geen behoefte aan verandering ☐

b. Hebt u in het verleden bevallingen geleid?
- neen, na de opleiding niet meer
- ja, in de periode van ..... tot .....

Om welke reden(en) doet u geen bevallingen (meer)? U kunt er meerdere aankruisen.
- te grote belasting ☐
- te weinig routine mogelijk ☐
- verloskundige in het praktijkgebied ☐
- geen waarneming te realiseren ☐
- andere reden(en), nl.: ☐

.....
.....
.....

6. In hoeverre zijn er in uw praktijkgebied verloskundigen werkzaam?
- in het hele praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam ☐ (verder naar vraag 7)
- in een deel van het praktijkgebied is/zijn verloskundige(n) werkzaam ☐ (verder naar vraag 7)
- geen verloskundige in het praktijkgebied werkzaam ☐ (verder naar vraag 8)

7. In welke mate is er sprake van samenwerking tussen u en één of meer verloskundigen?

- regelmatig patiëntenoverleg volgens vaste afspraak ☐
- incidenteel patiëntenoverleg ☐
- alleen telefonisch contact ☐
- alleen schriftelijk contact ☐
- zelden of geen contact ☐

8. Verloskundige zorg beperkt zich niet tot de bevalling, doch strekt zich ook uit tot de prenatale en postnatale periode.
In welke mate wordt u door zwangeren respectievelijk kraamvrouwen in uw praktijk, bij wie u *niet* de bevalling leidt, bij pre- en postnatale zorg betrokken? Wij onderscheiden de volgende zorgmomenten:

	meestal	soms	zelden/ nooit
- eenmalig onderzoek voor de 11e week (ter vaststelling van de zwangerschap en eventuele risico's)	☐	☐	☐
- algemeen medisch onderzoek rond de 32e week (indien zwangere door verloskundige wordt begeleid)	☐	☐	☐
- onderzoek van de baby, ± 3e dag na de bevalling (indien verloskundige de bevalling leidde)	☐	☐	☐
- begeleiding van kraambed (na poliklinische bevalling geleid door een specialist)	☐	☐	☐
- afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling (indien deze door verloskundige werd geleid)	☐	☐	☐

9. In hoeverre vindt u onderstaande aspecten van verloskundige zorg een taak voor (onder andere) de huisarts? (Dus los gezien van het feit of u er nu wel of niet bij betrokken bent.)

	wel taak huisarts	on-zeker	geen taak huisarts
- het leiden van thuisbevallingen	☐	☐	☐
- het leiden van poliklinische bevallingen zonder medische indicatie	☐	☐	☐
- éénmalig onderzoek voor de 11e week	☐	☐	☐
- algemeen medisch onderzoek rond de 32e week	☐	☐	☐
- onderzoek van de baby rond de 3e dag na de bevalling	☐	☐	☐
- begeleiden van het kraambed na poliklinische bevalling onder leiding van een specialist	☐	☐	☐
- afsluitend onderzoek van de moeder ± 6 weken na de bevalling	☐	☐	☐

De nu volgende groep vragen heeft betrekking op uw activiteiten op het gebied van de (georganiseerde) jeugdgezondheidszorg.

10. Bent u verbonden aan een of meer consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters?

- neen, niet verbonden aan consultatiebureau's ☐ (verder naar vraag 16)
- ja, consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters ☐
- ja, alleen consultatiebureau voor zuigelingen ☐
- ja, alleen consultatiebureau voor kleuters ☐

11. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre het consultatiebureau waaraan u verbonden bent praktijkgebonden werkt?

- het cb is uitsluitend voor (kinderen van) eigen patienten. ☐
- het cb is ook voor (kinderen van) patiënten van associatiepartner ☐
- het cb is zowel voor (kinderen van) eigen patiënten of van associatiepartner als voor die van de andere collega's ☐

12. Met welke wijkverpleegkundige(n) werkt u samen in het consultatiebureau?

	zuigelingenbureau	kleuterbureau
- met wijkverpleegkundige(n) uit het home-team	☐	☐
- met wijkverpleegkundige(n) met wie ik samen werk, echter niet in home-teamverband	☐	☐
- met wijkverpleegkundige(n) met wie ik verder niet samenwerk	☐	☐

13. Hebt u bij- of nascholing gehad ten behoeve van consultatiebureauwerk?

nee ☐ (verder naar vraag 15)
ja ☐

14. Welke cursussen zijn dat geweest?

.....

.....

15. Beschouwt u het consultatiebureau-werk als een tijdelijke nevenactiviteit, die u zult opgeven wanneer uw praktijk meer tijd en aandacht van u vraagt?

- ja, tijdelijke nevenactiviteit ☐
- onzeker ☐
- nee, geen tijdelijke nevenactiviteit ☐

16. In hoeverre vindt u de preventieve zorg voor zuigelingen en kleuters, zoals verleend in het kader van de consultatiebureau's, een taak voor de huisarts?

	wel taak huisarts	onzeker	geen taak huisarts
- zuigelingenzorg in het kader cb	☐	☐	☐
- kleuterzorg in het kader van het cb	☐	☐	☐

17. Hoe staat u in het algemeen tegenover de taak van de huisarts op het gebied van preventie? Wilt u bij onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het daarmee eens bent? (Het gaat om uw oordeel over preventieve taken van de huisarts in het algemeen, dus los gezien van uw eigen activiteiten op dat gebied).

	mee eens		geen mening		mee oneens
- individuele primaire preventie moet tot het specifieke terrein van de huisarts worden gerekend	☐	☐	☐	☐	☐
- in iedere huisartspraktijk zou door de huisarts periodiek screeningsonderzoek moeten worden verricht bij high-risk groepen	☐	☐	☐	☐	☐
- vroege opsporing behoort meer tot de taken van de maatschappelijke gezondheidszorg dan tot die van de huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
- het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene factoren moet bij uitstek tot de taak van de huisarts gerekend worden	☐	☐	☐	☐	☐
- de huisarts moet zich vanuit zijn werk ook bezig houden met het (helpen) uitoefenen van sociale en politieke invloed i.v.m. gesignaleerde problemen	☐	☐	☐	☐	☐

De nu volgende groep vragen heeft betrekking op uw activiteiten op het gebied van de (georganiseerde) jeugdgezondheidszorg.

10. Bent u verbonden aan een of meer consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters?

- neen, niet verbonden aan consultatiebureau's ☐ (verder naar vraag 16)
- ja, consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters ☐
- ja, alleen consultatiebureau voor zuigelingen ☐
- ja, alleen consultatiebureau voor kleuters ☐

11. Wilt u hieronder aangeven in hoeverre het consultatiebureau waaraan u verbonden bent praktijkgebonden werkt?

- het cb is uitsluitend voor (kinderen van) eigen patienten. ☐
- het cb is ook voor (kinderen van) patiënten van associatiepartner ☐
- het cb is zowel voor (kinderen van) eigen patiënten of van associatiepartner als voor die van de andere collega's ☐

12. Met welke wijkverpleegkundige(n) werkt u samen in het consultatiebureau?

	zuigelingen-bureau	kleuter-bureau
- met wijkverpleegkundige(n) uit het home-team	☐	☐
- met wijkverpleegkundige(n) met wie ik samen werk, echter niet in home-teamverband	☐	☐
- met wijkverpleegkundige(n) met wie ik verder niet samenwerk	☐	☐

13. Hebt u bij- of nascholing gehad ten behoeve van consultatiebureauwerk?

nee ☐ (verder naar vraag 15)
ja ☐

14. Welke cursussen zijn dat geweest?

.....

.....

15. Beschouwt u het consultatiebureau-werk als een tijdelijke nevenactiviteit, die u zult opgeven wanneer uw praktijk meer tijd en aandacht van u vraagt?

- ja, tijdelijke nevenactiviteit ☐
- onzeker ☐
- nee, geen tijdelijke nevenactiviteit ☐

16. In hoeverre vindt u de preventieve zorg voor zuigelingen en kleuters, zoals verleend in het kader van de consultatiebureau's, een taak voor de huisarts?

	wel taak huisarts	onzeker	geen taak huisarts
- zuigelingenzorg in het kader cb	☐	☐	☐
- kleuterzorg in het kader van het cb	☐	☐	☐

17. Hoe staat u in het algemeen tegenover de taak van de huisarts op het gebied van preventie? Wilt u bij onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het daarmee eens bent? (Het gaat om uw oordeel over preventieve taken van de huisarts in het algemeen, dus los gezien van uw eigen activiteiten op dat gebied).

	mee eens		geen mening		mee oneens
- individuele primaire preventie moet tot het specifieke terrein van de huisarts worden gerekend	☐	☐	☐	☐	☐
- in iedere huisartspraktijk zou door de huisarts periodiek screeningsonderzoek moeten worden verricht bij high-risk groepen	☐	☐	☐	☐	☐
- vroege opsporing behoort meer tot de taken van de maatschappelijke gezondheidszorg dan tot die van de huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
- het signaleren van maatschappelijke problemen als mogelijk pathogene factoren moet bij uitstek tot de taak van de huisarts gerekend worden	☐	☐	☐	☐	☐
- de huisarts moet zich vanuit zijn werk ook bezig houden met het (helpen) uitoefenen van sociale en politieke invloed i.v.m. gesignaleerde problemen	☐	☐	☐	☐	☐

Op twee terreinen willen wij nader ingaan: de gevolgen van riskante leefgewoonten en hypertensie.

18. In welke mate legt u onderstaande gegevens vast op de patiëntenkaart?

	zelden nooit	soms	meestal
- rookgewoonten	☐	☐	☐
- overgewicht	☐	☐	☐
- gewicht van 'normale' patiënten	☐	☐	☐
- overmatig alcoholgebruik	☐	☐	☐

19. In hoeverre adviseert u patiënten die roken, daarmee te stoppen?

- alleen als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven ☐
- alle patiënten die roken adviseer ik daarmee te stoppen, ongeacht klachten ☐

20. In hoeverre adviseert u dikke patiënten te vermageren?

- alleen als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven ☐
- alle te dikke patiënten adviseer ik te vermageren, ongeacht klachten ☐

21. In hoeverre adviseert u patiënten die erg veel alcohol gebruiken dat te verminderen?

- alleen als klachten of ziekteverloop daartoe aanleiding geven ☐
- alle overmatige drinkers krijgen van mij het advies dat te verminderen ☐

22. Zijn er in uw praktijk groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor genoemde categorieën patiënten?

- zij die met roken willen stoppen	ja	☐
	nee	☐
- zij die willen vermageren	ja	☐
	nee	☐
- zij die minder willen drinken	ja	☐
	nee	☐

23. In hoeverre zijn patiënten, waarbij hoge bloeddruk is vastgesteld, in uw patiëntenadministratie als categorie herkenbaar? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.)

- bij een deel wordt het op de patiëntenkaart vermeld; deze registratie is echter niet systematisch ☐
- meest recente gegevens worden steeds op de kaart vermeld ☐
- hypertensiepatiënten zijn als categorie direct herkenbaar in de patiëntenadministratie (b.v. door ruitertjes) ☐
- er bestaat een bijgewerkt overzicht van hypertensiepatienten ☐
- anders, nl. ☐

.....

.....

.....

24. Welke wijze van opsporen van hypertensie komt het meest overeen met de door u gevolgde procedure? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.)

- selectief onderzoek afhankelijk van de omstandigheden en de achtergrond van de patiënt (niet-systematisch dus) ☐
- systematische meting bij alle patiënten op het spreekuur uit een bepaalde leeftijdscategorie, ongeacht de aard van de klacht ☐
- oproepen van patiënten die in een bepaalde periode niet op het spreekuur zijn geweest, teneinde bloeddruk te meten ☐
- anders, nl.: ☐

.....

.....

.....

25. Hebben praktijkassistenten een taak bij opsporing en/of controle van hypertensie? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen.)

- dezen hebben hierbij (hoegenaamd) geen taak ☐
- zij zorgen voor administratieve ondersteuning ☐
- praktijkassistente(n) doen incidenteel controlemetingen ☐
- praktijkassistente(n) doen doorgaans de controlemetingen ☐

26. Zijn hulpverleners van andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg betrokken bij opsporing en/of behandeling van hypertensie?

- nee ☐
- ja, de volgende disciplines: ☐

.....

en wel op de volgende wijze:

.....

27. In hoeverre vindt u onderstaande aspecten van opsporing en behandeling van hypertensie een taak voor de huisarts?

	zeker een taak		geen mening		zeker geen taak
- selectief onderzoek afhankelijk van omstandigheden en achtergrond van patiënt	☐	☐	☐	☐	☐
- systematische meting bij alle patienten uit een bepaalde leeftijdscategorie, dus ongeacht de aard der klachten e.d.	☐	☐	☐	☐	☐
- oproepen van patiënten die in een bepaalde periode niet op spreekuur zijn geweest teneinde de bloeddruk te meten	☐	☐	☐	☐	☐
- instellen van de juiste behandeling bij hypertensie (leefregels of medicatie)	☐	☐	☐	☐	☐
- regelmatige controle van hypertensiepatiënten	☐	☐	☐	☐	☐

28. Wat doet u als een hypertensiepatiënt niet verschijnt voor een afgesproken controle?

- ik doe niets; het is zijn/haar verantwoordelijkheid ☐
- als ook de volgende controle wordt overgeslagen onderneem ik actie ☐
- ik verzoek de patiënt als regel vrij spoedig alsnog te komen ☐
- ik doe iets anders, nl.: ☐

.....

.....

.....

29. Zijn er in uw praktijk groepsgewijze behandelingsmogelijkheden voor hypertensiepatiënten?

- nee ☐
- ja ☐

zo ja, wat is de aard daarvan?

.....

.....

.....

welke soorten hulpverleners zijn daarbij betrokken?

.....

.....

Wij willen vervolgens enkele vragen stellen over stervenshulp en over uw betrokkenheid bij de begeleiding van de nabestaanden van uw overleden patiënten.

30. Wilt u hieronder aangeven hoeveel mensen, die tot uw praktijk behoorden, overleden zijn in de periode van 1 januari tot 1 augustus 1983, alsmede de plaats van overlijden, en of er al dan niet sprake was van een plotselinge dood?

	zieken-huis	verpleeg-huis	thuis	elders
- plotseling (aantal)	....	....	....	....
- niet-plotseling (aantal)	....	....	....	....

31. Wilt u voor onderstaande hulpverleners aangeven in welke mate u vindt dat deze een taak hebben bij de stervenshulp in de thuissituatie?

	meestal	soms	zelden/ nooit
- wijkverpleegkundige	☐	☐	☐
- maatschappelijk werkende	☐	☐	☐
- fysiotherapeut	☐	☐	☐
- hulpverleners in ambulante geestelijke gezondheidszorg	☐	☐	☐
- andere, nl.			
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

32. Hulp in de terminale fase heeft verschillende aspecten, die een huisarts niet allemaal evenzeer tot zijn taak behoeft te rekenen. Wilt u bij onderstaande aspecten aangeven, in hoeverre u ze tot uw taak als huisarts rekent?

	zeker een taak				zeker geen taak
- bestrijden van angst, depressie e.d.	☐	☐	☐	☐	☐
- patiënt mobiel en valide trachten te houden	☐	☐	☐	☐	☐
- voorlichten en adviseren over verzorging e.d.	☐	☐	☐	☐	☐
- helpen bij de beslissing waar men wil sterven	☐	☐	☐	☐	☐
- informeren van patiënt en familie over diagnose en prognose ('de waarheid')	☐	☐	☐	☐	☐

(vervolg vraag 32.)

	zeker een taak				zeker geen taak
- adviseren over regelen van materiële zaken	☐	☐	☐	☐	☐
- patiënt en familie troost en steun geven	☐	☐	☐	☐	☐
- stokkende communicatie rond het sterfbed op gang helpen	☐	☐	☐	☐	☐
- conflicten rond het sterfbed bespreekbaar maken	☐	☐	☐	☐	☐

33. In welke mate worden onderstaande hulpverleners door u bij de stervenshulp in de thuissituatie betrokken?

	meestal	soms	zelden/ nooit
- wijkverpleegkundige	☐	☐	☐
- maatschappelijk werkende	☐	☐	☐
- fysiotherapeut	☐	☐	☐
- hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg	☐	☐	☐
- anders, nl.			
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

34. Acht u het van belang, dat er interdisciplinair overleg plaats vindt tussen hulpverleners die aan een patiënt stervenshulp geven?

- het is onmisbaar ☐
- soms is het noodzakelijk ☐
- het is niet noodzakelijk ☐

35. Hoe beoordeelt u het overleg en de werkverdeling tussen u als huisarts en andere hulpverleners met betrekking tot stervenshulp?

- in het algemeen voldoende tot goed ☐
- laat nog wel eens te wensen over ☐
- er is nauwelijks of geen sprake van ☐

36. Hoe beoordeelt u het overleg en de werkverdeling tussen u als huisarts en de behandelende specialisten in het ziekenhuis met betrekking tot behandeling en begeleiding van terminale patiënten?

- in het algemeen voldoende tot goed ☐
- laat nog wel eens te wensen over ☐
- er is nauwelijks of geen sprake van ☐

37. Hebt u iets geregeld voor huisartsenhulp aan terminale patiënten buiten de gewone werktijden?

- de waarnemer wordt ingelicht ☐
- privé telefoonnummer wordt verstrekt ☐
- anders, nl. ☐

.....

.....

.....

38. Hebt u uit een oogpunt van surveillance bepaalde vaste gewoonten in de zorg voor nabestaande(n)?

- nee ☐
- ja, nl. ☐

.....

.....

.....

39. Rekent u het tot uw taak als huisarts psychosociale begeleiding te geven bij (niet te ernstige) uitingen van rouw?

- ja, altijd ☐
- alleen als die hulp gevraagd wordt ☐
- nee ☐

40. In welke mate hebben onderstaande hulpverleners volgens u een taak bij rouwbegeleiding?

	meestal	soms	zelden/ nooit
- wijkverpleegkundige	☐	☐	☐
- maatschappelijk werkende	☐	☐	☐
- fysiotherapeut	☐	☐	☐
- hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg	☐	☐	☐
- andere, nl.			
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

41. In welke mate betrekt u onderstaande hulpverleners bij de rouwbegeleiding?

	meestal	soms	zelden/ nooit
- wijkverpleegkundige	☐	☐	☐
- maatschappelijk werkende	☐	☐	☐
- fysiotherapeut	☐	☐	☐
- hulpverleners in de ambulante geestelijke gezondheidszorg	☐	☐	☐
- andere, nl.			
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐

Tenslotte willen wij nog twee vragen stellen over de omvang van uw praktijk.

42. Hoe groot is uw praktijk (bij een gezamenlijk patiëntenbestand gelieve het aantal patiënten in te vullen dat qua werkbelasting aan u kan worden toegerekend)?

- aantal ziekenfondspatiënten ....
- aantal particuliere patiënten (geschat) ....
- totaal ....

43. Wat is naar uw idee de ideale praktijkgrootte? ....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Als "Studies naar Samenwerking" zijn eerder verschenen:

1. W.G.W. Boerma - Contacten tussen huisartsen in samenwerkingsverbanden en de tweede lijn, oktober 1981.

2. M.A.A. Swinkels - Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening, december 1981.

3. L. Peters - Financiële problematiek van gezondheidscentra, juli 1982.

4. W.G.W. Boerma - Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra, december 1982.

5. W.G.W. Boerma - Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken, oktober 1983.

6. W.G.W. Boerma en R.T.J. Hamers - Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken, april 1984.

7. L. Peters - Financiële problematiek van gezondheidscentra, november 1984.

8. W.G.W. Boerma - Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken, juni 1985.

Deze en andere rapporten zijn verkrijgbaar bij het NIVEL.