



***Tweede Nationale  
Studie naar ziekten  
en verrichtingen  
in de huisartspraktijk***

Projectplan



TWEDE NATIONALE STUDIE  
NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN  
IN DE HUISARTS PRAKTIJK

**riivm**  
onderzoek in dienst  
van mens en milieu

F.G. Schellevis

Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.  
Projectplan / F.G. Schellevis, G.P. Westert, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen  
Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)  
ISBN 90-6905-457-4  
Trefw.: onderzoek, huisartsgeneeskunde

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

**Auteurs**

Dr. F.G. Schellevis  
Dr. G.P. Westert  
Dr. D.H. de Bakker  
Prof.dr. P.P. Groenewegen

**Organisaties**

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

**Adres**

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT  
tel. 030 2729700  
fax. 030 2729729



## Voorwoord

In het najaar van 1997 besloten NIVEL en RIVM gezamenlijk de voorbereiding van een tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk ter hand te nemen. In het hiervoor opgestelde convenant werd aan een projectteam opdracht gegeven om de volgende activiteiten te ondernemen (artikel 3.2):

- “verkenning van de mogelijkheden om aan het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) als zorgregistratie tevens morbiditeitsgegevens te koppelen
  - verkenning van de mogelijkheden om morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk te valideren met behulp van health interview survey en/of health examination survey
  - verkenning van de mogelijkheden binnen LINH om longitudinale zorggebruikprofielen op te stellen in relatie tot de eraan ten grondslag liggende morbiditeit en het beloop daarvan
  - verkenning van de mogelijkheden om de onderzoeks- en beleidswensen van RIVM en NIVEL te combineren met soortgelijke wensen van andere belangrijke partijen in de gezondheidszorg (het Ministerie van VWS, LHV, NHG, Ziekenfondsraad, e.a.)
  - ontwerp van een onderzoeksplan ten behoeve van de uit te voeren hoofdstudie”.
- Deze activiteiten hebben geresulteerd in het onderhavige projectplan.

Het werk van het projectteam stond onder supervisie van een stuurgroep bestaande uit:

- dr. V. Tielens, voorzitter (tevens voorzitter van de stuurgroep LINH)
- dr. J. Zaat, vertegenwoordiger NHG
- drs. L. Goemans, vertegenwoordiger LHV
- prof.dr.ir. D. Kromhout, RIVM, directeur sector Volksgezondheidsonderzoek
- dr. D. Ruwaard, RIVM, plaatsvervangend hoofd centrum VTV
- drs. L. Stokx, RIVM, centrum VTV
- prof. dr. J. van der Zee, directeur NIVEL.

De stuurgroep vergaderde vier maal met het projectteam.

Het projectteam bestond uit:

- dr. F.G. Schellevis (NIVEL)
- dr. G.P. Westert (RIVM)
- dr. D.H. de Bakker (LINH)
- prof. dr. P.P. Groenewegen (NIVEL).

### **Actualisering**

Het onderhavige projectplan is in oktober 1998 aan het ministerie van VWS aangeboden voor subsidiëring. In de periode oktober 1998 - december 1999 zijn op diverse aspecten voorbereidende activiteiten ter hand genomen die geleid hebben tot kleine wijzigingen, maar vooral detailleringen in het projectplan. Deze zijn in deze versie van het plan verwerkt.

Utrecht, januari 2000

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>   5
<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>   13
<b>2</b>	<b>Achtergronden</b>   21
2.1	<i>Inleiding</i>
2.2	<i>Relevante beleidsontwikkelingen voor de tweede Nationale Studie</i>
2.2.1	<i>Het beleid t.a.v. de gezondheidszorg</i>
2.2.2	<i>Het beleid t.a.v. de huisartsenzorg</i>
2.2.3	<i>Informatie t.b.v. het gezondheids(zorg)beleid</i>
2.2.4	<i>Ontwikkelingen binnen de beroepsgroep</i>
2.2.5	<i>Ontwikkelingen in de rol van patiënten/consumenten</i>
2.3	<i>Voortbouwen op de eerste Nationale Studie (NS1)</i>
2.4	<i>Twee nieuwe elementen in de tweede Nationale Studie: de beleidsinformatiecyclus en de samenwerking met LINH</i>
2.4.1	<i>Samenhang met beleidsinformatiecyclus (VTV en SGZ)</i>
2.4.2	<i>Samenwerking met LINH</i>
2.5	<i>Kenmerken van de tweede Nationale Studie</i>
2.5.1	<i>Doelstelling</i>
2.5.2	<i>Opzet</i>
2.6	<i>De voorbereiding van de tweede Nationale Studie</i>

### **3 Themagebieden en vraagstellingen | 33**

3.1 *Inleiding en probleemstelling*

3.2 *Themagebieden*

3.3 *Vraagstellingen*

3.3.1 *Themagebied 1: Monitoring van gezondheid*

3.3.2 *Themagebied 2: Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits*

3.3.3 *Themagebied 3: Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg*

3.3.4 *Themagebied 4: Kwaliteit van de huisartsenzorg*

3.3.5 *Themagebied 5: Organisatie van de huisartsenzorg*

### **4 Methoden | 43**

4.1 *Onderzoeksopzet*

4.2 *Onderzoekspopulatie*

4.3 *Modules van gegevensverzameling*

4.3.1 *Algemeen*

4.3.2 *Patiëntregistratie: de epidemiologische noemer en socio-demografische kenmerken van patiënten*

4.3.3 *Patiëntenquête: gegevens van patiënten over ervaren gezondheid, zorggebruik en determinanten*

4.3.4 *Contactregistratie*

4.3.4.1 *Basisgegevens betreffende contacten*

4.3.4.2 *Contactdiagnoses*

4.3.4.3 *Verrichtingen tijdens contacten*

4.3.4.4 *Video-registratie van gegevens over arts-patiëntcommunicatie*

4.3.4.5 *Additionele diagnose-specifieke gegevens*

4.3.5 *Huisarts-/praktijkassistenten-enquête: gegevens van huisartsen en praktijk-assistenten*

4.4 *Vergelijkbaarheid van de gegevens van de tweede Nationale Studie met die van de eerste Nationale Studie*

4.4.1 *Overeenkomsten tussen de eerste en de tweede Nationale Studie*

4.4.2 *Verschillen tussen de eerste en de tweede Nationale Studie*



- 4.5 *De belasting van de huisartspraktijken vanwege deelname aan de tweede Nationale Studie*
- 4.5.1 *Algemeen*
- 4.5.2 *Verzameling van aanvullende gegevens*
  
- 4.6 *Kwaliteit van de gegevens*
- 4.6.1 *Compleetheid van de gegevens*
- 4.6.2 *Betrouwbaarheid van de gegevens*
- 4.6.3 *Validiteit van de gegevens*
  
- 4.7 *Van gegevens naar resultaten: kernbegrippen uit de onderzoeksthema's*
- 4.7.1 *Inleiding*
- 4.7.2 *Themagebied 1: Monitoring van gezondheid*
- 4.7.3 *Themagebied 2: Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits*
- 4.7.4 *Themagebied 3: Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg*
- 4.7.5 *Themagebied 4: Kwaliteit van de huisartsenzorg*
- 4.7.6 *Themagebied 5: Organisatie van de huisartsenzorg*

## **5 Organisatie | 61**

- 5.1 *Inleiding*
  
- 5.2 *Organisatie tijdens gegevensverzameling en gegevensverwerking*
- 5.2.1 *Gegevensverzameling*
  - 5.2.1.1 *Contactregistratie*
  - 5.2.1.2 *Patiëntregistratie en patiëntenquête*
  - 5.2.1.3 *Video-registratie en huisarts- / praktijkassistente-enquête*
  - 5.2.1.4 *Het centrale gegevensbestand*
  - 5.2.1.5 *Aansturing van de gegevensverzameling*
- 5.2.2 *Gegevensstromen*
  - 5.2.2.1 *Inleiding*
  - 5.2.2.2 *Patiëntregistratie*
  - 5.2.2.3 *Patiëntenquête*
  - 5.2.2.4 *Contactregistratie*
  - 5.2.2.5 *Video-registratie*
  - 5.2.2.6 *Huisarts-/praktijkassistente-enquête*

- 5.2.3 *Gegevensverwerking*
- 5.2.4 *Leiding en coördinatie tijdens de gegevensverzameling en gegevensverwerking*
  
- 5.3 *Organisatie tijdens analyse- en rapportagefase*
  
- 5.4 *Organisatie van de samenwerking*
  - 5.4.1 *Inleiding*
  - 5.4.2 *Samenwerking met LINH*
  - 5.4.3 *Samenwerking met RIVM*
  - 5.4.4 *Samenwerking met WOK*
  - 5.4.5 *Samenwerking met andere partners*
  
- 5.5 *Privacy van patiënten, huisartsen en praktijkassistenten*

## **6 Planning | 73**

- 6.1 *Globale tijdsplanning en tijdsplanning per deelnemende huisartspraktijk*
  - 6.1.1 *Globale tijdsplanning*
  - 6.1.2 *Tijdsplanning per deelnemende huisartspraktijk*
  
- 6.2 *Vorbereiding van de gegevensverzameling*
  
- 6.3 *Gegevensverzameling*
  - 6.3.1 *Inleiding*
  - 6.3.2 *LINH-registratieprogramma's*
  - 6.3.3 *Registratieprogramma contactdiagnose*
  - 6.3.4 *Patiëntregistratie*
  - 6.3.5 *Patiëntenquête*
  - 6.3.6 *Registratieprogramma's voor andere onderdelen van de contactregistratie (m.u.v. de video-registratie)*
  - 6.3.7 *Video-registratie*
  - 6.3.8 *Huisarts-/praktijkassistenten-enquête*
  - 6.3.9 *Schonen van de gegevens*
  - 6.3.10 *Episode-constructie*

- 6.4 *Analyse en rapportage*
- 6.4.1 *Kernrapportages*
- 6.4.2 *Rapportages van additionele studies*
- 6.4.3 *Spiegelinformatie*

## **Bijlagen**

**I Afkortingen | 79**

**II Overzicht van kernstudies en additionele studies naar  
themapgebied | 81**



# 1 Samenvatting

## **De tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: negen vragen en antwoorden**

Dit hoofdstuk is een samenvatting van het projectplan van de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. De gekozen vorm is die van negen frequently asked questions over de tweede Nationale Studie.

### **1 Waarom een herhaling van de Nationale Studie?**

Met de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk van 1987-1988 kwam voor het eerst op nationaal representatieve schaal informatie over de huisartspraktijk beschikbaar. De herhaling van deze studie, nu ruim tien jaar later, zal opnieuw voorzien in een behoefte aan actuele, onafhankelijke en beleidsrelevante informatie over de huisartsenzorg in Nederland. De tweede Nationale Studie levert een noodzakelijke update van de gegevens die tien jaar geleden werden verzameld, opent de mogelijkheid om verschillen in de huisartsenzorg ten opzichte van het eind van de jaren tachtig te traceren en besteedt aandacht aan een aantal nieuwe thema's die - vaak door gewijzigd beleid - nu actueel zijn.

De Nationale Studie zal opnieuw breed zijn omdat het hoofdpunt van de opzet is de integratie van informatie over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, het gebruik van zorg en het handelen van huisartsen. De gegevensverzameling over zorggebruik zal verder reiken dan de huisartspraktijk en omvat ook zelfzorg en mantelzorg, zorggebruik door andere eerstelijns hulpverleners en zorggebruik in de tweede lijn.

De opbouw van de gegevens in de tweede Nationale Studie maakt het mogelijk dat koppeling van informatie tot stand komt met de tweede lijn, waardoor ook transmurale relaties, zowel binnen de somatische zorg als binnen de geestelijke gezondheidszorg, kunnen worden bestudeerd.

De tweede Nationale Studie voorziet daarmee in de behoefte aan basisinformatie

voor de beantwoording van beleids- en onderzoeksvragen over het functioneren van de gezondheidszorg.

## **2 Wat is de beleidsrelevantie van de tweede Nationale Studie?**

De tweede Nationale Studie sluit aan bij de belangrijke thema's op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg, zoals verwoord in het regeerakkoord van 1998 en die geconcretiseerd zijn in de meerjarenafspraken met de huisartsensector.

De tweede Nationale Studie behandelt de belangrijkste beleidsproblemen in de gezondheidszorg: de afstemming van de zorg, de toegang tot de zorg en de kosten van de zorg in relatie tot de kwaliteit ervan. Speerpunten daarbij zijn transmurale zorg, toegankelijkheid voor verschillende maatschappelijke groepen en kosten en kwaliteit van met name de farmaceutische zorg.

Toegesplitst op de huisartsenzorg sluit de tweede Nationale Studie aan bij de meerjarenafspraken met de huisartsensector en besteedt de studie aandacht aan

- samenwerking en afstemming van zorg binnen de eerstelijns en met de tweedelijns gezondheidszorg (effecten van zorg in de eerste lijn op kosten in de tweede lijn, transmurale afspraken, poortwachtersfunctie t.a.v. de geestelijke gezondheidszorg)
- taakdelegatie en praktijkondersteuning
- automatisering en informatiesystemen (elektronisch medisch dossier, gebruik en effecten van een elektronisch voorschrijfsysteem).

Wat betreft de monitoring van gezondheid en de gezondheidszorg in Nederland, zal de tweede Nationale Studie een belangrijke bron vormen voor de beleidsinformatie in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)- en de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ)-rapportages. De tweede Nationale Studie levert informatie over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, het zorggebruik, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, zowel vanuit hulpverleners- als patiëntenperspectief.

De tweede Nationale Studie zal beleidsrelevante informatie leveren over de positie van de huisarts en de huisartsenzorg in Nederland, maar door de sleutelpositie van de huisarts binnen het zorgsysteem ook over vele andere sectoren van de gezondheidszorg.

## **3 Welke concrete thema's behandelt de tweede Nationale Studie?**

In het projectplan worden vijf themagebieden onderscheiden, die op basis van consultaties gekozen zijn in nauw overleg met belanghebbenden (Ministerie van VWS,

Ziekenfondsraad, Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, universitaire vakgroepen Huisartsgeneeskunde, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, NIVEL). Deze vijf themagebieden vormen de kern van de tweede Nationale Studie:

### **Themagebied 1**

#### *Monitoring van gezondheid*

De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, zowel somatische als psychische morbiditeit wordt in kaart gebracht aan de hand van overzichten van door personen gerapporteerde gezondheidsproblemen in een gezondheidsenquête en aan de huisarts gepresenteerde ziekten en aandoeningen. De onderlinge samenhang tussen beide morbiditeitsprofielen zal worden onderzocht. Er zal binnen dit thema speciale aandacht zijn voor psychische problemen en stoornissen en voor comorbiditeit.

### **Themagebied 2**

#### *Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits*

Onder dit thema worden zelfzorg en mantelzorg, het gebruik van huisartsenzorg en het handelen van huisartsen (diagnostiek, verrichtingen, verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweede lijn) bestudeerd. Naast de huisartsenzorg wordt ook het zorggebruik na verwijzing en het transmuraal gebruik van zorg beschreven en wordt de samenwerking en afstemming in de zorg met de andere zorgcircuits op het niveau van patiënten in kaart gebracht. Speciale aandacht krijgt de rol van huisarts bij het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.

### **Themagebied 3**

#### *Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg*

De reeds bestaande kennis over sociaal-economische gezondheidsverschillen en verschillen in zorggebruik zal in de tweede Nationale Studie verdiept worden. Naast de gebruikelijke sociaal-demografische indelingen (beroep en opleiding, gezinsamenstelling en burgerlijke staat) wordt aan de volgende doelgroepen binnen dit thema specifiek aandacht besteed: sociale achterstandsgroepen en migranten, en aan ouderen en vrouwen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de verdeling van gezondheid en de toegankelijkheid van de preventieve en curatieve zorg.

## **Themagebied 4**

### *Kwaliteit van de huisartsenzorg*

De kwaliteit van de door huisartsen geleverde zorg zal worden bestudeerd aan de hand van

- vergelijking van het medisch-technisch handelen van huisartsen met NHG-standaarden
- de kwaliteit van de huisarts-patiënt-communicatie
- oordelen van patiënten over de kwaliteit van de huisartsenzorg.

## **Themagebied 5**

### *Organisatie van de huisartsenzorg*

Onder dit thema vallen de werkbelasting van huisartsen en de organisatievormen waarin huisartsen werken, zowel binnen de huisartspraktijk als op het niveau van huisartsengroepen. Taakdelegatie en taakdifferentiatie, praktijkondersteuning van huisartsen door praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen en de structuur en inhoud van de samenwerkingsrelaties vormen daarin specifieke aandachtspunten. Daarbij gaat het zowel om samenwerking met collega-huisartsen als met hulpverleners binnen de eerste lijn en samenwerking met de tweede lijn.

## **4 Wie zijn bij de uitvoering van de tweede Nationale Studie betrokken?**

Het primaat van de tweede Nationale Studie ligt bij het NIVEL en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Het RIVM is mede-initiatiefnemer vanwege het belang dat aan de tweede Nationale Studie gehecht wordt voor de VTV-rapportage. De projectleiding van de studie wordt gevormd door twee senior-onderzoekers (NIVEL, RIVM). Verder heeft de LINH-projectleider zitting in het projectteam. Binnen de tweede Nationale Studie wordt in additionele studies samengewerkt met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit en onderzoekers uit verschillende universitaire vakgroepen (o.a. huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, farmaco-epidemiologie). Daarnaast wordt samengewerkt met het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en met NHG en LHV op basis van door hen ingebrachte beleidsthema's die binnen de studie zullen worden behandeld.



## **5 Wat is kenmerkend voor de opzet van de tweede Nationale Studie?**

De tweede Nationale Studie zal worden uitgevoerd in 100 huisartspraktijken (160 fte huisartsen) met een totale praktijkpopulatie van ca. 400.000 ingeschreven personen. De praktijken maken deel uit van het - sinds januari 1996 operationele - Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). De gegevensverzameling ten behoeve van de tweede Nationale Studie zal bestaan uit:

- een registratie van achtergrondkenmerken ('census') van bij alle deelnemende huisartsen ingeschreven personen
- een enquête bij een aselechte steekproef van alle in de deelnemende huisartspraktijk ingeschreven personen (N=16.000)
- een contactregistratie door huisartsen en praktijkassistenten (totaal anderhalf tot twee miljoen contacten met patiënten), inclusief een registratie van ca. 20 spreekuurcontacten op video
- een enquête onder huisartsen en praktijkassistenten.

Van belang is dat, door het gebruik van identieke identificatie, de gegevens van de verschillende registraties onderling koppelbaar zijn.

## **6 Hoe representatief is de tweede Nationale Studie voor Nederland?**

De samenwerking met LINH biedt de unieke mogelijkheid om voor het verzamelen van de gegevens aan te sluiten bij een reeds bestaande organisatie. De aan LINH deelnemende huisartsen hebben allen een geautomatiseerde praktijkvoering en komen wat dat betreft overeen met de ruim 50% van de Nederlandse huisartsen die de medische module van het HuisartsInformatie-Systeem (HIS) in hun praktijk gebruiken. De automatiseringsgraad van huisartsen neemt naar verwachting in de komende jaren verder toe. In vergelijkend onderzoek bleken LINH-huisartsen qua voorschrijf- en verwijsgedrag nauwelijks af te wijken van hun niet-LINH-collega's in dezelfde regio. Meer in het algemeen werd eveneens geen relatie gevonden tussen de mate van automatisering van huisartsen en het huisartsgeneeskundig handelen. De LINH-huisartsen vormen een goede afspiegeling van de huisartspopulatie in Nederland wat betreft leeftijd, geslacht en vestigingsduur. Aanvullende werving van LINH-praktijken voor de tweede Nationale Studie zal ook de vergelijkbaarheid wat betreft regionale spreiding, praktijkvorm en de kwalificatie 'achterstandspraktijk' optimaliseren.

De in de LINH-praktijken ingeschreven patiënten vormen een zeer getrouwe afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en aard van de ziektekostenverzekering (ziekenfonds / particulier).

## **7 Hoe vergelijkbaar is de informatie uit de tweede Nationale Studie met die van de eerste Nationale Studie?**

Op veel belangrijke punten komt de tweede Nationale Studie overeen met de eerste. De gehanteerde methoden en meetinstrumenten bij het verzamelen van gegevens over achtergrondkenmerken van patiënten, bij het enquêteren van patiënten en van huisartsen en praktijkassistenten garandeert de vergelijkbaarheid met de eerste Nationale Studie. Op onderdelen van de contactregistratie verschilt de tweede Nationale Studie met de eerste. Door registratie van morbiditeit gedurende een heel jaar (in plaats van 3 maanden in de eerste Nationale Studie) zullen gegevens over prevalenties van ziekten beter bruikbaar zijn dan die van de eerste Nationale Studie. Voor enkele onderdelen zal de registratieduur korter zijn dan tijdens de eerste Nationale Studie, maar er zullen door extrapolatie van de gegevens valide vergelijkingen mogelijk blijven.

## **8 Wat wordt van de deelnemende huisartspraktijken gevraagd?**

Deelname aan de tweede Nationale Studie betekent voor de LINH-praktijken een uitbreiding van de registratie-activiteiten met een aantal extra 'modules' voor het registreren van gegevens. Daarnaast worden gegevens verzameld in de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen en bij de huisartsen en praktijkassistenten zelf. De extra tijdsinvestering, naast de inspanningen ten behoeve van LINH, door deelname aan de tweede Nationale Studie bedraagt gemiddeld 1-1,5 uur per week gedurende een jaar.

## **9 Wat kost de tweede Nationale Studie en wat levert deze op?**

Uitvoering van de tweede Nationale Studie kost ongeveer 18 miljoen gulden. Dit bedrag is nodig voor de voorbereiding en uitvoering van de gegevensverzameling, de opbouw van gegevensbestanden, de vergoeding aan de deelnemende huisartsen voor hun tijd en inzet en voor de uitvoering van vijf kernstudies. De kernstudies zullen resulteren in vijf kernrapporten die qua inhoud overeenkomen met de vijf onderscheiden themagebieden:

- monitoring van gezondheid
- gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits
- verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg
- kwaliteit van de huisartsenzorg
- organisatie van de huisartsenzorg.

De verzamelde gegevens zullen ook gebruikt worden voor een groot aantal additionele studies waarin door het NIVEL samengewerkt wordt met derden. De gegevens

voor deze additionele studies worden binnen de tweede Nationale Studie verzameld, maar de analyse en rapportage wordt uit andere bronnen gefinancierd. Door de brede opzet van de tweede Nationale Studie zullen - net als het geval is geweest bij de eerste Nationale Studie - de gegevens later ook gebruikt kunnen worden voor de beantwoording van tal van beleidsrelevante vragen die nu nog niet als zodanig zijn te voorzien of te benoemen.



## **2 Achtergronden**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de achtergronden van en de aanleidingen tot de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) belicht. Aandacht wordt besteed aan het hoofddoel van de NS2: het voorzien in beleidsrelevante informatie ter ondersteuning van het te voeren volksgezondheids- en gezondheidszorgbeleid in de komende 8-10 jaar. Centraal in de tweede Nationale Studie staat de huisartsgeneeskundige zorg, maar door de centrale rol van de huisarts, de 'poortwachter' van het zorgsysteem, zal de NS2 ook veel aandacht besteden aan zorgcircuits in termen van samenwerking en afstemming binnen het zorgcontinuüm, verwijzingen naar andere voorzieningen en de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg als geheel.

In paragraaf 2.2 staat de relatie met beleid centraal. In paragraaf 2.3 wordt de impact van de eerste Nationale Studie kort beschreven. In paragraaf 2.4 worden enkele nieuwe elementen in vergelijking met de eerste Nationale Studie geïntroduceerd. Tot slot geeft paragraaf 2.5 een korte schets van de NS2.

### **2.2 Relevante beleidsontwikkelingen voor de tweede Nationale Studie**

Met de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS1), waarvan de gegevensverzameling is uitgevoerd in 1987-1988, kwam voor het eerst op nationaal representatieve schaal informatie over de huisartspraktijk beschikbaar. De eerste Nationale Studie heeft op grote schaal bewezen een belangrijke bron van informatie te zijn voor de beantwoording van beleids- en onderzoeksvragen over het functioneren van de gezondheidszorg.

Nu, ruim 10 jaar later, wordt een tweede Nationale Studie uitgevoerd om te voorzien in de behoefte aan actuele, beleidsrelevante informatie over de positie en het brede werkkterrein van de huisarts in Nederland. De tweede Nationale Studie zal opnieuw voorzien in de behoefte aan basisinformatie waarmee het veld, beleid en

wetenschap relevante vragen over het functioneren van de gezondheidszorg kunnen beantwoorden.

Om de beleidsrelevantie van deze tweede Nationale Studie zo groot mogelijk te maken is in het eerste halfjaar van 1998 een consultatieronde gehouden. Naast interne rondes binnen NIVEL en RIVM werden de UHI's, WOK, NHG, LHV, VWS, IGZ en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ - destijds Ziekenfondsraad) geconsulteerd.

Doel van de consultatieronde was om de vraagstellingen van de tweede Nationale Studie zoveel mogelijk te laten aansluiten bij actuele beleids- en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en ook te anticiperen op de te verwachten ontwikkelingen in de komende 8-10 jaar. Mede op basis van de gehouden consultatiegesprekken worden hieronder een aantal ontwikkelingen geschetst die voor de tweede Nationale Studie relevant geacht worden en waaraan in de tweede Nationale Studie aandacht besteed zal worden.

### 2.2.1 *Het beleid t.a.v. de gezondheidszorg*

Op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg hebben beleidsmakers kortweg te maken met drie typen problemen:

- afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod en afstemming van zorg binnen het zorgsysteem
- toegang tot de zorg (fysiek, sociaal en financieel)
- kosten van de zorg in relatie tot kwaliteit van de zorg.

De opzet van de NS2 en de keuze van de themagebieden (zie hoofdstuk 3) voorziet in de behandeling van (combinaties van) deze drie typen beleidsproblemen.

Conform de aandachtspunten in het regeerakkoord van 1998 wordt in de NS2 specifiek aandacht besteed aan:

- afstemming en samenwerking in de zorgverlening tussen hulpverleners binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn (o.a. transmurale zorg, informatievoorziening)
- toegankelijkheid van de zorg voor verschillende maatschappelijke doelgroepen
- de kosten en kwaliteit van de zorg en in het bijzonder de farmaceutische zorg.

De tweede Nationale Studie levert informatie op over

- afstemming in de zorgverlening tussen zorgverleners en zorgcircuits
- toegankelijkheid van de zorg
- kosten van de zorg in relatie tot kwaliteit van de zorg.

## 2.2.2 *Het beleid t.a.v. de huisartsenzorg*

De beleidsvoornemens om de bovengenoemde problemen aan te pakken zijn in meerjarenafspraken met de deelsectoren geconcretiseerd. De meerjarenafspraken met de huisartsensector bestrijken de volgende terreinen:

- versterking van de aanspreekbaarheid van de huisartsenzorg, door het bevorderen van regionaal georganiseerde samenwerkingsverbanden van huisartsen, zich uitend in een verbeterde afstemming binnen de eerstelijnszorg en met de tweedelijnszorg
- versterking van de huisartsenzorg door uitbreiding van de praktijkondersteuning
- verbetering van automatisering en informatisering in het licht van de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgaanbieders
- verbetering van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorg op het gebied van de farmaceutische zorg en implementatie van een elektronisch voorschrijfsysteem.

De themagebieden van de NS2 sluiten nauw aan bij deze speerpunten in het beleid t.a.v. de huisartsenzorg. Voor een aantal terreinen zal de informatie, voortkomend uit de NS2, door vergelijking met de eerste Nationale Studie, licht kunnen werpen op de grotere trends in de huisartsenzorg, zoals de introductie van het standaardbeleid door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Daarnaast kan de informatie dienen als onderbouwing van de noodzaak om de beleidsvoornemens te implementeren; de NS2 kan dan dienen als ijkpunt teneinde later de effecten te kunnen bestuderen. Referentie-informatie uit de NS2 kan ook aangewend worden om modelmatige voorspellingen te doen over de effecten van beleidsvoornemens. Van veranderingen die al op korte termijn zullen worden doorgevoerd in de huisartsenzorg (b.v. de implementatie van praktijkondersteuning) zal de NS2 mogelijke effecten in kaart kunnen brengen. De NS2 is echter niet primair opgezet als een effectevaluatie, maar als een dwarsdoorsnede van het handelen van huisartsen.

Beleidsevaluatie is mogelijk indien sommige huisartsen zich door beleidswijzigingen op hetzelfde tijdstip in een andere situatie bevinden dan andere huisartsen.

Behalve de relevantie van de NS2 in het licht van de beleidsvoornemens ten aanzien van de huisartsenzorg is de NS2 een belangrijke bron van referentiegegevens over de kwaliteit van de huisartsenzorg in de volle breedte. De kwaliteit van de praktijkvoering, de kwaliteit van de verleende zorg, oordelen van patiënten/consumenten over de zorg en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor verschillende maatschappelijke groepen zijn belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van 'het product' huisartsenzorg.

De tweede Nationale Studie levert beleidsrelevante informatie op over:

- de structuur en inhoud van de samenwerking van huisartsen met collega-huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerstelijns - en de tweedelijns gezondheidszorg
- de huidige stand van zaken op het gebied van taakdelegatie en de behoefte aan extra praktijkondersteuning
- gebruik van automatisering en informatiesystemen (elektronisch dossier, geneesmiddelenformulieren)
- de rol van de huisarts in de farmaceutische zorg
- de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg vanuit huisartsen- en patiënten-perspectief.

### 2.2.3 Informatie t.b.v het gezondheids(zorg)beleid

De gegevens betreffende de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in het VTV-rapport van 1997 zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op morbiditeitsgegevens uit huisartsregistraties, waaronder de eerste Nationale Studie. Voor de toekomst wordt in het VTV-rapport 1997 gepleit voor een samenhangend informatiesysteem dat gegevens over morbiditeit in de bevolking, zorggebruik op patiëntniveau, determinanten (waaronder risicofactoren) en sociaal-demografische kenmerken omvat. Deze informatie dient landelijk representatief, consistent en valide te zijn. Door de beschikbaarheid van uitgebreide informatie over patiëntkenmerken (o.a. diverse indicatoren van sociaal-economische positie) zal de tweede Nationale Studie in belangrijke mate hierin kunnen voorzien. De voorbereiding voor de NS2 is om die reden een gezamenlijk initiatief van het NIVEL en het RIVM.

Door de beschikbaarheid van morbiditeitspecifieke gegevens over zorggebruik op patiëntniveau zal de tweede Nationale Studie ook inzicht kunnen geven in de mate van 'gepast gebruik' van zorgvoorzieningen, zowel binnen als buiten de eerstelijns gezondheidszorg en zowel wat betreft diagnostische als therapeutische voorzieningen. Een belangrijk doel binnen de NS2 is het in kaart brengen van longitudinale, transmurale 'zorgprofielen' voor een twintigtal frequent voorkomende ziekten, waardoor vanuit verschillende perspectieven relevante vragen kunnen worden beantwoord, bijvoorbeeld:

- hangen beleidsmaatregelen - bijvoorbeeld m.b.t. regionale samenwerking tussen huisartsen en specialisten - samen met het zorggebruik na verwijzing?
- hoe is de afstemming tussen voorzieningen en wat is de bijdrage van de huisarts hierin - bijvoorbeeld in het licht van de landelijke afspraken m.b.t. transmurale zorg?



- hoe is de samenhang tussen zorg in de eerste lijn, bijvoorbeeld voor patiënten met een chronische ziekte, en het zorggebruik en de kosten daarvan in de tweede lijn?
- hoe verloopt de ziekte- en zorglast van patiënten in de tijd?

De tweede Nationale Studie levert landelijk representatieve en valide informatie over de

- gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking (zowel zelf gerapporteerde als aan de huisarts aangeboden gezondheidsproblemen)
- verschillen in de gezondheidstoestand tussen bevolkingsgroepen, o.a. naar sociaal-economische status
- aan de huisarts aangeboden morbiditeit en de op grond daarvan door de huisarts ondernomen acties
- morbiditeitspecifiek gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, ook van transmurale zorg en tweedelijns voorzieningen
- 'gepast gebruik' van zorgvoorzieningen
- de poortwachtersfunctie van de huisarts.

#### 2.2.4 *Ontwikkelingen binnen de beroepsgroep*

Het kwaliteitsbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft sinds de eerste Nationale Studie zich een onuitwisbare plaats verworven in de huisartsgeneeskundige wereld. De eerste Nationale Studie leverde inzicht in het handelen van huisartsen vóór de publicatie van de eerste NHG-standaard. Samen met de WOK en het NHG werd door het NIVEL hierover gerapporteerd. Inmiddels zijn over 70 gezondheidsproblemen standaarden verschenen. De tweede Nationale Studie levert inzicht in het effect hiervan op de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg door vergelijking met de eerste Nationale Studie.

Veel van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in het algemeen raken direct of indirect de positie en de taken van de huisarts. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan gevolgen van de uitvoering van nieuwe taken voor de werkbelasting van de huisarts, taakopvattingen, de organisatie van de huisartspraktijk, samenwerking met paramedische disciplines en medisch specialisten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook ontwikkelingen binnen de beroepsgroep zelf (b.v. toenemend aantal vrouwelijke huisartsen, full-time / part-time werken, taakdelegatie en -differentiatie, de introductie van praktijkondersteuning, herziening van de dienstenstructuur) hebben gevolgen voor het werk van de huisarts.

Wat betreft de positie van de huisarts in de gezondheidszorg zal de tweede

Nationale Studie bijvoorbeeld ook aandacht besteden aan de door huisartsen uitgevoerde programmatische en collectieve preventie-activiteiten. Bij de implementatie van programmatische preventie t.a.v. de screening op baarmoederhalskanker en de influenzavaccinatie heeft de huisarts een belangrijke rol gekregen. De tweede Nationale Studie biedt inzicht in de impact en de effecten van deze programma's.

De tweede Nationale Studie levert nationaal representatieve informatie over

- de kwaliteit van de door huisartsen verleende zorg in vergelijking met de NHG-standaarden
- de impact en effecten van collectieve en programmatische preventie
- de werkbelasting van huisartsen
- de praktijkvoering van huisartsen, incl. taakdelegatie, specialisatie en differentiatie.

#### 2.2.5 *Ontwikkelingen in de rol van patiënten/consumenten*

In vergelijking met de periode 1987-1988 hebben de patiënten- en consumentenorganisaties als partij in de gezondheidszorg een vaste plaats ingenomen. Hun rol bij het vaststellen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg is inmiddels algemeen geaccepteerd. Patiënten- en consumentenorganisaties worden veelal betrokken bij beleidszaken als vertegenwoordigers van de gebruikers van de gezondheidszorg. Recent inzicht in determinanten die het gebruik van zorg bepalen en oordelen over de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de geleverde zorg op nationaal niveau ontbreekt echter vooralsnog. In de afgelopen jaren zijn gevalideerde meetinstrumenten ontwikkeld om vanuit patiëntenperspectief oordelen over de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg te meten.

Naast professioneel gedefinieerde en vanuit patiëntenperspectief gedefinieerde kwaliteit wordt ook apart aandacht besteed aan de kwaliteit van de interactie tussen huisarts en patiënt.

De tweede Nationale Studie levert nationaal representatieve informatie over

- determinanten van gebruik van huisartsenzorg
- oordelen van patiënten over de toegankelijkheid van de huisarts
- oordelen van patiënten over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg
- de kwaliteit van de huisarts-patiënt communicatie.

### **2.3 Voortbouwen op de eerste Nationale Studie (NS1)**

In de periode 1987-1988 heeft de gegevensverzameling plaatsgevonden van de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (NS1). De doelstelling van deze studie was als volgt omschreven: 'het op nationale schaal verkrijgen van inzicht in de presentatie van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, in de door huisartsen naar aanleiding van deze gepresenteerde problematiek ondernomen acties, en in factoren die de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk alsook de sterk variërende reacties van huisartsen op de hen aangeboden problematiek beïnvloeden. De verkregen informatie moet kunnen dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin'.

De NS1 heeft een stroom aan informatie opgeleverd, vastgelegd in tientallen rapporten en artikelen en in bijna twintig dissertaties. Een belangrijk deel van deze publicaties is tot stand gekomen in samenwerking met de WOK en de universitaire vakgroepen Huisartsgeneeskunde. Daarnaast zijn frequent gegevens en informatie ter beschikking gesteld aan derden.

De brede opzet van de NS1, de gedetailleerde informatie over vrijwel alle aspecten van de huisartspraktijk bleek een gouden greep: voor vele vragen, die oorspronkelijk niet voorzien konden worden, kon op het materiaal van de NS1 worden teruggevallen, bijvoorbeeld voor actuele beleidsthema's als wijzigingen in de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO), de poortwachtersfunctie van de huisarts (commissie Biesheuvel), maar ook voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-1993 en -1997). Door het nationaal representatieve karakter van de NS1 was deze ook een bron voor landelijke referentiegegevens. Hiervan is wijd en zijd gebruik gemaakt. De samenwerking met derden (universitaire vakgroepen, beleidsinstanties, financiers, patiëntenorganisaties) heeft de bruikbaarheid en relevantie van de NS1 zeker vergroot. Tot heden wordt de NS1 nog steeds gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en voor het beantwoorden van beleidsrelevante vragen.

In de tweede Nationale Studie zullen alle genoemde elementen opnieuw een plaats

krijgen: de brede opzet moet opnieuw de bruikbaarheid van de gegevens voor de komende 8-10 jaar garanderen.

- Sterke punten van een Nationale Studie zijn:
- het nationaal representatieve karakter
  - gegevensverzameling tegelijkertijd op meerdere niveau's (algemene bevolking, huisartspraktijk en huisarts-patiëntcontact) en onderlinge koppelbaarheid
  - zodanige steekproefgrootte dat ook voor detailstudies voldoende gegevens voorhanden zijn
  - mogelijkheid tot morbiditeitspecifieke analyses
  - brede opzet, waardoor ook later beleidsrelevante vragen kunnen worden beantwoord
  - bruikbaarheid als referentie-informatie
  - samenwerking met en beschikbaarstelling van gegevens aan derden.

#### **2.4 Twee nieuwe elementen in de tweede Nationale Studie: de beleidsinformatiecyclus en de samenwerking met LINH**

De tweede Nationale Studie zal, meer dan de eerste Nationale Studie, in samenhang met reeds bestaande informatievoorzieningen worden uitgevoerd. Concreet zal de NS2 in dienst staan van de beleidsinformatiecyclus van VTV (RIVM) en SGZ (IGZ) en zal samengewerkt worden met het reeds bestaande Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

##### *2.4.1 Samenhang met beleidsinformatiecyclus (VTV en SGZ)*

Naast het jaarlijkse overzicht m.b.t. de gezondheidszorg van het ministerie van VWS wordt in een vierjaars-cyclus de balans opgemaakt in de vorm van 'staten': Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) en de Staat van de Gezondheidsbescherming (SGB). In het kader van de NS2 zijn met name het VTV- en SGZ-document van belang.

De tweede Nationale Studie vindt plaats in nauwe samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM heeft in zijn VTV-documenten van 1993 en 1997 al uitvoerig geput uit gegevens van de eerste Nationale Studie. Tegelijkertijd wordt in VTV-1997 gepleit voor een 'samenhangend informatie-systeem met landelijk dekkende gegevens, consistent en valide, over morbiditeit in de bevolking, zorggebruik op patiëntniveau en sociaal-demografische kenmerken'.

De tweede Nationale Studie zal in belangrijke mate in deze informatiebehoefte voorzien. Het SGZ-document-1997 was in hoofdzaak gewijd aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De NS2 zal over deze twee thema's wat betreft de huisartsenzorg uitvoerig rapporteren.

De inbedding van de Nationale Studie in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH - zie ook 2.4.2) biedt ook voor de lange termijn mogelijkheden om continu informatie over morbiditeit en zorggebruik te verzamelen. Aansluitend aan het tempo van de beleidsinformatiecyclus, kan de continue gegevensverzameling periodiek uitgebreid worden in de vorm van een Nationale Studie.

De tweede Nationale Studie is een belangrijke informatiebron voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en de Staat van de Gezondheidszorg.

#### 2.4.2 Samenwerking met LINH

De tweede Nationale Studie zal in nauwe samenwerking met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) worden uitgevoerd. LINH is een samenwerkingsverband van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) en het NIVEL. In LINH worden op continue basis gegevens verzameld over het handelen van huisartsen in relatie tot de daarbij gestelde indicatie. Concreet gaat het om verrichtingen als contacten, aanvragen voor laboratoriumonderzoek, geneesmiddelenvoorschriften, verwijzingen en om het handelen rond specifieke NHG-standaarden als griepvaccinatie en cervixscreening.

In LINH participeren alleen huisartspraktijken die geautomatiseerd gegevens registreren. De registratie in LINH sluit nauw aan bij de bestaande praktijkvoering van de huisarts doordat wordt uitgegaan van de bestaande Huisarts Informatie Systemen (HIS). Met behulp van speciale programmatuur wordt gezorgd dat op een systematische wijze wordt geregistreerd en dat op gezette tijden gegevens worden geëxtraheerd. In LINH bestaat daardoor grote ervaring met het opzetten, implementeren, extraheren en interpreteren van gegevens, verkregen door geautomatiseerde registratie door huisartsen.

Het LINH zal ten tijde van de tweede Nationale Studie 100 geautomatiseerde huisartspraktijken omvatten met 160 fte huisartsen en een totale praktijkpopulatie van plm. 400.000 personen.

De tweede Nationale Studie wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking met het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

## **2.5 Kenmerken van de tweede Nationale Studie**

### *2.5.1 Doelstelling*

Uit het voorgaande moge blijken dat de tweede Nationale Studie tegemoet kan komen aan de behoefte aan informatie uit verschillende geledingen. De doelstelling van de tweede Nationale Studie is in grote lijnen gelijk aan die van de eerste Nationale Studie:

Doelstelling van de tweede Nationale Studie:  
het op nationale schaal verkrijgen van inzicht in de

- presentatie van problemen in de huisartspraktijk
- door huisartsen verleende zorg en de kwaliteit van de huisartsenzorg
- factoren die de presentatie van gezondheidsproblemen en het gebruik van zorg beïnvloeden
- factoren die de aard en de kwaliteit van de huisartsenzorg beïnvloeden
- veranderingen in bovengenoemde aspecten ten opzichte van 1987/1988.

De verkregen informatie dient ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin.

### *2.5.2 Opzet*

Voor de tweede Nationale studie worden de volgende uitgangspunten gehanteerd. De sterke punten uit de eerste Nationale Studie zullen gehandhaafd blijven (nationaal representatief karakter, bruikbaarheid als bron van referentiegegevens, brede opzet, gegevensverzameling tegelijkertijd op meerdere niveaus en onderlinge koppelbaarheid, zodanige steekproefgrootte dat ook voor detailstudies voldoende gegevens voorhanden zijn).

De opzet van de tweede Nationale Studie kan het beste worden toegelicht aan de hand van de belangrijkste gegevensverzamelingsmodules die worden gebruikt:

- patiëntregistratie: verzameling van socio-demografische gegevens bij alle in de deelnemende huisartspraktijken ingeschreven personen
- patiëntenquête: verzamelen van gegevens m.b.t. ervaren gezondheid, zorggebruik en determinanten daarvan bij een steekproef van de praktijkpopulatie
- contactregistratie: registratie van gegevens m.b.t. ziekten en verrichtingen tijdens contacten van huisartsen en praktijkassistenten met patiënten door registratie in het Huisarts Informatie Systeem en door video-registratie
- huisarts-/praktijkassistente-enquête: verzamelen van gegevens m.b.t. kenmerken van huisartsen en praktijkassistenten, praktijkorganisatie, taakdelegatie en praktijkvoering.

Daarnaast worden in het kader van additionele studies meer gedetailleerde gegevens over patiënten met bepaalde aandoeningen verzameld of worden bepaalde groepen patiënten in de tijd gevolgd.

Deze additionele gegevensverzameling wordt gespreid over de deelnemende praktijken teneinde de belasting van de deelnemende huisartsen te beperken.

In het kader van de tweede Nationale Studie worden op verschillende wijzen gegevens verzameld:

- patiëntregistratie: socio-demografische gegevens van de totale praktijkpopulatie
- patiëntenquête: gegevens m.b.t. ervaren gezondheid, zorggebruik en determinanten daarvan bij een steekproef van de praktijkpopulatie
- contactregistratie: gegevens m.b.t. ziekten en verrichtingen tijdens contacten met patiënten (d.m.v. geautomatiseerde registratie in het HIS en video-registratie)
- huisarts-/praktijkassistente-enquête: gegevens van huisartsen en praktijkassistenten, praktijkorganisatie en praktijkvoering
- additionele gegevens m.b.t. specifieke groepen patiënten.

## 2.6 De voorbereiding van de tweede Nationale Studie

Eind 1997 is een team gestart met de voorbereiding van de tweede Nationale Studie. Deze voorbereiding viel in drie delen uiteen.

Ten eerste is een uitgebreide inventarisatie van actuele beleidsrelevante thema's uitgevoerd voor de ontwikkeling van vraagstellingen teneinde de relevantie van de tweede Nationale Studie zo groot mogelijk te laten zijn.

Ten tweede is een aantal pilot-studies uitgevoerd en is de gegevensverzameling in

werkgroepen voorbereid. Pilot-studies zijn o.a. uitgevoerd over de volgende thema's:

- de optimale registratieduur van diagnoses om tot betrouwbare prevalentieschattingen te komen
- het benodigde aantal deelnemende huisartsen voor het verkrijgen van betrouwbare morbiditeitsgegevens
- de landelijke representativiteit van de LINH-huisartsen
- de mogelijkheden om prevalentiegegevens te verkrijgen op basis van z.g. probleemlijsten in de Huisarts Informatie Systemen
- de respons op verschillende wijzen van verzameling van socio-demografische gegevens.

Voor de verschillende gegevensverzamelingsmodules zijn werkgroepen ingesteld om de selectie van meetinstrumenten en de organisatie van de gegevensverzameling voor te bereiden.

Ten derde is over de organisatie van en werkwijze tijdens de tweede Nationale Studie uitgebreid overlegd met de LINH-organisatie. De resultaten van deze verschillende voorbereidende activiteiten zijn verwerkt in dit projectplan.

Naast dit projectplan verschijnt een onderzoeksprotocol waarin de volgende aspecten worden beschreven:

- de methoden van gegevensverzameling
- een meer gedetailleerde beschrijving van de kernstudies
- een beschrijving van de te verzamelen gegevens en de daarvoor gebruikte meetinstrumenten.



## 3 Themagebieden en vraagstellingen

### 3.1 Inleiding en probleemstelling

In dit hoofdstuk wordt het inhoudelijk kader voor de tweede Nationale Studie (NS2) nader uitgewerkt in de richting van themagebieden en vraagstellingen die in de NS2 zullen worden beantwoord. Net als het geval was bij de eerste Nationale Studie is het hoofddoel van de tweede studie het verzamelen van beleidsgerichte informatie ten behoeve van de monitoring van de gezondheidstoestand van de bevolking en het systeem van gezondheidszorg, en het uitvoeren van beleidsonderbouwende en beleidsevaluerende analyses. Daarnaast biedt de tweede Nationale Studie ruime mogelijkheden om ook meer op vergroting van wetenschappelijke kennis gerichte vraagstellingen te beantwoorden.

Een alomvattende probleemstelling van de tweede Nationale Studie kan als volgt geformuleerd worden: Wat zijn de belangrijkste problemen in de gezondheidstoestand van (belangrijke groepen in) de Nederlandse bevolking en hoe dragen huisartsen door hun specifieke positie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem bij aan een doelmatige en kwalitatief optimale oplossing van die problemen? Een probleemstelling als deze is te breed om in een keer te beantwoorden maar geeft richting aan de opzet van het nationaal programma van beleidsgericht onderzoek dat de tweede Nationale Studie wil zijn.

In dit hoofdstuk wordt deze alomvattende probleemstelling in twee stappen nader gespecificeerd. Paragraaf 3.2 behandelt als eerste stap de themagebieden die het fundament van de studie vormen en geeft de relatie aan met actuele vraagstukken binnen het huidige volksgezondheids- en gezondheidszorgbeleid. In paragraaf 3.3 en volgende worden als tweede stap de meer concrete vraagstellingen per themagebied kort toegelicht.

De probleemstelling waarop tweede Nationale Studie is gebaseerd luidt:

*Wat zijn de belangrijkste problemen in de gezondheidstoestand van (belangrijke groepen in) de Nederlandse bevolking en hoe dragen huisartsen door hun specifieke positie in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem bij aan een kwalitatief optimale oplossing van die problemen?*

### **3.2 Themagebieden**

De belangrijkste aanleiding tot de NS2 is te willen voorzien in de behoefte aan actuele beleidsrelevante informatie over de positie en het werkkterrein van de huisarts in Nederland. Dergelijke informatie is zowel van belang voor de overheid als voor de partijen in het veld die de organisatie en uitvoering van de zorg vormgeven, vooral de beide beroepsorganisaties van huisartsen maar ook zorgverzekeraars. Door de speciale positie van de huisarts als poortwachter tot meer gespecialiseerde voorzieningen strekt de beleidsrelevantie van de te verzamelen informatie zich ook uit tot organisaties in de specialistische en intramurale zorg, in de somatisch-curatieve, de geestelijke gezondheidszorg en de preventieve zorg-sector.

De uitgebreide consultatieronde die vooraf ging aan de formulering van de themagebieden gaf belangrijke inzichten in wat betrokken partijen op het terrein van de volksgezondheid actueel en beleidsrelevant vinden. De gekozen themagebieden vormen hiervan een weerslag en zijn nauw verbonden met de drie typen beleidsproblemen die spelen op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg - zoals reeds onderscheiden in paragraaf 2.2: problemen met afstemming van zorg, toegankelijkheid van zorg en de balans tussen kosten en kwaliteit van zorg.

In de NS2 worden vijf themagebieden onderscheiden:

1. Monitoring van gezondheid
2. Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits
3. Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg
4. Kwaliteit van de huisartsenzorg
5. Organisatie van de huisartsenzorg.

Themagebied 1 sluit niet rechtstreeks aan op de drie genoemde beleidsproblemen, maar is om verschillende redenen belangrijk. In de eerste plaats is de monitoring van gezondheid een voorwaarde voor de overheid om haar grondwettelijke taken met betrekking tot de volksgezondheid te kunnen uitvoeren. In de tweede plaats levert dit themagebied meer concreet een veelheid aan beschrijvende gegevens

voor het eerstvolgende VTV-document. Tenslotte vormt een goede beschrijving van de gezondheid van de Nederlandse bevolking de achtergrond waartegen de basisgegevens voor de overige vier themagebieden worden geanalyseerd. De themagebieden 2-5 zijn wel inhoudelijk met de in hoofdstuk 2 genoemde beleidsproblemen verbonden.

De tweede Nationale Studie zal voor ieder van deze themagebieden een kernrapport opleveren. De kernrapportages bevatten analyses op het betreffende themagebied en daarnaast een beschrijving van de referentiegegevens in de vorm van tabelaire overzichten.

De vijf kernrapporten zijn:

**Werktitel:**

*De gezondheidstoestand van de bevolking*

*Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk*

*Verschillen in gezondheid en zorggebruik*

*Kwaliteit van de huisartsenzorg*

*Organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen*

**Productie door:**

NIVEL, RIVM

LINH, NIVEL,  
RIVM

NIVEL, RIVM

WOK, NIVEL

NIVEL, WOK

De tweede Nationale Studie omvat vijf themagebieden waarover in de volgende vijf kernrapporten gerapporteerd zal worden:

- de gezondheidstoestand van de bevolking
- gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk
- verschillen in gezondheid en zorggebruik
- kwaliteit van de huisartsenzorg
- organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen.

Naast de kernstudies worden in de tweede Nationale Studie z.g. additionele studies onderscheiden. Dit betreft studies die veelal in samenwerking met andere dan de genoemde partners (NIVEL, LINH, RIVM en WOK) worden uitgevoerd. Deze additionele studies maken gebruik van de gegevens die in het kader van de tweede Nationale Studie worden verzameld en sluiten inhoudelijk steeds aan op een van de genoemde kernthema's. De analyse en rapportage van deze additionele studies wordt niet via de tweede Nationale Studie gefinancierd. Voor een volledig overzicht van kernstudies en additionele studies wordt verwezen naar bijlage II van dit projectplan.

### 3.3. Vraagstellingen

Binnen de vijf themagebieden zijn meer concrete vraagstellingen geformuleerd. Deze vraagstellingen zijn afgeleid uit de consultatieronde met partijen in beleid en veld, uit de interne gedachtenvorming van het NIVEL, LINH en het RIVM, de initiatiefnemers tot NS2, en uit de gesprekken met beoogde samenwerkingspartners. Deze vraagstellingen zullen hier kort de revue passeren, geordend per themagebied.

#### 3.3.1 Themagebied 1: Monitoring van gezondheid

Door de positie van de huisarts als laagdrempelige voorziening en poortwachter voor meer gespecialiseerde zorg vormt de huisartspraktijk een goede setting voor het verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, zowel over de ervaren gezondheid en zelfgerapporteerde klachten in de bevolking als over aan huisartsen gepresenteerde en door huisartsen gediagnosticeerde gezondheidsproblemen. Beleidsmatig sluit monitoring van de gezondheid aan bij de grondwettelijke taak van de rijksoverheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Dergelijke maatregelen veronderstellen dat er informatie bestaat over de actuele toestand van de gezondheid van de bevolking en zo mogelijk ook over ontwikkelingen ten opzichte van het verleden en verwachte trends naar de toekomst. De samenwerking met het RIVM zorgt ervoor dat deze informatie ook gebruikt wordt in het beleidsdocument dat geheel gericht is op dit terrein: de Volkgezondheids Toekomst Verkenning.

Monitoring van de gezondheid via de huisartspraktijk en via de bevolking zelf is evenwel niet alleen een beleidsbelang van de rijksoverheid, maar is ook relevant voor de partijen in het veld van de gezondheidszorg. Immers, ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking zijn ook van belang voor toekomstig zorgbeslag bij de huisarts en andere sectoren van de gezondheidszorg.

Binnen dit themagebied worden de volgende, algemene vraagstellingen behandeld:

1. Welke gezondheidsproblemen en beperkingen worden door de bevolking zelf gerapporteerd?
2. Welke ziekten en aandoeningen worden in de huisartspraktijk gepresenteerd?
3. Hoe verhouden zelfgerapporteerde en aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit zich tot elkaar?
4. Welke veranderingen zijn opgetreden in zelfgerapporteerde morbiditeit en gepresenteerde morbiditeit sinds 1987/1988?
5. In hoeverre worden psychische problemen aan de huisarts gepresenteerd en welke problemen presenteren personen met een psychiatrische stoornis?
6. Wat is de omvang van comorbiditeit?

Binnen het themagebied Monitoring van de gezondheid wordt geïnventariseerd

- welke somatische en psychische gezondheidsproblemen in de algemene bevolking bestaan
- welke gezondheidsproblemen aan de huisarts worden gepresenteerd
- hoe zelfgerapporteerde en gepresenteerde morbiditeit zich tot elkaar verhouden.

Deze informatie zal worden gebruikt voor het VTV-document en maakt het mogelijk morbiditeitspecifieke informatie over de andere themagebieden van de tweede Nationale Studie te leveren.

### 3.3.2 *Themagebied 2: Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits*

De positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg vloeit voort uit een van de doelstellingen van de gezondheidszorg, dat elk gezondheidsprobleem opgelost moet worden op het daarbij passende niveau van deskundigheid. Naast hun behandelende rol hebben huisartsen daarbij ook een rol in de filtering van de hulpvraag, enerzijds in de richting van zelfzorg en mantelzorg door advisering aan patiënten hoe zij zelf met hun gezondheidsproblemen kunnen omgaan, en anderzijds in de richting van meer gespecialiseerde zorg door verwijzing naar andere hulpverleners (de poortwachterfunctie). In de informatievoorziening ten behoeve van het gezondheidszorgbeleid is informatie over wat er na verwijzing door een huisarts met een patiënt gebeurt van groot belang. Het gaat hier om het onderzoeken van zorgketens en van de afstemming van de verschillende zorgcircuits bij de individuele zorgverlening. Op dit moment staat vooral de problematiek rond het voorschrijven van geneesmiddelen beleidsmatig in de belangstelling. Daaraan wordt binnen dit themagebied dan ook specifiek aandacht besteed.

Binnen dit themagebied staan de volgende vraagstellingen centraal:

1. Wat ondernemen patiënten naar aanleiding van ervaren gezondheidsproblemen en/of beperkingen (zelfzorg, mantelzorg, zelfmedicatie, inroepen van professionele hulp)?
2. Wat onderneemt de huisarts n.a.v. de gepresenteerde morbiditeit (gezondheidsvoorlichting, diagnostiek, verrichtingen, farmacotherapie, verwijzingen, preventie)?

3. In hoeverre is de zorgvraag van patiënten en het zorgaanbod van huisartsen voldoende op elkaar afgestemd en is dit veranderd t.o.v. 1987/1988?
  4. Wat is het zorggebruik van patiënten na verwijzing binnen de eerste lijn en na verwijzing naar de tweede lijn en wat is de invloed van het handelen van de huisarts daarop?
  5. Hoe is de afstemming tussen de verschillende schakels in de aldus ontstane zorgketens t.a.v. diagnostiek, behandeling en farmacotherapie?
- Omdat alle gegevens die in de tweede Nationale Studie worden verzameld onderling koppelbaar zijn kunnen bovengenoemde vraagstellingen op patiëntniveau en ziekte specifiek worden beantwoord.

Binnen het themagebied Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits staat centraal

- wat patiënten ondernemen naar aanleiding van gezondheidsproblemen
- welke diagnostische en therapeutische activiteiten de huisarts onderneemt bij de hem gepresenteerde problemen
- welke zorg na verwijzing wordt gebruikt
- in hoeverre de verschillende zorgcircuits op elkaar afgestemd zijn.

Informatie hierover wordt op het niveau van individuele patiënten en ziektespecifiek verzameld. Hierdoor worden unieke gegevens over onder meer de farmacotherapie verzameld.

### 3.3.3 Themagebied 3: Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg

Het gezondheidszorgbeleid is gericht op gelijke toegankelijkheid van zorgvoorzieningen op geleide van zorgbehoefte. De laagdrempelige toegang van de huisartsenzorg is erop gericht ongelijkheid in zorg in sociaal-culturele, economische en geografische zin zoveel mogelijk te voorkomen. Vooral t.a.v. specifieke doelgroepen bestaat er soms twijfel over de mate waarin gelijke zorg bij gelijke behoefte wordt gerealiseerd. Op het gebied van sociaal-economische verschillen in zorg en zorggebruik in het algemeen is reeds veel bekend. Het is van belang om na te gaan of en in hoeverre dergelijke verschillen in de loop van de tijd zijn veranderd. Naast de verschillen in algemene zin (o.a. naar opleiding, beroep, gezinssamenstelling en burgerlijke staat) richt de aandacht zich binnen dit themagebied op een aantal specifieke doelgroepen: migranten, sociale achterstandsgroepen, ouderen en vrouwen. Wat betreft migranten wordt binnen de kernstudie basisinformatie verzameld en

bestudeerd. Voor aangepaste interviews (in de eigen landstaal) met migranten en diepergaande analyses m.b.t. deze groepen is aanvullende subsidie verkregen (zie ook bij additionele studies in bijlage II). De volgende vraagstellingen zijn hierbij aan de orde:

1. In hoeverre zijn de huisartsenzorg en andere zorgvoorzieningen voor iedereen in gelijke mate bereikbaar c.q. toegankelijk en wat is hierbij de invloed van verzekeringsvorm?
2. Welke geografische verschillen in gezondheid(szorg) bestaan er binnen Nederland en welke verschillen zijn er tussen stad en platteland?
3. In hoeverre bestaan er verschillen in aanbod aan en gebruik van preventieve huisartsenzorg tussen verschillende maatschappelijke groepen?
4. In hoeverre zijn bovengenoemde verschillen veranderd t.o.v. 1987/1988?
5. Welke ziekten en aandoeningen rapporteren personen die behoren tot sociale achterstandsgroepen, welke zorg gebruiken zij en wat zijn de determinanten van morbiditeit en zorggebruik?
6. Wat zijn de determinanten van verschillen in morbiditeit en zorggebruik onder ouderen, en wat is de rol van de huisarts hierbij?
7. Welke sekse-specifieke verschillen bestaan er in morbiditeit en daaraan gerelateerde zorgconsumptie en wat is de invloed van gender op de geboden huisartsenzorg?

Binnen het themagebied Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg staat de vraag centraal in hoeverre er gelijke zorg bij gelijke zorgbehoefte wordt gerealiseerd, zowel in curatieve als preventieve zin. Specifieke aandacht gaat daarbij uit naar migranten, sociale achterstandsgroepen, ouderen en vrouwen en naar verschillen tussen regio's en urbanisatiegraad.

#### 3.3.4 Themagebied 4: Kwaliteit van de huisartsenzorg

Onder druk van de schaarste aan middelen, maar ook vanwege het streven naar transparantie van de zorg, is er in de gezondheidszorg een voortdurende prikkel om te komen tot verbetering van de kwaliteit van de verleende zorg.

Gezondheidszorg is mensenwerk: de kwaliteit van de zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners. Wat betreft het beleid t.a.v. de kwaliteit van de zorg loopt de beroepsgroep van huisartsen t.o.v. andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg voorop dankzij het in 1988 ingezette standaardenbeleid van het NHG. Wat betreft het medisch-technisch handelen kan een balans worden opge maakt van hetgeen in de afgelopen tien jaar is bereikt door het gebruik van de

NHG-standaarden als ijkpunt. Daarnaast zal de kwaliteit van de communicatie tussen huisartsen en patiënten worden bestudeerd en de veranderingen daarin in de afgelopen tien jaar. Onder dit themagebied zal ook de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van de patiënt worden bepaald.

De volgende vraagstellingen staan daarbij centraal:

1. In hoeverre komt het medisch-technisch handelen van huisartsen overeen met de betreffende NHG-standaarden en welke patiëntfactoren zijn hierop van invloed?
2. Hoe is de kwaliteit van de communicatie tussen huisartsen en patiënten?
3. Hoe wordt de kwaliteit van de huisartsenzorg beoordeeld door patiënten?
4. In welke mate zijn in de kwaliteit van de huisartsenzorg veranderingen opgetreden t.o.v. 1987/1988?

Binnen het themagebied Kwaliteit van de huisartsenzorg wordt de kwaliteit beoordeeld t.a.v.

- het medisch-technisch handelen in vergelijking met NHG-standaarden
- de huisarts-patiëntcommunicatie
- het oordeel van patiënten daarover.

### 3.3.5 *Themagebied 5: Organisatie van de huisartsenzorg*

De positie van de huisarts in de ordening van de gezondheidszorg op macro-niveau moet zich vertalen in een adequaat ondersteunde en goed toegeruste beroepsbeoefenaar op micro-niveau. Algemeen wordt erkend dat de huisarts onder druk staat. De meerjarenafspraken m.b.t. de huisartsenzorg betreffen dan ook vooral maatregelen om de huisarts te ondersteunen teneinde 'het product huisartsenzorg' te optimaliseren. Deze maatregelen betreffen ondersteuning in de praktijk, maar ook samenwerking binnen huisartsengroepen en met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn. In aansluiting op de beleidsvoornemens op het gebied van organisatie en ondersteuning van de huisartspraktijk zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

1. Hoe is het gesteld met de subjectieve en objectieve werkbelasting van huisartsen, wat zijn de verschillen t.o.v. 1987-1988 en door welke factoren wordt de werkbelasting beïnvloed?
2. Wat is de relatie van kenmerken van de praktijkorganisatie en werkbelasting van huisartsen met de kwaliteit van de huisartsenzorg?
3. Welke (nieuwe) organisatievormen kiezen huisartsen en wat is de relatie met werkbelasting?



4. In hoeverre vindt specialisatie en differentiatie plaats onder huisartsen?
5. Welke taken voeren praktijkassistente en praktijkondersteunende medewerkers in de huisartspraktijk uit en in hoeverre komt dit overeen met hun taakopvatting?
6. Welke samenwerkingsvormen met eerste- en tweedelijnhulpverleners zijn te onderscheiden en in hoeverre wordt daarbij gebruik gemaakt van geautomatiseerde informatie-uitwisseling?
7. In hoeverre bestaan er geprotocolleerde samenwerkingsafspraken m.b.t. de zorgverlening (b.v. transmurale zorg, transmurale farmaceutische zorg)?

Door de koppelbaarheid van de gegevens op huisarts-/praktijkniveau en patiëntniveau is het in de tweede Nationale Studie mogelijk om samenwerkingsrelaties te toetsen aan de hand van gegevens van patiënten (zie ook themagebied 2).

Het themagebied Organisatie van de huisartsenzorg omvat vraagstellingen op het terrein van

- de werkbelasting van huisartsen
- de organisatie van de huisartspraktijk
- taken van praktijkassistente en praktijkondersteunende medewerkers
- samenwerkingsstructuren met collega-huisartsen (huisart-sengroepen) en andere hulpverleners.



## 4 Methoden

### 4.1 Onderzoeksopzet

De NS2 is een observationeel onderzoek en wordt uitgevoerd in 100 huisartspraktijken (160 fte huisartsen). Een deel van de gegevensverzameling wordt uitgevoerd in een cross-sectionele opzet, een aantal andere gegevens, met name betreffende morbiditeit en zorggebruik in een longitudinale opzet. De verzameling van de gegevens die nodig zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraagstellingen is modulair opgebouwd. De volgende modules worden onderscheiden:

- a) patiëntregistratie
- b) patiëntenquête
- c) contactregistratie (d.m.v. registratie in het HIS en video-registratie)
- d) huisarts-/praktijkassistente-enquête

In paragraaf 4.3 wordt een verdere uitwerking gegeven aan deze modules.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraagstellingen, verdeeld over de vijf themagebieden, worden steeds gegevens uit verschillende modules gebruikt. Bij de analyses voor de themagebieden 'Monitoring van gezondheid' en 'Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorg' zal vooral gebruik gemaakt worden van gegevens uit de contactregistratie en de patiëntenquête. Voor het themagebied 'Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg' zijn vooral gegevens uit de patiëntregistratie en verder uit alle andere modules nodig. Het themagebied 'Kwaliteit van de huisartsenzorg' zal vooral gebruik maken van gegevens uit de contactregistratie en de huisarts-/praktijkassistente-enquête. Voor de beantwoording van de vraagstellingen binnen het vijfde themagebied is de huisarts-/praktijkassistente-enquête de belangrijkste gegevensbron.

De onderlinge koppelbaarheid van de gegevens wordt gegarandeerd door het gebruik van identieke, geanonimiseerde identificatiecodes voor patiënten, woonverbanden, huisartsen en praktijken in alle gegevensverzamelingsmodules.

## 4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van de NS2 bestaat uit alle deelnemende huisartsen in 100 huisartspraktijken die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en alle bij deze huisartsen ingeschreven patiënten (N≈ 400.000). De huisartsen die deel uitmaken van LINH vormen een landelijke afspiegeling van de populatie Nederlandse huisartsen wat betreft leeftijd, geslacht, vestigingsduur, aantal dagdelen werkzaam in de praktijk, en apotheekhoudende praktijken. Bij vergelijking tussen LINH-huisartsen en niet aan LINH verbonden huisartsen bleek weinig verschil te bestaan wat betreft voorschrijf- en verwijscijfers. Ook is, buiten LINH-verband, de relatie onderzocht tussen de mate van automatisering en het huisartsgeneeskundig handelen. Hiertussen bleek nauwelijks relatie te bestaan. Door hun deelname aan LINH betreft het per definitie huisartsen die in hun praktijkvoering gebruik maken van een geautomatiseerd Huisarts Informatie Systeem (HIS). Momenteel is meer dan 80% van de Nederlandse huisartsen geautomatiseerd en gebruikt ruim 50% van de Nederlandse huisartsen een HIS voor het registreren van gegevens in het kader van de patiëntenzorg. Dit percentage zal in de komende jaren verder toenemen. De LINH-huisartsen zijn in deze zin te beschouwen als voorlopers voor de modale Nederlandse huisarts in het komende decennium. De in de deelnemende praktijken ingeschreven patiënten vormen een getrouwe afspiegeling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd, geslacht en aard ziektekostenverzekering (ziekenfonds / particulier).

## 4.3 Modules van gegevensverzameling

### 4.3.1 Algemeen

Zoals in paragraaf 4.1 al aangegeven zal de gegevensverzameling ten behoeve van de NS2 modulair zijn opgebouwd. Deze modulaire opbouw sluit aan bij de huidige werkwijze in LINH waarin de verzameling van gegevens, zoals verwijsggegevens en prescriptiegegevens, is ondergebracht in aparte registratieprogramma's die aan het Huisarts Informatie Systeem (HIS) van de praktijk zijn gekoppeld. Een aantal registratieprogramma's zijn nu reeds in gebruik in de LINH-praktijken; dit betreffen met name onderdelen van de contactregistratie (zie 4.3.4). Hieronder zijn de verschillende gegevensverzamelingsmodules schematisch weergegeven.

**Figuur 4.1**

Schematische weergave van de gegevensverzameling in een LINH-huisartspraktijk ten tijde van de tweede Nationale Studie (volgorde en tijdstippen van registratie-activiteiten kunnen per praktijk wisselen)

maanden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>LINH-registratie</i>												
contacten	-----											
voorschrijven	-----											
verwijzingen	-----											
<i>Aanvullend t.b.v. NS2</i>												
patiëntregistratie	x											x
patiëntenquête		x-x			x-x			x-x			x-x	
contactdiagnose	-----											
diagnose-specifieke verrichtingen						x	-----	x				
huisarts-/praktijk- assistente-enquête									x			
video-registratie (facultatief)										x		
additionele diagnose- specifieke gegevens								x	-----	x		

#### 4.3.2 *Patiëntregistratie: de epidemiologische noemer en socio-demografische kenmerken van patiënten*

Van alle in de deelnemende huisartspraktijken ingeschreven patiënten ( $N \approx 400.000$ ) zullen sociaal-demografische gegevens worden verzameld (o.a. burgerlijke staat, opleiding, beroep, gedetailleerde gegevens m.b.t. ziektekostenverzekering, woon- en leefsituatie, etnische achtergrond en subjectieve gezondheid). De in de huisartspraktijken ingeschreven patiënten zullen op twee tijdstippen worden geïnventariseerd: bij de start van de gegevensverzameling (T0) en 12 maanden na de start (T1). Op T1 worden de socio-demografische gegevens verzameld van uitsluitend die patiënten die in de loop van het jaar in de praktijk zijn ingeschreven en worden mutaties in de samenstelling van de patiënt-populatie getraceerd. Op basis hiervan kan de z.g. mid-time populatie bepaald worden.

De patiëntregistratie zal plaatsvinden middels een schriftelijke vragenlijst die per post wordt verzonden. Voor personen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond zal een vragenlijst in de betreffende taal gebruikt worden. Daarnaast zal een Engelstalig formulier beschikbaar zijn. Non-responders wordt een maal een herinnering gezonden; zonodig worden de gegevens in laatste instantie telefonisch verzameld.

#### 4.3.3 *Patiëntenquête: gegevens van patiënten over ervaren gezondheid, zorggebruik en determinanten*

Uit de lijst van bij de start van de gegevensverzameling (T0) ingeschreven patiënten wordt een aselechte steekproef getrokken van 100 patiënten per huisarts (N=16.000). Voor de keuze van deze steekproefomvang gelden de volgende argumenten:

- er dienen voldoende personen deel te nemen om uitspraken te kunnen doen over patiënten van een huisarts
- het totaal aantal deelnemers dient voldoende groot te zijn om uitspraken te kunnen doen over personen met zeldzame aandoeningen in de algemene bevolking. Uitgaande van een respons van 80% (op basis van de ervaringen bij de eerste Nationale Studie) zullen ca. 13.000 personen responderen. Daarmee zijn gemiddeld gegevens van 80 patiënten van een huisarts beschikbaar. Dit maakt het mogelijk om kenmerken van huisartsen en de praktijk te relateren aan de bij die huisarts ingeschreven populatie. Met deze steekproefomvang zullen 26 van de 52 “VTV-ziekten” (1997) met tenminste 40 respondenten in de totale steekproef vertegenwoordigd zijn.

De patiëntenquête bevat meetinstrumenten voor de volgende gegevens:

- sociaal-demografische kenmerken (aanvullend op patiëntregistratie: uitgebreide vragen over verzekeringsvorm, bij allochtonen vragen t.a.v. acculturatie)
- morbiditeitsindicatoren (ervaren gezondheid, actuele klachten, chronische ziekten, beperkingen, indicatoren voor psychische morbiditeit)
- ziektegedrag en medische consumptie zoals zorggebruik afgelopen jaar naar discipline (huisarts, specialist, thuiszorg, paramedisch, GGZ, verloskundige/kraamzorg, alternatieve genezers), zelfzorg, mantelzorg
- determinanten van de gezondheidstoestand o.a. indicatoren van gezondheidsattent gedrag, risicofactoren (Quetelet-index, roken, alcoholgebruik, lichaamsbeweging)
- persoonlijkheidskenmerken, opvattingen en attitudes (locus of control, oordeel over kwaliteit van de zorg)
- sociale netwerken, sociale steun en life events (coping).

Naast dit basispakket kan de respondent, afhankelijk van de antwoorden op specifieke vragen, gevraagd worden een extra vragenlijst in te vullen of een tweede interview te ondergaan ten behoeve van additionele studies, waaronder een gestandaardiseerd psychiatrisch interview.

Over de te gebruiken meetinstrumenten in de patiëntenquête heeft afstemming plaatsgevonden met de werkgroep Revisie Gezondheidsenquête van het CBS.

Voorzover beschikbaar worden gevalideerde meetinstrumenten gebruikt. De patiën-

tenquête zal worden uitgevoerd als combinatie van een zelf te beantwoorden vragenlijst en een persoonlijk interview.

#### 4.3.4 Contactregistratie

Een contact wordt gedefinieerd als een 'face-to-face' contact van de huisarts of praktijkassistente met de patiënt of een telefonisch contact met de patiënt mits dat contact leidt tot een verrichting (aanvragen van diagnostiek, recept, verwijzing). De registratie van gegevens over contacten van patiënten met de huisarts of praktijkassistente omvat verschillende typen gegevens, waarvoor verschillende registratieprogramma's in het HIS zullen worden gebruikt.

##### 4.3.4.1 Basisgegevens betreffende contacten

De basisgegevens betreffende contacten (type contact [spreekuur, visite, telefoon], dagdeel [avond / nacht]) worden nu reeds continu geregistreerd in de LINH-praktijken. Op basis van de datum van het contact kan onderscheid gemaakt worden tussen werkdagen en zon- en feestdagen.

##### 4.3.4.2 Contactdiagnoses

De door de huisarts gestelde diagnose/werkhypothese wordt geregistreerd in het journaalgedeelte van het Huisarts Informatie Systeem (HIS). De deelnemende LINH-huisartsen worden geïnstrueerd om de diagnose / werkhypothese, voorzover verantwoord, op het hoogst mogelijke diagnostische niveau te formuleren. Gebruikmakend van de zogenaamde SOEP-registratiemethodiek (Subjectief-Objectief-Evaluatie-Plan) wordt de diagnose / werkhypothese op de E-regel geregistreerd. De diagnose / werkhypothese wordt door de huisarts gecodeerd volgens de ICPC (International Classification for Primary Care), gebruikmakend van de in het HIS aanwezige thesaurus. In alle Huisarts Informatie Systemen is de Nederlandse geautoriseerde versie van de ICPC ingebouwd. De ICPC is hiërarchisch opgebouwd en maakt een codering van diagnoses mogelijk tot op gedetailleerd niveau (4-digits).

Bij elke gestelde diagnose / werkhypothese wordt geregistreerd in hoeverre deze diagnose 'nieuw' is, d.w.z. een nieuw gezondheidsprobleem betreft, of 'bekend' is, d.w.z. dat de diagnose een bekend gezondheidsprobleem betreft. Indien er sprake is van een recidief van eerder doorgemaakte niet-chronische aandoeningen wordt afgegaan op het oordeel van de huisarts over het 'nieuwe' of 'bekende' karakter van de diagnose. Gerekend vanaf T0 zullen de diagnosegegevens over een registratieperiode van 12 maanden gebruikt worden voor de NS2.

De ICPC-code van de diagnose / werkhypothese in combinatie met de codering

nieuw/ bekend zal gebruikt worden voor het clusteren van diagnoses van contacten tot ziekte-episoden. De chronologisch laatst geregistreerde diagnose wordt gebruikt als episode-diagnose. Deze episode-constructie zal deels parallel aan de registratie en deels na 12 maanden worden uitgevoerd. Een algoritme voor het construeren van episoden zal in de vorm van computerprogramma op de diagnosegegevens worden toegepast waarbij handmatige controle zal plaatsvinden. Voor de registratie van diagnoses / werkhypothesen op de E-regel en de codering nieuw / bekend is een registratieprogramma voor gebruik in het HIS ontwikkeld.

#### 4.3.4.3 Verrichtingen tijdens contacten

Gegevens over uitgevoerde verrichtingen tijdens en naar aanleiding van contacten tussen patiënt en huisarts zullen op verschillende wijzen worden verzameld. In onderstaande tabel wordt dit samen-gevat.

**Tabel 4.1**

Gegevensbronnen m.b.t. verrichtingen tijdens en naar aanleiding van contacten tussen patiënt en huisarts

<b>Gegevenstype</b>	<b>Gegevensbron</b>
aanvraag laboratoriumonderzoek	HIS-module diagnose-specifieke verrichtingen huisartsenlaboratorium
voorschrijven van geneesmiddelen	HIS-module prescriptie (LINH)
verwijzen	HIS-module verwijzingen (LINH)
overige diagnostiek en verrichtingen (b.v. bloeddrukmeting, röntgenonderzoek, endoscopie, kleine chirurgie)	HIS-module diagnose-specifieke verrichtingen

Gegevens over verrichtingen tijdens en naar aanleiding van contacten worden met de daarbij behorende indicatie (diagnose / werkhypothese, gecodeerd volgens de ICPC) geregistreerd.

Voor de codering van voorgeschreven geneesmiddelen wordt de z.g. taxonomie van de KNMP gebruikt die aansluit op de ATC-codering van geneesmiddelen. Voor de registratie van het specialisme waarnaar verwezen wordt, wordt de betreffende WCIA-tabel in het HIS gebruikt. De registratie van voorschrijf- en verwijzgegevens vindt nu reeds plaats met behulp van de reeds bestaande LINH-registratieprogramma's en zal voor de NS2 worden gecontinueerd. De LINH-gegevens over het voorschrijven van geneesmiddelen en verwijzingen over een periode van 12 maanden, te starten op T0, zullen worden gebruikt in de NS2.



Additioneel zullen in het kader van de NS2 gegevens verzameld worden over een aantal verrichtingen die niet in bovengenoemde LINH-registratieprogramma's voorkomen. Deze gegevens met de daarbij behorende diagnose zullen gedurende 6 weken worden verzameld via registratie met behulp van een daartoe ontwikkelde HIS-module diagnose-specifieke verrichtingen (zie ook figuur 4.1). Gegevens over de aard van aangevraagd laboratoriumonderzoek worden verzameld via de huisartsenlaboratoria waar het onderzoek is uitgevoerd.

#### 4.3.4.4 *Video-registratie van gegevens over arts-patiëntcommunicatie*

Ten behoeve van het verzamelen van gegevens over de arts-patiëntcommunicatie en over mondeling gegeven voorlichting en adviezen zal bij de deelnemende huisartsen op vrijwillige basis vanwege het bijzondere karakter van deze vorm van gegevensverzameling gedurende 1-2 dagen een video-registratie van het spreekuur ter registratie van 20 huisarts-patiëntcontacten plaatsvinden. Bij de patiënten die op die dagen het spreekuur bezoeken zullen op registratieformulieren enkele additionele gegevens verzameld worden voorafgaande en na afloop van het consult. Ook zal de huisarts gedurende deze dagen per consult enkele additionele gegevens vastleggen.

#### 4.3.4.5 *Additionele diagnose-specifieke gegevens*

Het betreft hier twee typen additionele gegevens:

- a) gedetailleerde gegevens betreffende het handelen van huisartsen bij specifieke diagnoses die niet via de eerder genoemde HIS-modules zullen worden verzameld (b.v. specificaties van verwijzing naar fysiotherapie, het verwijzen voor een specifiek functie-onderzoek, uitvoering van een specifieke functietest in de praktijk)
- b) identificatie van groepen patiënten met een specifiek kenmerk die in aanmerking komen voor een follow-up onderzoek, bijvoorbeeld patiënten met een specifieke diagnose of patiënten met een bepaalde diagnose die verwezen worden.

De registratie van deze gegevens, resp. de identificatie van patiënten is beperkt tot enkele nauwkeurig omschreven situaties (op basis van b.v. ICPC-code of een specifieke verrichting). De te registreren gegevens, resp. de identificatieprocedure wordt gestart door een signalering in het Huisarts Informatie Systeem, gevolgd door bijvoorbeeld enkele vragen op het computerscherm te beantwoorden door de huisarts, de aanwijzing aan de huisarts om de betreffende patiënt toestemming te vragen voor deelname aan de additionele studie of om de betreffende patiënt een formulier of vragenlijst uit te reiken. Voor de registratie van deze gegevens, resp. de identificatieprocedure is een aparte HIS-module ontwikkeld. De te registreren gegevens zullen niet meer omvatten dan op één computerscherm kan worden ingevuld.

De duur van de registratie, resp. identificatie varieert en is afhankelijk van de benodigde hoeveelheid gegevens, resp. aantal patiënten. De registratie van deze gegevens, resp. de identificatie voor follow-up studies zal over de deelnemende praktijken verdeeld worden op basis van de beschikbaarheid van de HIS-module voor de diverse HISsen. De volgende follow-up onderzoeken, die geïnitieerd worden op basis van de registratie tijdens contacten, zullen worden uitgevoerd:

- huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing (zie bijlage II, kernstudie 2.1.2)
- determinanten van het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat (zie bijlage II, additionele studie 2.2.1)
- zorggebruik bij een cerebro-vasculair accident (CVA) (zie bijlage II, additionele studie 2.2.5)
- huidandoeningen bij kinderen: beloop en beleid in de huisartspraktijk (zie bijlage II, additionele studie 4.2.5).

#### 4.3.5 *Huisarts-/praktijkassistente-enquête: gegevens van huisartsen en praktijk-assistenten*

Ten behoeve van het verzamelen van gegevens van huisartsen en praktijkassistenten zal eenmalig een schriftelijke vragenlijst door de deelnemende huisartsen en hun praktijkassistenten worden ingevuld. Voorafgaand aan de NS2 zijn alle deelnemende huisartspraktijken gevisiteerd met gebruikmaking van het Visitatie-Instrument Praktijkvoering (VIP) van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK). Deze VIP-gegevens zullen ook voor de NS2 worden gebruikt.

De huisarts-/praktijkassistente-enquête bevat meetinstrumenten voor het verzamelen van de volgende gegevens:

- achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, praktijklocatie, universiteit en jaar van afstuderen, gevolgd PAO, jaar vestiging, jaar vestiging in huidige praktijk, eigen gezondheidsgedrag)
- praktijkorganisatie (aard praktijk, aantal daarin werkzame personen [opleiding, functies], organisatie spreekuren, organisatie waarneming en diensten, praktijkuitrusting, nevenfuncties [b.v. consultatiebureau], voorzieningen voor speciale groepen, telefonische bereikbaarheid, PR)
- overleg en samenwerking (overleg binnen de praktijk, binnen eerste lijn en HAGRO, met tweede lijn, met bedrijfsgeneeskunde, met jeugdgezondheidszorg: aard, structuur, status, intensiteit)
- taakdifferentiatie en specialisatie
- kwaliteitsaspecten (kennis en gebruik NHG-standaarden, nascholing, toetsing, FTO, gebruik spiegelinformatie, inschatting patiëntoordelen, verslaglegging)

- informatievoorziening en automatisering (informatie-uitwisseling tussen huisartsen en met andere zorgverleners binnen de eerste lijn en met de tweede lijn, gebruik van HIS-modules, gebruik van additionele programmatuur [b.v. elektronisch formularium])
- werkbelasting (subjectieve en objectieve werkbelasting [mede aan de hand van een dagboek, gedurende 1 week bij te houden], burn-out, aard en omvang niet-patiëntgebonden werkzaamheden)
- taakopvattingen en attitude (geneesmiddelen/farmaceutische industrie, psychosociale factoren, migranten, paramedische behandelingen, ethische kwesties).

In de vragenlijst zullen zoveel mogelijk gevalideerde meetinstrumenten worden gebruikt.

De praktijkassistente, en de eventueel andere in de praktijk werkzame praktijkondersteunende medewerkers, zal een aparte enquête worden voorgelegd waarin de meeste van bovengenoemde thema's ook aan bod komen, toegespitst op de functie:

- achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, nascholing, aantal jaren werkzaam, hobby's in het werk)
- taakopvatting en taakuitvoering (gedetailleerd naar verschillende activiteiten: administratief, receptie-functie, medische assistentie, eigen spreekuur, etc..)
- overleg en samenwerking (met huisarts, met collega's)
- kwaliteitsaspecten (kennis en gebruik NHG-standaarden, telefoonkaarten, nascholing, verslaglegging)
- informatievoorziening (gebruik HIS).

#### **4.4      Vergelijkbaarheid van de gegevens van de tweede Nationale Studie met die van de eerste Nationale Studie**

In een aantal vraagstellingen komt expliciet aan de orde in hoeverre veranderingen zijn opgetreden t.o.v. 1987/1988, de tijd waarin de gegevensverzameling voor de eerste Nationale Studie plaatsvond. Hoewel er verschillen bestaan op onderdelen van de gegevensverzameling zullen de gegevens van de tweede Nationale Studie goed vergelijkbaar zijn met die van de eerste Nationale Studie. In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de overeenkomsten en verschillen.

##### *4.4.1      Overeenkomsten tussen de eerste en de tweede Nationale Studie*

Zowel de schaalgrootte (het aantal deelnemende huisartsen) als de gegevensverzamelingsmodules (patiëntregistratie, patiëntenquête, contactregistratie en huisarts-/praktijkassistente-enquête) en de onderlinge koppelbaarheid van de gegevens van

de tweede Nationale Studie komen overeen met die van de eerste Nationale Studie. De aard van de te verzamelen gegevens bij de patiëntregistratie is identiek en bij de patiëntenquête en de huisarts-/praktijkassistente-enquête in hoge mate identiek in vergelijking met de eerste Nationale Studie (voor bijvoorbeeld gegevens over ervaren gezondheid en beperkingen of over patiëntoordelen over de zorg waren in 1987/1988 nog geen gevalideerde meetinstrumenten voorhanden die nu wel zullen worden toegepast). De gegevens over aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit zullen volgens dezelfde ICPC-classificatie worden gecodeerd en de constructie van ziekte-episoden door clustering van contacten vanwege eenzelfde gezondheidsprobleem zal op identieke wijze plaatsvinden. Gegevens over verrichtingen van huisartsen zullen op eenzelfde wijze worden vastgelegd, zij het niet meer door een handmatige, maar geautomatiseerde registratie.

#### 4.4.2 *Verschillen tussen de eerste en de tweede Nationale Studie*

Op een aantal onderdelen van de gegevensverzameling is bewust afgeweken van tijdens de eerste Nationale Studie toegepaste methoden omdat dit - achteraf bezien - zwakke punten waren; op andere punten zijn verschillen met de eerste Nationale Studie onvermijdelijk door b.v. de geautomatiseerde registratie. De verschillen met de eerste Nationale Studie spitsen zich toe op de contactregistratie.

Ten eerste zal de registratie van aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen, i.t.t. in 1987/1988, nu 12 maanden beslaan, zodat met name prevalentiecijfers op jaarbasis kunnen worden gepresenteerd. Dit verhoogt in sterke mate de vergelijkbaarheid van de morbiditeitsgegevens met andere bronnen.

Ten tweede zal de morbiditeit door de huisarts zelf volgens de ICPC-classificatie worden gecodeerd ('perifeer coderen') met hulp van een z.g. thesaurus, en niet, zoals in 1987/1988, door een veldwerker op basis van de door huisartsen geregistreerde tekst ('centraal coderen'). Hiermee verdwijnt een interpretatie-stap in het codeerproces die tot een grotere betrouwbaarheid van de gegevens in de NS2 kan leiden.

Ten derde zal voor een aantal gegevens in de contactregistratie (m.n. verrichtingen tijdens contacten - zie paragraaf 4.3.4.3) de registratieduur van 6 weken korter zijn dan de 3 maanden van de eerste Nationale Studie. Deze reductie is aangebracht ter ontlasting van de registrerende huisartsen en wordt verantwoord geacht omdat een registratieduur van 6 weken voldoende gegevens oplevert. Desgewenst is extrapolatie naar een 3-maands periode mogelijk.

Tenslotte is de vraag gerechtvaardigd in hoeverre geautomatiseerde registratie van de gegevens in vergelijking met de handmatige registratie ten tijde van de eerste Nationale Studie systematische verschillen oplevert. In de LINH-jaarrapporten 1996

en 1997 zijn op een aantal punten vergelijkingen gemaakt met gegevens van de eerste Nationale Studie, waaruit bleek dat er geen sprake is van systematische vertekening.

## **4.5 De belasting van de huisartspraktijken vanwege deelname aan de tweede Nationale Studie**

### *4.5.1 Algemeen*

Het deelnemen aan de tweede Nationale Studie brengt onvermijdelijk een extra belasting met zich mee voor de huisartsen en de praktijkassistenten, bovenop de tijd die registratie voor LINH kost. Behalve een concrete tijdsinvestering, brengt deelname aan de NS2 ook enige "onrust" in de praktijk teweeg zoals het bezoek van onderzoekersmedewerkers en vragen van patiënten. Deze factoren hebben invloed op de motivatie van de deelnemende huisartsen en daarmee op de kwaliteit van de gegevens die voor de NS2 verzameld worden. Op verschillende wijzen worden voorzieningen getroffen om de belasting van de deelnemende huisartsen en praktijkassistenten zo klein en draaglijk mogelijk te maken:

- de registratie van gegevens over contacten met patiënten vindt geautomatiseerd plaats via computerprogrammatuur die in het Huisarts Informatie Systeem van de praktijk is geïntegreerd. Hierdoor vindt zo min mogelijk verstoring van de dagelijkse praktijkvoering plaats
- de extra tijd die gemoeid is met alle activiteiten voor de NS2 (naast de registratie van gegevens t.b.v. LINH) wordt geschat op gemiddeld 60-90 minuten per week gedurende 12 maanden
- de huisartsen ontvangen een passende financiële vergoeding voor de op te brengen registratiediscipline en onconvenianten ten gevolge van deelname aan de NS2
- de huisartsen en praktijkassistenten worden bij hun registratie-activiteiten ondersteund door onderzoekersmedewerkers.

In organisatorische zin zal zorg gedragen worden voor een goede bereikbaarheid van het projectteam voor vragen uit de huisartspraktijken en voor een snelle en adequate afhandeling van optredende problemen.

### *4.5.2 Verzameling van aanvullende gegevens*

Voor verschillende onderdelen van de tweede Nationale Studie is een aanvullende gegevensverzameling gepland. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen gegevensverzamelingen die gekoppeld zijn aan de geplande gegevensverzamelings-

modules (patiëntenquête, contactregistratie) en gegevensverzamelingen die daarbuiten vallen en apart tijd en aandacht van patiënten of huisartsen zullen vragen. Aan de patiëntenquête zijn de volgende aanvullende gegevensverzamelingen gepland:

- een CIDI-interview (diagnostisch psychiatrisch interview, leidend tot DSM-IV gedefinieerde diagnoses) voor patiënten die bij de patiëntenquête een bepaalde score op de General Health Questionnaire hebben (ten behoeve van kernstudie 1.1.2; zie bijlage II)
- aanvullende vragenlijsten voor patiënten die klachten van de luchtwegen rapporteren tijdens de patiëntenquête (ten behoeve van additionele studie 2.2.2; zie bijlage II)
- (onder voorbehoud van financiering) aanvullende gegevensverzameling bij ouders en leerkrachten t.b.v. een onderzoek over psychische problemen bij kinderen (ten behoeve van additionele studie 2.2.11; zie bijlage II)

Voor deze aanvullende gegevensverzameling zal de patiënt om medewerking worden gevraagd tijdens de patiëntenquête.

Een onderdeel van de contactregistratie vormt, zoals ook beschreven in paragraaf 4.3.4.5, de identificatie van patiënten, die in aanmerking komen voor een van de follow-up onderzoeken. De identificatie hiervan vindt plaats via een signalering in het Huisarts Informatie Systeem (b.v. het registreren van een bepaalde ICPC-code of een verwijzing). Na deze signalering wordt de huisarts gevraagd een enveloppe aan de betreffende patiënt te overhandigen waarin informatie over het betreffende follow-up onderzoek is opgenomen en instructies hoe de patiënt zijn medewerking hieraan kenbaar kan maken.

Na deze actie is er geen verdere betrokkenheid van de huisarts bij deze follow-up studies nodig. De medewerking van patiënten betreft het eenmalig of periodiek invullen van vragenlijsten die direct aan de patiënt worden toegezonden. Het betreft de volgende follow-up onderzoeken:

- huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing (zie bijlage II, kernstudie 2.1.2)
- determinanten van het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat (zie bijlage II, additionele studie 2.2.1)
- zorggebruik bij een cerebro-vasculair accident (CVA) (zie bijlage II, additionele studie 2.2.5)
- huidaandoeningen bij kinderen: beloop en beleid in de huisartspraktijk (zie bijlage II, additionele studie 4.2.5).

Verzameling van andere aanvullende gegevens betreft:

- gegevens m.b.t. voorschrijf- en verwijscijfers van ziekenfondsen (na toestemming van huisarts)

- gegevens m.b.t. aangevraagd laboratoriumonderzoek (na toestemming van huisarts)
- gegevens van apotheken m.b.t. afgeleverde geneesmiddelen (na toestemming van huisarts en patiënt) (additionele studie 2.2.9; zie bijlage II)
- gegevens uit het medisch dossier van de patiënt (b.v. uit specialistenbrieven) na afloop van de registratie ten behoeve van de NS2 (ten behoeve van kernstudie 2.1.2 en additionele studies 2.2.4 en 2.2.7 - zie bijlage II). Deze gegevensverzameling zal zo efficiënt mogelijk worden georganiseerd teneinde de deelnemende huisartsen hiermee zo min mogelijk te belasten.

Tenslotte zullen voor enkele studies de continu verzamelde LINH-gegevens zowel uit de periode voor als na de NS2 worden geraadpleegd.

## **4.6 Kwaliteit van de gegevens**

Aan de kwaliteit van gegevens is een aantal aspecten te onderscheiden: de compleetheid van de gegevens, de betrouwbaarheid en de validiteit. Aan deze drie aspecten zal afzonderlijk aandacht besteed worden in de NS2.

### *4.6.1 Compleetheid van de gegevens*

De compleetheid van de gegevens is met name van belang ten aanzien van de volgende aspecten:

- de omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie: de respons op de patiëntregistratie
- de respons op de patiëntenquête
- de registratie van contactgegevens, diagnoses / werkhypothesen en verrichtingen in het Huisarts Informatie Systeem (HIS)
- maximaal mogelijke identificatie van patiënten die in aanmerking komen voor beloopstudies
- de deelname aan de video-registratie
- de respons op de huisarts- / praktijkassistente-enquête.

De respons op de verschillende registratie-onderdelen zal worden bevorderd door een aantal maatregelen:

- a) aanbevelingsbrief van de eigen huisarts bij verzending van registratieformulieren t.b.v. de patiënt-registratie en uitgebreide patiëntinformatie m.b.t. achtergronden en belang van de NS2
- b) garanties m.b.t. privacy van de gegevens die worden geleverd door patiënten, huisartsen en praktijkassistenten

c) nadruk op de onderlinge samenhang van de gegevens en het belang van maximale respons.

De compleetheid van de in het HIS te registreren gegevens is niet ondubbelzinnig vast te stellen omdat er geen schaduw-registratie plaatsvindt waarmee de gegevens kunnen worden vergeleken. Wel zullen de aantallen geregistreerde diagnoses en verrichtingen per huisarts periodiek in kaart worden gebracht teneinde trendbreuken daarin te kunnen vaststellen, mogelijk daaraan ten grondslag liggende problemen te signaleren en zondig tijdig met de betreffende praktijk in overleg te treden.

Daarnaast zullen, na toestemming van de huisarts, achteraf de voorschrijf- en verwijsgegevens voor ziekenfondspatiënten uit het NS2-gegevensbestand vergeleken worden met dezelfde gegevens van de ziekenfondsen.

Inzicht in de compleetheid van de door de huisarts geregistreerde morbiditeit voor een beperkt aantal chronische aandoeningen zal verkregen worden door het vergelijken met de z.g. probleemlijst in het HIS na toepassing van een geautomatiseerd 'detectieprogramma' (dat het mogelijk bestaan van die aandoeningen detecteert op basis van gegevens die in het Huisarts Informatie Systeem van de huisarts zijn vastgelegd). Deze gegevens zullen na afloop van de 12 maanden durende registratieperiode worden verzameld.

Aan de hand van de video-registratie van het spreekuur zal de compleetheid van de tijdens dat spreekuur in het HIS geregistreerde gegevens gemeten worden.

De (vrijwillige) deelname aan de video-registratie zal bevorderd worden door de daaraan deelnemende huisartsen persoonlijke feedback aan te bieden door de geregistreerde consulten met een ter zake kundige gedragswetenschapper te bespreken. De respons op de huisarts- / praktijkassistenten-enquête zal worden bevorderd door een persoonlijke introductie en begeleiding.

De registratie van gegevens in de HISsen van de deelnemende huisartsen is afhankelijk van goed werkende apparatuur en programmatuur. Ten aanzien van de apparatuur zal voorzien worden in een escape scenario door registratie op formulieren mogelijk te maken in geval van hardware-storingen. Ten aanzien van de programmatuur worden uitgebreide testen uitgevoerd alvorens de registratieprogramma's in de computers van de deelnemende huisartsen worden geïnstalleerd.

#### 4.6.2 *Betrouwbaarheid van de gegevens*

De betrouwbaarheid van de verzamelde morbiditeitsgegevens zal afgemeten worden aan de variatie tussen huisartsen en tussen praktijken.

Ten aanzien van de andere te registreren gegevens wordt de betrouwbaarheid zoveel mogelijk gewaarborgd door het gebruik van registratiehandleidingen, inwerk-



perioden bij introductie van nieuwe registratieprogramma's en feedback over de geregistreerde gegevens aan de registrerende huisarts of praktijkassistente. Wat betreft de vragenlijsten en de patiëntenquête wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bekende meetinstrumenten waarvan de betrouwbaarheid is aangetoond.

#### 4.6.3 *Validiteit van de gegevens*

De validiteit van de te verzamelen gegevens is met name van belang t.a.v. de door de huisartsen gestelde diagnose / werkhypothese. De validiteit van diagnosen is vast te stellen aan de mate van overeenkomst van de gestelde diagnose met daarvoor opgestelde diagnostische criteria. De validiteit van diagnosen zal op verschillende wijzen worden gemeten:

- a) Steekproefsgewijze toetsing van de diagnose/werkhypothese aan geldende diagnostische criteria  
Voor 5-10 diagnosen waarvan de diagnostische criteria eenvoudig toetsbaar zijn aan in het HIS geregistreerde gegevens zal steekproefsgewijs de door de huisarts gestelde diagnose achteraf handmatig getoetst worden op basis van de door de huisarts in het patiëntendossier geregistreerde gegevens. Deze toetsing zal bij alle deelnemende huisartsen plaatsvinden.
- b) Aan de deelnemende huisartsen zullen gedurende de duur van de registratie van diagnosegegevens eens per kwartaal een tiental "vignetten" (papieren patiëntcasussen) worden voorgelegd met de vraag bij deze patiënt een diagnose te stellen en deze volgens de ICPC te coderen. In deze vignetten zullen gegevens omtrent diagnostische criteria worden verwerkt. (Herhaling van een casus in het tweede of derde meetmoment biedt tevens de mogelijkheid de test-hertest betrouwbaarheid in kaart te brengen.)
- c) In enkele follow-up studies zullen patiënten op basis van een door de huisarts gestelde diagnose aan nadere diagnostiek onderworpen worden, uitmondend in een medische diagnose. Vergelijking van deze twee diagnoses biedt inzicht in de validiteit van de door de huisarts gestelde diagnose.

Voor de andere gegevens zullen zoveel mogelijk gangbare, reeds gevalideerde instrumenten worden gebruikt.

De externe validiteit of generaliseerbaarheid van de verzamelde gegevens betreft de mate waarin de verkregen informatie als representatief voor de Nederlandse huisartsen en hun praktijkpopulaties beschouwd kan worden. Dit wordt vooral bepaald door de mate waarin de onderzoekspopulatie op belangrijke variabelen overeenkomt met de doelpopulatie. Hiertoe zullen ook achteraf representativiteitsanalyses van de deelnemende praktijken en de praktijkpopulaties worden uitgevoerd

(zie ook paragraaf 4.2). Zonodig zullen wegingsfactoren worden berekend teneinde de externe validiteit te garanderen.

## **4.7 Van gegevens naar resultaten: kernbegrippen uit de themagebieden**

### *4.7.1 Inleiding*

In deze paragrafen zal in het kort weergegeven worden hoe de gegevens, waarvan hierboven is aangegeven op welke wijze deze verzameld worden, gebruikt worden om de onderzoeksvraagstellingen te beantwoorden. Hierbij beperken wij ons tot de kernbegrippen uit de vijf themagebieden van de NS2. Uit onderstaande opsomming is het grote belang van de onderlinge samenhang van de verschillende modules van gegevensverzameling direct af te lezen.

### *4.7.2 Themagebied 1: Monitoring van gezondheid*

De op basis van de geregistreerde contactdiagnosen geconstrueerde ziekte-episoden en episode-diagnosen zullen gebruikt worden voor de berekening van incidenties en prevalenties van aan de huisarts gepresenteerde ziekten en aandoeningen in de totale populatie en verdeeld naar leeftijd en geslacht. Ook wordt het aantal ziekte-episoden per persoon berekend (comorbiditeit) en wordt de relatie met socio-demografische gegevens gelegd.

Prevalenties van actuele klachten en chronische aandoeningen, zoals gerapporteerd door patiënten, zullen worden berekend op basis van de gegevens uit de patiëntenquête en vergeleken worden met de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. De aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen door personen met een psychiatrische aandoening (vastgesteld op basis van de patiëntenquête en eventueel in een aanvullend psychiatrisch interview) zullen apart onderzocht worden om de rol van de huisarts bij patiënten met psychiatrische aandoeningen nauwkeurig te kunnen beschrijven.

### *4.7.3 Themagebied 2: Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits*

Op basis van de door de huisartsen en praktijkassistenten geregistreerde gegevens tijdens contacten worden algemene en ziekte-specifieke overzichten van diagnostische verrichtingen, voorgeschreven medicatie, verwijzingen en preventieve activiteiten opgesteld.

Deze overzichten betreffen de totale populatie en onderscheiden socio-demografische groepen.

Op basis van gegevens uit de patiëntenquête wordt de door patiënten gerapporteerde zelfmedicatie en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen buiten de huisartspraktijk in kaart gebracht.

Voor een aantal belangrijke ziekten (in het kader van het VTV-rapport) zal het zorggebruik na verwijzing worden beschreven, zowel wat betreft het proces (wat?), wat betreft de actoren (door wie?) als wat betreft de oordelen van patiënten over de afstemming van de zorg tussen de hulpverleners.

De gegevens over zorggebruik buiten de huisartspraktijk zullen worden gerelateerd aan door de huisarts gerapporteerde samenwerkingsafspraken met andere hulpverleners.

Speciale aandacht zal uitgaan naar het gebruik en voorschrijven van geneesmiddelen van de zelfmedicatie tot de transmurale farmaceutische zorg.

#### *4.7.4 Themagebied 3: Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg*

Voor dit thema zal de informatie uit de eerste twee themagebieden worden gespecificeerd in het algemeen naar burgerlijke staat, beroep, opleiding en gezinssamenstelling en apart voor een aantal bevolkingsgroepen (migranten, sociale achterstandsgroepen, ouderen en vrouwen). Identificatie van deze groepen vindt plaats op basis van gegevens uit de patiëntregistratie. Op deze wijze wordt informatie verkregen over de verdeling van gezondheid en ziekte en van gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in verschillende bevolkingsgroepen, regio's en naar urbanisatiegraad. Specifieke aandacht zal besteed worden aan het aanbod en gebruik van preventieve zorg.

#### *4.7.5 Themagebied 4: Kwaliteit van de huisartsenzorg*

Gegevens uit de contactregistratie (diagnose, verrichtingen) worden gebruikt voor de indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in vergelijking met het handelen zoals beschreven in NHG-standaarden en om relaties te leggen tussen de kwaliteit en patiëntgebonden factoren.

De kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie zal ontleend worden aan de op videoband geregistreerde consulten. Gegevens uit de patiëntregistratie en de contactregistratie zullen gebruikt worden om de kwaliteit van de communicatie nader te specificeren.

De oordelen van patiënten over de kwaliteit van de huisartsenzorg worden ontleend aan de patiënt-enquête en zullen in verband gebracht worden met informatie over

de kwaliteit van het medisch-technisch handelen, van de communicatie en van de praktijkvoering van huisartsen.

#### 4.7.6 *Themagebied 5: Organisatie van de huisartsenzorg*

Informatie over de organisatie van de huisartsenzorg op micro-(praktijk) en meso-(huisartsengroep-) niveau wordt verkregen uit de huisarts-/praktijkassistente-enquête. De werkbelasting van huisartsen (subjectief en objectief) zal eveneens ontleend worden aan gegevens uit de huisarts-/ praktijkassistente-enquête (incl. een dagboek) en aan gegevens uit de contactregistratie. De informatie over de praktijkvoering, praktijkondersteuning en samenwerkingsrelaties wordt in verband gebracht met gegevens uit de patiëntregistratie, de patiëntenquête en de contactregistratie teneinde op huisartsniveau deze informatie te kunnen illustreren aan de hand van gegevens van patiëntgroepen.

## 5 Organisatie

### 5.1 Inleiding

Bij de organisatie van de tweede Nationale Studie (NS2) wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds de fase van gegevensverzameling en -verwerking, en anderzijds van analyse en rapportage. De organisatie ten tijde van de gegevensverzameling en -verwerking heeft tot doel een gegevensbestand op te bouwen van het hoogst haalbare kwantitatieve en kwalitatieve niveau, op grond waarvan de vragenstellingen van de NS2 kunnen worden beantwoord. Ten tijde van de analyse van de gegevens is het doel om de kernstudies (zie hoofdstuk 3) binnen de gestelde tijd in de vorm van kwalitatief hoogwaardige publicaties af te ronden. De vorm van de organisatie is in deze fasen verschillend.

### 5.2 Organisatie tijdens gegevensverzameling en gegevensverwerking

#### 5.2.1 Gegevensverzameling

Door uitvoering van de NS2 in LINH-praktijken is het vanzelfsprekend om bij de organisatie van de gegevensverzameling ten behoeve van de NS2 uit te gaan van de bestaande organisatie en werkwijze van LINH. Voor de NS2 zal daarbij onderscheid gemaakt worden tussen

- a) de verschillende onderdelen van de contactregistratie (met uitzondering van de video-registratie), die plaatsvindt door middel van aan de HISsen gekoppelde programmatuur
- b) de patiëntregistratie en de patiëntenquête
- c) de video-registratie en de huisarts-/praktijkassistente-enquête.

##### 5.2.1.1 Contactregistratie

Zoals in hoofdstuk 4 beschreven, wordt bij de contactregistratie onderscheid

gemaakt tussen 4 onderdelen waarvoor HIS-registratieprogramma's worden gebruikt (basisgegevens betreffende contacten, contactdiagnoses, verrichtingen tijdens contacten en additionele diagnose-specifieke gegevens). Deels zijn hiervoor in de LINH-praktijken reeds registratieprogramma's in gebruik, deels zullen t.b.v. de NS2 additionele programma's ingezet worden. Deze additionele programma's zullen deels continu (registratie van contactdiagnoses), deels gedurende een beperkte periode worden gebruikt (zie paragraaf 4.3.1).

De uitvoering van de verschillende onderdelen van de contactregistratie door de deelnemende huisartsen zal worden aangestuurd en begeleid door de regionale netwerkbeheerders en automatiseringsdeskundigen van LINH, die ten tijde van de NS2 extra ondersteund worden. Hun taken zijn:

- testen van additionele programmatuur ('droog' en in testpraktijken)
- ontwikkelen van gebruikershandleidingen
- uitzetten van de registratieprogramma's in de deelnemende praktijken
- instrueren van de huisartsen/praktijkassistenten
- oplossen van problemen tijdens de registratie in de deelnemende praktijken
- ondersteuning bij het verkrijgen van een patiëntenbestand in digitale vorm (zie 5.2.1.2)
- uitspoelen en checken van de gegevens en aanleveren van de gegevens voor het centrale gegevensbestand.

#### *5.2.1.2 Patiëntregistratie en patiëntenquête*

De gegevensverzameling in het kader van de patiëntregistratie en de patiëntenquête wordt uitbesteed aan externe onderzoeksbureaus. Voor de patiëntregistratie en de patiëntenquête is het nodig om bij aanvang van de contactregistratie te beschikken over een patiëntenbestand (in digitale vorm) van de deelnemende praktijken. Dit bestand zal met hulp van de regionale LINH-netwerkbeheerders worden aangemaakt. Dit patiëntenbestand zal 12 maanden na de aanvang van de contactregistratie een tweede maal worden aangemaakt ten behoeve van het verzamelen van gegevens bij nieuw in de praktijk ingeschreven patiënten.

#### *5.2.1.3 Video-registratie en huisarts-/praktijkassistenten-enquête*

De gegevensverzameling in het kader van de video-registratie en de huisarts-/praktijkassistenten-enquête zal worden aangestuurd en begeleid door daartoe aangestelde 'veldwerkers' onder leiding van een veldwerkorganisator. De veldwerkers hebben daarbij tot taak:

- begeleiden van de video-registratie van spreekuurcontacten
- huisarts-/praktijkassistenten-enquête: instructie, verspreiding, inname en controle.

#### 5.2.1.4 *Het centrale gegevensbestand*

De invoer en opslag van de gegevens in het centrale gegevensbestand vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een systeembeheerder. De uit de computers in de huisartspraktijken uitgespoelde gegevens worden na een eerste controle door de regionale LINH-netwerkbeheerders aangeleverd aan de systeembeheerder. Na een uitgebreide kwaliteitscontrole en eventuele correcties worden de gegevens opgenomen in een centraal gegevensbestand.

De aangeleverde gegevens zullen zowel gebruikt worden om vraagstellingen in het kader van de NS2 te beantwoorden als voor de reguliere LINH-rapportages conform het LINH-werkplan. Speciale aandacht wordt daarom geschonken aan de continuïteit van de gegevens ten behoeve van de reeds lopende LINH-registraties. Deze gegevens zullen afzonderlijk toegankelijk gemaakt worden teneinde de continuïteit in de LINH-rapportages niet te doorbreken.

#### 5.2.1.5 *Aansturing van de gegevensverzameling*

De activiteiten van de regionale LINH-netwerkbeheerders worden aangestuurd door de logistiek LINH-coördinator. De activiteiten van de externe onderzoeksbureaus en de veldwerkers worden aangestuurd door een veldwerkorganisator. Beiden hebben tot taak het verloop van de gegevensverzameling te bewaken. Ten tijde van de gegevensverzameling vindt frequent gezamenlijk werkoverleg plaats van de logistiek LINH-coördinator, de veldwerkorganisator en de systeembeheerder met de LINH- en NS2-projectleiding. Daarnaast wordt periodiek over de voortgang van de gegevensverzameling met een uitgebreidere LINH-vertegenwoordiging overlegd.

### 5.2.2 *Gegevensstromen*

#### 5.2.2.1 *Inleiding*

Bij de NS2 zijn veel actoren betrokken bij het verzamelen, overbrengen en verwerken van de gegevens. Daarom zal veel aandacht besteed worden aan de onderlinge afstemming en coördinatie teneinde een zo soepel mogelijk verlopende gegevensverzameling te realiseren. Hier worden de gegevensstromen in grote lijnen weergegeven.

#### 5.2.2.2 *Patiëntregistratie*

De verantwoordelijkheid voor het vervaardigen van een patiëntbestand in de deelnemende praktijken ligt bij de regionaal LINH-netwerkbeheerder en het LINH-automatiseringsteam. De regionaal LINH-netwerkbeheerder assisteert zo nodig bij het uitspoelen en formatteren van de gegevens uit de huisartspraktijk. De controle op de uitgespoelde gegevens ligt in handen van de regionaal LINH-netwerkbeheerder

(compleetheid) en de NS2-systeembeheerder. De verzending en ontvangst van de registratieformulieren, de verwerking en het aanleveren van de gegevens wordt uitgevoerd door een extern bureau. Samenwerking en afstemming vindt plaats met de praktijkassistente(n) in de betreffende praktijk, en waar nodig wordt de huisarts geraadpleegd.

#### 5.2.2.3 *Patiëntenquête*

Uit het “geschoonde” patiëntbestand dat t.b.v. de patiëntregistratie wordt aangeemaakt wordt door de NS2-systeembeheerder een aselechte steekproef getrokken van 100 patiënten per huisarts.

#### 5.2.2.4 *Contactregistratie*

Deze gegevens worden door huisartsen en praktijkassistenten geregistreerd. De primaire verantwoordelijkheid voor het uitspoelen en aanleveren van de gegevens ligt bij de aan de huisartspraktijk gekoppelde regionaal LINH-netwerkbeheerder. De uit de controle van de gegevens voortvloeiende activiteiten, en activiteiten die verband houden met de kwaliteitsbewaking van de gegevens worden ook door de regionaal LINH-netwerkbeheerder uitgevoerd. Samenwerking en afstemming met de praktijkassistenten en de huisarts is noodzakelijk.

#### 5.2.2.5 *Video-registratie*

Voor het verzamelen van de gegevens middels video-opnamen worden veldwerkers apart geïnstrueerd. Zij zijn verantwoordelijk voor de verzameling van de benodigde gegevens (zowel de video-opnames als de daaraan gekoppelde invulling van registratieformulieren). In overleg tussen de logistiek LINH-coördinator en de veldwerkorganisator zal afstemming plaatsvinden om overlap met andere activiteiten te voorkomen en met de huisartspraktijk om een geschikt tijdstip vast te leggen.

#### 5.2.2.6 *Huisarts-/praktijkassistente-enquête*

Deze eenmalige enquête zal door veldwerkers uitgereikt en ingenomen worden, en gecontroleerd op compleetheid van invulling in afstemming met de regionaal LINH-netwerkbeheerder.

#### 5.2.3 *Gegevensverwerking*

Na opname van de gegevens in het centrale gegevensbestand vindt een verdere controle van de kwaliteit van de gegevens, de schoning van de gegevensbestanden en de constructie van ziekte-episoden plaats. Deze activiteiten worden uitgevoerd door onderzoekers, daarbij ondersteund door een medisch administrateur. Een deel van de controle op de kwaliteit van de gegevens en de episode-constructie zal



geautomatiseerd plaatsvinden waarna een handmatige controle dient te worden uitgevoerd. Deze activiteiten vinden zoveel mogelijk al tijdens de gegevensverzameling plaats.

#### 5.2.4 *Leiding en coördinatie tijdens de gegevensverzameling en gegevensverwerking*

De dagelijkse leiding van de gegevensverzameling en gegevensverwerking berust bij de twee projectleiders van NS2 en de LINH-projectleider. Deze hebben tot taak de voortgang te bewaken van

- de gegevensverzameling
- de opslag van gegevens in het centrale gegevensbestand
- de procedures t.a.v. de kwaliteit van de gegevens
- de gegevensverwerking.

Daarnaast geven zij leiding aan de voorbereiding van de uitvoering van de kernstudies en van de kernrapportages.

Frequent vindt werkoverleg plaats tussen de logistiek coördinator LINH, de veldwerkorganisator, de systeembeheerder en de LINH- en NS2-projectleiders. Doel van het overleg is informatie-uitwisseling m.b.t. de voortgang van de gegevensverzameling, m.b.t. het gevoerde beleid, afstemming van werkzaamheden, signaleren en bespreken van opgetreden resp. mogelijk optredende problemen. Periodiek wordt over de voortgang van de gegevensverzameling met een uitgebreidere LINH-vertegenwoordiging overlegd.

De NS2-projectleiders zijn daarnaast verantwoordelijk voor de contacten met de samenwerkingspartners binnen en buiten het NIVEL en het RIVM, die participeren in de NS2. Uitgangspunt is dat beide NS2-projectleiders onderling volledig uitwisselbaar zijn waardoor continuïteit is gegarandeerd. Wel wordt de volgende 'portefeuille-verdeling' gehanteerd:

#### **NS2-projectleider I (GW)**

- patiëntregistratie
- patiëntenquête
- afstemming met RIVM (VTV, CZO)
- contacten met deel van externe samenwerkingspartners
- supervisie over veldwerkorganisator

**NS2-projectleider II (FS)**

- contactregistratie (inhoudelijke aspecten)
- video-registratie
- huisartsenquête
- contacten met deel van externe samenwerkingspartners
- personeel
- beheer
- budget
- planning

**LINH-projectleider (DdB):**

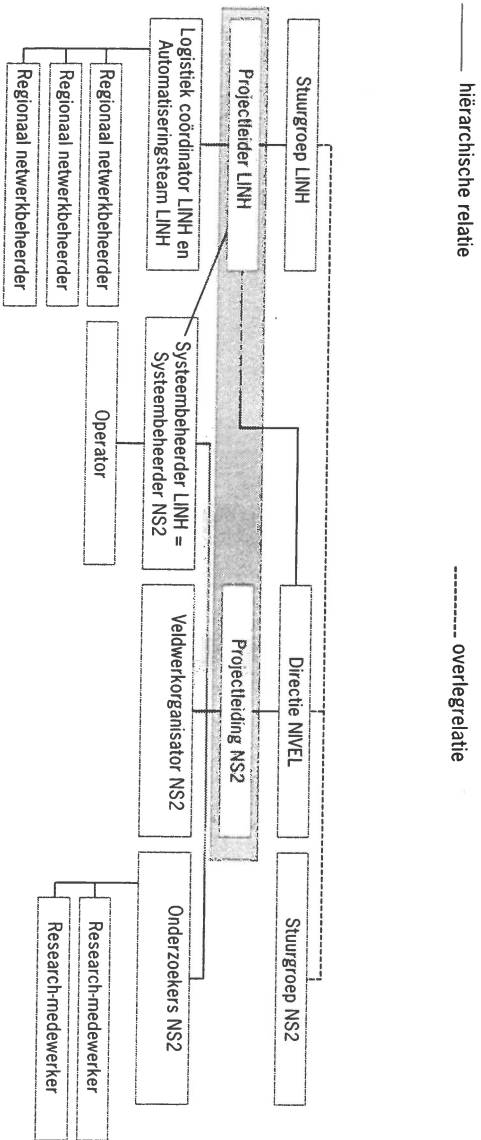
- contactregistratie (automatiseringsaspecten)
- supervisie over logistiek coördinator en systeembeheerder.

De NS2- en LINH-projectleiders rapporteren maandelijks aan de NIVEL-directie over de voortgang van de gegevensverzameling, leggen verantwoording af over het gevoerde beleid, resp. overleggen over problemen.

Een stuurgroep ziet toe op het verloop van de gegevensverzameling en de besteding van de subsidiegelden. Tevens worden belangrijke wijzigingen ten opzichte van het voorliggende projectplan voor goedkeuring voorgelegd aan de NS2-stuurgroep. In de stuurgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: ZON, VWS, ZN, LHV, NHG, RIVM.

De organisatiestructuur ten tijde van de gegevensverzameling en -verwerking is in een schema op de volgende pagina samengevat.

**Schema**  
 Organisationsstructuur ten tijde van de Gegevensverzameling en gegevensverwerking voor de tweede Nationale Studie



### 5.3 Organisatie tijdens analyse- en rapportagefase

Tijdens deze fase ligt de nadruk op onderzoeksactiviteiten, d.w.z. het uitvoeren van de kernstudies en de productie van de kernrapportages. Deze activiteiten worden door onderzoekers uitgevoerd, aangestuurd door de projectleiding, bestaande uit DdB, FS en GW. In de eerste periode ligt de prioriteit bij het produceren van de vijf voorgenomen kernrapporten (zie paragraaf 3.2). Per kernrapport zal een projectgroep worden samengesteld, bestaande uit de betreffende onderzoeker(s) en een van de NS2-projectleiders, desgewenst aangevuld met andere deskundigen. Research-medewerkers zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van databestanden voor de analyses en voor assistentie bij de analyses van de gegevens. Voor de bewaking van de voortgang van de analyses en rapportage worden de gebruikelijke interne NIVEL-procedures aangehouden. De begeleiding van de productie van de kernrapporten is als volgt verdeeld over de projectleiding:

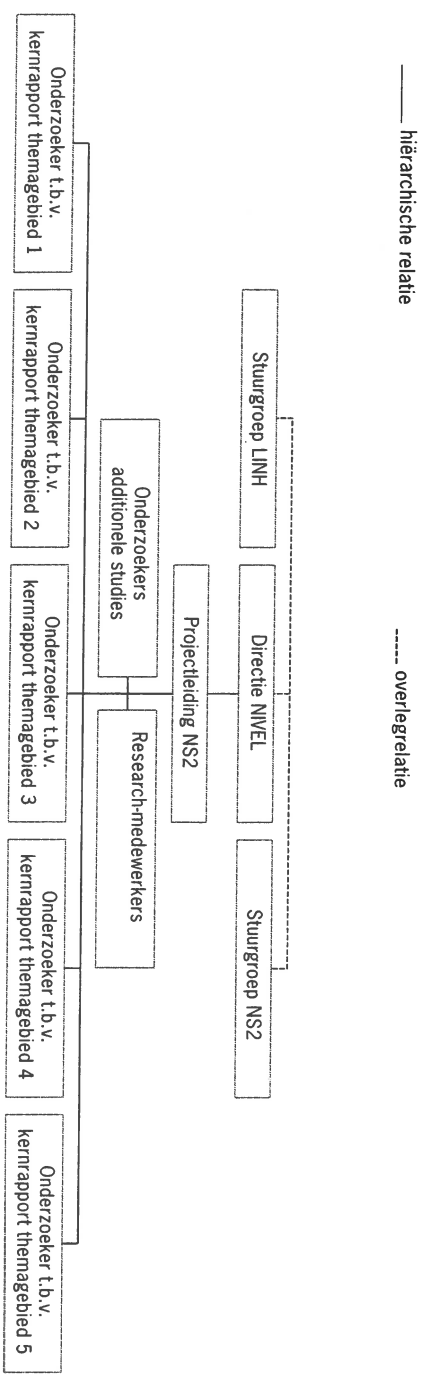
#### **Werktitel**

<i>De gezondheidstoestand van de bevolking</i>	FS
<i>Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk</i>	DdB
<i>Verschillen in gezondheid en zorggebruik</i>	GW
<i>Kwaliteit van de huisartsenzorg</i>	(WOK)
<i>Organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen</i>	FS

Teneinde de analyse- en rapportage-activiteiten onderling af te stemmen en te coördineren vindt regelmatig een onderzoekersoverleg plaats waarvan de NS2-onderzoekers en de projectleiding de kern vormen. Ook andere onderzoekers van de samenwerkingspartners die additionele studies uitvoeren zullen hieraan deelnemen. Doel van dit overleg is het informeren van de onderzoekers over de structuur van de gegevensbestanden, achtergronden van de gegevensverzameling, kwaliteit van de gegevens, kengetallen, etc..

De taak van de NS2-stuurgroep in deze fase is het toezien op het verloop van de analyses en de rapportages. De organisatiestructuur ten tijde van de analyse- en rapportagefase is in een schema op de volgende pagina samengevat.

**Schema**  
 Organisationsstructuur ten tijde van de analyse- en rapportagefase van de tweede Nationale Studie



## **5.4 Organisatie van de samenwerking**

### *5.4.1 Inleiding*

De NS2 is te beschouwen als een omvangrijk onderzoeksprogramma waarin niet alleen onderzoekers van het NIVEL, LINH, WOK en RIVM maar ook anderen participeren middels de uitvoering van additionele studies. In de voorbereidingsfase zijn de onderzoeksvragen van alle betrokkenen o.a. getoetst op hun inpasbaarheid in de NS2, is de gegevensbehoefte geïnventariseerd en verwerkt in de meetinstrumenten.

Tijdens de fase van de gegevensverzameling beperkt de samenwerking met de 'externe' onderzoekers zich tot het op de hoogte houden van de voortgang en, waar nodig, consulteren van de onderzoekers in geval dat nodig blijkt. De samenwerking zal met name vorm krijgen na 'oplevering' van de gegevensbestanden.

### *5.4.2 Samenwerking met LINH*

De samenwerking in het kader van de NS2 met LINH is gerealiseerd door de goedkeuring die de LINH-stuurgroep heeft gegeven aan het onderhavige projectplan en het daarin opgenomen onderzoeksprogramma. Wat betreft het eigendom van de gegevens geldt als uitgangspunt dat de gegevens die in het kader van LINH-registraties al verzameld worden, beschouwd worden als LINH-gegevens en uiteraard zonder meer gebruikt kunnen worden voor de geplande LINH-rapportages (conform het LINH-werkplan) met LINH-onderzoekers als auteurs. Bij publicaties waarin uitsluitend gegevens gebruikt worden die in het kader van de NS2 zijn verzameld volstaat de vermelding dat de gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in LINH-praktijken. Bij publicaties waarin beide typen gegevens gebruikt worden, worden voorafgaand aan publicatie afspraken gemaakt over co-auteurschap van LINH- en NS2-onderzoekers.

De afspraken m.b.t. inzage in publicaties, zoals die binnen de LINH-organisatie vige- ren, zijn ook van toepassing op publicaties uit de tweede Nationale Studie. Deze houden in dat publicaties vooraf goedkeuring behoeven van de LINH-stuurgroep. Op grond van ervaringen met de eerste Nationale Studie zullen, naast uitvoering van het voorliggende onderzoeksprogramma van de tweede Nationale Studie zoals in dit projectplan omschreven, additionele verzoeken gedaan worden om gegevens ter beantwoording van nieuwe, secundaire vraagstellingen of verzoeken om informatie op basis van gegevens uit de tweede Nationale Studie. Deze verzoeken zullen conform de huidige afspraken binnen de LINH-organisatie aan de LINH-stuurgroep worden voorgelegd na het opstellen van een pré-advies door de NS2-stuurgroep.

#### 5.4.3 *Samenwerking met RIVM*

Het kader van de samenwerking tussen het NIVEL en RIVM wordt vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst waarin wederzijdse rechten en plichten staan beschreven. Uitgangspunt daarbij is dat de voor VTV relevante onderdelen, te weten de kernrapportages m.b.t. themagebied 1 (Monitoring van gezondheid), themagebied 2 (Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits) en themagebied 3 (Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg) door het NIVEL in samenwerking met het RIVM worden opgesteld.

#### 5.4.4 *Samenwerking met WOK*

Als samenwerkingspartner neemt de WOK binnen de tweede Nationale Studie een bijzondere positie in. In het kader van de tweede Nationale Studie wordt via twee invalshoeken met de WOK samengewerkt: enerzijds via de LINH-organisatie waarin de WOK een van de participanten is en anderzijds binnen het onderzoeksprogramma van de NS2 binnen themagebied 4 (Kwaliteit van de huisartsenzorg) en themagebied 5 (Organisatie van de huisartsenzorg). De samenwerking met de WOK in LINH-verband maakt onderdeel uit van de samenwerking met LINH (zie 5.4.2). Ten aanzien van de samenwerking binnen de themagebieden 4 en 5 wordt in de NS2 onderzoekersformatie gereserveerd voor de WOK ter realisering van het kernrapport “Kwaliteit van de huisartsenzorg” en de kernstudies 4.1.1 (Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk) en 5.1.4 (Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg) (zie bijlage II).

#### 5.4.5 *Samenwerking met andere partners*

De uitvoering van additionele studies, deels door het NIVEL, deels door andere dan de bovengenoemde samenwerkingspartners vinden plaats onder begeleiding van de respectievelijke projectleider. Bij problemen vindt overleg plaats tussen de NS2-projectleiding en de betreffende projectleider. Onderzoekers die betrokken zijn bij additionele studies die deel uitmaken van dit projectplan voor de NS2 nemen deel aan een onderzoekersoverleg. In de op te stellen samenwerkingsovereenkomst wordt ook opgenomen dat een concept-publicatie, waarin door onderzoekers van additionele studies gegevens van de NS2 en/of LINH worden gebruikt, vóór de aanbidding aan een redactie (in geval van een artikel of hoofdstuk van een boek), resp. vóór verzending naar de drukker (in geval van een eigen boek of rapport) ter beoordeling voorgelegd aan de NS2-projectleiding. Deze beoordeling is gericht op het juiste gebruik en interpretatie van de gegevens en de uitkomsten. Daarnaast wor-

den publicaties voorgelegd aan de NS2-stuurgroep en aan de LINH-stuurgroep. De samenwerking met deze partners wordt vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

## **5.5 Privacy van patiënten, huisartsen en praktijkassistenten**

In het kader van de NS2 zullen veel privacy-gevoelige gegevens verzameld worden. Het is daarom van groot belang om de herleidbaarheid van deze gegevens tot individuele personen (zowel patiënten als huisartsen en praktijkassistenten) volledig af te schermen. Voor de NS2 is een apart, juridisch getoetst privacy-reglement opgesteld dat is aangemeld bij de Registratiekamer.



## 6 Planning

### 6.1 Globale tijdsplanning en tijdsplanning per deelnemende huisartspraktijk

#### 6.1.1 Globale tijdsplanning

Naast de fase van de voorbereiding van de gegevensverzameling valt de NS2 in twee fasen uiteen, die van de gegevensverzameling en die van de analyse en rapportage. Van een strikte scheiding in de tijd tussen deze twee fasen zal in werkelijkheid geen sprake zijn. Globaal wordt de volgende tijdfasering aangehouden:

januari - maart 2000	voorbereiding van de gegevensverzameling
april 2000 - december 2001	gegevensverzameling, schonen van gegevens en episode-constructie
januari 2002 - december 2003	analyse en rapportage kernstudies

#### 6.1.2 Tijdsplanning per deelnemende huisartspraktijk

De hieronder weergegeven tijdsplanning kan per praktijk variëren wat betreft volgorde van de diverse activiteiten en de tijdstippen waarop deze plaatsvinden.

vooraf	* 'afname' Visitatie Instrument Praktijkvoering
week -4 (4 weken voor T-0)	* implementatie registratieprogramma contactdiagnose en proefregistratie (gedurende 4 weken)
week -2 (2 weken voor T-0)	* uitspoel patiëntenbestand t.b.v. 1e ronde patiëntregistratie en trekken steekproef patiëntenquête
week 1-52 (continu)	* registratieprogramma's LINH: basisgegevens contacten, prescriptie, verwijzen
	* start registratieprogramma contactdiagnosen (gedurende 52 weken)

week 5-48	* uitvoering van de patiëntenquête (in vier 'golven' verdeeld over 4 kwartalen)
week 13	* 1e uitspoel van alle geregistreerde gegevens
week 16	* start registratieprogramma additionele contactgegevens (registratie gedurende 2 weken)
week 22	* start registratieprogramma additionele verrichtingen (gedurende 6 weken)
week 26	* invullen huisarts-/praktijkassistente-enquête
week 39	* 2e uitspoel van alle geregistreerde gegevens
week 40	* 3e uitspoel van alle geregistreerde gegevens
	* start registratieprogramma gegevens t.b.v. follow-up studies (gedurende max. 12 weken) resp. video-registratie (gedurende 2 dagen)
week 50	* 2e uitspoel patiëntenbestand (t.b.v. patiëntregistratie bij nieuw ingeschreven patiënten)
week 53	* 4e uitspoel van alle geregistreerde gegevens
	* uitvoering 'detectieprogramma' voor het optimaliseren van de z.g. probleemlijst en uitspoelen van de probleemlijst

Voor de NS2 is een geleidelijke start van de gegevensverzameling voorzien: in een periode van plm. 3 maanden wordt de registratie in alle praktijken gestart. Voor de eerst startende groep praktijken begint week 1 op 3 april 2000, voor de laatst startende groep praktijken begint week 1 op 26 juni 2000.

Voor de eerst startende groep praktijken is de gegevensverzameling t.b.v. de NS2 op 2 april 2001 ten einde, voor de laatst startende groep op 2 juli 2001.

Uitgaande van een gelijkelijke verdeling over 3 maanden en 160 deelnemende huisartsen wordt iedere week door 12-13 huisartsen tegelijk gestart, en 12 maanden later geëindigd.

## 6.2 Voorbereiding van de gegevensverzameling

- januari - maart 2000
- oplevering HIS-registratieprogramma's
  - testen software
  - definitieve vaststelling variabelen patiëntregistratie
  - definitief ontwerp video-registratie
  - definitief ontwerp gegevensstromen
  - definitieve vaststelling huisartsenquête
  - ontwerpen kwaliteitsprocedures
  - voorlichting en instructie huisartsen/praktijkassistenten

## 6.3 Gegevensverzameling

### 6.3.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 4.1 is uiteengezet wordt de gegevensverzameling van de NS2 modulair opgebouwd. In deze paragraaf wordt de tijdsplanning van de diverse modules en de onderlinge relatie en opeenvolging uiteen gezet.

### 6.3.2 LINH-registratieprogramma's

Op het moment van de start van de gegevensverzameling van de NS2 zijn in alle praktijken de registratieprogramma's van het LINH-project geïmplementeerd. Het betreft hier de prescriptiemodule, de verwijsmodule en de contactmodule.

### 6.3.3 Registratieprogramma contactdiagnose

Het chronologisch eerste te implementeren registratieprogramma van de NS2 is dat van de registratie van contactdiagnoses, gecodeerd volgens de ICPC en het coderen van de diagnose als 'nieuw' / 'bekend' ten behoeve van de episodeconstructie (zie paragraaf 4.3.4.2).

Deze module wordt zo snel mogelijk na oplevering getest. Installatie in de deelnemende praktijken vindt plaats 4 weken voor de begindatum van de 12 maanden morbiditeitsregistratie. In deze periode kan de deelnemende huisarts wennen aan de registratie en kunnen de 'kinderziekten' en vragen die tijdens het gebruik rijzen worden geattaqueerd.

De in deze module geregistreerde gegevens worden vanaf 3 april 2000 (of een latere datum indien in de betreffende huisartspraktijk later wordt gestart) over een

periode van 12 maanden uitgespoeld en in het centrale gegevensbestand van de NS2 opgeslagen.

#### 6.3.4 *Patiëntregistratie*

De inventarisatie van de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen vindt plaats minimaal 14 dagen voorafgaande aan de start van de registratieperiode van de morbiditeitsgegevens (zie paragraaf 6.3.3), d.w.z. dat uiterlijk 15 maart 2000 voor de eerst startende groep praktijken de peildatum is van de samenstelling van de praktijkpopulatie. Deze periode wordt gebruikt om de voor de patiëntregistratie benodigde werkzaamheden uit te voeren (zie paragraaf 4.3.2).

#### 6.3.5 *Patiëntenquête*

De identificatie van de voor de patiëntenquête in aanmerking komende patiënten (d.m.v. steekproeftrekking) heeft plaatsgevonden op basis van het ten behoeve van de patiëntregistratie uitgespoelde patiënt-bestand. De uitvoering van de patiëntenquête vindt buiten de huisartspraktijk om plaats. Gestreefd wordt naar afname van de enquêtes bij alle patiënten uit eenzelfde huisartspraktijk in 4 periodes van 2 weken, verdeeld over 12 maanden.

#### 6.3.6 *Registratieprogramma's voor andere onderdelen van de contactregistratie (m.u.v. de video-registratie)*

Voor alle afzonderlijke registratieprogramma's geldt een uniform testschema alvorens de programma's in de deelnemende praktijken worden geïnstalleerd. De installatie en het gebruik wordt begeleid door een schriftelijke handleiding en persoonlijke instructie van de gebruikers.

#### 6.3.7 *Video-registratie*

Door middel van een registratie van het spreekuur van twee achtereenvolgende dagen op videoband worden gegevens verzameld m.b.t. de arts-patiëntcommunicatie. Hiertoe is een veldwerker gedurende 1-2 dagen in de praktijk aanwezig.

#### 6.3.8 *Huisarts-/praktijkassistenten-enquête*

Deze eenmalige schriftelijke enquête wordt aan alle deelnemende huisartsen en praktijkassistenten uitgereikt ter invulling.

### 6.3.9 *Schonen van de gegevens*

Vanaf de opname van de eerste geregistreerde gegevens in het centrale gegevensbestand worden geautomatiseerde controle-activiteiten uitgevoerd op de gegevens en vindt de episode-constructie plaats. Indien op grond hiervan correcties in de gegevens nodig blijken en/of nadere informatie uit de huisartspraktijk nodig is wordt hierin zo snel mogelijk voorzien en worden correcties doorgevoerd. Op deze wijze kan geleidelijk aan, met een vertraging van enkele weken op de ontvangst van de ruwe data, een geschoond gegevensbestand worden opgebouwd. Het complete geschoonde gegevensbestand is dan eind 2001 ter beschikking.

### 6.3.10 *Episode-constructie*

De clustering van deelcontact-diagnoses tot ziekte-episodes kan feitelijk pas na afloop van de gehele morbiditeitsregistratieperiode worden uitgevoerd, omdat dan pas per patiënt een volledig overzicht van alle geregistreerde diagnoses beschikbaar is. Op grond van de ervaringen in de NS1, met name vanwege het grote aantal episoden dat uit slechts 1 contact bestaat, kan echter al na een registratieperiode van 3 maanden met de constructie van episoden worden begonnen.

Dit heeft wel tot consequentie dat de contactdiagnosegegevens van een patiënt vaker dan een keer zullen worden beoordeeld. Door toepassing van een algoritme zal de eerste stap in de episode-constructie geautomatiseerd plaatsvinden. Daarna vindt handmatige controle plaats. De gegevens over ziekte-episodes zijn in het najaar van 2001 ter beschikking.

## **6.4 Analyse en rapportage**

### 6.4.1 *Kernrapportages*

Met het beschikbaar komen van geschoonde gegevensbestanden in najaar 2001 zullen de jaren 2002 en 2003 besteed worden aan het analyseren van de gegevens en het opstellen van de kernrapporten. Daarvoor zullen de analyseplannen al zijn opgesteld en proefanalyses uitgevoerd. Ook wordt ernaar gestreefd dat de morbiditeitsgegevens voor de VTV-rapportage in 2002 tijdig ter beschikking zijn. Gestreefd wordt naar publicatie van de kernrapporten zowel op traditionele wijze in boek-/rapportvorm als op digitale wijze, op CD-ROM en/of Internet.

#### 6.4.2 *Rapportages van additionele studies*

Voor elk afzonderlijk deelproject zal een eigen planning opgesteld worden, uitgaande van de beschikbaarheid van de gegevens per eind 2001.

#### 6.4.3 *Spiegelinformatie*

Gedurende de eerste maanden van het kalenderjaar 2002 zal voor alle deelnemende praktijken spiegelinformatie worden opgesteld waarin de door de patiënten, huisartsen en praktijkassistenten aangeleverde gegevens aan hen worden teruggekoppeld in vergelijking met regionale en/of landelijke gegevens. De productie van deze spiegelinformatie zal zoveel mogelijk geautomatiseerd worden. Huisartsen bij wie een video-registratie van consulten is uitgevoerd, ontvangen apart feedback over hun werkwijze in een persoonlijk gesprek met een ter zake kundige gedragswetenschapper.

# Bijlage I

## Afkortingen

ATC	Anatomical Chemical Therapeutical - Geneesmiddelen classificatie systeem
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CVA	Cerebro-vasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen (voorheen: Ziekenfondsraad)
CZO	Centrum voor Zorgonderzoek (RIVM)
fte	full-time equivalent
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg
FTTO	Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIS	Huisarts Informatie Systeem
HES	Health Examination Survey
ICPC	International Classification of Primary Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Pharmacie
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NS1, resp. NS2	Eerste, resp. tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk
PAO	Post-academisch onderwijs
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SF-36	MOS Short-Form 36 (vragenlijst voor het meten van ervaren gezondheid)
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg

SOEP	Subjectief-Objectief-Evaluatie-Plan (structuur voor registratie van contactgegevens)
UHI	Universitair Huisartsen Instituut / Vakgroep Huisartsgeneeskunde
VIP	Visitatie Instrument Praktijkvoering
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCIA	Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit



## **Bijlage II**

### **Overzicht van kernstudies en additionele studies naar themagebied**

#### **Inleiding**

Zoals in hoofdstuk 2 van het projectplan is uiteengezet bestrijkt de tweede Nationale Studie de volgende vijf themagebieden:

1. Monitoring van gezondheid
2. Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits
3. Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg
4. Kwaliteit van de huisartsenzorg
5. Organisatie van de huisartsenzorg.

Binnen elk themagebied wordt onderscheid gemaakt tussen z.g. kernstudies en additionele studies.

De kernstudies omvatten analyses op het betreffende themagebied en een beschrijving van de referentiegegevens in de vorm van tabellaire overzichten op het betreffende terrein. In de tweede Nationale Studie worden de kernstudies uitgevoerd, zowel de gegevensverzameling als de analyse en rapportage.

De additionele studies betreffen studies die dieper ingaan op een deelterrein van het themagebied. In het kader van de tweede Nationale Studie zullen voor de additionele studies wel de gegevens worden verzameld, maar voor de analyse en de rapportage van de additionele studies worden andere financieringsbronnen gezocht. In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de kernstudies en additionele studies onderverdeeld naar de vijf themagebieden. Daarna volgt van elke kernstudie en additionele studie een korte beschrijving.

## **Overzicht van kernstudies en additionele studies naar themagebied**

### **Themagebied 1.**

#### **Monitoring van gezondheid**

- 1.1 *Kernstudies*
  - 1.1.1 *Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk*
  - 1.1.2 *Psychische problemen en stoornissen*
  - 1.1.3 *Comorbiditeit*
- 1.2 *Additionele studies*
  - 1.2.1 *Aandoeningen op de kinderleeftijd*
  - 1.2.2 *Hartritmestoornissen*
  - 1.2.3 *Psychische comorbiditeit en sociale problemen bij mensen met maagklachten*
  - 1.2.4 *Obstructieve luchtwegaandoeningen*

### **Themagebied 2.**

#### **Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits**

- 2.1 *Kernstudies*
  - 2.1.1 *Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg*
  - 2.1.2 *Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing*
  - 2.1.3 *Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg*
  - 2.1.4 *Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie*
  - 2.1.5 *Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen*
- 2.2 *Additionele studies*
  - 2.2.1 *Determinanten van het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat*
  - 2.2.2 *Determinanten van ervaren en aan de huisarts aangeboden luchtwegklachten*
  - 2.2.3 *Gezinsgeneeskundige aspecten van gepresenteerde morbiditeit*
  - 2.2.4 *Palliatieve zorg in de huisartspraktijk*
  - 2.2.5 *Zorggebruik bij een cerebro-vasculair accident (CVA)*
  - 2.2.6 *Verloskundige zorgverlening en kraamzorg in de huisartspraktijk*
  - 2.2.7 *De waarde van symptomen, beloop en andere kenmerken bij de vroege diagnostiek van kanker*
  - 2.2.8 *Het nut van gastroscopie*

- 2.2.9 *Diffusie van nieuwe farmaca in de huisartspraktijk*
- 2.2.10 *Comorbiditeit en polyfarmacie*
- 2.2.11 *Het inroepen van hulp van de huisarts bij psychische problemen van kinderen en jeugdigen*

### **Themagebied 3.**

#### **Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg**

- 3.1 *Kernstudies*
  - 3.1.1 *Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten*
  - 3.1.2 *Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen*
  - 3.1.3 *Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen*
  - 3.1.4 *Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg*
- 3.2 *Additionele studies*
  - 3.2.1 *Gezondheid en zorggebruik van migranten*
  - 3.2.2 *Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen*
  - 3.2.3 *Arbeid en gezondheid*
  - 3.2.4 *Ervaren gezondheid van vrouwen in verschillende levensfasen*
  - 3.2.5 *Uro(gynaeco)logische klachten, sekse en huisartsenzorg*
  - 3.2.6 *Ouderen en veroudering*
  - 3.2.7 *Morbiditeit en verrichtingen bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk*
  - 3.2.8 *De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen*

### **Themagebied 4.**

#### **Kwaliteit van de huisartsenzorg**

- 4.1 *Kernstudies*
  - 4.1.1 *Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk*
  - 4.1.2 *Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie*
  - 4.1.3 *Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg*
- 4.2 *Additionele studies*
  - 4.2.1 *De kwaliteit van het diagnostisch handelen*
  - 4.2.2 *Het handelen van huisartsen bij borstklachten*
  - 4.2.3 *Het gebruik van regionale geneesmiddelenformularia*

- 4.2.4 *Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten*
- 4.2.5 *Huidaandoeningen bij kinderen: beloop en beleid in de huisartspraktijk*
- 4.2.6 *Antibioticagebruik bij urineweginfecties*

## **Themagebied 5.**

### **Organisatie van de huisartsenzorg**

- 5.1 *Kernstudies*
  - 5.1.1 *Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep (HAGRO)*
  - 5.1.2 *Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg*
  - 5.1.3 *Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg*
  - 5.1.4 *Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg*
  - 5.1.5 *Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg*
- 5.2 *Additionele studies*
  - 5.2.1 *Management van de huisartspraktijk*
  - 5.2.2 *Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk*
  - 5.2.3 *De relatie tussen praktijk- en huisartskenmerken en het gebruik van diagnostische voorzieningen*

Korte beschrijving van kernstudies en additionele studies

## **Themagebied 1**

### **Monitoring van gezondheid**

#### *1.1 Kernstudies*

##### *1.1.1 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. F.G. Schellevis (NIVEL)  
dr. G.P. Westert (RIVM)

Een belangrijke aanleiding voor de tweede Nationale Studie (NS2) is de behoefte aan nationaal representatieve gegevens uit huisartspraktijken over gezondheidsproblemen en ziekten die aan de huisarts worden gepresenteerd. Deze gegevens zijn van belang voor het rapport Volksgezondheids Toekomst Verkenning in 2001, maar vormen tevens een basis voor alle andere deelstudies binnen de NS2. Deze studie geeft antwoord op de vraag: welke ziekten worden door patiënten gerapporteerd bij een gezondheidsenquête, wat zijn de incidenties en prevalenties van aan de huisarts gepresenteerde ziekten en hoe is de verdeling daarvan naar leeftijd, geslacht en sociaal-demografische determinanten?

##### *1.1.2 Psychische problemen en stoornissen*

Projectleiding: dr. P. Verhaak (NIVEL)  
Samenwerking: RIVM

De positie van de huisarts bij psychische problemen staat in het middelpunt van de belangstelling. Enerzijds betreft het de vraag in hoeverre de huisarts psychische problemen voldoende onderkent, resp. in welke mate personen met psychische problemen de huisarts consulteren en deze problemen ter sprake brengen. Anderzijds betreft het de vraag rond de poortwachtersfunctie van de huisarts, de toegankelijkheid van de GGZ en de door de huisarts zelf verleende zorg. In het kader van deze studie van de NS2 wordt nagegaan in hoeverre patiënten met een gedefinieerde psychische stoornis (DSM-IV) zich tot de huisarts wenden en met welke factoren de presentatie aan de huisarts samenhangt, in hoeverre de huisarts de psychische stoornis herkent en welke zorg de huisarts verleent.

### 1.1.3 Comorbiditeit

Projectleiding: dr. F.G. Schellevis (NIVEL)

Samenwerking: RIVM

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht

Het fenomeen comorbiditeit (personen met een specifieke ziekte die ook met andere ziekten bekend zijn) is nog maar recent onderkend als een onderbelicht terrein. In het kader van de NS2 zal de multimorbiditeit, sociaal-demografische determinanten daarvan en de samenhang met de ervaren gezondheid beschreven worden op nationaal representatief niveau. Daarnaast zal voor een selectie van ziekten de comorbiditeit in kaart worden gebracht en de samenhang met sociaal-demografische factoren en de ervaren gezondheid worden bestudeerd. Deze studie zal voorzien in vooralsnog vrijwel ontbrekende informatie over deze kwetsbare groepen met een meestal hoge zorgconsumptie en zal aansluiten op een reeds lopende literatuurstudie betreffende comorbiditeit in het kader van een NWO-onderzoeksprogramma.

## 1.2 Additionele studies

### 1.2.1 Aandoeningen op de kinderleeftijd

Projectleiding: dr. J.C. van der Wouden (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rotterdam)

Samenwerking: NIVEL

Afdeling Kindergeneeskunde Academisch Ziekenhuis Rotterdam

In het kader van deze studie wordt het morbiditeitspatroon van kinderen (0-18 jaar), zoals gepresenteerd aan de huisarts, geïnventariseerd. Kinderen en adolescenten vertonen een specifiek morbiditeitspatroon, dat aanwijzingen kan geven voor morbiditeit op oudere leeftijd. Er zullen op een aantal punten vergelijkingen met de eerste Nationale Studie (1987-1988) worden gemaakt teneinde ook trends in de tijd te kunnen vaststellen. Gegevens voortkomend uit deze studie vormen de basis voor leeftijd-specifieke analyses in de andere NS2-onderzoeken.

### 1.2.2 Hartritmestoornissen

Projectleiding: H. van Weert (Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

De toegenomen overleving na het doormaken van een hartinfarct en het toenemend aantal ouderen doet de incidentie en prevalentie van hartritmestoornissen stijgen.

Klachten van hartritmestoornissen komen ook frequent voor bij andere somatische en psychische aandoeningen en brengen soms angstgevoelens met zich mee. In het kader van deze studie wordt de incidentie en prevalentie van aan de huisarts gepresenteerde hartritmestoornissen, de uiteindelijk gestelde diagnose en het zorggebruik vanwege hartritmestoornissen op nationaal representatief niveau in kaart gebracht.

### 1.2.3 *Psychische comorbiditeit en sociale problemen bij mensen met maagklachten*

Projectleiding: dr. H.G.L.M. Grundmeijer (Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

Het belang van *Helicobacter pylori* als oorzaak voor maagklachten is duidelijk minder groot als aanvankelijk werd verwacht. Van veel oudere datum is de hypothese omtrent de relatie tussen maagklachten en psychische en sociale problemen. De tweede Nationale Studie biedt de mogelijkheid deze hypothese te onderzoeken en daarmee bij te dragen aan de verdere opheldering van de oorzaken van maagklachten en daardoor ook aan het formuleren van het meest optimale beleid.

### 1.2.4 *Obstructieve luchtwegaandoeningen*

Projectleiding: dr. B. Bottema (WOK)

Samenwerking: NIVEL

Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA Amsterdam

In het kader van een samenwerkingsproject tussen WOK en AMC over het onderwerp obstructieve luchtwegaandoeningen is er behoefte aan standaardgegevens over obstructieve luchtwegaandoeningen.

## **Themagebied 2.**

### **Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits**

#### *2.1 Kernstudies*

##### *2.1.1 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg*

Projectleiding: dr. M. Foets (NIVEL)  
dr. G.P. Westert (RIVM)

Niet iedereen met een gezondheidsprobleem consulteert daarvoor de huisarts. Teneinde een volledig beeld te krijgen omtrent de gezondheidstoestand van de bevolking is het derhalve noodzakelijk ook informatie daaromtrent van personen te verwerven. Welke gezondheidsproblemen ervaren personen, welke beperkingen ervaren zij daarbij en wat zijn redenen om daarvoor wel of geen hulp in te roepen? Enerzijds gaat het daarbij om klachten en ziekten die personen rapporteren en de bestaande lichamelijke, psychische en sociale beperkingen. Anderzijds gaat het om factoren die het wel of niet gebruiken van professionele of informele zorg bepalen. Deze factoren omvatten o.a. sociaal-demografische, maar ook psychologische kenmerken, kennis, attitude, en oordelen over de (kwaliteit van de) zorg.

##### *2.1.2 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing*

Projectleiding: dr. D. Delnoij (NIVEL)  
dr. G.P. Westert (RIVM)

Door zijn poortwachtersfunctie wordt de toegang tot 2e-lijns gezondheidszorgvoorzieningen door de huisarts gereguleerd. De aandoening van de patiënt is de belangrijkste bepalende factor voor verwijzing naar 2e-lijnszorg. Om te komen tot een totaalbeeld van het aandoening-specifieke zorggebruik is het nodig om aan de gegevens over de zorg van de huisarts gegevens over zorggebruik in de tweede lijn toe te voegen. In het kader van deze studie wordt voor een selectie van frequent voorkomende aandoeningen het zorgbeslag in de eerste en tweede lijn geïnventariseerd, worden verschillen tussen huisartsen en specialisten bestudeerd en wordt de onderlinge afstemming tussen huisartsen en specialisten, al of niet in het kader van transmurale zorgverlening (incl. transmurale farmacotherapeutische zorg), in kaart gebracht. De hiermee verkregen informatie is van belang voor het VTV-2001 rapport als basis voor voorspellingen over aandoening-specifiek zorgbeslag, en voor de evaluatie van de in 1998 en 1999 geïmplementeerde eerste landelijke transmurale afspraken.



### 2.1.3 *Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg*

Projectleiding: dr. E. v.d. Ende (NIVEL)

Gebruik van paramedische eerstelijns hulpverleners wordt, en dus ook de daaraan verbonden kosten worden voor een belangrijk deel bepaald door verwijzingen van huisartsen. Het is bekend dat het verwijzen naar paramedische hulpverleners door verschillende factoren wordt bepaald, waarvan de aard van het gezondheidsprobleem en de mate van invalidering het meest belangrijk zijn.

Teneinde de doelmatigheid van het gebruik van paramedische zorg te verhogen en zoveel mogelijk 'gepaste zorg' te verlenen zijn o.a. in NHG-standaarden richtlijnen voor verwijzingen naar paramedische hulpverleners opgenomen. In de onderhavige studie zal nagegaan worden in hoeverre het verwijsbeleid van huisartsen naar paramedische hulpverleners (fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck en Cesar, diëtist) conform NHG-standaarden plaatsvindt, en welke factoren het eventueel afwijken hiervan kunnen verklaren. Redenen om af te wijken van doelmatigheidsrichtlijnen kunnen richting geven aan een verdere stimulering van 'gepaste zorg'.

### 2.1.4 *Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie*

Projectleiding: NN (NIVEL)  
Dr. D. de Bakker (LINH)

Het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen staat om een aantal redenen in het middelpunt van de belangstelling, waarbij het volume en de daaraan verbonden kosten met name de aandacht trekken. In de huisartspraktijk worden, naast geneesmiddelen die door patiënten zelf worden gekocht en gebruikt en die door huisartsen zelf worden voorgeschreven, ook kosten gegenereerd door het voorschrijven van geneesmiddelen die eerder door specialisten zijn geïnitieerd. In het kader van deze studie zal de aard en omvang van zelfmedicatie en het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk worden beschreven. Tevens zal de relatie bestudeerd worden met de gestelde indicatie (diagnose), met deelname door de huisarts aan farmacotherapeutisch overleg en het gebruik van het Farmacotherapeutisch kompas. De resultaten dragen bij aan een verder inzicht in de farmacotherapeutische zorg in de huisartspraktijk teneinde gefundeerd beleid te kunnen voeren.

### 2.1.5 *Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen*

Projectleiding: dr. D. de Bakker (LINH)  
Samenwerking: vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht

In de afgelopen 10 jaar, sinds de gegevensverzameling voor de eerste Nationale Studie plaatsvond, is er een sterke groei geweest van diagnostische centra en andere diagnostische faciliteiten waardoor het voor de huisarts eenvoudiger werd om aanvullend diagnostisch onderzoek te (laten) verrichten. In het kader van deze studie zal het gebruik van diagnostische mogelijkheden door huisartsen in kaart worden gebracht en worden gerelateerd aan de indicatie waarvoor nader onderzoek plaatsvond. Hiermee kan inzicht worden verkregen in het volume en de kosten van aanvullende diagnostiek en kan worden nagegaan in hoeverre veranderingen in het aanbod aan faciliteiten geleid hebben tot veranderingen in het gebruik ervan door huisartsen.

## 2.2 *Additionele studies*

### 2.2.1 *Determinanten van het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat*

Projectleiding: dr. R.J.P.M. Scholten (EMGO-Instituut VU Amsterdam)  
prof.dr. J. Dekker (NIVEL / EMGO-Instituut VU Amsterdam)

Aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn verantwoordelijk voor een substantieel deel van de kosten van gezondheidszorg en brengen veel ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid met zich mee. Gegevens over het beloop van deze aandoeningen in de algemene bevolking en in de huisartspraktijk ontbreken grotendeels en is nodig om het optimale beleid t.a.v. behandeling en preventie te kunnen bepalen. In dit deelonderzoek zal in kaart gebracht worden wat het beloop en daaraan gerelateerde beperkingen is van aandoeningen van het bewegingsapparaat en welke factoren daarop van invloed zijn.

### 2.2.2 *Determinanten van ervaren en aan de huisarts aangeboden luchtwegklachten*

Projectleiding: dr. M.M. Kuijvenhoven (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht)  
Samenwerking: NIVEL

Klachten van de luchtwegen behoren tot de meest frequent ervaren gezondheidsproblemen in de algemene bevolking en in de huisartspraktijk. Vrijwel altijd zijn deze klachten self-limiting en kan medisch ingrijpen niets bijdragen aan het gunstige beloop. Adequate voorlichting hieromtrent kan de medische consumptie vanwege luchtwegklachten doen verminderen. In deze studie worden factoren bestudeerd die het zorggebruik vanwege luchtwegklachten bepalen; hierdoor kan meer gerichte voorlichting plaatsvinden teneinde onnodige medische consumptie terug te dringen.

### 2.2.3 *Gezinsgeneeskundige aspecten van gepresenteerde morbiditeit en zorggebruik*

Projectleiding: prof.dr. W.J.H.M. van den Bosch (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen)

Samenwerking: NIVEL

Uit eerder onderzoek zijn aanwijzingen gevonden voor het samenhangen van aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit tussen gezinsleden onderling. In dit deelonderzoek zal, naast de samenhang t.a.v. morbiditeit, ook de relatie t.a.v. zorggebruik (contactfrequentie, aanvragen van diagnostiek, medicatiegebruik) worden bestudeerd. Op deze wijze kan informatie verkregen worden over 'hoog-risico'-gezinnen. Dit is van belang voor het beleid t.a.v. voorlichting over adequaat zorggebruik.

### 2.2.4 *Palliatieve zorg in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. D. Willems (EMGO-Instituut Vrije Universiteit)  
dr. A. L. Francke (NIVEL)

De huisarts is steeds meer betrokken bij de palliatieve zorg van patiënten in de terminale fase van hun leven, enerzijds door het toenemend aantal ouderen en de daaraan gekoppelde toename van sterfte t.g.v. kanker, anderzijds door de het beleid om patiënten, ook in de terminale fase, zo dicht mogelijk bij huis te begeleiden. Palliatieve zorg is tijds- en arbeidsintensief voor hulpverleners die daarbij betrokken zijn. In deze studie staat de vraag centraal wat de aard en de omvang van palliatieve zorg door de huisarts en andere hulpverleners is. Kennis hieromtrent kan richting geven aan het beleid t.a.v. deskundigheidsbevordering en praktijkondersteuning van huisartsen en andere hulpverleners.

### 2.2.5 *Zorggebruik bij een cerebro-vasculair accident (CVA)*

Projectleiding: prof. dr. B. Meyboom-de Jong (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen)

Samenwerking: NIVEL

De huisarts is meestal de eerste professionele hulpverlener wiens hulp ingeroepen wordt bij een cerebro-vasculair accident (CVA). Het is bekend dat het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door CVA-patiënten op de lange termijn bepaald wordt door het beloop van het CVA in de eerste 6-12 maanden. De handelwijze van huisartsen in een vroeg stadium is daarom essentieel. In deze studie staat het handelen van huisartsen centraal: worden CVA-patiënten verwezen en zo ja naar welke instelling? Hoe is het beloop van het CVA en is er een verband met de setting waarheen de CVA-patiënt verwezen is?

### 2.2.6 *Verloskundige zorgverlening en kraamzorg in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. A. Kerkstra (NIVEL)

Samenwerking: Vakgroep Huisartsgeneeskunde Leiden

Hoewel steeds minder huisartsen zelf bevallingen leiden, wordt de huisarts voor en tijdens de zwangerschap, en na de bevalling frequent geraadpleegd. In deze studie zal de betrokkenheid van de huisarts bij pre-conceptionele advisering, tijdens de zwangerschap en na de bevalling in beeld worden gebracht. Daarbij zullen ook taakopvattingen van huisartsen m.b.t. de verloskundige zorg en de oordelen van patiënten/consumenten betrokken worden. Resultaten van deze inventarisatie zijn van belang voor de actuele positionering van de huisarts in de verloskundige zorg.

### 2.2.7 *De waarde van symptomen, beloop en andere kenmerken bij de vroege diagnostiek van kanker*

Projectleiding: dr. N.P. van Duijn (Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

Bij een deel van de kwaadaardige aandoeningen is een vroege diagnose van belang voor de prognose. Vroegtijdige vaststelling van kanker vergroot de kans op een curatie hetgeen op de lange termijn intensieve en langdurige palliatieve behandeling overbodig maakt. De huisarts speelt een cruciale rol bij het herkennen en interpreteren van vroege symptomen van kanker. Het vinden van de juiste maat in het aanvragen van nadere diagnostiek bij lage a priori kansen is een moeilijke opgave. In het kader van deze studie zal de vraag centraal staan in hoeverre er patronen zijn in symptomen, korte-termijn-beloop of andere kenmerken die voorspellend zijn voor de diagnose kanker. Informatie uit deze studie kan een meer adequaat gebruik van diagnostische voorzieningen bewerkstelligen.

### 2.2.8 *Het nut van gastroscopie*

Projectleiding: dr. H.G.L.M. Grundmeijer (Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

Bij bijna 3/4 van de patiënten met maagklachten die langer dan 8 weken voortduren wordt een gastroscopisch onderzoek uitgevoerd. Met de veranderde inzichten omtrent de oorzaken van peptische ulcera en verschuivingen in de incidenties van maag- en slokdarmkanker is het de vraag hoeveel patiënten voordeel hebben bij een gastroscopie. In deze studie staat de vraag centraal welke bevindingen worden

gedaan bij gastroscopieën en in hoeverre het mogelijk is hiervoor een meer gericht verwijsbeleid te formuleren.

### 2.2.9 *Diffusie van nieuwe farmaca in de huisartspraktijk*

Projectleiding: Dr. E.R. Heerdink (Vakgroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie Utrecht)

Samenwerking: NIVEL

Jaarlijks worden 25-30 nieuwe geneesmiddelen in Nederland op de markt gebracht. Hoewel de medisch specialist vaak het initiatief neemt om een nieuw geneesmiddel voor te schrijven speelt de huisarts een sleutelrol bij het continueren van de medicatie en de verdere diffusie van het nieuwe geneesmiddel. Economisch gezien is het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen van belang gezien het aanzienlijke aandeel in de kosten van farmaceutische zorg.

In deze studie zal informatie verzameld worden over de wijze waarop ten tijde van de NS2 nieuw geïntroduceerde farmaca diffunderen in de Nederlandse huisartspraktijken en over factoren die hiermee samenhangen. Inzicht hierin geeft aanknopingspunten voor beleid t.a.v. de toepassing van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk.

### 2.2.10 *Comorbiditeit en polyfarmacie*

Projectleiding: prof. dr. B. Meyboom-de Jong (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen)

Samenwerking: NIVEL

Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal patiënten met meer dan een (chronische) aandoening toe. Voor veel van deze aandoeningen worden langdurig geneesmiddelen gebruikt en patiënten met meer dan een aandoening gebruiken veelal meerdere geneesmiddelen. Deze 'polyfarmacie' is zowel uit oogpunt van kosten als van bijwerkingen, en daardoor zorgbehoefte genererend, van belang. In deze studie zal de omvang en aard van polyfarmacie en daaraan gerelateerde aandoeningen worden geïnventariseerd. Met deze kennis kunnen mogelijkheden tot kostenbesparing en preventie van bijwerkingen worden geïdentificeerd.

### 2.2.11 *Het invoeren van hulp van de huisarts bij psychische problemen van kinderen en jeugdigen*

Projectleiding: Dr. P. Verhaak (NIVEL)

Samenwerking: Afd. Kinderpsychiatrie Academisch Ziekenhuis Rotterdam

In dit deelonderzoek van de NS-II wordt onderzocht wat de redenen zijn om al dan niet hulp in te roepen voor psychische problemen bij kinderen. De indruk bestaat dat deze problemen veel vaker voorkomen dan uit de hulpvraag bij professionele instanties (in de eerste plaats de huisarts) valt af te leiden. Vroegtijdig ingrijpen zou in een aantal gevallen problemen op latere leeftijd kunnen voorkomen. Om gerichte strategieën hiertoe te ontwikkelen is het nodig om meer inzicht te krijgen in de redenen die (ouders van) kinderen en jeugdigen hebben om dergelijke hulp thans niet te zoeken.

### **Themagebied 3.**

#### **Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg**

##### *3.1 Kernstudies*

##### *3.1.1 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten*

Projectleiding: dr. M. Foets (NIVEL)  
dr. G.P. Westert (RIVM)

Uit eerder onderzoek is bekend dat sociaal-economische gezondheidsverschillen en verschillen in zorg zich met name manifesteren bij personen van de laagste sociaal-economische groepen en allochtonen. Over de meeste allochtone groepen ontbreken recente gegevens over morbiditeit en zorggebruik. Op basis van gegevens van de patiëntregistratie zullen op ruime schaal overzichten worden gemaakt waarin rekening gehouden wordt met andere determinanten van verschillen in zorggebruik. Naast de basisinformatie die in het kader van deze kernstudie wordt geanalyseerd wordt in een additionele studie de groep migranten nader belicht (zie 3.2.1).

##### *3.1.2 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen*

Projectleiding: dr. A. Kerkstra (NIVEL)

De toename in zorggebruik en daardoor in kosten van de gezondheidszorg in de afgelopen jaren is deels te wijten aan demografische ontwikkelingen, met name de veroudering van de bevolking. Ouderen hebben een grotere kans op het krijgen van een aandoening, met subjectieve ongezondheid, beperkingen en gebruik van zorgvoorzieningen tot gevolg. In het kader van deze kernstudie zal de onderlinge relatie tussen ervaren gezondheid, ziekte en zorggebruik op gedetailleerd niveau worden bestudeerd. Daarnaast zal de rol van de huisarts in de zorg voor ouderen in kaart gebracht worden, m.n. ten aanzien van ouderen in verzorgingshuizen.

##### *3.1.3 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen*

Projectleiding: prof.dr. J. Bensing (NIVEL)

Uit eerder onderzoek is duidelijk geworden dat vrouwen meer gezondheidsproblemen ervaren dan mannen, deze vaker presenteren en een hoger zorggebruik vertonen dan mannen. In deze studie zal de onderlinge samenhang tussen deze aspecten worden bestudeerd. Eerder onderzoek heeft ook aangetoond dat de werkwijze van mannelijke en vrouwelijke huisartsen verschilt. Daarom zal de presentatie van

gezondheidsproblemen en het zorggebruik ook gerelateerd worden aan de sexe van de huisarts. In het licht van het toenemend aantal vrouwelijke huisartsen is het daarbij relevant na te gaan in hoeverre het zorggebruik van vrouwen beïnvloedbaar is door het bezoek aan een huisarts van hetzelfde geslacht.

#### 3.1.4 *Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg*

Projectleiding: dr. D. de Bakker (NIVEL)  
dr. J. Braspenning (WOK)

Preventieve activiteiten vormen van oudsher een klein deel van de dagelijkse activiteiten in de huisartspraktijk. Sinds een aantal jaren (door de publikatie van een aantal NHG-standaarden op het terrein van preventie en door nationale preventieprogramma's) heeft de huisarts een steeds belangrijker rol op dit terrein. Naast het monitoren van de uitvoering van preventieprogramma's m.b.t. influenzavaccinatie en baarmoederhalskanker in het kader van LINH zal in deze studie worden geïnventariseerd in hoeverre huisartsen actief zijn op andere terreinen, in hoeverre hierbij verschillen bestaan in aanbod tussen sociaal-economische groepen, en wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn bij het uitvoeren van preventie-activiteiten in de huisartspraktijk.

### 3.2 *Additionele studies*

#### 3.2.1 *Gezondheid en zorggebruik van migranten*

Projectleiding: dr. M. Weide (NIVEL)

In deze studie zal de vraag centraal staan waardoor verschillen in zorggebruik tussen allochtonen en autochtonen kunnen worden verklaard. Deze additionele studie is een verdieping van de kernstudie over ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen (zie 3.1.1). Daartoe wordt een gezondheidsinterview, vergelijkbaar met de patiëntenquête, afgenomen bij een voldoende groot aantal van de belangrijkste groepen allochtonen. De interviews worden in de eigen landstaal gevoerd. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan het terugdringen van deze ongewenste verschillen. Het onderzoek zal plaatsvinden onder de grootste groepen allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen).

#### 3.2.2 *Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen*

Projectleiding: dr. M. Weide (NIVEL)

Vluchtelingen wier asielaanvraag is toegekend wonen verspreid over Nederland.



Praktisch alle huisartsen hebben vluchtelingen in hun patiëntenbestand. Gegeven hun achtergrond en historie zullen deze patiënten een afwijkend patroon van gezondheidsproblemen vertonen. In deze studie wordt onderzocht welke problemen vluchtelingen presenteren en wat huisartsen vervolgens doen. Vluchtelingen worden geïdentificeerd op basis van gegevens uit de patiëntregistratie. Aanvullend wordt met een beperkt aantal vluchtelingen en huisartsen interviews gehouden.

### 3.2.3 *Arbeid en gezondheid*

Projectleiding: dr. W. van Mechelen (EMGO-Instituut VU Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

In deze studie staat de relatie tussen het verrichten van beroepsarbeid en gezondheid centraal. Arbeidsongeschiktheid wordt voor een deel veroorzaakt door arbeid-gerelateerde factoren als werkomgeving, werkomstandigheden en werkdruk. Bij het oplossen van problemen zijn zowel de bedrijfsarts als de huisarts betrokken; gegevens uit huisartspraktijken zijn daarom noodzakelijk om een volledig beeld over de gezondheidszorg voor werkenden te verkrijgen. Informatie hierover kan bijdragen aan een betere afstemming tussen Arbo-diensten en huisartsen.

### 3.2.4 *Ervaren gezondheid van vrouwen in verschillende levensfasen*

Projectleiding: prof.dr. A. L.M. Lagro-Janssen (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen)

Samenwerking: NIVEL

Reeds lang is bekend dat vrouwen meer gezondheidsproblemen ervaren en meer gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan mannen. In deze studie zal de vraag centraal staan in hoeverre de leeftijdfase waarin vrouwen verkeren met deze verschillen samenhangt teneinde een adequaat gezondheidsbeleid t.a.v. vrouwen te kunnen voeren. Wat betreft de onderzoeksmethode wordt aan-gesloten bij de Australische Women's Health Study.

### 3.2.5 *Uro(gynaeco)logische klachten, sekse en huisartsenzorg*

Projectleiding: Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen)

Samenwerking: NIVEL

Klachten op uro(gynaeco)logisch terrein raken de intimiteit van de patiënt en kunnen schaamte oproepen. Dit kan een drempel vormen om deze klachten aan de huisarts te presenteren. Verondersteld mag worden dat de sekse van de huisarts hierbij

een rol speelt. In het kader van deze studie wordt het zorggebruik van vrouwen en mannen met uro(gynaeco)logische klachten geïnventariseerd en de rol van de sekse van de huisarts daaraan gerelateerd.

### 3.2.6 *Ouderen en veroudering*

Projectleiding: dr. D. Deeg (Vakgroep Psychiatrie VU Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL

Trendmatige gegevens over ontwikkelingen in de prevalenties van chronische ziekten vertonen al naar gelang de ziekte een stijging of een daling. Uit publicaties over de gezondheid van ouderen blijkt dat de ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen tegengestelde trends vertonen: lichamelijke beperkingen nemen af, maar de gezondheid wordt gemiddeld als minder goed ervaren. Of er een samenhang is met trends in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen is vooralsnog onbekend. In het kader van deze studie zullen gegevens over chronische ziekten en ziektelast (lichamelijke beperkingen en ervaren gezondheid) van de NS1 vergeleken worden met eenzelfde leeftijdsgroep in de NS2 teneinde inzicht te krijgen in de vraag hoe opeenvolgende cohorten getroffen worden door ziekten en hoe zij daarmee omgaan. Deze gegevens kunnen, door extrapolatie, als basis dienen voor het ouderenbeleid t.a.v. gezondheid en zorggebruik in de toekomst.

### 3.2.7 *Morbiditeit en verrichtingen bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. H.M.J. van Schroyen Lantman-de Valk (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht)

Samenwerking: NIVEL

Uit eerder verkennend onderzoek is gebleken dat mensen met een verstandelijke handicap die zijn ingeschreven in huisartspraktijken twee maal zo veel gezondheidsproblemen hebben dan mensen zonder verstandelijke handicap. Het beleid t.a.v. verstandelijk gehandicapten is erop gericht om hen zoveel mogelijk in kleinschalige omgeving in woonwijken te huisvesten, waardoor huisartsen steeds meer de verantwoordelijkheid voor de zorg voor deze mensen krijgen. In het kader van deze studie wordt geïnventariseerd of en welke gezondheidsproblemen verstandelijk gehandicapten aan de huisarts presenteren, welke zorg huisartsen aan hen verlenen en welke andere eerste- en tweedelijns hulpverleners hierbij betrokken worden. Gegevens hieromtrent kunnen richting geven aan het beleid t.a.v. de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapten.

### 3.2.8 *De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen*

Projectleiding: dr. F.G. Schellevis (NIVEL)  
dr. P. Verhaak (NIVEL)

Depressie komt bij ongeveer 10% van de 55-plussers voor en grijpt diep in in het sociaal functioneren. Als poortwachter in de gezondheidszorg speelt de huisarts een cruciale rol in het signaleren en behandelen van depressie bij ouderen. Bij ouderen is er vaak sprake van aandoeningen en medicijngebruik die het signaleren en adequaat behandelen van depressie bemoeilijken. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre ouderen met een DSM-IV diagnose depressie (op basis van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview) als zodanig bij de huisarts bekend zijn en in hoeverre deze ouderen qua demografische en medische kenmerken van elkaar verschillen. Daarnaast wordt de medicamenteuze behandeling van alle ouderen die bij de huisarts bekend zijn met een depressie in kaart gebracht. De resultaten zullen kunnen bijdragen aan een versterking van de rol van de huisarts bij de signalering en behandeling van depressieve ouderen.

## **Themagebied 4.**

### **Kwaliteit van de huisartsenzorg**

#### 4.1 *Kernstudies*

##### 4.1.1 *Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. J. Braspenning (WOK)  
Samenwerking: NHG  
NIVEL

De beschikbaarheid van inmiddels meer dan 60 NHG-standaarden maakt het mogelijk om de feitelijk verleende huisartsgeneeskundige zorg te vergelijken met de kernaanbevelingen voor die zorg uit de NHG-standaarden. Op basis van vooronderzoek worden voor zeker een twintigtal NHG-standaarden (zowel alledaagse aandoeningen als chronische ziekten) z.g. indicatoren ontwikkeld ten behoeve van een monitoring-instrument. Het voornaamste doel van het monitoringinstrument is om goed in kaart te kunnen brengen hoe het handelen nu is en om belangrijke veranderingen in het handelen van huisartsen in vergelijking met de NHG-standaarden te signaleren.

#### 4.1.2 *Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie*

Projectleiding: prof.dr. J. Bensing (NIVEL)

In het kader van deze studie worden bij de aan de NS2 deelnemende huisartsen op vrijwillige basis ca. 20 spreekuurcontacten op video opgenomen. Op basis van de analyses van dit beeldmateriaal kan de communicatiestijl van de huisarts worden getypeerd. Naast het gebruik van deze typering als potentiële determinant in andere deelstudies (b.v. ziektebeloop, compliance) zal het materiaal ook gebruikt worden voor beantwoording van de vraag in hoeverre de huisarts-patiëntcommunicatie in vergelijking met 1987-1988 is veranderd. In de NS1 zijn n.l. ook bij een beperkt aantal huisartsen video-opnames gemaakt. De beschikbaarheid van videomateriaal maakt het mogelijk om de door huisartsen geregistreerde gegevens te valideren.

#### 4.1.3 *Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg*

Projectleiding: dr. R. Friele (NIVEL)

Samenwerking: dr. M. Wensing (WOK)

De rol van patiënten/consumenten in de gezondheidszorg bij de kwaliteitsbeoordeling van de (huisartsen)zorg is niet meer weg te denken. Kwaliteitsoordelen van gebruikers kunnen de basis leggen voor kwaliteitsverbetering. In deze kernstudie zullen de oordelen van gebruikers van huisartsenzorg over de kwaliteit van de zorg geïnventariseerd worden en zal onderzocht worden in hoeverre er een verband bestaat met kenmerken van huisartsen en van gebruikers.

#### 4.2 *Additionele studies*

##### 4.2.1 *De kwaliteit van het diagnostisch handelen*

Projectleiding: dr. J.F.M. Metsemakers (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht)

Samenwerking: NIVEL

Huisartsen in Nederland hebben uitgebreide mogelijkheden tot hun beschikking voor het laten verrichten van laboratorium- en beeldvormende diagnostiek. Het is bekend dat er een grote variatie is tussen huisartsen in de mate waarin zij van deze mogelijkheden en nieuwe mogelijkheden gebruik maken. Deze variatie wordt slechts zeer ten dele verklaard door verschillen in de samenstelling van de praktijkpopulatie en het morbiditeitspatroon. In het kader van deze studie zal van een groot aantal factoren nagegaan worden in hoeverre deze het aanvraaggedrag van huisartsen bepalen.

Een grote variatie in aanvraagdgedrag roept ook vragen op t.a.v. de kwaliteit van het aanvragen van aanvullende diagnostiek. Een tweede vraagstelling betreft daarom de mate waarin het aanvragen, resp. niet-aanvragen van diagnostiek overeen komt met daartoe opgestelde richtlijnen, zoals bijvoorbeeld verwoord in NHG-standaarden.

#### 4.2.2 *Het handelen van huisartsen bij borstklachten*

Projectleiding: dr. G.H. de Bock (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Leiden)

Samenwerking: NIVEL

Aan een belangrijk deel van de borstproblemen waarmee vrouwen de huisarts consulteren ligt angst voor borstkanker ten grondslag, al of niet op basis van lichamelijke klachten.

Parallel nemen vrouwen uit bepaalde leeftijdsgroepen deel aan het landelijke screeningsprogramma voor borstkanker. In deze studie staat de vraag centraal hoe het consulteren van de huisarts wegens borstklachten zich verhoudt tot deelname aan de screening voor borstkanker, en wat het beleid van huisartsen daarbij is. Hierdoor wordt zicht verkregen op de additionele rol van de huisarts bij de screening op borstkanker en de kwaliteit van de door de huisarts geleverde zorg.

#### 4.2.3 *Het gebruik van regionale geneesmiddelenformularia*

Projectleiding: prof. dr. B. Meyboom-de Jong (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen)

Samenwerking: NIVEL

In Nederland is een aantal regionale geneesmiddelenformularia in gebruik, die deels ook in de HuisartsInformatieSystemen zijn geïntegreerd. Doelen van deze formularia zijn: afstemming van de farmaceutische zorg tussen huisartsen en specialisten, rationalisering van medicatiegebruik en kostenbeheersing. In het kader van deze studie zullen de volgende vragen beantwoord worden: in hoeverre komt het voorschrijfgedrag van huisartsen overeen met het door hen gebruikte formularium en welk formularium wordt het best 'gevolgd'?

#### 4.2.4 *Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten*

Projectleiding: dr. M.M. Kuijvenhoven (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht)

Samenwerking: NIVEL

Luchtwegklachten behoren tot de meest frequent aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen. Over het algemeen is het voorschrijven van antibiotica bij

deze klachten weinig zinvol. Onnodig antibioticagebruik is bovendien ongewenst vanuit kosten oogpunt, vanuit het oogpunt van resistentie-ontwikkeling en medicalisering van onschuldige klachten. Naast patiëntfactoren lijken ook huisartsgebonden factoren samen te hangen met het (ongewenst) voorschrijven van antibiotica. In deze studie zal het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten worden bestudeerd en zal de relatie bestudeerd worden met diverse patiënt- en huisartsfactoren. De resultaten kunnen richting geven aan beleid dat gericht is op het terugdringen van onnodig antibiotica-gebruik.

#### 4.2.5 *Huidaandoeningen bij kinderen: beloop en beleid in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. J.C. van der Wouden (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rotterdam)

Samenwerking: NIVEL

Afdeling Kindergeneeskunde Academisch Ziekenhuis Rotterdam  
Huidaandoeningen bij kinderen worden frequent aan de huisarts gepresenteerd; qua frequentie komen zij op de tweede plaats na respiratoire aandoeningen. Er lijkt sprake van sociaal-economische verschillen in het bestaan en presenteren van huidaandoeningen. Huisartsen verwijzen slechts enkele van deze patiënten naar de huisarts. In deze studie staan de volgende vragen centraal: hoe is het natuurlijk beloop van huidaandoeningen en het beloop na behandeling door de huisarts? In hoeverre is er een verband van beloop en behandeling met de sociaal-economische status van het gezin?

#### 4.2.6 *Antibioticagebruik bij urineweginfecties*

Projectleiding: Dr. E.E. Stobberingh (Afd. Medische Microbiologie, Universiteit Maastricht)

Samenwerking: WOK  
NIVEL

In het licht van de toename in de prevalentie van antibiotica-resistente micro-organismen is een optimaal gebruik van antibiotica van belang teneinde de resistentie-ontwikkeling beheersbaar te houden. Van alle antibiotica wordt in Nederland 90% buiten het ziekenhuis voorgeschreven, vooral bij de behandeling van luchtweg- en urineweginfecties. Voor het ontwikkelen van maatregelen ter preventie/beheersing van resistentie is het noodzakelijk inzicht te verkrijgen in het voorschrijfpatroon. In dit project zal het voorschrijven van antibiotica door huisartsen bij urineweginfecties in kaart worden gebracht: welke middelen worden voorgeschreven, is er een relatie met de leeftijd van de patiënt en het aantal episoden van urineweginfecties in een jaar.

## **Themagebied 5.**

### **Organisatie van de huisartsenzorg**

#### *5.1 Kernstudies*

##### *5.1.1 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep (HAGRO)*

Projectleiding: Dr. D. de Bakker (NIVEL)

De organisatie van de huisartspraktijk is aan een geleidelijke maar onmiskenbare verandering onderhevig. Enerzijds is de solopraktijk als vorm van praktijkvoering sinds enkele jaren niet langer in de meerderheid, anderzijds heeft de groei van het aantal gezondheidscentra zich in de jaren 90 niet voortgezet. Nieuwe beleidsontwikkelingen rond taakdelegatie en managementondersteuning vragen mogelijk een grootschaliger organisatie van de huisartspraktijk dan nu gebruikelijk is.

Op het niveau direct boven de afzonderlijke praktijk is een ontwikkeling gaande van waarneemgroepen naar huisartsengroepen die als netwerkorganisatie een rol kunnen spelen bij genoemde beleidsontwikkelingen. Ook het kwaliteitsbeleid zou op dat niveau een plaats kunnen krijgen.

##### *5.1.2 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg*

Projectleiding: Dr. D. de Bakker (NIVEL)

Huisartsen zijn generalisten en daarin ligt ook hun kracht. Toch hoeven zij ook niet alles zelf te doen. Adequate ondersteuning is van groot belang voor een efficiënte praktijkvoering. Een aantal taken wordt nu al uitgevoerd door de praktijkassistente en verdere taakdelegatie op een hoger deskundigheidsniveau is mogelijk als de praktijkverpleegkundige haar intrede doet. Daarnaast wordt door de toenemende schaalgrootte van de huisartspraktijk een zekere taakdifferentiatie tussen huisartsen mogelijk. In dit project wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van zaken op het gebied van taakdelegatie en differentiatie.

##### *5.1.3 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijns gezondheidszorg*

Projectleiding: Dr. D. de Bakker (NIVEL)

Huisartsen vormen de spil in de eerstelijnszorg. Daardoor hebben zij veelvuldig contacten met andere hulpverleners in de eerstelijns en in de tweede lijn. Deels zijn deze contacten patiëntgebonden en moeilijk overdraagbaar naar anderen, maar deels zullen door veranderingen in de organisatie van de huisartsenpraktijk deze

contacten ook per praktijk of per huisartsengroep kunnen worden onderhouden. De vraag is of de samenwerking binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn sinds de eerste Nationale Studie (1987/1988) is veranderd en of er sprake is van verschuiving van niet-patiëntgebonden samenwerking naar andere organisatieniveaus.

#### 5.1.4 *Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg*

Projectleiding: dr. J. Braspenning (WOK)

Samenwerking: NIVEL

Voor het verlenen van effectieve en doelmatige zorg aan patiënten in de huisartspraktijk is een efficiënte praktijkvoering essentieel. Een goed management ondersteunt de directe hulpverlening. De gevalideerde praktijkvisitiemethode (VIP) -ontwikkeld door WOK en NHG- geeft inzicht in de huidige praktijkvoering van huisartsen op verschillende dimensies.

De visitatiemethode is gericht op het doorlichten van de praktijkvoering en het geven van feedback (spiegelinformatie) over de bevindingen. In dit project wordt de relatie beschreven tussen de uitkomsten van de praktijkvisitatie en de kwaliteit van de huisartsenzorg m.n. uitgedrukt in het medisch-technisch handelen, de huisarts-patiënt communicatie en de patiëntstatisfactie.

#### 5.1.5 *Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg*

Projectleiding: dr. L. Hingstman (NIVEL)

Samenwerking: WOK

Versterking van de unieke positie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem wordt gezien als een belangrijk instrument om de doelmatigheid en kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Ontwikkelingen in de afgelopen en de komende jaren doen de vraag rijzen wat daarvan de gevolgen zijn voor de werkbelasting van de huisarts. Inzicht in de werkbelasting is van belang voor de haalbaarheid van de beoogde doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg, maar ook voor de individuele huisarts en voor vragen t.a.v. manpowerplanning. In deze studie zal de subjectief ervaren en objectieve werkbelasting in kaart worden gebracht en zullen relaties met de inhoud en de kwaliteit van de huisartsenzorg worden bestudeerd.



## 5.2 *Additionele studies*

### 5.2.1 *Management van de huisartspraktijk*

Projectleiding: prof.dr. J. de Haan (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen)

Samenwerking: NIVEL

Aan de praktijkassistente van de huisarts worden in Nederland in toenemende mate taken gedelegeerd. Daarnaast zal binnenkort de praktijkverpleegkundige als nieuwe functionaris in de huisartspraktijk zijn intrede doen met als doel de huisarts te ontlasten van een aantal zorgtaken. De praktijkassistente blijft een belangrijke rol in de organisatie van de praktijkvoering vooralsnog behouden.

In deze studie staat de organisatie van de huisartspraktijk en de rol van de praktijkassistente centraal: het telefoongebruik, de taakdelegatie, de samenwerking tussen huisartsen en praktijkassistenten, continuïteit van zorg en part-time werken, en de relatie tussen praktijkorganisatie en kwaliteit van de geleverde zorg.

### 5.2.2 *Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk*

Projectleiding: prof. dr. B. Meyboom-de Jong (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen)

Samenwerking: NIVEL

Herhaalrecepten maken een aanzienlijk deel uit van door huisartsen voorgeschreven medicatie. Enerzijds betreft dit herhalingen van aanvankelijk door medisch specialisten voorgeschreven medicatie, anderzijds betreft het door de huisarts voorgeschreven medicatie voor langdurig gebruik. Aan de herhaalreceptuur zijn praktijkorganisatorische aspecten te onderscheiden (hoe vindt de verstrekking van herhaalrecepten in de huisartspraktijk plaats?), maar ook doelmatigheidsaspecten (toetsing van de noodzaak tot continuering van de medicatie). Deze vragen staan centraal in deze additionele studie.

### 5.2.3 *De relatie tussen praktijk- en huisartskenmerken en het gebruik van diagnostische voorzieningen*

Projectleiding: dr. R.A.G. Winkens (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht)

Samenwerking: NIVEL

Het aanvraaggedrag van huisartsen m.b.t. diagnostische voorzieningen vertoont een grote variatie. In diverse studies is naar verklaringen voor deze verschillen gezocht. De uitkomsten van deze studies leveren tegenstrijdige beelden op. De meeste studies zijn tot heden uitgevoerd d.m.v. vragenlijsten over het aanvraagge-

drag. In het kader van de tweede Nationale Studie is het mogelijk om het feitelijk aanvraagdgedrag van huisartsen te relateren aan kenmerken van de praktijkvoering, van de praktijkorganisatie en van de huisarts zelf. Inzicht in de factoren die de verschillen tussen huisartsen kunnen verklaren zijn van belang voor het inschatten van de ongewenstheid van deze verschillen en mogelijkheden om deze verschillen te reduceren.

Additionele studies - nog in voorbereiding

### **Themagebied 1.**

#### **Monitoring van gezondheid**

*Post-partum depressie*

Projectleiding: dr. F van Merode (Vakgroep Beleid, Economie en Organisatie van de zorg)

Samenwerking: NIVEL

### **Themagebied 2.**

#### **Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits**

*Moeheid en pijn in de huisartspraktijk*

Projectleiding: prof.dr. J. Bensing (NIVEL)

*SOA in de bevolking en in de huisartspraktijk*

Projectleiding: drs. J.E.A.M. van Bergen (Stichting SOA-bestrijding)

Samenwerking: NIVEL

*Huisarts en seksualiteit*

Projectleiding: dr. Th. Sandfort (NISSO)

Samenwerking: NIVEL

### **Themagebied 3.**

#### **Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg**

*Risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten bij allochtonen*

Projectleiding: prof.dr. L. Gunning-Schepers (Vakgroep Sociale Geneeskunde UvA Amsterdam)

Samenwerking: NIVEL  
RIVM

*Incidentie en prevalentie van kindermishandeling en determinanten in de huisartspraktijk*

Projectleiding: dr. M.M. Kuijvenhoven (Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht)

Samenwerking: NIVEL

**Themagebied 5.**  
**Organisatie van de huisartsenzorg**

*Verrichtingen in de huisartspraktijk buiten kantooruren ('out of hours')*  
Projectleiding: dr. C.J. IJzermans (Vakgroep Huisartsgeneeskunde UvA  
Amsterdam)  
Samenwerking: NIVEL