

NIU 7(18)A

~~R 4500(18)A~~

138312

DE HUISARTS IN DE GROTE STAD

R.A. Verheij
D.H. de Bakker
J. van der Velden



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319200

december 1992

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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Verheij, R.A.

De huisarts in de grote stad / auteurs: R.A. Verheij, J. van der Velden
D.H. de Bakker - Utrecht : Nederlands instituut voor
onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). -
(Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de
huisartspraktijk)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-198-2

Trefw.: Huisartsgeneeskunde; onderzoek; urbanisatie

VOORWOORD

Het rapport dat u nu in handen heeft geeft een beschrijving van de situatie rond verschillen tussen huisartspraktijken in grote steden en daarbuiten. Ondanks het feit dat praktijken in grote steden vaak gezien worden als meer problematisch dan andere praktijken, gaat het in dit rapport dus niet in eerste instantie om problematische praktijken. Naast een beschrijving van huisartspraktijken in grote steden worden verklaringen gezocht voor verschillen tussen praktijken in grote steden en praktijken elders in Nederland.

De auteurs willen hun dank uitspreken voor de leden van de begeleidingscommissie die voor het onderzoek werk ingesteld, de heer M.H. van de Berge, huisarts, de heer D.A. Bergman, de heer J. Querido, huisarts en de heer P. van Leeuwen, huisarts namens respectievelijk de Districts Huisartsen Verenigingen van Rotterdam, Utrecht, Amsterdam en Den Haag, en de heer R. Oudkerk, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging. Zonder hen zou dit rapport niet tot stand gekomen zijn. Voorts bedanken de auteurs mevrouw R. Wiegers en mevrouw J. Velthuis, die de lay-out verzorgden en de heer H. Abrahamse, die behulpzaam was bij een aantal analyses.

R.A. Verheij
D.H. de Bakker
J. van der Velden

	pag.
INHOUD	
VOORWOORD	
DE HUISARTS IN DE GROTE STEDEN: EEN SAMENVATTING	i
INLEIDING	1
1. LITERATUUROVERZICHT	5
1.1 Inleiding	5
1.2 De huisarts in de grote steden	5
1.3 De vraagkant	8
1.4 Het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen in de grote steden	13
1.5 Conclusie	14
2. OPZET EN METHODE	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Algemene opzet van de Nationale Studie	15
2.3 De ten behoeve van dit onderzoek gepleegde selecties	17
2.4 De grote stad: wat wordt daaronder verstaan?	18
2.5 Representativiteit	20
2.6 Samenvatting	27

3.	PRAKTIJKPOPULATIES VAN HUISARTSEN IN DE GROTE STEDEN	29
3.1	Sociaal demografische kenmerken	29
3.1.1	Leeftijd en geslacht	29
3.1.2	Sociale status	30
3.1.3	Allochtonen	33
3.1.4	Verhuismobiliteit	33
3.1.5	Sociale netwerken	34
3.2	Gezondheidsgedrag en leefstijl	36
3.3	Contacten met hulpverleners	38
3.4	De meest in het oog springende verschillen	40
3.5	Groepering van praktijken	40
4.	ERVAREN GEZONDHEID EN KLACHTEN	45
4.1	Inschatting van de eigen gezondheid	45
4.2	Acute klachten	46
4.3	Chronische aandoeningen	48
4.4	Beperkingen in het dagelijks functioneren	50
4.5	Kans op psychiatrische aandoeningen	52
4.6	Psychosociale problematiek	52
4.7	Ziekteverzuim en beperkte inzetbaarheid	55
4.8	De rol van leeftijd en geslacht	56
4.9	De meest in het oog springende resultaten	57
4.10	Clustering van huisartspraktijken op basis van ervaren gezondheid en klachten	58
4.11	Attitudes	62
4.13	Conclusie	64
5.	PROBLEEMAANBOD	65
5.1	Oorsprong van de data	65
5.2	Clustering van diagnoses	66
5.3	Incidentie	66
5.3.1	Incidentie niet gestandaardiseerd	66
5.3.2	Naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde incidentie	70
5.4	Prevalentie	71
5.5	Samenvatting	73

6.	CONTACTEN EN VERRICHTINGEN	75
6.1	Consultvoering	75
6.2	Verrichtingenpatroon	80
6.2.1	Verrichtingenpatroon gecorrigeerd voor morbiditeit	84
6.3	Oordeel over het handelen van de huisarts	87
6.4	Conclusie	89

7.	SAMENHANG	91
7.1	Inleiding	91
7.2	De invloed van patiëntkenmerken op de huisartsenzorg en gepresenteerde problemen	91
7.2.1	Gebruikte gegevens en methode	91
7.2.2	Resultaten	94
7.3	De invloed van huisarts- en patiëntkenmerken op de huisartsenzorg en gepresenteerde morbiditeit	99
7.3.1	Gebruikte gegevens en methode	99
7.3.2	Resultaten	101
7.3.3	De verklarende waarde van praktijksamenstelling en praktijk- en huisartskenmerken vergeleken	105
7.4	Samenvatting	107
7.4.1	De invloed van de praktijksamenstelling op de huisartsenzorg	107
7.4.2	De invloed van huisartskenmerken	110

LITERATUUR	113
-------------------	------------

Bijlage A	Herleiding clusters van klachten en aandoeningen tot ICPC-codes
Bijlage A2	Prevalentie en incidentie naar ICPC-hoofdstuk en urbanisatiegraad
Bijlage B	Incidentie- en prevalentiecijfers per morbiditeitscluster
Bijlage C	Tabellen bij hoofdstuk 7

DE HUISARTS IN DE GROTE STEDEN: EEN SAMENVATTING

Achtergrond

Regelmatig komen er signalen dat de huisarts in 'de' grote stad in Nederland problemen ondervindt bij de uitoefening van zijn beroep. Reeds in 1982 werd via een intern memo in de Landelijke Huisartsen Vereniging gewezen op problemen in de huisartspraktijken in de grote steden. Meer recent blijkt uit een onderzoek van Van Dierendonck et al (1992) dat huisartsen in grote steden vaker kenmerken van 'opgebrand zijn' vertonen dan collega's daarbuiten. Van nog recenter datum zijn de berichten over de moeilijkheden bij het vervullen van huisartsvacatures in bepaalde buurten van de grote steden. Kennelijk is er iets aan de hand met de huisartspraktijk in de grote steden.

Belangrijke kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland zijn het leveren van continue en integrale, persoonsgebonden zorg aan een vaste patiëntenpopulatie sinds de Woudschotenconferentie in 1958. Querido (1988) laat op basis van eigen praktijkervaringen zien dat de omstandigheden in de grote steden het voor huisartsen moeilijker maken om aan dit beroepsbeeld te voldoen.

Gewezen wordt op een afwijkende bevolkingssamenstelling, die consequenties heeft voor het werk van de huisarts: vergrijzing van de bevolking, een hoog percentage allochtonen, meer alleenstaanden, en meer sociaal-economisch zwakkeren. Als aanvulling op de door Querido aangevoerde argumenten, blijkt uit de literatuur dat het grotere aantal vrouwen in de grote steden, het hogere aantal ouderen, alleenstaanden, gebroken gezinnen, allochtonen en de verschillende leefstijl een negatief effect kunnen hebben op de werkbelasting van de huisarts in die grote steden. Querido wijst op de als gevolg van verhuismobiliteit snel wisselende praktijkpopulaties, wat van de huisarts vergt dat hij zich steeds weer een beeld moet vormen van de voorgeschiedenis en leefomstandigheden van nieuwe patiënten.

Wat betreft het patroon van gezondheidsproblemen doen verslavings-, huisvestings- en psychosociale problematiek zich in grote steden in versterkte mate voor, evenals sexueel overdraagbare aandoeningen en chronische psychiatrische problematiek.

Verder kan worden gewezen op de grote omvang en de diversiteit aan gezondheidszorgvoorzieningen in grote steden. Zijn weg te vinden in dit netwerk kost de patiënt veel tijd en het is voor de huisarts veel moeilijker om structureel afspraken met bijvoorbeeld specialisten te maken. Traditionele taken van de

huisarts als het doen van bevallingen, de jeugdgezondheidszorg en het leveren van EHBO zijn de huisarts in de grote stad geheel of gedeeltelijk ontvallen. Ook dit betekent dat er breuken optreden in de continuïteit van huisartsenzorg.

Het onderzoek

Het doel van het onderhavige onderzoek is een cijfermatig beeld te schetsen van de omstandigheden waaronder de huisarts zijn taak uitoefent in de grote steden, in vergelijking met de situatie daarbuiten en om verklaringen voor de gevonden verschillen te geven. De studie richt zich zowel op de patiëntenkant als op de door de huisarts geboden hulpverlening. De volgende vragen staan centraal:

1. Welke verschillen zijn er in kenmerken van de populatie tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
2. Welke verschillen zijn er in ervaren gezondheid en klachten tussen de bevolking van de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
3. Welke verschillen zijn er in de aard van de in de huisartspraktijk gepresenteerde problemen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
4. Welke verschillen zijn er in het handelen van de huisarts met betrekking tot consultvoering (aard en aantal contacten), diagnostiek, prescriptie, verwijzen en follow-up tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
5. In hoeverre hangen de geconstateerde verschillen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden met elkaar en met verschillen in arts- en praktijkenmerken samen?
6. In hoeverre zijn de geconstateerde samenhangen verschillend tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

De gegevens voor het onderzoek zijn ontleend aan de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het betreft hier een grootschalig onderzoek dat in 1987 en 1988 door het NIVEL is uitgevoerd en waaraan 161 huisartsen hebben deelgenomen, verkregen door middel van een gestratificeerde steekproef uit het Nederlandse huisartsenbestand. Centraal in het onderzoek stond een registratie van alle contacten met de daarin gepresenteerde morbiditeit en uitgevoerde verrichtingen door huisarts en praktijkassistente (in totaal zijn 386.000 contacten geregistreerd). Verder heeft een registratie plaatsgevonden van socio-demografische gegevens bij alle bij de huisartsen ingeschreven patiënten (circa 332.000). Ten derde is een uitvoerige mondelinge gezondheidsenquête afgenomen onder een steekproef van 100 patiënten per deelnemende huisarts (respons 76%; circa 13.000 ingevulde enquêtes).

Tenslotte hebben de deelnemende huisartsen een uitgebreide vragenlijst ingevuld over onder andere taakopvatting en praktijkorganisatie.

'Grote steden' worden in dit onderzoek gedefinieerd aan de hand van het inwonertal. Daarbij worden twee grenzen aangehouden: 100.000 inwoners en 250.000 inwoners. In de categorie steden met meer dan 250.000 inwoners vallen alleen Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage. Uit deze steden hebben 8 huisartspraktijken met 12 huisartsen aan de studie deelgenomen. In de categorie steden met meer dan 100.000 inwoners vallen ook Groningen, Enschede, Apeldoorn, Arnhem, Nijmegen, Utrecht, Haarlem, Dordrecht, Leiden, Breda, Eindhoven, Tilburg en Maastricht. Uit deze categorie hebben in totaal 18 praktijken deelgenomen. Bij de bepaling van het inwonertal zijn omliggende kernen buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1. Aantal praktijken, huisartsen, contacten en patiënten (volgens de contactregistratie en de patiëntenquête) in steden met meer dan 250.000 inwoners, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland.

	steden > 250.000 inwoners	steden > 100.000 inwoners	overig Nederland
aantal praktijken	8	18	85
aantal huisartsen	12	28	128
aantal contacten	16.752	53.520	353.847
aantal patiënten (registratie)	16.391	46.391	285.553
aantal patiënten (enquête)	672	1.690	11.324

N.b. Het totaal aantal deelnemende huisartsen aan de Nationale Studie bedraagt 161. In deze tabel zijn daarnaast 7 assistent-huisartsen meegerekend die ook een substantieel aantal contacten hebben geregistreerd. Daarom komt het aantal hier uit op 168.

Als gevolg van de gehanteerde stratificatieprocedure in de Nationale Studie zijn praktijken in plattelandsgebieden en in het noorden van het land oververtegenwoordigd. Hierdoor stelt bij de categorie grote steden het aantal praktijken (8) beperkingen aan het onderzoek. De kans dat daardoor verschillen, die in werkelijkheid wél aanwezig zijn, worden afgedaan als statistisch niet significant is relatief groot. Dit probleem speelt sterker bij het analyseren van verschillen in handelen van de huisarts dan bij het analyseren van verschillen in patiëntkenmerken.

Ten aanzien van de representativiteit kan worden vastgesteld dat de onderzochte artsen en patiënten qua leeftijd, geslacht en huishoudenssamenstelling als representatief kunnen worden gezien voor de grote stad als geheel. Wel is in de Nationale Studie sprake van een ondervertegenwoordiging van sociaal-economisch zwakkeren, WAO-ers en allochtonen. Een dergelijk verschil tussen

populatie en Nationale Studie-gegevens doet zich echter ook buiten de grote steden voor. Dit vermindert de kans op vertekening ten aanzien van deze variabelen in de vergelijking tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden. De grootste ondervertegenwoordiging zowel in de grote stad als in de referentiegroep doet zich voor ten aanzien van de groep allochtonen.

Het onderzoek verschafft geen afzonderlijk inzicht in de omvang en aard van de problematiek in huisartspraktijken in achterstandsbuurtten, waar de problemen zich kunnen opstapelen. Er waren namelijk slechts twee of drie van zulke praktijken in de Studie opgenomen.

Resultaten: beschrijving

De praktijkpopulaties van de huisarts in de grote stad

In de grote steden maken meer ouderen en meer personen tussen 20 en 35 jaar deel uit van de praktijkpopulaties van de huisartsen. Voorts zijn er relatief meer vrouwen. Er zijn daarentegen minder kinderen in de schoolgaande leeftijd (tussen 5 en 19 jaar). Voor wat betreft sociale status zien we een hoog percentage met een HBO- of hogere opleiding en een laag percentage met LBO/-MAVO/MBO/HAVO; oververtegenwoordiging van de hogere en lagere inkomens (en ondervertegenwoordiging van de middengroep en oververtegenwoordiging van de uiteinden van de sociale ladder); oververtegenwoordiging van personen die hoofdarbeid verrichten; van werklozen, VUTters en WAOers in de steden.

In het oog springend is het hoge percentage allochtonen in de praktijkpopulatie van de grote stadshuisarts. Dat ligt ruim drie keer zo hoog als in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners. Kenmerkend is verder een relatief groot aantal wisselingen in de praktijkpopulatie. Het percentage dat minder dan 1 jaar staat ingeschreven is ruim drie keer hoger dan buiten de grote steden. Voor een deel zal dit te maken hebben met de sterke oververtegenwoordiging van alleenstaanden: verhoudingsgewijs ruim drie keer zoveel. Het ontbreken van een partner wordt niet gecompenseerd door een grotere participatie in het verenigingsleven. Deze participatie is in de grote steden geringer dan daarbuiten. Bij vergelijking van gezondheidsgedrag en leefstijl blijken er in de steden wat meer mensen te zijn die roken, wat meer die meer dan 14 glazen alcohol per week drinken en iets minder mensen die actief een sport beoefenen.

Dit alles wekt natuurlijk weinig verbazing. De bovengenoemde verschillen tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden zijn bijvoorbeeld aangehaald door Querido (1988) en voor een deel algemeen bekend. Aan de hand van bestaande literatuur over deze onderwerpen mogen we in ieder geval veronderstellen dat er in de grote steden sprake is van een ander morbiditeitspatroon in de populatie, met de consequenties van dien voor het werk van de huisarts.

Stedelingen hebben een hogere consumptie van gezondheidszorg en welzijnszorg in vergelijking tot de niet-stedelijke bevolking. Dit komt tot uiting in het percentage van de praktijkpopulatie dat contact heeft gehad met de GGZ en het algemeen maatschappelijk werk dat in de steden meer dan twee keer zo hoog is. Aanzienlijk meer contacten zijn er ook met met specialisten, fysiotherapeuten en alternatieve genezers. Daartegenover staat een lager percentage dat contacten had met de wijkverpleging en de gezinszorg in de grote steden. Bij de wijkverpleging wordt dit veroorzaakt doordat de jeugdgezondheidszorg in de grote steden door de GGD wordt uitgevoerd. In het algemeen geldt dat in de grote steden relatief meer patiënten contact hebben met meer verschillende hulpverleners dan zulks elders het geval is.

Gezondheid en klachten in de bevolking.

Op basis van de gezondheidsenquête van de Nationale Studie konden ervaren gezondheid en klachten van een steekproef uit de praktijkpopulaties van de deelnemende huisartsen worden nagegaan (tabel 2).

De stedelijke bevolking schat de eigen gezondheid veel vaker als minder dan goed in (14,7 vs 18,3 %). In samenhang daarmee rapporteert men meer acute klachten over de voorbije veertien dagen, 25% meer matig ernstige chronische aandoeningen en 35% meer ernstige, chronische aandoeningen.

Tabel 2 Gezondheid en klachten in de bevolking: ratio's grote steden en steden met meer dan 100.000 inwoners ten opzichte van plaatsen met minder dan 100.000 inwoners

	grote stad/ <100.000 inw.	>100.000/ <100.000
% gezondheid minder dan goed	1,28	1,24
klachten in voorbije 14 dagen	1,25	1,22
lichte chronische aandoening	1,00 *	1,11
matig ernstige chronische aandoeningen	1,25	1,13
ernstige chronische aandoeningen	1,35	1,30
beperkingen	1,22	1,15
GHQ-score	1,59	1,53
BIOPRO-score	1,69	1,54
% verzuimd	1,19	1,26
% rustiger aangedaan	1,14 *	1,21

Het aantal beperkingen in het dagelijks functioneren en het ziekteverzuim ligt eveneens hoger in de steden maar de verschillen zijn iets kleiner.

Het grootst zijn de verschillen in geestelijke gezondheid. De gemiddelde scores op de GHQ en de BIOPRO (respectievelijk een screeningsinstrument voor de

opsporing van psychiatrische aandoeningen en een instrument dat de cumulatieve van psychosociale problemen meet) liggen ruim 50% hoger in de grote steden en de steden met meer dan 100.000 inwoners. Een deel van deze verschillen is te wijten aan de afwijkende leeftijds- en geslachtsopbouw in de grote steden. Na directe standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijken de verschillen in verzuim, chronische aandoeningen en beperkingen in het dagelijks functioneren te verdwijnen. De verschillen in aantal acute klachten en op beide indicatoren voor geestelijke gezondheid blijven echter bestaan. Het verschil in geschatte gezondheidstoestand wordt kleiner

We kunnen zeggen dat de grote steden er 'slechter aan toe zijn' dan andere gebieden in Nederland. Wel moet worden aangetekend dat de grote steden hierin niet uniek zijn en dat er ook op het platteland problematische praktijken zijn als het gaat om de ervaren gezondheid en klachten in de populatie. Maar in de grote steden valt een veel hoger percentage van de praktijken in de categorie 'problematisch'.

Morbiditeit in de huisartspraktijk

Vanzelfsprekend komen niet alle problemen die de patiënt ervaart bij de huisarts terecht. Voor een deel van de problemen zal in het geheel geen hulp ingeroepen worden, voor een ander deel zullen anderen dan de huisarts worden ingeschakeld. Toch zien we de hierboven geschetste verschillen terug in verschillen tussen huisartspraktijken in steden en daarbuiten. Aan de grote stads-huisarts worden vooral meer 'sociale problemen' gepresenteerd (41% meer). Ook episodes in verband met 'angst voor ziekte', 'handicaps', 'psychische problemen' en 'gevolgen zorg' komen meer voor in de grote stad (resp. 39%, 38% en 18% meer). Daartegenover staan minder episodes in verband met 'acute somatische klachten' en 'traumatologie' (resp. 15% en 30% minder). Bij de overige categorieën (waaronder de twee meest voorkomende, namelijk 'chronische aandoeningen' en 'infecties') zijn de verschillen gering. Na standaardisatie naar leeftijd en geslacht blijkt dat ook 'congenitale afwijkingen' vaker in de stad voorkomen, terwijl episodes in verband met 'gezinsplanning' en 'zwangerschap' minder voorkomen. Specifieke grote stadsproblemen komen nog duidelijker aan het licht als we uitgaan van een meer verfijnde classificatie van de morbiditeit (tabel 3). Onder de tien meest incidente aandoeningen in de grote stad in vergelijking tot daarbuiten zien we vooral sociale en psychische problemen: sociale isolatie (eenzaamheid), gedragsstoornissen, verslaving, psychoses en sociaal-culturele problemen. Verder zien we dat overige chronische aandoeningen en hart- en vaatziekten veel vaker aan de grote stads-huisarts worden gepresenteerd en bij de acute aandoeningen vaker stofwisselingsproblemen en afwijkende uitslagen van onderzoek.

Tenslotte zien we ook mannelijke genitale infecties in de top tien van verschillen, maar ook vrouwelijke genitale infecties komen veel vaker in de grote stad voor.

Tabel 3 De tien meest incidente klachten aandoeningen in de grote steden in vergelijking met minder stedelijke gebieden: stad/plattelandratio's

morbiditeitsclusters	grote stad/ <100.000	>100.000/ <100.000
sociaal: sociale isolatie	2,90	2,13
chronisch: overige chronische ziekten	2,36	1,70
acuut somatisch: endocrien	2,11	1,68
infecties: mannelijk genitale infecties	2,09	1,71
acuut somatisch: afwijkingingen		
bloed/testen/organen	2,00	3,03
psyche: gedragsstoornissen	1,67	1,41
psyche: verslaving	1,63	1,42
chronisch: hart	1,59	1,56
psyche: psychosen	1,53	1,46
sociaal: sociaal-cultureel	1,50	1,02

Contacten en verrichtingen

Naar aanleiding van het bovenstaande zou men verwachten dat het aantal **contacten** per 1000 patiënten in de grote steden hoger is dan elders. Dit is niet het geval, maar de oorzaak hiervan ligt hoofdzakelijk bij het aantal contacten met de praktijkassistente dat in de grote steden veel lager is. Kijken we naar het aantal huisartscontacten dan is het aantal contacten ongeveer gelijk. Er blijken dan ook minder praktijkassistentes te zijn in de grote steden.

In de grote steden duurt een contact met de huisarts vaak langer dan elders. Het verschil is aanzienlijk, want in de grote steden duurt 41% van de contacten langer dan 10 minuten tegen 23% in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners. Er worden per contact meer gezondheidsproblemen gepresenteerd en het gaat ook vaker om eerste contacten. Er vinden echter minder visites plaats en contacten buiten de kantooruren komen minder vaak voor. Hierbij is echter alleen gekeken naar het aantal contacten per 1000 patiënten. Er is dus niet gecorrigeerd voor het aantal diensten. Het kan daarom zeer wel mogelijk zijn dat de huisarts in grote steden weliswaar minder vaak diensten heeft, maar dat hij het tijdens deze diensten wel heel druk heeft. Een andere verklarende factor is waarschijnlijk dat er in de grote steden buiten de kantooruren vaker gebruik wordt gemaakt van EHBO posten.

Het initiatief voor contact ligt in de grote steden vaker bij de patiënt. Toch worden er bij een contact in de grote steden vaker vaste afspraken gemaakt. De huisarts doet dus wel zijn best voeling te houden met de patiënt, maar uiteindelijk blijkt het initiatief vaak bij de patiënt te liggen.

Het **verrichtingenpatroon** van de huisarts in de grote stad wordt gekenmerkt door veel aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek (bloedchemie, haematologie/serologie en vooral overige externe diagnostiek), veel gespreksvoering, minder even aankijken, weinig medisch-technische verrichtingen, iets meer verwijzingen, vooral op initiatief van de patiënt en dan met name naar de GGZ, meer verwijzingen naar de eerste lijn exclusief fysiotherapie en vaker overleg naar aanleiding van een contact. Wat betreft het aantal voorschriften is er in totaal weinig verschil. De huisarts in de grote stad schrijft meer beta-blokkers en diuretica voor en minder analgetica en anti-reuma middelen. Deze verschillen blijven bestaan als wordt gestandaardiseerd op verschillen in morbiditeit. Ook praktijkassistenten in de steden hebben een ander verrichtingenpatroon. Zij houden zich in de grote steden *relatief* meer bezig met diagnostiek in de praktijk, alsmede aanvragen voor laboratorium en röntgendiagnostiek, behandelingen in de praktijk en verwijzingen. Het woordje *relatief* staat hier cursief omdat hierboven al bleek dat contacten met de praktijkassistente in de grote steden veel minder voorkomen.

Tevredenheid van patiënten

Over het algemeen is de patiënt, zowel in de steden als daarbuiten, tevreden met de huisarts. Toch doen zich enkele verschillen voor. Patiënten in de drie grote steden zijn vaker tevreden over de hoeveelheid tijd die de huisarts beschikbaar heeft en/of over de duidelijkheid van zijn uitspraken. Dit ondanks de vaker lange wachttijden in de steden. Kennelijk gaat het boven vermelde grotere aantal langdurige contacten samen met groter aantal tevreden patiënten. Over de bereikbaarheid buiten de normale kantooruren is men echter in de steden minder vaak goed gestemd en men is wat vaker van mening dat de arts onnodig voorschrijft en/of verwijst. Eerder werd geconstateerd dat de huisarts in de steden weliswaar wat vaker verwijst, maar dat dit juist vaak op initiatief van de patiënt gebeurt. Wellicht komt men na een zelf gevraagde verwijzing achteraf tot de conclusie dat deze toch niet nodig was geweest.

Resultaten: analyse

De invloed van de praktijksamenstelling

Tot dusver hebben we gezien dat huisartsen in de grote steden een (vooral psychisch) ongezondere praktijkpopulatie hebben, dat patiënten met name meer psychosociale problematiek aan de huisarts presenteren langere consulten, hebben en dat er een op een aantal punten afwijkend verrichtingen patroon. Het is waarschijnlijk dat deze zaken onderling samenhangen. Een slechtere psychische gezondheid van de praktijkpopulatie betekent meer psychische problemen bij de huisarts, wat te maken zal hebben met meer verwijzingen naar de GGZ en meer gespreksvoering door de huisarts. Vanuit

beleidsmatig oogpunt is het interessant of de verschillen tussen huisartsen in de grote steden daarbuiten alleen het gevolg zijn van de afwijkende praktijksamenstelling, afwijkende kenmerken van de huisarts(praktijk) of dat er nog andere factoren in het spel zijn. Om een en ander te onderzoeken zijn multivariate analyses uitgevoerd.

Voor de eerder geconstateerde verschillen zal worden besproken in hoeverre deze samenhangen met de samenstelling van de praktijkpopulatie, dan wel met andere factoren.

Minder contacten met de praktijkassistente in de grote stad

Dit verschil wordt niet verklaard door de praktijksamenstelling van de grote stadshuisartsen. Hoge percentages ouderen, vrouwen, ziekenfondsverzekerden en WAO-ers, zoals we die in de grote stad vinden, gaan gewoonlijk zelfs samen met meer assistentecontacten. Dat in de grote stad niettemin toch minder contacten met de assistente plaatsvinden vloeit voort uit het feit dat de grote stads-huisarts minder praktijkassistentie heeft. Dit kan te maken hebben met het ontbreken van apotheekhoudende huisartsen in de stad. Apotheekhoudende huisartsen hebben namelijk in het algemeen meer praktijkassistentie, die ook, met name in verband met herhaalreceptuur, veel contacten met patiënten hebben.

Een in verhouding tot het aantal spreekuurcontacten gering aantal visites in de grote stad

Ook dit verschil wordt niet verklaard door de afwijkende praktijkpopulatie. Met name bij ouderen worden veel vaker visites afgelegd en deze groep is in de grote stad oververtegenwoordigd. Op grond daarvan zou men in de grote stad juist meer visites verwachten.

Een in verhouding tot de omvang van de praktijkpopulatie gering aantal contacten buiten kantooruren

Dit verschil kan noch worden verklaard door verschillen in samenstelling van de praktijk noch door kenmerken van de huisarts of zijn praktijk. De oorzaak moet in meer structurele factoren worden gezocht: het feit dat mensen voor EHBO-klachten in de grote stad direct naar het ziekenhuis gaan. Dat er in de huisartspraktijk weinig traumatologie en relatief weinig acute somatische klachten worden gepresenteerd wijst ook in deze richting.

Naar verhouding veel langdurige contacten

Ook als kenmerken van de praktijkpopulatie in aanmerking worden genomen blijven huisartsen in de grote steden langduriger contacten met hun patiënten hebben dan daarbuiten. Het hoge percentage alleenstaanden, vrouwen, WAO-ers en ouderen draagt daar nog aan bij. De groep van 15 tot 30 jaar heeft zowel

binnen als buiten de grote stad over het algemeen kortere contacten. Dat het juist bij deze groep in de grote stad vaak gaat om mensen die voor het eerst op zichzelf wonen met alle onzekerheden vandien is niet terug te vinden in een langere contactduur.

Naar verhouding veel contacten op Initiatief van de patiënt

Ook hier lijkt sprake van een structureel verschil tussen grote stad en vergelijkingsgroep, hoewel het hoge percentage 15 tot 30-jarigen hier ook toe bijdraagt. Op grond van het hoge percentage ouderen zouden eerder minder contacten op initiatief van de patiënt worden verwacht. Praktijkkenmerken spelen hier nauwelijks een rol van betekenis.

Naar verhouding weinig traumatologie en acute somatische klachten

Het verhoudingsgewijs weinig voorkomen van acute somatische klachten in de grote stad is voor een deel toe te schrijven aan de praktijkpopulatie. Met name 15 tot 30-jarigen presenteren dit soort klachten gemiddeld minder dan anderen. Wat specifiek is voor de grote stad is, is dat meer dan 5 jaar bij de huisarts ingeschrevenen in de grote stad minder van dit soort klachten presenteren in vergelijking tot daarbuiten. Wellicht is hier sprake van een 'opvoedingseffect'. Het minder voorkomen van traumatologie in de grote stadspraktijk wordt voor een deel verklaard door het hoge percentage vrouwen, ouderen, WAO-ers, culturele minderheden en hoog opgeleiden. Al deze groepen presenteren relatief weinig traumatologie in de huisartspraktijk. Een hoog percentage 15 tot 30-jarigen heeft een tegengesteld effect: meer traumatologie. Echter, juist in de grote stad presenteert deze groep relatief weinig traumatologie in de huisartspraktijk. Al eerder brachten we dit in verband met het voor EHBO-klachten direct naar het ziekenhuis gaan.

Naar verhouding veel sociale en psychische problemen

Ouderen, vrouwen, alleenstaanden, leden van eenoudergezinnen, en WAO-ers presenteren relatief veel psychische en (behalve de ouderen en de WAO-ers) ook sociale klachten in de huisartspraktijk. Al deze groepen komen in de grote stad vaker voor. Hiertegenover staan alleen de 15 tot 30-jarigen, die relatief weinig van dit soort problemen presenteren. De kenmerken van de praktijkpopulatie verklaren het meer presenteren van psychische problemen in de grote stad. Het meer voorkomen van sociale problemen wordt daarnaast voor een deel verklaard doordat in de grote stad lang in de huisartspraktijk ingeschrevenen relatief veel sociale problemen aan de huisarts presenteren. Wat hier mogelijk een rol speelt is dat het enige tijd duurt voordat de vertrouwensbasis aanwezig is, die nodig is om dergelijke problemen bij de huisarts aan te kaarten. In de grote stad duurt dat wellicht langer omdat men met dit soort problemen meer bij andere instanties terecht kan.

Naar verhouding veel externe diagnostiek

Dit wordt niet verklaard door de kenmerken van de praktijkpopulatie. Tegen- gestelde effecten heffen elkaar op: weinig laboratoriumaanvragen bij 15 tot 30- jarigen en ouderen tegenover veel bij vrouwen. In de grote stad zien we over de hele linie meer laboratoriumaanvragen, maar bij de 15 tot 30-jarigen is het verschil nog groter. Op grond van het onderzoek kon niet worden nagegaan in hoeverre druk van de patiënt hierbij een rol speelt.

Naar verhouding veel gespreksvoering

Contacten waarin gespreksvoering plaatsvindt duren in het algemeen langer dan gemiddeld. De gemiddeld langere consultduur in de grote steden moet dus in verband worden gebracht met het verhoudingsgewijs vaak plaatsvinden van gespreksvoering in het consult. We zien dan ook dat gespreksvoering in het consult (ook als de kenmerken van de praktijkpopulaties in aanmerking worden genomen) in de grote stad vaker plaatsvindt dan daarbuiten. Het hoge percentage ouderen, vrouwen, alleenstaanden en WAO-ers draagt daar alleen maar verder aan bij.

Naar verhouding weinig medisch-technische verrichtingen

Medisch-technische verrichtingen vinden in de grote stad duidelijk minder vaak plaats dan daarbuiten, ook als de kenmerken van de praktijkpopulatie erbij worden betrokken. Het feit dat in de grote stad minder traumatologie worden gepresenteerd zal hier mee te maken hebben. Wellicht speelt daarnaast een grotere druk van de patiënt om te worden verwezen een rol. We komen hierop terug bij de verwijzingen.

Naar verhouding iets meer verwijzingen

Het hogere aantal verwijzingen in de grote steden heeft vooral te maken met kenmerken van de praktijkpopulatie (het hoge percentage ouderen en WAO-ers in de grote steden). Verder zien we dat in de grote stad het aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt hoger ligt, ook als we rekening houden met kenmerken van de praktijkpopulatie. Het aantal nieuwe verwijzingen ligt alleen hoger bij de groep 15 tot 30 jaar.

SLOTBESCHOUWING

Conclusies

De volgende conclusies kunnen uit dit onderzoek worden getrokken.

- De huisarts in de grote stad heeft te maken met een relatief ongezonde praktijkpopulatie: een slechtere ingeschatte gezondheidstoestand, meer acute klachten, meer matig ernstige en ernstige chronische aandoeningen en een slechtere geestelijke gezondheidstoestand. Voor een deel is dat te verklaren uit de samenstelling van de praktijkpopulatie (met name veel ouderen, alleenstaanden en WAO-ers). Waar het om de psychische gezondheidstoestand gaat blijft een duidelijk verschil bestaan tussen de grote stad en de gebieden daarbuiten, ook als de samenstelling van de praktijkpopulatie in aanmerking wordt genomen. Hetzelfde geldt in mindere mate voor het aantal acute klachten.
- De slechtere gezondheidstoestand werkt door in de problemen, die aan de huisarts worden gepresenteerd. Er worden namelijk relatief veel psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk gepresenteerd. Voorbeelden zijn eenzaamheid, gedragsstoornissen, psychosen en sociaal-culturele problemen. Typische grote stadsprobleem zijn ook sexueel-overdraagbare aandoeningen. De oververtegenwoordiging van psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk is echter minder sterk dan die in de bevolking.
- De grote stadsbevolking heeft een relatief hoge medische consumptie. Dat blijkt uit het feit dat relatief veel contacten met de huisarts en verwijzingen naar de medisch specialist tot stand komen op initiatief van de patiënt. Ook maakt men relatief veel gebruik van andere gezondheidszorgvoorzieningen dan de huisarts.
- De ongezondere praktijkpopulatie leidt niet zozeer tot meer contacten met de huisarts als wel tot langduriger contacten. Per contact worden vaker meerdere gezondheidsproblemen gepresenteerd. De patiënt in de grote stad is dan ook meer tevreden over de hoeveelheid tijd die de huisarts voor hem uittrekt en de bejegening in het algemeen. De langere wachttijden in de grote steden neemt hij daarbij kennelijk voor lief.
- Aan de huisarts in de grote stad worden minder contacten buiten kantooruren gepresenteerd. Deze bevinding gaat samen met een relatief gering aantal problemen voor acute, somatische klachten (hoewel die wel veel bij de grote stadshuisarts voorkomen) en traumatologie en een lagere tevredenheid van patiënten over de hulpverlening buiten kantooruren. Voor dit soort klachten wendt men zich in de grote steden waarschijnlijk vaker tot de polikliniek van een ziekenhuis.
- Het verrichtingenpatroon van de huisarts in de grote stad kenmerkt zich door veel gespreksvoering en overleg naar aanleiding van het contact, veel

aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek, weinig medisch-technische verrichtingen in de eigen praktijk en iets meer verwijzingen.

- In vergelijking tot buiten de grote steden is de rol van de praktijkassistente gering. Dit hangt met name samen met het feit dat in de grote stad geen apothekhoudende huisartsen werkzaam zijn.

Kantttekeningen en aanvullingen

Bij de uitkomsten van het onderzoek horen een aantal kanttekeningen cq aanvullingen:

De eerste kanttekening is dat gezien het geringe aantal huisartsen in de grote steden (12 in 8 praktijken) geen uitspraken kunnen worden gedaan over variaties binnen de grote steden. Dat er grote variaties in bevolkingssamenstelling en indicatoren voor gezondheid zijn (bijv. Standard Mortality Ratio) is bekend uit onderzoek. Het onderzoek verschaft geen inzicht in de omvang van de problematiek, waar ongunstige factoren zich opstapelen. Niettemin is zelfs over het geheel het verschil tussen grote stadshuisartsen en huisartsen daarbuiten aanmerkelijk. In de probleebuurtten van de grote steden zullen de verschillen met buiten de grote steden nog aanzienlijker zijn.

Een aanvulling betreft het feit dat in dit onderzoek niet is ingegaan op de subjectieve werkbeleving van de huisarts, omdat dit reeds uitgebreid is onderzocht door Van Dierendonck et al (1992). Uit dit onderzoek blijkt dat huisartsen in de grote stad vaker meer vervelende patiëntcontacten hebben en dat belastende situaties vaker voorkomen (waaronder fysieke bedreiging). Ook krijgt men meer oneigenlijke hulpvragen. Blijkens hetzelfde onderzoek blijken dit demotiverende aspecten verbonden aan het beroep van huisarts. Deze resultaten kunnen worden afgezet tegen de bevinding van het onderhavige onderzoek dat patiënten in de grote stad de bejegening door de huisarts zelfs iets positiever waarderen dan daarbuiten. Kritiek van patiënten spitst zich met name toe op de bereikbaarheid buiten kantooruren. Wat dit betreft laat het onderzoek van Van Dierendonck et al zien dat huisartsen in de grote stad meer contacten per dienst hebben, maar minder diensten draaien. Juist het draaien van diensten blijkt ook één van de demotiverende aspecten van het huisartsenvak te zijn.

Aangevuld kan het onderzoek worden voor wat betreft de rol van allochtoniteit. In het onderhavige onderzoek is alleen de invloed van allochtonen op de totale contactfrequentie onderzocht. Doordat het percentage allochtonen betrekkelijk gering is, is er geen sprake van een significante invloed op de totale contactfrequentie. Meer specifiek onderzoek waarin contactfrequenties van Turken, Marokkanen, Surinamers en Nederlanders worden vergeleken, zowel op basis

van de Nationale Studie als op ander materiaal laat zien, dat Turken aanzienlijk meer contacten met de huisarts hebben, evenals, zij het in mindere mate, Marokkaanse mannen en Surinamers (Uniken-Venema et al, 1992; van Wieringen et al, 1987 en Geomini, 1992). Dat betekent dat in praktijken met een hoog percentage Turken, Marokkanen en Surinamers er ongetwijfeld een hoger aantal huisartscontacten zal zijn.

Een latse aanvulling betreft het netwerk van gezondheidszorgvoorzieningen, waarin de huisarts in de grote stad moet functioneren. Uit het onderhavige onderzoek bleek al dat inwoners van de grote stad met meer verschillende gezondheidszorgvoorzieningen contact hebben. Daar moet aan worden toegevoegd dat de complexiteit per voorziening ook groter is. De huisarts heeft niet te maken met één of enkele, maar met een aantal ziekenhuizen, een groot aantal wijkverpleegkundigen, een meer geprononceerde rol van de GGD (met name bij de jeugdhulpverlening), een rijk geschakeerd aanbod aan GGZ-voorzieningen, et cetera. Dit maakt het structureel afspraken maken met die voorzieningen op zijn minst moeilijker.

Aandachtspunten voor beleid

In de situatie waar gezien de relatief ongezonde praktijkpopulatie het generalistisch overzicht van de huisarts en continuïteit van zorg het meest van belang is, is deze dus het minst aanwezig, doordat de huisarts vanwege de snel vlottende praktijkpopulaties zijn patiënten gemiddeld genomen minder goed kent, doordat de huisarts een aantal traditionele taken geheel of gedeeltelijk is ontvallen (EHBO, jeugdgezondheidszorg en verloskunde) en doordat het netwerk van gezondheidszorgvoorzieningen zo complex is. Naast dit kwalitatieve probleem is er het probleem dat de beroepsuitoefening in de grote steden (met name in bepaalde wijken) als minder aantrekkelijk wordt ervaren, wat bijvoorbeeld al tot uiting komt in moeilijkheden om openvallende huisartsenplaatsen op te vullen in Rotterdam.

Aandachtspunten voor het beleid gericht op een oplossing van de bovenstaande problematiek zijn:

- de honorering,
- de bereikbaarheid buiten kantooruren,
- het netwerk,
- de 'probleempraktijk'.

Honorering

Het Nederlandse honoreringssysteem kent voor ziekenfondspatiënten een vaste vergoeding per patiënt en een onkostenvergoeding per patiënt voor de eerste 1600 ingeschreven ziekenfondspatiënten (het abonnementstarief). Voor particulier verzekerde patiënten bestaat een tarief per verrichting. Met het abonnementstarief wordt in feite voorbijgegaan aan verschillen in bewerkelijkheid van patiëntenpopulaties. Integendeel, een huisarts met een hoog percentage ziekenfondsverzekerden (die in het algemeen bewerkelijker zijn dan particulier verzekerden) loopt de onkostenvergoeding mis voor die patiënten die het aantal van 1600 te boven gaan.

De discussie over een nieuw systeem gaat in de richting van een gemengd systeem met een verrichtingentarief voor bepaalde wel omschreven medisch-technische verrichtingen, die verwijzingen, c.q. externe diagnostiek kunnen vervangen. In dit onderzoek zagen we dat de huisarts in de grote stad weinig medisch-technische verrichtingen doet, veel diagnostiek aanvraagt en ook wat meer verwijst. Verandering in de richting van meer medisch-technische verrichtingen, minder diagnostiek en verwijzingen zal waarschijnlijk de arts-patiëntrelatie verder belasten. Gezien het toch al relatief grote aantal vervelende arts-patiëntcontacten in de grote stad is het de vraag of dat verstandig is. Een andere optie bij het eventueel veranderen van het honoreringssysteem is het invoeren van een consulttarief. Dat doet echter geen recht aan ongelijkheid in de lengte van het consult. In Groot-Brittannië krijgen huisartsen betaald naar rato van de achterstandsscore van de wijk/plaats waar zij praktiseren (de Jarmanscore). Te overwegen valt om elementen van een dergelijk systeem in Nederland toe te passen. Dit kan bijvoorbeeld door extra honorering in wijken, waar de problemen zich opstapelen met als bedoeling daar de praktijkomvang omlaag te brengen. Een andere mogelijkheid is betaling in 'natura' bijvoorbeeld een geormerkt bedrag voor extra praktijkassistentie (rechtstreeks uit te betalen aan de assistente).

Bereikbaarheid buiten kantooruren

Het draaien van avond- en weekenddiensten is voor veel huisartsen een grote belasting. Oneigenlijke hulpvragen en vervelende patiëntcontacten spelen zich in belangrijke mate tijdens deze diensten af. Daar komt bij dat de patiënt, redenerend vanuit het referentiekader van een polikliniek die de gehele nacht open is, de bereikbaarheid van de huisarts in de grote stad nog maar zo zo vindt en voor een belangrijk deel zich met EHBO-klachten al bij die polikliniek meldt. De vraag (die al in het Burn-out-rapport werd gesteld) of de prijs van de handhaving van de 24-uursbereikbaarheid in de grote stad niet te hoog is kan nog eens worden onderstreept. Gezien het feit dat huisartsen in de grote steden gemiddeld minder diensten draaien dan daarbuiten is de kans dat een patiënt de eigen huisarts treft niet groot waardoor meestal geen sprake zal zijn

van continuïteit van zorg in de persoon. Permanente bemande, doktersnacht-diensten op stadsdeelniveau, dan wel een EHBO-post in het ziekenhuis, waaraan huisartsen desgewenst zelf kunnen deelnemen en met een goed systeem van terugrapportage naar de huisarts lijkt dan een redelijk alternatief. Eventueel kan deze voorziening worden aangevuld met verplaatsing van spreekuren naar de avond hetgeen het aantal oneigenlijke hulpvragen kan verminderen.

Het netwerk van voorzieningen

Het complexe netwerk van voorzieningen is te vereenvoudigen door een grotere mate van structurering. Aan de kant van de huisarts betekent dat de versterking van huisartsengroepen, die in principe wijkgebonden werken. Afspraken over werkgebieden zijn dan nodig, bijvoorbeeld in de vorm van een klein rayon voor nieuwe patiënten en een ruimer rayon voor verhuizers. Op die manier kunnen beter structureel afspraken worden gemaakt met andere op wijkniveau werkende voorzieningen. Die afspraken betreffen dan zowel het beter op elkaar aan laten sluiten van de werkgebieden als de samenwerking rond de patiëntenzorg. Zo is aan de kant van de wijkverpleging een meer huisartspraktijkpopulatiegerichte werkwijze wenselijk. Een belangrijke reductie van de complexiteit van het netwerk zou ook tot stand gebracht kunnen worden door een zekere regionalisering van op grotere schaal werkende voorzieningen. Hierbij kan met name gedacht worden aan de (algemene) ziekenhuizen.

De stelselwijziging kan een belemmering vormen voor een dergelijke structurering indien als gevolg daarvan zich steeds meer aanbieders op de markt begeven, die op verschillende schaalniveaus werken. Dat zou de overzichtelijkheid van het toch al zo complexe netwerk van voorzieningen niet ten goede komen. Het onlangs geïntroduceerde instrument van de Regiovisie is daarom van groot belang om in samenspraak met financiers en overheid afspraken te maken over de samenhang in het voorzieningennetwerk in de grote steden.

Probleembuurtten

Het onderhavige onderzoek heeft zich gericht op de grote stad als geheel en niet zozeer op bepaalde probleembuurtten. Gezien de verschillen tussen de grote stad als geheel en de rest van Nederland die in dit onderzoek werden gevonden kan de verwachting worden uitgesproken dat de probleembuurtten nog sterker zullen afwijken. In deze wijken stapelen de problemen zich op: hoge percentages alleenstaanden en allochtonen met een relatief hoge medische consumptie, een ongunstige sociaal-economische samenstelling, verslaafdenproblematiek, chronische psychiatrie, sexueel-overdraagbare aandoeningen, hoger verhuiscijfer, et cetera. Daar komt bij dat het vaak ziekenfondspraktijken met meer dan 1600 patiënten betreft, een getal waarboven het abonnementstarief per patiënt afneemt met als gevolg dat de benodigde extra inspanning van

de huisarts in deze wijken niet evenredig wordt gehonoreerd. Specifiek beleid gericht op huisartsen in deze probleebuurtten lijkt dan ook gewenst. De omvang en spreiding van deze groep huisartsen is op dit moment onbekend. Om een beleid gericht op huisartsen in probleebuurtten te onderbouwen is vervolgonderzoek nodig. Dit zou zich moeten richten op de te gebruiken indicatoren om vast te stellen of de praktijkpopulatie van een huisarts tot deze categorie behoort, en vervolgens het in kaart brengen van de groep huisartsen in probleebuurtten.

INLEIDING

Regelmatig komen er signalen dat de huisarts in 'de' grote stad in Nederland problemen ondervindt bij de uitoefening van zijn beroep. Zo blijkt uit een recent onderzoek van Van Dierendonck et al (1992) dat huisartsen in grote steden vaker kenmerken van 'opgebrand zijn' vertonen dan collega's daarbuiten. Van nog recenter datum zijn de berichten over de problemen die huisartsen in de grote steden ondervinden bij het zoeken naar een opvolger. Er is kennelijk iets aan de hand in de grote steden.

Belangrijke kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland zijn het leveren van continue en integrale, persoonsgebonden zorg aan een vaste patiëntenpopulatie. Querido (1988) laat op basis van eigen praktijkervaringen zien dat de omstandigheden in de grote steden het voor huisartsen moeilijker maken om aan dit beroepsbeeld te voldoen. Hij wijst op de als gevolg van verhuismobiliteit snel wisselende praktijkpopulaties, wat van de huisarts vergt dat hij zich steeds weer opnieuw dient in te leven in de voorgeschiedenis van de patiënt. Traditionele taken van de huisarts als het doen van bevallingen, de jeugdgezondheidszorg en het leveren van EHBO zijn de huisarts in de grote stad geheel of gedeeltelijk ontvallen. Dit betekent dat er breuken optreden in de continuïteit van huisartsenzorg. Verder kan worden gewezen op de grote omvang en de diversiteit aan gezondheidszorgvoorzieningen in grote steden. Zijn weg te vinden in dit netwerk kost de patiënt veel tijd en het is voor de huisarts vrijwel onmogelijk om structureel afspraken met bijvoorbeeld specialisten te maken. Gewezen wordt ook op een afwijkende bevolkingssamenstelling, die consequenties voor het werk van de huisarts heeft: vergrijzing van de bevolking, een hoog percentage allochtonen, meer alleenstaanden, en meer sociaal-economisch zwakkeren. Tenslotte doen verslavings-, huisvestings- en psychosociale problematiek zich in grote steden in versterkte mate voor. Tegenover deze omstandigheden die het voor huisartsen moeilijk maken om continue en integrale zorg te leveren staan een ongunstiger inkomenspositie en meer vervelende patiëntencontacten. De huisarts is meer tijd kwijt aan minder patiënten. De ongunstiger inkomenspositie heeft te maken met het relatief hoge percentage ziekenfondsverzekerden en de dure huisvesting in de grote steden (Van Leeuwen, 1992). Het grotere aantal vervelende patiëntcontacten heeft zowel betrekking op het aantal keer dat huisartsen fysiek zeggen te zijn bedreigd als de mate waarin men zegt te zijn geconfronteerd met oneigenlijke hulpvragen (Van Dierendonck et al, 1992).

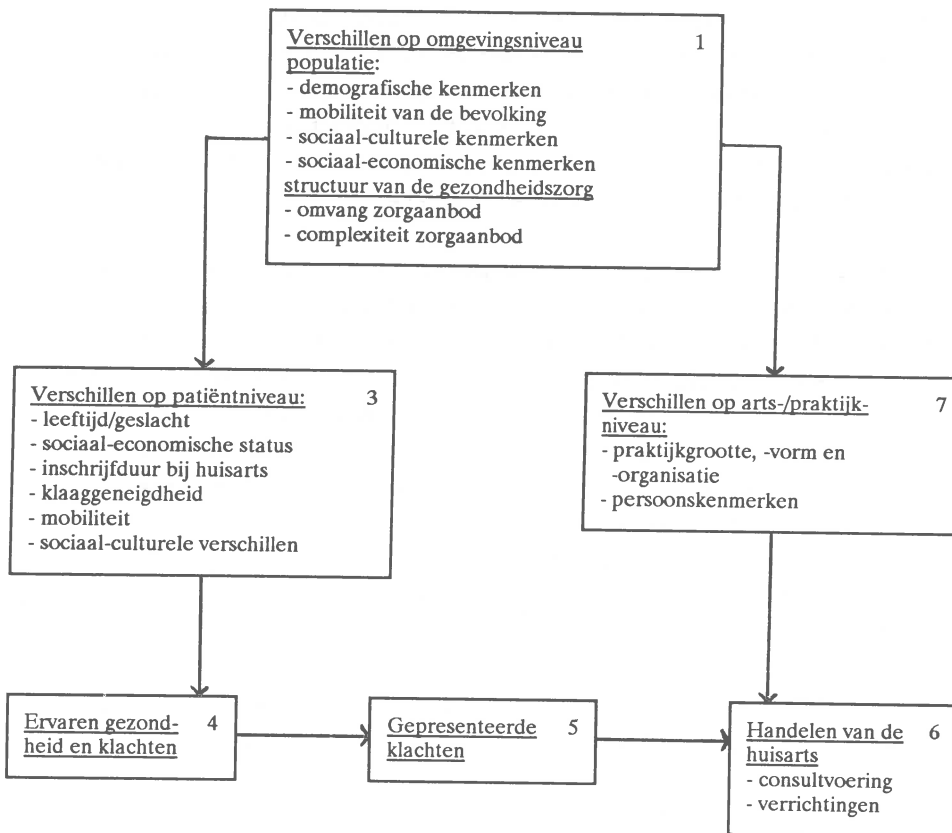
Bovenstaande schets van de problematiek van de huisarts in de grote stad is in feite een simplificatie. Niet alle geschetste problemen zullen in even sterke mate voorkomen bij alle huisartsen in de grote steden. Het is niet onwaarschijnlijk dat de problematiek zich sterk zal concentreren in bepaalde wijken. Bovendien is het niet onwaarschijnlijk dat gelijksoortige problemen zich buiten de grote steden voordoen in bijvoorbeeld Groningen of Haarlem.

Het doel van het onderhavige onderzoek is een beeld te schetsen van de omstandigheden waaronder de huisarts zijn taak uitoefent in de grote steden, in vergelijking met de situatie Jaarbuiten en om verklaringen voor de gevonden verschillen te geven. De studie richt zich zowel op de patiëntenkant als op de door de huisarts geboden hulpverlening. De volgende vragen staan centraal:

1. Welke verschillen zijn er in kenmerken van de populatie tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
2. Welke verschillen zijn er in ervaren gezondheid en klachten tussen de bevolking van de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
3. Welke verschillen zijn er in de aard van de in de huisartspraktijk gepresenteerde problemen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
4. Welke verschillen zijn er in het handelen van de huisarts met betrekking tot consultvoering (aard en aantal contacten), diagnostiek, prescriptie, verwijzen en follow-up tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
5. In hoeverre hangen de geconstateerde verschillen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden met elkaar en met verschillen in arts- en praktijkkenmerken samen?
6. In hoeverre zijn de geconstateerde samenhangen verschillend tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

Met de beantwoording van de laatste twee vragen wordt de verbanden tussen de verschillende onderdelen gelegd. Het volgende schema verschaft daarbij het analysekader.

Schema 1: Analysekader



Aan de hand van dit schema kan de opbouw van het rapport worden uitgelegd. De nummers in de blokken verwijzen naar de hoofdstukken waarin zij aan de orde komen. Hoofdstuk 1 geeft een overzicht voor zover relevant voor de gestelde vragen van wat uit de literatuur bekend is over huisartsen in de grote steden in vergelijking tot hun collega's daarbuiten, de kenmerken van de populatie en kenmerken van het gehele aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen. Dit hoofdstuk schildert het kader waarbinnen het onderzoek wordt uitgevoerd. Opzet en methode van het onderzoek komen aan de orde in hoofdstuk 2 (niet in het schema). Een beschrijving van de algemene opzet van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk wordt gegeven. Verder wordt ingegaan op de ten behoeve van dit onderzoek gepleegde selecties, op de representativiteit van het materiaal en de daaruit voortvloeiende beperkingen. De resultaten worden weergegeven in de hoofdstukken 3 tot en met 7. Verschillen in opbouw van de praktijkpopulaties van

huisartsen in grote steden in vergelijking met daarbuiten komen aan de orde in hoofdstuk 3. Door de populatie ervaren gezondheid en klachten worden beschreven in hoofdstuk 4. Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 ingegaan op de klachten en aandoeningen zoals die in de huisartspraktijk worden gepresenteerd. In hoofdstuk 6 worden verschillen in aard en aantal contacten en in verrichtingenpatroon beschreven (wel en niet gecorrigeerd voor de verschillen in aangeboden morbiditeit). Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 ingegaan op de samenhangen tussen de verschillende onderdelen. Hierbij worden ook verschillen in kenmerken van artsen en praktijken betrokken.

Gegevens voor het onderzoek zijn ontleend aan de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het betreft hier een grootschalig onderzoek dat in 1987 en 1988 door het NIVEL is uitgevoerd en waaraan 161 huisartsen hebben deelgenomen, verkregen door middel van een aselechte, gestratificeerde steekproef uit het Nederlandse huisartsenbestand. Centraal in het onderzoek stond een registratie van alle contacten met de daarin gepresenteerde morbiditeit en uitgevoerde verrichtingen door huisarts en praktijkassistente (in totaal zijn 386.000 contacten geregistreerd). Verder heeft een registratie plaatsgevonden van socio-demografische gegevens bij alle bij de huisartsen ingeschreven patiënten (circa 332.000). Ten derde is een uitvoerige mondelinge gezondheidsenquête afgenomen onder een steekproef van 100 patiënten per deelnemende huisarts (respons 76%; circa 13.000 ingevulde enquêtes). Tenslotte hebben de deelnemende huisartsen een uitgebreide vragenlijst ingevuld over onder andere taakopvatting en praktijkorganisatie.

Gebruik maken van bestaande gegevens heeft in vergelijking tot het verzamelen van nieuw materiaal als voordeel dat het kosten bespaart. Aangezien de gegevens met een ander doel zijn verzameld brengt het gebruik maken van bestaand materiaal beperkingen met zich mee. Voor wat betreft de Nationale Studie geldt dat de hoeveelheid en de gedetailleerdheid van de verzamelde gegevens per huisarts een diepgaande analyse mogelijk maken. De belangrijkste beperking zit in het aantal aan de Nationale Studie deelnemende huisartsen (in de grote steden zijn dit er 12 in 8 huisartspraktijken). Dit betekent dat het onderzoek beperkt blijft tot een globale vergelijking van de huisartsen in de grote steden en huisartsen daarbuiten. Uitspraken over wijken/steden waarin de betreffende problematiek zich sterker voordoet dan in andere wijken/steden kunnen op basis van dit onderzoek niet worden verwacht. Wel zal de variatie tussen artsen binnen en buiten de grote steden worden geanalyseerd.

1. LITERATUUROVERZICHT

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal op basis van bestaande literatuur een overzicht worden gegeven van ontwikkelingen met betrekking tot huisartsen in de grote steden (paragraaf 1.2), alsmede omstandigheden die van invloed zijn op zijn beroepsuitoefening. Deze omstandigheden worden onderscheiden naar enerzijds de vraagzijde en anderzijds de aanbodzijde. Aan de vraagzijde wordt ingegaan op de kenmerken van de praktijkpopulatie waarmee de grote stadshuisarts te maken heeft (paragraaf 1.3). Aan de aanbodzijde wordt ingegaan op kenmerken van het netwerk van gezondheidszorgvoorzieningen waarbinnen de grote stadshuisarts moet functioneren (paragraaf 1.4).

1.2 De huisarts in de grote steden

In de inleiding van dit rapport werd gesteld dat er kennelijk iets aan de hand is met de huisarts in de grote stad. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op aanwijzingen waaruit dat blijkt. Zo is de mate waarin huisartsen uit de grote steden hun praktijk opgeven om elders een nieuwe praktijk te beginnen een aanwijzing voor een verminderde aantrekkelijkheid van de beroepsuitoefening in de grote steden.

Verloop en vestiging onder huisartsen

Op basis van de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg die continu wordt bijgehouden door het NIVEL konden de verhuiscijfers van huisartsen sinds 1946 worden berekend. De registratie van beroepen is vanaf ongeveer 1963 compleet. In de periode daarvóór werden nog niet alle huisartsen geregistreerd. Er is echter toch voor gekozen deze periode weer te geven omdat het gaat om relatieve cijfers. De verhuissaldi (het verschil tussen het aantal vertrokken en het aantal gevestigde huisartsen) worden namelijk gerelateerd aan het totaal aantal huisartsen in de betreffende periode. De indeling naar urbanisatiegraad is gebaseerd op het aantal inwoners per 1 januari 1991.

Tabel 1.1 Verhuissaldi per jaar per 1000 in de betreffende periode gemiddeld gevestigde huisartsen in plaatsen <100.000 inwoners, steden >100.000 en de drie grote steden

	<100.000 inwoners	>100.000 inw. excl. 3 gr.st.	3 grote steden
1946-55	-1,8	+5,2	+1,4
1956-65	-0,6	+0,8	+1,5
1966-75	-0,1	-0,3	+0,8
1976-85	+0,3	-1,5	-0,1
1986-90	+0,1	-0,2	-1,0

De in tabel 1.1 weergegeven cijfers geven het verhuissaldo weer per 1000 huisartsen gevestigd in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners, steden met meer dan 100.000 inwoners (exclusief de drie grote steden) en de drie grote steden per jaar. In de periode 1946 tot en met 1965 blijkt er in de grote steden sprake te zijn van een vestigingsoverschot. In de periode 1966-75 is dat in de drie grote steden nog steeds het geval, maar in steden met meer dan 100.000 inwoners niet meer. Vanaf 1976 zien we een vertrekoverschot in de grote steden, dat met name in de laatste periode (na 1985) in de drie grote steden relatief groot is.

De aantrekkelijkheid van de grote steden kan indirect afgeleid worden uit de richting waarin huisartsen in steden met minder dan 100.000 inwoners verhuizen. In de periode 1946-55 vertrekt 35% nog naar een stad met meer dan 100.000 inwoners of de drie grote steden. In de periode 1956-65 is dat 32%, in de periode 1966-75 is dat 30%, in de periode 1976-85 is dat 21%, evenals in de periode 1986-90. We kunnen hieruit afleiden dat de stad in de loop van de tijd minder aantrekkelijk is geworden als vestigingsplaats voor huisartsen.

Verhuiscijfers zeggen maar in beperkte mate iets over de aantrekkelijkheid van de beroepsuitoefening. De mogelijkheden voor huisartsen om elders een praktijk te beginnen zijn namelijk beperkt. Het reeds in de bestaande praktijk geïnvesteerde kapitaal speelt daarbij een rol, zowel in financiële zin als in termen van de energie die is gestoken in de opbouw van een praktijk. Het vinden van een opvolger kan soms ook problemen geven. Een betere indicator is daarom wellicht de werkbeleving van huisartsen.

Burnout

Recent onderzoek (Van Dierendonck et al, 1992) onder 500 huisartsen levert inzicht in de problematiek omtrent gevoelens van demotivatie onder huisartsen. Hierbij is allereerst gelet op een aantal achtergrondkenmerken van huisartsen: geslacht, praktijkvorm, leeftijd, werkervaring en urbanisatiegraad (CBS-inde-

ling). Hiervan bleken alleen urbanisatiegraad en werkervaring significante verschillen op te leveren. In meer verstedelijkte gebieden, en met name in de grote steden bleken meer huisartsen te zijn met een hoge burnout-score. Hetzelfde gold voor artsen met een meer werkervaring. Naar aanleiding hiervan hebben Van Dierendonck et al (1992) onderzocht of een aantal kenmerken die samenhangen met burnout nu meer of minder in de grote steden voorkomen. Er bleken inderdaad aanzienlijke verschillen:

- gemiddeld kleinere praktijken in de drie grote steden,
- meer invloedrijke gebeurtenissen in de drie grote steden (gebeurtenissen die volgens de huisarts de manier waarop hij ten opzichte van zijn werk staat hebben beïnvloed),
- in steden met meer dan 50.000 inwoners meer negatieve invloedrijke gebeurtenissen voor te komen,
- in de drie grote steden ervaren huisarts gemiddeld een hoger aantal vervelende patiëntcontacten te hebben, alsmede vaker fysieke bedreigd te worden en vaker met oneigenlijke hulpvragen te worden geconfronteerd,
- de huisarts in de grote steden wordt vaker tijdens de avond- en nachtdienst geraadpleegd, maar minder vaak in het weekend.

De resultaten wijzen in de richting van een hogere ervaren werkbelasting in de grote steden.

Artsen met een relatief hoge burnout-score bleken 'een grotere werkbelasting te ervaren, minder plezier in hun werk te hebben en meer ontevreden te zijn met de tijd die ze hebben voor praktijk, gezin en zichzelf. Hun verwachtingen met betrekking tot het werk zijn minder uitgekomen en ze ervaren meer het gevoel dat de discrepantie tussen investering en opbrengst uit evenwicht is'.

Met betrekking tot de praktijkorganisatie bleken het aantal uren dat men door de week dienst heeft, het aantal uren dat men werkt, de hoeveelheid assistentie en de hoeveelheid tijd die men per patiënt op het afspraaksprekuur heeft niet significant te verschillen tussen de groep huisartsen met een hoge en met een lage burnout-score. Verschillen werden echter wel gevonden in de praktijkgrootte en weekenddiensten. Huisartsen met een hoge score bleken gemiddeld een kleinere praktijk te hebben en wat vaker dienst in de weekenden.

In het rapport van Van Dierendonck et al worden de mogelijke verbanden van de feitelijke werkomgeving met burnout-scores onderzocht met behulp van regressieanalyse. De conclusie is dat het aantal vervelende patiëntcontacten en urbanisatiegraad samen 16% van de variantie van 'emotionele uitputting' onder huisartsen verklaart. Hoeveel urbanisatiegraad op zich bijdraagt kon niet worden nagegaan aangezien dat weer samenhangt met het aantal vervelende patiëntcontacten. Hierbij moet de term 'vervelende patiëntcontacten' voor alle duidelijkheid niet worden opgevat als contacten waarbij een bepaalde morbiditeit naar voren komt maar meer als contacten waarbij de patiënt bijvoorbeeld veel klaagt of de voorschriften niet opvolgt.

Of er een verband is tussen burnout en de morbiditeit die in de huisartspraktijk wordt gepresenteerd werd in het onderzoek niet nagegaan.

Al met al zijn er dus aanwijzingen dat huisartsen in grote steden hun werk als minder aantrekkelijk ervaren dan huisartsen daarbuiten. Dit blijkt in geringe mate uit de migratiecijfers, en komt duidelijk naar voren uit het burnout-onderzoek.

1.3 De vraagkant

Uit onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking in grote steden komt vrij algemeen naar voren dat belangrijke groepen in de stedelijke bevolking een slechtere ervaren gezondheid en meer klachten dan buiten de steden (bijv. Garretsen & Raat, 1989; Van den Bos, 1989; Lau-IJzerman, 1981; Oers, 1988). Ook hebben mensen in stedelijke gebieden een hogere medisch consumptie. Zij hebben meer contacten met medisch-specialisten en meer ziekenhuisopnames (Van der Speld, 1990; Lako et al, 1987; Van Sonsbeek, 1989; Frenken, 1990) en gebruiken meer medicijnen (Post et al, 1991; Frenken, 1990). Dit laatste is ook in andere landen gevonden (zie voor een overzicht Gabe & Williams, 1986). Uit een aantal studies komt bovendien naar voren dat de huisarts in stedelijke gebieden frequenter wordt geconsulteerd dan op het platteland (Van Sonsbeek, 1989; Frenken, 1990).

De slechtere ervaren gezondheid en de hoge medische consumptie zal voor een deel samenhangen met de afwijkende bevolkingssamenstelling in de grote steden. Bevolkingsgroepen met een relatief slechte gezondheid en een hoge consumptie concentreren zich in grote steden. Hierna zal worden ingegaan op een aantal aspecten van de bevolkingssamenstelling van grote steden en de consequenties daarvan voor het gebruik van huisartsenzorg.

Geslacht

Van oudsher zijn er in de steden meer vrouwen dan elders. Uit de literatuur is bekend dat vrouwen vaker klachten hebben en ook vaker een beroep doen op de gezondheidszorg. In een eerdere publicatie op basis van materiaal uit de Nationale Studie bleek bijvoorbeeld dat van de vrouwen 56% in drie maanden contact gehad heeft met de huisarts tegen 44% bij mannen. Ook hebben vrouwen, gegeven het feit dat er contact is, een groter aantal contacten. Hierbij is het grootste verschil aanwezig bij de leeftijdscategorie 15 tot en met 24 jaar (De Bakker et al, 1992).

Leeftijd

Algemeen bekend is het feit dat leeftijd een grote samenhang vertoont met gezondheid en daardoor met het gebruik van voorzieningen.

Op basis van CBS-statistieken kan gesteld worden dat er allereerst relatief meer 20 tot 30 jarigen in de grote steden zijn. Deze bevolkingsgroep is zeer mobiel en zal daardoor ook frequenter van huisarts wisselen. Bovendien brengt deze groep een specifieke morbiditeit met zich mee.

Ten tweede is er een oververtegenwoordiging van ouderen, waarvan uit de literatuur bekend is dat zij een groter beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen en de huisarts in het bijzonder dan andere bevolkingscategorieën. Zo vonden Groenewegen et al (1992) voor ouderen een groter aantal contacten met de huisarts, langduriger contacten en relatief veel visites.

Alleenstaanden

Een literatuurstudie door Querido (1991) leverde 76 voor de Nederlandse huisarts relevante titels op met betrekking tot onderzoek over alleenstaanden in relatie met morbiditeit. In deze studie wordt een onderscheid gemaakt tussen jongere alleenstaanden, alleenstaanden van middelbare leeftijd, alleenstaande ouderen en verweduwden. Hij concludeert ten eerste dat over alle categorieën een hogere incidentie van extreem autodestructief gedrag wordt waargenomen. Bij de jongere alleenstaanden (15-35) gaat het vooral om problemen rond het seksueel gedrag, en losmaking uit het ouderlijk huis. Bij alleenstaanden van middelbare leeftijd (ongeveer 35-60) worden vooral problemen waargenomen met betrekking tot echtscheiding die lijken samen te hangen met een verhoogde cardiale mortaliteit onder mannen. Alleenstaande ouderen ervaren een lager niveau van welzijn en een gebrek aan 'social support', dat een voorspellende waarde heeft voor overleving. Bij verweduwden ligt de nadruk op ontsparingen van rouwprocessen die depressies en hallucinaties tot gevolg kunnen hebben, maar ook een verhoogde sterfte door cardiovasculaire, geweldadige en oncologische oorzaken. Weinig verbazingwekkend zijn de bevindingen met betrekking tot thuislozen, waar vaak ernstige psychische en lichamelijke klachten spelen.

Bovengenoemd onderzoek gaat alleen in op de samenhang tussen alleenstaand zijn en morbiditeit, niet in directe zin op de gevolgen voor de werkbelasting van de huisarts. We kunnen echter zonder veel risico stellen dat een oververtegenwoordiging van alleenstaanden, op de vermelde probleemgebieden voor de huisarts extra werk met zich mee brengt.

Echtscheidingen en éénoudergezinnen

Het hoeft geen betoog dat patiënten rond een echtscheiding geconfronteerd worden met psychosociale problemen. CBS-statistieken wijzen uit dat het aantal echtscheidingen in steden aanzienlijker groter is dan daarbuiten. Het is daarom

waarschijnlijk dat de huisarts in de grote stad vaker geconfronteerd wordt met dergelijke problemen dan elders.

Waar het gaat om gezinnen met kinderen leidt echtscheiding tot toewijzing van kinderen aan één van de ouders. Ook éénoudergezinnen zijn in de steden oververtegenwoordigd. Uit onderzoek van Kooy (1988) blijkt dat ruim een kwart van de alleenstaande ouders de eigen gezondheid als verslechterd beschouwt. Bijna driekwart van de alleenstaande ouders konden volgens dit onderzoek als eenzaam worden beschouwd en ruim een kwart heeft klachten van depressieve aard. De contactfrequentie van ouders in éénoudergezinnen is iets (maar niet significant) hoger dan die van ouders uit twee-oudergezinnen. Wel hebben ze significant meer vervolcontacten. Verhoudingsgewijs worden er (significant) meer psychische en sociale klachten gepresenteerd en minder lichamelijke klachten.

Verhuismobiliteit

Verhuismobiliteit blijkt een verhoging van de contactfrequentie tot gevolg te hebben. Bij Thomassen (1978) bleek al dat patiënten de eerste achttien maanden na een verhuizing gemiddeld 35 procent meer contacten met hun huisarts hadden dan daarvoor. Bij Van der Wal en Smeenk (1984) komt naar voren dat de contactfrequentie het eerste jaar na een verhuizing 67 procent hoger is dan in het derde jaar na een verhuizing. Beide onderzoeken vonden plaats in één praktijk. Uit onderzoek op basis van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk blijkt een hogere contactfrequentie in de eerste drie jaar na de verhuizing (De Bakker et al, 1992). Recent verhuisden blijken daarnaast ook daadwerkelijk meer gezondheidsproblemen te ervaren, zodat de hogere contactfrequentie niet alleen toegeschreven kan worden aan kennismaking en dergelijke. Overigens moet de hogere morbiditeit in de eerste jaren na de verhuizing niet zonder meer als een effect van die verhuizing worden gezien, aangezien verhuizingen vaak gepaard gaan met andere 'life-events' als verandering van werk, verlaten van het ouderlijk huis en het krijgen van kinderen.

Allochtonen

Naar aanleiding van een onderzoek onder 12 Amsterdamse huisartsen in wijken met een relatief laag sociaal economisch welstandsniveau concluderen Van Wieringen et al (1987) dat Marokkanen, Turken en Surinamers/Antillianen vaker de huisarts consulteren dan Nederlanders. Mogelijke verklaringen zijn dat de buitenlandse patiënt vaker terugkomt omdat hij zich een eerdere keer niet begrepen voelde; dat de huisarts zelf eraan twijfelt of zijn advies/therapie goed is begrepen; dat Nederlanders vaker gebruik maken van de telefoon. Bij de hogere contactfrequentie wijkt het diagnosepatroon van Surinamers weinig af van dat van Nederlanders. Bij Turken en Marokkanen zijn de verschillen groter.

Bij de laatste twee groepen zijn er meer problemen met betrekking tot de spijsvertering bij volwassenen en aan de luchtwegen bij kinderen. Voor dit laatste verschil wordt als mogelijke verklaring aangevoerd het grotere kindertal en slechtere huisvesting met als gevolg een grotere kans op besmetting. Psychische diagnoses komen bij Turkse en Marokkaanse vrouwen relatief weinig voor. Opvallend is hierbij dat onder alle buitenlanders een groter verschil werd geconstateerd tussen het aantal psychische klachten en het aantal psychische diagnoses dan bij Nederlanders het geval was. Hieruit leiden de auteurs af dat psychische problemen vaak niet als zodanig worden gepresenteerd, maar wel door de huisarts zo geïnterpreteerd worden en dat dit vaker het geval is bij buitenlanders dan bij Nederlanders. Bij zowel Turken, Marokkanen als Surinamers en Antillianen werden aandoeningen met betrekking tot de bloedcirculatie relatief weinig geregistreerd. Allochtoniteit blijkt ook van invloed te zijn op het huisartsgeneeskundig handelen. Bij Marokkanen en Turken, en bij Surinaamse mannen wordt vaker een medicamenteuze therapie toegepast. In hoeverre dit samenhangt met verschillen in de gepresenteerde problematiek viel niet na te gaan.

De auteurs concluderen dat 'deze verschillen minder groot zijn dan men zou verwachten op grond van de vaak (casuïstische) literatuur.' Daarbij dient men echter tevens te bedenken dat de referentiegroep in deze studie bestond uit Nederlanders uit dezelfde gedepriveerde wijken. Waarschijnlijk zouden de verschillen groter zijn indien vergeleken werd met de doorsnee Nederlander.

Met betrekking tot de hoger contactfrequentie van buitenlanders in Nederland komen de conclusies van Van Wieringen et al (1987) overeen met die van Belleman (1986) en Van der Wal en Smeenk (1984) die beiden ook pleiten voor een aanpassingen in het honoreringssysteem van huisartsen met veel buitenlanders in de praktijk.

Sociaal-economische status

De sociaal-economische status van de bevolking van grote steden heeft een tweekoppig karakter. Aan de ene kant is er een relatief groot aantal hooggeschoolden en aan de andere kant zijn de laaggeschoolden oververtegenwoordigd (CBS). De laatstgenoemde groep weegt echter kwantitatief gezien veel sterker door. Samenhangend daarmee zijn ziekenfondsverzekerden oververtegenwoordigd in grote steden (Van der Ven et al, 1986), is er meer werkloosheid en zijn er meer WAO-ers. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat er een lagere sociaal-economische status samengaat met een hogere mortaliteit (bijv. Townsend, 1982; Haynes, 1991; Oers, 1991).

Dit alles heeft consequenties voor het gebruik van de huisartsenzorg. Laaggeschoolden, ziekenfondsverzekerden en werklozen hebben namelijk vaker contact met de huisarts dan de andere groepen in de bevolking (Groenewegen et al, 1992; De Bakker et al, 1992).

Psychiatrie

Uit eerdere publikaties met betrekking tot morbiditeit op basis van de Nationale Studie blijkt dat psychische problemen in de steden vaker voorkomen. Querido (1988) wijst met name op de moeilijk verwijzbare psychiatrie in buurten met een lage opleidingsgraad en veel allochtonen. Kydd et al (1991) wijzen op het vóórkomen van hoge opnamecijfers in juist de binnensteden.

In een onderzoek van Seivewright et al (1991) wordt dit bevestigd. Niet alleen hadden patiënten in de urbane setting een hogere psychiatrische morbiditeit, maar ook hadden zij meer contacten met alle niveaus van psychiatrische hulpverlening en kregen ze vaker psychotrope medicatie. In dit onderzoek werd tevens nagegaan wat dit nu voor de huisarts betekende. Daarbij bleek dat ondanks de hogere morbiditeit, het aantal consultaties voor psychische aandoeningen in de stad niet hoger was dan op het platteland.

Uit een Deens onderzoek waarin rurale, suburbane en urbane gebieden vergeleken worden voor wat betreft de prevalentie van 'Long Term Functional Psychoses' blijkt deze in rurale gebieden het laagst te zijn en in urbane gebieden het hoogst, met een middenpositie voor de suburbane gebieden (Krogh et al, 1989).

Uit Italiaans onderzoek (Bellantuono, 1988) waarin een stedelijk met een landelijk gebied wordt vergeleken blijkt in de stad 1,5 maal zoveel psychotrope medicatie te worden voorgeschreven.

In Ierland (Keatinge, 1988) bleek een hoger aantal heropnames voor alcoholisme en neurosen. Ten aanzien van schizofrenie bleken echter geen verschillen.

Leefstijl

In de grote steden concentreren zich groepen met leefstijlen die gezondheidsrisico's met zich meebrengen. Garretsen en Raat (1989) concluderen op grond van een overzicht van het beschikbare materiaal dat voor wat betreft roken, het gebruik van alcohol en slaap- en kalmerende middelen niet kan worden gesteld dat dit in de grote stad veel meer gebeurt dan elders. Wel noemen zij de relatie tussen (excessief) alcoholgebruik en verschijnselen als agressie en vandalisme meer aandacht trekkend. Het gebruik van illegale harddrugs en polydruggebruik is wel merendeels in de grote steden geconcentreerd. Over de consequenties hiervan voor de huisartspraktijk is uit onderzoek niet veel bekend.

1.4 Het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen in de grote steden

Het aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen in grote steden is zowel in absolute als relatieve zin omvangrijker en diverser dan daarbuiten. Voor een deel komt dit voort uit het feit dat deze voorzieningen ook functioneren voor mensen buiten de grote steden. Voor een deel maakt het draagvlak dat een grote stad verschaft het mogelijk om meer gespecialiseerde voorzieningen in stand te houden. De complexiteit van het voorzieningenaanbod wordt nog vergroot doordat meerdere voorzieningen van dezelfde soort voor hetzelfde gebied werken. Zo zijn er in de grote steden een aantal ziekenhuizen die in principe patiënten uit de hele stad opnemen. Aan de andere kant zijn er voorzieningen die strikt wijkgebonden werken zoals bijvoorbeeld de wijkverpleging. Huisartsen in grote steden hebben het gros van hun patiënten over het algemeen niet verspreid over de hele stad wonen, maar in de wijk/stadsdeel waarin het praktijkadres zich bevindt (De Bakker, 1986). Soms zijn er afspraken tussen huisartsen over het gebied waarbinnen zij patiënten accepteren dan wel na een verhuizing aanhouden (Querido, 1988). Deze gebieden zijn veel groter dan de gebiedseenheden van de wijkverpleging. Dat betekent dat een huisarts in zijn gebied te maken heeft met zeer veel verschillende wijkverpleegkundigen en ook nog eens verschillende ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor vele andere voorzieningen. De werkgebieden van stedelijke gezondheidszorgvoorzieningen hebben veel weg van een lappendeken (De Bakker, 1988).

Voor de huisartsenzorg heeft het werken in een omgeving met een dergelijk groot en gevarieerd voorzieningenaanbod verschillende consequenties. De omvang en gevarieerdheid van het aanbod brengt in de eerste plaats een bepaalde aantrekkingskracht met zich mee. Daarvan kan een invloed uitgaan op de keuzes van patiënten om een huisarts te raadplegen of om bijvoorbeeld in het geval van ongevallen direct naar het ziekenhuis te gaan (Sixma, 1991). Ook zou een patiënt er eerder naar een verwijzing aan de huisarts vragen ofwel de huisarts zal sneller geneigd zijn te verwijzen met specialistische voorzieningen zo dicht bij de hand. Uit eerder onderzoek is wel gebleken dat afstand tot het ziekenhuis één van de bepalende factoren is voor de hoogte van het verwijscijfer (zie bijv. Wijkkel, 1986).

Een tweede consequentie is dat in de steden een aantal taken zijn overgenomen door meer gespecialiseerde voorzieningen. De verloskunde, de gemeesmiddelenvoorziening, EHBO-taken en de jeugdgezondheidszorg zijn de meest in het oog springende. Overigens geldt dit niet alleen voor de grote steden. De belangrijker rol van de GGD is echter wel specifiek voor de grote stad.

Een derde consequentie is dat het voor huisartsen zeer moeilijk is om een netwerk van samenwerkingsrelaties op te bouwen. Het zal bijvoorbeeld moeilijk zijn om structurele afspraken te maken met specialisten over overdracht van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis omdat men te maken heeft met zeer veel specialisten uit verschillende ziekenhuizen. Kersten et al (1989) laat dit zien met betrekking tot de door het kruiswerk georganiseerde nazorg. Ook samenwerking binnen de eerste lijn wordt in grote steden minder gerealiseerd dan daarbuiten. We zien dit bijvoorbeeld aan de spreiding van home-teams over Nederland, die zich met name concentreren in landelijke gebieden (Hessels, 1991).

1.5 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op omstandigheden van invloed op de beroepsuitoefening van huisartsen in de grote steden. Deels hebben deze te maken met de vraagkant (andere bevolkingssamenstelling, grotere mobiliteit) en deels met een ander voorzieningenaanbod. Het hoofdstuk verschaft het kader waarbinnen de in dit rapport gepresenteerde onderzoeksresultaten moeten worden geplaatst.

2. OPZET EN METHODE

2.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen is een secundaire analyse verricht op de gegevens van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, in 1987 en 1988 uitgevoerd door het NIVEL (zie voor een uitgebreide beschrijving van de meetinstrumenten Foets en Van der Velden, 1990).

2.2 Algemene opzet van de Nationale Studie

Aan deze studie hebben 103 huisartspraktijken deelgenomen. In deze praktijken waren 161 huisartsen werkzaam. De deelnemende huisartspraktijken zijn gekozen via een aselechte, niet proportioneel gestratificeerde steekproef. De variabelen regio, afstand tot het ziekenhuis en urbanisatiegraad zijn als stratificatievariabelen gebruikt.

Regio:

(1) noord; (2) midden; (3) zuid.

Afstand tot het ziekenhuis:

(1) huisartsen met een praktijkadres in een plaats waar ook een ziekenhuis is; (2) in plaatsen waar het dichtstbijzijnde ziekenhuis 1-15 km verwijderd is; (3) in plaatsen waar het dichtstbijzijnde ziekenhuis verder dan 1-15 km verwijderd is.

Urbanisatiegraad:

(1) plattelandsgemeenten, kleine verstedelijkte plattelandsgemeenten en kleine steden (CBS-categorieën A1, A2, A3, A4, B1, C1 en C2); (2) grotere verstedelijkte plattelandsgemeenten, forensengemeenten en steden met tot 50.000 inwoners in de woonkern (CBS-categorieën B2, B3 en C3); (3) steden met meer dan 50.000 inwoners in de woonkern, exclusief Rotterdam, Amsterdam en Den Haag (CBS-categorieën C4 en C5); (4) Rotterdam, Amsterdam en Den Haag.

De gegevens die voor dit onderzoek van belang zijn werden verzameld met behulp van vier meetinstrumenten.

1. Ten eerste werden alle patiënten geregistreerd die stonden ingeschreven bij een van de deelnemende huisartsen via een **patiëntregistratieformulier**. Hierbij werden de volgende gegevens geregistreerd:

- demografische gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat);

- sociaal economische gegevens (beroep, opleiding, inkomstenbron, verzekeringsvorm);
- woonsituatie (samenlevingsvorm, type woning, eigendomssituatie, woning, mobiliteit);
- autochtoon/allochtoon (nationaliteit, geboorteland, aantal jaren in Nederland, geboorteland ouders).

Met deze registratie werd 91,2% van alle ingeschreven patiënten bereikt, een totaal van 305.100 patiënten. Van de overige patiënten waren leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm bekend.

2. Ten tweede werden de 103 huisartspraktijken in vier evenredige groepen verdeeld, waarna in iedere groep gedurende drie maanden een **registratie van alle contacten** met patiënten werd bijgehouden zowel door de huisarts als door praktijkassistenten. Het ging hierbij om:

- de datum van het contact;
- contactgegevens (o.a: duur, tijdstip, setting, initiatiefnemer);

In een contact kunnen verschillende gezondheidsproblemen/klachtenclusters worden gepresenteerd die in feite los van elkaar staan. Per klachtencluster zijn de volgende gegevens geregistreerd.

- klachten en diagnose/werkhypothesen (o.a: reden(en) voor contact(en), diagnose, ernst van de aandoening);
- diagnostische verrichtingen;
- behandeling (o.a: GVO, gespreksactiviteiten, chirurgische verrichtingen);
- prescriptie (handelsnaam geneesmiddel, dagdosering, voorgeschreven hoeveelheid);
- verwijzing en opname (doel, initiatiefnemer, aard van de verwijzing) ;
- overleg naar aanleiding van contact (met wie en waarom);
- vervolgafspraken.

Contacten behorende tot één ziekte-episode van een patiënt zijn gegroepeerd tot zorgepisodes.

Aan de contactregistratie werkten 193 huisartsen mee. Hiervan waren er 23 waarnemer of arts in opleiding. Door middel van dit instrument werden circa 368.000 contacten geregistreerd.

3. Ten derde is onder een steekproef uit de praktijkpopulaties van 100 patiënten per deelnemende huisarts een uitgebreide **gezondheidsenquête** (de 'patiëntenenquête') afgenomen. Hierin is aandacht besteed aan:

- morbiditeitsindicatoren;
- inschatting van de eigen gezondheidstoestand;
- acute klachten;
- lengte en gewicht;
- lijst met chronische aandoeningen;
- beperkingen in het normale functioneren;
- biografische probleeminventarisatie;

- ziektegedrag en medische consumptie (contacten met huisarts, specialist, fysiotherapeut, wijkverpleging, tandarts, maatschappelijk werk, gezinszorg, diëtiste, logopediste, GGZ, geneesmiddelengebruik, verloskundige zorg en kraamzorg);
- sociaal-demografische variabelen;
- indicatoren van gezondheidsattent gedrag;
- meningen en attitudes;
- netwerken, sociale steun en life events.

De respons op deze enquête bedroeg gemiddeld 76,6%, hetgeen neerkomt op een totaal van 13.014 enquêtes.

4. Ten vierde werd door de deelnemende huisartsen een uitgebreide enquête ingevuld (de **huisartsenquête**). Hier kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

- praktijkorganisatie en werkwijze;
- preventie;
- psychosociale problematiek in de huisartspraktijk;
- voorschrijven van geneesmiddelen;
- fysiotherapie;
- overleg met andere hulpverleners;
- professionele contacten, interesses, nascholing en nevenfuncties;
- attitudes en opvattingen.

Artsen met een duidelijk beperkte praktijkvoering werden niet gevraagd aan de enquête mee te werken, hetzelfde gold voor waarnemers en artsen in opleiding. Van de overblijvende 170 waren er 161 zelfstandige huisartsen en 9 huisarts-assistenten. Van deze 170 hebben 161 de enquête ingevuld.

Door middel van praktijknummers, artsnummers en patiëntnummers kunnen de gegevens uit de verschillende meetinstrumenten aan elkaar gekoppeld worden.

2.3 De ten behoeve van dit onderzoek gepleegde selecties

In deze paragraaf zal per onderzoeksvraag worden aangegeven welke meetinstrumenten worden gebruikt. Welke gegevens exact worden gebruikt zal in de analysehoofdstukken worden uitgelegd.

1. Welke verschillen zijn er in kenmerken van de populatie tussen de bevolking van de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?
2. Welke verschillen zijn er in ervaren gezondheid en klachten tussen de bevolking van de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

Voor de eerste twee onderzoeksvragen zijn vooral gegevens uit de patiënt-enquête gebruikt. Alleen met betrekking tot enkele populatiekenmerken (vraag 1) is gebruik gemaakt van de patiëntregistratie.

3. Welke verschillen zijn er in de aard van de in de huisartspraktijk gepresenteerde problemen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

Voor de derde onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van de contactregistratie in combinatie met de patiëntregistratie. De op basis van de contactregistratie geconstrueerde episodes worden uitgedrukt per 1000 bij de huisarts ingeschreven personen.

4. Welke verschillen zijn er in het handelen van de huisarts met betrekking tot consultvoering (aard en aantal contacten) diagnostiek, prescriptie, verwijzen en follow-up tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

De beantwoording van deze onderzoeksvraag vindt deels plaats op basis van de combinatie contact-/patiëntregistratie, deels alleen op basis van de contactregistratie. Contactfrequenties worden namelijk uitgedrukt per 1000 ingeschreven patiënten en verrichtingen worden gerelateerd aan het aantal aan de huisarts gepresenteerde klachtenclusters. Omdat in circa 80 % van alle slechts één klachtencluster wordt gepresenteerd zal hierbij in het vervolg van contacten worden gesproken, daarmee beter aansluitend bij het spraakgebruik.

5. Waarmee hangen de geconstateerde verschillen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden met elkaar en met verschillen in arts- en praktijkkenmerken samen?
6. In hoeverre zijn de geconstateerde samenhangen verschillend tussen de grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

Ten behoeve van de beantwoording van deze laatste twee vragen wordt een selectie gemaakt van gegevens die ten behoeve van de voorgaande vraagstellingen worden gebruikt. Deze worden aangevuld met gegevens uit de huisartsenquête.

2.4 De grote stad: wat wordt daaronder verstaan?

In de vraagstellingen is verwoord dat 'de grote stad' wordt vergeleken met minder verstedelijkte gebieden in Nederland. Op zich is dit een rekbaar begrip. Vanuit internationaal perspectief kan zowel de stelling worden

verdedigd dat echt grote steden in Nederland niet voorkomen ofwel dat Randstad Holland moet worden opgevat als één polycentrische wereldstad (Hall, 1966). Vanuit nationaal perspectief worden Amsterdam, Rotterdam en 's Gravenhage veelal gezien als de drie grote steden. Soms wordt Utrecht echter ook meegerekend. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat de problematiek zoals we die in de inleiding van dit rapport hebben geschetst en die we voor het gemak zullen aanduiden als 'grote stadsproblematiek' zich ook voordoet in steden als Groningen, Haarlem en Eindhoven. Bovendien kan worden verondersteld dat 'grote stadsproblematiek' niet bij alle praktijken in de grote steden in dezelfde mate voorkomt. Er is daarom gekozen voor twee benaderingen.

In de **eerste benadering** wordt uitgegaan van bepaalde criteria op basis waarvan grote stad met minder verstedelijkte gebieden worden vergeleken. Twee criteria worden daarbij gehanteerd op basis van het inwonertal: 100.000 inwoners en 250.000 inwoners. In de categorie steden met meer dan 250.000 inwoners vallen alleen Amsterdam, Rotterdam en 's Gravenhage. In de categorie steden met meer dan 100.000 inwoners vallen ook Groningen, Enschede, Apeldoorn, Arnhem, Nijmegen, Utrecht, Haarlem, Dordrecht, Leiden, Breda, Eindhoven, Tilburg en Maastricht.

Bij het vaststellen van het inwonertal is uitgegaan van de stad zelf en niet van de gemeente (Nederzettingenbestand, 1991). Omliggende kernen en omliggend landelijk gebied zijn dus buiten beschouwing gebleven. Tabel 2.1 laat de aantallen in de analyses betrokken praktijken, huisartsen, contacten en patiënten (volgens de contactregistratie en de patiëntenquête) per onderscheiden categorie zien.

Tabel 2.1 Aantal praktijken, huisartsen, contacten en patiënten (volgens de contactregistratie en de patiëntenquête) in steden met meer dan 250.000 inwoners, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland.

	steden > 250.000 inwoners	steden > 100.000 inwoners	overig Nederland
aantal praktijken	8	18	85
aantal huisartsen	12	28	128
aantal contacten	16.752	53.520	353.847
aantal patiënten (registratie)	16.391	46.391	285.553
aantal patiënten (enquête)	672	1.690	11.324

N.b. Het totaal aantal deelnemende huisartsen aan de Nationale Studie bedraagt 161. In deze tabel zijn daarnaast 7 assistent-huisartsen meegerekend die ook een substantieel aantal contacten hebben geregistreerd. Daarom komt het aantal hier uit op 168.

Opgemerkt moet worden dat het aantal praktijken/huisartsen in de categorie 'grote steden' gering is. Dit heeft consequenties voor de betrouwbaarheid. Verschillen met de andere categorieën zullen zeer aanzienlijk moeten zijn willen zij met een betrouwbaarheid van 95 % als statistisch significant uit het onderzoek naar voren komen. De power van de analyses is daarom gering. Dit probleem speelt ook maar minder naarmate de rol van de huisarts geringer is. Dus bij het vaststellen van verschillen in kenmerken van de populatie en in ervaren gezondheid speelt het probleem in geringere mate. Ten aanzien van de het presenteren van problemen in de huisartspraktijk en de contactfrequentie kan worden gesteld dat het meestal de patiënt is die daartoe het initiatief neemt. Hier speelt de huisarts echter al een duidelijke rol. Bij het handelen van de huisarts (verrichtingen en consultvoering) is die rol nog veel duidelijker. Met het doen van uitspraken over verschillen tussen de grote stad en de rest moet daarom in het laatste geval het meeste voorzichtigheid worden betracht.

In de tweede plaats roept het kleine aantal huisartsen in de grote stad de vraag met betrekking tot de representativiteit op. In de volgende paragraaf vindt daarom een representativiteitsanalyse plaats.

Om de geconstateerde verschillen beter onderling te kunnen vergelijken worden 'stad-plattelandratio's' berekend. Er is gebruik gemaakt van twee ratio's. Bij de eerste wordt het percentage (of het gemiddelde) dat betrekking heeft op steden met meer dan 100.000 inwoners gedeeld door dat voor 'overig Nederland'. In het tweede geval wordt het percentage (of gemiddelde) voor de 'drie grote steden' gedeeld door dat voor 'overig Nederland'. Men dient zich er dus steeds van bewust te zijn dat de categorie '> 100.000 inwoners' ook de drie grote steden bevat.

In de **tweede benadering** worden praktijken gegroepeerd op kenmerken die vermoedelijk 'grote stadsproblematiek' indiceren en vervolgens wordt nagegaan in hoeverre praktijken met overeenkomstige kenmerken in de grote steden zijn geconcentreerd. Hierbij wordt dus geen á priori criterium gehanteerd. De groeperingen gebeuren met behulp van de cluster-analysetechniek (methode van Ward).

2.5 Representativiteit

In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre de in het onderzoek geanalyseerde gegevens van huisartsen en patiënten representatief zijn voor respectievelijk de drie grote steden en voor de steden met meer dan 100.000 inwoners. Eerst wordt ingegaan op de representativiteit van de praktijkpopulaties en daarna op de representativiteit van de in het onderzoek betrokken artsen.

Praktijkpopulaties

Tabel 2.2 geeft de kenmerken leeftijd en geslacht van de praktijkpopulaties in de Nationale Studie en in de populatie voor Nederland als geheel, de drie grote steden en de steden met meer dan 100.000 inwoners. Zowel voor de drie grote steden als voor de steden met meer dan 100.000 inwoners blijken de verschillen gering te zijn. Qua **leeftijd en geslacht** zijn de onderzochte praktijkpopulaties dus representatief te noemen.

Tabel 2.2 Leeftijd/geslachtsverdeling van de praktijkpopulaties van de Nationale Studie in vergelijking tot de Nederlandse bevolking in de drie grote steden en de steden met meer dan 100.000 inwoners

	3 grote steden		steden > 100.000 inw.	
	N.S.	Ned.	N.S.	Ned.
mannen				
0 - 4 jaar	6,5	5,6	6,2	5,7
5 - 14 jaar	7,7	9,7	9,0	10,2
15 - 24 jaar	14,3	16,3	16,4	17,4
25 - 44 jaar	40,2	34,8	36,7	34,8
45 - 64 jaar	18,3	20,5	19,5	20,1
65 - 74 jaar	8,0	8,1	7,4	7,4
75 jaar en ouder	5,0	5,0	4,8	4,4
N	7.322	820.494	21.486	1.819.766
vrouwen				
0 - 4 jaar	4,8	5,1	5,0	5,2
5 - 14 jaar	7,1	8,5	7,5	9,2
15 - 24 jaar	16,3	15,6	18,0	16,7
25 - 44 jaar	35,7	29,7	33,8	30,5
45 - 64 jaar	16,9	20,3	18,0	19,9
65 - 74 jaar	10,2	10,7	9,2	9,6
75 jaar en ouder	8,9	10,2	8,6	8,9
N	9.023	877.977	26.229	1.928.599

Naast leeftijd en geslacht is gekeken naar de samenstelling van het huishouden, werkloosheid, etnische minderheden, burgerlijke staat en inkomensverdelingen in de steekproefpopulaties om vast te stellen in hoeverre de steekproefpopulaties representatief zijn voor de drie grote steden en voor steden met meer dan 100.000 inwoners.

Een vergelijking van de huishoudenssamenstelling is alleen te maken op basis van de patiëntenquête van de Nationale Studie (tabel 2.3) We zien in de tabel dat er in de populatie volgens de CBS-gegevens sprake is van een

oververtegenwoordiging van alleenstaanden in de grote steden. Hetzelfde doet zich in sterkere mate voor in de Nationale Studie-gegevens.

In de Nationale Studie als geheel lijkt in eerste instantie sprake van een oververtegenwoordiging van huishoudens met partner en huishoudens met partner en kind. Waarschijnlijk is echter de andere indeling in categorieën hier debet aan. In de CBS-gegevens wordt immers een extra categorie 'anders meerpersoons' gehanteerd, een categorie die in de Nationale Studie voornamelijk is ondergebracht onder 'met partner' en 'met partner en kind'. In de Nationale Studie als geheel, zowel als voor de grote steden, is wel sprake van een lichte ondervertegenwoordiging van eenoudergezinnen ('met kind').

Ondanks deze verschillen kunnen we concluderen dat het verschil dat in de populatie waargenomen kan worden, nl. meer alleenstaanden en meer eenoudergezinnen in de grote steden, ook in de gegevens van de Nationale Studie te zien is.

Tabel 2.3 Vergelijking huishoudens naar samenstelling in de Nationale Studie (patiëntenquête) met de populatie in de drie grote steden en in Nederland als geheel

	3 grote steden		Nederland	
	N.S.	populatie* okt. 1985	N.S.	populatie* okt. 1985
alleenstaand	49,1	43,5	24,5	27,5
met partner	26,0	17,3	26,4	21,6
met partner + kind	17,8	20,1	43,8	38,6
met kind	7,1	8,4	5,3	6,8
anders meerpersoons	-	7,7	-	5,3
totaal %	100%	97%	100%	99%
N	381	823.200	5.263	5.565.300

* Bron: Huishoudens 1985; sociaal-demografische cijfers. 's Gravenhage: staatsuitgeverij/CBS publicaties 1988.

Tabel 2.4 Vergelijking nationaliteit van respondenten in de Nationale Studie met populatie in de drie grote steden en in Nederland als geheel

	3 grote steden		Nederland	
	N.S.	populatie* (1-1-88)	N.S.	populatie* (1-1-88)
Nederlanders	93,4	88,6	97,4	96,0
Niet Nederlanders	6,6	11,4	2,6	4,0
Waaronder:				
West Europa + VS	0,9	1,3	0,4	0,7
Zuid Europa, Turkije, Marokko, Suriname	4	7,4	1,5	2,4
Overig	1,7	2,7	0,7	0,9
N	16.568		281.306	

* Bron: Maandstatistiek van de Bevolking november 1988; CBS 1988.

Uit tabel 2.4 blijkt een duidelijke ondervertegenwoordiging van **buitenlanders** in de drie grote steden en Nederland als geheel. Dit verschijnsel is hoogstwaarschijnlijk te verklaren uit taalproblemen.

Uit de cijfers komt echter tevens naar voren dat de drie grote steden een relatief groot aantal buitenlanders huisvesten, zowel als we kijken naar de steekproef van de Nationale Studie als wanneer we kijken naar de populatie. Daarmee kan geconcludeerd worden dat het verschil dat in de populatie aanwezig is (meer buitenlanders in de grote steden) tevens in de Nationale Studie wordt gevonden.

Het percentage **werklozen** in de Nationale Studie als geheel bedroeg 2,4% (N=290.132). In Nederland waren in 1988 gemiddeld 433.000 werklozen, hetgeen neerkomt op 2,9% van de totale bevolking. (Centraal Bureau voor de Statistiek, 1990). Voor de Nationale Studie als geheel kunnen we dus spreken van een ondervertegenwoordiging met betrekking tot werkloosheid. Bedacht moet worden dat in de Nationale Studie de patiënt zelf heeft geregistreerd dat hij al dan niet werkloos is, wat niet overeen hoeft te komen met de officiële werkloosheidsregistraties.

In de drie grote steden vinden we in de Nationale Studie 5,3% werklozen. Een benadering van het aantal werklozen in de populatie kon alleen verkregen worden voor de steden Amsterdam en Rotterdam. In Rotterdam stond 8,5% van de totale bevolking bij het arbeidsbureau ingeschreven als werkloos voor 20 uur of meer per week (op 1-1-'88). In Amsterdam ontving 9,4% van de totale bevolking een uitkering krachtens de Rijksregeling Werkloosheidswet of Algemene Bijstandswet (op 1-1-'88). Het lijkt er dus op dat ook in de grote steden sprake is van ondervertegenwoordiging.

Zowel in de Nationale Studie als geheel als in de drie grote steden zijn de werklozen dus ondervertegenwoordigd. Vergelijken we binnen de Nationale

Studie de grote steden met de rest van het land, dan blijkt dat er evenals in de populatie, sprake is van duidelijk meer werkloosheid in de grote steden.

Een vergelijkbaar verschijnsel doet zich voor als we kijken naar het percentage **WAOers**. Voor Nederland vinden we in de Nationale Studie 3,8% (N=12725). Het vergelijkbare cijfer volgens de CBS-statistieken is ultimo 1986 4,9% (Regionaal Statistisch Zakboek, 1987).

Ook in de drie grote steden is sprake van onderrapportage. In de Nationale Studie vinden we namelijk 5,1% (N=653), terwijl het vergelijkbare cijfer volgens het CBS 6,8% bedroeg (hierbij werd het gemiddelde genomen van de COROP-gebieden Amsterdam (sub-regio), Groot-Rijnmond en agglomeratie 's Gravenhage, op basis van het Regionaal Statistisch Zakboek, 1987).

In de Nationale Studie vinden we wel weer hetzelfde verschil tussen de drie grote steden en de rest van Nederland als in de populatie: meer WAOers in de grote steden.

Tabel 2.5 Vergelijking burgerlijke staat van respondenten Nationale Studie (patiëntenquête) met de populatie in de drie grote steden en Nederland als geheel

	3 grote steden		Nederland	
	N.S.	populatie* (1-1-'88)	N.S.	populatie** (1-1-'88)
ongehuwd	50,7	45,2	44,9	43,6
gehuwd	35,4	39,1	47,2	47,0
gescheiden	6,5	7,8	2,7	3,9
weduwe	7,4	7,8	5,2	5,7
N	13.850		300.682	

* Bron: CBS, statistisch jaarboek 1990.

** Bron: telefonische inlichtingen bij gemeenten

Op basis van tabel 2.5 kunnen we stellen dat de gegevens uit de Nationale Studie voor Nederland als geheel grote overeenkomst vertonen met die van de populatie op basis van CBS-gegevens als het gaat om **burgerlijke staat**. Er is in de Nationale Studie slechts sprake van een lichte ondervertegenwoordiging van gescheiden personen en weduwen en weduwnaars. Daarnaast is er zowel in de populatie als in de Nationale Studie een hoger percentage gescheiden personen en verweduwden in de grote steden dan in Nederland als geheel.

Op basis van tabel 2.6 en 2.7 kunnen **inkomensgegevens** uit de Nationale Studie vergeleken worden met gegevens die door het CBS voor de populatie verzameld zijn. Hoewel de Nationale Studie-cijfers betrekking hebben op huishoudens en de CBS-gegevens op inkomenstrekkers, kan worden afgeleid

dat zowel in de Nationale Studie als in de populatie de lage inkomens in de drie grote steden zijn oververtegenwoordigd en dat de midden- en hogere inkomens zijn ondervertegenwoordigd.

Tabel 2.6 Netto maandinkomen per huishouden in de Nationale Studie als geheel en in de drie grote steden

	Nederland	3 grote steden
< 1750	34,5	43,9
1750 - 2700	37,2	31,6
> 2700	28,3	24,5
N	4.446	326

Tabel 2.7 Besteedbaar maandinkomen per inkomenstrekker in de populatie (CBS-gegevens) in Nederland en in de drie grote steden 1984*

	Nederland	3 grote steden
< 1750	40,0	46,9
1750 - 2500	30,0	28,5
> 2500	30,0	24,6
N	7.037.230	1.007.045

* Bron: Personele Inkomensverdeling 1984. Regionale gegevens. Deel 1 Inkomens per gemeente, corop-gebied, provincie en landsdeel. 's Gravenhage: Centraal Bureau voor de statistiek 1988.

Huisartsen

Van belang voor ons onderzoek is de vraag in hoeverre huisartsen in de Nationale Studie representatief geacht kunnen worden voor de Nederlandse huisarts in het algemeen cq. de huisartsen in de grote steden representatief voor alle huisartsen in de grote steden.

Tabel 2.8 Leeftijd/geslachtsverdeling en praktijkvorm van de deelnemende huisartsen, van de Nationale Studie-huisartsen in vergelijking met de Nederlandse huisartsen (per 1-1-1985) voor de drie grote steden, de steden met meer dan 100.000 inwoners en Nederland als geheel

	3 grote steden		steden > 100.000		Nederland totaal	
	N.S.	Ned.	N.S.	Ned.	N.S.	Ned.
geslacht						
man	72,7	85,6	77,8	87,8	85,1	91,6
vrouw	27,3	13,9	22,2	11,8	14,9	8,4
leeftijd						
< 35 jaar	36,4	10,7	37,0	10,2	31,7	9,2
35 - 39 jaar	36,4	29,8	29,6	29,4	29,8	27,2
40 - 44 jaar	9,1	21,2	18,5	22,3	12,4	22,8
45 - 49 jaar	0,0	6,8	3,7	9,0	12,4	11,4
50 - 54 jaar	9,1	4,7	7,4	5,7	5,6	9,0
55 +	9,1	26,8	3,7	23,4	6,2	20,9
praktijkvorm						
solopraktijk	54,5	64,1	33,3	59,7	32,3	56,4
duopraktijk	36,4	22,4	48,1	21,9	37,3	30,0
groepspraktijk	0,0	2,5	0,0	4,7	19,3	6,5
gezondheidscentrum	9,1	11,0	18,5	9,9	11,2	7,2
N	11	784	27	1.604	161	5.826

Uit tabel 2.8 kan worden afgeleid dat bij de Nationale Studie-artsen in de drie grote steden relatief meer vrouwen, meer jonge artsen en meer artsen in solo-praktijken voorkomen. In deze opzichten zijn de Nationale Studie-huisartsen in de drie grote steden zeker niet representatief te noemen. De vertekening is een gevolg van het feit dat de Nationale Studie is gebaseerd op een steekproef onder artsen, maar vervolgens hebben uit meermans-praktijken ook de collega's van de in de steekproef vallende huisartsen meegedaan, omdat de patiëntenbestanden niet te scheiden bleken. Een zelfde vertekening is aanwezig bij steden met meer dan 100.000 inwoners, en ook bij de Nationale Studie artsen in het algemeen. Uit dit laatste kan worden afgeleid dat een zelfde vertekening aanwezig is in de rest van Nederland, de referentiegroep in dit onderzoek. Gevonden verschillen tussen stad en platteland kunnen derhalve niet worden herleid tot een verschillende samenstelling van de non-respons.

2.6 Samenvatting

De Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk verschaft gedetailleerde gegevens omtrent kenmerken van de huisarts, zijn praktijk, zijn praktijkpopulatie, ervaren gezondheid en klachten in de bevolking, in de huisartspraktijk gepresenteerde klachten en de consultvoering en verrichtingenpatroon van de huisarts. Op basis van deze gegevens wordt een vergelijking gemaakt tussen de drie grote steden, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland. Daarnaast worden praktijken gegroepeerd op basis van kenmerken die naar verwachting 'grote stadsproblematiek' indiceren. Bij de categorie grote steden stelt het aantal praktijken (8) beperkingen. De kans dat daardoor verschillen, die in werkelijkheid wél aanwezig zijn, worden afgedaan als statistisch niet significant is zeer wel aanwezig. Dit probleem speelt sterker bij het analyseren van verschillen in handelen van de huisarts dan bij het analyseren van verschillen in patiëntkenmerken.

Ten aanzien van de representativiteit kan worden vastgesteld dat de onderzochte artsen en patiënten als redelijk representatief kunnen worden gezien voor de grote stad als geheel. Waar afwijkingen bestaan (bijvoorbeeld meer jonge artsen) bleek dat deze ook bestaan bij de referentiegroep, waardoor de vergelijking geen vertekend beeld zal geven. De grootste ondervetegenwoordiging zowel in de grote stad als in de referentiegroep doet zich voor ten aanzien van de groep allochtonen. Op basis van het onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan over praktijken met een extreem hoog percentage allochtonen. Daarnaast zijn WAO-ers en werklozen ook maar in mindere mate ondervetegenwoordigd in de Nationale Studie, zowel in de drie grote steden als in de vergelijkingsgroep. Dat maakt het moeilijk om op basis van deze studie uitspraken over deze groep te doen.

3. PRAKTIJKPOPULATIES VAN HUISARTSEN IN DE GROTE STEDEN

In dit hoofdstuk wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord:

Welke verschillen zijn er in kenmerken van de populatie tussen de bevolking van grote steden en minder verstedelijkte gebieden?

Naar aanleiding van de literatuur mag verondersteld worden dat een deel van de problematiek in de grote stadspraktijken veroorzaakt wordt door ten opzichte van de rest van het land afwijkende praktijkpopulaties. In de nu volgende paragrafen zullen de praktijkpopulaties van de drie grote steden en steden met meer dan 100.000 inwoners vergeleken worden met de praktijkpopulaties in de rest van het land. Hierbij zal aandacht besteed worden aan leeftijd en geslacht, sociaal demografische kenmerken en gezondheidsgedrag en leefstijl.

In dit hoofdstuk zullen wij ons beperken tot een beschrijving van deze kenmerken, zonder daarbij in te gaan op het verband met gezondheid en het gebruik van voorzieningen. Het gaat er om een beeld te schetsen van de praktijkpopulaties in de grote steden.

De gegevens uit dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de patiëntenenquête (afhankelijk van de non-respons op de betreffende vraag is de N dan maximaal 13.014) en de patiëntregistratie (N= maximaal 305.100).

3.1 Sociaal-demografische kenmerken

Uit de literatuur is bekend dat sociaal demografische kenmerken een relatief grote invloed kunnen hebben op de gezondheid en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Er zal achtereenvolgens aandacht besteed worden aan leeftijd en geslacht, opleiding, inkomen, verzekeringsvorm, beroep, werksituatie, leefsituatie, lidmaatschap van verenigingen en het verkrijgen van informele hulp.

3.1.1 Leeftijd en geslacht

In tabel 3.1 worden steden vergeleken met de rest van het land voor wat betreft leeftijd en geslacht. Uit de tabellen komt naar voren dat in steden met meer dan 100.000 inwoners minder kinderen in de leeftijd tussen 5 en 19 jaar wonen, terwijl er juist meer mensen ouder dan 65 jaar zijn. Uit de tabel blijkt voorts dat de stedelijke bevolking een hoger percentage vrouwen kent. Als we alleen de drie grote steden met de rest van Nederland vergelijken komen dezelfde verschillen naar voren, waarbij dient te worden aangetekend dat de verschillen in leeftijdsopbouw hier nog meer uitgesproken zijn.

Tabel 3.1 Vergelijking leeftijd en geslacht tussen praktijkpopulaties in de drie grote steden, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland

	mannen			vrouwen		
	<100.000 inw.	steden >100.000	3 grote steden	<100.000 inw.	steden >100.000	3 grote steden
leeftijd						
0 - 4 jaar	7,2	6,0	6,5	6,5	4,9	4,7
5 - 9 jaar	6,9	4,6	4,1	6,3	3,6	3,6
10 - 14 jaar	7,1	4,3	3,6	6,6	3,7	3,5
15 - 19 jaar	8,9	6,6	5,8	8,4	5,8	5,2
20 - 24 jaar	8,5	9,3	8,5	8,5	11,8	11,0
25 - 29 jaar	7,8	11,4	12,3	8,2	11,9	12,4
30 - 34 jaar	8,0	9,7	10,5	8,1	9,1	9,4
35 - 39 jaar	8,4	8,7	9,2	7,9	6,8	7,4
40 - 44 jaar	7,7	8,3	8,1	7,2	6,1	6,5
45 - 49 jaar	5,9	5,4	5,0	5,4	4,6	4,5
50 - 54 jaar	5,1	4,7	4,7	4,8	4,3	3,9
55 - 59 jaar	4,7	4,8	4,5	4,6	4,3	4,1
60 - 64 jaar	4,1	4,4	4,0	4,4	4,6	4,3
65 - 69 jaar	3,4	4,3	4,2	3,9	4,7	5,2
70 - 74 jaar	2,6	3,4	3,8	3,3	4,7	5,0
75 en ouder	3,8	5,1	5,1	5,9	9,1	9,2
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N	138.914	20.759	7.327	146.637	25.560	9.064
	mannen			vrouwen		
	<100.000 inw.	steden >100.000	3 grote steden	<100.000 inw.	steden >100.000	3 grote steden
	48,6%	44,8%	44,7%	51,4%	55,2%	55,3%

3.1.2 Sociale status

Voor wat betreft **opleiding** (tabel 3.2) blijken zowel in steden met meer dan 100.000 inwoners als in de drie grote steden meer personen met een HBO- of universitaire opleiding deel uit te maken van de praktijkpopulaties van de huisarsten. Daar staan minder personen met alleen een middelbare of lagere beroepsopleiding of HAVO/MAVO tegenover.

Tabel 3.2 Hoogste opleiding: steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 15 jaar en ouder)

	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
niets/lager onderwijs	31,0	27,8	30,2	0,90	0,97
LBO/MAVO/MBO/HAVO	60,3	53,1	51,6	0,88	0,86
HBO/universiteit	8,5	19,1	18,2	2,25	2,14
N	164.271	19.711	10.110		
Pearson Chi ² t.o.v. A		3082 p<.001	1103 p<.001		

Ook het gezinsinkomen (tabel 3.3) verschilt tussen de grote steden en de rest van Nederland. In steden met meer dan 100.000 inwoners zijn relatief veel personen met een gezinsinkomen onder 1750 gulden, terwijl er juist weinig met een inkomen tussen de 1750 en 2700 gulden zijn. Hetzelfde verschijnsel doet zich voor in de drie grote steden.

Tabel 3.3 Netto gezinsinkomen: steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland

	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
< 1750	26,8	35,8	35,3	1,34	1,32
1750 - 2700	40,3	33,3	30,8	0,83	0,76
> 2700	32,9	30,8	34,0	0,94	1,03
N	8.591	1.339	536		
Pearson Chi ² t.o.v. A		50,1 p<.001	25,0 p<.001		

Aangezien de verschillen in inkomen zich met name voordoen onder de ziektefondsgrens zijn deze niet terug te vinden in de verdeling naar **verzekervorm** (61,7 % ziektefondsverzekerden in plaatsen < 100.000 inwoners en 61,3 % in de drie grote steden). Dit wil zeggen dat de verhouding tussen particuliere en ziektefondsverzekerden in steden en minder stedelijke gebieden weinig van elkaar verschilt.

Met betrekking tot **beroep** (tabel 3.4) zien we ten eerste in steden met meer dan 100.000 inwoners een kleiner aantal zelfstandigen (en boeren). Ten tweede blijkt er in de steden een lager percentage dat laaggeschoolde arbeid

verricht. Het grootste maar ook weinig opmerkelijke verschil doet zich echter voor in het onderscheid tussen hoofdarbeid en handarbeid. In de steden wordt meer hoofdarbeid verricht. Deze verschillen doen zich tevens voor als we kijken naar alleen de drie grote steden.

Tabel 3.4 Beroep: steden met meer dan 100.000 inwoners en de drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland (personen van 15 jaar en ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
hoofdarbeid					
hoog/midden geschoold	24,9	35,4	34,8	1,42	1,40
laag geschoold	13,6	21,6	23,4	1,59	1,72
zelfstandigen/boeren	9,6	4,7	4,5	0,49	0,47
handarbeid					
hoog/midden geschoold	32,2	21,6	20,1	0,67	0,62
handarbeid laag geschoold	19,6	16,8	17,3	0,86	0,88
N	8.865	1.373	561		
Pearson Chi ² t.o.v. A		182,3 p < .001	96,5 p < .001		

Met betrekking tot werksituatie (tabel 3.5) blijken de verschillen gering. Wel moet geconstateerd worden dat het aantal werklozen en het aantal gepensioneerden in de steden behoorlijk hoger is.

Tabel 3.5 Werksituatie: steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland (personen van 15 jaar en ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
betaalde baan	42,7	41,1	42,4	0,96	0,99
huishouden	16,9	10,4	9,9	0,62	0,59
dagonderwijs	13,5	13,0	10,6	0,96	0,79
werkloos	2,6	6,1	6,2	2,35	2,38
wao	3,6	3,5	3,8	0,97	1,06
vut/pensioen	20,8	25,8	27,2	1,24	1,31
N	174.667	31.342	10.899		
Pearson Chi ² t.o.v. A		2.112 p < .001	1.034 p < .001		

3.1.3 Allochtonen

Buitenlandse migranten wonen voornamelijk in de steden (tabel 3.6). In hoofdstuk 1 zagen we al dat mensen met een niet-West Europese achtergrond afwijken van Nederlanders met betrekking tot het gebruik van de huisarts. Het zal duidelijk zijn dat het hierbij om meer gaat dan buitenlandse nationaliteit. In onderstaande tabel worden de bekende verstedelijkingscategorien weer uitgezet voor wat betreft eigen nationaliteit van de respondent en/of de nationaliteit van de ouders, en/of geboorteland.

Tabel 3.6 Allochtoniteit (nationaliteit, nationaliteit ouders en geboorteland): steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland

	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
onbekend	15,2	16,1	16,7	1,06	1,10
Nederlands	78,4	71,5	67,2	0,91	0,86
Noordwest Eur/Noord-Amerika	2,5	3,1	3,7	1,24	1,48
Spaans/Italiaans/niet-Westers	3,9	9,3	12,4	2,38	3,18
N	286.022	46.336	16.401		
Pearson Chi ² t.o.v. A		2541,0 p<.001	2907,8 p<.001		

3.1.4 Mobiliteit

Een bekend verschijnsel in de grote steden is de relatief snel wisselende populatie. De verhuisfrequentie is hoog. Dat dit aan de huisarts niet ongemerkt voorbij gaat werd aangetoond door Thomassen (1978). Deze vond dat de frequentie van contacten met de huisarts 35% hoger ligt in de eerste 18 maanden na de verhuizing. Als we kijken naar de laatste verhuisdatum komt naar voren dat in de steden relatief meer mensen wonen die in de laatste vijf jaar verhuisd zijn (tabel 3.7).

In tabel 3.7 wordt in plaats van de laatste verhuisdatum de verdeling naar duur van de inschrijving bij de huisarts weergegeven. Hierbij dient te worden aangemerkt dat verschillen in dit opzicht niet alleen veroorzaakt kunnen worden door verhuizingen, maar ook door wisselingen van huisarts om andere redenen. Ook kan het zo zijn dat men wel verhuisd is maar bij dezelfde huisarts is gebleven. Hoe het ook zij, voor de continuïteit van de huisartsgeneeskunde is eerder de duur van de inschrijving van belang dan de laatste verhuisdatum en er is derhalve voor gekozen hier cijfers te presenteren met betrekking tot de duur van de inschrijving. Duidelijk blijkt dat in de steden de duur van de inschrijving over het algemeen korter is dan in de rest van het land.

Tabel 3.7 Duur van de inschrijving: steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland

	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
korter dan 1 jr	5,0	7,2	8,7	1,44	1,74
1 tot 5 jr	17,3	28,8	32,2	1,66	1,86
langer dan 5 jr	77,7	64,1	59,2	0,82	0,76
N	229.907	39.120	13.180		
Pearson Chi ² t.o.v. A		3.416 p<.001	2.395 p<.001		

3.1.5 Sociale netwerken

Er zijn relatief grote verschillen in **leefsituatie** (tabel 3.8) tussen de steden en de rest van Nederland. Er blijken in de steden ongeveer twee keer zoveel alleenstaanden en éénoudergezinnen te zijn, en minder gezinnen bestaande uit twee partners en kind(eren). Deze verschillen zijn meer uitgesproken bij een vergelijking tussen de grote steden en de rest van het land.

Tabel 3.8 Leefsituatie: steden met >100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland

	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
alleenstaand	8,1	10,3	27,1	1,27	3,35
met partner	20,4	21,0	26,5	1,03	1,30
met partner + kind	67,0	63,7	36,1	0,95	0,54
met kind	4,5	4,9	10,4	1,09	2,31
N	246.295	38.635	13.109		
Pearson Chi ² t.o.v. A		284.930 p<.001	7.926 p<.001		

Door middel van twee variabelen is getracht een indicatie te verkrijgen omtrent de omvang van sociale netwerken in de stad in vergelijking met de rest van Nederland.

Ten eerste is gevraagd naar lidmaatschappen van **verenigingen**. Dat blijkt in steden minder voor te komen dan in de rest van het land. In de drie grote steden is dit verschil duidelijker dan in de steden met meer dan 100.000 inwoners (tabel 3.9)

Tabel 3.9 Lidmaatschap van verenigingen: steden met meer dan 100.000 inwoners en de 3 grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 18 jaar of ouder)

aantal lidmaatschappen	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
geen	43,6	55,0	58,5	1,26	1,34
één	42,3	33,6	32,9	0,79	0,78
2 of meer	14,2	11,6	8,7	0,82	0,61
N	8.700	1.427	578		
Pearson Chi ² t.o.v. A		64,9 p < .001	50,5 p < .001		

Ten tweede is nagegaan in hoeverre er verschillen zijn in de mate waarin men **hulp** ontvangt van personen buiten het huishouden. Hiertoe is voor een zestal items gevraagd of men hulp ontvangen heeft van personen buiten het huishouden (zie ook Tijhuis et al, 1990). Voor deze items is een somscore berekend, en de frequenties die bij de verschillende scores horen staan vermeld in tabel 3.10.

Tabel 3.10 Aantal items waarop men hulp ontvangen heeft: steden met meer dan 100.000 inwoners en de drie grote steden ten opzichte van de rest van Nederland (personen van 18 jaar of ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
0 items	4,9	5,4	6,1	1,24	1,25
1 item	18,9	15,0	17,0	0,79	0,90
2 items	27,0	22,9	21,3	0,85	0,79
3 items	26,2	25,0	24,2	0,95	0,92
4 items	16,8	20,0	21,8	1,19	1,30
5 en 6 items	6,2	11,7	9,7	1,87	1,56
N	8.700	1.427	578		
Pearson Chi ² t.o.v. A		80,8 p < .001	28,6 p < .001		

De vraag om hulp van buiten het huishouden kan voortkomen uit de behoefte aan hulp gecombineerd met het feit dat deze hulp niet voorhanden is binnen het huishouden. Dit zou, bij een gelijke hulpbehoefte, kunnen betekenen dat men in de steden, met relatief veel éénpersoonshuishoudens meer hulp ontvangt van buiten het huishouden. We zien dan ook dat hulp op 4 of meer items in de steden meer voorkomt.

In de drie grote steden vinden we echter ook dat er meer personen zijn die op geen enkel item hulp ontvangen.

3.2 Gezondheidsgedrag en leefstijl

In deze paragraaf komen een aantal vormen van gezondheidsgedrag en leefstijl aan de orde die van invloed kunnen zijn op de gezondheid. Er zal aandacht besteed worden aan het gebruik van tabak, het gebruik van alcohol en sportgewoonten.

Uit tabel 3.11 blijkt dat er in de grote steden relatief meer mensen zijn die **roken**. De verschillen zijn echter klein te noemen, en in het geval van de drie grote steden nauwelijks significant.

Tabel 3.11 Roken: Steden met meer dan 100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 15 jaar of ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
ja	39,9	45,2	44,5	1,13	1,12
nee	60,1	54,8	55,5	0,91	0,92
N	9.306	1.481	598		
Pearson Chi ² t.o.v. A		15,2 p<.001	5,0 p<.05		

Ook ten aanzien van **alcoholconsumptie** springen de steden er in negatieve zin uit. Ook hier dient echter vermeld te worden dat de verschillen klein zijn. (tabel 3.12)

Blijkens tabel 3.13 zijn er in de drie grote steden wat minder personen die actief **sport** beoefenen. De verschillen zijn hier echter eveneens klein.

Tabel 3.12 Alcoholconsumptie in glazen per week in steden met meer dan 100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 15 jaar of ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
< 1 glas	21,6	18,6	20,6	0,86	0,95
1 - 7 glazen	36,1	33,6	33,1	0,93	0,92
7 - 14 glazen	16,8	17,6	16,1	1,05	0,96
14- 35 glazen	21,3	24,3	23,7	1,14	1,11
> 35 glazen	4,2	5,8	6,5	1,39	1,55
N	6.765	1.122	447		
Pearson Chi ² t.o.v. A		15,9 p < .01	7,8 p = n.s.		

Tabel 3.13 Actieve sportbeoefening in steden met meer dan 100.000 inwoners en in de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 15 jaar of ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
ja	37,6	34,3	30,9	0,91	0,82
nee	62,4	65,7	69,1	1,05	1,11
N	9.306	1.481	598		
Pearson Chi ² t.o.v. A		5,9 p < .05	10,7 p < .05		

3.3 Contacten met hulpverleners

Met behulp van de patiëntenquête van de Nationale Studie kon worden nagegaan in hoeverre patiënten in steden verschillen van patiënten elders als het gaat om het aantal hulpverleners waarmee men contact heeft. Dit gegeven kan als indicatie dienen voor de complexiteit van het netwerk van zorgverlening waarbinnen de huisarts moet functioneren. Hieronder zal aandacht besteed worden aan contacten met de huisarts zelf, met specialisten, fysiotherapeuten, de wijkverpleging, ziekenhuisopnamen, de GGZ, alternatieve genezers, Algemeen Maatschappelijk Werk, logopedisten, diëtisten en de gezinszorg.

Tabel 3.14 Percentage van de populatie dat contact heeft gehad met andere hulpverleners dan de huisarts

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
huisarts*	36,0	41,9	40,7	1,16	1,13
specialist*	15,2	17,8	18,0	1,17	1,18
fysiotherapeut**	12,5	15,7	18,8	1,26	1,50
wijkverpleging**	7,2	5,4	4,5	0,75	0,63
visite wijkverpleging	3,2	2,2	3,0	0,69	0,94
spreekuur wijkverpleging	2,1	1,5	0,8	0,71	0,38
ziekenhuisopname**	7,8	8,4	8,5	1,08	1,09
GGZ**	2,9	5,6	7,9	1,93	2,72
alternatieve genezers**	7,4	8,2	9,5	1,11	1,28
AMW**	2,1	3,2	4,3	1,52	2,05
logopedist**	1,4	1,0	1,1	0,71	0,79
diëtiste**	2,2	2,2	1,9	1,00	0,86
gezinszorg**	2,1	1,6	1,4	0,76	0,67
N	11.375	1.639	621		

* in de afgelopen 2 maanden

** in het afgelopen jaar

Uit tabel 3.14 komt naar voren dat er in de steden iets meer patiënten zijn die in de twee maanden voorafgaand aan de enquête contact hebben gehad met de huisarts en specialist.

Er blijken in de steden ook meer mensen te zijn die contact hebben gehad met een fysiotherapeut. In de drie grote steden hebben ongeveer 1,5 maal zoveel mensen contact gehad met de fysiotherapeut dan in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners.

Contacten met de wijkverpleging komen in de steden minder (30 tot 60%) voor dan elders. Het verschil doet zich in het bijzonder voor in de drie grote

steden. Met name vinden daar weinig contacten plaats tijdens het spreekuur. Dit is niet erg verwonderlijk daar de consultatiebureaus buiten de drie grote steden onder de verantwoordelijkheid vallen van de kruisverenigingen, terwijl ze bijvoorbeeld in Amsterdam behoren tot de taak van de GGD.

Zeer groot zijn de verschillen weer als het gaat om contacten met de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk. Gezien de hogere frequentie van psychische en sociale problemen die we eerder op basis van de patiëntenquête in de grote steden constateerden wekt dit geen verbazing.

Voor wat betreft alternatieve genezers, logopedisten en diëtisten zijn de verschillen klein.

Van de gezinszorg wordt in steden met minder dan 100.000 inwoners wat meer gebruik gemaakt dan elders.

Tabel 3.14 in aanmerking genomen wekt het geen verbazing dat in de grote steden een wat groter percentage van de bevolking is dat contact heeft gehad met andere hulpverleners. Zoals uit tabel 3.15 blijkt, heeft 45% van de bevolking in de drie grote steden contact gehad met een andere hulpverlener dan de huisarts in verschillende periodes. Voor steden met meer dan 100.000 inwoners is het percentage 42 en voor plaatsen met minder dan 100.000 inwoners 38. Vooral het percentage van de populatie dat contact heeft gehad met 3 of meer andere hulpverleners verschilt sterk.

Tabel 3.15 Percentage van de populatie dat contact heeft gehad met andere hulpverleners dan de huisarts in het afgelopen jaar (fysiotherapeut, wijkverpleging, ziekenhuisopname, GGZ, alternatieve genezers, AMW, logopedist, diëtiste, gezinszorg) of de afgelopen twee maanden (specialist)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
geen hulpverlener	44,9	39,1	36,2	0,87	0,81
1 hulpverlener	30,3	30,5	31,1	1,01	1,03
2	14,3	17,1	19,5	1,20	1,36
3	6,5	7,9	7,7	1,22	1,18
4 of meer	4,1	5,1	5,5	1,24	1,34
N	11.375	1639	621		

3.4 De meest in het oog springende verschillen

Met betrekking tot leeftijd hebben we geconstateerd dat er in de steden een oververtegenwoordiging is van personen ouder dan 65 en tussen 25 en 34 jaar. Er is voorts een ondervertegenwoordiging van kinderen in de schoolgaande leeftijd (tussen 5 en 19 jaar). Voor wat betreft geslacht is een lichte oververtegenwoordiging van vrouwen in de steden gebleken.

Voor wat betreft sociale status zagen we een oververtegenwoordiging van personen met een HBO- of hogere opleiding; een oververtegenwoordiging van de hogere en lagere inkomens (een ondervertegenwoordiging van de middengroep); een oververtegenwoordiging van personen die hoofdarbeid verrichten; van werklozen, VUTters en WAOers in de steden.

Voorts is de duur van de inschrijving bij de huisarts in de steden over het algemeen korter en wonen er aanzienlijk meer allochtonen.

Aangaande de sociale netwerken bleek dat er in de steden minder gezinnen met kinderen zijn; en dat er wat minder mensen lid zijn van een vereniging.

Bij vergelijking van gezondheidsgedrag en leefstijl bleken er in de steden wat meer mensen te zijn die roken, wat meer die meer dan 7 glazen alcohol per week drinken en iets minder mensen die actief een sport beoefenen.

Het gebruik van voorzieningen verschilt sterk. In de steden wordt meer gebruik gemaakt van de huisarts, specialist, fysiotherapie, geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk werk. Mensen die met veel andere hulpverleners dan de huisarts contact hebben gehad komen meer voor in de steden.

3.5 Groepering van praktijken

Huisartspraktijkpopulaties in de grote steden blijken dus op een aantal kenmerken duidelijk af te wijken van de praktijkpopulaties in de rest van Nederland. Dit zijn echter gemiddelde cijfers. Binnen de grote steden zouden er best praktijken kunnen zijn die veel sterker van de rest afwijken. Aan de andere kant kunnen er ook buiten de grote steden praktijken zijn die dezelfde afwijkende kenmerken vertonen als de grote stadspraktijken. Beide verschijnselen zouden ertoe kunnen leiden dat achter de in dit hoofdstuk geconstateerde verschillen veel omvangrijker verschillen verborgen gaan tussen groepen van praktijken.

Om dit te onderzoeken zijn praktijken met sterk op elkaar lijkende praktijkpopulaties gegroepeerd. Dit is gedaan met behulp van de clusteranalyse-techniek voor demografische kenmerken en sociaal-economische kenmerken. Kenmerken van het gebruik van voorzieningen zijn buiten beschouwing gelaten aangezien dit zowel als een afhankelijke als een onafhankelijke variabele kan worden beschouwd.

Eerst zijn de praktijken gegroepeerd op basis van de volgende demografische kenmerken:

Demografische variabelen

- % alleenstaanden
- % buitenlanders
- % eenoudergezinnen
- % gescheiden personen
- % leeftijdscategorie 0-4
- % leeftijdscategorie 25-34
- % leeftijdscategorie 55+
- % voor 1982 laatste keer verhuisd

Tabel 3.16 geeft de resultaten van de clusteranalyse op basis van de demografische kenmerken. Er is gekozen voor een oplossing in vier clusters. Dit levert in vergelijking tot een oplossing met meer clusters overzichtelijke resultaten, terwijl de homogeniteit van de clusters nog redelijk is in vergelijking met oplossingen in minder clusters.

Tabel 3.16 Resultaten clusteranalyse op basis van demografische variabelen

	cluster 1 (N=57)		cluster 2 (N=23)		cluster 3 (N=17)		cluster 4 (N=6)		totaal (N=103)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
% alleenst.	7,2	3,1	6,4	2,3	18,8	6,2	23,2	8,6	9,9	6,8
% buitenlanders	3,6	3,0	2,4	2,2	7,9	5,1	9,9	4,0	4,4	4,0
% eenoudergezin	4,1	1,6	3,1	0,7	5,9	2,6	7,3	2,5	4,4	2,0
% gescheiden	2,3	1,2	1,5	0,9	4,2	1,1	5,0	1,2	2,6	1,5
% 0-4 jaar	6,7	2,2	7,3	1,6	4,9	1,2	6,7	1,9	6,5	2,1
% 25-34 jaar	15,7	3,4	16,6	2,3	17,2	3,0	28,1	6,8	16,8	4,4
% 55+	20,4	6,8	20,7	5,5	29,8	5,6	16,4	6,0	21,8	7,2
% vóór 1982 laatste keer verhuisd	37,3	5,7	25,6	3,7	40,9	6,1	14,8	6,7	34,0	9,0

Tabel 3.17 Clusters op basis van demografische variabelen naar urbanisatie

	cluster 1 (N=57)	cluster 2 (N=23)	cluster 3 (N=17)	cluster 4 (N=6)
< 100.000 (N=85)	65,9	25,9	7,1	1,2
> 100.000 (N=18)	5,6	5,6	61,1	27,8
			Pearson Chi ² : 56,9 p < .001	
rest Nederland (N=95)	58,9	24,2	12,6	4,2
3 grote steden (N=8)	12,5	-	62,5	25,0
			Pearson Chi ² : 21,4 p < .001	

Uit tabel 3.16 wordt duidelijk dat cluster 4 op de meest variabelen het 'slechtst' scoort. Deze cluster bevatte twee praktijken uit de drie grote steden (tabel 3.17), drie in steden met meer dan 100.000 inwoners en één kleine stad in het noorden des lands. Dit cluster werd gekenmerkt door een hoog percentage alleenstaanden, veel buitenlanders, veel éénoudergezinnen, veel gescheiden personen, veel personen in de leeftijd van 25 tot 34 jaar, weinig personen ouder dan 55, en weinig personen die vóór 1982 voor het laatst verhuisd waren. Cluster 3 wordt gekenmerkt door een relatief hoog percentage ouderen en een hoog percentage dat vóór 1982 voor het laatst verhuisd en een laag percentage kinderen van 0 tot 4 jaar. In cluster 3 blijken de rest van de praktijken in de drie grote steden vertegenwoordigd te zijn en de rest van de praktijken in steden met meer dan 100.000 inwoners plus kleine steden in met name de randstad (3.17).

Alle acht praktijken in de drie grote steden en alle achttien praktijken in steden met meer dan 100.000 inwoners blijken dus in de twee 'slechtst scorende' clusters vertegenwoordigd te zijn. Daarnaast zijn er echter tevens een aantal andere gemeenten vertegenwoordigd.

Bij de clustering op basis van sociale status is gebruik gemaakt van de volgende variabelen:

Sociale status variabelen

% met HBO of universitaire opleiding

% werklozen

% WAOers

% laaggeschoolde hoofdarbeid

% lage inkomens (>1750)

Ook bij clustering op basis van de sociale status variabelen is gekozen voor een oplossing in 4 clusters. Hier komen we tot minder eenduidige uitkomsten (tabel 3.18). In cluster 4 worden een hoog percentage hoog opgeleiden, een hoog percentage werklozen, een hoog percentage WAOers en een hoog percentage lage inkomens met elkaar gecombineerd. In dit cluster blijken een drietal steden met meer dan 100.000 inwoners te zijn en één praktijk uit de drie grote steden, maar ook enige zeer kleine plaatsen in het noorden en zuiden des lands. De rest van de grote steden is overwegend ingedeeld in cluster 3.

Tabel 3.18 Resultaten clusteranalyse op basis van sociale status variabelen

	cluster 1 (N=21)		cluster 2 (N=37)		cluster 3 (N=37)		cluster 4 (N=8)		totaal (N=103)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
% HBO	10,2	4,7	4,9	2,5	7,2	4,8	11,7	11,3	7,3	5,3
% werkloos	1,5	0,6	2,3	1,2	2,1	1,4	5,4	4,1	2,3	1,8
% WAO	2,1	0,6	3,1	0,9	2,4	0,9	3,3	1,2	2,6	1,0
% laaggeschoolde hoofdarbeid	31,8	2,9	21,3	4,2	25,4	5,5	22,7	5,3	25,0	6,0
% lage inkomens	14,7	6,2	35,3	5,6	24,1	5,0	54,3	4,2	28,6	12,0

Tabel 3.19 Clusters op basis van sociale status variabelen naar urbanisatiegraad

	cluster 1 (N=57)	cluster 2 (N=23)	cluster 3 (N=17)	cluster 4 (N=6)
< 100.000 (N=85)	22,4	40,0	32,9	4,7
> 100.000 (N=18)	11,1	16,7	50,0	22,2
	Pearson Chi ² : 10,2 p < .05			
rest Nederland (N=95)	21,2	37,9	33,7	7,4
3 grote steden (N=8)	12,5	12,5	62,5	12,5
	Pearson Chi ² : 3,5 p = n.s.			

Al met al kunnen we concluderen dat de grote steden over het algemeen worden ingedeeld in de 'slechtste' clusters, maar dat dit niet geldt voor alle stadspraktijken. Praktijken in de grote steden blijken niet het alleenrecht te hebben op potentieel problematische patiëntenpopulaties.

4. ERVAREN GEZONDHEID EN KLACHTEN

In dit hoofdstuk zal gekeken worden naar verschillen tussen steden en minder verstedelijkte gebieden voor wat betreft de ervaren gezondheid en gezondheidsklachten (de tweede onderzoeksvraag). De door de bevolking ervaren gezondheid is een belangrijke verklarende factor voor verschillen in ziektegedrag en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- de opvatting over de eigen gezondheid in het algemeen;
- acute aandoeningen;
- chronische aandoeningen;
- beperkingen in het dagelijks functioneren;
- psychische problemen;
- psychosociale problemen;
- ziekteverzuim en verminderde inzetbaarheid.

In paragraaf 4.10 worden met behulp van clusteranalyse huisartspraktijken gegroepeerd volgens bovenstaande kenmerken. In paragraaf 4.11 worden verschillen in de houding ten opzichte van gezondheidsproblemen bekeken.

4.1 Inschatting van de eigen gezondheid

Tabel 4.1 geeft de verschillen tussen steden en de rest van Nederland als het gaat om het oordeel over de eigen gezondheid. Voor kinderen van 14 jaar of jonger is het antwoord door een van de ouders ingevuld.

Tabel 4.1 Inschatting van de eigen gezondheid

	< 100.000 inwoners	steden > 100.000	3 grote steden
heel goed	35,1	31,6	29,9
goed	50,8	51,1	52,2
niet goed/niet slecht	12,3	14,5	14,9
slecht	1,7	2,5	2,4
heel slecht	0,1	0,3	0,6
N	11.241	1.690	669
Pearson Chi ² t.o.v. A		18,9 p < .001	19,7 p < .001

Uit de tabel blijkt dat de grootste verschillen zich voordoen in de categorie 'heel goed' en dat dit verschil het grootst is als we de drie grote steden met de rest van Nederland vergelijken. Voorts is opvallend dat in de drie grote steden het aantal respondenten dat de eigen gezondheid als heel slecht beoordeelt zes maal zo groot is als in de rest van Nederland. In de steden wordt de gezondheid in het algemeen als minder goed beoordeeld dan in minder stedelijke gebieden.

4.2 Acute klachten

Ten behoeve van de Nationale Studie is een lijst opgesteld van veel voorkomende acute klachten. Deze lijst bestond uit 43 items. De meest voorkomende daarvan waren hoofdpijn (28,8% van de respondenten), hoesten (20,6%), verstopte neus (20,0%) en nervositeit (17,4%). De klachten waarbij significante verschillen ($p < .01$) voorkomen staan weergegeven in tabel 4.2. Opvallend is dat alle statistisch significante verschillen in de richting gaan van meer klachten in de grote steden. Het verschil in dit opzicht tussen de drie grote steden en de steden met meer dan 100.000 inwoners is betrekkelijk gering. Veel van de gevonden verschillen lijken betrekking te hebben op klachten die vaak psychosociaal te duiden zijn.

Tabel 4.2 Significante verschillen ($p < .01$) verschillen tussen steden en de rest van Nederland voor acute klachten in de afgelopen 2 weken (N = 13.014)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
moeheid	27,0	36,2	35,7	1,34	1,32
duizeligheid	9,4	11,8	ns	1,26	ns
nervositeit	16,3	24,5	26,8	1,50	1,64
hoofdpijn	28,4	31,6	ns	1,11	ns
slapeloosheid	14,1	18,2	20,7	1,29	1,47
koorts	5,0	7,1	ns	1,42	ns
lusteloosheid	10,4	15,3	15,9	1,47	1,53
keelpijn	11,5	14,1	ns	1,23	ns
agressie	6,4	9,4	11,0	1,47	1,72
sneller opgewonden	14,7	18,1	18,8	1,23	1,28
klachten m.b.t. stoelgang	6,3	8,3	ns	1,32	ns
verstopte neus	19,6	22,8	25,0	1,16	1,28
benauwdheid/ademhalings- problemen	7,1	10,6	12,5	1,49	1,76
hartkloppingen	4,3	7,3	8,9	1,70	2,07
eetstoornissen	2,4	3,5	ns	1,46	ns
diarree	5,0	-	7,6	ns	1,52
gewichtstoename	5,0	7,0	8,1	1,40	1,62
nek-/schouderklachten	12,8	17,7	17,6	1,38	1,38
andere klachten	1,0	-	2,1	ns	2,10
problemen op het werk	2,5	4,0	ns	1,60	ns
gezinsproblemen	2,1	3,8	ns	1,81	ns

Over alle 43 items zijn somscores berekend en vervolgens een t-toets uitgevoerd om bepalen of er significante verschillen in gemiddeld aantal klachten zijn tussen steden en minder stedelijke gebieden (tabel 4.3).

Tabel 4.3 T-toets op het aantal acute klachten in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	11.324	3,6	4,0			
> 100.000 inwoners	1.690	4,4	4,4	1,2	-7,3	.000
3 grote steden	672	4,5	4,5	1,3	-4,9	.000

Uit de tabel blijkt dat er een statistisch significant verschil bestaat tussen het aantal gerapporteerde klachten in de steden en elders in Nederland. Het verschil tussen de drie grote steden en alle steden met meer dan 100.000 inwoners is gering. In beide gevallen is er sprake van ruim 20% meer klachten dan in de rest van Nederland.

4.3 Chronische aandoeningen

Respondenten van de patiëntenenquête hebben naast acute klachten ook aangegeven aan welke chronische aandoeningen ze lijden. De lijst van aandoeningen werd ontleend aan Van den Bos (1989). Kijken we naar de verschillen dan blijken deze klein te zijn. Dit kan echter te maken hebben met de relatief geringe aantallen per aandoening. Waar wel significante verschillen werden gevonden ging het om hartklachten, schildklierafwijkingen, reuma, kanker en huidziekten, de meeste geclassificeerd als matig ernstige tot ernstige aandoeningen, behalve huidziekten. Genoemde aandoeningen komen meer voor in de steden (tabel 4.4).

Tabel 4.4 Chronische aandoeningen in percentages van de praktijkpopulatie

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
lichte aandoeningen					
migraine/ernstige hoofdpijn	8,8	9,6	7,1	1,09	0,81
aambeien	7,4	7,2	6,3	0,97	0,85
spataderen	6,7	7,2	6,8	1,07	1,01
chronische huidziekten of					
eczeem	5,7	6,6	7,6*	1,16	1,33
hooikoorts	4,5	5,4	4,3	1,20	0,96
prostaatklasten	0,9	1,0	1,3	1,11	1,44
oogklasten	0,3	0,5	0,7	1,67	2,33
gehoorafwijking	0,4	0,4	0,1	1,00	0,25
allergische afwijking	0,3	1,1**	0,7	3,67	2,33
matig ernstige aandoeningen					
hoge bloeddruk	7,4	7,6	7,3	1,03	0,99
rugklasten (hernia, ischias)	12,1	12,9	14,4	1,07	1,19
chronisch maaglijden	3,5	4,0	4,8	1,14	1,37
reuma, artritis, artrose	2,7	4,0**	4,0	1,48	1,48
galstenen/galblaas-/ leverziekten	1,0	1,5	1,6	1,50	1,60
schildklierafwijking	1,0	1,5	2,4	1,50	2,40
open been	0,2	0,2	0,1	1,00	0,50
chronische menstruatie- klasten/menopauze	2,7	3,4	3,4	1,26	1,26
gewrichtsklasten	0,8	0,7	0,7	0,87	0,87
nervositeit	0,3	0,4	0,7	1,33	2,33
ernstige aandoeningen					
chronische bronchitis	5,5	6,5	6,7	1,18	1,22
hartklasten	4,4	6,6*	7,0**	1,50	1,59
gevolgen ongeval	2,3	2,7	2,4	1,17	1,04
astma	2,0	2,5	2,2	1,25	1,10
suikerziekte of diabetes	1,7	2,2	2,2	1,29	1,29
chronische nierziekte/ nierstenen	1,4	1,5	2,2	1,07	1,57
parkinson/multiple sclerose/ epilepsie	1,2	0,9	0,6	0,75	0,50
gezwelvorming/kanker/ leukemie	0,8	1,3*	1,6*	1,63	2,00
aderverkalking	0,5	0,9*	0,9	1,80	1,80
handicap door erfelijke afwijking	0,5	0,5	-	1,00	-
vocht achter de longen	0,5	0,8	1,2*	1,60	2,40
anders	6,9	9,0**	10,9**	1,30	1,58

* statistisch significant tov. A met $p < .05$

** statistisch significant tov. A met $p < .01$

Per patiënt zijn de verschillende aandoeningen opgeteld en op deze somscores zijn t-toetsen uitgevoerd. Hieruit blijkt een gering, maar wel statistisch significant verschil in het aantal chronische aandoeningen, dat in de steden iets hoger ligt (tabel 4.5). Als we de somscores onder verdelen naar lichte, matig ernstige en ernstige aandoeningen, dan blijken de verschillen zich vooral voor te doen bij de ernstige en matig ernstige aandoeningen.

Tabel 4.5 Verschil in gemiddeld aantal chronische aandoeningen in de drie grote steden, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland (t-toets)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	drie grote steden C
totaal aantal chronische aandoeningen	0,90	1,01**	1,07**
lichte chronische aandoeningen	0,35	0,39*	0,35
matig ernstige chronische aandoeningen	0,32	0,36**	0,40**
ernstige chronische aandoeningen	0,20	0,26**	0,27**

* statistisch significant tov. A met $p < .05$

** statistisch significant tov. A met $p < .01$

4.4 Beperkingen in het dagelijks functioneren

Aan alle respondenten is een lijst voorgelegd met beperkingen in het dagelijks functioneren. Het gaat hier om een aangepaste versie van de OESO-indicator, zoals herhaaldelijk opgenomen in de CBS-gezondheidsenquête (Van Sonsbeek, 1988). Veel van de voorgelegde vragen hebben betrekking op handelingen die door kinderen moeilijk verricht kunnen worden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het zelf kunnen knippen van teennagels of de krant (zonder bril) kunnen lezen. Daarom worden in deze paragraaf slechts gegevens gepresenteerd voor personen van 15 jaar of ouder. Uit tabel 4.6 blijkt dat beperkingen in het dagelijks functioneren in de steden iets meer voorkomen. De verschillen zijn echter slechts bij vier van de 14 beperkingen significant: herkennen zonder bril van iemand aan de andere kant van de kamer; het eten van hard voedsel; een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen; zich binnenshuis verplaatsen, teennagels knippen en bukken.

Deze verschillen staan natuurlijk niet los van de verschillen in leeftijdsopbouw in steden en in de rest van Nederland. In de steden zijn meer (zeer) oude mensen en een groot deel van de verschillen in het voorkomen van beperkingen zal daaruit te verklaren zijn.

Tabel 4.6 Beperkingen in het dagelijks functioneren (personen 15 jaar en ouder)

u kunt niet of slechts met (grote) moeite of slechts met de hulp van een ander	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
1 zonder hoorapparaat verstaan wat gezegd wordt in gesprek met 3 of 4 personen	2,6	2,8	3,2	1,08	1,23
2 zonder hoorapparaat een gesprek voeren met iemand anders dan een huisgenoot	1,3	1,6	2,1	1,23	1,61
3 goed praten (spraakgebrek, slissen of stotteren)#	5,6	4,7	4,4	0,84	0,79
4 verstaanbaar praten	0,3	0,3	0,7	1,00	2,33
5 zonder bril of contactlenzen de krant lezen	35,9	37,6	36,9	1,05	1,03
6 zonder bril het gezicht herkennen van iemand aan de andere kant van de kamer of straat	17,3	22,0**	22,9**	1,27	1,32
7 in hard voedsel bijten en kauwen (bijvoorbeeld een harde appel)##	5,2	7,1**	8,3**	1,37	1,60
8 zelf het eten snijden, zoals bijvoorbeeld vlees of fruit#	0,5	0,6	1,0	1,20	2,00
9 de nagels van de tenen knippen#	3,6	4,7*	5,3*	1,31	1,47
10 een voorwerp van 5 kilo over 10 meter dragen#	4,2	6,4**	7,5**	1,52	1,79
11 bukken en iets van de grond oppakken#	1,2	1,6	2,2*	1,33	1,83
12 uzelf van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping verplaatsen (eventueel met hulpmiddel of rolstoel)	0,3	0,7**	1,0**	2,33	3,33
13 zelf in en uit bed stappen	0,2	0,4	0,5	2,00	2,50
14 uzelf aan en uitkleden	0,3	0,5	0,7	1,67	2,33

vermelde percentage betreft personen die dit niet kunnen
vermelde percentage betreft personen die beide of een van beide niet kunnen

* statistisch significant tov. A met $p < .05$

** statistisch significant tov. A met $p < .01$

Als we de somscores berekenen over de veertien items in de tabel dan blijken er eveneens verschillen te zijn. In de steden is het gemiddelde aantal beperkingen hoger dan in de rest van Nederland en in de drie grote steden nog wat hoger dan in steden met meer dan 100.000 inwoners. (tabel 4.7)

Tabel 4.7 T-toets op somscores van beperkingen in het dagelijks functioneren

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	9.306	0,79	1,08			
> 100.000 inwoners	1.481	0,91	1,18	1,20	-3,69	.000
3 grote steden	598	0,96	1,31	1,47	-3,28	.001

4.5 Kans op psychiatrische aandoeningen

Met behulp van de General Health Questionnaire (GHQ) kan de kans bepaald worden op psychiatrische aandoeningen (Goldberg, 1972). De GHQ bestaat uit 30 items met telkens vier antwoordmogelijkheden. Naarmate meer items van de schaal, afhankelijk van de vraag, bevestigend of ontkennend worden beantwoord, is de kans groter dat de betreffende persoon als 'psychiatrische case' kan worden beoordeeld. De schaal is alleen voorgelegd aan personen van 15 jaar of ouder.

Tabel 4.8 geeft de verdeling van praktijkpopulaties over een aantal categorieën van GHQ scores. Er blijken aanzienlijke verschillen te zijn tussen steden en minder verstedelijkte gebieden. In de literatuur worden scores van 5 en 9 als grenswaarden gehanteerd. Boven deze scores stijgt de kans op een psychiatrische case aanzienlijk. Voeren we een t-toets uit op de GHQ scores dan worden de verschillen nog eens bevestigd: in de steden zijn de scores hoger.

4.6 Psychosociale problematiek

Een meetinstrument voor probleembeleving is de Biografische Problemenlijst, ofwel BIOPRO (Hodiamont, 1986). De 21 items uit deze schaal zijn voorgelegd aan alle respondenten van 15 jaar of ouder, die konden aangeven of ze daar al dan niet problemen mee hadden of dat het betreffende item niet van toepassing was. In tabel 4.10 staan de items weergegeven met daarachter het percentage personen dat aangaf problemen te hebben. De significantie niveaus zijn weer afkomstig van 2x2 tabellen, waarbij het hebben van problemen werd uitgezet tegen het niet hebben van problemen. Hierbij werd de categorie 'niet van toepassing' in het voorkomende geval bij de categorie 'geen problemen' gerekend.

Tabel 4.8 GHQ-scores in categorieën (N= 10.305)

	< 100.000 inwoners	steden > 100.000	3 grote steden
0	61,2	52,0	47,6
1 - 2	20,6	21,5	25,4
3 - 4	6,5	8,4	8,6
5 - 9	6,7	8,8	9,0
10 en meer	4,9	9,3	9,3
N	8.878	1.427	567
Pearson Chi ² t.o.v. A		73,2 p<.001	49,5 p<.001

Tabel 4.9 T-toets op GHQ-scores

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	8.878	1,7	3,8			
> 100.000 inwoners	1.427	2,6	4,9	1,65	-6,8	.000
3 grote steden	567	2,7	4,8	1,56	-4,6	.000

Tabel 4.10 De aanwezigheid van psychosociale problematiek naar steden en minder stedelijke gebieden

problematiek	<100.000 inw. A	steden >100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
1 heeft u problemen met uw financiën	6,8	12,6**	13,8**	1,85	2,03
2 heeft u problemen met het wonen of met uw huisvesting	5,4	13,7**	18,1**	2,54	3,35
3 heeft u problemen in de relatie met uw ouders	3,9	6,0**	7,3**	1,54	1,87
4 heeft u problemen met de studie of opleiding die u volgt	2,1	4,1**	3,0	1,95	1,43
5 heeft u problemen met uw werk of baan	5,5	8,9**	9,8**	1,62	1,78
6 heeft u problemen met het ouder worden	4,9	8,1**	8,2**	1,65	1,67
7 heeft u problemen in de relatie met uw partner	2,8	5,9**	5,7**	2,11	2,04
8 heeft u problemen met uw kinderen	3,1	3,5	3,5	1,13	1,13
9 heeft u problemen met andere personen die voor u belangrijk zijn	5,8	6,7	7,3	1,16	1,26
10 heeft u problemen met contacten met ouderen	6,6	8,9**	10,2**	1,35	1,55
11 heeft u seksuele problemen	2,9	5,8**	6,9**	2,00	2,38
12 heeft u problemen met de godsdienst	5,8	5,2	3,7	0,90	0,64
13 heeft u problemen met het feit dat u te weinig gelegenheid heeft om uzelf te ontplooien of te ontwikkelen	10,5	15,8**	15,0**	1,50	1,43
14 heeft u problemen met wat u van uzelf vindt	11,9	16,1**	16,9**	1,35	1,42
15 maakt u zich zorgen over wat de toekomst gaat brengen	15,5	22,4**	21,9**	1,45	1,41
16 heeft u problemen met dingen als het gebruik van alcohol, het gebruik van medicijnen, het gebruik van verdovende middelen	3,1	4,2*	5,8**	1,35	1,87
17 heeft u problemen met het feit dat u vaak alleen bent	5,4	7,2**	7,6*	1,33	1,41
18 heeft u problemen in verband met veranderingen in de huidige maatschappij	15,1	23,0**	24,4**	1,52	1,62
19 heeft u problemen met de leefsituatie in de gemeente waar u woont of met de leefsituatie in uw buurt	5,1	8,7**	12,4**	1,71	2,43
20 heeft u problemen met de besteding van uw vrije tijd	2,6	2,8	2,4	1,08	0,92
21 maakt u zich veel zorgen over het leven dat u nu leidt	4,4	7,4**	8,7**	1,68	1,98
22 heeft u misschien andere problemen dan die hierboven genoemd zijn	3,0	5,5**	6,2**	1,83	2,07

* statistisch significant tov. A met $p < .05$

** statistisch significant tov. A met $p < .01$

Op bijna alle items zijn significante verschillen. De enige items waar dat niet zo is zijn problemen in de relatie met kinderen en met andere belangrijke personen, en problemen met de besteding van de vrije tijd. Alle problemen komen meer voor in de steden dan in minder stedelijke gebieden. De enige uitzondering is problemen met religie, waar het precies andersom is. In de meeste gevallen komen de problemen meer voor in de drie grote steden dan in steden met meer dan 100.000 inwoners.

In tabel 4.11 worden de resultaten van een t-toets op somscores van de BIOPRO-schaal gegeven. Zoals verwacht werd zijn ook de somscores statistisch significant hoger.

Tabel 4.11 T-toets op somscores BIOPRO-schaal

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	8.878	1,3	2,0			
> 100.000 inwoners	1.427	2,0	2,4	1,5	-10,4	.000
3 grote steden	567	2,2	2,6	1,7	-7,8	.000

4.7 Ziekteverzuim en beperkte inzetbaarheid

Ook ziekteverzuim kan opgevat worden als een indicator voor gezondheid. Uit tabel 4.12 blijkt dat er ook op dit punt statistisch significante verschillen zijn waar te nemen. Het ziekteverzuim lijkt iets groter in steden met meer dan 100.000 inwoners dan in de drie grote steden apart bekeken. Een t-toets op het aantal dagen dat men verzuimd heeft laat hetzelfde beeld zien: In de steden verzuimt men vaker.

Tabel 4.12 Ziekteverzuim in de twee maanden voorafgaand aan het interview

	< 100.000 inwoners	steden > 100.000	3 grote steden
ja, niet naar het werk	9,0	11,5	11,5
ja, niet naar school	4,7	4,7	3,9
ja, huishouden niet gedaan	3,9	5,8	5,5
nee, niet verzuimd	82,5	78,0	79,1
N	11,319	1686	671
Pearson Chi ² t.o.v. A		26,2 p < .001	10,3 p < .05

Tabel 4.13 T-toets op het aantal dagen dat verzuimd is in de twee maanden voorafgaand aan het interview

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	11.238	2,34	9,16			
> 100.000 inwoners	1.679	2,73	9,74	1,13	-1,55	.120
3 grote steden	667	2,98	10,63	1,35	-1,53	.126

Hetzelfde kan geconcludeerd worden met betrekking tot de verminderde inzetbaarheid (tabel 4.14). In steden met meer dan 100.000 inwoners heeft ruim 16% van de praktijkpopulatie het in de afgelopen 14 dagen rustig aan gedaan, in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners slechts 13.4%. Kijken we echter door middel van een t-toets naar verschillen in de gemiddelde frequentie, dan blijken deze nauwelijks nog significant (tabel 4.15).

Tabel 4.14 Rustiger aan gedaan in de 14 dagen voorafgaand aan het interview

	< 100.000 inwoners	steden > 100.000	3 grote steden
ja	13,4	16,2	15,3
nee	86,6	83,8	84,7
N	11.324	1690	672
Pearson Chi ² t.o.v. A		9,5 p<.01	1,9 p=n.s.

Tabel 4.15 T-toets op het aantal dagen dat men het rustig aan gedaan heeft in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek

	N	gem.	sd	t-toets verschil met < 100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	11.267	0,93	3,03			
> 100.000 inwoners	1.681	1,10	3,23	1,13	-2,05	.040
3 grote steden	667	1,04	3,15	1,08	-0,94	.035

4.8 De rol van leeftijd en geslacht

In hoofdstuk 3 zagen we dat steden en minder stedelijke gebieden onder andere worden gekenmerkt door een verschillende leeftijds- en geslachtsopbouw. Daarbij werd opgemerkt dat een deel van de verschillen in ervaren gezondheid tussen steden en minder verstedelijkte gebieden zou kunnen worden teruggevoerd op verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de

populatie. Daarom zijn op de inschatting van de eigen gezondheid, het aantal acute klachten, het aantal chronische aandoeningen, het aantal beperkingen in het dagelijks functioneren, de GHQ-scores en de BIOPRO-scores weer t-toetsen uitgevoerd, nu echter na directe standaardisatie naar leeftijd en geslacht.

Uit deze analyses blijkt dat de geconstateerde verschillen in het aantal acute klachten, de BIOPRO-score en de GHQ-score na standaardisatie in dezelfde mate blijven bestaan. Dat kan echter niet gezegd worden van het aantal chronische aandoeningen en het aantal beperkingen in het dagelijks functioneren. Voor wat betreft de laatste twee aspecten waren de verschillen al klein, na standaardisatie zijn ze geheel verdwenen. Een twijfelgeval is de inschatting van de eigen gezondheid. Vergelijken we op dit punt de steden met meer dan 100.000 inwoners met steden met minder dan 100.000 inwoners, dan is nog net sprake van significantie ($p < .05$), als we de drie grote steden met de rest van Nederland vergelijken, dan is dit net niet het geval. Ook na standaardisatie werden er geen verschillen geconstateerd in ziekteverzuim.

Hieruit kunnen we afleiden dat in de steden sprake is van een grotere psychosociale en psychische problematiek dan in minder verstedelijkte gebieden, die niet direct bepaald wordt door een verschillende leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking.

4.9 De meest in het oog springende resultaten

Bij bijna alle onderscheiden onderwerpen in dit hoofdstuk werden significante verschillen gevonden tussen steden en minder stedelijke gebieden. De eigen gezondheid wordt als minder goed ingeschat, het aantal mensen met acute klachten is groter, er zijn meer mensen met chronische aandoeningen, meer met beperkingen in het dagelijks functioneren, men heeft gemiddeld een hogere kans psychiatrische problemen te hebben, het aantal sociale problemen is hoger en het ziekteverzuim is hoger (alleen significant in steden met meer dan 100.000 inwoners samen genomen). De grootste verschillen bleken te bestaan waar het ging om de kans op psychiatrische aandoeningen en de cumulatie van psychosociale problematiek (GHQ- en BIOPRO-score). Een aantal verschillen kunnen worden teruggevoerd op een verschillende leeftijds- en geslachtsopbouw: na standaardisatie bleken er alleen nog aanzienlijke verschillen te zijn waar het ging om het aantal acute klachten, het aantal sociale problemen en het aantal psychische problemen.

4.10 Clustering van huisartspraktijken op basis van ervaren gezondheid en klachten

Analoog aan wat in hoofdstuk 3 is gedaan, zullen we nu weer gaan kijken of de geconstateerde verschillen exclusief gelden voor de grote stadspopulatie. We zullen dit weer doen aan de hand van een clusteranalyse op het niveau van praktijken, waarbij de volgende kenmerken van praktijkpopulaties als onafhankelijke variabelen worden gebruikt:

- het percentage personen dat de eigen gezondheid minder dan 'goed' vindt; de gemiddelde somscore voor acute klachten;
- het percentage van de praktijkpopulatie met één of meer lichte, matig ernstige en ernstige chronische aandoeningen, het gemiddelde aantal beperkingen in het dagelijks leven;
- de gemiddelde scores op de GHQ-schaal;
- de gemiddelde scores op de BIOPRO-schaal;
- het percentage dat op één of andere manier verzuimd heeft;
- het percentage dat het rustig aan gedaan heeft.

Het vermoeden bestaat dat uit de bovenstaande variabelen groepen te vormen zijn die ieder betrekking hebben op een bepaald aspect van gezondheid. Allereerst is daarom op deze variabelen een factoranalyse uitgevoerd op het niveau van patiënten, om te komen tot groepen van variabelen die veel met elkaar te maken hebben. Door middel van factoranalyse werden de volgende drie groepen van variabelen samengesteld:

factor 1:

- inschatting eigen gezondheid als minder dan goed
- meer dan één lichte chronische aandoening
- meer dan één matig ernstige chronische aandoening
- meer dan één ernstige chronische aandoening
- een hoger aantal beperkingen

factor 2:

- een hoger aantal acute aandoeningen
- een hoge GHQ-score
- een hoge BIOPRO-score

factor 3:

- verzuimd hebben
- het rustig aan gedaan hebben

Factor één kan worden opgevat als een indicator voor de eigen gezondheid in het algemeen en op langere termijn. Kennelijk hangt de inschatting van de

eigen gezondheid met name samen met het hebben van een chronische aandoening en beperkingen in het dagelijks leven. Factor twee heeft met name betrekking op de geestelijke gezondheid. Hierbij is het opvallend dat het hebben van meer acute klachten samen gaat met indicatoren voor het psychosociaal welbevinden. Factor drie heeft betrekking op verminderde inzetbaarheid.

Achtereenvolgens zijn clusteranalyses uitgevoerd op het totale aantal variabelen en op de variabelen uit de drie hiervoor besproken factoren. Bij deze analyses is steeds gekozen voor een oplossing met 4 clusters. Dit levert in vergelijking tot een oplossing met meer clusters overzichtelijke resultaten, terwijl de homogeniteit van de clusters nog redelijk is in vergelijking met oplossingen in minder clusters.

Tabel 4.16 toont de resultaten van clusteranalyse op de **totale set** van onafhankelijke variabelen. Duidelijk is te zien dat cluster 4 over de gehele linie het slechtst scoort, behalve waar het gaat om het percentage dat verzuimd of het rustig aan gedaan heeft. De verschillen zijn echter het grootst bij de variabelen met betrekking tot chronische aandoeningen en de inschatting van de eigen gezondheid.

Tabel 4.16 Resultaten clusteranalyse op basis van indicatoren voor morbiditeit

	cluster 1 (N=20)		cluster 2 (N=25)		cluster 3 (N=29)		cluster 4 (N=30)		totaal (N=103)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
% minder dan goede gezondheid	9,4	1,6	14,7	3,5	15,6	4,4	18,3	5,6	15,0	5,2
gem. aantal beperkingen	0,7	0,1	0,8	0,2	0,8	0,2	0,9	0,2	0,8	0,2
% 1 of meer lichte chron. aandoen.	25,1	4,8	26,9	3,8	26,3	1,1	34,9	3,7	28,7	5,7
% 1 of meer matige chron. aandoen.	17,2	3,2	24,5	4,3	27,4	4,2	29,7	5,1	25,4	6,2
% 1 of meer ernstige chron. aandoen.	13,4	2,2	17,7	5,5	16,8	4,1	20,0	3,4	17,3	4,6
gem. aantal acute aandoeningen	3,3	0,5	3,4	0,4	4,0	0,9	4,2	0,6	3,8	0,7
gem. GHQ-score	1,7	0,4	1,5	0,5	2,1	0,8	2,1	0,6	1,9	0,7
gem. BIOPRO-score	1,4	0,3	1,3	0,3	1,5	0,6	1,6	0,4	1,5	0,4
% verzuimd	18,7	4,6	13,0	3,3	23,9	4,6	17,6	3,8	18,5	5,6
% rustig aan gedaan	13,0	3,1	10,8	2,9	17,1	4,6	14,2	4,3	14,0	4,5

Als we het clusterlidmaatschap uitzetten tegen urbanisatiegraad (tabel 4.17), dan blijkt dat de grote steden zijn oververtegenwoordigd in cluster 3 en cluster 4, maar dat dit niet leidt tot significantie. Cluster 4 (het slechtste cluster) bestaat uit een grote diversiteit aan plaatsen in alle delen van het land en met alle mogelijke graden van verstedelijking.

Tabel 4.17 Clusters op basis van indicatoren voor morbiditeit

	cluster 1 (N=20)	cluster 2 (N=25)	cluster 3 (N=29)	cluster 4 (N=30)
< 100.000 (N=85)	22,4	27,1	23,5	27,1
> 100.000 (N=19)	5,3	10,5	47,4	36,8
	Pearson Chi ² : 7,8 p = n.s.			
< 100.000 (N=85)	22,4	27,1	23,5	27,1
3 grote steden (N=9)	11,1	11,1	44,4	33,3
	Pearson Chi ² : 2,1 p = n.s.			

Kijken we vervolgens naar de clusterindeling op basis van **chronische aandoeningen, beperkingen en inschatting van de eigen gezondheid**, dan zien we dat cluster 4 op alle variabelen slechter scoort dan de rest. Ook hier zien we vervolgens weer (tabel 4.19) dat de grote steden in dit cluster zijn oververtegenwoordigd, maar dat dit niet leidt tot significantie.

Tabel 4.18 Resultaten clusteranalyse op basis van chronische aandoeningen, beperkingen en algemene gezondheid

	cluster 1 (N=44)		cluster 2 (N=25)		cluster 3 (N=27)		cluster 4 (N=8)		totaal (N=104)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
% minder dan goed gezond	11,7	3,5	16,5	4,0	15,9	3,5	24,8	5,4	14,8	5,2
gem. aantal beperkingen	0,7	0,1	0,9	0,2	0,9	0,2	1,1	0,3	0,8	0,2
% 1 of meer lichte chron. aandoen.	25,3	4,1	26,1	2,9	34,3	3,1	36,6	4,0	28,7	5,7
% 1 of meer matig chron. aandoen.	20,9	4,6	28,2	5,1	27,3	3,1	34,7	5,8	25,4	6,2
% 1 of meer ernstige chron. aandoen.	13,6	2,3	20,6	3,8	18,1	2,9	24,3	2,9	17,3	4,6

Tabel 4.19 Clusters op basis van chronische aandoeningen, beperkingen en algemene gezondheid naar urbanisatie

	cluster 1 (N=44)	cluster 2 (N=25)	cluster 3 (N=27)	cluster 4 (N=8)
< 100.000 (N=85)	49,4	21,2	23,5	5,9
> 100.000 (N=19)	10,5	36,8	36,8	15,8
	Pearson Chi ² : 10,2 p < .05			
< 100.000 (N=85)	49,4	21,2	23,5	5,9
3 grote steden (N=9)	11,1	44,4	22,2	22,2
	Pearson Chi ² : 6,7 p = n.s.			

De clusterindeling op basis van **psychisch** en **sociaal welbevinden** laat zien dat hier cluster 3 het slechtst scoort. Kijken we naar de verdeling over grote steden en de rest van Nederland, dan blijkt dat er een aanzienlijke oververtegenwoordiging is van grote steden in cluster 3.

Tabel 4.20 Resultaten clusteranalyse op basis van indicatoren voor psychosociaal welbevinden

	cluster 1 (N=36)		cluster 2 (N=36)		cluster 3 (N=13)		cluster 4 (N=19)		totaal (N=104)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
gem. aantal acute klachten	3,5	0,3	2,3	0,3	4,9	0,6	4,6	0,4	3,8	0,7
gem. GHQ-score	1,9	0,3	1,3	0,3	3,1	0,5	2,1	0,4	1,9	0,7
gem. BIOPRO-score	1,4	0,2	1,1	0,2	2,2	0,4	1,7	0,3	1,5	0,4

Tabel 4.21 Clusters op basis van psycho (sociale) variabelen naar urbanisatie

	cluster 1 (N=36)	cluster 2 (N=36)	cluster 3 (N=13)	cluster 4 (N=19)
< 100.000 (N=85)	37,6	42,4	5,9	14,1
> 100.000 (N=19)	21,1	-	42,1	36,8
	Pearson Chi ² : 30,0 p < .001			
< 100.000 (N=85)	37,6	42,4	5,9	14,1
3 grote steden (N=9)	11,1	-	55,6	33,3
	Pearson Chi ² 20.8 p < .001			

Ten aanzien van **verminderde inzetbaarheid** is het met name cluster 4 dat slecht scoort. Ook hier zien we weer een oververtegenwoordiging van grote steden in dit cluster, al leidt dit alleen bij vergelijking van steden met meer dan 100.000 inwoners met steden met minder dan 100.000 inwoners tot significantie ($p < .05$).

Tabel 4.22 Resultaten clusteranalyse op basis van verminderde inzetbaarheid

	cluster 1 (N=31)		cluster 2 (N=33)		cluster 3 (N=29)		cluster 4 (N=11)		totaal (N=104)	
	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD	gem.	SD
% dat verzuimd heeft	18,2	3,3	20,8	2,6	12,3	2,3	28,8	3,0	18,5	5,6
% dat het rustig aangedaan heeft	17,4	2,9	12,1	2,4	9,9	2,1	20,5	2,7	14,0	4,5

Tabel 4.23 Clusters op basis van verminderde inzetbaarheid naar urbanisatie

	cluster 1 (N=31)	cluster 2 (N=33)	cluster 3 (N=29)	cluster 4 (N=11)
< 100.000 (N=85)	27,1	36,5	29,4	7,1
> 100.000 (N=19)	42,1	10,5	21,1	26,3
			Pearson Chi ² : 10,3 p < .05	
< 100.000 (N=85)	27,1	36,5	29,4	7,1
3 grote steden (N=9)	33,3	11,1	33,3	22,2
			Pearson Chi ² : 2,7 p = n.s.	

4.11 Attitudes

Health locus of control staat voor de mate waarin respondenten denken dat hun gezondheid wordt beïnvloed door henzelf, door de arts of door het toeval. Door Halfens zijn hiervoor schalen ontwikkeld (Halfens, 1985). Bij deze schalen geldt hoe lager de score, des te sterker is de oriëntatie van de patiënt op de betreffende dimensie. Door middel van een drietal t-toetsen is nagegaan in hoeverre stedelingen verschillen van andere Nederlanders op de drie schalen. Hierbij zijn alleen personen van 15 jaar en ouder in de analyse betrokken.

Tabel 4.24 T-toets op somscores van 'health locus of control' oriëntaties (personen van 15 jaar en ouder)

	N	gem.	sd	t-toets verschil met <100.000		
				F	t	p
interne oriëntatie						
< 100.000 inwoners	9.172	21,1	5,4			
> 100.000 inwoners	1.451	20,2	5,4	1,00	6,11	.000
3 grote steden	585	19,9	5,3	1,02	5,08	.000
arts-oriëntatie						
< 100.000 inwoners	9.177	24,0	5,8			
> 100.000 inwoners	1.453	23,9	6,3	1,18	0,81	.42
3 grote steden	588	23,3	5,3	1,21	2,50	.01
kans-oriëntatie						
< 100.000 inwoners	9.162	22,4	5,5			
> 100.000 inwoners	1.458	22,2	5,5	1,00	1,05	.30
3 grote steden	585	22,1	5,5	1,01	0,92	.36

Kijken we eerst naar de steden met meer dan 100.000 inwoners, dan blijkt dat er zich een significant (maar klein) verschil voordoet in de inschatting van de eigen invloed op de gezondheid: in de steden vindt men die invloed groter (de score is gemiddeld lager) (tabel 4.24). Beperken we ons tot de drie grote steden dan blijkt dat men hier enerzijds de eigen invloed groter inschat, maar tevens dat de invloed van de huisarts iets hoger wordt ingeschat. Ook hier gaat het echter weer om geringe verschillen.

Ook de verwachtingen van de stedelijke bevolking van de huisarts verschillen nauwelijks van die van de bevolking in andere delen van ons land. Dit blijkt uit tabel 4.25, waarin scores op de in Nijmegen (Van de Lisdonk, 1985) ontwikkelde schaal over medische zorg bij alledaagse aandoeningen worden vergeleken. Hierbij geeft een hogere score een lagere verwachting van de huisarts aan. De scores liggen weliswaar iets hoger in de steden dan in de rest van Nederland, maar dit verschil is alleen significant als we de steden met meer dan 100.000 inwoners vergelijken met de rest van Nederland.

Tabel 4.25 T-toets op somscores op de 'Nijmeegse Verwachtingenschaal'

	N	gem.	sd	t-toets verschil met <100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	9.105	36,6	8,8			
> 100.000 inwoners	1.449	37,1	9,4	1,16	-1,93	.050
3 grote steden	582	37,1	9,4	1,20	-1,33	.184

4.12 Conclusie

De bevolking in de grote steden heeft een slechtere gezondheid dan de bevolking daarbuiten. Men schat de eigen gezondheid minder goed in, rapporteert meer acute klachten en matig ernstige en ernstige chronische aandoeningen, meer beperkingen in het dagelijks functioneren en verzuimt vaker werk, school of huishouden. Het grootste verschil doet zich voor ten aanzien van de geestelijke gezondheid. Scores voor de kans op de aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen en de cumulatie van psychosociale problemen liggen in de grote stad ruim 1,5 keer zo hoog dan daarbuiten.

Voor een deel hangen deze verschillen samen met de afwijkende leeftijd/ geslachtsopbouw in de grote steden. Als wordt gestandaardiseerd op leeftijd en geslacht blijven de verschillen in geestelijke gezondheid echter bestaan.

Ook buiten de grote steden komen echter huisartspraktijken voor waarin de gezondheidstoestand van de bevolking slecht is. Dat blijkt als we de Nationale Studie-praktijken groeperen op basis van indicatoren voor psychische en somatische gezondheid. De grote stads-praktijken zijn echter sterk oververtegenwoordigd in de clusters van praktijken met een slechte gezondheidstoestand van hun praktijkpopulatie. Vrijwel alle grote stadspraktijken vallen in deze 'slechte' clusters.

De mate waarin men denkt dat de gezondheid bepaald wordt door de patiënt zelf, de huisarts of het toeval, verschilt weinig tussen stad en minder verstedelijkte gebieden. In de drie grote steden is men sterker georiënteerd op de eigen invloed, maar ook op de invloed van de arts.

5. PROBLEEMAANBOD

In dit hoofdstuk worden verschillen tussen grote steden en de rest van Nederland in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit bekeken (de beantwoording van de derde onderzoeksvraag). Op basis van de contactregistratie (zie hoofdstuk 2) in de Nationale Studie zal worden nagegaan in hoeverre er verschillen zijn in incidentie en prevalentie van ziekten in de huisartspraktijk tussen steden en minder verstedelijkte gebieden. Bij de gevonden verschillen en overeenkomsten zal worden teruggegrepen naar de in hoofdstuk 1 behandelde literatuur.

De niet gestandaardiseerde cijfers zijn representatief voor respectievelijk de grote steden, steden met meer dan 100.000 inwoners en de rest van Nederland (zie voor een toelichting op de gevolgde weegprocedure Van der Velden et al, 1991). Bij de gestandaardiseerde cijfers is de leeftijds- en geslachtsverdeling van plaatsen met minder dan 100.000 inwoners als uitgangspunt genomen.

5.1 Toelichting op de gepresenteerde cijfers

Zoals eerder vermeld werden de 103 huisartspraktijken die in de studie betrokken waren in vier evenredige groepen verdeeld, waarna in iedere groep gedurende drie maanden een registratie van alle contacten met patiënten werd bijgehouden zowel door de huisarts als door praktijkassistenten (de contactregistratie). De incidentie- en prevalentiecijfers die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd hebben dan ook betrekking op drie maanden. De incidentiecijfers kunnen worden omgerekend naar jaarcijfers door vermenigvuldiging met 4. Bij de prevalentiecijfers is een dergelijke omrekening niet zonder meer mogelijk.

Incidentie en prevalentie worden in dit hoofdstuk uitgedrukt in aantallen zorgepisodes per 1000 bij de huisarts ingeschreven patiënten. Een episode is een periode van ziek zijn van het ontstaan tot de oplossing ervan. Een zorgepisode is dat deel hieruit waarin gebruik wordt gemaakt van huisartsgeneeskundige zorg. In de Nationale Studie zijn contacten die betrekking hebben op één zorgepisode samengenomen, zodat een aandoening bij een patiënt slechts één keer is geteld, ook al is de patiënt daarmee meerdere keren bij de huisarts geweest. Hierbij werd de werkdiagnose van de huisarts bij het laatste geregistreerde contact van de episode aangehouden als de diagnose van de gehele episode (zie voor een uitgebreide beschrijving van de totstandkoming van episodes Van der Velden et al (1991) en Foets en

Van der Velden (1990)). Episodes vormen dus de epidemiologische teller. De noemer wordt gevormd door het aantal patiënten dat stond ingeschreven in de huisartspraktijk tijdens de studie. Deze is vastgesteld op basis van de patiëntregistratie (zie hoofdstuk 2).

5.2 Clustering van diagnoses

Bij de contactregistratie registreerde de huisarts voor ieder contact de diagnose met behulp van de 'International Classification of Primary Care' (ICPC), een uitvoerig getest classificatiesysteem ontworpen voor gebruik in de eerstelijnsgezondheidszorg (Lamberts & Woods, 1987). Onverkorte weergave van de verschillende episodes zou een hoeveelheid gegevens opleveren die in het kader van deze studie onwerkbaar zou zijn. Het alternatief om hier gegevens weer te geven naar ICPC-hoofdstuk werd verworpen omdat deze indeling te grof is. Er is daarom in navolging van Groenewegen et al (1992) gebruik gemaakt van een clustering van ICPC-codes op basis van enerzijds etiologie en anderzijds op het onderscheid acuut-chronisch.

Bij een aantal clusters is een verdere onderverdeling gemaakt. De gehele classificatie en de bijbehorende ICPC-codes staan in bijlage A. In totaal zijn er XVI clusters, onderverdeeld in 76 groepen aandoeningen.

Om de vergelijkbaarheid met andere studies te waarborgen, staan in bijlage A.2 de gestandaardiseerde en niet-gestandaardiseerde incidentie en prevalentie cijfers voor de drie grote steden en daarbuiten weergegeven, naar ICPC-hoofdstuk.

5.3 Incidentie

De incidentie is bepaald door telling van die episodes, waar de huisarts heeft aangegeven dat het eerste contact binnen de registratieperiode valt. Het kan echter ook gaan om een zogenaamde recidieve episode. Dat wil zeggen dat een patiënt komt met een probleem dat al eerder aan de orde is geweest maar dat opnieuw de kop opsteekt.

5.3.1 Incidentie niet gestandaardiseerd

Allereerst is gekeken naar verschillen in incidentie tussen steden en minder stedelijke gebieden. In tabel 5.1 en tabel 1 in bijlage B staan de incidentie-cijfers per 1000 personen per drie maanden naar urbanisatiegraad. De clusters staan gerangschikt op volgorde van de ratio C/A. Er is niet gestan-

daardiseerd op leeftijd en geslacht. Wel gaat het om cijfers die representatief zijn voor Nederland.

Tabel 5.1 Niet gestandaardiseerde incidentie per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
XII sociaal	6,53	8,67	9,21	1,33	1,41
X angst voor ziekten	2,18	3,94	3,04	1,81	1,39
XV handicap	0,97	0,97	1,34	1,00	1,38
XI psyche	21,42	25,96	25,33	1,21	1,18
XIII gevolgen zorg	3,76	4,41	4,44	1,17	1,18
VII neoplasma	5,58	6,62	6,32	1,19	1,13
I geen ziekte	11,33	12,38	12,55	1,09	1,11
VI chronische ziekten	110,93	135,10	118,17	1,22	1,07
IX gezinsplanning	3,87	4,86	3,91	1,25	1,01
V infecties	153,19	155,01	150,11	1,01	0,98
II congenitaal	0,64	0,44	0,58	0,70	0,92
VIII zwangersch./bevalling/kraambed	7,29	6,38	6,43	0,87	0,88
III acute somatische klachten	91,53	92,73	77,67	1,01	0,85
IV traumatologie	41,28	32,71	28,76	0,79	0,70
XIV preventie	1,40	0,62	0,41	0,44	0,29

De verschillen tussen stad en platteland tekenen zich allereerst af waar het gaat om **sociale problemen**. In hoofdstuk 4 zagen we reeds de hogere scores van stedelingen op de BIOPRO-schaal. Duidelijk blijkt dat dit consequenties heeft voor hetgeen in de huisartspraktijk aan problemen gepresenteerd wordt. Als we kijken naar de onderverdelingen van de clusters (zie bijlage B), dan staat de subcategorie 'sociale isolatie' bovenaan met een C/A-ratio van 2,9. Hieronder vallen problemen ten gevolge van mishandeling, met eigen ziek zijn, sociale handicaps, maar vooral eenzaamheid. Opmerkelijk, maar niet verbazingwekkend is het feit dat sociale problemen met name in de drie grote steden vaker voorkomen. De ratio's voor met name 'sociale isolatie' en 'sociaal-culturele problemen' zijn in de drie grote steden aanzienlijk hoger dan in steden met meer dan 100.000 inwoners tezamen genomen (tabel 1, bijlage B).

Bij **angst voor ziekten** is de link met eerder gevonden gegevens wat minder gemakkelijk te leggen. Wellicht valt hier echter te denken aan het door Van Dierendonck et al (1992) gemelde hogere aantal door de huisarts ervaren oneigenlijke hulpvragen in de steden. Kijken we overigens in de rangorde per subcluster (tabel 1, bijlage B), dan is het verschil tussen stad en platteland met betrekking tot angst voor ziekten kleiner dan het zich op basis van tabel 5.1 laat aanzien (C/A-ratio=1,39, een 15e plaats). In tegenstelling tot sociale

problematiek blijkt angst voor ziekten meer voor te komen als we kijken naar de steden met meer dan 100.000 inwoners dan wanneer we alleen de drie grote steden onder de loep nemen.

Het verschil in aantal **handicap**-episoden komt alleen naar voren bij de drie grote steden. Er kan sprake zijn van een leeftijdseffect. We moeten dit verschil echter niet overdrijven. Het gaat immers om betrekkelijk geringe aantallen.

Meer voor de hand liggend, de in hoofdstuk 4 gepresenteerde resultaten in aanmerking genomen, is het verschil in **psychische problemen**. We vonden immers in de drie grote steden een GHQ-score die gemiddeld in de drie grote steden bijna 2 keer zo hoog was als in de rest van Nederland. Kennelijk heeft dit verschil zijn weerslag in de huisartspraktijk. Het verschil is in termen van ratio's weliswaar kleiner dan bij de drie voorgaande categorieën, maar het gaat hier wel om veel grotere aantallen en we kunnen gerust stellen dat dit verschil door huisartsen sterker gevoeld wordt dan bijvoorbeeld in het aantal handicap-episoden. Als we kijken naar de subcategorieën (tabel 1, bijlage B), dan blijkt het verschil met name terug te voeren te zijn op gedragsstoornissen, verslavingsproblematiek en psychosen, met ratio's tussen 1,50 en 1,70. Evenals bij de sociale problemen blijkt dat psychische episodes meer voorkomen als we de drie grote steden apart nemen dan als we kijken naar alle steden met meer dan 100.000 inwoners. Het is echter zeker niet zo dat deze problemen buiten de drie grote steden maar binnen steden met meer dan 100.000 inwoners niet voorkomen.

Bij **gevolgen zorg** moet gedacht worden aan complicaties bij medische behandeling of verkeerde reacties op medicatie. Een hogere medische consumptie in de steden zou hier debet aan kunnen zijn. Maar deze hogere consumptie zou weer te verklaren zijn door een oververtegenwoordiging van zeer oude mensen en vrouwen in de grote steden.

Voor wat betreft het aantal **nieuwvormingen**, de categorie **geen ziekte, chronische ziekten, gezinsplanning, infecties, congenitale ziekten en zwangerschap e.a.** zijn de verschillen tussen steden en minder stedelijke gebieden klein te noemen. De ratio's variëren tussen 1,15 en 0,87 (steeds een verschil van minder dan 15% tussen de twee percentages). Bij de **infecties** dient echter te worden vermeld dat (kijkend naar de subclusters in tabel 1, bijlage B) bij mannelijk genitale infecties de ratio tot een van de hoogste behoort (2,09, een vierde plaats). Dit duidt op een veelvuldiger voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen. Oog- en oorinfecties komen echter weer minder voor in de steden, zodat per saldo het verschil bij de cluster infecties gering is.

Het geringe verschil met betrekking tot **zwangerschap e.a.** wekt wellicht enige verbazing. Het is immers bekend dat huisartsen in de steden weinig of geen bevallingen doen. Aan de andere kant is de leeftijdscategorie die voor zwangerschap e.d. naar de dokter gaat in de steden oververtegenwoordigd.

Wellicht is de hier gebruikte clusterindeling te grof voor onze doeleinden. We kunnen echter aan de hand van eerder gepubliceerde morbiditeitsgegevens uit de Nationale Studie (Van der Velden et al, 1991) wat meer licht op deze zaak werpen. Uit deze gegevens blijkt dat er een scheiding te maken valt tussen zaken die direct met de bevalling te maken hebben en zaken die meer met zwangerschap te maken hebben. Met betrekking tot de bevalling en het kraambed blijken de incidentiecijfers over het algemeen iets lager in de grote steden, hetgeen te wijten zal zijn aan het feit dat ziekenhuisbevallingen in de grote steden meer voorkomen, en dat veel taken van de huisarts zijn overgenomen door verloskundigen. Met betrekking tot de zwangerschap liggen ze iets hoger.

Met betrekking tot **gezinsplanning** valt op dat deze cluster in steden met meer dan 100.000 inwoners is oververtegenwoordigd, terwijl dit in de drie grote steden niet het geval is.

Relatief grote verschillen vinden we weer bij **acute somatische klachten** die evenals traumatologie en preventie in de steden minder voorkomen. Met betrekking tot acute somatische klachten kunnen de verschillen worden toegeschreven aan met name het bewegingsapparaat (tabel 1, bijlage B). Binnen de categorie acuut somatisch heeft dit de hoogste incidentie en een C/A-ratio van 0,78. Evenals bij traumatologie zal het verschil (de lage ratio's) toe te schrijven zijn aan een hoge dichtheid van ziekenhuizen en EHBO-posten in de grote steden. Overigens moet hierbij worden opgemerkt dat de verschillen bij acute somatische aandoeningen zich alleen voordoen als we kijken naar de drie grote steden alleen.

De meeste **traumatologie** heeft eveneens betrekking op het bewegingsapparaat en is in de meeste gevallen het gevolg van een ongeval. Uit onderzoek blijkt dat het aantal verkeersongevallen in de steden groter is (zie paragraaf 1.3). Dat dit niet blijkt uit de in de huisartspraktijk gepresenteerde problemen zal te wijten zijn aan de door andere instanties overgenomen EHBO functie. Gezien het hoge incidentiecijfer is dit een belangrijk verschil tussen steden en minder stedelijke gebieden.

Preventie is in dit rijtje een wat wonderlijke categorie. In feite gaat het hier niet om morbiditeit maar om een verrichting. In de ICPC-codering wordt echter ook preventie gevangen. Op het gebied van preventie wordt in de stad minder gedaan. De verklaring hoeven we ook hier niet ver te zoeken. Preventie, in de vorm van bijvoorbeeld consultatiebureau-diensten, keuringen en vaccinaties worden in de steden voornamelijk door de GGD's verricht.

Daarnaast nemen het kruiswerk en verloskundigen een groot deel van het preventieve werk op zich.

5.3.2 Naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde incidentie

In tabel 5.2 en tabel 2 in bijlage B worden weer incidentiecijfers gepresenteerd, maar nu gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, waarbij de verdeling binnen de categorie <100.000 als uitgangspunt is genomen. Hieruit kunnen we opmaken welke verschillen er overblijven als stad en minder stedelijke gebieden dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw zouden hebben.

Tabel 5.2 Gestandaardiseerde incidentie per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
XII sociaal	6,53	7,97	8,40	1,22	1,29
XV handicap	0,97	0,96	1,21	0,99	1,25
X angst voor ziekten	2,18	3,68	2,67	1,69	1,22
II congenitaal	0,64	0,54	0,73	0,86	1,15
XI psyche	21,42	24,08	23,43	1,12	1,09
VII neoplasma	5,58	6,13	5,80	1,10	1,04
V infecties	153,19	161,37	156,82	1,05	1,02
XIII gevolgen zorg	3,76	3,86	3,82	1,03	1,02
I geen ziekte	11,33	11,74	11,30	1,04	1,00
VI chronische ziekten	110,93	125,38	108,92	1,13	0,98
IX gezinsplanning	3,87	4,14	3,27	1,07	0,84
III acute somatische klachten	91,53	90,07	74,70	0,98	0,82
IV traumatologie	41,28	33,34	29,45	0,81	0,71
VIII zwangersch./bevalling/kraambed	7,29	5,32	5,17	0,73	0,71
XIV preventie	1,40	0,50	0,32	0,36	0,23

Er hebben zich door de standaardisatie een aantal verschuivingen voorgedaan. Ten eerste zien we dat de ratio's groter dan 1 (in de grote steden meer) over de gehele linie kleiner zijn geworden. Voorts vertoont de categorie **congenitaal** zich plotseling binnen de top 4, ten koste van **gevolgen zorg**. Dat bij deze laatste categorie sprake zou zijn van een leeftijds- en geslachtseffect hadden we hierboven al voorzien. Dat congenitale afwijkingen zich naar boven zouden bewegen lag minder voor de hand. Vooralsnog is het moeilijk hier een verklaring voor aan te voeren. Misschien heeft het te maken met de ondervertegenwoordiging van kinderen (0-14) in de grote steden, die door weging wordt opgeheven. Ook kan een oververtegenwoordiging van allochtonen, waar bij geboorten standaard tests worden uitgevoerd op bijzondere aandoeningen, er debet aan zijn. Deze laatste veronderstelling wordt ondersteund door het feit dat het hier meer een verschijnsel is van de drie grote steden en niet van steden met meer dan 100.000 inwoners. Het is

overigens de vraag of het hier om een belangrijk verschil gaat: de incidentie-cijfers zijn zeer laag.

Binnen de aandoeningen die minder dan 15% verschillen tussen steden en minder stedelijke gebieden vinden we nu ook **psyche**, al is er nog steeds sprake van meer van dergelijke problemen in de grote steden.

Gezinsplanning en zwangerschap e.a. zijn verhuisd naar de clusters die in de steden minder voorkomen. Voor wat betreft zwangerschappen is dit in de lijn van de verwachting: door standaardisatie wordt de oververtegenwoordiging van 20-35 jarigen in de steden opgeheven. Standaardisatie heeft tot gevolg dat de cluster gezinsplanning minder voorkomt. Gezinsplanning is met name gebonden aan de leeftijdscategorie 15 tot 40. Deze categorie komt in de steden meer voor. Door standaardisatie verdwijnt echter dit verschil, en daarmee het verschil in incidentie. Daarnaast wordt gezinsplanning vooral toegepast door echtparen en samenwonenden en minder door alleenstaanden. Door standaardisatie zien we duidelijker het effect van de oververtegenwoordiging van alleenstaanden in de steden. **Acute somatische klachten en traumatologie** zijn gebleven in de groep clusters die in de steden minder voorkomen. Met betrekking tot **preventie** zij opgemerkt dat het verschil zich in de gestandaardiseerde cijfers nog iets duidelijker voordoet.

5.4 Prevalentie

Bij de prevalentie gaat het om alle ziekte-episodes die zich in de registratieperiode aan de huisarts zijn gepresenteerd. Behalve de nieuwe gevallen worden nu dus ook episodes meegeteld, waarvan het eerste contact met de huisarts voor het begin van de registratieperiode lag. Indien een patiënt binnen de registratieperiode meerdere episodes met eenzelfde diagnose heeft gehad, is deze slechts één keer meegeteld.

Verschillen tussen incidentie en prevalentie zijn met name te verwachten bij aandoeningen van chronische aard, omdat die vaak reeds voor de registratieperiode zijn begonnen (tabel 5.3 en tabel 3 in bijlage B, tabel 5.4 en tabel 4 in bijlage B).

Tabel 5.3 Niet gestandaardiseerde prevalentie per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
XII sociaal	17,55	26,48	26,33	1,51	1,50
X angst voor ziekten	4,01	7,33	5,39	1,82	1,34
VII neoplasma	13,59	17,82	16,45	1,31	1,21
I geen ziekte	17,70	19,83	20,27	1,12	1,14
XV handicap	2,25	2,49	2,53	1,11	1,13
XI psyche	75,89	90,17	84,37	1,19	1,11
VI chronische ziekten	307,04	362,12	318,17	1,18	1,04
XIII gevolgen zorg	7,60	8,07	7,80	1,06	1,03
V infecties	168,47	171,33	166,49	1,02	0,99
IX gezinsplanning	33,16	36,57	32,55	1,10	0,98
III acute somatische klachten	158,89	164,90	140,19	1,04	0,88
II congenitaal	2,16	1,93	1,84	0,89	0,85
VIII zwangersch./bevalling/kraambed	12,55	10,30	9,85	0,82	0,78
IV traumatologie	48,82	40,72	36,64	0,83	0,75
XIV preventie	2,05	0,90	0,51	0,44	0,25

Tabel 5.4 Gestandaardiseerde prevalentie per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
XII sociaal	17,55	23,60	22,99	1,35	1,31
X angst voor ziekten	4,01	6,76	4,93	1,69	1,23
II congenitaal	2,16	2,23	2,39	1,03	1,11
V infecties	168,47	177,10	172,84	1,05	1,03
VII neoplasma	13,59	15,31	13,72	1,13	1,01
I geen ziekte	17,70	18,26	17,87	1,03	1,01
XV handicap	2,25	2,36	2,27	1,05	1,01
XI psyche	75,89	79,67	73,90	1,05	0,97
VI chronische ziekten	307,04	319,17	278,18	1,04	0,91
XIII gevolgen zorg	7,60	7,11	6,72	0,94	0,88
IX gezinsplanning	33,16	30,77	27,19	0,93	0,82
III acute somatische klachten	158,89	152,86	128,34	0,96	0,81
IV traumatologie	48,82	40,91	36,64	0,84	0,75
VIII zwangersch./bevalling/kraambed	12,55	8,62	7,90	0,69	0,63
XIV preventie	2,05	0,75	0,40	0,36	0,20

De verschillen met de incidentiecijfers blijken niet groot. We beperken ons daarom tot een globale bespreking. Ook bij de prevalentie komen sociale problemen meer voor in de grote stad. Het verschil is zelfs nog groter dan bij de incidentie, wat er op wijst dat het in de grote steden niet om een-

malige problemen gaat, maar om problemen die vaak al langer lopen. Evenals bij de incidentie worden sociale problemen gevolgd door de categorie 'angst voor ziekten'. Bij de prevalentie komen daarna de neoplasma's. Hierbij is het verschil in prevalentie tussen de grote stad en de rest groter dan het verschil in incidentie, een teken dat patiënten in de grote stad, als zij deze aandoening eenmaal hebben, vaker bij de huisarts komen. Een verschil tussen incidentie en prevalentie is er verder alleen nog bij preventie. Het aantal preventie-episodes is bij de prevalentie in de grote stad verhoudingsgewijs nog geringer dan bij de incidentie. Bij de andere categorieën treden nauwelijks verschuivingen op.

Deze verschillen tussen incidentie en prevalentie blijken voor een belangrijk deel samen te hangen met de leeftijdsopbouw. Als we de verschillen tussen de stad en de rest na standaardisatie op leeftijd en geslacht met elkaar vergelijken (tabel 5.3 en 5.4), dan blijken deze bij incidentie en prevalentie nagenoeg hetzelfde te zijn.

5.5 Samenvatting

Het probleemaanbod dat in de grote stadspraktijk aan de huisarts wordt gepresenteerd verschilt van dat wat aan de rest van de Nederlandse huisartsen wordt gepresenteerd. Aan de grote stadshuisarts worden vooral meer 'sociale problemen' gepresenteerd. Ook episodes in verband met 'angst voor ziekte', 'handicaps', 'psychische problemen' en 'gevolgen zorg' komen meer voor in de grote stad. Daartegenover staan minder episodes in verband met 'acute somatische klachten', 'traumatologie' en vooral 'preventie'. Bij de overige categorieën (waaronder de twee meest voorkomende, namelijk 'chronische aandoeningen' en 'infecties') zijn de verschillen gering. Na standaardisatie op leeftijd en geslacht blijkt dat ook 'congenitale afwijkingen' vaker in de stad voorkomen, terwijl episodes in verband met 'gezinsplanning' en 'zwangerschap' minder voorkomen. Sociale problemen vinden we ook na standaardisatie aanzienlijk meer in de steden.

Binnen bovengenoemde categorieën zijn het bij de sociale problemen sociale isolatie ('eenzaamheid') en sociaal-culturele problemen die er in de grote stad uitspringen. Bij de psychische problemen zijn dat vooral verslaving, gedragsstoornissen en psychoses.

Verder komen ten aanzien van de infecties de genitale infecties zowel bij mannen als bij vrouwen in de grote steden aanzienlijk vaker voor. Dit wijst op een hogere prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen.

6. CONTACTEN EN VERRICHTINGEN

Uit de voorgaande hoofdstukken wordt duidelijk dat er aanzienlijke verschillen zijn in kenmerken van de praktijkpopulaties van de huisartsen, zowel wat betreft demografische en sociaal-economische kenmerken als wat betreft gezondheid in de populatie (hoofdstuk 3 en 4).

Deze verschillen resulteerden in een op een aantal punten afwijkend probleem-aanbod (hoofdstuk 5). De consequenties van deze situatie voor het werk van de huisarts komen in dit hoofdstuk aan de orde. Daarbij wordt ingegaan op aantal en aard van de contacten met de huisarts (paragraaf 6.1) en de verrichtingen die in die contacten plaatsvinden in termen van diagnostiek, behandeling, voorschrijven van medicijnen en verwijzen (paragraaf 6.2). Aan het eind van dit hoofdstuk wordt ingegaan op het oordeel van de patiënt over het werk van de huisarts, dit als afsluiting van het beschrijvende deel van dit rapport.

6.1 Consultvoering

In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre praktijken in steden afwijken van praktijken elders in Nederland voor wat betreft aantallen contacten, soort contact, contactduur, tijdstip waarop contacten plaats vinden en het aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen per contact. Hierbij is in principe gekeken naar het totaal aantal contacten, dus zowel van huisarts als van praktijkassistente. Sommige gegevens werden echter niet bij assistentcontacten vastgelegd. Hier moeten we volstaan met alleen de artscontacten.

Tabel 6.1 T-toets op totaal aantal contacten per patiënt in drie maanden (alleen eigen patiënten, inclusief assistentcontacten)

	N	gem.	sd	t-toets verschil met <100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	286.022	1,08	1,8			
> 100.000 inwoners	46.336	1,06	1,6	1,20	2,45	.014
3 grote steden	16.401	0,94	1,5	1,39	11,15	.000

Kijken we naar het **aantal contacten** per 1000 patiënten in de praktijkpopulatie (tabel 6.1), dan blijkt dit in de drie grote steden significant lager te zijn dan in de rest van het land. Het verschil is kleiner als we naar alle steden met meer dan 100.000 inwoners kijken.

Als we in herinnering roepen de resultaten met betrekking tot morbiditeit, die over het geheel genomen hoger was in de grote steden, dan is dit een

wonderlijk resultaat: de grote stadspatiënt heeft meer klachten, maar gaat daar minder mee naar de huisarts, zou de conclusie moeten zijn.

Het gaat hierbij echter om het totaal aantal contacten. Kijken we naar de huisartscontacten en de contacten met de praktijkassistente afzonderlijk, dan komt er een wat genuanceerder beeld naar voren. Het aantal contacten met de huisarts per persoon verschilt niet of nauwelijks tussen steden en minder stedelijke gebieden. Waar het wel verschilt, zijn er in de steden meer contacten per persoon. Dit is meer in overeenstemming met de literatuur. Uit andere publicaties blijkt een hoger aantal huisartsconsulten in de grote steden. De Vries en Van Vliet (1992), vonden op basis van de CBS-gezondheidsenquête bijvoorbeeld een iets hoger aantal consulten in Den Haag ($p < .10$) ten opzichte van de rest van Zuid-Holland. Van Sonsbeek komt eveneens op basis van de CBS-gezondheidsenquête voor wat betreft steden met meer dan 100.000 inwoners tot dezelfde conclusie. Met nadruk vermelden we hier wel dat in beide studies gebruik is gemaakt van een enquête onder de bevolking en niet van een registratie van contacten.

Tabel 6.2 T-toets op aantal huisartscontacten per patiënt in drie maanden

	N	gem.	sd	t-toets verschil met <100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	286.022	0,79	1,41			
> 100.000 inwoners	46.366	0,85	1,42	1,02	-8,88	.000
3 grote steden	16.401	0,76	1,33	1,11	2,82	.005

Tabel 6.3 T-toets op aantal contacten met de praktijkassistente per patiënt in drie maanden

	N	gem.	sd	t-toets verschil met <100.000		
				F	t	p
< 100.000 inwoners	286.022	0,29	0,83			
> 100.000 inwoners	46.336	0,20	0,61	1,86	25,73	.000
3 grote steden	16.401	0,18	0,56	2,18	22,74	.000

Als we daarentegen naar de contacten met de praktijk-assistente kijken (tabel 6.3), dan komen er wel degelijk grote verschillen naar voren. In de grote steden vinden veel minder contacten met assistenten plaats. Dit verschil is gedeeltelijk terug te voeren op een geringer aantal praktijk-assistentes in de steden. Er zijn er in de steden minder per 1000 in de praktijkpopulatie, maar het verschil is klein (tabel 6.4). Er dringen zich derhalve twee aanvullende verklaringen op: de assistentes werken minder uren, of de assistentes houden zich in de grote steden minder met patiënten bezig. Met het beschikbare materiaal was het waarheidsgehalte van deze aanvullende verklaringen echter niet na te gaan.

Tabel 6.4 Aantal praktijkassistentes per 1000 patiënten in de praktijkpopulatie

	aantal
< 100.000 inwoners	0,90
> 100.000 inwoners	0,88
3 grote steden	0,78

Naar aanleiding van tabel 6.5 kunnen we stellen dat de huisarts in de drie grote steden wat minder **visites** aflegt dan in de rest van Nederland. Er vinden daarentegen iets meer contacten plaats tijdens het **spreekuur**.

Tabel 6.5 Soort contact als percentage van totaal aantal contacten met de huisarts (excl. contacten met praktijkassistente)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
spreekuur	75,6	76,6	79,9	1,01	1,06
telefoon	4,3	5,1	4,1	1,19	0,95
visite	17,8	16,4	13,6	0,92	0,76
N	245.659	41.841	13.206		

Grote verschillen zijn er in **contactduur** tussen steden en minder verstedelijkte gebieden (tabel 6.6). Dit is alleen zo als we kijken naar de drie grote steden. In de drie grote steden duurt 41% van de contacten langer dan 10 minuten, terwijl dit in steden met minder dan 100.000 inwoners slechts 23% is.

Tabel 6.6 Contactduur als percentage van het totaal aantal contacten (excl. contacten met praktijkassistente)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
niet bekend	2,3	4,1	3,5	1,78	1,52
1-5 min.	23,6	20,3	13,2	0,88	0,55
6-10 min.	51,0	48,4	42,5	0,95	0,83
> 10 min.	23,1	27,2	40,8	1,18	1,77
N	245.659	41.841	13.206		

Ook voor wat betreft het **dagdeel** waarin het contact plaats vond (tabel 6.7) zijn de verschillen groot. In steden met minder dan 100.000 inwoners vindt een groter deel van de contacten 's avonds of 's nachts plaats. Tevens

vinden er iets minder contacten op zaterdagen of zon-/feestdagen plaats in de grote steden. Ook hier gaat het met name weer om de drie grote steden (tabel 6.8).

Tabel 6.7 Dagdeel waarin contact plaatsvond (excl. contacten praktijkassistenten)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
niet bekend	0,3	0,7	0,9	2,33	3,00
dag	96,3	97,2	97,1	1,01	1,01
avond	2,8	1,8	1,7	0,64	0,61
nacht	0,6	0,5	0,3	0,83	0,50
N	245.663	41.752	13.206		

Tabel 6.8 Dag van de week waarop contact plaatsvond

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
weekdag	95,4	96,3	97,1	1,01	1,02
zaterdag	2,5	2,0	1,3	0,80	0,52
zon-/feestdag	2,0	1,8	1,6	0,90	0,80
N	353.847	53.520	16.752		

In tabel 6.9 wordt het gemiddeld aantal gezondheidsproblemen getoond waarmee een huisarts tijdens een contact wordt geconfronteerd. Er blijken aanzienlijke verschillen te zijn. De huisarts in de drie grote steden krijgt gemiddeld meer dan 1,5 maal zoveel gezondheidsproblemen voorgeschoteld tijdens een contact.

Tabel 6.9 Gemiddeld aantal gezondheidsproblemen per contact

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
geen	5,7	4,5	4,7	0,79	0,82
1	81,0	77,8	74,8	0,96	0,92
> 1	13,3	17,7	20,5	1,33	1,54
N	353.847	53.520	16.752		

In tabel 6.10 wordt het aantal contacten uitgesplitst naar **eerste contacten** (eerste contacten van een episode, inclusief recidieve contacten: de contacten waarin sprake was van een nieuwe episode van een al eerder gepresenteerd gezondheidsprobleem) en **herhaalcontacten** (vervolgcontact binnen een zelfde episode). In de grote steden blijken vooral meer eerste- of recidieve contacten voor te komen. Het aantal herhaalcontacten is over de gehele linie nagenoeg gelijk.

Tabel 6.10 Aard van het contact

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
1ste contact of recidief	36,4	40,5	42,1	1,11	1,16
herhaalcontact	58,2	57,7	57,5	0,99	0,99
N	353.847	53.520	16.752		

Tabel 6.11 toont ons wie het **initiatief** tot contact neemt. De huisarts in de stad blijkt in veel minder gevallen het initiatief te nemen. Er doen zich twee mogelijke verklaringen voor: de patiënt is mondiger in de steden en toont daardoor vaker initiatief, of het terugbestelgedrag van de huisarts is anders. Dat laatste zou inhouden dat er minder vaste vervolgspraken gemaakt worden. Om dit laatste te onderzoeken zijn in tabel 6.12 twee soorten vervolgspraken tegen elkaar uitgezet. Er blijken er in de steden meer vaste afspraken gemaakt te worden. We zien dus dat aan de ene kant de grote stadshuisarts probeert om contact met patiënten te houden, terwijl als we aan de andere kant naar het totaal aantal contacten kijken, toch het initiatief vaker bij de patiënt ligt dan in minder stedelijke gebieden.

Tabel 6.11 Initiatief tot contact (alleen huisartscontacten)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
initiatief arts	12,1	7,0	6,7	0,58	0,55
initiatief patiënt	67,1	74,0	73,0	1,10	1,09
N	226.395	39.391	12.428		

Tabel 6.12 Vervolgafspraken

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
terug komen bij geen verbetering	20,5	17,1	17,5	0,83	0,85
vaste afspraak	26,3	29,3	33,8	1,11	1,29
N	353.847	53.520	16.752		

6.2 Verrichtingenpatroon

Op basis van de contactregistratie kon worden vastgesteld welke verrichtingen er tijdens een contact plaatsvonden. Omdat in het bovenstaande de verschillen met betrekking tot het aantal contacten zich met name bleken voor te doen als het ging om contacten met praktijkassistenten zijn assistentcontacten en huisartscontacten apart weergegeven. De cijfers zijn weergegeven als percentage van het totaal aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen (verder aangeduid als contacten).

Allereerst kijken we naar de **huisartscontacten** (tabel 6.13). Voor wat betreft **interne diagnostiek** blijken de verschillen relatief gering. Anders ligt het als we kijken naar **externe diagnostiek**. Over de gehele linie blijkt de huisarts in de grote stad ruim anderhalf keer zo vaak externe diagnostiek aan te vragen.

Bij **behandeling in de praktijk** is het over-all verschil niet groot. Binnen deze categorie wordt het grote verschil in aantal medisch-technische verrichtingen (bijna 70% minder in de drie grote steden dan in plaatsen met minder dan 100.000 inwoners) en 'even aankijken' gecompenseerd door een hoger percentage voor 'gespreksvoering', 'medicatie-gerelateerde verrichtingen' en 'leefregels'.

Ook bij **voorschrijven van geneesmiddelen** zijn de verschillen tussen de diverse geneesmiddelen groot. De over-all tendens is dat de huisarts zélf in de steden ongeveer evenveel voorschrijft als elders. Dit geldt echter niet voor psycholeptica, diuretica en bèta-receptor blokkerende middelen, die meer worden voorgeschreven. Aan de andere kant worden analgetica en anti-inflammatoire en antireumatische middelen minder voorgeschreven.

Verwijzen doet de huisarts in de grote stad vaker. Hier lijkt echter sprake van een verschijnsel dat vooral voorkomt in de drie grote steden. De ratio's

voor steden met meer dan 100.000 inwoners zijn consequent lager dan voor de drie grote steden apart, zowel bij tweedelijns als bij eerstelijnsverwijzingen.

Tabel 6.13 Percentage van de huisartscontacten waarin gespecificeerde verrichtingen voorkomen

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
diagnostiek	71,7	66,8	64,9	0,93	0,91
interne diagnostiek	69,9	64,6	62,2	0,92	0,89
fysische diagnostiek	67,5	62,2	59,3	0,92	0,88
bloedonderzoek	2,1	1,2	1,4	0,57	0,67
urine-onderzoek	3,8	3,7	4,7	0,97	1,24
overig intern	1,2	1,0	0,7	0,83	0,58
externe diagnostiek	6,4	7,2	8,5	1,13	1,33
bloedchemie	2,0	2,2	2,8	1,10	1,40
haematologie/serologie	2,2	2,5	2,9	1,14	1,32
röntgenologie	2,3	2,1	2,2	0,91	0,96
overig extern	1,6	2,4	2,9	1,50	1,81
behandeling in de praktijk	70,4	63,0	66,1	0,89	0,94
gespreksvoering	30,3	31,4	37,3	1,04	1,23
voorlichting	43,6	34,4	37,6	0,79	0,86
even aankijken	5,2	4,0	2,8	0,77	0,54
leefregels	3,3	3,0	3,7	0,91	1,12
medicatie zonder recept	2,7	2,8	3,1	1,04	1,15
wijzigingen in de medicatie	2,2	2,0	2,6	0,91	1,18
medisch-technische verrichtingen	7,5	4,9	3,3	0,65	0,44
vaccinatie	1,1	1,0	1,1	0,91	1,00
overige	4,0	3,7	3,5	0,93	0,88
voorschrijven van geneesmiddelen	44,0	48,9	45,3	1,11	1,03
psycholeptica	2,6	3,6	3,0	1,38	1,15
systemische antibiotica	6,2	5,9	5,6	0,95	0,90
analgetica	3,2	3,5	2,5	1,09	0,78
geslachtshormonen etc.	3,0	3,2	2,9	1,07	0,97
diuretica	1,8	2,6	2,7	1,44	1,50
hoest- en verkoudheidsmiddelen	3,0	2,9	3,3	0,97	1,10
bèta-receptor blokkerende middelen	1,4	2,1	2,1	1,50	1,50
anti-inflamm./anti-reum. middelen	3,5	3,5	2,5	1,00	0,71
middelen bij CARA	1,1	1,3	1,1	1,18	1,00
middelen voor nasaal gebruik	2,2	2,4	2,6	1,09	1,18
overige medicamenten	19,3	21,7	20,5	1,12	1,06
verwijzingen naar 2e lijn	5,4	5,1	6,1	0,94	1,13
snijdende specialismen	3,3	3,1	3,7	0,94	1,12
beschouwende specialismen	2,0	1,9	2,3	0,95	1,15
GGZ	0,3	0,4	0,5	1,33	1,67
verwijzingen binnen 1e lijn	3,3	3,3	3,9	1,00	1,18
fysiotherapie	2,5	2,5	2,7	1,00	1,08
overige 1e lijn	0,8	0,9	1,2	1,13	1,50
overleg n.a.v. contact	1,7	2,4	2,3	1,41	1,35
N	259.597	48.175	15.568		

Met name voor psychiatrische verwijzingen, overige 1e lijn en overige 2e lijn zijn de ratio's hoog.

Tenslotte blijkt ook **overleg** naar aanleiding van een contact in de steden vaker voor te komen.

Vrijwel zonder uitzondering zijn de verschillen het grootst als we de drie grote steden vergelijken met steden met minder dan 100.000 inwoners.

In tabel 6.14 kijken we alleen naar de **contacten** met de praktijkassistente. Hierbij moet worden bedacht dat contacten met de praktijkassistente per 1000 ingeschreven patiënten in de grote steden aanzienlijk minder vaak voorkomen dan daarbuiten. Als op basis van tabel 6.14 wordt geconstateerd dat externe diagnostiek een relatief belangrijke plaats inneemt in de assistentecontacten, wil dat nog niet zeggen dat dit ook per 1000 ingeschreven patiënten vaker voorkomt. Bij het analyseren van deze tabel komt een zeer duidelijk patroon naar voren. In de grote steden worden assistentes relatief veel vaker ingeschakeld bij **interne diagnostiek**, met name fysische diagnostiek, en urine-onderzoek. Dat er tijdens assistentecontacten **externe diagnostiek** wordt aangevraagd komt over het algemeen niet vaak voor, maar vaker in de steden.

Behandeling in de praktijk wordt in de drie grote steden bijna twee keer zoveel tijdens assistentecontacten gedaan als elders. Vooral bij de categorie vaccinatie is de ratio hoog te noemen.

Voorschrijven (van herhaalreceptuur) vindt in de grote steden wat minder plaats tijdens assistentecontacten, met name waar het gaat om diuretica en bètablokkers. Dit zijn precies de categorieën waarvan we hierboven constateerden dat de huisarts zélf ze in de grote steden wat vaker voorschreef.

Verwijzingen vinden in de grote steden weer meer plaats tijdens contacten met de praktijkassistente.

Tabel 6.14 Percentage van de contacten met de praktijkassistente waarin de aangeduide verrichtingen voorkomen.

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
diagnostiek	6,7	11,7	13,1	1,75	1,96
interne diagnostiek	6,3	11,3	12,5	1,79	1,98
fysische diagnostiek	1,9	6,2	6,1	3,26	3,21
bloedonderzoek	0,9	0,5	0,9	0,56	1,00
urine-onderzoek	3,8	6,6	7,3	1,74	1,92
overig intern	0,6	0,4	0,4	0,67	0,67
extern diagnostiek	0,5	0,5	1,0	1,00	2,00
bloedchemie	0,2	0,2	0,5	1,00	2,50
haematologie/serologie	0,1	0,1	0,3	1,00	3,00
röntgenologie	0,1	0,1	0,1	1,00	1,00
overig extern	0,1	0,2	0,3	2,00	3,00
behandeling in de praktijk	7,9	10,5	16,0	1,33	2,03
gespreksvoering	0,8	0,6	1,4	0,75	1,75
voorlichting	1,1	1,6	3,2	1,45	2,91
even aankijken	0,2	0,2	0,5	1,00	2,50
leefregels	0,1	0,1	0,3	1,00	3,00
medicatie zonder recept	0,2	0,1	0,2	0,50	1,00
wijzigingen in de medicatie	0,1	0,1	0,0	1,00	0,00
medisch-technische verrichtingen	3,3	3,5	4,6	1,06	1,39
vaccinatie	1,1	3,9	4,8	3,55	4,36
overige	2,0	1,5	3,1	0,75	1,55
voorschrijven van geneesmiddelen	85,5	78,1	75,4	0,91	0,88
psycholeptica	12,7	11,8	11,8	0,93	0,93
systemische antibiotica	2,0	2,2	1,6	1,10	0,80
analgetica	5,3	4,3	4,2	0,81	0,79
geslachtshormonen etc.	4,0	7,6	6,3	1,90	1,58
diuretica	6,2	4,4	3,7	0,71	0,60
hoest- en verkoudheidsmiddelen	3,8	4,2	5,5	1,11	1,45
bèta-receptor blokkerende middelen	4,3	2,9	2,4	0,67	0,56
anti-inflamm./anti-reum. middelen	3,7	2,9	3,1	0,78	0,84
middelen bij CARA	3,9	2,8	2,5	0,72	0,64
middelen voor nasaal gebruik	1,4	1,2	1,3	0,86	0,93
overige medicamenten	41,0	36,3	35,7	0,89	0,87
verwijzingen naar 2e lijn	4,6	7,6	6,9	1,65	1,50
snijdende specialismen	2,8	4,7	4,2	1,68	1,50
beschouwende specialismen	1,7	2,6	2,3	1,53	1,35
GGZ	0,1	0,2	0,2	2,00	2,00
verwijzingen binnen 1e lijn	0,6	2,1	2,5	3,50	4,17
fysiotherapie	0,5	1,6	1,4	3,20	2,80
overige 1e lijn	0,1	0,5	1,2	5,00	12,00
overleg n.a.v. contact	-	-	-	-	-
N	125.732	13.702	4.343		

Al met al kunnen we stellen dat er tussen steden in minder verstedelijkte gebieden aanzienlijke verschillen bestaan in te taakuitvoering van **assistente**. Gepercentageerd op het totaal aantal tijdens assistentcontacten gepresenteerde gezondheidsproblemen blijkt er in de grote steden vaker door assistente aan interne en externe diagnostiek gedaan te worden, meer behandeling en meer verwijzingen. Het voorschrijven van geneesmiddelen gebeurt daarentegen minder. Het feit dat apotheekhoudende huisartsen in de steden niet voorkomen kan als verklaring voor dit laatste dienen.

Als we alleen naar de huisartscontacten kijken is het beeld wat minder eenduidig en zijn de verschillen kleiner. Verwijzingen (met name naar de GGZ) en het aanvragen van externe diagnostiek vinden in de steden vaker plaats, interne diagnostiek iets minder. Voor behandeling in de praktijk en het voorschrijven van geneesmiddelen is het niet mogelijk om over verschillende onderdelen te generaliseren.

6.2.1 Verrichtingenpatroon gecorrigeerd voor morbiditeit

De hierboven geconstateerde verschillen kunnen wellicht verklaard worden door een verschillend aanbod aan morbiditeit. Om dit na te gaan worden hieronder de voor morbiditeit gecorrigeerde cijfers weergegeven. Hiermee wordt de invloed van verschillen in morbiditeit tussen steden en minder stedelijke gebieden op het verrichtingenpatroon uitgeschakeld. De weegfactor is berekend door steden met meer dan 100.000 inwoners, de drie grote steden, en de steden kleiner dan 100.000 inwoners naar een standaardpraktijk toe te wegen voor wat betreft morbiditeit. Voor de morbiditeitsindeling is clustering van diagnoses gebruikt, die beschreven staat in bijlage A.

Onder invloed van de standaardisatie blijven bij de huisartsen de meeste verschillen bestaan. Bij sommige categorieën worden ze zelfs groter. Onder de kopjes interne en externe diagnostiek, behandeling in de praktijk en voorschrijven blijft alles min of meer hetzelfde (vergelijk tabel 6.13 en tabel 6.15): ook na standaardisatie vraagt de huisarts in de grote steden ongeveer 30% vaker externe diagnostiek aan; pleegt hij wat minder interne diagnostiek; vindt er gemiddeld ongeveer evenveel behandeling in de praktijk plaats. Diuretica, bètablokkers, psycholeptica, middelen bij CARA en middelen voor nasaal gebruik worden ook na standaardisatie naar morbiditeit meer voorgeschreven in de steden. Voor wat betreft verwijzingen hebben de verschillen zich iets vergroot: de huisarts in de drie grote steden verwijst nu nóg iets meer dan zijn collega's elders.

Standaardisatie heeft geen effect op de ratio met betrekking tot overleg.

Tabel 6.15 Percentage van de huisartscontacten waarin gespecificeerde verrichtingen plaatsvinden gestandaardiseerd op morbiditeit

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
diagnostiek	71,5	67,7	65,9	0,95	0,92
interne diagnostiek	69,7	65,5	63,3	0,94	0,91
fysische diagnostiek	67,3	63,1	60,4	0,94	0,90
bloedonderzoek	2,1	1,3	1,5	0,62	0,71
urine-onderzoek	3,8	3,7	4,6	0,97	1,21
overig intern	1,2	1,9	0,5	1,58	0,42
externe diagnostiek	6,4	7,1	8,2	1,11	1,28
bloedchemie	2,0	2,2	2,8	1,10	1,40
haematologie/serologie	2,2	2,5	2,8	1,14	1,27
röntgenologie	2,3	2,1	2,2	0,91	0,96
overig extern	1,6	2,3	2,5	1,44	1,56
behandeling in de praktijk	70,4	62,9	66,1	0,89	0,94
gespreksvoering	30,4	31,1	37,1	1,02	1,22
voorlichting	43,6	34,6	37,7	0,79	0,86
even aankijken	5,2	4,1	2,9	0,79	0,56
leefregels	3,3	3,0	3,8	0,91	1,15
medicatie zonder recept	2,7	2,9	3,1	1,07	1,15
wijzigingen in de medicatie	2,2	2,0	2,7	0,91	1,23
medisch-technische verrichtingen	7,4	5,1	3,3	0,69	0,45
vaccinatie	1,1	0,8	0,9	0,73	0,82
overige	4,0	3,7	3,6	0,93	0,90
voorschrijven van geneesmiddelen	44,0	49,1	45,4	1,12	1,03
psycholeptica	2,6	3,5	3,0	1,35	1,15
systemische antibiotica	6,2	6,0	5,2	0,97	0,84
analgetica	3,2	3,6	2,6	1,13	0,81
geslachtshormonen etc.	3,1	2,7	2,5	0,87	0,81
diuretica	1,7	2,7	3,1	1,59	1,82
hoest- en verkoudheidsmiddelen	3,0	3,0	3,2	1,00	1,07
bèta-receptor blokkerende middelen	1,4	2,2	2,3	1,57	1,64
anti-inflamm./anti-reum. middelen	3,5	3,5	2,6	1,00	0,74
middelen bij CARA	1,1	1,4	1,3	1,27	1,18
middelen voor nasaal gebruik	2,2	2,5	2,6	1,14	1,18
overige medicamenten	19,3	21,9	20,9	1,13	1,08
verwijzingen naar 2e lijn	5,4	5,2	6,5	0,96	1,20
snijdende specialismen	3,3	3,2	3,9	0,97	1,18
beschouwende specialismen	2,0	2,0	2,4	1,00	1,20
GGZ	0,3	0,3	0,4	1,00	1,33
verwijzingen binnen 1e lijn	3,3	3,3	4,1	1,00	1,24
fysiotherapie	2,5	2,5	3,0	1,00	1,20
overige 1e lijn	0,8	0,9	1,2	1,13	1,50
overleg n.a.v. contact	1,7	2,3	2,3	1,35	1,35
N	259.879	47.960	15.445		

Tabel 6.16 Percentage van de contacten met de parktijkassistente waarin de aangeduide verrichtingen plaatsvinden, gestandaardiseerd op morbiditeit

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
diagnostiek	6,8	10,7	12,0	1,57	1,76
interne diagnostiek	6,4	10,3	11,4	1,61	1,78
fysische diagnostiek	2,0	5,2	5,4	2,60	2,70
bloedonderzoek	0,9	0,6	1,0	0,67	1,11
urine-onderzoek	3,8	6,0	6,5	1,58	1,71
overig intern	0,6	0,4	0,4	0,67	0,67
extern diagnostiek	0,5	0,6	0,9	1,20	1,80
bloedchemie	0,2	0,2	0,5	1,00	2,50
haematologie/serologie	0,1	0,1	0,3	1,00	3,00
röntgenologie	0,1	0,1	0,1	1,00	1,00
overig extern	0,1	0,2	0,3	2,00	3,00
behandeling in de praktijk	8,0	9,7	14,8	1,21	1,85
gespreksvoering	0,8	0,7	1,4	0,88	1,75
voorlichting	1,1	1,6	3,3	1,45	3,00
even aankijken	0,2	0,2	0,5	1,00	2,50
leefregels	0,1	0,1	0,3	1,00	3,00
medicatie zonder recept	0,2	0,1	0,2	0,50	1,00
wijzigingen in de medicatie	0,1	0,1	0,0	1,00	0,00
medisch-technische verrichtingen	3,3	3,5	4,2	1,06	1,27
vaccinatie	1,1	3,1	3,9	2,82	3,55
overige	2,0	1,6	3,3	0,80	1,65
voorschrijven van geneesmiddelen	85,4	78,6	76,2	0,92	0,89
psycholeptica	12,7	12,1	11,6	0,95	0,91
systemische antibiotica	2,0	2,2	1,5	1,10	0,75
analgetica	5,3	4,5	4,4	0,85	0,83
geslachtshormonen etc.	4,1	6,1	5,1	1,49	1,24
diuretica	6,2	4,7	4,1	0,76	0,66
hoest- en verkoudheidsmiddelen	3,8	4,4	5,7	1,16	1,50
bèta-receptor blokkerende middelen	4,2	3,0	2,6	0,71	0,62
anti-inflamm./anti-reum. middelen	3,7	2,9	3,2	0,78	0,86
middelen bij CARA	3,8	3,2	2,8	0,84	0,74
middelen voor nasaal gebruik	1,4	1,2	1,2	0,86	0,86
overige medicamenten	41,0	36,8	36,8	0,90	0,90
verwijzingen naar 2e lijn	4,6	7,8	7,1	1,70	1,54
snijdende specialismen	2,8	4,7	4,3	1,68	1,54
beschouwende specialismen	1,7	2,7	2,5	1,59	1,47
GGZ	0,1	0,2	0,2	2,00	2,00
verwijzingen binnen 1e lijn	0,6	2,1	2,6	3,50	4,33
fysiotherapie	0,5	1,6	1,5	3,20	3,00
overige 1e lijn	0,1	0,5	1,1	5,00	11,00
overleg n.a.v. contact	-	-	-	-	-
N	125.106	13.916	4.462		

In tabel 6.16 staan de gestandaardiseerde cijfers weergegeven voor de **contacten met de praktijkassistente**. Standaardisatie (uitschakeling van de invloed van verschillen in morbiditeit) heeft bij de assistentcontacten een licht verkleinend effect op de verschillen tussen steden en minder stedelijke gebieden. Het eerder beschreven patroon blijft echter bestaan. Er blijkt in de grote steden relatief vaker door assistenten aan interne en externe diagnostiek gedaan te worden, meer behandeling en meer verwijzingen. We moeten dat echter weer zien tegen de achtergrond van het feit dat er in de grote stad minder assistentcontacten zijn.

6.3 Oordeel over het handelen van de huisarts

De in deze paragraaf gepresenteerde cijfers zijn afkomstig uit de patiëntenenquête. In deze enquête zijn vragen gesteld over de mening van de patiënt over de bejegening, de bereikbaarheid en het handelen van de huisarts. Over elk van deze onderwerpen is een aantal items in de vragenlijst opgenomen. Tabel 6.17 laat zien welk percentage negatief scoort op één of meer items.

De term 'negatief' in de tabel dient dus met enige voorzichtigheid bekeken worden aangezien het hier om patiënten gaat die ingevuld hebben dat hun huisarts soms tot altijd negatief op het betreffende item scoorde.

Allereerst valt op dat men, zeker waar het gaat om bereikbaarheid en voorschrijven/verwijzen, over het algemeen positief is.

Kijken we naar de verschillen, dan zien we het volgende. Ten eerste zijn stedelingen iets minder vaak negatief over de beschikbare tijd en de duidelijkheid van de arts. Dit wekt weinig verbazing, aangezien we in paragraaf 6.2 zagen dat in de drie grote steden veel meer contacten langer dan tien minuten duren. Over de bereikbaarheid buiten normale kantooruren is men in de steden minder positief dan elders. Met het oog op de in paragraaf 6.2 geconstateerde verschillen in verwijs- en voorschrijfgedrag is het opmerkelijk dat de patiënt in de grote stad daar minder over te spreken is dan elders.

Blijkens tabel 6.18 komen lange wachttijden (> 21 minuten) in de steden vaker voor dan in de rest van Nederland. In de grote steden zijn dan ook meer mensen die vinden dat ze lang in de wachtkamer moeten zitten. In de drie grote steden vindt 20,6% van de patiënten die de huisarts bezochten de wachttijd te lang. In steden met meer dan 100.000 inwoners was dat 17,3% en in plaatsen met <100.000 inwoners 14,4% (cijfers niet in tabel). De langere wachttijden kunnen te maken hebben met het houden van een vrij spreekuur.

Tussen de drie grote steden en plaatsen met minder dan 100.000 inwoners is er in onze steekproef op dit punt echter geen verschil (37,5 resp. 35,3% van de praktijken). In steden met meer dan 100.000 inwoners is dit 50%.

Tabel 6.17 Percentage dat negatief scoort op één of meer items met betrekking tot bejegening, bereikbaarheid en handelen van de huisarts

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
1 negatief over bejegening	42,3	39,8	38,1	0,94	0,90
2 negatief over bereikbaarheid buiten normale uren	12,0	16,7	16,2	1,39	1,35
3 arts schrijft onnodig voor of verwijst onnodig	10,2	10,0	12,0	0,98	1,18
N	9.306	1.481	598		

1 scoort:

- mijn huisarts legt me precies uit wat me mankeert (soms/nooit)
- mijn huisarts vertelt mij precies wat ik moet doen wanneer ik ziek ben (soms/nooit)
- met mijn huisarts kan ik altijd over problemen praten (soms/nooit)
- mijn huisarts besteedt voldoende tijd aan mij wanneer ik hem/haar consulteer (soms/nooit)
- mijn huisarts vertelt me precies hoe ernstig het is (soms/nooit)
- mijn huisarts houdt zijn patiënten op een afstand (altijd/soms)
- mijn huisarts behandelt mij als een nummer (altijd/soms)
- hebt u wel eens het gevoel dat uw huisarts uw problemen niet voldoende au serieus nam? (vaak/soms)
- hebt u wel eens meegemaakt dat uw huisarts geen visite wou maken of u thuis wou bezoeken? (vaak/soms)

2 samengesteld uit:

- tijdens de weekends en vakantieperiodes is mijn huisarts of een vervanger gemakkelijk bereikbaar. (soms/nooit)
- tijdens de avond en 's nachts is mijn huisarts of een vervanger gemakkelijk bereikbaar. (soms/nooit)
- heeft het u verontrust dat uw huisarts of vervanger tijdens de weekends en vakantieperiodes niet goed te bereiken was? (vaak/soms)
- heeft het u verontrust dat uw huisarts of de vervanger tijdens de nacht en 's avonds niet goed te bereiken is? (vaak/soms)

3 samengesteld uit:

- verwijst uw huisarts u wel eens te snel naar een specialist? (vaak/soms)
- schrijft uw huisarts u wel eens medicijnen voor wanneer u dat niet nodig vindt? (vaak/soms)

Tabel 6.18 Wachtijd in de wachtkamer volgens respondent: steden met meer dan 100.000 inwoners en de drie grote steden vergeleken met de rest van Nederland (personen van 15 jaar of ouder)

	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
0 - 5 min	12,3	11,0	13,0	0,89	1,06
6 - 10 min	31,1	25,8	24,1	0,83	0,77
11 - 15 min	26,5	26,8	21,9	1,01	0,83
16 - 20 min	13,0	15,1	14,3	1,16	1,10
> 21 min	17,2	21,3	26,6	1,24	1,55
N	8.533	1.374	552		
Pearson Chi ² t.o.v. A		27,8 p<.001	39,1 p<.001		

6.4 Conclusie

Het aantal **contacten** per 1000 patiënten is in de grote steden lager dan elders. Dit ligt echter in hoofdzaak aan het aantal assistentcontacten. Kijken we naar het aantal huisartscontacten dan is dit zelfs hoger. Een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel is het feit dat er in de grote steden minder huisartsassistenten zijn.

In de grote steden duurt een huisartscontact vaak langer dan elders. Er worden per contact ook meer gezondheidsproblemen gepresenteerd en het gaat ook vaker om eerste contacten. Er vinden echter minder visites plaats en contacten buiten de kantooruren komen minder vaak voor.

Het initiatief voor contact ligt in de grote steden vaker bij de patiënt. Toch worden er bij een contact in de grote steden vaker vaste afspraken gemaakt. De huisarts doet dus zijn best voeling te houden met de patiënt, maar toch ligt het initiatief vaak bij de patiënt.

Kijken we naar de **verrichtingen** als percentage van het totaal aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen dan blijkt er in de steden meer externe diagnostiek aangevraagd te worden. Voorts vinden er meer verwijzingen plaats en wordt er meer overlegd. Praktijkassistenten in de steden hebben een ander verrichtingenpatroon. Zij houden zich in de grote steden *relatief* meer bezig met verwijzingen en behandelingen in de praktijk, interne diagnostiek, alsmede aanvragen voor externe diagnostiek. Het woordje *relatief* staat hier cursief omdat hierboven al bleek dat assistentcontacten in de grote steden veel minder voorkomen. Door middel van standaardisatie is nagegaan of een deel van de verschillen in verrichtingenpatroon wellicht te verklaren is uit verschillen in morbiditeit. De meeste verschillen bleven echter ook na deze standaardisatie bestaan.

Over het algemeen is de patiënt, zowel in de steden als daarbuiten, tevreden met de huisarts. Patiënten in de drie grote steden zijn daarbij vaker tevreden over de hoeveelheid tijd die de huisarts beschikbaar heeft en/of over de duidelijkheid van zijn uitspraken. Dit ondanks de vaker lange wachttijden in de steden. Kennelijk gaat het boven vermelde grotere aantal langdurige contacten samen met groter aantal tevreden patiënten. Over de bereikbaarheid buiten de normale kantooruren is men echter in de steden minder vaak goed gestemd en men is wat vaker van mening dat de arts onnodig voorschrijft en/of verwijst. Eerder werd geconstateerd dat de huisarts in de steden wat vaker voorschrijft en verwijst. Kennelijk gaat dit niet samen met een tevredener patiënt.

7. SAMENHANG

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 5 werden verschillen geconstateerd met betrekking tot het probleemaanbod zoals dit wordt gepresenteerd in de huisartspraktijk. In hoofdstuk 6 werden verschillen geconstateerd met betrekking tot verrichtingen en contacten. We hebben ons daarbij beperkt tot een beschrijving van deze verschillen.

We zullen in dit hoofdstuk proberen de samenhang te ontdekken tussen verschillen in aangeboden morbiditeit en verrichtingen aan de ene kant en verschillen in populatiekenmerken aan de andere kant. Het is echter mogelijk dat een deel van de gevonden verschillen te verklaren valt uit verschillen tussen huisartsen. Daarom zullen in tweede instantie aanvullende verklaringen gezocht worden op dit niveau. Zoals in de inleiding vermeld staat kleeft er een nadeel aan analyses op huisartsniveau. In de categorie 'grote steden' is het aantal huisartsen immers relatief gering. Dit kan tot gevolg hebben dat de verklarende waarde van het gegeven wel/niet grote stad in de analyses op huisartsniveau niet groot wordt ingeschat.

Bij de eerste stap vinden derhalve de analyses plaats op patiëntniveau, bij de tweede stap op het niveau van huisartsen. Zo worden de verschillende blokjes in het analyseschema in de inleiding stapsgewijs met elkaar in verband gebracht.

7.2 De invloed van patiëntkenmerken op de huisartsenzorg en gepresenteerde problemen

7.2.1 Gebruikte gegevens en methode

In deze paragraaf staat de vraag centraal wat de consequenties zijn van de afwijkende samenstelling van de praktijkpopulaties van de huisartsen in de grote steden voor het probleemaanbod bij en het handelen van de huisarts. Concreet wordt van de volgende kenmerken van patiënten nagegaan hoe zij in combinatie met elkaar doorwerken in de huisartsenzorg.

Kenmerk	Omschrijving
LFT1530	patiënt is wel/niet in de leeftijdscategorie 15 t/m 30 jaar
LFT65	patiënt is wel/niet ouder dan 65 jaar
VROUW	patiënt is wel/niet vrouw
OPLHOG	patiënt heeft wel/niet universiteit/HBO als hoogste opleiding
OPLLAG	patiënt heeft wel/niet lager (beroeps)onderwijs als hoogste opleiding
ZIEKENF	patiënt is wel/niet ziekenfondsverzekerd
SINDS5	patiënt is wel/niet langer dan 5 jaar ingeschreven in praktijk
ALLEENST	patiënt is wel/niet alleenstaande
CULTMIN	patiënt is wel/niet lid culturele minderheid
WERKLS	patiënt is wel/niet werkloos (maar geen WAO-er)
WAO	patiënt ontvangt wel/niet WAO-uitkering

Deze kenmerken zijn gekozen op grond van het feit dat zij samenhangen blijken te hangen met het al dan niet wonen in de grote stad (zie hoofdstuk 3). In de grote stad wonen meer mensen in de leeftijd van 15 tot 30 jaar, meer ouderen, vrouwen, hoog opgeleiden, laag opgeleiden, ziekenfondsverzekerden, alleenstaanden, culturele minderheden, werklozen en WAO-ers. Bovendien is in de grote stad het verloop in de huisartspraktijk groter, waardoor het percentage dat langer dan 5 jaar bij een huisarts staat ingeschreven lager is.

Alleen patiënten waarvan alle patiëntkenmerken bekend waren zijn opgenomen in de analyses. Verder zijn patiënten jonger dan 15 jaar uitgesloten omdat kenmerken als opleiding, al of niet WAO en werkloos in feite niet van toepassing zijn. Op deze wijze bleven 242.197 patiënten over.

Bovengenoemde patiëntkenmerken worden gerelateerd aan de volgende parameters van de huisartsenzorg.

1. Wel/niet contact met de huisarts in drie maanden
2. Wel/niet contact met de praktijkassistente in drie maanden

En van alle patiënten die in drie maanden contact hebben gehad met de huisarts (n=104.851):

3. Wel/geen visite plaatsgevonden
4. Wel/geen spreekuurcontact plaatsgevonden
5. Wel/geen contact in het weekend plaatsgevonden
6. Wel/geen contact in de avonden of nacht plaatsgevonden
7. Wel/geen contact langer dan 10 minuten
8. Wel/geen contact op initiatief van de patiënt
9. Wel/geen contact waarin door de huisarts een vervolgspraak is gemaakt zonder vaste datum

10. Wel/geen contact waarin acuut somatisch probleem is gepresenteerd
11. Wel/geen contact waarin trauma is gepresenteerd
12. Wel/geen contact waarin infectie is gepresenteerd
13. Wel/geen contact waarin een chronische aandoening/neoplasma is gepresenteerd
14. Wel/geen contact in verband met zwangerschap
15. Wel/geen contact waarin sociale problemen zijn gepresenteerd
16. Wel/geen contact waarin psychische problemen zijn gepresenteerd

17. Wel/geen contact waarin preventieve activiteiten zijn uitgevoerd
18. Wel/geen contact waarin externe diagnostiek werd aangevraagd
19. Wel/geen contact waarin gespreksmatige behandeling heeft plaatsgevonden
20. Wel/geen contact waarin medisch-technische verrichtingen hebben plaatsgevonden
21. Wel/geen contact waarin medicijnen zijn voorgeschreven
22. Wel/geen contact waarin een nieuwe verwijzing (dus geen herhaal- of achterafverwijzing) heeft plaatsgevonden
23. Wel/geen contact waarin naar de tweede lijn is verwezen
24. Wel/geen contact waarin een verwijzing op initiatief van de patiënt heeft plaatsgehad

De eerste negen parameters hebben betrekking op de contactfrequenties en de consultvoering, kenmerk 10 tot en met 16 op het probleemaanbod en 17 tot en met 24 op verrichtingen van de huisarts.

Per parameter is de samenhang met de patiëntkenmerken nagegaan door middel van logistische regressie-analyse. Voor dergelijke analyses waarbij meerdere onafhankelijke variabelen (de patiëntkenmerken) gerelateerd worden aan één afhankelijke variabele (de parameter met betrekking tot de huisartsenzorg) is dit de meest geëigende techniek. Naast genoemde patiëntkenmerken is het al dan niet in de drie grote steden (de 'urbanisatie-variabele') gevestigd zijn ook in het analysemodel opgenomen. Daarmee wordt in feite nagegaan of er nog een verschil tussen grote stad en referentiegroep overblijft als wordt gecontroleerd voor patiëntkenmerken. Tenslotte zijn er de interactie-termen van de 'urbanisatie-variabele' met de afzonderlijke patiëntkenmerken. Hiermee wordt nagegaan of de relatie tussen de patiëntkenmerken en de kenmerken van de huisartsenzorg binnen de grote stad anders ligt dan daarbuiten.

Bij de logistische regressies is gebruik gemaakt van de 'forward selection' methode, waarbij het programma stapsgewijs patiëntkenmerken aan het verklaringsmodel toevoegt. Hierbij werden variabelen in het model toegelaten indien de significantie van de 'score statistic' kleiner was dan .0001 of met andere woorden enige verklaring toevoegt. Indien de 'Wald statistic' groter werd dan 0,001, werd de betreffende variabele uit het model verwijderd. In de tabellen staan alleen die variabelen die in de laatste stap in het model vertegenwoordigd waren vermeld. Hierbij zijn de variabelen 'drie grote steden' en de verschillende interactie-effecten het interessantst. Het ontbreken van een effect van deze variabelen betekent immers dat de geconstateerde

verschillen in hoofdzaak kunnen worden teruggevoerd op verschillen in persoonskenmerken.

7.2.2 Resultaten

De hieronder besproken resultaten staan weergegeven in tabel 7.1, 7.2, 7.3 in bijlage C. De odds-ratio's kunnen als volgt geïnterpreteerd worden. Een odds-ratio van 0,88, zoals het geval is bij de variabele LFT1530 en 'artscontact', betekent dat - binnen het geselecteerde model - de verhouding tussen de kans op wél contact en de kans op niet contact 0,88 maal zo klein is voor mensen tussen 15 en 30 jaar als voor mensen buiten deze leeftijdscategorie, waarbij de overige variabelen (in het model) constant gehouden worden. In eenvoudiger termen: patiënten tussen 15 en 30 jaar hebben een geringere kans op contact dan andere patiënten.

De proportionele reductie van de -2 Log Likelihood geldt als benadering van de mate waarin de onafhankelijke variabelen in het model de data verklaren. Bij logistische regressie wordt bij ieder toevoeging of verwijdering van variabelen de -2 Log Likelihood berekend, waarbij een lage waarde betekent dat het model de data goed verklaart. De eerste keer gebeurt dat met alleen een constante als verklarende variabele. Daarna worden er stapsgewijs variabelen toegevoegd en/of verwijderd, tot aan bepaalde criteria voldaan is. Door toevoeging van variabelen wordt de verklaringskracht van het model groter en de -2 Log Likelihood kleiner, ten opzichte van een model met alleen de constante. Het procentuele verschil is de proportionele reductie in de -2 Log Likelihood die is weergegeven in de tabel.

Contact met de huisarts

In eerste instantie is gekeken naar het wel of niet hebben van contact met de huisarts. De verklarende waarde van het model is gering (proportionele reductie -2 Log Likelihood: 2,7%). In het uiteindelijke model blijkt dat patiënten tussen de 15 en 30, personen met een hoge opleiding, en personen die langer dan 5 jaar staan ingeschreven bij de huisarts minder kans op contact hebben. Personen ouder dan 65, vrouwen, ziekenfondsverzekerden, alleenstaanden en WAOers hebben daarentegen een grotere kans. Dit zijn op zich geen opzienbarende resultaten. Waar echter wel de nadruk op gelegd dient te worden is dat de urbanisatie-variabele (DRGRST) niet in het model is opgenomen, ook niet als deel van een interactie-effect. Met andere woorden: voor het wel of niet hebben van contact met de huisarts is urbanisatiegraad niet of nauwelijks van belang.

Contact met de praktijkassistente

De verklarende waarde van het model is wederom niet groot (proportionele reductie in -2 Log Likelihood: 7,7%). Naast de variabelen die werden opgenomen in het model bij de huisartscontacten zien we hier ook een aantal interactie-effecten en de urbanisatievariabele zelf. Patiënten in de drie grote

steden hebben een geringere kans op assistentcontacten dan patiënten in steden met minder dan 100.000 inwoners. Daarbij komt dat patiënten ouder dan 65 in de drie grote steden minder kans hebben op assistentcontacten dan op basis van alleen de leeftijdscategorie verwacht mag worden. Voor langer ingeschreven patiënten geldt hetzelfde. Ziekenfondspatiënten daarentegen hebben in de grote steden een nog grotere kans op assistentcontacten dan op basis van alleen hun verzekeringsvorm verwacht mag worden.

Visites

Hier zijn alleen die patiënten meegenomen die een huisartscontact hadden gehad. De proportionele reductie van de -2 Log Likelihood is relatief groot te noemen (12,7%). WAOers, alleenstaanden, laag opgeleide mensen, vrouwen, maar vooral mensen ouder dan 65 jaar hebben een grotere kans op een visite door de huisarts. Zoals te verwachten geldt voor mensen tussen 15 en 30 jaar het omgekeerde. Wat opvallend is, is echter dat, met constant-houding van de bovenstaande categorieën, patiënten in de drie grote steden een kleinere kans hebben op een visite dan elders.

Spreekuurcontacten

Er blijkt een significant hoofdeffect uit te gaan van de drie grote steden op gebruik maken van het spreekuur. Ouderen maken minder vaak gebruik van het spreekuur en hetzelfde geldt voor mensen met een lage opleiding, alleenstaanden, WAOers, en mensen uit eenoudergezinnen. Culturele minderheden en ziekenfondspatiënten maken daarentegen weer meer gebruik van het spreekuur. De verklarende waarde van het model is niet groot (proportionele reductie 5,3%). (Zie ook Van der Velden & Abrahamse, 1992).

Contacten in het weekend

Huisartsen in de grote steden hebben minder contacten in het weekend (zie ook: J. van de Velden en H. Abrahamse, 1992). Een deel van dit verschil is weer te verklaren uit patiëntkenmerken. Vrouwen blijken minder vaak contact gehad te hebben in het weekend, mensen met een lage opleiding meer. Daarnaast hebben patiënten uit de grote steden minder vaak contact gehad dan patiënten elders. De verklarende waarde van dit model is echter weer zeer gering: proportionele reductie 0,6%.

Contacten in de avonden

Vrouwen blijken minder vaak contact gehad te hebben in de avonden dan mannen. Hetzelfde geldt voor inwoners van de grote steden. De verklarende waarde van het model is wederom gering.

Langdurige contacten

In hoofdstuk 6 bleek een significant verschil in het aantal contacten langer dan 10 minuten. De proportionele reductie in het regressie model is 1,5%. Naast de reeds bekende consumptie verhogende variabelen zien we hier de urbanisatiegraad als verklarende variabele in het model, met een positief effect op de kans op een langdurig contact. Opvallend is echter tevens het negatieve effect van een lage opleiding en ziekenfonds-verzekerd-zijn. Immers, deze twee variabelen hadden een positief effect op het hebben van een contact.

Contacten op initiatief van de patiënt

We hebben geconstateerd dat in de drie grote steden de patiënt vaker op eigen initiatief naar de huisarts stapt. Uit de tabel blijkt dat personen tussen 15 en 30 en ziekenfondspatiënten vaker op eigen initiatief naar de huisarts stappen, en dat het omgekeerde het geval is voor ouderen, vrouwen, mensen met een lage opleiding, WAOers en mensen die al lang staan ingeschreven in de praktijk. Daarnaast blijken de drie grote steden onafhankelijk van de genoemde variabelen een verhogend effect te hebben op de het al of niet op eigen initiatief naar de huisarts stappen. De verklarende waarde van het model is gering (proportionele reductie 3,5%).

Voorwaardelijk vervolg

Van een voorwaardelijk vervolg is sprake als het contact met de huisarts niet resulteert in vaste een afspraak, maar in de afspraak om terug te komen indien geen verbetering optreedt, of het probleem zich opnieuw voordoet. Dat komt in de drie grote steden minder voor dan elders. Het blijkt dat dit niet alleen te wijten is aan een verschillende samenstelling van de praktijkpopulatie: er gaat een negatief effect uit van de drie grote steden. De proportionele reductie van de -2 Log Likelihood is slechts 1,0%.

Acuut somatische problemen

Vrouwen, mensen met een lage opleiding en ziekenfondspatiënten hebben een hogere kans dat ze naar de huisarts geweest zijn met acuut somatische problemen dan anderen. Mensen tussen 15 en 30 jaar en mensen met een hoge opleiding en mensen die langer staan ingeschreven in de drie grote steden hebben een kleiner kans daarop. De proportionele reductie is wederom gering (1,1%).

Traumata

De verklarende waarde van het model is gering (proportionele reductie 3,8%). De kans dat iemand met een trauma naar de huisarts is geweest is volgens het model groter voor mensen tussen 15 en 30 jaar, ziekenfondspatiënten, alleenstaanden en mensen die lang bij de huisarts stonden ingeschreven dan voor anderen. Voor culturele minderheden, mensen met een hoge opleiding,

ouderen, WAOers en vooral vrouwen geldt het omgekeerde. Daarnaast is er een interactie-effect: mensen tussen 15 en 30 jaar in de drie grote steden gaan minder met traumata naar de huisarts dan anderen in dezelfde leeftijds-categorie.

Infectie

De verklarende waarde van het geselecteerde model is zeer klein te noemen. Uit de coëfficiënten blijkt dat de kans dat personen tussen 15 en 30 jaar met een infectie naar de huisarts zijn geweest groter is dan voor de andere categorieën. Voor personen ouder dan 65 en vrouwen is die kans daarentegen kleiner.

Chronische ziekten en neoplasma

Een relatief groot deel van de kans op een chronische ziekte wordt bepaald door de leeftijd. Daarnaast speelt echter ook opleiding een rol. Mensen met een hogere opleiding hebben een kleinere kans op chronische ziekten.

Zwangerschap e.d.

Vanzelfsprekend wordt de kans op zwangerschap bepaald door het geslacht van de patiënt. Toch dient ook vermeld te worden dat zwangerschap vaker voorkomt bij mensen die nog niet lang bij de huisarts staan ingeschreven.

Sociale problemen

In hoofdstuk 5 zagen we dat steden en minder stedelijke gebieden sterk verschillen voor wat betreft prevalentie en incidentie van sociale problemen. Het model resulteert in een proportionele reductie van de -2 Log Likelihood van 2,2%. Personen tussen 15 en 30 komen minder vaak naar de huisarts met sociale problemen. Vrouwen, alleenstaanden en mensen uit eenoudergezinnen daarentegen meer. Daarnaast is er een positieve invloed van het interactie-effect ziekenfonds x inwoner van de drie grote steden. Dit betekent dat ziekenfondspatiënten in de drie grote steden vaker naar de huisarts gaan met sociale problemen dan ziekenfondspatiënten elders.

Psychische problemen

De proportionele reductie die uitgaat van het model is ook in dit geval klein (3,6%). Uit de tabel komt naar voren dat mensen tussen 15 en 30 jaar en mensen die al langer in de praktijk staan ingeschreven minder met psychische problemen naar de huisarts gaan. Het tegengestelde geldt voor ouderen, mensen met een lage opleiding, ziekenfondspatiënten, mensen uit eenoudergezinnen, en vooral WAOers, alleenstaanden en vrouwen. Er is geen hoofdeffect van de drie grote steden, noch een interactie-effect. Dit laatste betekent dat de eerder geconstateerde verschillen tussen steden en minder stedelijke gebieden in hoofdzaak voortkomen uit een verschil in samenstelling van de praktijkpopulatie.

Preventie

Grote verschillen zagen we ook in preventieve activiteiten. Dit blijkt met name bepaald te worden door een verschillende praktijksamenstelling. Aan preventie wordt minder gedaan bij personen tussen 15 en 30, bij ziekenfondspatiënten en bij alleenstaanden, maar meer bij ouderen, vrouwen, mensen met een hoge opleiding en bij WAOers. De verklarende waarde van het model met deze variabelen is echter gering (proportionele reductie -2 Log Likelihood 2,6%)

Aanvragen voor externe diagnostiek

In hoofdstuk 6 zagen we dat er in de steden meer aanvragen voor externe diagnostiek plaats vinden. De proportionele reductie is weer zeer klein (0,9%). Voor patiënten ouder dan 65, ziekenfondspatiënten en patiënten die al langer dan 5 jaar staan ingeschreven wordt minder externe diagnostiek aangevraagd. Externe diagnostiek wordt ook minder vaak aangevraagd voor patiënten tussen 15 en 30 jaar, maar dit geldt niet in de drie grote steden. In de drie grote steden wordt voor deze leeftijdscategorie meer externe diagnostiek aangevraagd dan men op basis van de leeftijd van de patiënt zou verwachten. Daarnaast blijkt er voor vrouwen en inwoners van de drie grote steden meer te worden aangevraagd.

Gesprek

Patiënten tussen 15 en 30 en patiënten die langer staan ingeschreven vormen minder een aanleiding tot gesprek dan anderen. Met ouderen, vrouwen, alleenstaanden, WAO-ers en inwoners van de drie grote steden wordt echter meer gesproken. De proportionele reductie van de -2 Log Likelihood is gering (1,0%).

Medisch-technische verrichtingen

Eveneens werd in hoofdstuk 6 geconstateerd dat de huisarts in de grote stad minder medisch-technische verrichtingen doet. De proportionele reductie is 0,6%. De resultaten van de logistische regressie wijzen voorts uit dat er op patiëntniveau nauwelijks variabelen te vinden zijn die dat verschil kunnen verklaren. Bij vrouwen en patiënten in de drie grote steden worden minder medisch-technische verrichtingen uitgevoerd, bij lang ingeschreven patiënten meer.

Voorschriften

Medicatie wordt minder voorgeschreven aan mensen tussen 15 en 30 jaar en mensen met een hoge opleiding. Meer wordt er voorgeschreven aan ouderen, vrouwen, laag opgeleide mensen, ziekenfondspatiënten en WAOers. In de drie grote steden wordt er minder voorgeschreven aan mensen die al lang bij dezelfde praktijk staan ingeschreven. De proportionele reductie is 2,6%.

Nieuwe verwijzingen

Met de term nieuwe verwijzingen wordt bedoeld dat het niet gaat om een verlenging van een verwijzing. Ook hiervan zagen we dat het meer voorkwam in de drie grote steden. Er blijkt echter geen significant hoofdeffect uit te gaan van de drie grote steden. Wel hebben mensen tussen 15 en 30 jaar, ouderen, vrouwen en personen die langer ingeschreven stonden minder vaak een contact gehad dat leidde tot een nieuwe verwijzing. Bij ziekenfondspatiënten en mensen tussen 15 en 30 in de grote steden is dit juist vaker het geval. De verklarende waarde van het model is zeer klein.

Verwijzingen naar de tweede lijn

WAOers, personen ouder dan 65 jaar en ziekenfondspatiënten worden vaker verwezen naar de tweede lijn. Personen tussen 15 en 30 jaar en vrouwen juist minder. Er blijkt geen significante invloed uit te gaan van urbanisatiegraad. De proportionele reductie is zeer klein (0,7%).

Verwijzingen op initiatief van de patiënt

Los van de beide leeftijds-variabelen en de inschrijvingsduur, waarvan een negatief effect uitgaat, komen verwijzingen op initiatief van de patiënt in de drie grote steden vaker voor dan elders. De proportionele reductie van de -2 Log Likelihood is slechts 0,6%)

7.3 De invloed van huisarts- en patiëntkenmerken op de huisartsenzorg en gepresenteerde morbiditeit

Naast patiënt-gegevens kunnen ook eigenschappen van de huisarts (zie schema in de inleiding) en zijn praktijk een belangrijke invloed hebben op morbiditeitskenmerken en verrichtingen. In deze paragraaf wordt de gezamenlijke invloed van deze kenmerken nagegaan.

7.3.1 Gebruikte gegevens en methode

In de tweede fase van de analyses worden de gegevens nog een stap verder geaggregeerd, namelijk naar huisartsniveau. Op dat niveau wordt vervolgens lineaire regressie analyses uitgevoerd, waarbij de afhankelijke variabelen bestaan uit het percentage contacten/gezondheidsproblemen dat voldoet aan het criterium (zie tabel 7.3). De keuze voor lineaire regressie komt voort uit het feit dat de variabelen zich hiervoor beter lenen dan in fase 1 het geval was. Daarnaast levert lineaire regressie iets makkelijker te interpreteren resultaten dan logistische regressie.

Tabel 7.3 Contact- en RFE-gegevens, gemiddeld per huisarts in plaatsen <100.000 inwoners, steden >100.000 inwoners en de drie grote steden

	< 100.000 inwoners N = 139	steden > 100.000 N = 26	3 grote steden N = 11
contacten			
aantal huisartscontacten per 1000 inw.	1098	1045	1005
aantal assistentcontacten per 1000 inw.	704	426**	479*
ratio visites/spreekuurcontacten x 100	22,6	22,2	14,9
ratio weekend/dagcontacten x 100	0,37	0,28	0,16**
ratio avond/dagcontacten x 100	1,55	6,75**	5,34**
ratio nacht/dagcontacten x 100	0,38	0,29	0,15**
% contacten > 10 minuten	76,96	80,01	86,10*
% contacten op initiatief patiënt	50,24	57,88**	56,03*
% contacten met onvoorw. vervolg	30,27	31,06	34,50
% contacten met voorw. vervolg	20,64	16,02*	14,83*
gezondheidsproblemen			
% contacten met acuut somatische probl.	17,29	16,39	15,76
% contacten met traumata	4,97	3,75**	3,32**
% contacten met infectie	15,44	15,85	17,07
% contacten met chron. ziekte/neoplasma	39,22	37,62	36,76
% contacten met zwangerschap ed.	1,89	1,41*	1,48
% contacten met sociale problemen	1,70	2,12*	2,42
% contacten met psychische problemen	9,31	10,18	10,35
verrichtingen			
% contacten met preventie	2,33	3,09	2,82
% contacten met externe diagnostiek	5,45	6,92**	8,30**
% contacten met gesprek	23,23	26,67	30,41
% contacten met medisch-technische verr.	6,39	4,59**	3,46**
% contacten met medicatie voorschriften	63,48	61,80	59,14
% contacten met nieuwe verwijzingen	5,75	6,55	7,93**
% contacten met verwijzingen 2e lijn	5,37	5,96	6,49
% contacten met verw. op initiatief patiënt	0,87	1,50**	1,62**

* p<.05 t.o.v. < 100.000 inwoners

** p<.01 t.o.v. < 100.000 inwoners

Als verklarende variabelen worden dezelfde variabelen gebruikt als op patiënt niveau (fase 1), nu in de vorm van percentages van de praktijkpopulatie. Daarnaast worden gebruikt de huisarts- praktijkenmerken die hieronder staan weergegeven.

Variabele naam	omschrijving	codering
NPAT NONSOLO	persoonlijke praktijkgrootte praktijkvorm	solo = 0 niet-solo = 1
ASSIST FTE	aantal praktijkassistentes aantal full time equivalenten werkzaam per week	
XLFT XSEX	leeftijd huisarts geslacht van de huisarts	man = 0 vrouw = 1
PRAPOTH	apotheekhoudend	nee = 0 ja = 1

7.3.2 Resultaten

De resultaten van de lineaire regressieanalyses op huisartsniveau staan weergegeven in tabel 7.4, 7.5 en 7.6 van bijlage C. De interpretatie van B-coëfficiënten en R-kwadraat kan worden geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld. Nemen we het aantal artscontacten per 1000 patiënten als afhankelijke variabele, dan blijkt het percentage vrouwen, laag opgeleiden, culturele minderheden in de praktijkpopulatie en het werken in een meermenspraktijk van de huisarts, al of niet apotheekhoudend zijn, de leeftijd van de huisarts, het al of niet hebben van een vrij spreekuur en het aantal praktijkassistenten tezamen 49% van de variantie in het aantal artscontacten per 1000 in de steekproef te verklaren (de R-kwadraat). Wat de invloed is van deze variabelen, en de richting van die invloed, kan worden afgeleid uit de B-coëfficiënten. Bij het percentage vrouwen in de praktijk is dit bijvoorbeeld 17,8. Dit betekent dat het aantal artscontacten per 1000 in de populatie met 17,8 wordt verhoogd als het percentage vrouwen met 1% stijgt. Als een arts in een meermenspraktijk werkzaam is dan heeft dit een stijging van 209,4 tot gevolg. De grootte van de B-coëfficiënten is afhankelijk van de schaal waarop de variabelen gemeten zijn. Ze moeten dan ook steeds bekeken worden met cijfers uit tabel 7.3 in het achterhoofd.

Voor alle duidelijkheid dient hier vermeld te worden dat het gaat om een schatting van de invloed van onafhankelijke variabelen onder de aanname dat deze invloed lineair is.

Artscontacten per 1000 patiënten

We zien dat het aantal artscontacten per 1000 patiënten hoger is bij huisartsen met een hoog percentage vrouwen en mensen met een lage opleiding, in meermenspraktijken, apotheekhoudende praktijken en in praktijken

met een vrij spreekuur. Het aantal is echter lager bij huisartsen met een hoog percentage culturele minderheden, huisartsen met een hogere leeftijd en huisartsen met meer praktijkassistenten. Deze variabelen verklaren tezamen 49% van de variantie. Urbanisatiegraad wordt niet opgenomen in het model, noch als hoofdeffect, noch als interactie-effect. Wel dient vermeld te worden dat de variabele DRGRST een correlatie van .52 ($p < .001$) heeft met CULTMIN. Met andere woorden: urbanisatiegraad is voor een belangrijk deel vervat in het percentage culturele minderheden.

Assistentcontacten per 1000 patiënten

De variantie in het aantal assistentcontacten per 1000 patiënten wordt voor 36% verklaard door het percentage patiënten met een lage opleiding (positief), de leeftijd van de arts (negatief) en het apotheekhoudend zijn van de praktijk (positief). Vooral dat laatste heeft een grote invloed, en dat is niet erg verwonderlijk aangezien de meeste contacten betreffende bijvoorbeeld herhaalreceptuur door de assistente worden behandeld. Dat er meer assistentcontacten plaats vinden in praktijken met meer mensen met een lage opleiding is in overeenstemming met de resultaten die we op individueel niveau vonden.

Opmerkelijk is dat geen van de populatiekenmerken werd opgenomen in het verklaringsmodel.

Relatief aantal visites

De verhouding tussen het aantal visites en het aantal spreekuurcontacten wordt positief beïnvloed door het percentage ouderen. Bij vrouwelijke huisartsen is het aantal visites eveneens hoger en in praktijken met meer assistentes lager. Daarnaast komen visites minder voor in praktijken met veel WAOers in de drie grote steden. Tezamen wordt 38% van de variantie verklaard.

Contacten in het weekend

Het percentage alleenstaanden in de praktijkpopulatie, het aantal full-time equivalenten dat de huisarts werkzaam is, het aantal praktijkassistenten hebben een positief effect op het aantal contacten in het weekend. Voorts zijn er meer contacten in het weekend bij apotheekhoudende huisartsen. Tezamen verklaren deze variabelen 16% van de variantie.

Contacten in de avonduren

Tezamen verklaren het werken in een apotheekhoudende praktijk, het aantal assistentes en het interactie-effect van het percentage werklozen en urbanisatiegraad 13% van de variantie. De B-coëfficiënten lijken hier klein: in een apotheekhoudende praktijk is het relatieve aantal contacten in de avond slechts 0,5 hoger dan in een niet-apotheekhoudende praktijk. Als we echter bedenken dat het *gemiddelde* over alle praktijken slechts 0,5 is, dan blijkt

dat het in wezen gaat om een zeer groot verschil. Het interactie-effect in het model wil zeggen dat een hoog percentage werklozen *alleen* in de drie grote steden een negatief effect heeft op het relatieve aantal contacten in de avonduren.

Percentage contacten langer dan 10 minuten

Het aantal assistentes en het aantal alleenstaanden hebben een verhogend effect op het percentage contacten langer dan 10 minuten. Samen verklaren ze 12% van de variantie.

Percentage contacten op initiatief van de patiënt

Meer contacten op initiatief van de patiënt vinden plaats in praktijken met een hoog percentage vrouwen en bij oudere huisartsen. Minder vinden ze daarentegen plaats bij jongere en apotheekhoudende huisartsen en in praktijken met een hoog percentage ouderen. Tezamen wordt 34% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met voorwaardelijk vervolg

Van 'voorwaardelijk vervolg' wordt gesproken als op het contact geen datum wordt afgesproken om terug te komen: de patiënt dient alleen terug te komen in geval van herhaling van het probleem. In praktijken met veel ouderen, werklozen en veel patiënten die al lang staan ingeschreven worden weinig van dit soort afspraken gemaakt. Het zelfde geldt voor apotheekhoudende huisartsen, oudere huisartsen en huisartsen die veel full time equivalenten per week werkzaam zijn. In totaal wordt 31% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met acuut somatische problemen

Geen van de geselecteerde variabelen bleek voldoende verklaringskracht te hebben om in het model te worden opgenomen.

Percentage contacten met traumata

In praktijken met veel ouderen en veel alleenstaanden komen minder contacten met betrekking tot trauma voor. Huisartsen die meer uren maken krijgen daarentegen iets meer traumata in de praktijk.

Percentage contacten met infectieziekten

In praktijken met een hoog percentage ouderen apotheekhoudende praktijken, en bij oudere huisartsen is het percentage infectieziekten lager. In praktijken met een hoog percentage eenoudergezinnen en praktijken met een vrij spreekuur is het percentage juist hoger. Door deze variabelen wordt 47% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met chronische ziekten en neoplasma

Het percentage alleenstaanden lijkt een negatieve invloed te hebben op het percentage chronische ziekten. Ook komen chronische ziekten minder voor in praktijken met een vrij spreekuur. In praktijken met een hoog percentage ouderen is het aantal chronische ziekten en neoplasma's gepresenteerd in de huisartspraktijk hoger. In totaal wordt 45% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met zwangerschap e.d.

Een hoger percentage contacten met betrekking tot zwangerschap komt voor in apotheekhoudende praktijken, bij vrouwelijke huisartsen, in praktijken met relatief veel vrouwen, mensen tussen 15 en 30 jaar en in praktijken met relatief veel assistentie. In totaal wordt bijna 40% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met sociale problemen

Sociale problemen komen vaker naar voren in praktijken met veel vrouwen, met veel laag opgeleide mensen en met een vrij spreekuur. Tezamen wordt door deze variabelen 24% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met psychische problemen

De variantie in het percentage contacten van psychische aard wordt voor 11% verklaard door het percentage vrouwen (negatief) het percentage culturele minderheden (positief) en het percentage van de populatie dat al langer dan 5 jaar staat ingeschreven (negatief).

Percentage contacten met preventie

In praktijken met veel ziekenfondspatiënten komen contacten met een preventief karakter minder vaak voor. In apotheekhoudende huisartspraktijken echter meer. Tezamen verklaren deze variabelen slechts 8% van de variantie.

Percentage contacten met externe diagnostiek

Externe diagnostiek wordt meer aangevraagd door jongere huisartsen, huisartsen in praktijken met veel vrouwen, en door huisartsen in de drie grote steden met veel WAOers. 29% van de variantie wordt verklaard.

Percentage contacten met gesprek

In praktijken met een hoog percentage hoog opgeleide mensen bestaat (een deel van) de behandeling vaak uit een gesprek. Het percentage hoog opgeleide mensen verklaart 6% van de variantie.

Percentage contacten met medisch-technische verrichtingen

In praktijken met veel alleenstaanden en minder assistenten vinden minder medisch-technische verrichtingen plaats. Deze twee variabelen verklaren 16% van de variantie.

Percentage contacten met voorschrift voor medicijnen

Er wordt meer voorgeschreven in praktijken met veel laag opgeleide mensen, in solopraktijken, bij oudere huisartsen. Minder wordt er voorgeschreven door huisartsen in de drie grote steden met een hoog percentage ouderen in de populatie. Er wordt 21% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met nieuwe verwijzingen

In praktijken met een hoog percentage patiënten tussen 15 en 30 jaar en veel culturele minderheden en veel WAOers vinden relatief veel nieuwe verwijzingen plaats. In praktijken met veel laag opgeleide mensen en praktijken met een vrij spreekuur vinden nieuwe verwijzingen minder plaats. Tezamen wordt 31% van de variantie verklaard.

Percentage contacten met verwijzingen naar de tweede lijn

In praktijken met veel ouderen en werklozen, weinig WAOers en in apotheekhoudende huisartsen vinden minder verwijzingen naar de tweede lijn plaats. Voorts vinden er juist meer verwijzingen plaats in praktijken in de drie grote steden met een hoog percentage patiënten tussen 15 en 30 en weinig vrouwen. Er wordt 31 % van de variantie verklaard.

Percentage contacten met verwijzing op initiatief van de patiënt

In praktijken met veel laag opgeleide patiënten en apotheekhoudende huisartsen vinden minder verwijzingen op initiatief van de patiënt plaats. In praktijken met veel WAOers vinden daarentegen meer van dit soort verwijzingen plaats. In praktijken in de drie grote steden met relatief veel werklozen vinden meer verwijzingen plaats op initiatief van de patiënt. Er wordt 33% van de variantie verklaard.

7.3.3 De verklarende waarde van praktijksamenstelling en praktijk- en huisartskenmerken vergeleken

Zijn kenmerken van de praktijkpopulatie nu het meest belangrijk, of zijn het juist kenmerken van de huisarts of de praktijk?

Om na te gaan wat de verhouding is tussen de verklarende waarde van de praktijksamenstelling enerzijds en de kenmerken van de praktijk of huisarts anderzijds, zijn in twee stappen regressieanalyses uitgevoerd. Daarbij werden in de eerste stap het totale aantal kenmerken van de praktijkpopulatie tegelijkertijd in het model opgenomen. In stap 2 wordt het residu van deze analyses vervolgens als afhankelijke variabele beschouwd en is gekeken in hoeverre het wordt verklaard door huisarts- en/of praktijkkenmerken. Als we dus een grote verklarende waarde van de populatiekenmerken vinden, en praktijkkenmerken voegen daar weinig of niets aan toe, dan betekent het dat de variantie van de betreffende criteriumvariabele in hoofdzaak door populatiekenmerken wordt bepaald.

In tabel 7.4 worden de R^2 voor alle populatiekenmerken tezamen, de R^2 van de praktijk- en huisartskenmerken en de bèta's van de geselecteerde variabelen gegeven.

Tabel 7.4 Resultaten regressieanalyse in twee stappen: R^2 en bèta's

	adj. R^2 stap 1 (alle populatie- kenmerken)	adj. R^2 stap 2 (praktijk-/ huisarts- kenmerken)	Bèta's stap 2	
contacten				
aantal huisartscont. per 1000 pat.	0,34	0,15	nonsolo	0,39
			assist	-0,21
			vrijsprek	0,16
aantal assistentcont. per 1000 pat.	0,21	0,13	apoth	0,34
			xlft	-0,17
ratio visites/spreekuurcontacten	0,37	0,05	assist	-0,21
			drgrst	-0,19
ratio weekend/dagcontacten	0,16	0,03	assist	0,18
ratio avond/dagcontacten	0,16	.	.	.
% contacten > 10 minuten	0,00	0,07	assist	0,28
% op initiatief patiënt	0,26	0,05	apoth	-0,23
% voorw. vervolg	0,19	0,02	apoth	-0,16
gezondheidsproblemen				
% acute somatische problemen	0,08	.	.	.
% traumata	0,29	0,08	nonsolo	0,26
			fte	0,20
% infectie	0,40	0,06	vrijsprek	0,19
			apoth	-0,18
% chron. ziekte/neoplasma	0,45	0,05	vrijsprek	-0,23
% zwangerschap ed.	0,25	0,18	apoth	0,43
			drgrst	0,22
			assist	0,16
% sociale probl.	0,21	.	.	.
% psychische probl.	0,13	.	.	.
verrichtingen				
% preventie	0,09	.	.	.
% aanvragen externe diagnostiek	0,33	0,03	xlft	-0,20
% gesprek	0,02	.	.	.
% medisch-technische verr.	0,21	0,04	vrijsprek	0,18
			assist	0,27
% medicatie voorschriften	0,07	0,07	nonsolo	-0,20
			xlft	0,18
% nieuwe verwijzing	0,27	0,03	vrijsprek	-0,18
% verwijzing 2e lijn	0,30	.	.	.
% verw. op initiatief patiënt	0,26	0,05	apoth	-0,23

We zien dat het aantal artscontacten met name wordt bepaald door populatiekenmerken, maar dat ook praktijkkenmerken een rol spelen. Voor het aantal assistentcontacten geldt hetzelfde, zij het in mindere mate. Het aantal

visites, contacten tijdens de avonduren, en contacten in het weekend wordt bijna uitsluitend door populatiekenmerken bepaald (afgezien van de onverklaarde variantie natuurlijk). Bij het aantal contacten langer dan 10 minuten is het opmerkelijk dat de geringe hoeveelheid verklaarde variantie uitsluitend bepaald wordt door het aantal assistenten in de praktijk.

Kijken we naar de criterium variabelen met betrekking tot verrichtingen, dan blijkt de extra verklarende waarde van praktijk- en huisartskenmerken gering. Uitzonderingen op deze regel zijn het percentage voorschriften, waar nog 7% van de door populatiekenmerken onverklaard gelaten variantie verklaard wordt door huisarts- en praktijkkenmerken.

Ook voor wat betreft de variabelen die betrekking hebben op morbiditeit zijn het de populatiekenmerken die het allergrootste deel van de verklaarde variantie voor hun rekening nemen. Hier is een uitzondering het percentage aan zwangerschap gerelateerde problemen. Daar wordt nog 18% van de onverklaard gelaten variantie door praktijk- en huisartskenmerken verklaard.

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillen tussen artsen voor wat betreft contacten, verrichtingen en morbiditeit slechts in geringe mate verklaard worden door praktijk- en huisartskenmerken. Dit betekent dat de verschillen tussen grote steden en minder verstedelijkte gebieden, waar dit onderzoek tenslotte over gaat, voornamelijk verklaard kunnen worden uit verschillen in de procentuele samenstelling van de praktijkpopulatie.

7.4 Samenvatting

In hoofdstuk 3 hebben we een aantal verschillen geconstateerd in praktijkpopulatie tussen steden en minder stedelijke gebieden. In dit hoofdstuk hebben we getracht de samenhang te ontdekken tussen deze logistische en lineaire regressie tot een verklaringsmodel te komen. Hieronder zullen we de meest in de modellen opgenomen variabelen en hun invloed op het aantal en de aard van de contacten bespreken.

7.4.1 De invloed van de praktijksamenstelling op de huisartsenzorg

Wat betekent het nu voor de huisartsenzorg dat er in de grote steden relatief veel mensen in de leeftijd van 15 tot en met 30 jaar deel uitmaken van de praktijkpopulaties van de huisartsen, relatief veel ouderen, vrouwen, hoog opgeleiden, laag opgeleiden, ziekenfondsverzekerden, alleenstaanden, culturele minderheden, werklozen en WAO-ers en er in de grote stad meer verloop is? We zullen dit eerst bespreken voor de contactfrequenties en de consultvoering, vervolgens voor het probleemaanbod en tenslotte voor het verrichtingenpatroon.

Voor wat betreft de **contactfrequenties** met de huisarts en de assistente kan gezegd worden dat een hogere contactfrequentie kan worden verwacht op basis van het hogere aandeel van vrouwen, ouderen, alleenstaanden, ziekenfondsverzekerden, kort ingeschrevenen en WAO-ers, maar een lagere contactfrequentie op basis van het relatief grote aandeel van 15 tot 30-jarigen en hoog opgeleiden. Het aandeel van de visites is hoog bij vrouwelijke patiënten, laag opgeleiden, alleenstaanden en vooral bij ouderen. Op grond hiervan verwachten we in de grote stad een hoger aandeel visites. Dit wordt echter gedrukt door het hogere aandeel 15 tot 30-jarigen in de grote stad. Praktijksamenstelling blijkt vrij weinig uit te maken voor de aantallen contacten buiten kantooruren. Alleen vrouwen blijken relatief weinig contacten buiten kantooruren te hebben, hetgeen mede een verklaring zou kunnen zijn voor een geringer aandeel van deze contacten in de grote stad. Langdurige contacten zien we relatief vaker bij ouderen, vrouwen, kort ingeschrevenen, alleenstaanden en WAO-ers, allemaal groepen die in de grote stad vaker voorkomen. Aan de andere kant zien we minder langdurige contacten bij 15 tot 30-jarigen, laag opgeleiden en ziekenfondsverzekerden, ook groepen die in de grote stad meer voorkomen. Contacten op initiatief van de patiënt zien we meer bij 15 tot 30-jarigen, ziekenfonds patiënten en kort ingeschrevenen, maar minder bij ouderen, vrouwen en mensen met een lage opleiding. Bij deze laatste drie groepen zien we ook minder vervolcontacten. Alleen bij ziekenfondsverzekerden zien we relatief veel vervolcontacten.

Er is dus sprake van een duidelijke invloed van praktijksamenstelling op de huisartsenzorg, alleen voor de grote stad wijst deze invloed niet in een eenduidige richting. Sommige kenmerken van de praktijkpopulatie leiden tot meer of langduriger contacten, maar ander juist tot minder.

Een dergelijk beeld komt ook naar voren bij het **probleemaanbod**. Veel vrouwen en hoog opgeleiden hangt samen met relatief weinig acute, somatische klachten. Het aandeel van de traumatologie in de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit is geringer bij ouderen, vrouwen, hoog opgeleiden, allochtonen en WAO-ers, maar groter bij jong volwassenen, ziekenfonds patiënten en alleenstaanden. Infecties zien we juist meer bij jong volwassenen, maar minder bij vrouwen en ouderen. Chronische aandoeningen worden relatief vaker in de huisartspraktijk gepresenteerd door ouderen, laag opgeleiden en WAO-ers en minder door jong volwassenen en hoog opgeleiden. Sociale problemen komen vaker bij vrouwen, alleenstaanden en een-oudergezinnen voor maar minder bij jong volwassenen. Alleen bij psychische problemen wijst de praktijksamenstelling in de grote stad tamelijk eenduidig in de richting van een relatief groot aandeel daarvan in het probleemaanbod bij de huisarts. Zowel ouderen, vrouwen, laag opgeleiden, ziekenfondsverzekerden, kort ingeschreven patiënten, alleenstaanden, eenoudergezinnen en WAO-ers hebben relatief vaak contact met de huisarts in verband met

dergelijke problemen, waar tegenover alleen de jong volwassenen staan met minder psychische problemen.

Bij het **verrichtingenpatroon** is het beeld eveneens wisselend. Het hoge percentage jong volwassenen gaat over het algemeen samen met weinig verrichtingen. Bij ouderen zien we veel preventie, gespreksvoering medicatie en verwijzingen naar de tweede lijn, maar relatief weinig externe diagnostiek, nieuwe verwijzingen en verwijzingen op initiatief van de patiënt. Bij vrouwen vinden meer preventieve activiteiten, externe diagnostiek, gespreksvoering en medicatie plaats, maar minder medisch-technische verrichtingen en verwijzingen (behalve verwijzingen op initiatief van de patiënt). Opleiding maakt vrij weinig uit voor het verrichtingenpatroon. Bij hoog opgeleiden zien we meer preventieve activiteiten en minder medicatie. Medicatie zien we ook meer bij ziekenfondsverzekerden, hetzelfde geldt voor verwijzingen. Bij deze categorie vinden echter minder preventieve en externe diagnostische procedures toegepast. Kort ingeschreven patiënten brengen meer externe diagnostische procedures met zich mee, meer gespreksvoering, meer nieuwe verwijzingen en verwijzingen op initiatief van de patiënt, maar minder medisch-technische verrichtingen. Bij de overige meer in de stad voorkomende patiëntencategorieën (alleenstaanden, allochtonen, werklozen en WAO-ers) wijkt het verrichtingenpatroon niet sterk af. Meer gespreksvoering zien we bij alleenstaanden en WAO-ers. Bij WAO-ers zien we tevens meer medicatie.

De vraag is nu of er los van de bovenstaande verschillen in patiëntkenmerken nog een verschil is tussen patiënten in de grote stad en daarbuiten. En of het misschien zo is dat de relatie tussen patiëntkenmerken en de verleende huisartsenzorg in de grote stad anders ligt dan daarbuiten. Om een voorbeeld te geven zouden allochtonen in de grote stad wellicht wél vaker naar de huisarts kunnen gaan in vergelijking tot de rest van de bevolking terwijl buiten de grote stad een dergelijk verschil afwezig is.

Om met het eerste te beginnen hebben mensen in de grote stad minder contacten met de praktijkassistente, hetgeen niet wordt veroorzaakt door verschillen in patiëntkenmerken. Hetzelfde geldt voor de visites, contacten buiten kantooruren en vervolgspraken. Hiertegenover staan meer spreekuurcontacten in de grote stad, meer langdurige contacten en meer contacten op initiatief van de patiënt. Qua probleemaanbod is er geen verschil tussen de grote stad en de vergelijkingsgroep behalve verschillen die worden veroorzaakt door verschillen in praktijksamenstelling. Verrichtingen die bij patiënten in de grote stad vaker plaatsvinden dan op grond van hun patiëntkenmerken mag worden verwacht zijn externe diagnostiek, gespreksvoering en verwijzingen op initiatief van de patiënt. Daartegenover staan minder medisch-technische verrichtingen.

Verbanden tussen patiëntkenmerken en huisartsenzorg die in de grote stad anders liggen dan daarbuiten betreffen voor wat betreft de contactfrequenties

met name de assistentecontacten. Ouderen hebben in de grote stad minder assistentecontacten dan ouderen daarbuiten. Bij ziekenfondsverzekerden en kort ingeschrevenen geldt het omgekeerde. Deze hebben in de grote stad meer assistentecontacten. Bij het probleemaanbod zijn er slechts enkele verschillen. Zo zien we minder traumatologie bij jong volwassenen in de grote stad, meer acute somatische klachten bij kort ingeschrevenen in de grote stad en meer sociale problemen bij ziekenfondsverzekerden. Ook bij het verrichtingenpatroon zijn er slechts enkele verschillen: bij jong volwassenen in de grote stad meer externe diagnostiek en nieuwe verwijzingen, bij kort ingeschrevenen meer medicatie, minder vervolgspraken bij ouderen en minder gespreksvoering bij ziekenfondsverzekerden.

7.4.2 De invloed van huisarts- en praktijkkenmerken

Grote steden wijken niet alleen voor wat betreft patiëntkenmerken af van de rest van Nederland, ook zijn er verschillen in praktijkkenmerken. Zo zijn er in de grote stad relatief meer meermanspraktijken, er zijn geen apotheekhoudende huisartsen, de huisartsen zijn gemiddeld ouder, vaker van het vrouwelijk geslacht, vaker part-time werkzaam en hebben iets kleinere praktijken en minder vaak een praktijkassistente. Uit onderzoek (Van Dierendonck et al, 1992) blijkt dat dit soort huisartskenmerken samenhangen met de geleverde zorg. Nagegaan is welke verbanden er zijn als wordt gecontroleerd op de patiëntkenmerken zoals besproken in de voorgaande paragraaf.

We bespreken dit weer voor respectievelijk contactkenmerken, probleem-aanbod en verrichtingenpatroon.

Huisartsen in meermanspraktijken hebben in het algemeen minder huisartscontacten, hetzelfde geldt voor apotheekhoudende huisartsen en huisartsen met een vrij spreekuur. Oudere huisartsen en huisartsen met meer praktijk-assistentie hebben minder artscontacten. Het aantal assistentecontacten blijkt zeer aanzienlijk hoger bij apotheekhoudende huisartsen en iets lager bij oudere huisartsen. Vrouwelijke huisartsen leggen relatief minder visites af. Apotheekhoudende huisartsen maken minder vervolgspraken en oudere huisartsen hebben, tenslotte, minder contacten op initiatief van de patiënt. Ten aanzien van het probleemaanbod zijn de verschillen tussen groepen artsen minimaal. Hetzelfde geldt voor het verrichtingenpatroon. Alleen kan worden geconstateerd dat in meermanspraktijken iets minder wordt voorgeschreven. De afwijkende kenmerken van huisartsenpopulatie in de grote steden heeft dus vooral consequenties voor de contactkenmerken en dan met name de frequentie van contact met de huisarts en de praktijkassistente. Het hogere aandeel van meermanspraktijken in de grote steden brengt een lagere contactfrequentie met de huisarts met zich mee. Verder is als gevolg van het feit dat er geen apotheekhoudende huisartsen in de grote steden zijn het aantal assistentecontacten groter.

Onderzocht is of er apart van verschillen in patiëntkenmerken en huisartskenmerken nog verschillen zijn tussen de huisartsen in de grote steden en daarbuiten. Daaruit bleek dat op geen van de bekeken parameters voor huisartsenzorg er statistisch significante verschillen waren. Verschillen in morbiditeit verrichting en contactfrequentie die optreden tussen grotestads-huisartsen en huisartsen daarbuiten zijn dus terug te voeren op verschillen in kenmerken van de praktijkpopulatie en kenmerken van de huisartsen in de steekproef. Het al of niet werkzaam zijn in de grote stad blijkt daar verder weinig aan toe te voegen.

LITERATUUR

- Bakker, D.H. de. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht, NIVEL, 1986.
- Bakker, D.H. de. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht, NIVEL, 1988.
- Bakker, D.H. de, A.A.M.C. Claessens, J. van der Velden. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Bakker, D.H. de, E. Hackenitz. Continuity of care in general practice and population mobility (artikel in voorbereiding)
- Beeck, E.F. van, J.P. Mackenbach, C.W.N. Looman, A.E. Kunst. Determinants of traffic accident mortality in the Netherlands: a geographical analysis. *International Journal of Epidemiology* 20, 1991, 3.
- Bellantuono, C, P. Williams, M. Transella. Psychiatric morbidity in General Practice *Psychological Medicine*. Nr. suppl. 19, p. 41-45, 1991.
- Belleman, S.J.M. De contactfrequentie van allochtone patiënten. *Huisarts en Wetenschap* 29, 1986, 2, 48-50.
- Bensing, J, A. van den Brink-Muinen, D. de Bakker, Differences between female and male general practitioners: patients, problems, provision of services. Concept-artikel.
- Bos, G.A.M. van den, *Zorgen van en voor chronisch zieken* (dissertatie). Bohn, Scheltma & Holkema, 1989.
- Carr-Hill, R., T. Sheldon. *Designing a deprivation payment for general practitioners: the UPA(8) wonderland*, 1991.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Huishoudens 1985; sociaal-demografische cijfers*. 's-Gravenhage: staatsuitgeverij/CBS publicaties 1988.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Maandstatistiek van de Bevolking*. november 1988; CBS 1988.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Personele Inkomensverdeling 1984*. Regionale gegevens. Deel 1 Inkomens per gemeente, corop-gebied, provincie en landsdeel. 's-Gravenhage, staatsuitgeverij/CBS publicaties 1988.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek 1990*. CBS, sdu uitgeverij, cbs publicaties, 1990.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. *Regionaal Statistisch Zakboek*, 1987. CBS, sdu uitgeverij, cbs publicaties, 1990.
- Dierendonck, D. van, P.P. Groenewegen, H. Sixma. *Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen*. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Foets, M., J. van der Velden. *Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Basisrapport: Meetinstrumenten en Procedures. Utrecht, NIVEL, 1990.

- Frenken, F.J.M. Gezondheidsenquêtes; Regionale gegevens uit de gezondheidsenquête 1985/1988. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1990, 1, 4-20
- Gabe J, P. Williams, Rural tranquility. Urban-rural differences in tranquilliser prescribing. *Social Science Medicine*, 1986, jrg. 22, nr. 10, p. 1059-1066.
- Garretsen H.F.L, H. de Raat, Gezondheid in de vier grote steden, Den Haag: WRR, 1989.
- Gillam, S.J., B. Jarman, P. White, R. Law. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal* 299, 1989, 953-957.
- Goldberg D.P., The detection of psychiatric illness by questionnaire. Mandsley Monographs no. 21. London: Oxford University Press, 1972.
- Groenewegen, P.P., D.H. de Bakker, J. van der Velden. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.
- Halfens J.G, Locus of control: de beheersings oriëntatie in relatie tot ziekte en gezondheidsgedrag. Maastricht: Rijksuniversiteit, 1985.
- Haynes, R. Inequalities in health and health service use: evidence from the general household survey. *Social Science and Medicine* 33, 1991, 4, 361-368.
- Hessels, I, Home-teams 1989, Utrecht: NIVEL, 1990.
- Hingstman, L., J. Pool. Snel meer huisartsen (her)opleiden. *Het Parool*, mei 1992.
- Hodiamont P.P.G, Het zoeken naar zieke zielen: een onderzoek in het kader van de sociale psychiatrie Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- Jarman, B. Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal* 286, 1983, 1705-1708.
- Kersten T.J.J.M. et al, Hoe functioneert de door het kruiswerk georganiseerde nazorg. Utrecht: NIVEL, 1989.
- Kooy, L.R. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst 1988.
- Krogh, A., K. Astvad, V. Iversen. Diagnostic activity in general practice 1. Patient's contactpatterns in rural and urban general practices (in Danish). *Ugeskrift for Læger*. Jrg. 151, nr. 50, 1989, p. 3388-3391.
- Lako, C.J., R.J. van Zonneveld, R. Cluitmans, L. Fredrix, I. Vasbinder. Subjectieve gezondheid en medische consumptie van ouderen in grote steden en op het platteland. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65, 1987, 5, 131-135.
- Lamberts, H., Woods, M. International classification of primary care. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- Lau-IJzerman A, J.D.F. Habbema, P.J. van der Maas. Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam. Amsterdam: ISG, 1981.

- Leeflang, R.L.I. Hulpzoekgedrag van Turkse migranten en Nederlanders met gezondheidsklachten: resultaten van een vooronderzoek. Leiden: LIDESCO, 1991.
- Lisdonk, E.H. van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Mays, N., S. Chinn, Kit Mui Ho. Interregional variations in measures of health from the Health and Lifestyle Survey and their relation with indicators of health care need in England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992, 46, 38-47.
- Oers, J.A.M. van, J.H.M. Teeuwen. Sociaal-economische status en sterfteverschillen tussen Rotterdamse buurten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 69, 1991, 3, 55-60.
- Post D. et al, Verwijzen en voorschrijven in de stad en op het platteland: een onderzoek naar regionale verschillen in medische consumptie in vijf regio's. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*. Jrg. 69, nr. 4, p. 101-106, 1991.
- Querido, J.D. In een stadspraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1988.
- Querido, J.D. Morbiditeit en problematiek van alleenstaanden. *Huisarts en Wetenschap* 34, 1991, 4, 173-182.
- Seivewright H., P. Tyrer, P. Casey, N. Seivewright, A Three year follow up of psychiatric morbidity in urban and rural primary care. *Psychological Medicine*, Jrg. 21, nr. 2, p. 495-503, 1991.
- Sixma H.J.M, EHBO in Zoetermeer. Utrecht: NIVEL, 1990.
- Sonsbeek, J.L.A. van. Gezondheidsenquêtes; (On)gezonde steden. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*, 1989, 8, p. 5-12
- Speld G.D.J. van der, Regionale verschillen in gebruik ziekenhuis voorzieningen: een intrigerend verschijnsel. *Het Ziekenhuis*, nr. 4, p. 136-138, 1990.
- Thomassen, J.F.M. Mobiliteit en gezondheid. *Huisarts en Wetenschap* 1978, 21, 85-92.
- Tonnellier, F. Géographie des soins, géographie économique; étude de divers contours géographiques en France. CREDES, 1991.
- Townsend, P., N. Davidson (eds.). *Inequalities in health; the Black Report*. Harmondsworth, Middlesex, England Penguin Books Ltd. 1982.
- Tijhuis, M.A.R., L. Peters, M. Foets. An Orientation towards help seeking for emotional problems, *Social Science and Medicine*, 1990, jrg. 31, nr. 9, p. 989-995.
- Velden, J. van der, D.H. de Bakker, A.A.M.C. Claessens, F.G. Schellevis. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1991.

- Velden, J. van der, H. Abrahamse. Huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren: een secundaire analyse op de Nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992 (in voorbereiding)
- Ven, W.P.M.M. van de, R.C.J.A. van Vliet. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1986, Jrg. 64, nr. 21, p. 669-775.
- Vries, T. de, R.C.J.A. van Vliet. Grote tekorten in grote steden? Medisch Contact 47, 1992, 10, p. 295-298
- Vroege, N.H. Woudschotenrapport, uitgebracht door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG, 1959.
- Wal, G. van der, R.C.J. Smeenk. Bewerkelijkheid nader bekeken. Huisarts en Wetenschap 27, 1984, 9, 309-310.
- Wieringen, J.C.M. van, A. Leentvaar-Kuijpers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt, H.A. van Kessel-Al. Morbiditeitspatroon en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groeperingen; een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65, 1987, 587-592.
- Wijkkel, D. Samenwerken en verwijzen. Dissertatie Rijksuniversiteit Groningen. Utrecht: NIVEL, 1986.

BIJLAGE A Herleiding clusters van klachten en aandoeningen tot ICPC-codes

	Omschrijving	Cluster code	ICPC code
I	GEEN ZIEKTE	0101	A97
II	CONGENITAAL	0201	A90, B78-79, D81, F80-81, H80, K73, L82.1-9, N85, R89, S83, T78, T80, U85, W76, X83, Y82-84
III	ACUTE SOMATISCHE KLACHTEN		
	Algemeen	0301	A01-11.9, 14, 15, 29
	Bloed	0302	B01-11.9, 29
	Maagdarm, appendicitis	0303	D01-25.9, 29
	Oog	0304	F01-18, 29
	Oor	0305	H01-15, 29
	Hart/Vaat	0306	K01-07, 29
	Bewegingsapparaat	0307	L01-25, 29, 86.2
	Neurologie	0308	N01-19, 29, 89
	Ademhaling	0309	R01-25, 29.1-29.9
	Huid	0310	S01-08, 20-23.9, 29
	Endocrien	0311	T01-11, 29
	Urinewegen	0312	U01-14, 29
	Vrouwelijk genitaal	0313	X01-18, 29
	Mannelijk genitaal	0314	Y01-10, 16, 29
	Afwijkingen bloed/testen	0315	A91, B84-86, B87, D96
IV	TRAUMATOLOGIE		
	Algemeen	0401	A80-82, 88.1-89
	Oog	0402	F75-79
	Oor	0403	H76-79
	Bew.app.	0404	L72-80.9, 96
	Neurologie	0405	N79.1-81
	Huid	0406	S12-19
	Genitaal	0407	X82, Y80-81
	Overige trauma's	0408	B76-B77, D79-D80, K72, R87-R88, T74, T80
V	INFECTIES		
	Kinderziekten	0501	A71-72, A74, A76, D71, N70-71, R71-72.9
	Klier ziekten/itis	0502	A75, B70-71
	Gastro-enteritis/wormen	0503	D70, D73-74, D88
	Conjunctivitis/ov.oog	0504	F70.1-F73.9
	Otitis/ov.oor	0505	H70-H74.9
	Ademhaling	0506	R74-83, R90
	Huid	0507	S09-11, S70-76.9, S84-85
	Urinewegen	0508	U70-72
	Vrouwelijk genitaal	0509	X70-74, X90, X991
	Mannelijk genitaal	0510	Y70-75
	Overige infecties	0511	A70, A73, A77-78, B90, K70, K74, N72, N73, R70, T70

VI	CHRONISCHE ZIEKTEN		
	Allergie/ov.	0601	A12, R97, S98
	Anaemie, stollingstoornissen	0602	B80-82, B83.1-9
	Maagdarm	0603	D82-87, D92-95.3, D99.1-99.9
	Lever/gal	0604	D72.1-3, D97.1-98.9, D89-D91
	Oog	0605	F91-99
	Oor	0606	H81-99
	Hart	0607	K75.1-84.9
	Bloeddruk	0608	K85-88
	Vaat	0609	K89-99.9
	Bewegingsapparaat	0610	L83-95 (excl. L86.2, L96), L97.1-L99
	Neurologie	0611	N86-88, N99.1-99.9
	Ademhaling	0612	R91.1-96, R99.1-9
	Huid	0613	S86-97, S99.1-9
	Schildklier	0614	T12, T81, T85-86, T99.1
	DM	0615	T87-90
	Vet/Stoornissen	0616	T82, T93
	Nier	0617	U88-99.9
	Vrouwelijk genitaal	0618	X84-89, X99.2-9
	Mannelijk genitaal	0619	Y85-99
	Overige chronische ziekten	0620	A99, B99, T91, T92, T99.2-T99.3
VII	NEOPLASMA		
	Kanker/Maligne neoplasma	0701	A79, B72.1-73, D75.1-76.9, L71.2, N74.1-9, R84.1-9, S77, T71, U75-77, W72, X75.1-77, Y76.1-9
	Benigne neoplasma/ niet spec. neoplasma	0702	B74, D77-78, F74, H75, K71, L71.1, L71.9, N75-76, R85-86, S78-82, T72-73, U78-79, W73, X78-81, Y77-79
VIII	ZWANGERSCHAP/BEVALLING/ KRAAMBED	0801	W01-06, W15-21, W29.1-W29.9, W70-W71, W77-99.9, A92-95
IX	GEZINSPLANNING	0901	W10-14, Y13-14
X	ANGST VOOR ZIEKTEN	1001	A13, A23-27, B25-27, D26-27, F27, H27, K24-27, L26-27, N26-27, P27, R26-27, S26-27, T26-27, U26-27, W27, X23-27, Y24-27, Z27
XI	PSYCHE		
	Psychische klachten	1101	P01-13.9, P20, P29
	Verslaving	1102	P15-19
	Gedragstoornissen	1103	P22.1-23, P26
	Levensfase	1104	P24-25
	Angst voor psychisch probleem	1105	P27
	Psychosen	1106	P70.1-73, P99.9
	Neurosen	1107	P74-99.8 (excl. P77)
	Mentale retardatie	1108	P77

XII	SOCIAAL		
	Sociaal-economisch	1201	Z01-07
	Sociaal-cultureel	1202	Z08-11.9
	Relatieproblemen	1203	Z12-24.9
	Overige sociale problemen	1204	Z25-29.9
XIII	GEVOLGEN ZORG	1301	A83-87.9
XIV	PREVENTIE	1401	A30-31, W30-31, X37, A t/m Z-44,-45,-49
XV	HANDICAP	1501	A t/m Z-28

BIJLAGE A.2 Incidentie en prevalentie per ICPC-hoofdstuk

Tabel 1 Incidentie per ICPC-hoofdstuk naar urbanisatiegraad na weging (naar leeftijd en geslacht) per 3 maanden per 1000 patiënten

ICPC-hoofdstuk	urbanisatiegraad			
	ruraal n=4.747.055	suburbaan n=5.031.531	urbaan n=3.248.938	grote stad n=1.647.511
A. algemeen e.a.	30,9	35,9	34,0	33,7
B. bloed e.a.	3,8	3,5	5,1	4,1
D. maag-darmkanaal	32,8	37,3	43,0	35,8
F. oog	15,8	16,0	16,7	12,3
H. oor	23,7	25,8	28,6	23,4
K. hart-vaatstelsel	15,0	15,4	20,9	18,5
L. bewegingsapparaat	75,4	85,4	89,9	67,0
N. zenuwstelsel	10,3	10,2	10,0	8,8
P. psyche	16,7	24,3	26,9	25,5
R. ademhalingsorganen	78,5	84,5	95,4	80,9
S. huid e.a.	61,3	67,4	67,9	61,2
T. endocrien/metabolisme e.a.	4,3	4,6	5,4	6,2
U. urinewegen	13,1	13,9	16,9	15,2
W. zwangerschap e.a.	15,8	10,8	12,6	10,5
X. vrouwelijke genitaliën e.a.	14,2	16,8	18,3	15,8
Y. mannelijke genitaliën e.a.	3,1	3,3	3,8	4,6
Z. sociale problemen	5,8	7,0	7,9	9,2
totaal	420,5	462,1	503,3	432,7

Tabel 2 Prevalentie per ICPC-hoofdstuk naar urbanisatiegraad na weging (naar leeftijd en geslacht) per 3 maanden per 1000 patiënten

ICPC-hoofdstuk	urbanisatiegraad			
	ruraal n = 4.747.055	suburbaan n = 5.031.531	urbaan n = 3.248.938	grote stad n = 1.647.511
A. algemeen e.a.	59,8	63,3	61,0	68,0
B. bloed e.a.	15,2	10,1	13,4	12,0
D. maag-darmkanaal	65,7	64,8	74,3	63,7
F. oog	29,0	27,0	28,5	22,4
H. oor	30,2	32,0	35,4	30,1
K. hart-vaatstelsel	129,7	102,9	116,5	105,0
L. bewegingsapparaat	120,3	126,4	137,3	111,9
N. zenuwstelsel	35,5	27,5	28,7	22,6
P. psyche	89,7	87,8	97,4	94,2
R. ademhalingsorganen	129,1	125,9	141,6	124,1
S. huid e.a.	99,9	101,4	101,7	91,7
T. endocrien/metabolisme e.a.	32,7	25,8	30,4	31,4
U. urinewegen	23,3	21,8	24,3	21,9
W. zwangerschap e.a.	54,8	47,9	51,8	45,3
X. vrouwelijke genitaliën e.a.	27,8	29,4	33,4	30,5
Y. mannelijke genitaliën e.a.	5,0	5,2	6,0	6,5
Z. sociale problemen	14,7	19,5	23,8	26,3
totaal	962,4	918,7	1.005,5	907,5

BIJLAGE B Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisarts praktijk per morbiditeitscluster

Tabel 1 Niet gestandaardiseerde incidentie in de huisarts praktijk per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
sociaal: sociale isolatie	0,50	1,06	1,44	2,13	2,90
chronisch: overige chronische ziekten	0,89	1,51	2,09	1,70	2,36
acuut somatisch: endocrien	0,94	1,58	1,98	1,68	2,11
infecties: mannelijk genitale infecties	1,26	2,15	2,63	1,71	2,09
acuut somatisch: afwijkingen					
bloed/testen/organen	0,12	0,38	0,25	3,03	2,00
psyche: gedragsstoornissen	0,37	0,52	0,62	1,41	1,67
psyche: verslaving	0,91	1,30	1,49	1,42	1,63
chronisch: hart	3,40	5,31	5,40	1,56	1,59
psyche: psychosen	1,02	1,49	1,56	1,46	1,53
sociaal: sociaal-cultureel	0,43	0,43	0,64	1,02	1,50
neoplasma: kanker/maligne neoplasma	1,10	1,88	1,63	1,70	1,48
chronisch: nier	0,91	1,40	1,34	1,53	1,47
chronisch: bloeddruk	3,47	7,06	4,99	2,03	1,44
sociaal: sociaal-economisch	1,40	2,14	1,95	1,53	1,39
angst voor ziekten	2,18	3,94	3,04	1,81	1,39
handicap	0,97	0,97	1,34	1,00	1,38
infecties: klier ziekten/itis	1,03	1,56	1,41	1,52	1,37
infecties: vrouwelijk genitaal	3,28	4,23	4,40	1,29	1,34
chronisch: maagdarm	12,45	17,33	15,64	1,39	1,26
chronisch: lever/gal	1,89	3,50	2,37	1,86	1,25
acuut somatisch: urinewegen	1,56	2,34	1,93	1,50	1,24
chronisch: vrouwelijk genitaal	2,69	3,67	3,32	1,37	1,23
sociaal: relatieproblemen	4,20	5,03	5,18	1,20	1,23
oog	2,20	2,66	2,64	1,21	1,20
psyche: psychische klachten	12,50	14,85	14,81	1,19	1,19
gevolgen zorg	3,76	4,41	4,44	1,17	1,18
acuut somatisch: oog	1,86	2,12	2,10	1,14	1,13
geen ziekte	11,33	12,38	12,55	1,09	1,11
infecties: huid	17,73	18,07	19,10	1,02	1,08
chronisch: vet/stoornissen	1,49	1,71	1,57	1,15	1,06
trauma's: algemeen	1,38	1,62	1,45	1,17	1,05
infecties: ademhaling	72,66	76,27	76,20	1,05	1,05
neoplasma: benigne neoplasma/					
niet spec. neoplasma	4,48	4,74	4,69	1,06	1,05
acuut somatisch: algemeen	5,32	5,70	5,57	1,07	1,05
psyche: neurosen	6,50	7,71	6,81	1,19	1,05
acuut somatisch: mannelijk genitaal	0,58	0,70	0,61	1,20	1,04
chronisch: oor	10,43	12,16	10,77	1,17	1,03
infecties: urinewegen	10,55	11,69	10,84	1,11	1,03
chronisch: neurologie	3,44	3,50	3,48	1,02	1,01
gezinsplanning	3,87	4,86	3,91	1,25	1,01

- vervolg tabel 1 -

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
chronisch: vaat	6,21	7,14	6,16	1,15	0,99
chronisch: huid	20,25	23,11	19,77	1,14	0,98
chronisch: bewegingsapparaat	25,63	29,64	24,64	1,16	0,96
acut somatisch: huid	9,77	11,40	9,30	1,17	0,95
acut somatisch: hart/vaat	1,40	1,81	1,32	1,29	0,94
chronisch: schildklier	0,37	0,31	0,35	0,84	0,94
chronisch: DM	0,95	1,08	0,88	1,14	0,93
chronisch: mannelijk genitaal	0,57	0,51	0,53	0,91	0,93
acut somatisch: oor	1,02	1,03	0,95	1,01	0,93
congenitaal: congenitaal	0,64	0,44	0,58	0,70	0,92
chronisch: allergie/overig	6,16	6,17	5,57	1,00	0,90
chronisch: ademhaling	5,71	5,53	5,08	0,97	0,89
acut somatisch: bloed	1,01	0,96	0,90	0,95	0,89
zwangerschap/bevalling/kraambed	7,29	6,38	6,43	0,87	0,88
chronisch: anaemie/stollingstoornissen	1,81	1,81	1,59	1,00	0,87
infecties: otitis/overig oor	15,01	13,18	12,83	0,88	0,85
infecties: gastro-enteritis/ wormen/appendicitis	10,90	10,10	9,21	0,93	0,84
trauma's: oor	0,30	0,59	0,25	1,98	0,83
acut somatisch: maagdarm	9,12	8,55	7,48	0,94	0,82
acut somatisch: vrouwelijk genitaal	8,75	7,92	7,11	0,91	0,81
acut somatisch: bewegingsapparaat	31,62	31,04	24,61	0,98	0,78
trauma's: neurologie	0,83	0,70	0,64	0,84	0,77
acut somatisch: neurologie	5,65	5,31	4,27	0,94	0,76
acut somatisch: ademhaling	12,81	11,89	9,30	0,93	0,73
trauma's: huid	13,06	9,46	9,38	0,72	0,72
infecties: conjunctivitis/overig oog	9,75	9,14	6,82	0,94	0,70
trauma's: bewegingsapparaat	22,57	18,69	15,71	0,83	0,70
infecties: kinderziekten	4,04	2,77	2,74	0,69	0,68
infecties: overige infecties	6,97	5,85	3,94	0,84	0,57
trauma's: oog	2,57	1,36	1,15	0,53	0,45
psyche: levensfase	0,09	0,09	0,04	0,99	0,43
trauma's: genitaal	0,31	0,20	0,13	0,64	0,41
preventie	1,40	0,62	0,41	0,44	0,29
trauma's: overige trauma's	0,26	0,08	0,06	0,30	0,22
psyche: mentale retardatie	0,03	.	.	.	.

Tabel 2 Gestandaardiseerde incidentie in de huisartspraktijk per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio (standaardisatie naar leeftijd en geslacht in plaatsen <100.000)

morbiditeitsclusters	<100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	>100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
sociaal: sociale isolatie	0,50	0,97	1,33	1,96	2,67
acuut somatisch: endocrien	0,94	1,82	2,32	1,94	2,47
infecties: mannelijk genitaal	1,26	2,31	2,88	1,84	2,28
chronisch: overige chronische ziekten	0,89	1,38	1,91	1,56	2,16
acuut somatisch: afwijkingen					
bloed/testen/organen	0,12	0,34	0,24	2,77	1,91
psyche: gedragsstoornissen	0,37	0,53	0,66	1,44	1,79
psyche: verslaving	0,91	1,28	1,46	1,40	1,60
psyche: psychosen	1,02	1,40	1,57	1,38	1,55
sociaal: sociaal-cultureel	0,43	0,43	0,64	1,00	1,49
sociaal: sociaal-economisch	1,40	2,06	2,00	1,47	1,43
infecties: klier ziekten/itis	1,03	1,65	1,43	1,60	1,39
chronisch: nier	0,91	1,29	1,20	1,42	1,31
handicap	0,97	0,96	1,21	0,99	1,25
chronisch: hart	3,40	4,24	4,18	1,25	1,23
angst voor ziekten	2,18	3,68	2,67	1,69	1,22
neoplasma: kanker/maligne neoplasma	1,10	1,53	1,34	1,39	1,22
acuut somatisch: urinewegen	1,56	2,21	1,86	1,42	1,20
acuut somatisch: mannelijk genitaal	0,58	0,75	0,69	1,30	1,18
chronisch: oog	2,20	2,57	2,59	1,16	1,18
chronisch: maagdarm	12,45	16,35	14,61	1,31	1,17
congenitaal: congenitaal	0,64	0,54	0,73	0,86	1,15
chronisch: bloeddruk	3,47	5,78	3,98	1,66	1,14
infecties: vrouwelijk genitaal	3,28	3,60	3,69	1,10	1,12
chronisch: mannelijk genitaal	0,57	0,58	0,63	1,03	1,12
chronisch: lever/gal	1,89	3,12	2,09	1,65	1,11
infecties: ademhaling	72,66	80,22	80,27	1,10	1,10
infecties: huid	17,73	18,51	19,46	1,04	1,10
acuut somatisch: oog	1,86	2,01	2,04	1,08	1,10
psyche: psychische klachten	12,50	13,81	13,64	1,11	1,09
chronisch: vet/stoornissen	1,49	1,68	1,62	1,13	1,09
chronisch: vrouwelijk genitaal	2,69	3,16	2,84	1,18	1,06
sociaal: relatieproblemen	4,20	4,51	4,44	1,07	1,06
gevolgen zorg	3,76	3,86	3,82	1,03	1,02
acuut somatisch: huid	9,77	12,12	9,84	1,24	1,01
acuut somatisch: bloed	1,01	1,06	1,01	1,05	1,00
geen ziekte	11,33	11,74	11,30	1,04	1,00
neoplasma: benigne neoplasma/					
niet spec. neoplasma	4,48	4,60	4,46	1,03	1,00
chronisch: huid	20,25	23,09	19,72	1,14	0,97
infecties: otitis/overig oor	15,01	14,96	14,54	1,00	0,97
chronisch: oor	10,43	11,31	10,08	1,08	0,97
acuut somatisch: algemeen	5,32	5,35	4,99	1,01	0,94
psyche: neurosen	6,50	6,97	6,06	1,07	0,93
trauma's: algemeen	1,38	1,58	1,27	1,15	0,92
chronisch: allergie/overig	6,16	6,16	5,69	1,00	0,92

- vervolg tabel 2 -

morbiditeitsclusters	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
infecties: gastro-enteritis/wormen/ appendicitis	10,90	11,14	10,03	1,02	0,92
infecties: kinderziekten	4,04	3,61	3,64	0,89	0,90
chronisch: bewegingsapparaat	25,63	27,34	22,62	1,07	0,88
acuut somatisch: oor	1,02	1,02	0,88	0,99	0,86
infecties: urinewegen	10,55	9,93	9,03	0,94	0,86
chronisch: ademhaling	5,71	5,59	4,86	0,98	0,85
gezinsplanning	3,87	4,14	3,27	1,07	0,84
chronisch: vaat	6,21	5,98	5,22	0,96	0,84
chronisch: neurologie	3,44	3,00	2,83	0,87	0,82
trauma's: oor	0,30	0,58	0,24	1,95	0,82
acuut somatisch: maagdarm	9,12	8,26	7,21	0,91	0,79
chronisch: schildklier	0,37	0,25	0,29	0,69	0,78
trauma's: huid	13,06	9,84	10,05	0,75	0,77
trauma's: neurologie	0,83	0,70	0,63	0,84	0,75
infecties: conjunctivitis/overig oog	9,75	9,12	7,25	0,94	0,74
acuut somatisch: vrouwelijk genitaal	8,75	7,08	6,45	0,81	0,74
acuut somatisch: ademhaling	12,81	12,29	9,40	0,96	0,73
chronisch: anaemie/stollingstoornissen	1,81	1,63	1,33	0,90	0,73
acuut somatisch: bewegingsapparaat	31,62	29,39	23,05	0,93	0,73
zwangerschap/bevalling/kraambed	7,29	5,32	5,17	0,73	0,71
trauma's: bewegingsapparaat	22,57	18,96	15,89	0,84	0,70
acuut somatisch: hart/vaat	1,40	1,47	0,97	1,05	0,69
chronisch: DM	0,95	0,88	0,63	0,93	0,67
acuut somatisch: neurologie	5,65	4,90	3,76	0,87	0,67
infecties: overige infecties	6,97	6,32	4,59	0,91	0,66
trauma's: oog	2,57	1,38	1,16	0,54	0,45
trauma's: genitaal	0,31	0,21	0,14	0,66	0,44
psyche: levensfase	0,09	0,08	0,03	0,89	0,33
trauma's: overige trauma's	0,26	0,10	0,07	0,38	0,25
preventie	1,40	0,50	0,32	0,36	0,23
psyche: mentale retardatie	0,03	.	.	.	.

Tabel 3 Niet gestandaardiseerde prevalentie in de huisartsparktijk per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio

morbiditeitsclusters	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
sociaal: sociale isolatie	2,02	4,22	5,61	2,09	2,79
sociaal: sociaal-cultureel	1,08	1,88	2,71	1,74	2,51
acuut somatisch: endocrien	1,91	3,41	4,69	1,79	2,46
infecties: mannelijk genitaal	1,74	2,55	2,95	1,46	1,69
psyche: verslaving	3,95	6,77	6,67	1,71	1,69
chronisch: overige chronische ziekten	3,67	4,97	5,78	1,35	1,57
infecties: vrouwelijk genitaal	4,16	5,85	6,50	1,41	1,56
sociaal: sociaal-economisch	3,50	6,18	5,26	1,77	1,51
psyche: gedragsstoornissen	0,94	1,43	1,39	1,52	1,48
psyche: psychosen	4,80	7,26	6,80	1,51	1,42
angst voor ziekten	4,01	7,33	5,39	1,82	1,34
acuut somatisch: afwijkingen					
bloed/testen/organen	0,61	0,86	0,82	1,40	1,34
chronisch: lever/gal	4,30	7,22	5,60	1,68	1,30
neoplasma: kanker/maligne neoplasma	7,13	10,41	9,04	1,46	1,27
trauma's: algemeen	2,47	3,09	3,11	1,25	1,26
chronisch: maag/darm	21,32	29,29	26,03	1,37	1,22
acuut somatisch: algemeen	11,98	13,80	14,54	1,15	1,21
acuut somatisch: oog	4,43	4,76	5,29	1,08	1,19
psyche: levensfase	0,49	0,52	0,57	1,07	1,16
sociaal: relatieproblemen	10,96	14,21	12,74	1,30	1,16
chronisch: vrouwelijk genitaal	5,86	7,80	6,79	1,33	1,16
neoplasma: benigne neoplasma/ niet spec. neoplasma	6,45	7,41	7,41	1,15	1,15
chronisch: nier	3,03	3,69	3,48	1,22	1,15
geen ziekte	17,70	19,83	20,27	1,12	1,14
handicap	2,25	2,49	2,53	1,11	1,13
infecties: klier ziekten/itis	1,43	1,75	1,59	1,23	1,11
psyche: psychische klachten	47,60	53,92	52,60	1,13	1,10
infecties: huid	22,55	23,66	24,86	1,05	1,10
chronisch: bloeddruk	47,83	57,68	52,50	1,21	1,10
acuut somatisch: mannelijk genitaal	0,90	1,14	0,98	1,27	1,09
chronisch: oor	11,70	13,96	12,72	1,19	1,09
chronisch: allergie/overig	13,29	13,41	14,18	1,01	1,07
chronisch: bewegingsapparaat	44,81	54,99	47,25	1,23	1,05
chronisch: DM	10,30	11,86	10,79	1,15	1,05
chronisch: schildklier	2,87	3,01	3,00	1,05	1,05
infecties: ademhaling	76,57	79,71	80,11	1,04	1,05
gevolgen zorg	7,60	8,07	7,80	1,06	1,03
trauma's: oor	0,52	0,74	0,52	1,42	1,00
chronisch: hart	26,03	30,79	25,95	1,18	1,00
gezinsplanning	33,16	36,57	32,55	1,10	0,98
infecties: urinewegen	10,91	11,78	10,59	1,08	0,97
chronisch: vaat	18,48	22,25	17,92	1,20	0,97
chronisch: mannelijk genitaal	0,99	1,06	0,95	1,08	0,96

- vervolg tabel 3 -

morbiditeitsclusters	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
chronisch: neurologie	9,94	10,60	9,30	1,07	0,94
chronisch: huid	36,67	39,76	34,19	1,08	0,93
chronisch: vet/stoornissen	6,75	8,04	6,27	1,19	0,93
acuut somatisch: bloed	1,28	1,26	1,18	0,99	0,93
acuut somatisch: huid	14,98	16,64	13,83	1,11	0,92
psyche: neurosen	17,39	19,52	15,88	1,12	0,91
chronisch: anaemie/stollingstoornissen	8,22	8,26	7,46	1,01	0,91
chronisch: oog	8,44	10,37	7,66	1,23	0,91
chronisch: ademhaling	22,54	23,12	20,33	1,03	0,90
acuut somatisch: urinewegen	4,68	5,54	4,21	1,18	0,90
infecties: gastro-enteritis/wormen/ appendicitis	11,38	10,84	10,05	0,95	0,88
acuut somatisch: vrouwelijk genitaal	14,14	14,24	12,35	1,01	0,87
trauma's: neurologie	1,07	0,93	0,93	0,87	0,87
acuut somatisch: oor	1,98	1,98	1,72	1,00	0,87
infecties: otitis/overig oor	17,30	15,66	14,84	0,91	0,86
acuut somatisch: bewegingsapparaat	45,90	47,24	39,11	1,03	0,85
congenitaal: congenitaal	2,16	1,93	1,84	0,89	0,85
acuut somatisch: maagdarm	20,40	19,14	16,24	0,94	0,80
zwangerschap/bevalling/kraambed	12,55	10,30	9,85	0,82	0,78
trauma's: bewegingsapparaat	26,38	23,25	19,69	0,88	0,75
acuut somatisch: neurologie	14,84	14,15	10,69	0,95	0,72
trauma's: huid	14,67	10,59	10,54	0,72	0,72
acuut somatisch: ademhaling	15,93	15,22	11,18	0,96	0,70
infecties: conjunctivitis/overig oog	10,29	9,81	7,17	0,95	0,70
acuut somatisch: hart/vaat	4,94	5,54	3,37	1,12	0,68
infecties: kinderziekten	4,61	3,07	2,99	0,67	0,65
infecties: overige infecties	7,52	6,63	4,85	0,88	0,65
psyche: mentale retardatie	0,72	0,75	0,46	1,04	0,64
trauma's: oog	2,93	1,65	1,53	0,56	0,52
trauma's: genitaal	0,43	0,37	0,19	0,87	0,46
trauma's: overige trauma's	0,34	0,11	0,12	0,33	0,35
preventie	2,05	0,90	0,51	0,44	0,25

Tabel 4 Gestandaardiseerde prevalentie per morbiditeitscluster per 1000 ingeschreven patiënten per 3 maanden naar urbanisatiegraad, gesorteerd op C/A-ratio (standaardisatie naar leeftijd en geslacht in plaatsen met <100.000 inwoners)

morbiditeitsclusters	< 100.000 inw. A	steden > 100.000 B	3 grote steden C	ratio B/A	ratio C/A
acut somatisch: endocrien	1,91	3,57	4,92	1,87	2,58
sociaal: sociaal-cultureel	1,08	1,86	2,59	1,72	2,41
sociaal: sociale isolatie	2,02	3,45	4,46	1,71	2,21
infecties: mannelijk genitaal	1,74	2,68	3,15	1,54	1,81
psyche: gedragsstoornissen	0,94	1,47	1,58	1,56	1,68
psyche: verslaving	3,95	6,46	6,19	1,64	1,57
sociaal: sociaal-economisch	3,50	5,72	5,07	1,64	1,45
infecties: vrouwelijk genitaal	4,16	4,95	5,41	1,19	1,30
chronisch: overige chronische ziekten	3,67	4,26	4,76	1,16	1,30
psyche: psychosen	4,80	6,23	5,99	1,30	1,25
angst voor ziekten	4,01	6,76	4,93	1,69	1,23
acut somatisch: afwijkingen					
bloed/testen/organen	0,61	0,76	0,74	1,24	1,22
psyche: levensfase	0,49	0,48	0,59	0,98	1,20
chronisch: lever/gal	4,30	6,30	4,90	1,47	1,14
chronisch: maagdarm	21,32	27,17	24,09	1,27	1,13
acut somatisch: mannelijk genitaal	0,90	1,16	1,01	1,28	1,12
trauma's: algemeen	2,47	2,93	2,76	1,19	1,12
infecties: huid	22,55	24,01	25,12	1,06	1,11
infecties: klier ziekten/itis	1,43	1,82	1,59	1,27	1,11
chronisch: allergie/overig	13,29	13,68	14,75	1,03	1,11
congenitaal: congenitaal	2,16	2,23	2,39	1,03	1,11
infecties: ademhaling	76,57	83,49	84,23	1,09	1,10
acut somatisch: oog	4,43	4,39	4,87	0,99	1,10
neoplasma: benigne neoplasma/ niet spec. neoplasma	6,45	6,97	6,81	1,08	1,06
chronisch: nier	3,03	3,37	3,19	1,11	1,05
acut somatisch: bloed	1,28	1,37	1,34	1,07	1,05
trauma's: oor	0,52	0,74	0,54	1,41	1,04
geen ziekte	17,70	18,26	17,87	1,03	1,01
handicap	2,25	2,36	2,27	1,05	1,01
chronisch: oor	11,70	12,83	11,66	1,10	1,00
sociaal: relatieproblemen	10,96	12,58	10,86	1,15	0,99
chronisch: mannelijk genitaal	0,99	1,08	0,98	1,09	0,99
infecties: otitis/overig oor	17,30	17,55	16,86	1,01	0,97
neoplasma: kanker/maligne neoplasma	7,13	8,34	6,91	1,17	0,97
acut somatisch: algemeen	11,98	11,53	11,61	0,96	0,97
acut somatisch: huid	14,98	17,11	14,37	1,14	0,96
psyche: psychische klachten	47,60	47,03	45,46	0,99	0,96
infecties: gastro-enteritis/wormen/ appendicitis	11,38	11,90	10,79	1,05	0,95
chronisch: bewegingsapparaat	44,81	48,70	41,65	1,09	0,93
chronisch: huid	36,67	38,88	33,58	1,06	0,92
trauma's: neurologie	1,07	0,95	0,97	0,89	0,91
chronisch: bloeddruk	47,83	47,82	43,06	1,00	0,90

- vervolg tabel 4 -

morbiditeitsclusters	< 100.000	steden	3 grote	ratio	ratio
	inw.	> 100.000	steden	B/A	C/A
	A	B	C		
chronisch: vrouwelijk genitaal	5,86	6,29	5,25	1,07	0,90
gevolgen zorg	7,60	7,11	6,72	0,94	0,88
chronisch: vet/stoornissen	6,75	7,43	5,84	1,10	0,87
chronisch: oog	8,44	9,25	7,12	1,09	0,84
infecties: kinderziekten	4,61	3,91	3,88	0,85	0,84
chronisch: ademhaling	22,54	22,20	18,93	0,99	0,84
chronisch: DM	10,30	9,56	8,59	0,93	0,83
acuut somatisch: oor	1,98	2,07	1,64	1,05	0,83
chronisch: schildklier	2,87	2,42	2,37	0,84	0,83
infecties: urinewegen	10,91	10,13	8,98	0,93	0,82
gezinsplanning	33,16	30,77	27,19	0,93	0,82
acuut somatisch: vrouwelijk genitaal	14,14	12,78	11,17	0,90	0,79
acuut somatisch: bewegingsapparaat	45,90	44,16	35,98	0,96	0,78
psyche: neurosen	17,39	17,26	13,60	0,99	0,78
chronisch: vaat	18,48	17,89	14,42	0,97	0,78
acuut somatisch: urinewegen	4,68	4,63	3,65	0,99	0,78
trauma's: huid	14,67	10,98	11,22	0,75	0,76
chronisch: anaemie/stollingstoornissen	8,22	6,79	6,26	0,83	0,76
chronisch: neurologie	9,94	9,19	7,56	0,92	0,76
chronisch: hart	26,03	24,05	19,22	0,92	0,74
trauma's: bewegingsapparaat	26,38	23,16	19,32	0,88	0,73
infecties: conjunctivitis/overig oog	10,29	9,67	7,43	0,94	0,72
infecties: overige infecties	7,52	6,98	5,40	0,93	0,72
acuut somatisch: ademhaling	15,93	15,52	11,29	0,97	0,71
acuut somatisch: maagdarm	20,40	16,90	14,15	0,83	0,69
psyche: mentale retardatie	0,72	0,74	0,49	1,03	0,68
zwangerschap/bevalling/kraambed	12,55	8,62	7,90	0,69	0,63
acuut somatisch: neurologie	14,84	12,58	9,05	0,85	0,61
acuut somatisch: hart/vaat	4,94	4,36	2,54	0,88	0,51
trauma's: oog	2,93	1,66	1,49	0,57	0,51
trauma's: genitaal	0,43	0,36	0,19	0,84	0,45
trauma's: overige trauma's	0,34	0,14	0,14	0,40	0,40
preventie	2,05	0,75	0,40	0,36	0,20

BIJLAGE C Tabellen bij hoofdstuk 7

- Tabel 7.1 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en contactkenmerken
- Tabel 7.2 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en gezondheidsproblemen
- Tabel 7.3 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en verrichtingen
- Tabel 7.4 Resultaten regressieanalyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken en contactkenmerken
- Tabel 7.5 Resultaten regressieanalyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken en gezondheidsproblemen
- Tabel 7.6 Resultaten regressieanalyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken en verrichtingen

Tabel 7.1 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en contactkenmerken

afhankelijke variabelen	aantal artscont. ≥ 1 N= 169.482	aantal ass.cont. ≥ 1 N= 169.482	aantal visites ≥ 1 N=74.476	aantal spreekuur- contacten ≥ 1 N=74.476	contact in het weekend ≥ 1 N=74.476
onafhankelijke variabelen					
hoofdeffecten					
lft1530	0,88	0,64	0,71	.	.
lft65	1,61	2,66	5,06	0,31	.
vrouw	1,70	1,70	1,31	.	0,83
oplhog	0,82	0,80	.	.	.
opllag	.	1,34	1,32	0,90	1,17
ziekenf	1,30	1,53	.	1,24	.
sinds5	0,84	1,19	.	.	.
alleenst	1,16	.	1,45	0,70	.
eenoud	.	.	.	0,79	.
cultmin	.	.	.	1,33	.
werkls	.	.	.	.	.
wao	1,57	2,60	1,87	0,80	.
drgrst	.	0,62	0,54	1,51	0,35
interactie-effecten*					
lft1530 x drgrst	.	.	.	.	.
lft65 x drgrst	.	0,66	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	1,54	.	.	.
sinds5 x drgrst	.	0,74	.	.	.
prop. reductie -2LL	2,7%	7,6%	12,7%	5,3%	0,6%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.1 -

afhankelijke variabelen	contact avond ≥ 1 N=74.476	contacten > 10 min. ≥ 1 N=74.476	contacten op initiatief patiënt ≥ 1 N=74.476
onafhankelijke variabelen			
hoofdeffecten			
lft1530	.	0,71	1,28
lft65	.	1,22	0,43
vrouw	0,71	1,34	.
oplhog	.	.	.
oplag	.	0,88	0,81
ziekenf	.	0,84	1,11
sinds5	.	0,79	0,80
alleenst	.	1,35	.
eenoud	.	.	.
cultmin	.	.	.
werkls	.	.	.
wao	.	1,28	0,74
drgrst	0,39	1,74	1,41
interactie-effecten*			
lft1530 x drgrst	.	.	.
lft65 x drgrst	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	.	.
sinds5 x drgrst	.	.	.
prop. reductie -2LL	0,6%	1,5%	3,5%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

Tabel 7.2 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en gezondheidsproblemen

afhankelijke variabelen	acuut somatische probl. N=74.476	traumatologie N=74.476	infectie N=74.476	chron. ziekte/ neoplasma N=74.476
onafhankelijke variabelen				
hoofdeffecten				
lft1530	0,72	1,58	1,20	0,50
lft65	.	0,70	0,78	3,55
vrouw	1,25	0,50	0,92	.
oplhog	0,80	0,79	.	0,89
oplag	1,16	.	.	1,35
ziekenf	1,26	1,15	.	.
sinds5	.	1,15	.	.
alleenst	.	1,18	.	.
eenoud	.	.	.	.
cultmin	.	0,74	.	.
werkls	.	.	.	.
wao	.	0,65	.	1,85
drgrst	.	.	.	.
interactie-effecten*				
lft1530 x drgrst	.	0,61	.	.
lft65 x drgrst	.	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	.	.	.
sinds5 x drgrst	0,79	.	.	.
prop. reductie -2LL	1,1%	2,8%	0,4%	8,3%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.2 -

afhankelijke variabelen	zwanger- schap ed. N=74.476	sociale probl. N=74.476	psychische probl. N=74.476
onafhankelijke variabelen			
hoofdeffecten			
lft1530	3,80	0,51	0,50
lft65	0,00	.	1,25
vrouw	7155,06	1,35	1,43
oplhog	.	.	.
oplag	.	.	1,15
ziekenf	.	.	1,15
sinds5	0,48	.	0,81
alleenst	.	1,68	1,56
eenoud	.	2,09	1,36
cultmin	.	.	.
werkls	.	.	.
wao	.	.	1,71
drgrst	.	.	.
interactie-effecten*			
lft1530 x drgrst	.	.	.
lft65 x drgrst	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	.	.
sinds5 x drgrst	.	1,44	.
prop. reductie -2LL	22,2%	2,2%	3,6%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

Tabel 7.3 Resultaten logistische regressie op niveau van patiënten ouder dan 14 jaar: odds-ratio's en proportionele reductie van -2 log likelihood: de relatie tussen patiëntkenmerken en verrichtingen

afhankelijke variabelen	preventie N=74.476	externe diagnostiek N=74.476	gesprek N=74.476	medisch- techn. verr. N=74.476
onafhankelijke variabelen				
hoofdeffecten				
lft1530	0,70	0,71	0,84	.
lft65	2,16	0,76	1,21	.
vrouw	1,60	1,45	1,29	0,73
oplhog	1,44	.	.	.
opllag	.	.	.	.
ziekenf	0,82	0,91	.	.
sinds5	.	0,88	0,92	1,16
alleenst	0,79	.	1,22	.
eenoud	.	.	.	.
cultmin	.	.	.	.
werkls	.	.	.	.
wao	1,77	.	1,31	.
drgrst	.	1,25	1,78	0,58
interactie-effecten*				
lft1530 x drgrst	.	1,54	.	.
lft65 x drgrst	.	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	.	0,71	.
sinds5 x drgrst	.	.	.	.
prop. reductie -2LL	2,6%	0,9%	1,0%	0,6%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.3 -

afhankelijke variabelen	medicatie voorschriften N=74.476	nieuwe verwijzing N=74.476	verwijzing 2e lijn N=74.476	verw. op init. patiënt N=74.476
onafhankelijke variabelen				
hoofdeffecten				
lft1530	0,86	0,75	0,78	0,78
lft65	1,73	0,80	1,18	0,67
vrouw	1,51	0,90	0,91	.
ophog	0,79	.	.	.
opplag	1,27	.	.	.
ziekenf	1,20	1,15	1,39	.
sinds5	.	0,87	.	0,74
alleenst	.	.	.	.
eenoud	.	.	.	.
cultmin	.	.	.	.
werkls	.	.	.	.
wao	1,61	.	1,35	.
drgrst	.	.	.	1,63
interactie-effecten*				
lft1530 x drgrst	.	1,42	.	.
lft65 x drgrst	.	.	.	.
ziekenf x drgrst	.	.	.	.
sinds5 x drgrst	0,83	.	.	.
prop. reductie -2LL	2,6%	0,4%	0,7%	0,6%

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

Tabel 7.4 Resultaten regressie-analyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken, huisarts/praktijkkenmerken en contactkenmerken

afhankelijke variabelen	aantal artscont. per 1000 patiënten	aantal ass.cont. per 1000 patiënten	ratio visites/spreekuur-contacten x 100	ratio weekend/dag-contacten x 100
onafhankelijke variabelen				
populatiekenmerken				
% lft1530	.	.	.	.
% lft65	.	.	0,97	.
% vrouw	17,8	.	.	.
% oplhog	.	.	.	.
% oplag	6,7	18,6	.	.
% ziekenf	.	.	.	.
% sinds5	.	.	.	.
% alleenst	.	.	.	-0,04
% eenoud	.	.	.	.
% cultmin	-9,5	.	.	.
% werkls	.	.	.	.
% wao	.	.	.	0,24
drgrst	.	.	.	.
huisarts/praktijkkenmerken				
nonsolo	209,4	.	.	.
apoth	95,1	576,2	.	1,24
xlft	-7,8	-12,3	.	.
xvrouw	.	.	-6,83	.
vrijsprek	97,1	.	.	.
fte	.	.	.	0,22
assist	-50,3	.	-2,57	.
interactie-effecten*				
% lft1530 x drgrst	.	.	.	.
% lft65 x drgrst	.	.	.	.
% vrouw x drgrst	.	.	.	.
% werkls x drgrst	.	.	.	.
% wao x drgrst	.	.	-2,43	.
adjusted R²	0,49	0,36	0,38	0,16

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.4 -

afhankelijke variabelen	ratio avond/dag- contacten x 100	% contacten > 10 min. vervolg N=74.476	contacten op initiatief patiënt N=74.476	contacten met voorw. vervolg N=74.476
onafhankelijke variabelen				
populatiekenmerken				
% lft1530
% lft65	.	.	-0,48	-0,59
% vrouw	.	.	0,33	.
% ophog
% opilag
% ziekenf
% sinds5	.	.	.	-0,13
% alleenst	.	0,49	.	.
% eenoud
% cultmin
% werkls	.	.	.	-1,21
% wao
drgrst
huisarts/praktijkkenmerken				
nonsolo
apoth	0,56	.	-0,28	-6,01
xlft	.	.	-10,11	-0,34
xvrouw
vrijsprek
fte	.	.	.	-0,91
assist	-0,18	4,46	.	.
interactie-effecten*				
% lft1530 x drgrst
% lft65 x drgrst
% vrouw x drgrst
% werkls x drgrst	-0,12	.	.	.
% wao x drgrst
adjusted R²	0,13	0,12	0,34	0,31

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

Tabel 7.5 Resultaten regressie-analyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken, huisarts/praktijkkenmerken en gezondheidsproblemen

afhankelijke variabelen	acuut somatische probl. N=74.476	traumata N=74.476	infectie N=74.476	chron. ziekte/ neoplasma N=74.476
onafhankelijke variabelen				
populatiekenmerken				
% lft1530
% lft65	.	-0,06	-0,25	0,59
% vrouw
% ophog
% oplag
% ziekenf
% sinds5
% alleenst	.	-0,04	.	-0,23
% eenoud	.	.	0,39	.
% cultmin
% werkls
% wao
drgrst
huisarts/praktijkkenmerken				
nonsolo
apoth	.	.	-1,90	.
xlft	.	.	-0,06	.
xvrouw
vrijsprek	.	.	1,08	-2,52
fte	.	0,23	.	.
assist	.	.	.	-0,74
interactie-effecten*				
% lft1530 x drgrst
% lft65 x drgrst
% vrouw x drgrst
% werkls x drgrst
% wao x drgrst
adjusted R²	-	0,32	0,47	0,46

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.5 -

afhankelijke variabelen	zwanger- schap ed. N=74.476	sociale probl. N=74.476	psychische probl. N=74.476
onafhankelijke variabelen			
populatiekenmerken			
% lft1530	0,05	.	.
% lft65	.	.	.
% vrouw	0,07	0,07	-0,10
% oplhog	.	.	.
% oplag	.	-0,03	.
% ziekenf	.	.	.
% sinds5	.	.	-0,03
% alleenst	.	.	.
% eenoud	.	.	.
% cultmin	.	.	0,10
% werkls	.	.	.
% wao	-1,52	.	.
drgrst	.	.	.
huisarts/praktijkenmerken			
nonsolo	.	.	.
apoth	1,60	.	.
xlft	.	.	.
xvrouw	-0,74	.	.
vrijsprek	.	0,31	.
fte	.	.	.
assist	.	.	.
interactie-effecten*			
% lft1530 x drgrst	.	.	.
% lft65 x drgrst	.	.	.
% vrouw x drgrst	.	.	.
% werkls x drgrst	.	.	.
% wao x drgrst	.	.	.
adjusted R²	0,38	0,24	0,11

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

Tabel 7.6 Resultaten regressie-analyse op huisartsniveau (N=165): B-coëfficiënten en adjusted R²: relatie tussen populatiekenmerken, huisarts/praktijkenkenmerken en verrichtingen

afhankelijke variabelen	preventie N=74.476	externe diagnostiek N=74.476	gesprek N=74.476	medisch- techn. verr. N=74.476
onafhankelijke variabelen				
populatiekenmerken				
% lft1530
% lft65
% vrouw	.	0,14	.	.
% oplhog	.	.	0,52	.
% oplag
% ziekenf	-0,03	.	.	.
% sinds5
% alleenst	.	.	.	-0,08
% eenoud
% cultmin
% werkls
% wao
drgrst
huisarts/praktijkenkenmerken				
nonsolo
apoth	0,86	.	.	.
xlft	.	-0,07	.	.
xvrouw
vrijsprek
fte
assist	.	.	.	0,23
interactie-effecten*				
% lft1530 x drgrst
% lft65 x drgrst
% vrouw x drgrst
% werkls x drgrst
% wao x drgrst	.	0,44	.	.
adjusted R²	0,08	0,29	0,06	0,16

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen

- vervolg tabel 7.6 -

afhankelijke variabelen	medicatie voorschriften N=74.476	nieuwe verwijzing N=74.476	verwijzing 2e lijn N=74.476	verw. op init. patiënt N=74.476
onafhankelijke variabelen				
populatiekenmerken				
% lft1530	.	0,05	.	.
% lft65	.	.	-0,05	.
% vrouw
% oplhog
% oplag	0,35	-0,05	.	-0,01
% ziekenf
% sinds5	.	.	.	0,01
% alleenst
% eenoud
% cultmin	.	0,12	.	.
% werkls	.	.	-0,32	.
% wao	.	0,40	0,39	0,11
drgrst
huisarts/praktijkenmerken				
nonsolo	-6,23	.	.	.
apoth	.	.	-0,23	-1,08
xlft	0,26	.	.	.
xvrouw
vrijsprek	.	-0,59	.	.
fte
assist
interactie-effecten*				
% lft1530 x drgrst	.	.	0,20	.
% lft65 x drgrst	-0,33	.	.	.
% vrouw x drgrst	.	.	-0,08	.
% werkls x drgrst	.	.	.	0,05
% wao x drgrst
adjusted R²	0,21	0,31	0,31	0,33

* alleen die combinaties zijn weergegeven die 1 of meer keer in het model werden opgenomen