

NIVEL
NATIONALE STUDIE
NAAR ZIEKTEN
EN VERRICHTINGEN
IN DE
HUISARTSPRAKTIJK

DE HUISARTS ONDERZOCHT

NATIONALE STUDIE
NAAR ZIEKTEN EN
VERRICHTINGEN
IN DE
HUISARTSPRAKTIJK

 **NIVEL** nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

DE HUISARTS ONDERZOCHT

De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen
in de huisartspraktijk.

tekst: Marjanke Spanjer.

10 mei 1990

nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-
gezondheidszorg.
postbus 1568, 3500 bn utrecht
tel 030-319946.

Projectleiding Nationale Studie:
J. van der Velden & M. Foets.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius.
druk: Firma Post.

Inhoudsopgave

1. Inleidende bespiegeling over het verschijnsel huisarts.
 2. Waarom deze Nationale Studie?
 3. Verantwoording.
 4. De mogelijkheden van het materiaal.
 5. Eerste Resultaten.
 6. Slotbeschouwing.
-

1.

Inleidende bespiegeling over het verschijnsel huisarts

Een week de TV-programma's, kranten en tijdschriften bekijken is voldoende. Hoewel chronische ziekten als reuma, astma en diabetes de laatste tijd wat meer aandacht krijgen, liggen een paar ziektebeelden onverminderd voorop in de publiciteit.

Aids, hart- en vaatziekten, kanker en sportletsels krijgen veel, zonet alle aandacht. Patiëntengroepen beïnvloeden en versterken de publiciteit met hun roep om de beste hulp voor iedereen. In verhouding tot ziektebeelden als reuma, astma, diabetes en dementie krijgen ze meer dan overvloedig aandacht. De TV houdt de patiënten telkens iets nieuws voor en toont de laatste snuffjes op het gebied van diagnostiek en behandeling.

Zouden er in het jaar 2000 nog huisartsen bestaan? Of in 2050 bijvoorbeeld? Zal de dokter als klaagmuur, als zeef, als houder van het verwijskaartkantoor en als uitdeler van verlangde pillen tegen die tijd niet aan alle kanten zijn gepasseerd? Patiënten willen geen opont-houd en verlangen vaak directe doorzending naar de beste specialist op het vakgebied.

Door ontgroening en vergrijzing zullen steeds minder jongeren voor steeds meer - chronisch zieke - ouderen moeten zorgen. Bovendien zijn wachtlijsten en wachttijden bij de populaire specialisaties nu al aan de orde van de dag. Voor een groeiend aantal patiënten zal steeds minder geld beschikbaar zijn, terwijl de behoefte niet zal afnemen. In tegendeel, het ziet er naar uit dat steeds hogere eisen aan de zorg en de kwaliteit ervan worden gesteld.

Maar wat gebeurt er met de huisarts? Die is in Nederland al zo lang ingeburgerd. Is het denkbaar dat dit instituut geleidelijk aan zal verdwijnen in de concurren-

tiestrijd met ogenschijnlijk méér, maar vaak ook valse zekerheid biedende technologie? Of blijft de huisdokter bestaan, ontdaan van witte jas, als regelaar en uitvoerder van de thuiszorg die door steeds meer chronisch zieke ouderen zal worden verlangd?

Zullen ziekenhuizen door fusies en overeenkomsten met verzekeraars zo machtig worden dat huisartsen en hun praktijken onder toezicht komen te staan? En zullen apotheken in de toekomst hetzelfde lot ondergaan? Is het denkbaar dat kleine groepen hoog gespecialiseerde deskundigen zich buigen over vroegdiagnostiek, diagnostiek en behandeling en dat bijvoorbeeld de internist de leiding neemt in wat nu huisartsgeneeskunde heet?

Of, of, of.... zal de kentering juist in omgekeerde richting gaan. Zal, in andere woorden, de waardering voor de hulpverlener die een brede kijk op mensen heeft, verre uitstijgen boven de steeds nauwer wordende gespecialiseerde blik op mensen in de ziekenhuizen? Zijn de Amerikanen en Duitsers dan niet gek dat zij ja-loers zijn op het Nederlandse systeem van sluisen en zeven dat aan de huisarts is voorbehouden?

De huisarts kan verhelderen wat de klacht voor de patiënt betekent, kan helpen de momenten te benoemen die op de klacht van invloed zijn, kan begeleiden in het leren beheersen van die momenten en kan vaardigheden overbrengen in het belang van de patiënt.

In het ziekenhuis is de gedachtengang van de gespecialiseerde dokter een totaal andere. Daar zal men het onderste uit de kan willen halen om er achter te komen wat de juiste diagnose is. Daar zal de patiënt aan minitieuw onderzoek worden onderworpen, met als resultaat dat een enigszins gespannen mens uiteindelijk is veranderd in een patiënt.

Ook al relativieren huisdokters de betekenis van het eigen vak grotendeels, ook al steekt regelmatig kritiek de kop op over grote verschillen in medisch handelen,

toch blijkt wonderlijk genoeg de geneeskrachtige meerwaarde van de persoon van de huisarts iedere keer opnieuw uit onderzoek. 'The doctor is the drug', zei Balint al, so what?

Er is veel veranderd sinds het Nederlands Huisarts Instituut (NHI), de voorloper van het Nederlands instituut voor onderzoek naar de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), voor het eerst materiaal verzamelde ten behoeve van onderzoek en onderwijs. De resultaten van de gerichte huisartsopleidingen zijn goed zichtbaar vergeleken met vijftien jaar geleden. De witte jas is verdwenen. De autoritaire houding bestaat niet meer. De lengte van het consult is toegenomen. Er wordt geen kruisverhoor meer afgenomen, maar ruimte gegeven aan de patiënt. De klachten worden verhelderd. Er wordt geholpen met het maken van keuzen. Patiënten worden gestimuleerd zelf alternatieven aan te dragen.

Kan het beter? Jazeker. Hoewel er weinig ernstig mis gaat in de huisartspraktijk, kan het natuurlijk wel beter. Verbeteringen zijn op zich makkelijk te bereiken door bijvoorbeeld systematisch te toetsen en systematisch aan na- en bijscholing te doen. Kwalitatieve verbetering kán eventueel zitten in het doen van méér verrichtingen, wanneer het voeren van een gesprek, de oer-verrichting in de huisartsgeneeskunde, maar niet in het gedrag komt.

Overlevingskansen voor de huisarts zijn te vergroten door de kracht te exploiteren die ligt in de integrale benadering. Het handelsmerk van de huisarts is juist de laagdrempelige toegankelijkheid voor grote, kleine, acute of chronische klachten die met een technologische benadering in ieder geval niet tot een oplossing komen.

Vraag mensen op straat, tijdens verjaarsvisites, in wachtkamers, in officiële enquêtes naar wat hen bezighoudt. Het zijn meestal de alledaagse, zorgjes en

zorgen, de alledaagse lasten en de alledaagse pijnen en ongemakken die bepalend zijn voor een mensenleven. De meeste contacten met dokters gaan over hele gewone dingen als vermoeidheid, spanningen, hoge bloeddruk en pijnen waarvoor geen wetenschappelijke oplossing bestaat, terwijl de publiciteit slechts oog schijnt te hebben voor de technisch hoogwaardige academische geneeskunde die in eigen land ook eerder uitzondering dan regel vormt.

Heeft de huisarts in de toekomst nog bestaansrecht? Jazeker, want iedere keer blijkt dat de kritiek op de huidige geneeskunde te maken heeft met gebrek aan tijd, met het oprukken van techniek. De meest geconsulteerde dokter in het geheel blijft de huisarts.

2.

Waarom deze Nationale Studie?

Sinds het verschijnen van de Structuurnota van Hendriks (1974) staat versterking van de hulpverlening buiten het ziekenhuis in de belangstelling. De centrale figuur in die hulpverlening is de huisarts.

Verreweg de meeste contacten tussen burgers en gezondheidszorg worden gelegd in de huisartspraktijk. De huisarts is immers de figuur die de verzoeken om hulp weegt, zeeft en sluis. Zonder toestemming van de huisarts geen bezoek aan de medische specialist en zonder verwijfsbriefje van de huisarts geen vergoeding van fysiotherapeutische of andere paramedische hulp, én geen geneesmiddelen die uitsluitend op recept zijn te krijgen.

De huisartspraktijk is om alle bovengenoemde redenen dé informatiebron bij uitstek om niet alleen inzicht te krijgen in het ziektepatroon van de bevolking, maar bovendien in de manier van omgaan met ziekten.

Wel registratie, onvoldoende inzicht

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreert doodsoorzaken en houdt de gezondheidsenquête bij. Uit de dienstplichtkeuringen en de keuringen op basis van de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) kan veel worden afgeleid over de gezondheidstoestand van bepaalde bevolkingsgroepen.

Er bestaan diagnose-statistieken van ziekenhuizen. Huisartsen en specialisten kennen peilstations voor ziekten en er is een statistiek van verloskundige hulp.

Ziekenfondsen registreren weliswaar alle verwijzingen en voorschrijfgegevens, maar die gegevens zijn voor wetenschappelijk onderzoek maar beperkt te gebruiken.

Dat soort gegevens wordt namelijk geregistreerd vanuit de bedoeling het reilen en zeilen van een ziekenfonds te kunnen beheersen. De verwijfscijfers zeggen

niets over het waarom en hoe van de vraag van de patiënt of over het ziektebeeld waarop de verwijzing volgt, of over wat voor soort patiënt in het geding is.

Kortom, er wordt veel geregistreerd, maar inhoudelijk zeggen al die gegevens te weinig over de gang van zaken in de medische circuits.

In het geval van de huisarts komt daar nog bij dat er geen centrale registratie wordt bijgehouden van de contacten van ziekenfondsverzekerden met de huisarts. De huisarts krijgt voor de ziekenfondsverzekerden namelijk een vast honorarium per jaar, ongeacht het beroep op de dokter, registratie is daarom overbodig.

Initiatief

Vanuit het Nederlands Huisartseninstituut - thans NIVEL - is een opzet gemaakt om de lacune op te vullen. De gedachte was om met behulp van een netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken een continue informatiestroom tot stand te brengen. In die tijd leek dat op papier haalbaar, maar de werkelijkheid van hard & software was weerbarstiger dan toen werd vermoed. Automatiseren van patiëntenadministraties en registreren van consultaties op een manier dat anderen er eventueel wat mee kunnen en er wat aan hebben, is verre van eenvoudig gebleken. Bovendien ligt het tempo waarin de huisartsen automatiseren in Nederland, aanmerkelijk lager dan de leiding van het Nederlands Huisartseninstituut destijds voor ogen stond.

Belang voor de overheid

De noodzaak van een goed en groot opgezet nationaal onderzoek is in feite met het jaar toegenomen. De overheid probeerde de afgelopen jaren steeds meer greep te krijgen op de autonome groei van (de kosten van) gezondheidszorg, probeerde (op papier) een betere samenhang en samenwerking tot stand te brengen en probeerde tenslotte accenten te verschuiven van duurdere naar minder dure hulp, van ziekenhuis(arts) naar huisarts, van 'cure' naar 'care'.

Maar iets eenvoudigs als de medicijnknaak moest bijvoorbeeld als beleidsmiddel wel mislukken, omdat niemand wist welke invloed het voorschrijfgedrag van specialisten heeft op het gedrag van de huisartsen en tenslotte op de totale gang van zaken.

Na veel binnens- en buitenshuis denkwerk is het NIVEL uiteindelijk in 1986 met een uitgewerkte onderzoeksopzet gekomen. De noodzaak was voor alle partijen duidelijk. WVC en de Ziekenfondsraad hadden voor een goed onderzoek tien miljoen gulden over.

Het oorspronkelijke idee van een netwerk van geautomatiseerde praktijken is daarbij verlaten. Het lag niet voor de hand dat alle betrokken huisartsen op dezelfde, consequent zorgvuldig uitgevoerde, manier tot hun registraties zouden komen.

Daarom is gekozen voor een opzet die garandeert dat de gegevens op dezelfde manier worden geregistreerd, maar waarbij die gegevens centraal worden bijgehouden en op kwaliteit worden gecontroleerd.

3.

Verantwoording

Methode

De doelstellingen van de Nationale Studie zijn het verkrijgen van informatie over het reilen en zeilen van de huisartspraktijk in Nederland, het vergaren van inzicht in de relaties tussen hulpbehoefte, hulpvraag en hulp-aanbod en tenslotte het proberen te verklaren waarom tussen de verschillende praktijken zoveel verschillen bestaan. Samengevat gaat het om de functie van de huisartspraktijk in de Nederlandse gezondheidszorg.

Om op deze vragen een wetenschappelijk verantwoord antwoord te kunnen geven, voldoet niet iedere onderzoeksoptzet. In de eerste plaats moet bekend moet zijn welk gedeelte van de bevolking gezondheidsproblemen heeft, voordat bepaald kan worden welk gedeelte van de mensen met problemen inderdaad de huisarts bezoekt. Het is dan van belang na te gaan of de 'bezoekers' een ander soort mensen zijn dan de thuisblijvers en tenslotte om te registreren welke klachten gepresenteerd worden en wat de huisarts daaraan(mee) doet.

De registratie moest een langere periode beslaan en geen momentopname zijn. Een incidenteel bezoek aan de dokter in verband met een wrat kan immers gemakkelijk samengaan met galstenen of een andere ziekte, die weliswaar op dat moment niet actief is, dus niet de reden is voor dat bewuste bezoek aan de huisarts. Belangrijker nog is de mogelijkheid dat een gepresenteerd probleem, als bijvoorbeeld hoofdpijn, een maand later aanzienlijk ernstiger kan zijn en nog later het symptoom van een tumor kan blijken. Een momentopname zou dat proces niet zichtbaar maken.

Een onderzoek op één moment in de tijd zou alleen de wrat of de hoofdpijn signaleren, maar de kans om de ziekte met langere looptijd te registreren, verlagen. Om die reden stond vanaf het begin vast dat de centrale variabele van de registratie niet het gepresenteerde ge-

zondheidsprobleem zou zijn of de eventuele bijbehorende diagnose, maar de ziekte-episode(n) die op grond van meerdere bezoeken, geconstrueerd kunnen worden.

Epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk ver- eiste met andere woorden:

- een registratie van **demografische en andere gegevens** van de **totale praktijkpopulatie** van de deelnemende praktijken;
- een onderzoek naar **gezondheidsproblemen** in een **deel van de praktijkbevolking**,
- een registratie van **gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk**.
- een registratie van **verrichtingen** in de **huisart- spraktijk**.

In de Nationale Studie is dus gekozen voor een regis- tratie en beschrijving van **alle** relevante aspecten van het huisartsconsult van **alle** patiënten over een periode van drie maanden. Deze aanpak maakt het mogelijk de analyse te richten op de gehele ziekte-episode in plaats van op de afzonderlijke klacht. In meer weten- schappelijke termen: het onderzoek beoogde een epi- demiologische basis van huisartsgeneeskundige zorg te geven, in de zin dat de relatie tussen hulpvraag en hulpaanbod zichtbaar zou worden.

Huisartsvragenlijst

Het is bekend dat artsen onderling sterk verschillen in de mate waarop zij op klachten ingaan, in het stellen van diagnoses en in het uitvoeren van behandelingen. Het was daarom essentieel dat alle artsen die aan de Nationale studie meewerkten een uitvoerige vragenlijst invulden die het NIVEL in staat zou stellen verschillen in het handelen te plaatsen in het perspectief van de ideeën die huisartsen zelf hebben over bepaalde on- derwerpen.

Assistentenformulier Het is kenmerkend voor de huisartspraktijk dat de assistent(e) tamelijk autonoom een aantal taken verricht. Een sterk voorbeeld vormt het uitschrijven van herhaalrecepten. Om die reden is een tweede registratieformulier ontworpen, speciaal ten behoeve van de verrichtingen van de assistent(e).

Opzet

Het materiaal is om bovengenoemde redenen verzameld met behulp van een goed uitgeteste set onderzoeksinstrumenten, waarvan de volgende vier het belangrijkste zijn:

1. Registratie van contacten (consulten en visites) tussen huisarts, assistent(e) en patiënt; zowel een morbiditeits- als een verrichtingenregistratie.
2. Registratie van de kenmerken van de hele praktijkpopulatie zoals geboortjaar, geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit, ethniciteit, beroep, opleiding, woonsituatie, verzekeringsvorm, samenlevingsverband en mobiliteit.
3. Vragenlijstonderzoek bij de registrerende huisartsen naar taakopvatting en praktijkvoering (samenwerking, organisatie).
4. Vragenlijstonderzoek bij een steekproef van patiënten uit de steekproefpraktijken teneinde gegevens te krijgen over de ervaren gezondheidstoestand, houding ten aanzien van ziekte en gezondheid, medische consumptie, gezondheidsattent gedrag, en sociale netwerken.

Dataverzameling

Voor ruim tien miljoen gulden is het mogelijk gebleken een groot landelijk onderzoek uit te voeren waarbij 335.000 patiënten, 161 gevestigde huisartsen, 193 assistentes, 80 projectmedewerkers en vijf en twintig onderzoekers betrokken zijn geweest.

Na het nodige voorwerk zijn op basis van een zogenoemde gestratificeerde steekproef de 161 huisartsen geselecteerd.

Omdat erg veel van de deelnemers werd gevraagd, is een bescheiden vergoeding in het vooruitzicht gesteld.

De geselecteerde huisartsen is gevraagd gedurende drie maanden in 1987-1988 alle contacten met patiënten zo te registreren op een hiervoor ontworpen formulier, dat op het NIVEL de afzonderlijke contacten tot ziekte-episoden 'verwerkt' konden worden. Om een episode-gewijze morbiditeitsregistratie mogelijk te maken, werd de aanleiding van het contact zoveel mogelijk uitgedrukt in diagnosecategorieën of anders in klachten, symptomen of redenen voor contact.

Zoals gezegd vulde de huisarts de relevante consultgegevens in op een registratieformulier. De formulieren werden door een vaste contactpersoon, de zogeheten **veldwerker**, verzameld, gecontroleerd en zondig met de betreffende huisarts besproken.

De klachten, symptomen, diagnoses en redenen voor contact werden op het NIVEL gecodeerd volgens een voor dit onderzoek aangepaste versie van de 'International Classification for Primary Care' en samengevoegd tot ziekte-episoden.

Betrouwbaarheidscontrole

Tijdens de registratieperiode werd de arts gevraagd, op basis van papieren patiënten diagnoses te stellen. Dit was nodig om inzicht te krijgen in de mate waarin de meewerkende artsen soortgelijk diagnoses stellen en benoemen. Hier bleek sprake van een redelijke overeenstemming (ongeveer 90%), zodat gesproken kon worden van een redelijk betrouwbare registratie.

Gedurende de registratieperiode werden de formulieren, die in de praktijk al door de veldwerker waren gecontroleerd, maar bij codering toch nog twijfel opriepen, teruggezonden naar de betreffende huisartsen. Er is met andere woorden geprobeerd de kwaliteit van de registratie zo hoog mogelijk te maken.

Aan de veldwerkers zijn eveneens zware eisen gesteld. Zij moesten een medische dan wel paramedische opleiding hebben afgerond. De selectie resulteerde in een verdeling van driekwart artsen en een kwart paramedische medewerkers.

Eis was dat tussentijds uitvallen van veldwerkers omwille van de bescherming van de privacy gevoelige informatie in de praktijk, niet mogelijk was. Het sprak voor zich dat de deelnemende huisartspraktijken niet tijdens de registratie steeds andere veldwerkers toegang zouden verlenen tot hun praktijkadministratie.

Ook de veldwerkers hebben uitvoerig geoefend met papieren registratie voorbeelden. Alle medewerkers hebben zich moeten onderwerpen aan periodieke uniformiteitstesten, teneinde er zeker van te zijn dat de codering geen twijfelgevallen zou opleveren.

Van de geselecteerde huisartsen is er uiteindelijk één uitgevallen. Bij de veldwerkers was het verloop iets groter, maar niemand heeft de afspraak geschonden om drie maanden aaneengesloten bij één huisarts gegevens te halen en te verwerken.

Deelstudies

De Nationale Studie bestaat in feite uit twaalf deelstudies, dit zijn:

- * de ziekten in de huisartspraktijk.
- * de relatie tussen huisarts, patiënt en vrijwilligers.
- * verwijzingen van huisarts naar specialist.
- * huisarts en chronische aandoeningen.
- * huisarts en preventie.
- * gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de praktijk.
- * voorschrijven van geneesmiddelen.
- * verloskundige hulp door huisartsen.
- * huisartsen en fysiotherapeutische hulp.
- * psychosociale problemen en de relatie tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk.
- * nazorg en continuïteit van zorg.
- * werkbelasting van de huisarts.

Opbrengst

In totaal zijn 500 mensen 48 maanden aan het werk geweest, zijn honderden kilo's papier verwerkt en is het eindresultaat:

4 basisrapporten, 12 deelstudies, tientallen databestanden, een tiental lopende dissertatie-studies, vele lezingen en concept artikelen en een groeiend aantal onderzoeksprojecten in samenwerking met andere onderzoeksinstellingen.

Het lopende onderzoek, samen met het Nijmeegse Universitaire Huisartsen Instituut, naar chronische ziekten en het samenwerkingsproject met het Universitaire Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit naar het gebruik van diagnostische hulpmiddelen, zijn veelbelovende voorbeelden van wat in de toekomst - met uiteraard strenge afspraken voor de distributie van de gegevensbestanden - aan onderzoek mogelijk is.

Inmiddels zijn een aantal nieuwe studies en samenwerkingsprojecten met andere onderzoeksinstituten en instellingen op gang gekomen. We noemen onder andere: een onderzoek met het Universitaire Huisartsen Instituut / Sophia Kinderziekenhuis van de Erasmus Universiteit naar kindergeneeskunde in de huisartspraktijk; een gezamenlijk project met het Universitaire Huisartsen Instituut van de RU Groningen en het Nederlands Huisartsen Genootschap over de rol van de praktijkassistent(e); een screeningsproject naar psychiatrische problematiek bij kinderen met de Vakgroep Kinderpsychiatrie van de RU Utrecht; onderzoek naar bijwerkingen van geneesmiddelen in samenwerking met het Bureau Bijwerkingen van het Ministerie van WVC; een project met het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarin het gebruik van de NHG-standaarden wordt getoetst en tenslotte een project in samenwerking met de Commissie Rheuma-research, waarin de follow up van patiënten met chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat plaatsvindt.

Tenslotte zijn databestanden uit de Nationale Studie, onder strikte voorwaarden, voor derden beschikbaar. Op dit moment maken het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, het Nederlands Economisch Instituut, het Instituut Voor Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam en de Landelijke Huisartsen Vereniging, hiervan gebruik.

4.

Mogelijkheden van het materiaal

Voor de wetenschap Het totaal van honderd miljoen gegevens in de database van de Nationale Studie, biedt in potentie veel mogelijkheden voor nader wetenschappelijk onderzoek.

De gegevens zijn, in vergelijking met een aantal soortgelijke studies in andere landen uniek en wel omdat de gegevens over de voorkomende ziekten gekoppeld kunnen worden aan de ondernomen verrichtingen en niet te vergeten aan de kenmerken van de bevolking.

Datzelfde geldt voor de mogelijke koppeling van gegevens over de diagnose met die over de beoordeling van de psychosociale omstandigheden van de patiënt in kwestie.

Een volgende stap in wetenschappelijk onderzoek zou kunnen zijn dat bekeken wordt in hoeverre artsen rekening houden met de resultaten van het onderzoek. Gebleken is bijvoorbeeld dat huisartsen mensen met griep meestal volgens een bepaald stamien bejegenen. Tegelijkertijd is gebleken dat anders wordt opgetreden wanneer het patiënten met hartklachten betreft. De huisarts is bij uitstek degene die van dit soort situaties op de hoogte kan zijn. Gedacht zou kunnen worden aan wetenschappelijk onderzoek waarmee de veronderstelde meerwaarde van de generalistische huisarts getoetst zou kunnen worden.

Een ander mogelijk aangrijpingspunt vormt het gegeven dat chronisch zieken vaak last hebben van meerdere ziekten tegelijk, er is bijna altijd sprake van comorbiditeit.

In een nadere studie zullen het (mogelijke) belang van bewaking en begeleiding door een generalist en de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken, aan het licht kunnen komen.

Een boeiend en onontgonnen terrein is verder de interdokter variatie. Tot nu toe legden de meeste wetenschappers zich neer bij de gedachte dat wàt er ook in de huisartsgeneeskunde werd gemeten, er altijd een enorme variëteit aan dokters uitrolde. De aangetroffen verschillen tussen de praktijken en de dokters waren niet goed terug te brengen op het soort zaken waaraan normaal houvast is te ontleen.

Dat betreft dan kenmerken van de praktijkpopulatie, zoals buurt, verschillen tussen mannen en vrouwen uitgesplitst naar sociaal-economische status of leeftijd. Het is nu mogelijk dat deze 'risico'groepen in de huisartspraktijk worden geïdentificeerd en dat zij door een andere aanpak meer aandacht kunnen krijgen waardoor de frequentie van consulten en het geneesmiddelengebruik zouden kunnen afnemen.

Zo ooit mogelijke verklaringen voor de interdokter variatie worden gevonden, dan zou dit op grond van het beschikbare materiaal uit de Nationale Studie moeten kunnen.

Voor het overheidsbeleid

De overheid kan in verband met het onderbrengen van huisartshulp in de AWBZ, over nadere gegevens beschikken wat betreft de mogelijke consumptieverhogende werking van de nieuwe plannen als het gaat om particulier verzekerden.

De Studie bevat gegevens over de frequentie van de contacten, de opeenhoping van problemen per contact, of iemand particulier is en wel of niet verzekerd voor het huisartsdeel.

Tegelijkertijd is er materiaal van de kant van de patiënten: gaan zij vaker naar de huisarts wanneer zij voor het huisartsdeel zijn verzekerd en veel meer van dat soort kwesties.

De nu beschikbare databestanden bieden nog meer mogelijkheden.

Zoals bijvoorbeeld een studie naar de invloed van sociale netwerken op de gezondheid, de relatie tussen werkbelasting en kwaliteit van hulp, een studie naar de

inhoud van de dagboeken die zowel artsen als patiënten hebben bijgehouden, de mogelijkheid om subjectieve beleving van gezondheidsklachten te koppelen aan de opmerkingen en benaderingen van de dokter.

Wat de geneesmiddelen betreft is er studie mogelijk naar een betere manier van kwantificeren naar hoeveelheden werkzame stof, de zogenoemde 'prescribed daily dose'. Er zal een onderzoek worden uitgevoerd naar de bijwerkingen van bepaalde geneesmiddelen. Het departement van WVC is hierin geïnteresseerd en de analyse is begonnen.

De detectie en behandeling van psychosociale problemen is een volgend onderwerp voor verdere studie. De huisartsen die aan de Nationale Studie meededen hebben bij ieder contact een notitie gemaakt over hun inschatting van de rol die psychosociale problemen bij de gepresenteerde klacht speelden.

Het zal interessant zijn die gegevens te bekijken in relatie tot de plaats die psychosociale problemen krijgen in de huidige huisartsopleidingen.

Mogelijk hebben de uitkomsten van een dergelijke studie gevolgen voor de financiering van de opvang van dergelijke klachten. Mogelijk is er een meetinstrument te ontwikkelen waarmee de werklast ten gevolge van dergelijke problemen in relatie wordt gebracht met tijd en met de honorering.

Het materiaal biedt daarnaast mogelijkheden om uit te zoeken of de overheidsmaatregelen van de laatste jaren op enigerlei wijze effect hebben gesorteerd.

Vestigingsbeleid, gezondheidscentra, samenwerking, aanpassing honorering en de ontwikkeling van standaarden waren allemaal maatregelen die beoogden de huisartsen doelmatiger, kwalitatief beter en tevredener te laten werken.

Juiste analyses van de gegevensbestanden kunnen tonen welke elementen gunstig waren om het doel te bereiken, welke beslissingen beter achterwege hadden

kunnen blijven en welke juist nog krachtiger hadden moeten worden gestimuleerd.

Voor de huisartsen(organisatie)

In tegenstelling tot de periode vóór de Nationale Studie, beschikken de huisartsen en hun organisaties, thans over gegevens die als nationale statistische referentie dienst kunnen doen.

Stel er zijn gezondheidsproblemen of nieuwe gegevens over het voorschrijven van antibiotica, dan kunnen waarneemgroepen en daarbinnen individuele huisartsen hun eigen gedrag relateren aan nationale gegevens die genuanceerder zijn geregistreerd dan tot nu toe het geval was.

Mocht er van afwijkingen sprake zijn, dan kunnen zij op basis van de beschikbare gegevens een zinvolle discussie voeren over de vraag of en hoe die afwijkingen verklaarbaar zijn en of het noodzakelijk is actie te ondernemen. De aanwezigheid van betrouwbare gegevens maakt spiegeling van het eigen handelen beter mogelijk.

Voor de patiënt

De Nationale Studie kan, tenslotte, ook een (afgeleid) belang vertegenwoordigen voor de patiënten(organisatie(s)).

Reeksen antwoorden op bestaande vragen levert de Studie op. Bijvoorbeeld wat er precies in een huisartspraktijk omgaat, hoe de dokter over de patiënten denkt en vice versa, wat de invloed is van de praktijkorganisatie op de kwaliteit van het werk en op de tevredenheid van de patiënt, hoe 'gecontroleerd' het voorschrijven van geneesmiddelen gebeurt, hoe de mensen denken over hun gezondheidsproblemen en de reactie daarop van de dokter, hoe beide partijen denken over het resultaat van behandelen, van preventie, van doorverwijzen.

Kortom, wanneer de Consumentenbond of het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform een inzicht zou willen krijgen in bijvoorbeeld het voorschrijf- en con-

sumptiegedrag wat betreft medicijnen, dan lijkt de mogelijkheid van een betrouwbare analyse thans aanwezig.

5.

Eerste Resultaten Met de verzamelde data zullen in 1990 en 1991 veel vragen beantwoord kunnen worden. Sommige analyses zijn al begonnen; voor andere vragen ligt het materiaal nog te wachten. Omdat de databestanden eerst voor verdere analyse geschikt gemaakt moeten worden, zal het in sommige gevallen nog wel enige tijd op zich laten wachten. Op dit moment, voorjaar 1990, kunnen om die reden alleen de eerste globale tellingen naar buiten worden gebracht. De analyses ter beantwoording van vragen rond morbiditeit en verrichtingen, zullen pas later beschikbaar komen.

Kwantiteit en Kwaliteit Kwantitatief blijkt de huisartspraktijk goed tegemoet te komen aan de 'zorgbehoefte' van de patiënten. In een periode van drie maanden worden bijvoorbeeld de mensen met belangrijke somatische chronische aandoeningen vrijwel allemaal gezien. In de grote steden, daarentegen blijken een aantal sociaal bepaalde risicogroepen, zoals alleenstaanden en Marokkaanse en Turkse patiënten, weinig gezien te worden.

Over de kwaliteit van de zorg kan worden gezegd dat de diagnose van somatische chronische aandoeningen redelijk valide is. Verder bleek dat de huisarts redelijk zorgvuldig diagnostiek aanvraagt. Zo werd bij 50% van de vrouwen waarvoor een mammografie werd aangevraagd, de diagnose maligniteit gesteld.

Wanneer wordt gekeken naar de wijze waarop standaardbehandelingen worden uitgevoerd, kwam naar voren dat de huisarts het protocol redelijk lijkt te volgen. Een voorbeeld is de handelwijze bij diabetes mellitus. De meeste huisartsen voeren de handelingen uit het protocol uit, zij het dat men de patiënt in plaats van één maal per drie maanden, gemiddeld 3.75 maal ziet. Hooguit één van die contacten daarentegen wordt besteed aan de standaard diabetes controle, althans bij 71% van de gevonden type 2 diabetes benoemde de

huisarts of assistent het contact als een controle contact. Wel kwam naar voren dat de 'voorgeschreven' vervolgspraak in de helft van de gevallen niet expliciet wordt gemaakt.

Morbiditeit

Een vergelijking van gezondheidsproblemen in de bevolking en de gezondheidsproblemen die bij de huisarts worden gepresenteerd levert grote verschillen op. Dat wil zeggen dat er, zoals ook uit ander onderzoek bekend is, veel meer gezondheidsproblemen in de bevolking voorkomen dan aan de huisarts worden gepresenteerd. Het wil verder zeggen dat de gezondheidsproblemen naar omvang gerangordend een andere 'top-tien' opleveren dan de aan de huisarts gepresenteerde ziekte-episoden.

De enquête onder de bevolking leverde de volgende tien meest voorkomende gezondheidsproblemen op:

tabel 1.

De tien meest voorkomende gezondheidsproblemen in de bevolking per 1000 personen, gerangschikt naar voorkomen. Bevolkingsenquête onder een aselechte steekproef van 100 patiënten per deelnemende huisartspraktijk.

N = 13.000.

1. hoofdpijn	(288)
2. moeheid	(282)
3. hoesten	(206)
4. verstopte neus	(200)
5. nervositeit	(174)
6. rugklachten	(158)
7. snel opgewonden zijn	(151)
8. slapeloosheid	(147)
9. nek/schouderklachten	(134)
10. klachten lagere extremiteit	(128)

In het algemeen geldt dat circa 10% van alle gezondheidsproblemen aan de huisarts wordt gepresenteerd. De ziekten of ziektebeelden, uitgedrukt in episoden,

waarmee de huisartsen in Nederland het vaakst worden geconfronteerd, levert een wat ander beeld op:

tabel 2.

De tien meest voorkomende klachten aan de huisarts gepresenteerd, uitgedrukt in ziekte-episoden per 1000 personen, gerangschikt naar voorkomen. Registratie van alle huisartscontacten in 103 praktijken, gedurende 3 maanden, 1987-1988.

N = 300.000.

1. Hypertensie	(56.3)
2. Pilcontrole	(36.8)
3. Bovenste luchtweginfecties	(34.4)
4. Eczeem	(22.7)
5. Angstgevoelens/nervositeit	(22.3)
6. Slaapstoornissen	(22.0)
7. Spierpijn	(20.0)
8. Verstuiking/kneuzing	(19.8)
9. Geen ziekte	(18.8)
10. Blaasontsteking	(14.0)

Deze top-tien geeft dus het aantal episoden aan per duizend personen in de bevolking. Voor alle duidelijkheid: deze gegevens betreffen **niet** de momentopname van de klacht of diagnose, maar beslaan de gehele ziekte-episode. Samen vormen deze episoden ruim 25 % van het totaal aantal episoden.

Comorbiditeit

In de doorsnee Nederlandse huisartspraktijk komen mensen niet met één klacht bij de dokter, maar worden doorgaans, dat wil zeggen in minstens 45 % van alle contacten, meerdere gezondheidsproblemen aan de dokter gepresenteerd. Het kan zijn dat die andere gezondheidsproblemen samenhangen met de belangrijkste klacht (in 20% van de gevallen) of dat er sprake is van een onderliggende ziekte, dan wel dat psychosociale problemen als extra factor meespelen.

Morbiditeit in de huisartspraktijk uitgesplitst

Uit de beschikbare gegevens over de **morbiditeit**, uitgesplitst naar de **verzekeringsvorm van de patiënt**, kan worden opgemaakt dat ziekenfondsverzekerden in het algemeen zieker zijn dan particulieren (met name hart- en vaatziekten / psychische klachten / diabetes / Cara) en dat vage klachten bij deze groep verzekerden veel vaker voorkomen (algemene malaise / spierpijn / hoofdpijn).

Bij de **particuliere verzekerden** komen vaker 'harde' diagnoses voor (otitis media/prostaathypertrofie).

Deze bevindingen zijn gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht. Dat wil zeggen dat de aangetroffen verschillen niet worden verklaard door de omvang en de sexe-verdeling van de onderzochte populatie.

Indien de **morbiditeitscijfers naar urbanisatiegraad** worden uitgesplitst, dan blijkt dat op het platteland en in de drie grote steden de mensen het ziekst zijn. Opvallend is verder dat de traumatologie in de grote steden het laagst scoort: de mensen omzeilen kennelijk de huisarts en weten de weg naar het ziekenhuis goed te vinden.

Worden de **morbiditeitscijfers per regio** gezien, dan kan worden geconcludeerd dat de mensen in het noorden het ziekst zijn in de zin van 'harde' somatische diagnoses (hart- en vaatziekten, chronische bronchitis, Parkinson, epilepsie, diabetes).

In het midden van het land is sprake van een wisselend beeld zonder betekenisvolle uitschieters.

Het zuiden van Nederland scoort het hoogst in stress-gevoelige aandoeningen en in vage klachten.

Omdat dit zogeheten 'ruwe cijfers' zijn, dat wil zeggen, dat ze niet zijn gestandaardiseerd voor de leeftijdsopbouw van de bevolking, is het denkbaar dat de gevonden regionale verschillen te wijten zijn aan verschillen in bevolkingssamenstelling.

Nationale Studie vergeleken met andere registraties

Vergeleken met de morbiditeitsregistraties van de Continue Morbiditeitsregistratie uit Nijmegen (1978-1982) en het Monitoring project (1980-1981) blijkt uit de Nationale Studie dat de huisarts in de tachtiger jaren **vaak** geconfronteerd wordt met:

- * ouderdomsziekten (kanker, chronisch hart- en vaatlijden, glaucoom, galblaasaandoeningen, reumatoïde artritis, suikerziekte),
- * psychiatrische problematiek (schizofrenie, affectieve en overige psychosen, dementie),
- * sportletsels (ontstekingen van de weke delen van het gewricht, knieletsels, verstuikingen, kneuzingen-distorsie)

en wellicht verrassend:

- * acute infecties (bof, mazelen, rode hond, roodvonk, kinkhoest, kaakholteontsteking, blaasontsteking, schimmelinfecties).

De huisarts wordt daarentegen **minder vaak** geconfronteerd met:

- * ziekten van het tandvlees en het gebit
- * acute hartinfarcten
- * menstruatieproblemen
- * prostaatproblemen

Preventie

De gegevens van de Nationale Studie duiden erop dat huisartsen niet actief bezig zijn met preventie. Vrijwel geen huisarts gaat systematisch en consequent op zoek naar bepaalde risicogroepen binnen de praktijk. In minder dan 5% van de contacten worden mensen die tot een risicogroep behoren preventief gescreend.

Wanneer de voorbeeldfunctie van de huisarts onder de loupe wordt genomen, dan is er 'goed' nieuws omdat veel artsen met roken zijn gestopt (het percentage rokende huisartsen daalde tussen '83 en '87 van 56% naar 36 %).

Het is opmerkelijk dat de arts bepaalde 'preventie' zaken blijft doen - zoals bloeddruk meten - ook al lijkt dit meer routinematige werk geschikt om aan de assistente te delegeren. Ook verricht men nog de 'pilcontrole' die niet meer als actieve preventiemaatregel wordt geadviseerd.

Werkbelasting

De huisartsen van de Nationale studie hebben gedurende een volle week (7 dagen) een dagboekje van hun tijdsbesteding bijgehouden. Met die gegevens - en natuurlijk de gegevens uit de registratie van contacten tussen huisarts en patiënt - is het mogelijk de werkbelasting van de Nederlandse huisarts te bestuderen.

Gemiddeld werkten de huisartsen ruim 48 uur. Als alleen gekeken wordt naar de doordeweekse dagen en binnen 'kantooruren' (acht tot vijf) is dat 35 uur. Zo'n 70% van de tijd wordt besteed aan patiëntgerichte activiteiten. De rest aan zaken als praktijkorganisatie, overleg, scholing en dergelijke.

Dat laatste deel van de tijdsbesteding - de niet patiëntgerichte activiteiten - ligt voor alle huisartsen ongeveer op hetzelfde niveau, terwijl de omvang van de patiëntgerichte activiteiten samenhangt met de omvang van de praktijk.

Huisartsen met een grotere praktijk besteden meer tijd aan patiëntgerichte activiteiten, maar perfect is die relatie ook weer niet, want patiënten van huisartsen met een grotere praktijk bezoeken hun huisarts wat minder vaak. Bovendien is de duur van de consulten in de grotere praktijken korter (gemiddeld duren spreekuur consulten acht minuten).

Het aantal patiënten per huisarts is de belangrijkste bepaler van het aantal werkuren. De samenstelling van de praktijk - zijn er bijvoorbeeld veel bejaarde patiënten - doet er veel minder toe.

Of de organisatie van de praktijk en de delegatie van werk naar de assistent(e) wat uitmaakt voor de werkbelasting van de huisarts, is nog niet uitgezocht.

Nazorg

In het kader van de bestudering van de relatie tussen hulp binnen en die buiten het ziekenhuis, is gekeken naar de behoefte aan zorg nadat mensen uit het ziekenhuis zijn ontslagen. Van de ondervraagde patiënten zei ruim de helft (56%) behoefte te hebben aan dergelijke zorg na ontslag. De meeste behoefte is er aan hulp bij psychosociale problemen (24%), ADL-functies (18%) en verpleegkundige activiteiten (16%). Bij een derde van de patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen, legt de huisarts visites af.

Nader onderzocht wordt in hoeverre de geleverde begeleiding voldeed aan behoefte en verwachtingen. Thans is bekend dat één van de tien ondervraagden die behoefte aan hulp/zorg formuleert, zegt dat niet te krijgen.

Vergeleken met de groep die wel zorg ontvangt, zijn het vaker mannen, jongeren en minder goed opgeleide mensen die niet de hulp ontvangen die zij wensen.

Voorschrijfgedrag

Uit het onderzoek blijkt dat in principe de kwaliteit van het voorschrijven goed is, althans zoals dat naar voren komt uit onderzoek met papieren patiënten. 'Goed' wil in dit verband zeggen: gemeten volgens een kwaliteitsmaat waarin de criteria farmacologische juistheid, dosering en voorschrijfduur gewogen zijn meegeteld. Hier was sprake van meer dan 85% overeenstemming over het voor te schrijven middel en de dosering ervan. De goed voorschrijvende arts is meestal jong, niet lang geleden afgestudeerd, staat negatief ten opzichte van symptoomgericht voorschrijven en schrijft minder vaak placebo's voor. De als goed voorschrijvende arts beoordeelde dokter is een zorgvuldig lezer van de vakbladen Huisarts en Wetenschap, Geneesmiddelenbulletin en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Verwijzingen

Uit het materiaal over het verwijzen van de huisarts (gemiddeld gaf 11,7% van alle ziekte-episoden aanleiding tot een verwijzing naar de tweede lijn of fysiotherapeut) komt na de eerste studiefase naar voren dat vrouwen een grotere kans maken op verwijzing dan

mannen, dat ouderen een grotere kans maken dan jongeren en wanneer het initiatief ligt bij de huisarts, is de kans dat een ziekenfondsverzekerde wordt verwezen groter dan in het geval van een particulier verzekerde. De relatie met de verzekeringsvorm moet nog nader worden onderzocht. Ziekenfondsverzekerden ondergaan, anders dan particulier verzekerden, zogenoemde verlengings-verwijzingen op initiatief van een medisch specialist, wanneer zij langer dan een jaar bij deze specialist onder behandeling zijn. Dat gegeven maakt verschillen aangeven en verbanden leggen moeizaam.

Assistent(e)

Het is opvallend dat meer dan een kwart van alle contacten in de huisartspraktijk loopt via de assistente. Opvallend is vooral dat de assistente een zelfstandige, dat wil in de meeste gevallen zeggen ongecontroleerde, rol speelt bij het uitschrijven van herhaalrecepten van geneesmiddelen die door medische specialisten ten behoeve van de patiënt zijn voorgeschreven. Ook de herhaalrecepten van de huisarts zelf worden soms na telefonisch advies, maar dikwijls zonder zijn tussenkomst opnieuw uitgeschreven. Van alle herhaalreceptuur blijkt ongeveer 70% door de assistent(e) uitgeschreven te worden.

Het is verder een opmerkelijk gegeven dat de gediplomeerde assistent(e) meer handelingen verricht dan de niet gediplomeerde, het betreft dan zaken als: verslag doen aan de patiënt van de resultaten van laboratoriumonderzoek, het geven van injecties, bloeddrukmeting, hechtingen verwijderen, wondverzorging, wratten aanstippen en dergelijke.

Verschillen

De Nederlandse huisartspraktijken tonen grote verschillen in hoeveelheid contacten, met een gemiddelde van 50 contacten per dag, met een minimum van 32 contacten per dag per praktijk en een maximum van 100 contacten. Deze verrassend hoge waarden betreffen zowel de contacten van de huisarts als die van de

assistent(e). De contacten van huisarts en assistent(e) verhouden zich als 5:2. Ook de hoeveelheid ziekte-episoden verschilt sterk per praktijk. Het gemiddeld aantal ziekte-episoden bedroeg 87 episoden per 100 patiënten, terwijl het aantal varieerde tussen 60 episoden per 100 patiënten tot 113 episoden per 100. Het spreekt voor zich dat ook het aantal en het soort verrichtingen van de arts een dergelijke spreiding laat zien, een voorbeeld is de variatie in het aantal aangevraagde medische onderzoeken.

De hoeveelheid aanvragen voor aanvullende diagnostische onderzoeken varieert evenzeer. De gevonden verschillen (gemiddeld aantal aanvragen: 85 per 3 maanden; maximum: 26; minimum: 213) zullen ongetwijfeld verband houden met de praktijkvoering, met kenmerken van de patiëntenbevolking en tenslotte met de arts zelf.

Eenzelfde variatie werd aangetroffen bij de praktijkbevolkingen. Dat geldt zowel voor de getoonde en de ervaren ziekten, voor de mate van medische consumptie als voor andere factoren, ook wanneer de gegevens zijn gecontroleerd voor de invloed van variabelen als urbanisatiegraad, regio en afstand tot het ziekenhuis. In het algemeen geldt dat 50% van de populatie in een periode van 3 maanden contact heeft met zijn huisarts. Gemiddeld per praktijk is er sprake van 115 contacten per 100 patiënten over een periode van drie maanden. Daarbij zijn er praktijken waar 73 contacten per 100 patiënten werden geteld en praktijken waar er 160 contacten per 100 bleken voor te komen.

Het moge duidelijk zijn dat de medische consumptie per praktijk sterk verschilt, de verdere analyse van het materiaal zal inzicht verschaffen in de mogelijke verklaringen van dit fenomeen.

6.

Slotbeschouwing

Afgezien van de eerste globale resultaten uit hoofdstuk 4, zal het materiaal een schat aan extra informatie over de huisarts opleveren. Het is nu de vraag of dit materiaal het mogelijk maakt het werk en wezen van de huisarts in kaart te brengen en dat kritiek op de huisarts ondersteund of verworpen kan worden?

Kritiek

De doorsnee huisarts die uit de Studie te voorschijn komt, is en werkt veel rationeler dan de figuur die door de critici in de media (vooral vanuit de denkwereld die binnen ziekenhuizen overheerst) wordt beschreven.

Het feit dat veel patiënten niet aan één maar aan meerdere ziekten lijden, dan wel in veel gevallen meerdere problemen tegelijk aan de huisarts voorleggen, draagt vermoedelijk bij aan het imago van de irrationele en niet doelmatige hulpverlener. De huisarts kent niet de luxe van een specifieke en vaak al voorbereekte klacht, die hij standaardsgewijs kan afhandelen (anamnese, diagnose, behandeling etc), maar moet bedacht zijn op comorbiditeit, afschatten welk probleem het zwaarst weegt en met het befaamde 'pluis-niet pluis' criterium in zijn achterhoofd, naar héél het verhaal van zijn patiënt luisteren. Sterker nog hij zou in zekere zin zijn functie verzaken, indien hij al te regelgeleid zou ingaan op één gezondheidsprobleem.

Veel van de kritiek op de huisarts lijkt herleidbaar tot het toepassen van ideaaltypen op de praktijk van alledag.

Zo is er recente kritiek van de Consumentenbond op het voorschrijfgedrag van artsen. Wat de huisarts betreft moet dan bedacht worden dat de verantwoordelijkheid voor de prescriptie vaak in het ziekenhuis begint. Huisartsen moeten vaak - ongevraagd - meewerken aan een in het ziekenhuis gestarte medicatie.

Hetzelfde geldt voor de kritiek vanuit psychiatrische hoek dat huisartsen zoveel stoornissen zouden missen. De zogenoemde 'gemiste' diagnoses blijken niet

altijd missers te zijn, maar zijn vaak terug te voeren op het simpele feit dat iemand met problemen ook wel eens een wrat kan hebben.

Doelmatigheid

Wellicht is het mogelijk met behulp van goed geschoold paramedisch personeel tot een doelmatiger praktijkvoering te komen en actiever en dus systematischer aan preventie te doen.

Een voorbeeld kan worden gevonden in Groot Britannië, dat wat de huisartsgeneeskunde betreft voorop loopt. De voor driekwart door de overheid betaalde 'practice nurse' neemt de Britse huisarts veel werk uit handen.

Werk en wezen

Voor grote groepen patiënten is het de huisarts, als enige in de hele gezondheidszorg, die uiteindelijk het overzicht heeft van alle lotgevallen gedurende een bepaalde periode in het leven van een individu. Misschien is wel het kenmerkendste verschil tussen de huisarts en de specialist dat de huisarts niet alleen de patiënt beter kent, maar hij kent ook vaak diens sociale omstandigheden en, nog belangrijker, het omringende sociale netwerk. Hij kent de patiënt al voor het ontstaan van een bepaalde ziekte en tijdens de ziekte heeft hij méér dan de specialist een totaalbeeld van de patiënt. De specialist daarentegen richt zich bij uitstek op de aandoening van de patiënt. De huisarts legt de prioriteit bij het gesprek in plaats van bij een verwijzing naar een ander en dat is voor de meeste patiënten een reden voor grote waardering.

De meerwaarde die de huisarts kennelijk vertegenwoordigt komt ongetwijfeld het sterkst tot uitdrukking als het gaat om chronische patiënten. Niet dat een huisarts zoveel méér kan dan de artsen in ziekenhuizen, maar wát hij kan en doet vereist het soort integrale en continue geneeskunde, dat bij uitstek het handelsmerk vormt van deze groep hulpverleners.

Centrale rol

De Nederlandse gezondheidszorg is zo ingericht dat de huisarts daarin een centrale, zevende en wegende functie vervuld. Die rol wordt misschien niet meer zoals vroeger door iedereen kritiekloos op prijs gesteld, maar die rol legt niettemin een ongekend gewicht in de schaal van het alledaagse leven.

Naar de huisarts kun je toe wanneer je een baaldag hebt, wanneer de harmonie thuis ver te zoeken is, wanneer relaties te wensen over laten én wanneer er echt of vermeend iets niet in orde is met lichaam of geest.

De kunst zal zijn voor de beroepsgroep de juiste stimulansen te vinden die het vak aantrekkelijk houden, de vakgenoten te motiveren en de vanouds gewaardeerde elementen zoals het goede gesprek, niet verloren te doen gaan.

De functie van klaagmuur, uithuilschouder, richting-aanwijzer, kalmeringsmiddel of helderziende zou immers niet in het gedrang moeten komen.

In tegendeel, net als in Amerika, is er een neiging te verlangen naar een persoon die temidden van de oprukkende medische technologie, af en toe thuis langs komt voor een rustig gesprek en dan ook nog de naam van de hond blijkt te kennen.