

**EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTS-
PRAKTIJK**

M. Foets
J. van der Velden
J. van der Zee

Eerste druk : juli 1986
Herziene druk: december 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg (NIVEL) - Postbus 1568 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

Typewerk: Ria Karamat Ali

Ellen Termaat

Omslag en lay-out: Mieke Cornelius

CIP - GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Foets, M.

Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk: projectvoorstel / M. Foets, J. van der Velden, J. van der Zee. - Utrecht:

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - Ill.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-034-X

SISO 604.2 UDC 614.25

Trefw.: huisartsenpraktijken; onderzoek.

VOORWOORD

Het definitieve projectvoorstel van een door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) uit te voeren Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is nu gereed gekomen. Jaren van intensieve arbeid zowel binnen als buiten het NIVEL zijn hier samengebracht. Wat aanvankelijk als een studie omtrent verwijzingen van huisarts naar specialist was bedoeld, is uiteindelijk een totaalonderzoek van de Nederlandse huisartspraktijk geworden.

In toenemende mate bleek de studie aan te sluiten bij de behoefte aan gegevens uit de huisartspraktijk. Deze gegevens zijn nodig om het feitelijke aandeel van de huisarts in de gezondheidszorg vast te kunnen stellen en om de discussie over plaats en positie van de huisarts een solide basis te geven.

De veelheid van te verzamelen gegevens maakt het onderzoek complex. Het is opgedeeld in twaalf deelprojecten, die ieder afzonderlijk beschreven zijn (in hoofdstuk 2), nadat in hoofdstuk 1 het project als totaal aan de orde is geweest. Opzet en methoden vindt men in hoofdstuk 3.

Mogen de gegevens die in deze studie verzameld worden nog jarenlang ten dienste staan van beleid en wetenschap in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Utrecht, juli 1986

J.M. Bensing, directeur

INHOUD

	pag
1. BELEIDSKADER EN ALGEMENE PROBLEEMSTELLING	1
1.1. Motivering en doel van de Nationale Studie	1
1.2. Verslag Haalbaarheidsstudie	3
1.3. Probleemstelling en opzet	5
1.4. Verwachte resultaten	9
literatuur	10
2. DE TWAALF DEELPROJECTEN	13
2.1. Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk	13
2.2. Huisarts en chronische aandoeningen	19
2.3. Huisarts en preventie	24
2.4. Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk	29
2.5. Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk	33
2.6. Verloskundige zorg door de huisarts	38
2.7. Huisarts en fysiotherapeutische zorg	42
2.8. Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie huisarts-(A)GGZ/AMW	48
2.9. Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten	53
2.10. Nazorg en continuïteit van zorg	60
2.11. Werkbelasting in de huisartspraktijk	66
2.12. Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg	69
3. METHODEN VAN ONDERZOEK	73
3.1. Contactregistratie	73
3.2. Patiëntenbestand	77
3.3. Patiëntenenquête en Gezondheidsdagboek	78
3.4. Selectie en werving	79
3.5. Programmatuur en apparatuur	83
3.6. Centrale faciliteiten	84
3.7. Organisatie van het veldwerk	85
3.8. Kwaliteit van gegevens	86
3.9. Verstrekking van gegevens aan huisartsen	88
3.10. Besluit	88
Literatuur	89

BIJLAGEN

pag

1. Contactregistratieformulier
2. Patiëntenkenmerkenformulier

91

92

1. BELEIDSKADER EN DE ALGEMENE PROBLEEMSTELLING

1.1. Motivering en doel van de Nationale Studie

1.1.1. Motivering

Het is eigenlijk verbazingwekkend dat het belang dat men sinds de 'Structuurnota' aan het werk en de positie van de huisarts in de gezondheidszorg hecht omgekeerd evenredig is met de hoeveelheid beschikbare informatie over dat werk.

Op de meest triviale vragen ontbreekt het antwoord. Zo moet nu (1986) de Economische Contrôle Dienst een speciaal onderzoek instellen om te achterhalen hoeveel consulten met particuliere patiënten in de huisartspraktijk plaatsvinden. Deze informatie is niet bekend. Een ander - recent - voorbeeld: men staat ervan versted hoe weinig er feitelijk bekend is over het verband tussen de omvang van de huisartspraktijk en het werk dat de huisarts doet. Wat is de relatie tussen praktijkomvang, contacten op initiatief van de patiënt, terugbestelcontacten, en verwijzen. Niet alleen de onderhandelaars over de verlaging van de praktijkomvang waarop het norminkomen van de huisarts is gebaseerd, weten het niet, maar ook de wetenschappelijke commissie die de onderhandelende partijen moet adviseren, kan alleen enige Engelse publikaties aandragen. Weet men over de invloed van de omvang van de praktijk al weinig, over het effect van praktijkverkleining tast men geheel in het duister.

Nog steeds wordt onderzoek gedaan naar de determinanten van het brutoziekenfonds verwijscijfer (het aantal verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden), terwijl iedere onderzoeker weet dat er ernstige bezwaren tegen het gebruik van dit te ruwe cijfer in te brengen zijn. Even goed wordt het succes van het substitutiebeleid in de gezondheidszorg aan dit verwijscijfer afgemeten: de (vermeende) continue stijging ervan was bijvoorbeeld voor de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid een aanleiding om de substitutie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg voor mislukt te verklaren en ook nu wordt de reeds genoemde verdere verlaging van de rekennormpraktijk afhankelijk gesteld van een daling van het verwijscijfer.

Weliswaar is het ook zo dat er over huisartsen (vergeleken met specialisten, fysiotherapeuten, tandartsen of psychotherapeuten) veel onderzoeksgegevens bekend zijn: deze gegevens worden echter altijd ad hoc verzameld en betreffen zelden andere zaken dan antwoorden op vragenlijsten. Wordt 'gedrag' onderzocht dan gaat het toch om kleine

en selectieve groepen, vaak nauw gelieerd aan universitaire centra. Zeker nu het niet onwaarschijnlijk is dat de structuur van de gezondheidszorg nog belangrijke wijzigingen zal ondergaan (men denke aan een herschikking van het verstrekkingenpakket voor verplicht verzekerden bij het ziekenfonds en/of de omvang van dit verzekerdenbestand), zou men toch nog eens klaar en helder moeten weten hoe het huidige systeem functioneert, al was het alleen maar om naderhand veranderingen vast te kunnen stellen.

Er kleeft nog een tweede gebrek aan de informatievoorziening in de eerstelijnsgezondheidszorg: informatie van patiënten - en huisartsenzijde is zelden aan elkaar gekoppeld.

Aan de ene kant wordt jaarlijks door het Centraal Bureau voor de Statistiek aan 3.000 gezinnen gevraagd hoe vaak ze gebruik maken van diensten in de gezondheidszorg. In deze gezondheidsenquête worden ook vele gegevens verzameld over de respondenten zelf; men weet echter niet of nauwelijks iets van de aard van de voorzieningen waarvan gebruik gemaakt wordt. Weet men wel, in ander onderzoek, het nodige over de voorzieningen - bijvoorbeeld over de huisartspraktijk - dan zijn als regel slechts leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënten bekend.

Een gegeven als 'sociale klasse' - standaard opgenomen in elk Engels onderzoek of elke Engelse statistiek - ontbreekt; de ethnische herkomst van de patiënten is niet bekend, laat staan gegevens over samenlevingsverband, woon- en werkomstandigheden. Simpel en noodzakelijk sociaal-epidemiologisch onderzoek wordt belemmerd doordat dit type informatie over de achtergrond van patiënten niet in verband gebracht kan worden met de presentatie van klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk.

Elk beleid dat zelf- en mantelzorg in de eerstelijnsgezondheidszorg wil stimuleren, zal moeten weten welke klachten zelf worden opgelost en onder welke omstandigheden de naaste omgeving professionele zorg kan vervangen. Verschuivingen in dat beleid vereisen zorgvuldige metingen van veranderingen in de verhouding tussen wel en niet aan de professionele hulpverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg gepresenteerde problematiek.

De strekking van deze inleiding moge duidelijk zijn; zonder systematische, en naar nationaal niveau generaliseerbare, kennis over de werkzaamheden van huisartsen, over de aan de huisarts gepresenteerde ziekten en problemen in verhouding tot de problematiek die zelf of met behulp van de naaste omgeving wordt opgelost, weet men eigenlijk nooit of het beleid ter versterking van de eerste lijn de gewenste gevolgen heeft gehad. Het volgende onderzoeksvoorstel wil in deze

leemte voorzien.

1.1.2. Doel

Uit deze inleiding laat het doel van de studie zich eenvoudig afleiden, namelijk: het verkrijgen van inzicht op nationale schaal in de presentatie van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, de door huisartsen naar aanleiding van deze gepresenteerde problematiek ondernomen acties en tevens in de factoren, die de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk beïnvloeden als ook de sterk variërende reacties van huisartsen op de hun aangeboden problematiek. De verkregen informatie moet kunnen dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin.

1.2. Verslag van de Haalbaarheidsstudie

Gelet op de complexiteit en omvang van een dergelijk op te zetten project en de daarmee samenhangende kosten werd een haalbaarheidsstudie door de subsidiënt(en) noodzakelijk geacht, alvorens een definitief besluit over de uitvoering van het project kon worden genomen. Deze haalbaarheidsstudie, waarin ook een aantal vragen van de subsidiënt(en) beantwoord dienden te worden, is uitgevoerd tussen 1 oktober 1985 en 30 juni 1986. De volgende zaken zijn verricht:

- De opzet en uitwerking van de deelprojecten: in hoofdstuk 2 zijn deze in beknopte vorm weergegeven.
- Ontwikkeling en uittesten van de meetinstrumenten. In totaal zijn vier meetinstrumenten ontwikkeld en gedurende 11 weken uitgetest in negen praktijken (14 artsen), geselecteerd naar praktijkvorm en praktijkgrootte.
Slechts één meetinstrument, de huisartsenquête, is niet uitgetest, vanwege het feit dat voldoende know-how op dit terrein binnen het NIVEL aanwezig werd geacht om deze aanpak te rechtvaardigen. In hoofdstuk 3 (paragraaf 1-3) wordt hierover verder verslag gedaan.
- Ontwikkeling van de data entry ten behoeve van de haalbaarheidsstudie die tegelijkertijd zal dienen als basis voor de opzet of beheer van het definitieve gegevensbestand. Voor de aanschaf van hard- en software zijn alternatieven aangedragen, waaruit op korte termijn keuzes kunnen worden gemaakt. In hoofdstuk 3 (paragraaf 5 en 6) komt dit onderdeel uitgebreider aan de orde.
- Opzetten en uittesten van de veldwerkorganisatie, waaronder het coderen (inclusief de keuze met betrekking tot het te gebruiken

morbiditeitsclassificatiesysteem) en verwerken van de gegevens, zoals geregistreerd in negen voornoemde praktijken. Op basis van de ervaringen uit de Haalbaarheidsstudie wordt een 'blauwdruk' van het veldwerk tijdens de Nationale Studie gemaakt. In hoofdstuk 3 (paragraaf 7) wordt dit afgehandeld.

- Selectie en werving van de praktijken ten behoeve van de Nationale Studie. Hoe en op basis van welke variabelen een steekproef van huisarts(praktijk)en is getrokken, met welke middelen de werving heeft plaatsgevonden en tot slot welk resultaat is geboekt komt in hoofdstuk 3 (paragraaf 4) aan de orde.
- Ontwikkelen van methodes voor controle op de kwaliteit van gegevens: uniformiteitstesten zijn verricht, zowel ten behoeven van registrerende huisartsen als veldwerkers, controlemogelijkheden binnen de data-entry opgezet en uitgetest, ingevoerde gegevens zijn 'teruggelezen'. Een verfijning van deze kwaliteitscontrole vindt plaats. Zie ook hoofdstuk 3 (paragraaf 8).
- Ramen (opnieuw) van de begroting: aan het eind van de Haalbaarheidsstudie is een definitieve begroting voor de Nationale Studie opgesteld.
- Betrekken van aanvullende beleidsvragen in de studie: een uitvoerige consultatieronde langs diverse belanghebbende beleidsgerichte organen heeft plaatsgehad. Daardoor zijn er een paar deelprojecten toegevoegd (preventie, verloskunde, chronische aandoeningen, diagnostische hulpmiddelen), is één deelproject afgefallen (meerwaarde van samenwerking) en is één deelproject uitgebreid (voorschrijven).
- Samenwerking met universitaire instituten: door middel van de samenvatting van het interimvoorstel van de Nationale Studie (april 1986) zijn alle universitaire huisartseninstituten (UHI's) op de hoogte gebracht van het project. Met het NUHI te Nijmegen zijn intensieve contacten, ook al omdat met dit instituut tijdens de voorbereidingen van dit project al een nauwe relatie bestond. Deze contacten hebben geresulteerd in een 'joint-venture' met betrekking tot het deelproject chronische aandoeningen. Met een aantal andere UHI's wordt in verband met specifieke onderwerpen (classificatie/participatie van UHI-praktijken) contact gehouden. Andere universitaire instituten worden op ad-hoc basis geconsulteerd.
- Samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): tijdens de Haalbaarheidsstudie zijn besprekingen gehouden met het CBS (Hoofdafdeling Gezondheidsstatistiek) om mogelijkheden tot samenwerking ten behoeve van ondermeer de patiëntenenquête af te

tasten. Beide partijen hebben de intentie deze samenwerking te concretiseren, omdat ze beiden voordelen zien.

1.3. Probleemstelling en opzet

1.3.1 Probleemstelling

In de doelstelling van het project zijn enkele elementen te onderscheiden die in de probleemstelling nader kunnen worden geconcretiseerd. Ten eerste gaat het om de vraag: welke klachten, ziekten en problemen worden in de huisartspraktijk gepresenteerd; een nationale studie naar de morbiditeit in de huisartspraktijk. De tweede vraag is: hoe reageren huisartsen, gegeven de hulpvraag, op de aangeboden problematiek. Vooral de tussenzin - gegeven de hulpvraag - is hier van belang. Het gaat om diagnose gebonden verrichtingenonderzoek. Als de probleemstelling tot deze beschrijvende vraagstellingen beperkt zou blijven, zou een aantal essentiële vraagstellingen in de gezondheidszorg buiten beschouwing blijven - al moet men beseffen dat zelfs deze beschrijvende informatie al een aantal beleidsvragen zoals in de vorige paragraaf genoemd - kan beantwoorden.

Belangrijker echter is de uitbreiding van het onderzoek naar twee kanten.

- a. Welke factoren aan patiëntenzijde (geografische achtergrondkenmerken, verzekeringsvorm, gezondheidstoestand, neiging tot zelfzorg, sterkte van de mantelzorg, organisatie van de huisartspraktijk, optreden van de huisarts) beïnvloeden de presentatie van de gezondheidsproblemen aan de huisarts.
- b. Welke factoren aan de 'aanbodszijde' (organisatie, praktijkvoering, taakopvatting, taakuitoefening van de huisarts en de plaats van de betreffende huisartspraktijk in de gezondheidszorg ter plaatse) beïnvloeden de reacties van huisartsen op de aangeboden problematiek.

De studie wordt zo opgezet dat een belangrijke vraagstelling als dat van de interdokter- en interpraktijkvariantie van meet af aan als object aan onderzoek wordt meegenomen.

De studie lijkt in een aantal opzichten op de Engelse tienjaarlijkse National Morbidity Surveys. Ook hier wordt gestreefd naar een overzicht van de morbiditeit in de huisartspraktijk, gekoppeld aan meer informatie over patiënten dan leeftijd en geslacht. In Engeland worden daarvoor gegevens uit de volkstelling gebruikt - in de voorgestelde Nationale Studie wordt deze achtergrondinformatie apart verzameld. Er is één groot verschil: in de Engelse studies worden geen

verrichtingen (behalve verwijscijfers) geregistreerd, al wordt het vraagstuk van de interdoktervariantie wel aan de orde gesteld.

1.3.2. Opzet en methoden van de studie

De aanzienlijke omvang van de studie (zowel qua inhoud als qua volume) heeft geleid tot een opdeling in een twaalfstal deelvraagstukken, die in het volgende hoofdstuk, en met eenzelfde systematiek als de beschrijving van de Nationale Studie (motivering en doel, probleemstelling, methoden en verwachte resultaten) worden beschreven.

De deelprojecten betreffen deels de morbiditeit in de huisartspraktijk (algemene morbiditeit en chronische ziektes), maar vooral de morbiditeitsgerelateerde verrichtingen. Binnen deze verrichtingen is de vraag naar 'zelf doen' versus 'laten doen' of 'verwijzen' de belangrijkste leidraad geweest. Hoewel het zwaartepunt van de studie het functioneren van de huisartspraktijk betreft is daarnaast veel aandacht besteed aan het verzamelen van meer achtergrondkenmerken van patiënten dan leeftijd en geslacht en aan een afzonderlijke studie naar de relatie tussen het ervaren van gezondheidsproblemen en de presentatie ervan in de huisartspraktijk.

De titels van de deelprojecten luiden als volgt:

1. Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk.
2. Huisarts en chronische aandoeningen.
3. Huisarts en preventie.
4. Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk.
5. Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk.
6. Verloskundige zorg door de huisarts.
7. Huisarts en fysiotherapeutische zorg.
8. Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie huisarts/(A)GGZ/AMW.
9. Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten.
10. Nazorg en continuïteit van zorg.
11. Werkbelasting in de huisartspraktijk.
12. Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg.

Het enige onderzoek dat ogenschijnlijk buiten de reeks valt is 11. Werkbelasting in de huisartspraktijk. Het betreft hier een onderzoek naar werkbelasting in de huisartspraktijk gegeven de samenstelling van de praktijkpopulatie. Het is een studie naar het tijdsbeslag dat het totaal van verrichtingen inneemt en naar de invloed daarvan op de verhouding zelf doen/laten doen/verwijzen.

Er is nog een andere manier om de deelprojecten in te delen. Daartoe dient het volgende schema te worden gehanteerd.



Dit schema wordt vaak gehanteerd bij de evaluatie van een bepaalde voorziening (de huisartspraktijk bijvoorbeeld) in het totaal van de gezondheidszorg. De vraag is dan hoe functioneert de voorziening in relatie met de behoefte aan zorg en het effect van de zorg.

De omkadering binnen het schema geeft aan dat in deze studie niet de gehele 'keten' wordt onderzocht. Het hoofddaccent ligt op de in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit en de reactie van de huisarts daarop. De projecten 1 t/m 9 (van 'morbiditeit' tot 'verwijzen naar medisch specialisten') hebben betrekking op het omkaderde gedeelte. Project 10 - nazorg en continuïteit van zorg houdt zich (deels) met de uitkomst van het zorgproces bezig en het laatste project (12) heeft betrekking op de behoefte aan zorg en het ervaren onwelbevinden onder de bevolking. Ook in project 2 en 8 (chronische aandoeningen en psychosociale problematiek) wordt naar de uitkomst gekeken bij een beperkte groep praktijken over een langere periode.

1.3.3. Materiaalverzameling

In vier groepen van ongeveer 40 huisartsen worden in een totale periode van één kalenderjaar gedurende drie maanden verschillende soorten gegevens verzameld. Een kleine groep huisartspraktijken continueert ten behoeve van het samen met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut opgezette onderzoek naar chronische aandoeningen de materiaalverzameling voor langere tijd.

De opzet van de materiaalverzameling laat zich het best omschrijven aan de hand van de specifieke informatie-formulieren c.q. meetinstrumenten. Dit zijn:

1. contactregistratie;
 2. registratie van patiëntenkenmerken;
 3. enquête(s) onder registrerende huisartsen;
 4. enquête onder patiënten uit de steekproefpraktijken.
-
1. Een registratie van de contacten tussen huisarts en patiënt:
Consulten (ook telefonische) en visites (ook in het ziekenhuis).

Hieronder resorteert zowel een morbiditeits- als een verrichtingenregistratie, waarbij ook aan de praktijkassistente (indien aanwezig) gevraagd wordt haar activiteiten dienaangaand vast te leggen. Deze registratie van contacten vindt via drie formulieren plaats:

- het contactregistratieformulier: alle face to face contacten kunnen hierop worden vastgelegd. Ontwerp van dit formulier is dusdanig, dat het zo dicht mogelijk bij het dagelijks werk van de huisarts staat. In de maand december 1985 is het formulier 'gepilot' bij zes huisartsen, waarna aanpassingen volgden. Vervolgens is het door de 14 participerende huisartsen tijdens een elf weken durende proefregistratie gebruikt. Aanmerkingen van deze huisartsen en aanvullingen van (deel)projectleiders binnen het NIVEL hebben geleid tot de definitieve versie (bijlage 1).
 - het formulier ten behoeve van telefonische contacten: dit is ontworpen omdat het onmogelijk bleek een contactregistratieformulier tijdens of na een telefonisch consult volledig en betrouwbaar in te vullen. Het formulier is uitgetest in drie praktijken door vijf huisartsen en voldeed aan de verwachtingen.
 - het praktijkassistente-formulier: ten behoeve van het werk van de praktijkassistente is een apart formulier ontworpen, waarop zij zelf moet registreren, wat zij buiten de huisarts om doet. Gebleken is dat een voorgedeed formulier meer informatie oplevert, reden waarom het formulier nog aangepast zal worden.
2. Een registratie van patiëntenkenmerken: voor alle patiënten uit de praktijken in de steekproef moeten gegevens verzameld worden zoals geboortjaar, geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit, beroep, opleiding, woonsituatie, samenlevingsvorm, mobiliteit en verzekeringsvorm.
 3. Een enquête onder de registrerende huisartsen: uit deze enquête zullen zowel kenmerken van de huisartsen zelf (bijvoorbeeld taakopvattingen) als van de organisatie van hun praktijk (bijvoorbeeld samenwerkingsverband) betrokken worden. Voor sommige deelprojecten (diagnostiek, nazorg) wordt extra informatie verzameld.
 4. Een enquête onder een steekproef van de patiënten uit de steekproefpraktijken: dit moet gegevens opleveren van het type dat ook in de CBS-gezondheidsenquête wordt verzameld (bijvoorbeeld ervaren gezondheidstoestand, houdingen ten aanzien van ziekte en gezondheid en de neiging tot het zoeken van professionele hulp).
- Voor een meer gedetailleerd verslag over deze meetinstrumenten wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Om alle misverstanden te voorkomen. Het is niet de bedoeling (en ook niet mogelijk) om 160 huisartspraktijken continu geautomatiseerde informatie te doen aanleveren. De stand van de techniek is niet ver genoeg om voor redelijke produktiekosten een geautomatiseerd systeem te leveren dat de voor deze studie benodigde informatie bevat. Het management van de huisartspraktijk en grootschalig wetenschappelijk onderzoek laten zich technisch en financieel nog niet goed rijmen. Wel wordt uiteraard zoveel mogelijk van geavanceerde en geautomatiseerde technieken gebruik gemaakt om alle gegevens op te slaan en te verwerken.

Vervolgens is het goed erop te wijzen dat de huisartsen niet **zelf** de door hen geconstateerde klachten en problemen classificeren volgens de systematiek van een bestaand classificatiesysteem. Voor enkele ziekten met hoge prevalentie en incidentie worden de criteria geëxpliciteerd, maar voor het overige worden geen bindende richtlijnen gegeven. Het onderzoek wil namelijk de artsen zo natuurlijk mogelijk laten functioneren en zo min mogelijk de deelnemers in een keurslijf van begrippen dwingen die in normale omstandigheden ook niet (consequent) worden gehanteerd. Dit betekent dat de informatie op de formulieren die niet is voorgecodeerd door speciaal getrainde codeurs wordt verwerkt. Onduidelijkheden worden wekelijks met de deelnemende artsen besproken.

Voor een goed begrip van de opzet van de studie is het nog van belang te vermelden dat deelnemers een financiële vergoeding krijgen voor hun inspanningen. Op deze wijze is de kans groter dat de selectie van de praktijken niet louter op interesse in registratie en onderzoek plaatsvindt al is de vergoeding zeker niet hoog genoeg om artsen in liquiditeitsproblemen te interesseren.

1.4. Verwachte resultaten

Onder het kopje '1.1.2. Doel' wordt gesteld dat de studie bruikbaar moet zijn voor het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg in ruime zin.

Heel kort samengevat kan men dit beleid als volgt karakteriseren (Dopheide, 1985):

1. Verschuiven van het accent van residentiële (intramurale) zorg naar ambulante (extramurale) zorg en van specialistische naar generalistische zorg. Dit is het echelonnerings- of substitutiebeleid, uitmondend in een versterking van de eerstelijnszorg en een minder sterke nadruk op de intramurale zorg.

2. Het bevorderen van coördinatie en samenhang in de gezondheidszorg.
3. Het verder verschuiven van curatieve naar preventieve zorg en van
4. Professionele zorg naar zelfzorg en zorg van de naaste omgeving. Parallel hieraan (en vaak ermee samenhangend) loopt een beleid van beteugeling en reductie van de schijnbaar autonoom stijgende kosten van de gezondheidszorg.

In de inleidende paragraaf is al gezegd dat de studie zo wordt opgezet, dat hij kan dienen als vóórmeting voor nieuwe beleidswijzigingen (vooral op het vlak van de wijzigingen van het stelsel van ziektekostenverzekering, maar ook voor het geval dat het honoreringstelsel van de huisarts ingrijpend gewijzigd zou worden). Dat is één gevolg van de beleidsgerichtheid van de studie.

Ten tweede wordt veel aandacht besteed aan de substitutie van zorg: de relaties tussen 'zelfdoen' en 'verwijzen naar medisch specialist, fysiotherapeut en psychosociale hulpverlening' en de 'nazorg na het ontslag uit de intramurale zorg' zijn hoofdthema's voor de studie. Van groot belang is het dat substitutie van zorg wordt bestudeerd naar aanleiding van in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit. Dit leidt tot resultaten die zich voor een genuanceerd beleid lenen. Uit dergelijk onderzoek komt namelijk informatie over morbiditeit die sterk, matig of zwak tot substitutie van zorg aanleiding geeft. Door zich te concentreren op aandoeningen waarvoor klaarblijkelijk substitutie van zorg mogelijk is, kan gericht geformuleerd worden of huisartsen de balans zelfdoen/laten doen/verwijzen in de richting van zelfdoen kunnen verschuiven. Ook kunnen opleiding en nascholing zich op deze specifieke punten concentreren.

Ten derde geeft de studie indicaties over in de huisartspraktijk gegenereerde kosten. Zo wordt van de prescripties niet alleen de hoeveelheid 'werkzame stof' genoteerd (van belang voor de meer inhoudelijke vraagstellingen) maar ook het 'merk' en de toedieningsvorm (of de aard van het loco-preparaat) zodat de kosten van het voorgeschrevene kunnen worden gecalculeerd. Dit type calculaties bestaat voor het ziekenfondsgedeelte van de verzekerde bevolking. Met de reductie van het aandeel van de proportie ziekenfondsverzekerden wordt het belang van een volledig overzicht des te klemmender.

Tenslotte geeft de combinatie van patiëntengegevens met morbiditeits- en verrichtingenregistratie in de huisartspraktijk de mogelijkheid om specifiekere risicogroepen op te sporen dan meestal het geval is. Ook kan berekend worden of bepaalde groepen uit de huisartspraktijk een onevenredige belasting van de huisarts met zich meebrengen.

Alle beleid dat poogt de positie van de huisarts te versterken door verlaging van de rekennormpraktijk of differentiatie van het honorarium kan met behulp van de gegevens uit deze studie nader worden onderbouwd en geëvalueerd.

Literatuur

- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE. The feasibility of a national general practice morbidity and intervention survey in the Netherlands, Utrecht. Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- DOPHEIDE, J.P. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluys E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (red). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht, NIVEL, 1985
- LAMBERTS, H. Monitoring Project Ommoord. Morbidity in General Practice. Utrecht, Huisartsenpers, 1984
- LAMBERTS, H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 130, 1986, 7 292-296
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Structuurnota. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Financieel overzicht Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1985
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota eerstelijnsgezondheidszorg. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota volksgezondheid's beleid bij beperkte middelen. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983
- NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT/NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. Jaarverslagen 1970-1984. Utrecht, NHI/

- NIVEL. 1971-1985
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. 'Gewone Ziekten': een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken (2 delen), Nijmegen, 1980
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Morbidity figures from general practice: data from four general practices 1978-1982, Nijmegen, 1985
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity Statistics from general practice, Second National Study 1970-71. Studies on medical and population subjects no. 2b. London, HMSO, 1974.
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity Statistics from general practice. Second National Study. 1971-1972. Studies on medical and population subjects, no. 36, London, HMSO, 1979
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity statistics from general practice, socio-economic analysis. Studies on medical and population subjects, no. 46, London, HMSO, 1982
- OLIAMANS, A.P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden, Stenfert Kroese, 1969
- STURMANS, F., W.G. VAN ARKEL. Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen 1. Evaluatie als essentieel onderdeel van de planningscyclus. Medisch Contact, 37, 1982, 18, 550-556
- STURMANS, F., W.G. VAN ARKEL. Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen 4. Het onderzoeken van effectiviteit en veiligheid. Medisch Contact, 37, 1982, 38, 1200-1206
- WIJKEL, D., J. VAN DER ZEE. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer (cijfers uit 1976-1978) Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 62, 1984, 11, 428-432

2. DE TWAALF DEELPROJECTEN

2.1. Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk

(Verantwoordelijk onderzoeker: J. v.d. Velden, arts)

2.1.1. Doel en motivering

Centraal staat een inventarisatie en analyse van de gepresenteerde morbiditeit in de huisartspraktijk, uitgedrukt voor zover mogelijk in diagnosecategorïën en anders in klachten, symptomen, problemen of redenen voor contact.

Over de in de huisartspraktijken gepresenteerde morbiditeit zijn momenteel in Nederland geen nationale gegevens beschikbaar. We kennen op dit terrein wel de volgende projecten:

- er is de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek, maar deze concentreert zich niet echt op morbiditeit;
- er zijn de onderzoeken, waarin pogingen zijn gedaan het begrip 'perceived need' (= door patiënt ervaren klachten) te onderbouwen (v/d Lisdonk, Huygen et al., Moll van Charante);
- er zijn de drie grote morbiditeitsregistratieprojecten:
 1. De studie van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, uitgevoerd door A.P. Olie-mans (1969) en het daaruit voortgekomen peilstationsnetwerk (1971-heden).
 2. NUHI/CMR (1971 - heden) van het Nijmeegse Universitaire Huis-artsen Instituut.
 3. Monitoring project Ommoord (1979 - 1981).

Deze laten echter geen eenduidig beeld zien: grote tot zeer grote verschillen in incidentie- en prevalentiecijfers worden gevonden. Ongetwijfeld liggen daar verschillen in registratieperiode, in definiëring van ziekte-criteria, in regionale spreiding en in het gebruikte classificatiesysteem aan ten grondslag.

Onderhavige Nationale Studie laat het toe om na bijna twintig jaar weer op nationaal niveau een morbiditeitsregistratie uit te voeren. Tegelijkertijd vormen de hieruit voortkomende gegevens het uitgangspunt voor het handelen van de huisarts, en vormen zij dus ook de basis voor de deelprojecten die dit handelen tot onderwerp van onderzoek hebben.

2.1.2. Probleemstelling

De centrale doelstelling van dit deelproject is dus een weergave van

in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit. Vanuit epidemiologisch standpunt moet hierbij goed voor ogen gehouden worden dat hierdoor slechts een grove benadering van onder de bevolking voorkomende morbiditeit gegeven kan worden. De hier voorgestelde registratie kan alleen iets zeggen over de geëxpliciteerde hulpvraag, en dan nog, voor zover die bij de huisarts en niet bij een andere hulpverlener terecht komt. De huisarts ziet slechts de top van een ijsberg: veel gezondheidsstoornissen blijven onder het oppervlak.

De problemen stellen zich dan ook vooral bij de teller van het epidemiologische quotiënt (de aan de huisarts aangeboden gezondheidsproblemen). Om aan dit probleem enigszins tegemoet te komen wordt - in het kader van het deelproject "zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg" een health interview survey uitgevoerd. Op die manier zal gepoogd worden om bij een steekproef uit de totale populatie zicht te krijgen op de ervaren morbiditeit. De problemen die daar dan weer mee gepaard gaan worden aldaar behandeld. Aan de tellerzijde stelt zich nog een tweede probleem, namelijk dat van de "case definition". De huisartsen zullen de aangeboden morbiditeit voor zover mogelijk registreren in diagnosecategorïën. Ten eerste is evenwel bekend dat er op het punt van diagnosestelling interdoktervariantie bestaat. Ten tweede is het in de huisartspraktijk niet altijd mogelijk om een duidelijke diagnose te stellen. In al deze laatste gevallen zullen waarschijnlijkheidsdiagnoses, symptomen of redenen voor contact geregistreerd worden.

Door episodische registratie van ziektegeschiedenissen kunnen we deze problemen goeddeels ondervangen. Voor een beperkt aantal ziekten, met hoge incidentie respectievelijk prevalentie, zal daarnaast gebruik gemaakt worden van diagnostische criteria, hetgeen weinig invloed op onze gegevensverzameling zal hebben, omdat hieromtrent al grotendeels consensus verwacht kan worden onder Nederlandse huisartsen. Voor de overige categorïën ziekten worden geen vaste criteria aangehouden. Bij dit laatste dient aangetekend te worden dat een verrichting invloed kan hebben op de diagnosestelling: een aandoeining wordt als zodanig gediagnosticeerd, omdat de arts een bepaalde verrichting uitvoert, die daarbij past.

Van groot belang is verder hoe deze diagnose-categorïën geïnclassificeerd gaan worden. Tijdens de voorbereiding van de Nationale Studie is daarover, in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, onderzoek naar gedaan, waarbij de ICD-9 als meest geschikt naar voren kwam. De haalbaarheidsstudie liet ons echter zien dat de in opbouw zijnde ICPC bijzonder praktisch was, maar met betrekking tot de diagnosecategorïën te grof. Er wordt voor de Natio-

nale Studie nu gewerkt aan een verfijnde versie van deze ICPC. Voor verdere informatie hierover zij verwezen naar hoofdstuk 3 (paragraaf 1).

Aan de noemer-zijde is het probleem beperkt tot de vraag of de steekproef van huisartsen ons tevens een goede a-selecte steekproef van de totale bevolking oplevert. Van alle bij deze huisartsen ingeschreven patiënten zal een aantal kenmerken geregistreerd worden, met name geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, beroep, opleiding, samenlevingsverband, woonsituatie, mobiliteit, ethniciteit en verzekeringsvorm. Het beschrijven van het vóórkomen van klachten en ziekten in de huisartspraktijk naar bovengenoemde patiëntenkenmerken zal één van de hoofdlijnen van de nationale studie vormen. Het belang hiervan is nauwelijks te overschatten, zeker als men naar de Engelse National Morbidity Surveys kijkt, waar morbiditeit gekoppeld wordt aan censusgegevens. De weg wordt geopend om morbiditeit nu ook eens naar sociale klasse, naar nationaliteit, naar woonsituatie etcetera te bekijken, waarmee voor Nederland uniek materiaal voorhanden komt. Het broodnodige sociaal-epidemiologische onderzoek kan hiermee vooruit geholpen worden.

2.1.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten assistentes):
 - reden(en) voor contact, (waarschijnlijkheids)diagnose en onderliggende ziekte worden episodisch vastgelegd.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskmerken, te verzamelen vanuit de praktijkpopulatie.
3. Artsenenquête:
 - gegevens omtrent de gezondheidszorgvoorzieningen: aantal huisartsen, overige hulpverleners eerste lijn, type praktijk, ziekenhuizen;
 - gegevens omtrent werkwijze en attitude van huisarts.
4. Patiëntenenquête (inclusief dagboek):
 - gegevens omtrent attitude en omgaan van patiënt met gezondheid en ziekte;
 - gegevens omtrent subjectieve gezondheidstoestand.

2.1.4. Verwachte resultaten

Voor een goede allocatie van voorzieningen is het noodzakelijk te weten welke ziekten in wat voor mate bij wie en waar voorkomen. De huisarts vormt een ideale bron van informatie daarvoor, aangezien een huisarts vooral in de Nederlandse structuur, met zijn strakke

echelonnering een beter inzicht dan wie ook binnen de professie heeft op morbiditeit onder de bevolking.

Dat heeft de volgende consequenties :

1. Het vastleggen en analyseren van aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit zal het meest complete beeld van morbiditeit in Nederland sinds 20 jaar opleveren.
2. Koppeling van morbiditeit aan bijzondere patiëntenkenmerken biedt ons verder inzicht in morbiditeit naar bevolkingsgroep (c.q. infectieziekten naar sociale klasse/maligne nieuwvormingen naar woonsituatie/psychosociale problematiek naar beroep). Daarmee kunnen risicogroepen beter opgespoord worden.
3. Tevens komt ruimschoots epidemiologische informatie ten behoeve van opleiding, nascholing en toetsing ter beschikking.
4. Koppeling van morbiditeit aan diverse verrichtingen geeft ons een beeld van wat er per diagnosecategorie uiteindelijk gebeurt (c.q. hoe vaak leidt een bepaalde aandoening tot verwijzingen fysiotherapie).

Voorzichtigheid is echter geboden bij de interpretatie van de verkregen gegevens. Aanvullende gegevens vanuit de bevolking zijn nodig, zoals onder andere verzameld in de bij deze studie behorende patiëntenenquête, om een completer beeld van incidentie en prevalentie te verkrijgen.

Literatuur

- ALLSOP, J. Health Policy and the National Health Service. London/ New York, Longman, 1984
- BARTELDI, A.I.M. Klachten, Ziekten en doodsoorzaken. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (red). Overzichtsstudie Onderzoek eerste lijn, Utrecht, NIVEL, 1985
- BARKER, J.P., G. ROSE. Epidemiology in Medical Practice. London, Churchill Livingstone, 1984
- BLAXTER, M. Equity and consultation rates in General practice. British Medical Journal, 288, 1984, 1963-1967
- CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE. The feasibility of a national general practice morbidity and intervention survey in the Netherlands. Utrecht, NHI, 1984
- DEDEOGLU, N. Gezondheidsproblemen van Turkse gastarbeiders. Utrecht, Nederlands Centrum Buitenlanders, 1980
- HUYGEN, F.J.A. Gezondheid en ziekte: een onderzoek van gezinnen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 127, 1983, 1612-1619

- KOHN, R., K.L. WHITE (red.). Health Care, an international Study. Oxford, Oxford University Press, 1977
- Mc KEOWN, TH. The role of medicine; Dream, Mirage or Nemesis. Basil Blackwell, Oxford, 1979
- LAU-IJZERMAN A. et al. Vergelijkend Buurtonderzoek Amsterdam, Deel-rapporten 1-3: sterfte, langdurige arbeidsongeschiktheid, ziekenhuisopname. 2e druk, Amsterdam, Stadssnelrukkerij, 1981
- LAMBERTS, H. Morbidity in General Practice. Diagnosis related information from the Monitoring Project. Utrecht, Huisartsenpers, 1984
- LAMBERTS, H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 130, 1986, 7, 292-296
- LISDONK, E.H. VAN DEN. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk: een onderzoek met dagboeken. Dissertatie, Nijmegen, 1985
- MARMOT, M.G., G. ROSE, M. SHIPLEY. Inequalities in death: specific explanation of a general pattern. Lancet, 1984, 1003-1006
- MOLL VAN CHARANTE, A.W. Van ziektegevoel tot klaaggedrag: neurotische labiliteit en de presentatie van klachten aan de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 21, 1978, 1, 17-20
- MORRIS, J.N. Uses of Epidemiology. Third Edition, London, Churchill Livingstone, 1975
- NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT/NEDERLANDS INSTITUUT VOOR ONDERZOEK VAN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. Jaarverslagen 1970-1984. Utrecht, NHI/NIVEL, 1971-1985
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Gewone ziekten: een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken (twee delen). Nijmegen, 1980
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices. 1978-1982, Nijmegen, 1985
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity Statistics from general practice, Second National Study 1970-71. Studies on medical and population subjects, no 2b, London, HMSO, 1974
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity statistics from general practice. Second National Study, 1971-1972. Studies on medical and population subjects, no. 36, London, HMSO, 1979
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Morbidity statistics from general practice, socio-economic analysis. Studies on medical and population subjects, no. 46, London, HMSO, 1982

- OLIEMANS, A.P. Morbiditeit in de Huisartspraktijk. Leiden, Stenfert Kroese, 1969
- PLOEG, H.M. VAN DER. Persoonlijkheidskenmerken en huisartscontact-frequentie. Huisarts en Wetenschap, 23, 1980, 10, 398-403
- SCRIVENS, E., W.W. HOLLAND. Inequalities in health in Britain (a critique of the report of a research working party). Effective Health Care, 1, 1983, 97-107
- SCOTT SAMUEL, A. Need for Primary Health Care: an objective indicator. British Medical Journal, 288, 1984, 6415, 455-457
- TOWNSEND, P., N. DAVIDSON. Inequalities in Health. (Penguin Books) Harmondsworth, 1982
- VEEN, W.A. VAN. Morbiditeitsonderzoek. Huisarts en Wetenschap, 25, 1982, 3, 110-112
- VELDEN, H.G.M. VAN DER. Huisvrouw, huisarts, huisgezin: een onderzoek naar ziekten en gezondheidsstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartspraktijk. Dissertatie, Nijmegen. Dekker en van der Vegt, 1971
- ZEE, J. VAN DER. Sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk: een pleidooi voor de empirie. In: Boerma W.G.W., L. Hingstman (red.). De eerste lijn onderzocht. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar de diensten van de huisarts. Dissertatie, Rijksuniversiteit Limburg. Utrecht, NHI, 1982

2.2. Huisarts en chronische aandoeningen

(Verantwoordelijke onderzoekers: J. v.d. Velden, arts, F. Schellevis, arts)

2.2.1. Doel en motivering

Doel van het onderzoek is het versterken van de positie van de huisarts op het terrein van chronische aandoeningen door optimalisering van de hulpverlening op dit terrein ten aanzien van opsporing, adequate behandeling, controle en anticipatie.

Chronische aandoeningen zullen bij de toekomstige vergrijzing van de bevolking een steeds belangrijker stempel op de aard van het werk van de huisarts drukken. Met de toename van de gemiddelde leeftijd in de bevolking valt een aanzienlijke toename van de prevalentie en incidentie van chronische aandoeningen te verwachten. Dit heeft consequenties voor het werk van de huisarts als sleutelfiguur in de zorg voor chronisch zieken.

Momenteel is er op landelijke schaal de volgende informatie voor handen: met betrekking tot chronische aandoeningen: de PALGA-registratie (ten behoeve van kanker), de ziekenhuisstatistieken (ten behoeve van hypertensie, CARA, hart- en vaataandoeningen e.a.), ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsstatistieken en de CBS-gezondheidsenquête. Vanuit de huisartspraktijk is op landelijke schaal weinig bekend over chronische aandoeningen, zowel wat betreft hun voorkomen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoeften als over het door de huisarts dienaangaand gevoerde beleid. Wel is bekend dat huisartsen sterk verschillen in de mate waarin ze de controle en behandeling van deze ziekten als hun taak beschouwen. Aangezien de chronische aandoeningen ook een hoog kostengenererend effect hebben, zal het duidelijk zijn dat deze aandoeningen verstrekkende consequenties hebben voor de gezondheidszorg en is specifieke aandacht hiervoor gerechtvaardigd.

2.2.2. Probleemstelling

(Patiënten met) chronische aandoeningen en hun gevolgen zullen in toenemende mate een beslag leggen op de gezondheidszorg. De nadruk van deze zorg zal met name in de preventieve sfeer komen te liggen: adequate behandeling van patiënten met een chronische aandoening, voorkomen van complicaties (tertiaire preventie) en bewaken van risicogroepen (secundaire preventie). Andere belangrijke aandachtspunten hierbij zijn: opsporing van risicogroepen (criteria, signalering) en therapietrouw, met name van patiënten met weinig of geen klachten. De huisarts staat hierin centraal als behandelaar van pa-

tiënten met een chronische aandoening, maar ook als 'gezondheidsbewaker' over een nauwkeurig omschreven populatie.

Aangezien de huisartsgeneeskundige zorg centraal staat in dit onderzoek, is het zinnig een inperking van te onderzoeken chronische aandoeningen aan te brengen. Dat wil zeggen dat alleen die aandoeningen in aanmerking komen, waar de huisarts frequent mee geconfronteerd wordt en die beleidsmatig het meest relevant zijn. De aandoeningen waarop het onderzoek zich richt zijn: hypertensie, chronische cardio-vasculaire aandoeningen, CARA, chronische degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat, diabetes en psycho-sociale problematiek. Voor dit laatste onderdeel wordt u verwezen naar deelproject 8.

De volgende vraagstellingen zullen aan de orde komen:

a. Wat is de medische consumptie van patiënten met één of meer van deze chronische aandoeningen?

Bij deze vraag is de patiënt het analyseniveau. Het betreft hier onder andere registratie van huisarts-patiëntencontacten, ziekte-episoden, redenen voor contact, aard van de (met de chronische aandoening(en) interfererende aandoeningen, vergelijking van de subjectieve en objectieve gezondheidstoestand van patiënten met en zonder één of meer chronische aandoeningen.

b. Welk beleid wordt door huisartsen ten aanzien van (patiënten met) deze chronische aandoeningen gevoerd, zowel in diagnostische als in therapeutische zin?

Op het niveau van de huisarts wordt met deze vraag bedoeld op de inventarisatie van de als regel gehanteerde criteria bij het stellen van de diagnose, van het gebruikelijke controlebeleid, van interventies en criteria daarvoor, etc. Aldus wordt inzicht verkregen in de verschillen per huisarts(praktijk) en mogelijk in verklaringen hiervoor.

c. Wat is - gegeven de huidige stand van kennis - het optimale beleid ten aanzien van (patiënten met) deze chronische aandoeningen?

Op basis van de huidige stand van wetenschap, van ervaringen in reeds ontwikkelde monitoringsystemen en van de resultaten uit de tweede vraagstelling worden monitoringsystemen ontwikkeld, toegespitst op de eerder genoemde chronische aandoeningen. In dit monitoringsysteem zal aan signalering, opsporing, diagnostisering, behandeling en controle van patiënten met deze chronische aandoeningen aandacht worden besteed.

d. In hoeverre leidt invoering van dat beleid tot het beoogde doel?

Deze vraag betreft het onderzoeken van het effect van de invoering en toepassing van de ontwikkelde monitoringsystemen. De deelnemende huisartsen zullen periodiek op de hoogte gebracht worden van diverse aspecten van hun werkwijze ten aanzien van patiënten met de betreffende chronische aandoeningen: toepassing van diagnostische criteria, effect van actieve opsporing, mate van instelling en controle van patiënten en aard van de interventies. Het beoogde doel hiervan is het verbeteren van de diagnostiek en opsporing van tot dan toe onbekende patiënten, het verbeteren van de behandeling van de bekende patiënten en een meer gerichte verwijzing naar de tweedelijns zorg.

2.2.3. Methoden

1. Contactregistratie: (inclusief telefonische contacten en contacten via praktijkassistentes):
 - het bepalen van de prevalentie van de genoemde aandoeningen en vastleggen van gegevens van patiënten met deze aandoeningen;
 - het registreren en coderen van de reeds bekende en aangeboden morbiditeit (contactgegevens: klachten, diagnostische en therapeutische interventies, diagnoses, ziekte-episoden);
 - het identificeren en registreren van nieuwe patiënten met de genoemde aandoeningen (incidentie), alsmede het vastleggen op welke wijze de diagnose is gesteld.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskenmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
3. Patiëntenenquête:
 - vaststellen van (subjectieve) gezondheidstoestand;
 - vaststellen van consumptie van zorg met betrekking tot patiënten met chronische aandoeningen.
4. Artsenenquête:
 - informatie verkrijgen omtrent achtergrondkenmerken, werkwijze en attitude van de huisartsen.

Buiten deze meetinstrumenten vinden ook de volgende onderzoeken plaats:

- selecteren en vastleggen van parameters voor de gezondheidstoestand van patiënten alsmede voor het behandelingsresultaat;
- de ontwikkeling van een monitoringsysteem voor de opsporing en behandeling van patiënten met de genoemde chronische aandoening(en). Dit heeft de volgende consequenties: ten eerste geldt dat voor de in dit studie-onderdeel op te nemen ziekten de criteria wél omschreven zijn waaraan de ziekteverschijnselen dienen te voldoen voordat ze

worden gemeld. Dit geldt althans voor de nieuwe gevallen.

Ten tweede dient men te beseffen dat drie maanden te kort is voor het registreren en vervolgen van chronische aandoeningen. Om dit te ondervangen vervolgt een groep van 15 artsen (in het werkgebied van het Nijmeegs huisartseninstituut) gedurende twee jaar de ontdekte (en in die vervolgperiode te ontdekken) gevallen.

2.2.4. Verwachte resultaten

Door de verwachte 'dubbele vergrijzing' van de bevolking zullen chronische aandoeningen frequenter gaan voorkomen. De huisarts wordt een belangrijker taak met betrekking tot deze aandoeningen toebedacht, hetgeen aansluit op de resultaten die dit project nastreeft:

1. Versterken positie van de huisarts, wat zal leiden tot meer zorg in de thuissituatie.
2. Inzicht in omvang van de problematiek: prevalentie- en incidentiecijfers naar bevolkingsgroep komen ter beschikking.
3. Koppeling van morbiditeit aan interventies geeft inzicht in de mogelijkheden van, vooral tertiaire preventie, in de huisartspraktijk, waardoor de 'quality of life' verbeterd kan worden.
4. Substitutie van zorg kan bekeken worden als men per diagnosecategorie naar de verrichte interventies kijkt.

Literatuur

- ANDERSON, J.E. Reliability of morbidity data in family practice. *Journal of Family Practice*, 1980, 10, 677-683
- BARNETT, G.O., R. WINICHOFF, J.L. DORSEY, M.M. MARJAN, R.S. LURRE. Quality Assurance through Automated monitoring and concurrent feedback using a Computer-Based Medical Information System. *Medical Care*, 1974, XVI, 11, 962-970
- BOS, G.A.M. VAN DEN, P.J. VAN DER MAAS, J.D.F. HABBEMA. Zorgbehoeften en zorgverlening bij chronisch zieken; onderzoekopzet en eerste resultaten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1984, 62, 465-467
- BOSCH, W.J.H.M. VAN DEN. Kanker in vier huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap*, 1985, 28, 338-41
- BROWNBIDGE G.A. EVANS, M. FITTER, M. PLATTS. An interactive computerized protocol for the management of hypertension: effects on the general practitioners clinical behaviour. *Journal of The Royal College of General Practitioners*, 1986, 36, 198-202

- DICHMSON, J.C., A. GREGG, L. WARSHOW et al. Improving Hypertension Control: Impact of Computer Feedback and Physician Education. *Medical Care*, 1981, XIX, 8, 843-854
- EIJK, J.Th.M. VAN. Levensgebeurtenissen en ziekte. Dissertatie, Nijmegen, 1979
- FRASER, R.C., D.G. CLAYTON. The accuracy of age-sex registers, practice medical records and family practitioner committee registers. *Journal of The Royal College of General Practitioners*, 1981, 31, 410-419
- GROL, R.H. MOKKINK, F. SCHELLEVIS. Effecten van onderlinge toetsing I. Spreekuurgedrag van huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*, 1986, 29, 99-103
- HUYGEN, F.J.A. De epidemiologie van otitis media in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 1978, 21, 208-211
- LAMBERTS, H. Huisartsgeneeskundig handelen per diagnose. *Huisarts & Wetenschap*, 1983, 26, 438-497
- LAMBERTS, H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*, 1982, 25, 401-414
- LISDONK, E.H. VAN DEN. Ervaren en aangeboden morbiditeit. Dissertatie, Nijmegen, 1985
- REE, J.W. VAN. Het Nijmeegs Interventie Project (NIP). Dissertatie, Nijmegen, 1981
- REE, J.W. VAN, W. VAN GERWEN, H. VAN DEN HOOGEN. Interventie bij verhoogd risico op hart- en vaatziekten (I). *Huisarts en Wetenschap*, 1985, 28, 21-4 (II) *Huisarts en Wetenschap*, 1985, 28, 53-58
- VOORN, TH.B. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Dissertatie, Nijmegen, 1982
- WEEL, C. VAN. Anticiperende Geneeskunde in de Praktijk. Dissertatie, Rotterdam, 1981
- WHO (World Health Organization). Working party on ICPC International Classification on Primary Care. Amsterdam, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1985
- WONCA/WHO. ICHPPC-2-DEFINED (Inclusion criteria for the use of the rubrics of the international Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford, Oxford University Press, 1983

2.3. Huisarts en preventie

(verantwoordelijke onderzoekers: drs. W.G.W. Boerma, J. v.d. Velden, arts, dr. P.F.M. Verhaak)

2.3.1. Doel en motivering

De overheid hecht voor haar toekomstig beleid in de gezondheidszorg grote waarde aan preventie, getuige de visie neergelegd in de Nota 2000, die gestoeld is op een tweeledige strategie. Via gezondheidsbevorderende maatregelen wil men een positieve beïnvloeding van de gezondheidstoestand en via gezondheidsbeschermende maatregelen wil men omstandigheden voorkomen die een negatieve invloed hebben op de gezondheidstoestand. De nadruk op preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten en van kanker laat zich rechtvaardigen door het feit dat zij samen driekwart van de doodsoorzaken in Nederland uitmaken. In navolging van de WHO verwacht de overheid daarbij veel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het onderbrengen daarin van het screeningsprogramma cervix-carcinoma is daar een uiting van. De vraag is echter welke mogelijkheden tot preventie de eerste lijn, en met name de huisarts te bieden heeft. De onderhavige studie wil een inventarisatie maken van wat de huisarts aan preventieve activiteiten verricht. Dit houdt een zekere beperking in: huisartsen hebben niet de neiging om voorlichting en het verstrekken van adviezen als aparte preventieve activiteiten te registreren (Rethans, 1986). Nochtans kunnen registreerbare activiteiten wel een beeld geven van de mate waarin huisartsen zich positief/preventief opstellen en kan bekeken worden, waar dit door bepaald wordt.

2.3.2. Probleemstelling

De toegenomen aandacht voor preventie van ziekten en verbetering van gezondheid is in de huidige tijd onmiskenbaar. Voor een deel is dit toe te schrijven aan de kosten crisis binnen onze gezondheidszorg. Echter ook het inzicht dat beïnvloeding van de leefstijl gezondheidsbevorderend werkt is daar debet aan. Op dit punt wordt door de overheid, analoog aan de WHO, een grote taak aan de eerste lijn toebedeeld. Bijdragen op het terrein van primaire, secundaire en tertiaire preventie worden ook van de huisarts verwacht. De vraag is echter of de huisarts hieraan gestalte kan of wil geven. Voor een deel is deze vraag achterhaald, omdat de huisarts al een aantal preventieve activiteiten verricht: deze behelzen echter vooral persoonsgerichte preventie naar aanleiding van de hulpvraag. Systematische vroegtijdige opsporing (=screening) van ziekte in de huisartspraktijk is gestrand op de discussie over het rendement van dergelijke

activiteiten. Dat rendement wordt pas verkregen indien men een dergelijk screeningsprogramma onderwerpt aan een aantal eisen, maar hieraan kan slechts zelden worden voldaan. Men heeft dan ook vooral zijn toevlucht tot screening van hoge risicogroepen genomen via de weg van de anticiperende geneeskunde: de huisarts 'surveilleert' patiënten uit bepaalde risicogroepen, wanneer ze het spreekuur bezoeken, op het mogelijk voorkomen van bepaalde aandoeningen. Ondanks deze mogelijkheden is de oogst van wat de huisarts aan preventieve activiteiten ontplooit, pover. Er is dus alle reden om het preventief handelen van de huisarts in zijn dagelijkse praktijk te onderzoeken.

Binnen de Nationale Studie zal naast een inventarisatie van wat op preventief terrein wordt verricht ook nagegaan worden of de praktijkpopulatie (kleine 'lijst', weinig patiënten uit de lagere sociale milieus) dan wel organisatie (goed bijgehouden kaartstelsel) en de aanwezigheid van officiële screening programma's een (positieve) rol spelen.

Een probleem is echter dat verschillende aspecten van preventie moeilijk zijn te operationaliseren. Ten behoeve van dit onderzoek, zullen daarom alleen de volgende preventieve activiteiten in beschouwing genomen worden:

- immunisatie bij volwassenen: griep, tetanus;
- geven van adviezen inzake roken en drinken;
- opsporen van hypertensie door bloeddrukmeting;
- borstonderzoek;
- opsporen van cervix carcinoom;
- sociaal bezoek bij bejaarden;
- opsporen van diabetes;
- voorlichtingsactiviteiten;

2.3.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten via assistentes):

- contactgegevens: met betrekking tot preventie zijn bijzonder spreekuur, periodieke controle, de duur van en het initiatief tot contact relevant;
- reden voor contact;
- diagnostische activiteiten met als doel screening;
- behandeling: voorlichting, sociaal bezoek en vaccinatie.

2. Patiëntenregistratie:

- 10 basiskennmerken te verzamelen uit de praktijkpopulatie;

- patiëntattitude omtrent ziekte en gezondheid;
- gegevens over deelname patiënten aan screeningsprogramma's;
- gegevens over sociaal netwerk, achtergronden patiënten, werksituatie;
- gegevens over (subjectieve) gezondheidstoestand en risicofactoren.

3. Patiëntenenquête:

- attitude van patiënten ten aanzien van ziekte en gezondheid;
- informatie over de sociale netwerken en de werksituatie;
- risicofactoren;
- de subjectieve gezondheidstoestand.

4. Artsenenquête:

- gegevens over praktijkorganisatie (inclusief registratie);
- gegevens over werkwijze en attitude;
- gegevens over achtergrondkenmerken van de huisarts;
- gegevens over voorzieningen op het gebied van preventie rondom de geselecteerde huisartspraktijken (inclusief samenwerking daarmee).

2.3.4. Verwachte resultaten

Alhoewel preventie een steeds hogere prioriteit in het overheidsbeleid krijgt, is het niet eenvoudig dit beleid te effectueren, onder andere in de huisartspraktijk. Binnen dit deelproject worden determinanten van al dan niet preventief handelen in de huisartspraktijk vastgelegd. Met deze determinanten in handen moet het mogelijk zijn voorwaarden te scheppen voor een preventie-gericht beleid in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Literatuur

- AALDEREN, H.J. VAN, J.A. KNOTTNERUS. Is de huisarts in staat preventieve taken op zich te nemen? Huisarts en Wetenschap, 21,1978, 424-427
- BOERMA, W.G.W. Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, NIVEL, 1985
- BOOT, C.P.M. Risicofactoren voor coronaire hartziekten: screening en interventie in de huisartspraktijk, Leiden, 1979
- CIBA - Foundation (Symposium 110). The value of preventive medicine. London, Pitman, 1985
- COLLETTE, H.J.A. Bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom. Medisch Contact, 38, 1983, 45, 1432-1434

- DOLL, R. Prospects for prevention (Occasional Review). British Medical Journal, 286, 1983, 6363, 445-453
- DOOL, C.W.A. VAN DEN. Surveillance van risicogroepen; anticiperende geneeskunde. Huisarts en Wetenschap, 13, 1970, 3-9
- EVALUATIE COMMISSIE INZAKE VROEGE OPSPORING VAN CERVIXCARCINOOM (EVAC). Rapport over de tweede ronde van het bevolkingsonderzoek in de proefregio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. (z.p.), 1984
- GROL, R. Huisarts en somatische fixatie: theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen, NUHI, 1981
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, NIVEL, 1985
- LAMMES, F.B. Bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Medisch Contact, 38, 1983, 39, 1221-1223
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Definitieve aanvullingen/wijzigingen 1985 basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, LHV, 1985
- McKEOWN, Th. The role of Medicine; Dream, Mirage or Nemesis, Oxford, Basil Blackwell, 1979
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg, Leidschendam, 1980
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer over het rendement van bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom. Tweede Kamer, zitting 1981-1982, 17100 hoofdstuk XVII, nr. 63
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. Uitgangspunten voor de ontwikkeling van het beleid met betrekking tot de volksgezondheid. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986
- MORRIS, J.N. Uses of Epidemiology. Third Edition, London, Churchill Livingstone, 1975
- NEWELL, G.R., C.F. WEBBER. The primary care physician in cancer prevention. Family and Community Health, february 1983, 77-84
- REE, J.W. VAN. Systematische opsporing en behandeling van risicofactoren in de huisartspraktijk uitvoerbaar. Hart Bulletin, juni 1981, 69-76
- REELICK, N.F., J.H. SCHUURMAN, W.F.N. DE HAES. Psychologische neven-effecten van bevolkingsonderzoeken (screening en preventie). Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 61, 1983, 6, 208-212
- RETHANS, J.J.E., C.P.A. VAN BOVEN. The use of simulating patients as a means to establish the actual methods of General practitioners (oral Presentation on WONCA-Conference 1986 London), Rijksuniversiteit Limburg, 1986

- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Health and prevention in primary care. London, 1981
- STOTT, N.C.H., R.H. DAVIS. The exceptional potential in each primary care consultation. Journal of the Royal College of General Practitioners, 29, 1979, 201-205
- STURMANS, F. Screening 1: voorwaarden en veronderstellingen. Medisch Contact, 38, 1983, 24, 717-719
- STURMANS, F. Screening 2: nuttige zaak of paard van Troje? Medisch Contact, 38, 1983, 25, 754-756
- STURMANS, F. Screening slot: nadruk op sensitiviteit of specificiteit van een test? Medisch Contact, 1983, 26, 793-795
- THOMAS, S. Screenen, een nuttige zaak of een modeverschijnsel? Medisch Contact, 32, 1977, 564-568
- VEEN, W.A. VAN. Preventie en praktijkvoering (Redactioneel Commentaar). Huisarts en Wetenschap, 28, 1985, 4, 118-120
- VOORN, Th. Huisarts en preventie. Doet hij het wel of doet hij het niet (van de redactie). Patient Care, 12, 1985, 4, 2-5
- WEEL, C. VAN. De voor hypertensie behandelde populatie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 4-8
- WEEL, C. VAN, W. TIELEMANS. Diabetes Mellitus in een huisartspraktijk I en II. Huisarts en Wetenschap, 24, 1981, 13-17 en 26, 1983, 4-8
- ZIELHUIS, G.A. et.al. Structuurrapport Preventie, Rotterdam, ANVSG, 1985

2.4. Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk (Verantwoordelijk onderzoeker: dr. D. Wijkel)

2.4.1. Doel en motivering

Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen is één van de sterkst in omvang en kosten toenemende onderdelen van de gezondheidszorg. Over het aandeel hierin van de huisartsen kunnen momenteel geen betrouwbare uitspraken gedaan worden, omdat basale informatie ontbreekt.

Voor wat betreft de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in deze bestaat er ook behoefte aan het ontwikkelen van meer empirische criteria. Tot nu toe worden deze criteria meestal gebaseerd op het oordeel van deskundigen (vaak uit de specialistische hoek), maar deze worden in het dagelijks handelen van de huisarts slechts ten dele gevolgd.

Op basis van registratie in de huisartspraktijk zal inzicht verkregen worden in het gebruik van laboratoriumtests, röntgenverrichtingen en electrocardiogrammen. Een grondige beschrijving van de kwantiteit en de kosten van dergelijke diagnostiekaanvragen bij huisartsenlaboratoria en bij diagnostische afdelingen van ziekenhuizen staat daarbij voorop. Daarnaast zal aandacht geschonken worden aan meer kwalitatieve aspecten.

2.4.2. Probleemstelling

Onderzoek naar het diagnostisch proces binnen het kader van de - vooral individuele - patiëntenzorg in de huisartspraktijk dient zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten te bevatten, omdat deze juist op dit terrein zo nauw met elkaar verweven zijn. Zo is het volume van het diagnostiek gebruik door de huisarts sterk gerelateerd aan andere aspecten van zijn/haar handelen, waar kwaliteitsdimensies voortdurend doorheen spelen. Een huisarts met een actief beleid ten aanzien van bepaalde zorggroepen gebruikt meer diagnostische hulpmiddelen, ontdekt echter ook meer en heeft mogelijk meer te behandelen en te verwijzen. Anderen willen meer 'op zeker spelen' en gebruiken daarom vaker de diagnostiek. Weer anderen zijn sneller met prescriptie dan diagnostiek of hebben juist een meer afwachtende houding. In feite hebben we het hier over de doelstellingen van een diagnostische test. Analoog aan Feinstein kunnen we dan spreken over de volgende dimensies: ontdekking, bevestiging of uitsluiting van een ziekte met aanvullend de mogelijkheid ter controle.

Aan de kwalitatieve kant speelt de - door de huisarts toegekende - diagnostische waarde van een door hem/haar aangevraagde test een rol, die wordt uitgedrukt in sensitiviteit, specificiteit en vooral

de voorspellende waarde. Deze laatste is vooral gebonden aan de prevalentie van relevante ziekten. Deze aspecten zullen echter nauwelijks bekeken kunnen worden in de onderhavige studie. Wel kunnen de volgende dimensies bestudeerd worden: hoeveel testen zijn er nodig om, indien mogelijk, tot een definitieve diagnose te komen, in welke volgorde (inclusief parallel- en serie-onderzoek) worden deze testen waar (in eigen praktijk of elders) verricht, hoe frequent worden diagnoses hierop aangepast, dan wel neemt de zekerheid hieromtrent toe?

Tot slot dient nagegaan te worden, wat er uit al deze diagnostische procedures voor consequenties getrokken worden door de huisarts. Dit impliceert kennis omtrent testuitslagen, die in de ziekte-episode ingepast dienen te worden. Concluderend kan gesteld worden, dat allereerst een uitgebreide inventarisatie van diagnostiek-gebruik door de huisarts plaatsvindt, vervolgens gekeken wordt hoe gericht de (aanvraag tot) diagnostiek is en de hypothese getest of gerichte diagnostiek het hoogste rendement oplevert, terwijl tot slot inter-dokter- en inter-praktijkvariantie bestudeerd zal worden.

2.4.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten via praktijkassistentes):
 - contactgegevens;
 - redenen voor contact en werkhypothese, waarschijnlijkheidsdiagnose, aard, aantal en doel van de diagnostische test(en) en plaats van uitvoering;
 - behandeling, prescriptie, verwijzing naar medisch specialisten, fysiotherapeuten;
 - overlegsituatie en vervolgspraken;
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskenmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
3. Artsenenquête:
 - vaststellen van artskenmerken: omtrent taakopvatting, nascholings- toetsingsactiviteiten, achtergrondkenmerken, samenwerking specialisten;
 - vaststellen van praktijkkenmerken: omtrent aanwezigheid van diagnostische faciliteiten in eigen praktijk en samenwerking met en afstand tot diagnostische faciliteiten elders.

2.4.4. Verwachte resultaten

1. Het onderzoek zal inzicht geven in het volume van de gebruikte diagnostiek door huisartsen en een schatting van de kosten per

patiënt mogelijk maken.

2. De gegevens over het feitelijke gedrag van huisartsen op het terrein van diagnostiek per ziektecategorie kunnen toegepast worden voor het opstellen van kwaliteitscriteria met een grote realiteitswaarde.
3. Voor het beleid zullen substitutieprocessen met betrekking tot dit terrein blootgelegd worden.
4. Huisartsgeneeskundig zullen bijdragen aan de medische besliskunde en protocollen geleverd worden.

Literatuur

- BROUWER, W., P.D. KERKHOF, P. POP. Diagnostisch Centrum Maastricht: de relatie eerste-tweedelij n in ontwikkeling. Evaluatie van een experiment. Eindrapportage Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1983
- COTTAAR, M. et al. Röntgenonderzoek in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 373-376
- DOPHEIDE, J.P., J. VAN DER ZEE. Verwijscijfer en diagnostische faciliteiten voor huisartsen. Medisch Contact, 35, 1980, 29, 879-884
- FEINSTEIN, A.R. Clinical Biostatistics. The C.V. Mosley Company, Saint Louis, 1977
- GROL R.P.T.M. (red.). Huisarts en somatische fixatie: theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie; Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema en Holkema, 1983
- KNOTTNERUS, J.A. Interpretatie van diagnostische gegevens. Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 363-368
- KUYVENHOVEN, M.M., C. SPREEUWENBERG. Huisarts en diagnostisch proces. Metamedica, 63, 1984, 18-34
- MELKER, R.A. DE. Diagnostische faciliteiten voor de huisarts: wie wordt er beter van? Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 184-188
- MELKER, R.A. DE. Gebruik diagnostische faciliteiten door de huisarts. Medisch Contact, 35, 1980, 699-705
- PUYLAERT, F.W.J., M.C.I.M. DIERICK. 'Het raadplegen van de diagnost' over het gebruik maken van de medisch-technische onderzoeksfaciliteiten in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 22, 1979, 192-196
- RÜMKE, C.L. Ongebruikelijke laboratoriumuitslagen bij normale mensen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 119, 1975, 1411-1413

- STURMANS, F., W.G. VAN ARKEL. Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen 2: Evaluatie van het diagnostisch proces (a+b). Medisch Contact, 37, 1982, 20 en 22, 610-4, 670-674
- WERF, G.TH. VAN DER. Geneeskundige Oordeelsvorming: onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts. Amsterdam, Rodopi, Rijksuniversiteit Groningen, Dissertatie
- WIJKEL D., D. VAN DER GRIJN. Huisarts en diagnostisch centrum. Eindrapport van een onderzoek naar het functioneren van het experimentele Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO) in het kader van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Utrecht, NHI/NZI, 1982
- WIJKEL, D., D. VAN DER GRIJN. Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen. Medisch Contact, 38, 1983, 13, 373-376
- WULFF, H.R. Probabilities and value judgments in clinical decision-making In: Alperovitch A (eds), Evaluation of Efficiency of medical action. Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1979

2.5. Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk

(Verantwoordelijk onderzoeker: Mw. dr. M. Foets)

2.5.1. Doel en motivering

Hoewel de schattingen erover uiteenlopen, is het voorschrijven van geneesmiddelen de meest voorkomende interventie in de huisartspraktijk. Maatschappelijk bekeken is het voorschrijven van geneesmiddelen een onderwerp van veel discussie in Nederland, vooral tengevolge van twee overheidsmaatregelen die het besluit Farmaceutische Hulp Ziekenfondsverzekerden hebben gewijzigd: met name de zogenaamde negatieve lijst (01-10-1982) en de 'medicijnknaak' (01-02-1983). Over de effectiviteit van deze maatregelen is veel discussie geweest.

Relatief gesproken gaat het hier om een goed ontwikkeld onderzoeks-terrein, zowel landelijk als internationaal. Toch kleven er aan de Nederlandse onderzoeken terzake nog een aantal beperkingen. Zo zijn landelijk representatieve gegevens niet of nauwelijks beschikbaar. Meestal wordt gewerkt met ziekenfondsgegevens. Daardoor is weinig bekend over het voorschrijfgedrag ten aanzien van particulier verzekerden. Evenmin bestaat systematische kennis over het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende artsen. Tenslotte wordt het voorschrijfgedrag meestal erg ruw gemeten (aantal voorschriften per verzekerde - kosten per voorschrift).

Daarnaast is veel onderzoek naar het voorschrijven van huisartsen tot nog toe in één opzicht gehandicapt, omdat vrijwel nooit enige relatie gelegd kan worden met morbiditeitsgegevens. Meer inhoudelijk kwalitatief-evaluatief onderzoek wordt daardoor nogal bemoeilijkt. Er bestaat wel een omvangrijk gegevensbestand dat door het Instituut voor Medische Statistiek (IMS) ten behoeve van de farmaceutische industrie wordt bijgehouden. De toegankelijkheid van dit bestand is echter beperkt, terwijl de verzamelde informatie alleen op klachten en niet op patiënten kan worden herleid.

Tenslotte is veel onderzoek - uitgezonderd dat van Haayer-Ruskamp (1984) - beperkt gebleven tot de analyse van bivariate analyses tussen een aantal factoren en verschillende aspecten van het voorschrijfpatroon.

Gelet op deze beperkingen is het dus zinvol om een ruimer onderzoek op te zetten naar het voorschrijfpatroon van huisartsen, en met name naar de factoren die verschillen daarin kunnen verklaren.

2.5.2. Probleemstelling

Het voorschrijfpatroon van huisartsen kan worden gekarakteriseerd naar volume, naar kosten en naar kwaliteit. Deze drie aspecten blij-

ken drie redelijk onafhankelijke facetten te zijn van het voorschrijfpatroon. Het is dan ook onjuist om te veronderstellen dat huisartsen die zich meer houden aan farmacotherapeutische normen, ook minder en goedkoper voorschrijven.

Het voorschrijfpatroon van huisartsen wordt verder gekenmerkt door grote variatie. Welke factoren daarbij een rol spelen is door andere onderzoekers voor een groot deel in kaart gebracht.

Het meest bekende en ook meest omvattende verklaringsmodel is dat van Hemminki (1975). Zij onderscheidt:

- factoren op macro-niveau: de vraag vanuit de maatschappij; het geneesmiddelenonderzoek en de farmaceutische industrie; de controle door de overheid;
- de invloed van voorgenoemde factoren wordt aan de arts doorgegeven via verschillende informatiebronnen: professionele (opleiding, nascholing, overleg met collega's) en niet-professionele (reclame);
- het effect van deze invloeden is tenslotte afhankelijk van een aantal kenmerken van artsen (persoonlijke kenmerken, kenmerken van de praktijk, beschikbare therapeutische alternatieven) en van patiëntenkenmerken (persoonlijke kenmerken, verwachtingen, morbiditeit).

Dit onderzoek zal, op basis van dit model, kijken naar voorschrijfvolume, voorschrijfkosten en voorschrijfkwaliteit:

- voorschrijfvolume: alhoewel hierover reeds één en ander bekend is, is de meerwaarde van deze studie nu juist gelegen in het feit dat ook de relatie met morbiditeitsgegevens kan gelegd worden. Op die manier wordt het bijvoorbeeld ook mogelijk om na te gaan hoe de prescriptiecijfers van geneesmiddelen die voor verschillende aandoeningen geïndiceerd zijn, zich verhouden voor die verschillende indicaties.

De registratie zal zo plaatsvinden dat indelingen gemaakt kunnen worden naar farmacotherapeutische groepen, naar het onderscheid specialités, loco's, magistrale receptuur en naar toedieningsvorm. Voor elk voorgeschreven geneesmiddel zal informatie beschikbaar zijn over de reële dagelijks voorgeschreven dosering, uitgedrukt in een gewichtseenheid van het werkzame bestanddeel.

Ook is het mogelijk om op basis van deze studie uitspraken te doen over de verhouding tussen het voorschrijven van geneesmiddelen en andere mogelijke interventies door de huisarts, ook weer in relatie met morbiditeitsgegevens.

- voorschrijfkosten en voorschrijfkwaliteit:

Omdat de registratie van de voorgeschreven geneesmiddelen zo gedetailleerd gebeurd en omdat koppeling met morbiditeitsgegevens mo-

gelijk is, is het achteraf - na de materiaalverzameling - mogelijk om inzicht te krijgen in een aantal aspecten van de farmacotherapeutische rationaliteit en de economische efficiëntie van het voorschrijven.

Kort samenvattend zal het onderzoek dus:

1. De koppeling morbiditeit-voorschrijven van geneesmiddelen vastleggen en analyseren.
2. De variatie, die met betrekking tot voorschrijven van geneesmiddelen bij huisartsen bestaat, vastleggen en analyseren.
3. De consequenties van deze variatie voor de kosten en de kwaliteit van de geleverde zorg bestuderen.

2.5.3. Methoden

1. Contactregistratie:

- reden(en) voor contact, waarschijnlijkheidsdiagnose, onderliggende ziekte;
- voorgeschreven geneesmiddel, hoeveelheid, dosis per dag, nieuw- of herhaalrecept;
- geneesmiddelen zonder recept, huismiddeltjes.

2. Patiëntenregistratie:

- 10 basiskenmerken te verzamelen voor alle patiënten uit de praktijken.

3. Artsenenquête:

- kenmerken van artsen, zoals leeftijd, opleiding, nascholing, attitudes ten aanzien van voorschrijven en ten aanzien van bepaalde patiënten;
- kenmerken van de praktijk zoals: omvang werkbelasting, organisatie, apotheekhoudend, geografische ligging.

2.5.4. Verwachte resultaten

De meest relevante resultaten van dit deelproject zullen de volgende zijn:

1. Inzicht in voorschrijfpatroon van de huisarts naar de verzekeringsvorm van patiënten.
2. Plaats van de apotheekhoudende huisarts bepalen.
3. Inzicht in substitutie van zorg: hoe liggen de verhoudingen diagnostiek, voorschrijven, verwijzen per ziektecategorie.

Literatuur

- BERG, J. VAN DEN. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen in 1973. Gezondheidsenquêtes. Maandbericht Gezondheidstatistiek, 3, 1984, 5, 5-13
- BERTENS, A.M., F.S. BRUSSE. Onderzoek geneesmiddelenconsumptie. Eindverslag van een onderzoek onder het extramurale geneesmiddelengebruik door ziekenfondsverzekerden in de drie regio's. Leiden, Rijksuniversiteit, 1980
- BERTENS, A.M., F.M. HAAIJER-RUSKAMP, Y.A. HEKSTER. WHO. Drug Utilization Research Group. Pharmaceutisch Weekblad, 117, 1982, 5, 116-120
- BREMER, G.J. Geneesmiddelen voorschrijven in de huisartspraktijk. Medisch Contact, 38, 1983, 73-75
- CHRISTENSEN, D.B., P.J. BUSH. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. Social Science and Medicine, 15a, 1981, 2, 343-55
- DUNNELL, K., A. CARTWRIGHT. Medicine Takers, Prescribers and Hoarders. Routledge & Kegan Paul, London, 1972
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M., R. VAN DER LENDE, J. ORMEL, M. WESSELING. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: morboeratie of ratiocratie? Een studie naar geneigdheid tot en rationaliteit van voorschrijven. Gezondheid en Samenleving, 4 (1985), 4, 246-255
- HAAIJER-RUSKAMP, F.M. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren. Dissertatie R.U. Groningen, 1984
- HAMLEY, J.G. et al. Prescribing in general practice and the provision of drug information. Journal of the Royal College of General Practitioners, 31, 1981, 654-660
- HEMMINKI, E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing. Social Science and Medicine, 9, 1975, 2, 111-115
- HEMMINKI, E. The effect of a doctor's personal characteristics and working circumstances on the prescribing of psychotropic drugs. Medical Care, 12, 1984, 4, 351-357
- HEMMINKI, E. The role of prescriptions in therapy. Medical Care, 13, 1975, 2, 150-159
- KLEIN, J.J.M., J.W.M. COLLARIS. Patiënt krijgt steeds grotere hoeveelheden geneesmiddelen. Inzet, 7, 1983, 11, 4-7
- LAMBERTS, H., N.L. WOLGAST. Huisarts en Voorschrijfgedrag. Medisch Contact, 33, 1978, 1167-1175
- MAES, S., Th. POIESZ, J. MORET, P. MUNNICHES. Effecten van de eigen bijdrage - maatregel voor medicijnen: samenvatting van een onderzoek. Katholieke Hogeschool Tilburg, Subfaculteit der Psycho-

logie, Tilburg, 1984

MERTENS, P.B., I.P.R. KOPERBERG. Verzekeringsvorm en 'voorschrijfgedrag', invloed en beïnvloeding. Pharmaceutisch Weekblad, 117, 1982, 36, 809-18T, D. Eigen bijdrage en prescriptie. Medisch Contact, 40, 1985, 23, 687-689

POST, D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Uitgave Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1984

POST, D. Wijzigingen in de prescriptie. Het effect van de oktober- en de februarimaatregel. Medisch Contact, 39, 1984, 1, 19-21

2.6. Verloskundige zorg door de huisarts

(Verantwoordelijke onderzoekers: drs. W.G.W. Boerma, dr. L. Hingstman, J. v.d. Velden, arts)

2.6.1. Doel en motivering

De rol van de huisarts binnen de verloskundige zorg is aangetast. Niet alleen de versterkte aanwezigheid van de verloskundige, maar ook geringere ervaring van de opgeleide huisarts, de toegenomen ver-technologisering van de verloskunde en het lagere geboortecijfer spelen daarin een rol. Door veel huisartsen wordt verloskunde nog gezien als een integraal onderdeel van hun takenpakket. Een herdefiniëring van hun taak in de verloskundige zorg is noodzakelijk. Eén van de belangrijkste vragen daarbij is, wat de huisarts in Nederland nog aan verloskundige zorg doet, en waardoor wordt dat bepaald? Hierop wil dit project een antwoord geven.

2.6.2. Probleemstelling

De verloskundige zorg in de eerste lijn in Nederland mag voor een geïndustrialiseerde maatschappij uniek genoemd worden: een hoog percentage thuisbevallingen (35%/CBS, 1984) is gekoppeld aan één van de laagste perinatale mortaliteitscijfers (9.8 per 1000/CBS, 1984). Het beleid van de overheid ten aanzien van verloskundige zorg is in de afgelopen decaden steeds gericht geweest op zoveel mogelijk fysiologische bevallingen thuis, onder leiding van een verloskundige. Dit betekent dat de huisarts alleen op plaatsen, waar geen verloskundige praktiseert, het primaat ten aanzien van ziekenfondspatiënten heeft. (De particuliere patiënt kan te allen tijde kiezen tussen verloskundige en huisarts) De rol van de huisarts binnen de verloskundige zorg is dientengevolge aangetast en blijkt vooral overgenomen door de obstetricus.

De discussie over de bijdrage van de huisarts aan de verloskundige zorg spitst zich toe op de vraag hoe essentieel de aanwezigheid van de huisarts tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed is voor het verdere leven van moeder en kind. Binnen de huisartsenwereld heeft dit geleid tot een scheiding der geesten, tussen hen die dit een bijzonder essentieel onderdeel van de huisartsgeneeskunde vinden en daar naar handelen en hen die dit niet als cruciaal ervaren. Er moet overigens vermeld worden dat een keuze in deze lang niet altijd op vrijwillige basis heeft plaatsgevonden: de aanwezigheid van een verloskundige, de geringere ervaring met betrekking tot verloskunde bij de jongere huisartsen, noopte menig huisarts ertoe het verloskundig bijltje erbij neer te gooien. Het onderzoek zal in ieder geval ter

dege rekening dienen te houden met deze verschillende groeperingen. Uitgaande van deze groeperingen kunnen we nu een inventarisatie maken van wat er nog aan verloskundige zorg verricht wordt en vervolgens per groep analyseren of er verschillen in zorg optreden, waarvoor verklaringen zullen worden gezocht.

2.6.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten via praktijkassistentes):
 - contactgegevens: zwangerenspreekuur, aantal contacten, duur van de contacten, avond/weekenddienst;
 - redenen voor contact, waarschijnlijkheidsdiagnose en zwangerschapregistratie;
 - diagnostische activiteiten;
 - behandeling, prescriptie, verwijzing naar verloskundige, obstetricus, overige specialisten en hulpverleners.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskermerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
3. Patiëntenenquête:
 - gegevens omtrent keuze hulpverlener tijdens zwangerschap, bevalling, kraambed;
 - gegevens omtrent hulpverlening tijdens zwangerschap, bevalling, kraambed.
4. Artsenenquête:
 - achtergrondkenmerken van arts;
 - gegevens omtrent taakopvatting en werkwijze met betrekking tot verloskundige zorg;
 - gegevens omtrent praktijkorganisatie, samenwerking overige hulpverleners.

2.6.4. Verwachte resultaten

De nog door de huisarts te verrichten verloskundige zorg maakt deel uit van het convenant, dat tussen huisartsen en overheid is vastgelegd. Daarin is de vurige wens van de huisartsen opgenomen om het ziekenfondsbesluit uit 1941, waarbij de verloskundige het privaat ten opzichte van ziekenfondspatiënten kreeg, op te heffen. Een inventarisatie van wat de Nederlandse huisarts met betrekking tot verloskundige zorg nog doet en zou willen doen, is dus hoogst relevant voor het beleid.

Literatuur

- ALTEN, D. VAN, P.E. TREFFERS. Huisarts en verloskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 125, 1981, 1, 12-14
- BOERMA, W.G.W. Verloskunde in Gezondheidscentra en Groepspraktijken. Utrecht, NHI, 1980
- BOERMA, W.G.W. Verschuivingen in de verloskundige zorg: wat doet de dokter? Medisch Contact, 32, 1983, 985-990
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, 1984
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies inzake de verstrekking van verloskundige zorg. Rijswijk, 1977
- ES, J.C. VAN. Huisarts en voortplanting: levensloopgeneeskundige aspecten. Huisarts en Wetenschap, 24, 1981, 4, 130-134
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Kraamzorg verleend door de kraamcentra in het jaar 1983. Leidschendam, 1984
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Rapport over de positie van de vroedvrouw in Nederland. 's Gravenhage, 1963
- GILL, K. Het jaaronderzoek: verloskunde van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 25, 1982, 2, 67-69
- GILL, K. Huisarts en voortplanting: dat zal hem een zorg zijn? Huisarts en Wetenschap, 23, 1980, 11, 446-447
- HINGSTMAN L., P.P. GROENEWEGEN. De opbouw en spreiding van de beroepsgroep verloskundigen. Utrecht, NHI, 1984
- HUIJGEN, F.J.A. De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en Wetenschap, 24, 1981, 4, 130-134
- HUIJGEN, F.J.A. et al. Huisarts en verloskunde in Nederland I. Cijfers en meningen. Medisch Contact, 34, 1979, 29, 925-928
- HUIJGEN, F.J.A. et al. Huisarts en Verloskunde in Nederland, II. Een onderzoek bij huisartsen. Medisch Contact, 34, 1979, 30, 953-957
- KLINKERT, J.J. Medicalisering van zwangerschap en bevalling. Metamedica, 61, 1982, 2, 44-53
- KLINKERT, J.J. Vroedvrouw, huisarts en verloskunde. Huisarts en Wetenschap, 25, 1982, 6, 224-228
- KLOOSTERMAN, G.J. De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 122, 1978, 32, 1161-1171
- LANDELIJKE HUISARTSENVERENIGING. Concept Basistakenpakket van de Huisarts. Utrecht 1982, Utrecht, LHV, 1985
- LAPRE, R.M. Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland. Dissertatie, Nijmegen, Dekker en Van der Vegt, 1972

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Statistische gegevens over verloskundige zorg 1960-1979. Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1981
- PERINATALE WERKGROEP HARDENBERG. Lustrumsymposium: perinatale samenwerking, zo ja, waarom niet? Hardenberg, 1985
- SIKKEL, A. De verloskundige organisatie in Nederland. Verslag van Werkgroep Verloskundige Organisatie Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam, 1979
- SPRINGER, M.P. Devaluatie taak huisarts bij verloskundige zorg. Medisch Contact, 35, 1980, 34, 1021-1025
- SPRINGER, M.P., K. GILL. Tussen huisarts en verloskundige en overheid: consumenten beantwoorden vragen. Huisarts en Wetenschap, 23, 1980, 12, 404-408
- VERDENIUS, W. Verloskundige vaardigheden van de toekomstige huisarts. Medisch Contact, 35, 1980, 34, 1026-1031

2.7. Huisarts en fysiotherapeutische zorg

(Verantwoordelijk onderzoeker: dr. P.P. Groenewegen)

2.7.1. Doel en motivering

Op grond van de Wet op de Paramedische Beroepen en het Fysiotherapeutenbesluit mogen fysiotherapeuten alleen behandelen na verwijzing door een arts. Dit betekent dat de verwijzing bepalend is voor het tijdstip waarop en de aard van de klachten waarmee patiënten onder behandeling van fysiotherapeuten komen. Aangezien ongeveer 80% van de patiënten die in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken behandeld worden, door een huisarts verwezen wordt, is de huisarts een belangrijke schakel in de consumptie van fysiotherapeutische zorg.

Met het onderzoek naar verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten is nog maar recent een begin gemaakt middels het NIVEL project Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. De beperkingen, die in dit project optreden - de verwijscijfers kunnen wel op de praktijkpopulatie betrokken worden, maar niet op het aantal contacten en het scala van therapeutische mogelijkheden blijft onbekend - kunnen in de Nationale Studie voor een deel ondervangen worden.

De Nationale Studie kent echter zijn eigen beperking. Deze is gelegen in de duur van de registratieperiode. Juist omdat er zo volledig geregistreerd wordt, zal de duur beperkt zijn tot drie maanden. Hierdoor is naar verwachting het aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten aan de lage kant, maar door groepering van gegevens zal dit zoveel mogelijk opgevangen worden.

Bevolkingsonderzoek naar de sterk toegenomen fysiotherapeutische zorg en daarin naar de determinanten van bezoek aan de fysiotherapeut is in Nederland eveneens nauwelijks verricht. In deze lacune kan voorzien worden door het bevolkingsonderzoek, wat een onderdeel vormt van de Nationale Studie. Gezien de indirecte toegankelijkheid van fysiotherapie dient dit onderzoek deel uit te maken van de algemenere vraagstelling van het bevolkingsonderzoek die betrekking heeft op ziekte en ziektegedrag in de bevolking.

Het doel van het onderhavige deelproject is samenvattend: ten eerste, het zoeken naar een verklaring van verschillen in verwijscijfers naar fysiotherapie tussen huisartsen en ten tweede, de determinanten van bezoek aan de fysiotherapeut in de bevolking vast te leggen.

2.7.2. Probleemstelling(en)

1. Verwijzingen naar fysiotherapeuten.

In de voorgaande subparagraaf is de vraagstelling al in grote

lijnen aangegeven. Hij luidt:

1. Blijven de in eerder onderzoek geconstateerde verschillen in verwijscijfers tussen (groepen) huisartsen bestaan, als de verwijscijfers niet betrokken worden op de totale praktijkpopulatie, maar op het aantal arts-patiënt-contacten?
2. In hoeverre komen verschillen in het verwijscijfer van (groepen) huisartsen voort uit verschillen in het klachtenaanbod?
3. In hoeverre zijn er patronen te constateren bij een gegeven klachtenaanbod in de volgorde of gelijktijdige toepassing van therapeutische alternatieven?
4. Hoe kunnen in zijn algemeenheid de verschillen tussen (groepen) huisartsen in het verwijscijfer naar fysiotherapie verklaard worden?

Om deze laatste vraag te beantwoorden zal een verklaringsmodel ontwikkeld worden dat voortbouwt op onderzoek naar het verwijzen naar medisch specialisten (zie voor een overzicht van de Nederlandstalige literatuur Dopheide, 1985) en op lopend onderzoek naar verwijzingen naar fysiotherapeuten. In dit lopend onderzoek is onder meer een meetinstrument ontwikkeld om verschillen tussen huisartsen vast te stellen in de indicatiebreedte voor fysiotherapie. Een verbeterde versie van dit instrument zal zo mogelijk opgenomen worden in de enquête onder de huisartsen.

2. Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg. Zoals gezegd is de consumptie van fysiotherapeutische zorg een onderdeel van een bredere vraagstelling omtrent ziekte en ziektegedrag in de bevolking. De eerste vraagstelling heeft daarop betrekking, terwijl de andere vraagstellingen meer toegespitst zijn op specifieke aspecten van fysiotherapeutische zorg.
 1. Hoe kunnen verschillen in medische consumptie en met name in de consumptie van fysiotherapeutische zorg in de bevolking verklaard worden?
 2. Wat zijn de achtergronden van het laatste bezoek aan een fysiotherapeut (direct-na verwijzing, vrijevestigde praktijk - instelling, verwezen door huisarts-specialist etc.)?
 3. Bij wat voor soort gezondheidsproblemen vinden mensen dat ze naar een fysiotherapeut zouden moeten kunnen?
 4. Hoe is het ziektegedrag van de bevolking bij klachten die tot het typische werkterrein van fysiotherapeuten behoren (het gaat hier om verstoringen van de balans van belasting en belastbaarheid met betrekking tot het bewegen of het bewegingsapparaat)?

Voor de uitwerking van de eerste vraagstelling kan verwezen worden naar de projectbeschrijving van het bevolkingsonderzoek die een dezer maanden beschreven zal worden. Bij de tweede vraagstelling stellen wij ons voor om (in aangepaste vorm) een aantal aanvullende vragen te stellen over het bezoek aan de fysiotherapeut, zoals die in de Gezondheidsenquête ook al gesteld worden met betrekking tot het bezoek aan huisarts, tandarts en specialist. De derde vraagstelling gaat in op de bekendheid met fysiotherapeutische zorg in de bevolking (in de medisch-sociologische literatuur wel aangeduid als protoprofessionalisering), terwijl de laatste vraag dat deel van ziekte en ziektegedrag tot onderwerp heeft waarmee fysiotherapeuten het meest te maken hebben.

2.7.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten via praktijkassistentes):
 - contactgegevens: aard, duur en initiatief tot contact;
 - redenen voor contact, waarschijnlijkheidsdiagnose, onderliggende ziekte;
 - diagnostische activiteiten;
 - behandeling, prescriptie, verwijzing naar medisch specialisten;
 - verwijzing naar fysiotherapie: zelfde diagnose, eerdere behandeling, soort behandeling, doel behandeling.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskennmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
3. Patiëntenenquête (inclusief dagboek):
 - gegevens omtrent (subjectieve) gezondheidstoestand;
 - gegevens omtrent consumptie fysiotherapeutische zorg;
 - gegevens over attitude ten opzichte van fysiotherapeutische zorg.
4. Artsenenquête:
 - vaststellen achtergrondkenmerken arts en taakopvatting en werkwijze met betrekking tot fysiotherapeutische zorg.

2.7.3. Verwachte resultaten

1. Verwijzingen naar fysiotherapeuten.

Onderzoek naar verwijzprocessen in de gezondheidszorg is van belang zowel voor hulpverleners als voor beleidsvoerende instanties. Voor hulpverleners omdat de verwijzbeslissingen van de ene hulpverlener bepalen wie op welk moment bij de andere hulpverlener komt. Verwijzrelaties zijn vaak een eerste stap op weg naar

verdergaande samenwerking, waardoor de zorg verleend door hulpverleners vanuit verschillende disciplines beter op elkaar aansluit.

Voor beleidsvoerende instanties is de verwijzing van groot belang omdat daar een punt ligt waar patiënterstromen gestuurd kunnen worden. Deze sturing hoeft niet louter te bestaan uit het beperken van het aantal verwijzingen, maar kan ook bestaan uit pogingen om verschuivingen tot stand te brengen van de ene soort verwijzingen (bijvoorbeeld die naar medisch specialisten, die over het algemeen veel kosten induceren) naar de andere soort verwijzingen (bijvoorbeeld die naar fysiotherapeuten). Een goede kennis van het verwijsproces is verder van belang voor de opzet van evaluatief onderzoek. Immers, het resultaat van het verwijsproces is de uitgangssituatie voor de fysiotherapeut.

2. Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg.

Het hier beschreven onderzoek poogt enig inzicht te geven in de rol van de patiënt bij de vraag naar fysiotherapeutische zorg.

Een antwoord op de vraag in hoeverre de toename van het gebruik van fysiotherapeutische zorg terug te voeren is op het gedrag van patiënten, van verwijzers of op de toegenomen beschikbaarheid van de zorg, kan in een dwarsdoorsnede onderzoek, dat bovendien slechts een van de factoren onderzoekt, niet gegeven worden.

Zowel voor het beleid van de overheid als van de beroepsorganisaties is het onderzoek relevant in verband met discussies over de vrije (of vrijere) toegankelijkheid van fysiotherapeuten.

De algemene vraagstelling omtrent ziekte en ziektegedrag en de rol van ondersteuningsnetwerken daarbij is relevant in de discussies over verschuivingen van professionele zorg naar mantelzorg (ofschoon mantelzorg en netwerken niet zonder meer aan elkaar gelijkgesteld kunnen worden en de invloed van beleid op deze zaken niet overschat moet worden).

Literatuur

- BARTELS, M., L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN, J. VAN DER ZEE. Fysiotherapie, als extramurale gezondheidszorg: verkennend onderzoek in drie soorten praktijken. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 94, 1984, 3, 70-74

- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS, J. VAN DER MANNEN. Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam, Onderzoekspatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam, Publikatie 5, 1983
- BERTELS, M., L. TEN BRUMMELER, C. VAN DIJKUM, R. GIEBELS, J. VAN DER MANNEN. Tijd voor kwaliteit: evaluatieonderzoek fysiotherapie in de gezondheidscentra in Amsterdam. Amsterdam, Stichting Interuniversitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoekspatform van Samenwerkingsverbanden in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam, 1985
- BOBBERT, M., E. HOUTKOOP, R.H. ROZENDAL, H.W.R. VAN SAMBEEK. Onderzoek naar effecten van fysiotherapeutisch handelen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 94, 1984, 158-160
- BREKEL, E.J.G., VAN DEN. Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, 1985, 2, 5-16
- BUYTEN, N.T., R. VAN DER HOOGEN, A.E. MONTENY, H.O. IN 'T VELD, H. LAMBERTS. Fysiotherapie: de vierde in het eerstelijns kwartet: verslag over een jaar fysiotherapie in het wijkgezondheidscentrum Ommoord. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 87, 1977, 11, 374-380
- CREBOLDER, H.F.J.M. Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen: een inventariserend onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 26, 1983, 2, 42-48, 62
- CURFS, E.CHR. Effecten van overheidsmaatregelen ten aanzien van de fysiotherapie. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, Scriptie, 1985
- DOPHEIDE, J.P. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: E.M. Sluys, J.P. Dopheide en J. v.d. Zee, (red.) Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns, Utrecht, NIVEL, 1985
- FRENKEN, F.J.M. Gegevens betreffende gezondheidstoestand en medische consumptie uit de gezondheidsenquête 1981/1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 2, 1983, 10, 18-25
- GROENEWEGEN, P.P. Verwijzen van huisartsen naar fysiotherapeuten Eerstelijnszorg, 1986, 4013, 1-14
- HOMMES, D.G. Verwijzen huisarts-fysiotherapeut; Utrecht, Stichting Utrechtse Paramedische Academie, Scriptie, 1982
- KERKHOFF, A.H.M. Huisarts en fysiotherapeut: het verwijsgedrag van huisartsen in het licht van artikel 47 - 3 Ziekenfondswet. Medisch Contact, 37, 1982, 33, 991-997
- KERKHOFF, A.H.M., M.P. HAGENSTEIN - 'T MANNETJE. Sturen met de geldkraan: over het effect van enkele beperkende maatregelen in de

- fysiotherapie. Medisch Contact, 38, 1983, 7, 185-189
- KERKHOFF, A.H.M. Adviserend geneeskundige en aanvraag voor fysiotherapie. Medisch Contact. 39, 1984, 23, 715-717
- KERKHOFF, A.H.M., P.P. GROENEMEGEN. Enige gegevens over het gebruik van fysiotherapeutische zorg. In: W.G.V. Boerma, L. Hingstman, (red.), Deventer, van Loghum Slaterus, 91-100, 1985
- KORTENHOEVEN, D. Verboden toegang voor onbevoegden: een studie over de voorstellen tot verruiming van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
- KORTENHOEVEN, D. Van bijverdienste tot broodwinning: de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983
- LAMMERS, H.J. Fysiotherapie in het economisch kader van de gezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 87, 1977, 10, 340-5, 350
- MACKENBACH, J.P. Onderzoek naar doelmatigheid van fysiotherapie is zeker mogelijk. TNO project, 12, 1984, 2, 62-63
- MELKER, R.A. DE. Samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 91, 1981, 9, 254-260
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Beroepsuitoefening fysiotherapeuten. 1971, 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1972
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Beroepsuitoefening fysiotherapeuten. 1975, 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1977
- NIJNS, R.M.A. Doorverwijzen is (g)een kunst: over huisarts en fysiotherapeut. Scriptie, Utrecht, Academie voor Fysiotherapie "Thim van der Laan", 1984
- SOONS, T.L.J.M. Fysiotherapie 1979-1983; modelmatig bekeken. In: W.G.W. Boerma, L. Hingstman (red) De eerste lijn onderzocht. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1985

2.8. Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie tussen de huisarts - (A)GGZ/AMW

(Verantwoordelijke onderzoekers: Mw. drs. J.M. Bensing, drs. L. Peters, dr. P.F.M. Verhaak)

2.8.1. Doel en motivering

Met de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ en de in 1984 door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebrachte Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid krijgt de rol van de eerste lijn - en daarbinnen vooral de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk - op het gebied van geestelijke gezondheidszorg nadrukkelijk de aandacht. De laatstgenoemde nota bepleit overheveling van 'lichte' problematiek van de ambulante geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn en heeft een groot aantal kritische reacties losgemaakt bij wetenschappers, hulpverleners en belangenorganisaties. Voor een groot deel betreft deze kritiek de bruikbaarheid van het onderscheid 'licht-zwaar'. Deze discussie heeft in elk geval één ding duidelijk gemaakt. Er zijn onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar voor de beantwoording van twee centrale vragen: Wat kan de huisarts zelf aan (herkennen, diagnosticeren, behandelen) en wanneer heeft hij of zij de hulp nodig van andere (gespecialiseerde) psychosociale hulpverleners (advies, consult, verwijzen). Het treffen van adequate beleidsmaatregelen om de opvang van psychosociale problematiek door de huisarts te optimaliseren en meer in het bijzonder, welke voorwaarden op het gebied van opleiding, praktijkorganisatie en samenwerking hiervoor nodig zijn, wordt hierdoor ernstig bemoeilijkt. Doel van dit onderzoek is dan ook deze lacune te verminderen door gegevens over het voorkomen van psychosociale problematiek in de Nederlandse bevolking, de presentatie van deze klachten bij de huisarts en de wijze waarop de huisarts daarmee omgaat (terugverwijzen, behandelen, verwijzen) in kaart te brengen en verklaringen te leveren (bijvoorbeeld aard en ernst) voor verschillen in het verloop van psychosociale problemen.

2.8.2. Probleemstelling

De vraagstellingen van dit onderzoek luiden, kort samengevat, als volgt:

- a. In welke mate komen psychosociale problemen in de Nederlandse huisartspraktijk voor, welke aard en ernst hebben deze problemen, welke verschillen doen zich wat dit betreft tussen huisartspraktijken voor.
- b. Op welke wijze gaan huisartsen met deze problemen om en als ze

verwijzen, in hoeverre en op welke grond differentiëren ze daarbij tussen het AMW en de diverse GGZ-voorzieningen.

- c. Hoe is het verloop van psychosociale problemen onder verschillende behandelingscondities en in hoeverre hangt dit samen met arts-, praktijk- en patiëntenkenmerken.

Hoewel het voorkomen van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de handelwijze van de huisarts het centrale uitgangspunt van dit onderzoek vormen is het, ter interpretatie van de resultaten en ter verklaring van verschillen tussen huisartsen, dan ook nodig tevens gegevens te verzamelen over de morbiditeit en het hulpzoekgedrag van de patiënten buiten het huisartsconsult om. Daarnaast vereist de veelal lange duur van psychosociale probleemepisoden een longitudinale onderzoeksopzet, die per patiënt gekoppelde materiaalverzameling gedurende minimaal één jaar omvat. Vanuit praktische overwegingen is hierbij gekozen voor een cohort-benadering, waarbij het cohort zal worden samengesteld uit patiënten met expliciete psychosociale klachten bij een vijftiental huisartsen.

2.8.3. Methoden

1. Contactregistratie:

- soort, aard, duur en initiatief contact;
- reden voor contact, diagnose, ernst en mate van psychosociale aspecten;
- onderliggende problematiek;
- soort en aard van de behandeling;
- prescriptie (psychofarmaca);
- verwijzing naar AMW en diverse GGZ-instellingen hulpverleners; soort, doel en initiatief tot verwijzingen;
- overleg naar aanleiding van contact (bijvoorbeeld consult AMW/GGZ, regeling verwijzing/opname).

2. Patiëntenregistratie:

- 10 basiskennmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.

3. Patiëntenenquête (te weten: uit te voeren in het cohortonderzoek):

- diverse achtergrondgegevens;
- psychosociale morbiditeit, subjectieve beleving van psychosociaal welbevinden;
- life-events;
- attitude ten opzichte van de rol van de huisarts bij psychosociale problemen, mate van proto-professionalisering;
- consumptie van maatschappelijke en (geestelijke) gezondheids-

voorzieningen.

4. Artsenenquête:

- achtergrondgegevens arts, praktijkvorm;
- opvattingen over eigen taken en taken van het AMW en de GGZ
- op het gebied van psychosociale hulpverlening;
- opvattingen over ziekten;
- gegevens over de feitelijke en gewenste samenwerking met het AMW en de diverse GGZ-voorzieningen;
- de aanwezigheid van AMW en GGZ-voorzieningen.

5. Audio-opnamen:

- Gedurende de contactregistratie zullen bij alle deelnemende artsen een aantal spreekuurconsulten op audioband worden vastgelegd. Deze opnamen maken het mogelijk de artsen te typeren naar communicatiestijl, een kenmerk dat onder andere een onafhankelijke invloed heeft op de mate waarin artsen een klacht als psychosociaal beoordelen.

2.8.4. Verwachte resultaten

De relevantie van het onderzoek wordt in belangrijke mate gekleurd door de combinatie van voor de Nederlandse situatie generaliseerbare gegevens wat betreft het voorkomen van psychosociale problematiek bij de huisarts, de wijze waarop de huisarts daarmee omgaat en de mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in het beloop van hulpzoek- en behandelingsepisode's met betrekking tot psychosociale problemen. Meer inzicht in de factoren die het herkennen van en het omgaan met psychosociale problemen door de huisarts beïnvloeden is nodig om gericht beleid te kunnen voeren ten aanzien van de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden, deze hulpverlening door de huisarts verbeterd kan worden. Het onderzoek kan een rationele basis geven aan de discussie over de vraag welke problematiek wel en niet door de huisarts behandeld kan worden (de 'licht-zwaar' discussie). Wat betreft mogelijke voorwaarden voor verbetering van de hulpverlening door de huisarts zal het onderzoek onder meer gegevens opleveren over de invloed van samenwerking tussen huisarts, AMW en (A)GGZ op het handelen van de huisarts en in hoeverre het gedifferentieerde aanbod aan GGZ-voorzieningen door de huisarts gebruikt wordt.

Literatuur

BENSING, J.M. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg, NHI-bijdrage aan de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel I.

- Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- BUSSCHBACH, J.T., VAN, P.F.M. VERHAAK. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? Mogelijkheden en grenzen, Maandblad. Geestelijke Volksgezondheid 41, 1986, 5, 475-492
- GOLDBERG, D. en P. HUXLEY. Mental illness in the community, the pathway to psychiatric care. London, Tavistock Publ., 1980
- HAFNER, H. (red.). Estimating needs for mental health care. Berlin, Springer Verlag, 1979
- HOSMAN, C.M.H. Psychosociale problematiek en hulpzoeken. Een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van de preventieve geestelijk gezondheidszorg. Dissertatie, Nijmegen, 1983.
- JOINT. Takenlijst van het Algemene Maatschappelijk Werk, Den Bosch, Joint, 1983
- LANDELIJK HUISARTSEN VERENIGING. Basistakenpakket van de huisarts. Red.: M.P., Springer e.a., Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983
- LEAF, Ph.J. e.a. Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. Medical Care, 12, 1985, 322-337
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Eerstelijnszorg, Leidschendam, 1983
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota Geestelijke Volksgezondheid, 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1984
- OFFERHAUS, R. Van probleem tot psychiatrie, 3e rapport Visie-commissie stichting centrum St. Bavo, Noordwijkerhout, 1978
- ORMEL, J., R. GIEL. Omvang, beloop van behandeling van psychische stoornissen in de praktijk van de huisarts. Tijdschrift voor Psychiatrie 25, 1983, 10, 688-710
- PETERS, L. Relatie Eerstelijnszorg/geestelijke gezondheidszorg, NHI-bijdrage aan de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, deel II. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- PETERS, L. Relatie eerstelijns/geestelijke gezondheidszorg, een bibliografie. Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1985
- SCHNABEL, P. Het eigene van de geestelijke gezondheidszorg. In: P. van Lieshout, en P. Schnabel, vragen naar GGZ. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1984
- SWAAN, A. de Kritiek op de sociaal psychiatrische epidemiologie. In: Documentatiemap Studiedag Oneindige zorg- Oneindige behoefte. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1978
- SWAAN, A. DE, R. VAN GELDEREN, V. KENSE. Het spreekuur als opgave. Sociologie van de psychotherapie deel II. Utrecht/Antwerpen, Het

Spectrum, 1979

VERHAAK, P.F.M. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk, een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Dissertatie, Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1986

WELLEN, J. Van probleem tot hulpverlening. Huisartsen en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, Dissertatie, Leuven/Amersfoort, ACCO, 1985

2.9. Verwijzen van huisartsen naar specialisten

(Verantwoordelijk onderzoeker: dr. J. van der Zee)

2.9.1. Doel en motivering

Het bruto-ziekenfondsverwijscijfer, het aantal door specialisten ge-declareerde verwijzkaarten betrokken op het aantal ziekenfondsverze-kerden, is een van de belangrijkste parameters geworden voor het functioneren van de gezondheidszorg.

De 'baten' van gezondheidscentra worden eraan afgemeten (Peters en Wijkkel, 1986); het succes van de verlaging van de rekennormpraktijk (Werkgroep Normpraktijk Huisartsen, 1985) en niet te vergeten het hele substitutiebeleid tussen eerste en tweede lijn (Harmonisatie-raad Welzijnsbeleid, 1985). Tezelfdertijd is het ook allang bekend dat dit bruto-ziekenfondsverwijscijfer in feite ongeschikt is deze belangrijke rol in het gezondheidszorgonderzoek te vervullen.

Van Es (1985) heeft hierop onlangs in een redactioneel commentaar in Medisch Contact nog eens met nadruk gewezen, maar ook Posthuma en van der Zee spraken in 1978 al van het 'paramorfe karakter' van het bruto-verwijscijfer. Enerzijds bestaat dit uit actieve verwijzbe-slissingen van de huisarts (te betrekken op het aantal arts-patiënt-contacten in plaats van het aantal patiënten) anderzijds worden de verwijzkaarten zonder al te veel scrupules verstrekt op verzoek van de specialist, achteraf of routinematig ten behoeve van controle door de oogarts van refractie afwijkingen.

Bovendien ontbreekt als regel elke informatie over het verwijzen van particulier verzekerden en worden uitspraken gedaan over substitutie van zorg die slechts betrekking hebben op een deel van de gezondheidszorg.

Tenslotte is een belangrijk euvel dat aan verwijzonderzoek kleeft, dat zelden of nooit het gezondheidsprobleem of de indicatiestelling tot de verwijzing in het onderzoek is opgenomen, laat staan dat vastgesteld kan worden wat, gegeven de klacht of het gezondheidspro-bleem, de kans op een verwijzing is.

Het doel van het deelonderzoek 'verwijzen' is dan ook om nu met ade-quaat onderzoeksmateriaal de variatie in verwijzcijfers tussen huis-artspraktijken te bestuderen en antwoord te geven op de vraag in welke mate 'omstandigheden' als afstand tot en omvang van het aanbod aan ziekenhuisbedden en specialistische zorg en de gezondheidstoestand van de praktijkpopulatie, tezamen met (beïnvloedbare) factoren als omvang, vorm en organisatie van de huisartspraktijk het verwijz-cijfer beïnvloeden. Taakopvatting en taakuitoefening van de huisarts zorgen tezamen met de wijze waarop patiënten tegen ziektekosten en

loonderving bij ziekte zijn verzekerd voor relevante aanvullende informatie.

2.9.2. Probleemstelling

Verwijscijfers variëren per huisartspraktijk. Factoren die het verwijscijfer beïnvloeden kan men indelen in drie categorieën:

- de mogelijkheid tot verwijzen;
- de noodzaak tot verwijzen;
- de behoefte aan verwijzen bij de huisarts en de behoefte om verwezen te worden bij de patiënt.

Mogelijkheidsfactoren hebben niet alleen betrekking op de aanwezigheid of de bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen, maar ook op de financiële mogelijkheden (aard en vorm verzekering) van de patiënt.

De noodzaak van een verwijzing is een resultante van de ernst van het aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsprobleem en zijn diagnostische maar vooral therapeutische mogelijkheden. Zijn opvattingen over wat des 'huisarts' is en wat des 'specialist' spelen hierbij een belangrijke rol (Dopheide, 1982).

De verwijsbehoefte bij de huisarts kan voortvloeien uit de noodzaak maar zal eerder terug te voeren zijn op onzekerheid of de behoefte om de patiënt een tijdje 'kwijt' te zijn. Vooral verwijzingen ter geruststelling van de patiënten ter diagnose (hetzij 'uitsluiting' of 'bevestiging') vallen in deze categorie.

De behoefte van de patiënt om verwezen te worden speelt tenslotte ook een variërende rol. Sommige huisartsen laten zich daardoor sterker leiden dan andere (Krol, 1985).

De probleemstelling van het onderzoek is: in welke mate, op welke wijze en in welke verhouding worden de verschillende verwijsratio's* in de huisartspraktijk verklaard door noodzaak, mogelijkheid- en behoeftefactoren.

2.9.3. Methoden

In de verschillende onderdelen van de materiaalverzameling vindt men elementen die van belang zijn voor het deelonderzoek 'verwijzen'.

* de term 'verwijsratio's heeft betrekking op de verschillende opsplitsingen van het verwijscijfer - een van de ratio's is het aantal actieve verwijsbeslissingen per arts/patiëntcontact - en anders is het aantal verlengingsverwijzingen betrokken op het aantal ziekenfondsverzekerden etcetera (zie Posthuma en v.d. Zee, 1978).

1. Contactregistratie:

Voor verwijsonderzoek is het van belang om contacten op initiatief van de patiënt en contacten op initiatief van de huisarts te onderscheiden (terugbestelcontacten). Ook is het van belang (om de gezondheidstoestand van de patiënt te kunnen vaststellen) te weten welke 'onderliggende' ziekten op de patiënt van toepassing zijn.

Uiteraard is de klacht of het probleem dat de patiënt presenteert van belang en ook de plaats van de verwijzing in de ziekte-episode. Het gebruik van interne en externe diagnostiek vormt een indicatie van de mate waarin de huisarts zelf geprobeerd heeft erachter te komen wat er aan de hand is. Van de verwijzing wordt het volgende genoteerd:

- het type: geruststelling, diagnose (of combinaties), verlen-
ging, achteraf, refractie, controle, opname;
- het initiatief: huisarts, patiënt, specialist, derden;
- naar welk specialisme en welk ziekenhuis (poliklinisch/kli-
nisch).

2. Patiëntenregistratie:

- 10 basiskennmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.

3. Patiëntenenquête:

- uitwerking van achtergrondgegevens van patiënten. Van belang is vooral de verzekeringsvorm. Is men ziekenfonds - of parti-
culier verzekerd en indien particulier: is men verzekerd voor
hulp van de huisarts, heeft men wel of geen zogenaamd 'eigen
risico' en hoe hoog is dat.
- meting consumptie gezondheidszorg;
- meting gezondheids, ziekte gedrag.

4. Artsenenquête:

In de aanvullende vragenlijsten over de huisarts worden vragen
gesteld over:

- taakafbakening tussen huisarts en specialist;
- taakopvatting (door Verhaak gebruikt in zijn proefschrift
over 'Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten
van de huisartspraktijk', en door Grol e.a. ontwikkeld op het
Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut).
- praktijkgegevens: 'uitrusting' van de praktijk met apparatuur
en gereedschap. De praktijkvorm, de ondersteuning en assis-
tentie, de uitgetrokken tiënt, de wachttijd, de mogelijkheid
om een afspraak voor dezelfde tijd te maken, de totale dag
bested aan patiëntenzorg (consulten, visites, extra spreek-
uur) en de tijd besteed aan overige activiteiten (keuringen,

scholing), de organisatie van avond- en weekendwaarneming, de consultatie met specialisten en collega-huisartsen.

Tenslotte zal de huisarts toestemming gevraagd worden om de officiële ziekenfondsverwijscijfers over deze periode te verstrekken.

2.9.4. Verwachte resultaten

De resultaten van dit onderzoek kunnen van nut zijn voor de volgende beleidsterreinen:

1. De lokatie van ziekenhuizen (vooral de neiging om ziekenhuizen van de steden naar de periferie te verplaatsen werkt verhogend op het verwijscijfer).
2. De discussie over de verlaging van de normpraktijk (relatie verwijscijfers en praktijkgrootte - nu ook te koppelen aan de ernst van de verwijsindicaties).
3. Wijziging stelsel ziektekostenverzekering - bij alle verzekeringsvormen wordt het gedrag van de huisarts precies in kaart gebracht.
4. Stimuleren samenwerkingsverbanden - in het onderzoek komt voldoende variatie in de praktijkvorm voor om nog eens precies uit te zoeken hoe 'samenwerking' invloed uitoefent op 'verwijzen'.
5. Substitutie van zorg. Welke indicatiestellingen zijn het meest gevoelig voor de tijdsdruk waaronder de huisarts werkt - kan de organisatie van de praktijk (assistentie-delegatie) hierop van invloed zijn.
 - de substitutie is vast te stellen op het gebied van de behandeling van problemen ('wratten-spreekuur');
 - en op het gebied van de in - of buiten de praktijk gehanteerde diagnostiek.

Literatuur

- AERT, J.H. VAN, B.H. HOEKSMAN. De polikliniek als schakel in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 35, 1980, 45-59
- BEEK, M., J. VAN EIJK, G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Medisch Contact, 39, 1984, 1247-1251
- BEEK, M., J. VAN EIJK, G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. Medisch Contact, 40, 1985, 299-302

- KRUIDENIER, H.J. Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijstroom. Inzet, 1, 1977, 32-39
- MELKER, R.A. DE. Over de invloed van de huisarts op het verwijsperscentage. Medisch Contact, 30, 1975, 1145-1146
- MELKER, R.A. DE. Verwijzen door huisartsen naar medisch specialisten. In: J.P.Dopheide en J. van der Zee (red.) Holland naar de horizon. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1979
- PEL, J.Z.S. Over de invloed van de huisarts op het verwijsperscentage. Medisch Contact, 30, 1975, 988-990
- PETERS, L., D. WIJKEL. Meerkosten en besparingen van gezondheidscentra. Medisch Contact, 39, 1984, 87-92
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon, I en II. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1977-1978
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Verwijscijfers en verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 1, 1980, 59-68
- POSTHUMA, B.H., J. VAN DER ZEE. Verwijzen op micro-niveau: een onderzoeksvoorstel. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1980
- RUTTEN, F.F.H. The use of health care facilities in the Netherlands, Dissertatie, R.U. Leiden, 1978
- RUTTEN, F.F.H., J. VAN DER GAAG. Referrals and demand for specialist care, Health Service Research, 12, 1977, 234-249
- RUTTEN, G., M. BEEK, J. VAN EIJK. Kleine chirurgie: door wie? Medisch Contact, 40, 1985, 12, 367-368
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK, M. BEEK. Huisarts, huidarts of patiënt? Medisch Contact, 40, 1985, 11, 325-326
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK, M. BEEK. Controles bij diabetes mellitus: een peiland onderzoek naar opvattingen van huisartsen en internisten. Medisch Contact, 40, 1985, 13, 389-390
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK, M. BEEK. Huisartsen en gynaecologen over taakafbakening en zelfzorg. Medisch Contact, 40, 1985, 14, 432-434
- RUTTEN, G., J. VAN EIJK, M. BEEK. Chronische bronchitis: opvattingen van huisartsen en longartsen over hun onderlinge taakafbakening en de rol van de patiënt. Medisch Contact, 40, 1985, 15, 457-458
- VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden nader onderzocht. Overzicht van empirische bevindingen. Gezondheid en Samenleving, 7, 1986, 81-94
- WIJKEL, D. Samenwerken en Verwijzen. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, Utrecht, NIVEL, 1986
- WIJKEL, D., J. VAN DER ZEE. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer. Tijdschrift

- voor Sociale Gezondheidszorg, 62, 1984, 428-432
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, R.U. Limburg, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
- ZEE, J. VAN DER. Herverkavelen in de gezondheidszorg. Medisch Contact, 40, 1985, 1265-1267

2.10. Nazorg en continuïteit van zorg

(Verantwoordelijke onderzoekers: Mw. dr. A. Kerkstra, drs. T.J.J.M.T. Kersten)

2.10.1. Doel en motivering

Het beleid van de overheid is gericht op continuïteit van zorg en ook op substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg. In veel publikaties blijkt men op deze punten hoge verwachtingen van de huisarts te hebben, die als spil van de eerste lijn wordt gezien. Het is echter nauwelijks bekend in hoeverre de huisarts in de praktijk actief betrokken is bij opname, behandeling, ontslag (en nazorg) van zijn patiënten. Feitelijke informatie over met name de kwaliteit van de gestructureerde berichtgeving en de intensiteit van communicatie, tussen enerzijds huisarts en specialist en anderzijds tussen huisarts en de andere hulpverleners in de eerste lijn.

Het doel van het onderzoek is tweeledig:

1. Inventariseren op welke wijze de huisarts betrokken is bij de intramurale behandeling, inclusief ontslag en nazorg, van zijn patiënten in het ziekenhuis.
2. Inzicht verkrijgen in welke zorg de patiënt van de huisarts en andere eerstelijns-hulpverleners verwacht en nodig heeft tijdens en na zijn ziekenhuisopname. Tevens is het onderzoek bedoeld om na te gaan wat de patiënt in verband met zijn verblijf in het ziekenhuis feitelijk aan (na)zorg ontvangt van de eerstelijns-hulpverleners.

2.10.2. Probleemstelling

Het weinige dat uit onderzoek bekend is over de berichtgeving en het overleg tussen huisarts en specialist over de klinische patiënten geeft geen erg positief beeld. Illustratief is bijvoorbeeld het onderzoek van De Melker (1973) waarin slechts 6% van de huisartsen te kennen geeft tussentijds van de specialist bericht te ontvangen tijdens de opname. Ook bleek hieruit dat de huisarts lang niet altijd dezelfde dag een bericht van overlijden ontvangt van het ziekenhuis. Meyboom en Casparie (1980) melden op basis van onderzoek in een beperkt aantal praktijken, dat de huisarts in 15% van de gevallen na een week nog niet op de hoogte is van het ontslag van de patiënt. Bremer e.a. (1976) constateerden dat ten aanzien van ontslagen ziekenhuispatiënten nauwelijks sprake is van samenwerking tussen huisarts en specialist. Van de ontslagen patiënten wordt 70% door de specialist terugbesteld terwijl dit vrijwel nooit in overleg met de

huisarts gebeurt.

Over de mate waarin de huisarts betrokken is bij de nazorg van zijn patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis is uit eerder onderzoek weinig bekend. De schattingen over het aantal patiënten dat behoefte heeft aan nazorg door de huisarts lopen in de verschillende onderzoeken uiteen van 2 tot 50%. De mate waarin de huisarts bij het verlenen van nazorg samenwerkt met de professionele en niet-professionele thuiszorg is helemaal niet op nationale schaal in kaart gebracht.

In concreto zullen in het kader van deze deelstudie de volgende vragen beantwoord worden:

1. Hoe verloopt de gestructureerde berichtgeving van specialist naar huisarts over opname en ontslag?
2. In welke mate vindt overleg plaats tussen huisarts en specialist over opname, behandeling, ontslag en nazorg en wat is de aard van dit overleg?
3. Welke nazorg-activiteiten onderneemt de huisarts ten behoeve van welke categorieën ontslagen ziekenhuispatiënten?
4. In welke mate komt het voor dat de huisarts al dan niet op eigen initiatief contact heeft met de professionele en niet-professionele thuiszorg om de nazorg voor ontslagen patiënten te organiseren?

Uit onderzoek is verder weinig bekend over de behoefte aan eerstelijnszorg van patiënten die opgenomen zijn (geweest) in het ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan ziekenhuisbezoek door de huisarts tijdens de behandeling en met name ook aan nazorg door de huisarts, wijkverpleging, en gezinsverzorging na het ontslag. Daarbij wordt niet alleen de vraag gesteld of nazorg door deze disciplines wel of niet nodig is in de ogen van de patiënt (zoals bijvoorbeeld in de studie van Emanuel-Vink e.a. 1981). Ook is het zinvol om in te gaan op de vraag hoe de nazorg er inhoudelijk uit zou moeten zien. Zo constateerde de studie van Verhaak e.a. (1985) dat ontslagen ziekenhuispatiënten vooral behoefte hebben aan elementaire hulp die het mogelijk maakt om het huishouden draaiende te houden.

Tenslotte wil dit deelproject een antwoord geven op de vraag welke zorg de patiënt feitelijk ontvangt van de hulpverleners uit de drie genoemde disciplines. Ook de rol die de niet-professionele thuiszorg speelt kan hierbij bekeken worden.

Kort samengevat staan in dit deel van het onderzoek de volgende vragen centraal:

1. Wat is de aard en de omvang van de zorg die de patiënt naar eigen

zeggen behoeft tijdens en na de opname in het ziekenhuis?

2. Welke en hoeveel zorg ontvangt de patiënt feitelijk van de genoemde professionele eerstelijns hulpverleners en van de niet-professionele thuiszorg?

2.10.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten en contacten via praktijkassistentes):
 - contactgegevens: soort contact, initiatief tot contact en duur;
 - reden voor contact, werkhypothese/waarschijnlijkheidsdiagnose en onderliggende ziekte;
 - verwijzing naar medisch specialisten en instelling: soort, doel verwijzing en initiatief tot verwijzen/is patiënt al onder behandeling;
 - behandeling: - vindt nazorg plaats?
 - wat gebeurt daarin (wondverzorging, medicatie, injectie, advies, sociaal bezoek;
 - overleg tijdens of na contact vindt consultatie plaats, is er een regeling met betrekking tot thuiszorg, regeling met betrekking tot opname en met welke personen.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskenmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
3. Patiëntenenquête:
 - gegevens over (subjectieve) gezondheidstoestand;
 - algemene gegevens over ziekenhuisopname en bezoeken aan specialisten worden vastgelegd;
 - gegevens over sociale netwerken;
 - een specifieke, (ten behoeve van dit deelproject) enquête wordt aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten voorgelegd, waarin hun gezondheidstoestand (inclusief van ADL-activiteiten) en de geleverde hulpverlening in kaart wordt gebracht.
4. Artsenenquête:
 - achtergrond gegevens over de arts, praktijksituatie, contacten en taakafbakening met overige eerste- en tweedelijns hulpverleners (het zogenaamde 'huisartsennetwerk');
 - gegevens over taakopvatting en werkwijze van de huisarts.
5. Analyse van verwijs- en ontslagbrieven: inhoud van deze brieven; wanneer en hoe worden ze verstuurd.

2.10.4. Verwachte resultaten

De toepassingen liggen in hoofdzaak in de beleidssfeer. Het gaat dan

om beleidsterreinen als substitutie van zorg, organisatie van de nazorg, samenwerking in de eerstelijns en relatie tussen eerste- en tweedelijns. Het onderzoek zal informatie verschaffen over hoe de bestaande positie van de huisarts op het raakvlak van eerste- en tweedelijns zich verhoudt tot deze beleidsdoelstellingen. Als uit het onderzoek blijkt dat bepaalde huisartsen met bepaalde handelwijzen meer betrokken zijn bij het opname- en ontslagbeleid van de specialist, dan kunnen daaruit wellicht consequenties getrokken worden voor het (na)scholingsbeleid van huisartsen. Dat geldt dan overigens niet alleen voor opname en ontslag, maar ook voor de nazorg.

Literatuur

- BEEK, M., J. VAN EIJK, G. RUTTEN. Huisartsen en specialisten over hun onderlinge taakafbakening. Medisch Contact, 39, 1984, 39 1247-1251
- BEEK, M., J. VAN EIJK, G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Opvattingen van huisartsen en specialisten. Medisch Contact, 40, 1985, 10, 299-302
- BREMER, G.J. e.a. Weer thuis: een onderzoek bij uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Huisarts en Wetenschap, 19, 1976, 406-423
- BUMA, J.I. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Huisarts en Wetenschap, 24, 1981, 10, 379-383
- BURINK-WITHAAR, A.G.J. VAN, W.J.A. VAN DEN HEUVEL, A. ROOD-NIEUWLAND. Nazorg aan patiënten met hoofd- en halskanker: onderzoek naar de ervaringen van wijkverpleegkundigen en patiënten. Rotterdam, Vereniging Interkruis Zuid-Holland, Studiecentrum Sociale Oncologie, 1979
- CAPELLEN, A. VAN DER. Nazorg: voor wie een zorg? Nazorg in interactieel perspectief, met aandacht voor structurele aspecten. Leiderdorp, Interuniversitaire Interfaculteit Bedrijfskunde Delft, Doctoraal scriptie, 1984
- CREBOLDER, H.F.J.M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Dissertatie, Nijmegen, Katholieke Universiteit, 1977
- DOPHEIDE, J.P. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluijs E.M., J.P. Dopheide, J.J. van der Zee (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht, NIVEL, 1985
- DRIJVER, H., F. VAN DE ESCH, G.J. KOK, C.J. LAKO. (Wijk)-verpleegkundigen hanteren verschillende criteria bij nazorg. Maatschappij-

- lijke Gezondheidszorg, 10, 1982, 1 16-18
- EMANUEL-VINK, H., P. VAN DER KAAIJ. Het ontslag van patiënten uit het ziekenhuis. Nijmegen, Dr. Veeger Instituut, 1980
- EMANUEL-VINK, H. et al. Het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis (deel 1-4). Medisch Contact, 36, 1981, 42-46, 1310-1314, 1334-1338, 1365-1368, 1404-1406, 1425-1428
- GRINTEN, R. VAN DER. Communicatie huisarts - internist. Medisch Contact, 36, 1981, 26, 777-781
- HORN, G.H.M.M. TEN. Nazorg geeft kopzorg. Dissertatie, R.U. Groningen, 1982
- HUIJGEN, F.J.A. et al. Ziekenhuisverzorging thuis? Patient Care, 12, 1985, 6, 5-37
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (1). Medisch Contact, 38, 1983, 51, 1599-1601
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (Slot). Medisch Contact, 38, 1983, 52, 1629-1632
- KERKSTRA, A., P.F.M. VERHAAK - Wijkverpleging. In: Sluijs E.M., Dopheide J.P., Zee van der J. (red): Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. NIVEL, Utrecht, 1985
- KERSTEN, D. Invloed van de huisarts na de verwijskaart. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- KERSTEN, D., J.P. DOPHEIDE. Invloed van de huisarts na de verwijskaart. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984
- KIERS, J. In Twente al tien jaar ervaring met nazorg thuis. Inzet, 8, 1984, 4, 8-9
- KOLKMAN, H., S. DE JAGER. Het basisziekenhuis: geknipt voor de eerste lijn? Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1984
- KROL, L.J. De patiënt als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Dissertatie, Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1985
- KRUIDENIER, H.J. Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijspatroon. Inzet, 1, 1977, 1, 32-39
- LABLANS, F., J. MULDER, M. IN 'T ZAND. Zorg-voor-zorg-na ziekenhuis: samenwerking ziekenhuis-wijkverpleging. Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 34, 1981, 22 955-962
- MELKER, R.A. DE. De begeleiding van ziekenhuispatiënten door een huisarts. Huisarts en Wetenschap, 16, 1973, 12, 457-468
- MELKER, R.A. DE. Ziekenhuispatiënt, huisarts, huisgezin. Dissertatie, Nijmegen, 1973

- MEYBOOM, W.A., A.F. CASPARIE. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis: een toetsingsonderzoek. Medisch Contact, 35, 1980, 33, 989-994
- SWINKELS, M.A.A., J.P. DOPHEIDE. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982
- SWINKELS, M.A.A., C. LODEWICK. Samenwerking huisartsen en specialisten. Een inventarisatie in de regio Gouda. Medisch Contact, 38, 1984, 7, 205-206
- VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN. Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. NIVEL, Utrecht, 1985
- VERMEULEN, C.A. - Rapport: project nazorg ziekenhuispatiënten in de groepspraktijk in Rhenen. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam, 1973
- ZUIDERVAART, J., H. LAMBERTS. De nazorg van ziekenhuispatiënten. Huisarts en Wetenschap, 19, 1976, 424-428
- ZWOL, H. VAN. De nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten in Noord-Holland. Katholieke Gezondheidszorg, 41, 7, 1972, 327-331

2.11. Werkbelasting in de huisartspraktijk

(Verantwoordelijke onderzoekers: J. v.d. Velden, arts, dr. J. v.d. Zee)

2.11.1. Doel en motivering

Het huidige uniforme abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden past zich maar matig aan de zwaarte van de individuele huisartspraktijk aan. Er wordt binnen de Nederlandse gezondheidszorg dan ook reeds geruime tijd discussie gevoerd over de relatie tussen inzet en beloning van de huisarts. Tot voor kort werd aan twee systemen gedacht, te weten het gedifferentieerd abonnementshonorarium en het gemengd abonnementshonorarium. Momenteel blijkt er her en der (Tilburg, Alphen a/d Rijn/Leiden en Salland) bij ziekenfondsen belangstelling te bestaan voor experimenten met alternatieven voor de huidige abonnementshonorarium (bonus/malus, gedeeltelijk verrichtingenhonorering, uitkering van tantièmes bij achterblijven van de kosten).

In deze studie zal daarom het identificeren van factoren die de werkbelasting van de huisartspraktijk bepalen, centraal staan.

2.11.2. Probleemstelling

Factoren die de werkbelasting van een huisartspraktijk bepalen situeren zich zowel aan vraag- als aanbodzijde. Wat de hulpvraagzijde betreft kan in het algemeen onderzocht worden hoe de werkbelasting van de huisarts eruit ziet. Voorts kan meer specifiek gekeken worden of bepaalde op basis van objectieve criteria te identificeren patiëntengroepen dan wel bepaalde ziektecategorieën de huisartspraktijk meer belasten. Wat de aanbodzijde betreft zal dit onderzoek uitspraken kunnen doen over de randvoorwaarden en de omstandigheden, waarin de huisarts functioneert (praktijkorganisatie, rolopvattingen en attitudes), maar ook kunnen kijken hoe de huisarts zijn patientload aanpakt (c.q. geïnvesteerde tijd per eerste contact/terugbelgedrag).

Het zal dan mogelijk zijn om te analyseren in welke mate de hulpvraagfactoren variëren in functie van aanbodskennmerken. De aldus verkregen resultaten kunnen dan bouwstenen worden voor een betere onderbouwing van het beleid ter zake.

2.11.3. Methoden

1. Contactregistratie (inclusief telefonische contacten):

- vastlegging van de duur per contact en het aantal contacten per ziekte-episode van een patiënt, gekoppeld aan gegevens

over morbiditeit en interventies.

2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskenmerken te verzamelen per praktijkpopulatie.
3. Patiëntenenquête:
 - vaststelling van voor welke klachten wel of niet een beroep gedaan wordt op de huisarts.
4. Artsenenquête:
 - inventarisatie van mogelijkheden tot reductie van werkbelasting via delegeren van werk naar de specialist/fysiotherapeut;
 - vaststellen van achtergrondkenmerken, werkwijze en attitude van huisarts.

2.11.4. Verwachte resultaten

Met inzicht in de bewerkelijkheidsindicatoren van een huisartspraktijk kunnen twee doelstellingen van het huidige beleid ten aanzien van eerstelijnsgezondheidszorg beter onderbouwd worden:

1. In de eerste plaats is dat het streven naar praktijkverkleining.
2. Ten tweede de aanpassing van het honoreringssysteem van de huisarts, waarbij vooral aan het zogenaamd gemengd abonnementshonorarium wordt gedacht.

Literatuur

- BOOTS, J. Verkleining van de huisartspraktijk. *Gezondheid en Samenleving*, 5, 1984, 1, 11-18
- BRUINS, H.B. Kostenbewaking in de Gezondheidszorg. Een plan voor individuele budgettering. *Medisch Contact*, 39, 1984, 5, 148-149
- BUYZE-DE HOLLANDER M., A. KNOTTNERUS. Wat is er tegen de kleine praktijk? *Medisch Contact*, 35, 1980, 575-578
- DERKSEN, W. Het abonnementshonorarium dient gehandhaafd te blijven. *Huisarts en Wetenschap, Supplement Huisarts en Praktijk*, 27, 1984, 8, 65-87
- HUYGEN, F.J.A. De rol van de huisarts als gezinsarts. *Huisarts en Wetenschap* 24, 1981, 4, 130-134
- JARMAN, B. Identification of underprivileged areas. *British Medical Journal*, 286, 1983, 1705-1709
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Waarom een minimum- en maximumnorm? (nota) LHV, Utrecht, 1981
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Definitieve aanvullingen/wijzigingen 1985 basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, LHV, 1985

- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING. Naar een nieuwe honorering (nota). Utrecht, LHV, 1981
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Werkgroep honorering huisartsen. Honoreringssysteem voor huisartsenzorg (interim rapport). Leidschendam, 1982
- MULDER, B. Naar een nieuwe honorering van de huisarts. Tegenvoorstel: een gemengd systeem. Medisch Contact, 36, 1981, 8, 216-218
- POSTHUMA, B., J. VAN DER ZEE. Tussen eerste en tweede echelon 2, over praktijkgrootte en productiecijfers van huisartsen. Utrecht/Groningen, 1978
- QUERIDO, J.D. Een bewerkelijk praktijkje. Medisch Contact, 34, 1979, 235-239
- SIPS, A.J.B.I. Wordt huisartsgeneeskunde door praktijkverkleining versterkt? Medisch Contact, 39, 1984, 13-16
- SPRINGER, M.P. (red.) Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983
- THOMASSEN, J.F.M. Morbiditeit en gezondheid. Huisarts en Wetenschap, 21, 1978, 85-93
- VOORN, Th. Nog een bewerkelijk praktijkje. Medisch Contact, 34, 1979, 608-612
- WAL, G. VAN DER. Voor een differentiëring binnen het abonnements honorarium. Huisarts en Wetenschap, Suppl. Huisarts en Praktijk, 27, 1984, 8, 68-71
- WAL, G. VAN DER, R.C.J. SMEENK. Bewerkelijkheid nader bekeken. Huisarts en Wetenschap, 27, 1984, 9, 309-310
- WAL, G. VAN DER. Praktijkverkleining maatschappelijk vraagstuk. Medisch Contact, 35, 1980, 256-261
- WEEL, C. VAN. Op weg naar praktijkverkleining. Medisch Contact, 35, 1980, 242-244
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, Maastricht, 1982
- ZUTPHEN, W.M. VAN. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Dissertatie, Maastricht, 1984

2.12. Professionele zorg, zelf- en mantelzorg

(Verantwoordelijk onderzoeker: Mw. dr. M. Foets)

2.12.1. Doel en motivering

Dit deelproject omvat twee samenhangende doelstellingen:

- onderzoek naar de subjectief ervaren gezondheidstoestand bij een steekproef uit de praktijkpopulaties;
- onderzoek naar ziektegedrag en medische consumptie, en met name naar ziektegedrag dat niet in een vraag naar professionele hulp resulteert.

Diverse beleidsmaatregelen en beleidsvoornemens willen immers duidelijke beperkingen aanbrengen in het professionele zorgaanbod. Bovendien is het een duidelijke beleidsintentie om zelfzorg en zorg verleend door de directe omgeving te stimuleren. Achterliggende rationaliteiten hierbij zijn enerzijds kostenbeheersing, en anderzijds stimulering van zelfredzaamheid. (zie bijvoorbeeld de Nota 2000). Daarbij rijst natuurlijk de vraag of beperkingen in de capaciteit of de toegankelijkheid van de hulpverlening automatisch leiden tot een opvang in zelf- en mantelzorg.

Daarom is het van belang deze praktijkstudie zó op te zetten dat een antwoord gegeven kan worden op de vraag onder welke condities en voor welke klachten en problemen mensen een beroep doen op een huisarts, respectievelijk een oplossing zoeken in zelf- en mantelzorg.

2.12.2. Probleemstelling

In het gezondheidszorgonderzoek dat zich met ziektegedrag en medische consumptie (in casu, het consulteren van de huisarts) bezighoudt, zijn twee methodes gangbaar: enerzijds bevolkingsonderzoeken, anderzijds praktijkstudies.

Bij bevolkingsonderzoeken wordt een enquête gehouden onder een kleinere of grotere groep van de bevolking. Daarbij wordt een hele reeks van vragen gesteld over een aantal kenmerken van de betrokkenen, zoals geslacht, leeftijd, beroep, opleiding, inkomen, gezinssamenstelling, opvattingen over ziekte en gezondheid enzovoort. Toch kleven aan dit soort onderzoeken een aantal problemen, waarvan enkele zijn:

- de rol van aanbodfactoren (structuur en functioneren) wordt vaak over het hoofd gezien;
- de consumptiegegevens zijn vaak onbetrouwbaar. Zo is de periode waarover respondenten betrouwbare informatie kunnen geven een teerpunt; verder wordt slechts zelden een onderscheid gemaakt naar contacten op eigen initiatief en op initiatief van de hulpverleners.

Bij de praktijkstudies onderzoekt men door middel van registratie de hulpvraag die de huisarts bereikt. In deze studies beschikt men meestal alleen over een aantal klassieke achtergrondkenmerken van de patiënten (geslacht, leeftijd, en in Nederland meestal verzekeringsvorm). Meer gecompliceerde gegevens zoals samenlevingsverband, attitudes van (potentiële) patiënten, hun medische kennis, satisfactie, ziektegeschiedenis zijn niet bekend. Een belangrijke vraag naar de rol die sociale netwerken spelen bij de overgang van een klacht naar een hulpvraag aan een professionele hulpverlener, kan op die wijze dus niet beantwoord worden.

Over klachten en problemen waaraan mensen niets doen of waaraan ze zelf of met behulp van hun omgeving wat doen, kan via deze werkwijze geen informatie verkregen worden. Over de hulpvraag die de huisarts niet bereikt is met andere woorden niets bekend.

Het ligt in de bedoeling van deze studie om deze gebreken te verhelpen. Daarom zullen gegevens verzameld worden over de patiënten van de onderzochte praktijken.

Dit gebeurt op twee manieren. Ten eerste door het verzamelen van een beperkte hoeveelheid achtergrondinformatie van iedere in de huisartspraktijk ingeschreven patiënt. Deze informatie dient ook om de 'noemer' (de personen waarop de ziektecijfers moeten worden betrokken) interessanter en relevanter te maken.

Daarnaast wordt van een steekproef van de patiënten uit de praktijken informatie verzameld van het type (althans gedeeltelijk) dat ook in de CBS-gezondheidsenquête wordt gevraagd. Vragen over ervaren gezondheidstoestand, klachten, problemen, achtergrondgegevens, houdingen ten aanzien van ziek zijn, onwelbevinden, artsen etcetera. Tenslotte wordt aan deze groep geselecteerde personen gevraagd om gedurende een drietal weken een gezondheidsdagboek bij te houden, zodat men ook zicht krijgt op de gezondheidsproblemen, waarvoor geen professionele hulp wordt ingeroepen.

2.12.3. Methoden

Het belangrijkste meetinstrument is de patiëntenenquête; de overige manieren van materiaalverzameling zijn van secundair belang.

1. Patiëntenenquête, in combinatie met gezondheidsdagboek:

- indicatoren van morbiditeit en ziektegeschiedenis;
- netwerken/mantelzorg;
- life events;
- leefgewoonten (roken, drinken, eten, lichaamsbeweging), woon-situatie, mobiliteit;
- indicatoren van sociaal-economisch niveau (opleiding, inko-

- men, beroep) en gegevens over de werksituatie;
 - gegevens over de ziektekostenverzekering;
 - attitudes en gegevens in verband met politieke opvattingen en levensbeschouwing;
 - ziektegedrag, medische consumptie, ziekteverzuim.
2. Patiëntenregistratie:
 - 10 basiskennmerken, te verzamelen uit de praktijkpopulatie.
 3. Contactregistratie en huisartsenquête:

Een aantal van deze gegevens zijn indicatoren van de structuur en het functioneren van de huisarts(praktijk) en kunnen verschillen in ziektegedrag en medische consumptie mede verklaren.

2.12.4. Verwachte resultaten

1. Inzicht in de factoren die bepalen òf en wanneer mensen beroep doen op professionele hulp.
2. Onder welke omstandigheden en voor welke gezondheidsproblemen is substitutie van professionele zorg door zelf- en mantelzorg mogelijk?

Literatuur

- ADRIAANSE, H. e.a. Leeft Nederland o.k.? Verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid. Maastricht, R.U. Limburg, 1981
- CASSEE. E.Th. Naar de dokter. Meppel, Boom, 1973
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandbericht Gezondheidsstatistiek (MG)
- De continue Gezondheidsenquête: enkele aspecten ter nadere oriëntatie. MG 1982/
 - Het raadplegen van alternatieve genezers in 1979-1981. MG 1983/2
 - Contact met de huisarts in 1981. MG 1983/5
 - Geheugeneffecten bij het rapporteren van huisartscontacten, 1981. MG 1983/5
 - Voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen, 1981. MG 1983/12
 - Kerncijfers medische consumptie, 1979-1982. MG 1984/1
 - Het raadplegen van alternatieve genezers en -huisartsen in 1982. MG 1984/4
 - De eigen bijdrage voor geneesmiddelen in 1983. MG 1984/5
 - Bevallingen en kraamzorg, 1979-1982. MG 1984/6

- Contact met specialisten, 1981-1983. MG 1984/12
- Fysiotherapie in Nederland, 1974-1983. MG 1985/2
- Nederlanders, gemeten en gewogen. MG 1985/6
- Ziekenhuisopnamen, 1981-1983. MG 1985/7
- Consultduur en wachttijd bij een bezoek aan de huisarts MG 1986/1
- Trends in de medische consumptie, 1974-1984. MG 1986/2
- Regionale gegevens uit de gezondheidsenquête 1981/1984. MG 1986/3
- FOETS, M. e.a. The primary health care project in Belgium: a survey on the utilization of health service. *Social Science and Medicine*, 20, 1985, 3, 181-190
- FOETS, M. Ziekte en Gezondheidsgedrag : de ontwikkeling van de sociologische theorievorming en van het sociologisch onderzoek. Dissertatie, Leuven, 1985
- HALFENS, R. e.a. Leefwijzen en subjectieve gezondheid van een panel uit de Nederlandse bevolking. Maastricht, R.U. Limburg, 1984
- HALFENS, R. e.a. Locus of control. Beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte- en gezondheidsgedrag, Dissertatie, Maastricht, 1985
- JESSEN, J.L. e.a. Medische consumptie. Groningen, Rijksuniversiteit, 1974
- KOHN, R., K.L. WHITE. *Health Care: An international study*. London, Oxford University Press, 1976
- LISDONK, E. VAN DE. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk, Dissertatie, Nijmegen, 1985
- MOOTZ, M. De patiënt en zijn naasten. Dissertatie, R.U. Limburg, 1981
- TAX, B. e.a. Regioproject Nijmegen. Een longitudinaal onderzoek in de bevolking naar ziekte- en hulpzoekgedrag bij somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. *Gezondheid en Samenleving*, 15, 1984, 38-45
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, Rijksuniversiteit Limburg, Utrecht, NHI, 1982

3. METHODEN VAN ONDERZOEK

Inleiding

In grote lijnen was de opzet van het onderzoek in vorige versies van het projectvoorstel geformuleerd. In de haalbaarheidsstudie is onderzocht of de ontworpen methodiek geschikt was om betrouwbare en geldige gegevens uit de huisartspraktijk voort te brengen en of voldoende praktijken bereid gevonden zouden worden om aan de definitieve studie mee te doen.

Om dat laatste (de deelname) vast te stellen diende eerst bekend te zijn wat deelname voor een huisartspraktijk zou betekenen; dit kon pas weer nadat de proefstudie was afgerond, want pas toen was bekend hoe lang de deelnemers gemiddeld over het registreren van de gegevens zouden doen.

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt: we beschrijven de ontwikkeling van de te gebruiken meetinstrumenten, vervolgens worden selectie en werving van de huisarts(praktijk)en besproken, waarna achtereenvolgens aan de orde orde komen data entry en computerfaciliteiten, de organisatie van het veldwerk, de controle op de kwaliteit van de gegevens en de verstrekking van de gegevens aan de registrerende huisartsen.

3.1. Contactregistratie

3.1.1. Opzet

De hoeksteen van de praktijkstudie wordt gevormd door de gegevens die verzameld worden via de registratie van contacten tussen huisarts en patiënt. Om redenen die in vorige versies van het projectvoorstel omstandig zijn uiteengezet is gekozen voor een door de huisarts in te vullen registratieformulier. Het ontwerpen en uittesten van het registratieformulier heeft de eerste maanden van de haalbaarheidsstudie in beslag genomen. Zoals gemeld, is na aanmerkingen van diverse zijde een definitieve versie van het registratieformulier ontworpen (bijlage 1). Voor de telefonische en door de assistente afgehandelde contacten zijn korte aanvullende formulieren ontworpen.

3.1.2. Instructie en registratie

De deelnemende artsen en de praktijkassistentes zijn door de veldwerkers geïnstrueerd (1 1/2 uur) en kregen ook schriftelijk instructiemateriaal. In de proeffase zijn onduidelijkheden opgetreden - na ongeveer 1 maand waren deze verholpen.

Een introductie-avond voor de deelnemende artsen en een sterk verbeterde instructie (van arts en veldwerker) zal misverstanden moeten voorkomen. Voor de instructie-avonden is een begrotingspost opgenomen. Na de introductie-avond zouden enkele proefregistratiedagen moeten volgen, waarvan de resultaten worden besproken. Een langere training voor de codeurs is zeer van belang voor het welslagen van de studie. De 20 uren die waren uitgetrokken zijn te weinig - dit zal moeten worden uitgebreid tot 80 uren.

De artsen bleken voor de registratie toch meer tijd nodig te hebben dan voorzien (gemiddeld ruim één uur per dag - met een spreiding van drie kwartier tot drie uur) en vulden de formulieren **niet** tijdens of vlak na de consulten in, maar meestal aan het eind van de dag of soms zelfs in het weekend. Dit grotere tijdsbeslag heeft ook consequenties voor de vergoeding. Daarom zullen de registrerende huisartsen dringend worden geadviseerd de praktijkorganisatie (met name spreekuur) dusdanig aan te passen, dat registratie direct na het consult kan plaatsvinden. Dit komt de betrouwbaarheid van de registratie eveneens ten goede.

Geëxperimenteerd is nog met gedeeltelijke registratie: alleen contacten in verband met bepaalde ziekten vastleggen was niet bevredigend - één per zoveel patiënten of consulten ging veel makkelijker, maar dan worden toch niet voldoende gegevens gehaald.

Om de discipline van het registreren bij de huisartsen op peil te houden zullen de codeurs moeten beschikken over een zekere assertiviteit en zich niet door gehaaste of wat geïrriteerde artsen laten afschrikken; zeker tegen het einde van de studie als de motivatie gedaald kan zijn.

3.1.3. Episodische registratie

Van belang is het om het begrip ziekte-episode te definiëren: een episode is een periode van ziek zijn - te beginnen met de eerste klacht en eindigend bij de eerste keer klachtenvrij zijn - waarin mogelijkwijs één of meerdere consultaties plaatsvinden.

Het operationaliseren van dit begrip voor ons onderzoek vergt een verdergaande typering van het begrip episode, zoals gedaan wordt in de Engelse Morbidity Surveys: episode die reeds begonnen is voor de studieperiode (type 1), nieuwe episode (type 2), nieuwe episode van

een reeds bekende aandoening (type 3), een buiten de registrerende huisarts(praktijk) gesignaleerde episode (type 4), een episode met gewijzigde diagnoses (type 5).

Hoe waren deze typeringen tijdens de haalbaarheidsstudie nu ondergebracht in onze meetinstrumenten?

In chronologische volgorde van het contactregistratieformulier, zoals dat gebruikt is in de haalbaarheidsstudie:

- de patiëntengegevens: op het moment dat data over eenzelfde patiënt worden ingevoerd zou gekeken moeten worden of dit bij een voorgaand contact past. Dat blijkt nog sterker uit:
- de aard van het contact: gegevens hieruit voortkomend helpen ons het meest met de typering van episodes;
- de klachten en diagnoses/werkhypothesen: vooral moet gelet worden op het feit of een diagnose veranderd is, indien het een herhaalcontact van één en dezelfde vervolgfafspraken/episode beëindigd: het einde van een episode kan met deze beide rubrieken beschreven worden.

Met deze gegevens in hand, werd de veldwerker geacht een episodeconstructie te kunnen maken. De ervaring van de haalbaarheidsstudie heeft echter geleerd dat dit nogal wat problemen met zich meebrengt. De veldwerkers baseren zich vooral op de diagnose ten behoeve van de episodeconstructie: bij een zich wijzigende diagnose worden teveel episodен geconstrueerd. Gebrek aan training, onvoldoende nachecken van de andere items (aard contact, vervolgfafspraken en klachten) en mogelijk gebrek aan kennis van medische terminologie zijn hier debet aan geweest.

Voor de Nationale Studie zullen training en instructies van codeurs aan huisartsen aangescherpt worden terwijl dan ook gepresenteerde klachten uit vorige contacten opgeroepen kunnen worden. Achteraf zal aan huisartsen gevraagd worden de episode-koppeling te controleren.

3.1.4. Het coderen

Bij de werving van codeurs/veldwerkers is gearzeld of nu juist wèl of juist niet personen met een (para)-medische achtergrond moesten worden gekozen. Personen met een medische achtergrond gaan meedenken en mee-oordelen, hetgeen hun onbevangenheid niet ten goede komt. Uit de haalbaarheidsstudie is gebleken dat vooral ten behoeve van de episodeconstructie (het samenvoegen van op verschillende data optredende klachten en diagnoses tot één ziekte-episode) een medische achtergrond onontbeerlijk was. Dit zal bij de definitieve studie als richtlijn worden gehanteerd.

De codeurs dienden de door de arts ingevulde formulieren op volle-

digheid en consistentie te controleren en op een vast tijdstip de arts met mogelijke lacunes en inconsistenties te confronteren. Voor het welslagen van het project is het van belang om de artsen van deze vaste afspraak te overtuigen en zeker in het begin drie kwartier tot één uur per week uit te trekken.

3.1.5. Classificatie van klachten en ziekten

Naast controle op volledigheid en consistentie dienden de codeurs de klachten, ziekten en problemen van een code te voorzien. Gewerkt is met twee classificatiesystemen: de ICD9 en de ICPC. Het eerstgenoemde systeem was voor semi-getrainde codeurs te omvangrijk en te ingewikkeld (te veel sub-classificaties). Van het tweede systeem bleek vooral het aantal diagnostische categorieën sterk te kort te schieten.

Besloten is dat de ICPC als systeem wordt gekozen, met een sterke verfijning van de diagnosecategorieën. In samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut zal een systeem worden ontworpen dat zowel compatibel is met de ICD-9 als met de op de huisartspraktijk geënte classificatiesystemen, zoals de ICHPPC-2, de ICPC en de in Nijmegen gehanteerde E-lijst. Vergelijkbaarheid met andere studies is dan optimaal.

De codering van prescripties zal zo verfijnd mogelijk geschieden om zoveel mogelijk vraagstellingen te kunnen toepassen op het materiaal. Voor economische analyses is het merk de dosering en de toedieningsvorm van belang, voor farmacologisch gerichte studies de hoeveelheid werkzame stof. Handmatig coderen is vrijwel onmogelijk; onderhandeld wordt over het overnemen van een zogenaamde thesaurus die op sommige RUCB's (Recepten Uitreken- en Controle Bureaus) aanwezig is. Men kan dan met het intypen van de eerste letters volstaan en vervolgens een verdere keuze maken in dosering en toedieningsvorm.

3.1.6. Data-invoer

De bedoeling was om de door de huisarts geregistreerde gegevens door de codeurs ter plaatse in te laten voeren (na visuele controle op volledigheid en consistentie) op zogenaamde intelligente data-invoer, waarin het patiëntenbestand van de huisarts zou zijn opgeslagen.

De keuze voor intelligente invoer maakt episodeconstructie mogelijk (men kan het vorige consult oproepen en zien of hier van een vervolg sprake is) en bovendien kan ter plaatse ook op codeerfouten en onwaarschijnlijkheden worden gecontroleerd. Een alternatief voor deze intelligente invoer is invoer volgens optische machine-leesbare for-

mulieren (OMR's): naast voordelen (geen apparatuur nodig) is echter de gebrekkige mogelijkheid om het 'vorige' consult te raadplegen de reden geweest om van deze OMR's af te zien (ook het werken met een thesaurus is niet of nauwelijks mogelijk).

Van het oorspronkelijke idee is echter niet alles haalbaar gebleken. In sommige huisartspraktijken is domweg geen ruimte voor een codeur en computer; de computers (Olivetti M 21 en de Compaq 2 86) zijn alleen voor de zeer sterken draagbaar; en bij hapering of storing is geen hulp beschikbaar. Overwogen wordt daarom om de gegevensinvoer te centraliseren - bij voorkeur in Utrecht - of anders ook nog op 2 andere locaties (Noorden en Zuiden van het land).

Als meest attractieve (kosten/mogelijkheden) PC komt de Olivetti M 28 (een grotere versie van de M 21) in aanmerking.

Voor de definitieve studie dient de programmatuur te worden herschreven en uitgebreid en vooral gebruikersvriendelijk gemaakt - en ook aanvullingen die verband houden met de problemen bij de episodeconstructie moeten worden aangebracht (invoeren correctiemogelijkheden en differentiaal diagnose).

Deze aanpassingen zullen in de voorbereidingsfase van de Nationale Studie (1-7-'86 - 31-12-'86) plaatsvinden.

3.2. Opbouw patiëntenbestand

Contactregistratie kan slechts plaatsvinden als het patiëntenbestand van de huisarts is 'geautomatiseerd' en voorzien van een anoniem codenummer in de personal computer is opgenomen. Komt de patiënt voor een nieuw consult dan kan de informatie van het ene consult door middel van dit codenummer aan het vorige worden gekoppeld.

Aanvankelijk was de opzet als volgt: iedere consulerende patiënt zou een klein formulier ontvangen met het verzoek de benodigde achtergrondgegevens in te vullen voor hem- of haarzelf en van zijn/haar samenlevingsverband. Na afloop van de drie maanden zouden de nog niet geconsulteerd hebbende huishoudens schriftelijk worden benaderd.

Deze opzet gaf problemen. Ten eerste bleken sommige huisartsen onrust in hun praktijk te vrezen (waar is dat goed voor dokter - wat gebeurt er met die gegevens) en prefereerden zij zelf de gegevens in te vullen. Dit laatste was echter te tijdrovend en bovendien niet voldoende betrouwbaar (veel 'weet niet').

Wel bleek het mogelijk om - met behulp van de assistente tevoren de gehele kaartenbak te automatiseren met gegevens als leeftijd, ge-

slacht en verzekeringsvorm (in ruwe zin), terwijl ook huishoudens en samenlevingsverbanden konden worden gedefinieerd.

Dit is uitgetest in één praktijk en kost per normpraktijk maximaal 20 uur. Daarom wordt geopteerd voor de volgende methode:

- Vooraf aan de registratieperiode zal de kaartenbak van de betreffende huisarts doorlopen worden, waarbij naam, geslacht, jaar van geboorte en verzekeringsvorm van de patiënt worden vastgelegd.
- Tijdens en na de registratieperiode wordt aan bezoekende patiënten gevraagd een formulier, waarop de resterende patiëntenkenmerken staan, in te vullen voor de patiënt zelf en eventueel zijn familie/huisgenoten. Daarmee wordt tijdens de registratie 70-80% van de populatie bereikt. Voor de overblijvende patiënten wordt het formulier verstuurd. Bij het uittesten bleek hiermee uiteindelijk 97% van de populatie bereikt te zijn.

3.3. De patiëntenenquête en de gezondheidsdagboeken

Naast het verzamelen van een beperkt aantal gegevens van elke patiënt wordt een steekproef uit de praktijkbevolking van 100 personen per praktijk aan een uitgebreid mondeling interview onderworpen. In dit interview komen gezondheid en welbevinden aan de orde maar ook riskante en gezondheidsbevorderende gewoonten en wordt gevraagd naar het gebruik van diensten in de gezondheidszorg. Aanvullende informatie wordt gevraagd over het sociale netwerk (mogelijkheden tot mantelzorg) en de geneigdheid zelf gezondheidsproblemen op te lossen. Zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de gezondheidsenquête van het CBS. Wijzigingen doen zich voor op de volgende punten:

- het CBS enquêteert huishoudens (maar maakt daar in publikaties geen gebruik van). Wij opteren voor individuele patiënten (en stellen vragen over ziekte in het gezin);
- ziekte- en gezondheidsmeting vindt op andere wijze plaats;
- vragen over riskante gewoonten worden toegevoegd;
- vragen over netwerken en mantelzorg worden toegevoegd.

Op sommige punten is de enquête uitgebreider (fysiotherapie) en op andere punten ingekort (minder vragen over de tandarts). Last but not least, aan de geënquêteerden wordt een gezondheidsdagboek verstrekt met het verzoek dit drie weken bij te houden om ook inzicht te krijgen in de klachten waarvoor men géén professionele hulp in roept.

Aan iedere deelnemer wordt toestemming gevraagd de gegevens uit het

interview te mogen vergelijken met de gegevens uit de contactregistratie. Aan de huisarts wordt over deze 100 patiënten een serie vragen gesteld (chronische aandoeningen, bezoek alternatieve genezers, riskante gewoonten), waarvoor de antwoorden met die van de patiënten worden vergeleken. De huisarts krijgt géén inzicht in de verzamelde gegevens.

In de haalbaarheidsstudie is in één praktijk de concept vragenlijst uitgetest: de medewerking was goed, tot nu toe zijn 75 personen benaderd, waarvan er 4 niet meer op het in de huisartspraktijk aanwezige adres woonden en 9 personen weigerden. Tevens is de dagboekmethode uitgetest, welke voldaan heeft aan de verwachtingen en in het projectvoorstel is opgenomen.

3.4. Selectie en werving

In de haalbaarheidsstudie is uitgebreid onderzocht hoe huisartsen voor dit onderzoek moeten worden geselecteerd en hoe hun medewerking verkregen kan worden.

Wat betreft de selectie van huisartsen werd in overleg met P. van Leeuwen, de statistisch adviseur van de studie geopteerd voor een aselechte gestratificeerde steekproef van 150 huisartsen. Een aselechte procedure moet waarborgen dat geen selectie plaatsvindt zodat statistische generalisatie mogelijk is. Niet-proportionele stratificatie moet waarborgen dat alle waarden van potentieel verklarende variabelen goed vertegenwoordigd zijn in de steekproef.

Als stratificatievariabelen zijn geselecteerd: de urbanisatiegraad, de regio en de afstand tot het ziekenhuis. De urbanisatiegraad is opgenomen omdat deze variabele een belangrijke rol speelt in veel gezondheidszorgonderzoek en met name in het verwijsonderzoek. Regio is opgenomen vanwege de systematische verschillen in medische consumptie en gezondheidstoestand tussen Noord- en Zuid-Nederland, en afstand tot het ziekenhuis, aangezien dit een sterke invloed heeft op het verwijspatroon van de huisarts en de nazorg van ziekenhuispatiënten.

De groepering naar regio, afstand tot het ziekenhuis en urbanisatiegraad is als volgt geweest:

Er worden drie regio's onderscheiden:

- regio 1: Friesland, Groningen en Drenthe (Noord);
- regio 2: Overijssel, Gelderland, Utrecht, Flevoland, Noord-Holland, Zuid-Holland en Zeeland (rest van Nederland);

- regio 3: Noord-Brabant en Limburg (Zuid).

Deze indeling is aangehouden, omdat vooral de Noord-Zuid verschillen ons interesseren.

Er worden drie afstandsgroepen onderscheiden:

(onder 'afstand' wordt verstaan: de afstand in km van praktijkadres tot het dichtsbijzijnde ziekenhuis).

- groep 1: afstand is gelijk nul, dat wil zeggen de arts heeft een praktijkadres in dezelfde woonplaats als waarin een ziekenhuis ligt;
- groep 2: de afstand ligt tussen 0 (exclusief) en 15 (inclusief) km;
- groep 3: de afstand is groter dan 15 (exclusief) km.

Er worden vier urbanisatiegraad-groepen onderscheiden:

- groep 1: urbanisatiegraden CBS A1, A2, A3, A4, B1, C1 en C2;
- groep 2: urbanisatiegraden CBS B2, B3 en C3;
- groep 3: urbanisatiegraden CBS C4 en C5, met uitzondering van de drie grote steden;
- groep 4: urbanisatiegraad CBS C5, alleen Amsterdam, Rotterdam en 's Gravenhage.

Om het aantal cellen in de steekproef niet te groot te laten zijn, konden maximaal vier urbanisatiegraden aangehouden worden, waardoor een van het CBS afwijkende indeling opgetreden is.

Niet alle combinaties (36 totaal) komen voor: voor slechts 24 combinaties geldt dat er van voldoende celvulling (aantallen huisartsen) sprake is, waarbij ook een gelijkmatige verdeling van huisartsen over de cellen gewenst werd. Dit betekent een vulling van zes of zeven artsen per cel. Wil men van deze gelijke verdeling terug naar een proportionele verdeling (bijvoorbeeld om nationale cijfers te kunnen presenteren) dan moet men een weging toepassen: in het huidige design zijn het Noorden en het Zuiden van het land en gebieden ver van een ziekenhuis oververtegenwoordigd. Door weging kan men hiervoor corrigeren.

Uitgangspunt voor de steekproeftrekking was het op het NIVEL aanwezige huisartsenbestand per 01-01-1985. Dit omvat gegevens omtrent het registratienummer, de gemeentecode en het praktijkadres, maar zegt niets over de afstand tot het ziekenhuis. Deze informatie werd als volgt toegevoegd. Voor huisartsen die reeds een praktijk hadden per 01-01-1978 en die in de tussenliggende periode niet verhuisd waren, bestond een apart bestand waarbij de afstand tot het ziekenhuis wel bekend was. Voor de andere artsen werd deze informatie deels per computer, deels met de hand aangevuld. Ook werden over de hele lijn

correcties aangebracht voor ziekenhuizen die inmiddels gesloten zijn.

Vervolgens werd besloten om een aantal categorieën van participatie uit te sluiten:

- assistenten van huisartsen, vanwege hun afhankelijke positie;
- huisartsen wonend op de Waddeneilanden, met uitzondering van die op Texel, vanwege organisatorische problemen;
- huisartsen, die zich in de loop van 1983 en 1984 vrij gevestigd hebben, aangezien zij een bijzonder kleine praktijk hebben;
- huisartsen, die sinds 1-1-85 hun praktijk opgegeven hebben;
- huisartsen, per 1-1-85 ouder dan 70 jaar.

Het resultaat van deze verwijder-operaties is een bestand dat 5826 huisartsen omvat.

Uit dit bestand werden drie steekproeven (met teruglegging) van 150 huisartsen getrokken, dit om een reserve aan te leggen die ingeschakeld kon worden bij weigeringen. Een aantal artsen zaten in meer dan één steekproef, waardoor er al met al slechts 408 huisartsen overbleven.

Toen uit de haalbaarheidsstudie opgemaakt kon worden wat deelname aan de studie voor een huisarts zou betekenen, is een wervingsfolder opgesteld en is aan het NHG en de LHV verzocht om een aanbevelingsbrief te schrijven. Het is zeer verheugend dat beide verenigingen positief op dit verzoek reageerden; met Medisch Contact werd afgesproken om een artikel over doel en opzet van de studie van de hand van de projectleider op te nemen in de week dat de artsen zouden worden benaderd. Het positieve hoofdredactionele commentaar dat het artikel begeleidde mag zeker niet onvermeld blijven.

De verzoeken om medewerking werden in de eerste week van mei verzonden. Na 2 weken hadden 75 artsen spontaan positief gereageerd. Sindsdien is begonnen met het telefonisch benaderen van artsen die niet reageerden.

Op 1 juli 1986 hebben bijna 170 huisartsen toegezegd te zullen participeren in de Nationale Studie. Hierbij moeten nog de 15 huisartsen die via het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, gerecru-teerd zijn ten behoeve van het deelproject chronische aandoeningen opgeteld worden. Met deze in totaal 185 huisartsen zal intensief contact gehouden worden de a.s. maanden waarbij we bewust 35 extra huisartsen (uiteindelijk hebben we 150 huisartsen nodig) aanhouden omdat er om wat voor reden dan ook huisartsen zullen afvallen. De volgende tabel geeft een overzicht van de studiepopulatie, de studiesample en de response per gevormde cel.

REGIO	AFSTAND	URB. GRD.	STUDIE-POPULATIE ABS. AANTAL	STUDIE-SAMPLE ABS. AANTAL	RESPONSE ABS. AANTAL
1	1	1	71	17	7
1	1	2	71	16	7
1	1	3	101	18	8
1	2	1	204	16	7
1	2	2	99	16	10
1	3	1	94	16	5
1	3	2	15	11	6
2	1	1	254	17	5
2	1	2	247	17	4
2	1	3	830	20	10
2	1	4	742	21	11
2	2	1	564	22	6
2	2	2	885	21	9
2	2	3	73	14	5
2	3	1	185	16	7
2	3	2	112	17	3
3	1	1	58	17	10
3	1	2	203	17	4
3	1	3	315	21	7
3	2	1	275	16	9
3	2	2	300	20	7
3	2	3	26	14	3
3	3	1	57	14	7
3	3	2	45	14	6
Totaal			5826	408	163

Met betrekking tot de werving en selectie valt nog één ding te melden. Niet huisartspraktijken maar huisartsen worden benaderd. De afweging is geweest dat de kans op het afvallen van artsen uit meermanspraktijken te groot zou zijn als alle artsen in de praktijk zouden meedoen. Andersom is géén probleem - als de aangeschreven huisarts meldt dat zijn collega(e) ook willen deelnemen dan is dat akkoord.

3.5. Programmatuur en apparatuur

Over programmatuur en apparatuur voor de gegevensinvoer is al het nodige gezegd. Het belangrijkste programmeerprobleem had betrekking op de episodeconstructie; hiervoor moesten aanpassingen worden gemaakt, die niet alleen de diagnose van het voorlaatste contact, maar ook de klachten oproepbaar maakte.

Uiteraard dient de programmatuur te worden aangepast aan de definitieve versie van het contactregistratieformulier en de patiëntenregistratie.

De belangrijkste verdere taken hebben betrekking op het programmeren van de overzetting van de gegevens per praktijk en per PC naar een centrale computer en database.

Na intensief overleg met informatica-adviseur drs. A.J. ten Hoopen wordt de volgende werkwijze voorgesteld:

Voorafgaand aan de registratie wordt het gehele patiëntenbestand van de registrerende arts ingevoerd. Deze gegevens worden op de normale manier overgezet naar het centrale systeem. De registratieformulieren worden door de veldwerkers bij de arts opgehaald.

De veldwerker telt het aantal opgehaalde formulieren en typt het aantal in op de PC. De veldwerker voert de opgehaalde formulieren in op de PC. De PC houdt bij hoeveel formulieren verwerkt worden. Op vooraf bepaalde tijden, bijvoorbeeld het eind van iedere dag, worden de nieuw ingevoerde gegevens, of de op die dag gewijzigde gegevens gekopieerd naar twee diskettes. Een van de diskettes blijft bij de veldwerker, de andere wordt aan de operator van het centrale systeem doorgegeven. Tijdens de registratieperiode worden bovendien de mutaties op het patiëntenbestand doorgegeven.

De operator stuurt de gegevens over naar het centrale systeem. Daar worden zij in data-bases ingelezen. Iedere arts krijgt daarbij een eigen data-base. Daarmee wordt de kwetsbaarheid van de bestanden verlaagd en is er meer souplesse bij de verwerking mogelijk. De nieuw overgezette gegevens worden bovendien op twee magneetbanden opgeslagen, waarvan er minimaal één in een brandvrije tapekast dient te worden bewaard. Zodra dit gebeurd is, kan de diskette terug naar de veldwerker, waarna de diskette opnieuw gebruikt kan worden.

Tijdens de verwerking van de gegevens en het inlezen in de data-base houdt het centrale systeem zelf de hoeveelheid verwerkte gegevens bij. Regelmatige vergelijking met de administratie zoals die in de PC bijgehouden wordt, is nodig om eventuele problemen te constateren. Na het inlezen in de data-base worden overzichten van de gegevens gemaakt, die aan de veldwerkorganisatie ter beschikking worden

gesteld. Daarnaast worden er enige programma's gedraaid die de technische consistentie controleren om mogelijke fouten in de data-structuur en data-entry te constateren. Iedere week worden er via een grootvader-vader-zoon systeem back-ups van de lopende data-bases gemaakt.

Aan het eind van de registratieperiode van drie maanden worden de losse data-bases samengevoegd tot een grote, waarna de terugrapportage naar de artsen verzorgd kan worden. Aan het eind van de gehele dataverzameling ontstaan er zo vier data-bases, die dan samengevoegd kunnen worden tot één grote data-base.

De overige onderzoeksgegevens, die niet afkomstig zijn van de patiënten of de contactregistratie zullen via andere vormen van data-entry ingevoerd worden en vervolgens aan de data-base toegevoegd worden. Vervolgens wordt geconstateerd of de nieuw ingevoerde gegevens kloppen met de gegevens ingevoerd vanuit de patiënt- en contactregistratie.

3.6. De centrale faciliteiten

Bij de eisen die gesteld moeten worden wordt uitgegaan van de te gebruiken soft-ware. Statistische analyses zullen met SPSS gebeuren, omdat de mogelijkheden ervan voldoende zijn en er veel ervaring binnen het instituut aanwezig is. Daarnaast is een data-base management systeem nodig om de gegevens van verschillende niveau's op een soepele en betrouwbare wijze te combineren. Waarschijnlijk zal worden gekozen voor SIR, omwille van de directe koppeling die mogelijk is met SPSS, omwille van de ervaring ermee binnen het NIVEL, omwille van de uitwisselbaarheid met andere onderzoeksinstituten en omwille van een redelijke prijs. In een Amerikaans onderzoek waarbij 79 data-base systemen, waaronder ook directe concurrenten worden vergeleken, komt SIR er uit als het beste systeem. Tenslotte is de beschikbaarheid van hogere programmeertaal nuttig. Naast SPSS en SIR kan de beschikbaarheid van hogere programmataal nuttig zijn. Soms zijn bewerkingen met een hogere programmeertaal veel simpeler te realiseren dan met een data-base pakket. Fortran lijkt hiervoor een goede keus. De taal is binnen het NIVEL in gebruik en SIR heeft een interface met Fortran. Het is dus mogelijk met Fortran gegevens uit de data-base te lezen. Daarnaast werd geadviseerd om ook over Pascal te beschikken, een meer moderne en soms gemakkelijker bruikbare taal. Ook aan de hard-ware dienen een aantal eisen gesteld te worden. De minimum benodigde opslagcapaciteit is 700 MB, waarvan 600 MB voor

de data-base zelf en 100 MB voor het operating systeem en de programmapaketten.

Het is raadzaam om de benodigde geheugencapaciteit op 8 MB te stellen, vooral omdat bij gebrek aan geheugenruimte de verwerkingssnelheid danig terugloopt, omdat het werk met data-bases en deels ook het werk met SPSS zeer intensief is, en omdat de kosten van centraal geheugen tegenwoordig laag zijn.

Het data-base werk en de statistische analyses vereisen veel processtijd. Deze moet voldoende krachtig zijn om dit werk met voldoende snelle respons aan te kunnen. Voor het werken met SPSS is een floating processor, ter verhoging van de rekensnelheid, noodzakelijk.

Aangezien er ook gegevens aan andere onderzoeksinstellingen geleverd moeten worden en er een opslag-medium nodig is voor backing-up zal een magneetbandeenheid nodig zijn, die standaard ANSI-labeled en unlabeled tapes kan leveren. Dit kan een eenvoudige 1600 bpi tape unit zijn.

Verder zijn vijf terminals nodig, waarvan één grafische. Er moet aansluiting van een PC mogelijk zijn.

Wat de printcapaciteit betreft is de aanschaf van een laserprinter nodig, gecombineerd met een hardcopymogelijkheid, voor kwaliteitsprintwerk. Een matrixprinter kan zijn diensten bewijzen bij het uitdraaien van gegevens op kettlingformulieren. Deze twee printers samen leveren voldoende printcapaciteit voor een redelijke prijs.

3.6.1. De systeemkeuze

De keuze tussen een eigen systeem of werken op het ACCU zal voornamelijk gebaseerd zijn op overwegingen in verband met de kosten, de verwerkingssnelheid en de beschikbaarheid. Hierover zijn gesprekken aan de gang tussen NIVEL en ACCU, die eind augustus 1986 afgerond zullen worden.

3.7. De organisatie van het veldwerk

Zoals al gezegd wordt de zaak minder decentraal van opzet: de standaard-structuur zal zijn dat de veldwerkers de gegevens in de praktijk controleren, maar ze niet ter plekke invoeren. Dit gebeurt of De kwaliteit van de gegevensinvoer is het hoogst bij centrale invoer door de veldwerkers van hun eigen praktijken.

De fasering van het project is als volgt:

- 1-7-86 - 1-10-86 : tussenfase, dat wil zeggen voorbereidingen, exclusief organisatie veldwerk, contracten, registratie- en codeursinstructies, aanpassen programmatuur
(of 1-11)
- 1-10-86 : officiële start project
- 1-10-86 - 1-4-87 : voorbereiding inclusief veldwerk - training veldwerkers. Instructie artsen, programmering database, programmering terugrapportage huisartsen, aanschaf apparatuur, organisatie patiënteninterviews, drukwerkformulieren
- 1-4-87 - 1-4-88 : dataverzameling in vier groepen van drie maanden
- 1-4-88 - 1-4-90 : afwikkeling dataverzameling, analyse en rapportages van de deelprojecten

De totale duur van het project (inclusief haalbaarheidsstudie en tussenfase) bedraagt 4 1/2 jaar.

3.8. De kwaliteit van gegevens

Een van de belangrijkste facetten binnen deze groots opgezette studie geldt de aard en de kwaliteit van de gegevens. Het eerste is vooral een zorg vooraf, van belang tijdens de opzet van de studie, waarbij de wensen vanuit de diverse deelprojecten, ingepast moeten worden in de methode van materiaalverzameling.

De kwaliteit van de gegevens is echter een voortdurende zorg: vooral het ontwikkelen van methoden van kwaliteitscontrole, die tijdens de verzameling gebruikt worden. De controle van de kwaliteit van de gegevens is gebaseerd op:

1. betrouwbaarheid, dat wil zeggen leveren herhaalde metingen hetzelfde resultaat?
2. geldigheid, dat wil zeggen meten we, wat we willen meten?
Voor genoemde controles zijn nodig om het hoofd te bieden aan meetfouten, die optreden bij zowel degene die meet, als degene die gemeten wordt, of die het gevolg zijn van de te gebruiken meetinstrumenten. Deze meetfouten kunnen toevallig of systematisch zijn. De vraagstukken, die op dit terrein in onze studie spelen worden behandeld voor de codeurs (de 'meters'), de huisartsen.
3. de codeurs/veldwerkers: aangezien zij een cruciale rol spelen in de materiaalverzameling moeten we uitvoerig stilstaan bij een controle op hun werk.

Van belang is zowel variatie die optreedt binnen één persoon (meet hij of zij altijd dezelfde waarde/zijn er copieerfouten) of die optreedt tussen personen.

Tijdens de haalbaarheidsstudie zijn hiervoor door de veldwerkorganisator classificatie-uniformiteitstesten voorgelegd aan de codeurs: uit deze testen kwam een classificatie-uniformiteit van meer dan 80% voor de ICPC en juist onder de 70% voor de ICD9CM uit. Gezien de beperkte training een niet slecht resultaat.

Het teruglezen van in de computer ingevoerde gegevens, naar wat oorspronkelijk bedoeld was door de huisarts is eveneens verricht: hieruit kwamen vooral de episode-constructieproblemen naar voren (zie 1.2).

4. de huisartsen: als subject staan ze ook bloot aan meetvariatie, waarbij werkervaring, attitudes en kennis een rol spelen. Daarnaast zijn ook factoren als seizoensfluctuatie, plaats van vestiging en soort praktijk in het geding. Training van huisartsen in zo gericht mogelijk registreren en standaardisatie van werkcondities zijn van onze kant de belangrijkste zaken geweest. Dit moet nog uitgebreider gebeuren. Het door alle registrerende huisartsen laten diagnosticeren van identieke 'papieren' patiënten is daarbij een hulpmiddel, een ander is het maken van consistentie- en volledigheidchecks van de contactregistratie door de codeurs, beiden uitgevoerd tijdens de haalbaarheidsstudie. Daarnaast moeten we ons er bewust van zijn, dat er tussen codeurs en huisartsen ook interacties plaatsvinden, die de kwaliteit van de gegevens kunnen aantasten.

Het is van het grootste belang deze op te sporen en dit creatief aan te pakken (bijvoorbeeld door twee codeurs materiaal van één en dezelfde huisarts te laten coderen of door eenmalig codeurwisseling per huisarts door te voeren).

5. de meetinstrumenten: daar wij verschillende meetinstrumenten gebruiken is het van belang deze zo op te stellen dat we daarmee optimale gegevens ontvangen. Daarbij is het van belang de doelstellingen van de diverse meetinstrumenten en de variabelen daarin te definiëren, ze vergelijkbaar met elkaar maken en te valideren, hetgeen in gesprekken met registrerende huisartsen, codeurs en adviseurs is gebeurd. Per meetinstrument is gekeken naar de constructie, naar de lengte (van de enquête/registratieformulier), het verwijderen van ondubbelzinnigheden, eenvoudig taalgebruik en de tijdsbelasting. Elk item cq vraag is door de veldwerkorganisator als zodanig bekeken, en zal zonodig aangepast worden.

Tot slot moeten duidelijke, simpel gestelde en expliciete instructies worden geproduceerd.

3.9. Verstrekking gegevens aan huisartsen

Eén van de aantrekkelijke punten van dit project is dat de registrerende huisartsen de door hen geleverde gegevens teruggekoppeld krijgen in de vorm van overzichten van ziekte-episoden/patiëntengegevens/morbiditeitsgegevens etc. zijn deze aan de huisartsen participierend in de haalbaarheidsstudie, uitgereikt. Tijdens de Nationale Studie zal regelmatig terugkoppeling van informatie plaatsvinden; in ieder geval binnen drie maanden na de registratieperiode.

3.10. Besluit

De haalbaarheidsstudie heeft een aantal belangrijke gegevens opgeleverd, bijvoorbeeld over de tijd die huisartsen en assistentes kwijt zijn met het verstrekken van de informatie. Problemen deden zich voor bij de volgende onderdelen:

- het tijdstip van registratie (het lukte niet tijdens of na de consulten);
- de volledigheid en consistentie van de gegevens (meer tijd voor instructie van de artsen uittrekken inclusief proefregistratie en een vaste afspraak voor het doorlopen van de formulieren met de codeur);
- het verkrijgen van een beperkte hoeveelheid achtergrondinformatie van alle patiënten;
- de invoer van de gegevens ter plaatse (toch beter op één of enkele plaatsen invoeren);
- de constructie van episoden (betere training codeurs, aanpassen programma, grotere assertiviteit; huisarts durven lastig te vallen, goede afspraken vooraf en selectie van codeurs met medische kennis).

De bereidheid tot medewerking van de artsen is goed te noemen - het wordt waarschijnlijk mogelijk om de groep aselekt te kiezen en zo tot generaliseerbare informatie te komen. Patiëntenenquêtes geven geen noemenswaardige problemen; wel is gekozen voor mondelinge interviews. Het aantrekken van codeurs met medische achtergrond (basis-artsen, fysiotherapeuten, doktersassistenten of dokterspartners) is noodzakelijk gebleken.

Meer tijd moet worden uitgetrokken voor training en instructie van huisartsen, maar vooral van de codeurs.

Op het gebied van apparatuur en programmatuur is de keuze voor de personal computer gemaakt: een belangrijk keuzeprobleem doet zich nog voor bij het centrale systeem, zowel wat betreft de plaats (eigen systeem of ACCU (Academisch Computer Centrum Utrecht) als de apparatuur zelf - zij het dat de specificaties gereed zijn inclusief de keuze voor de aard van het database.

Literatuur

BAKKER, D., V. BROUWER, P. DEBETS, K. VAN DE WIJNAART. Computergebruik in de sociale wetenschappen. Utrecht, Aula, Het Spectrum, 1982

BRINKMAN, J. Onderzoeksmethodologie voor de gezondheidszorg. Begrippen, methoden, interpretatie, grenzen. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1983

CROMBIE, D.L., J. VAN DER ZEE. The feasibility of a national general-practice morbidity and intervention survey in the Netherlands. Report of a symposium (2 december 1982). Utrecht, NHI, 1984

CURFS, M. Overwegingen bij de keuze van een classificatiesysteem ten behoeve van het project "fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg". Utrecht, NIVEL, 1985

LAMBERTS, H. Redenen om naar de huisarts te gaan. Eerste ervaringen met de Reason for encounter classification. Huisarts en Wetenschap 25, 1982, 8, 301-310

MOSER C.A., G. KALTON. Survey Methods in Social Investigation. Aldershot, Gower, 1985

SCHELLEVIS, F. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk. Deel IV: classificatie van morbiditeit in de huisartspraktijk; een vergelijking van de E-lijst met de ICHPPC-2. Utrecht/Nijmegen, NHI/NUHI, 1984

SCHELLEVIS, F., R. SEVERIEN, J. VAN DER ZEE. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk. Deel V: eindrapport. Utrecht/Nijmegen, NHI/NUHI, 1984

SEGERS, J.H.G. Sociologische onderzoeksmethoden. Deel 1. Inleiding tot de structuur van het onderzoeksproces en de methoden van dataverzameling. Assen, Van Gorcum, 1983

SEVERIEN, R., J. VAN DER ZEE. Classificatie en registratie in de huisartspraktijk: De haalbaarheid van het centraal coderen van

- klachten, ziekten en problemen in de huisartspraktijk. Utrecht, NHI, 1984
- STURMANS F., W.G. VAN ARKEL. Epidemiologie en planning van gezondheidszorgvoorzieningen 2. Evaluatie van het diagnostisch proces a en b. Medisch Contact 37, 1982, 20, 610-614 en 22, 670-674
- UNIVERSITY OF AMSTERDAM. International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevant studies, as prepared by the WHO-Working Party on the International Classification of Primary Care. Amsterdam, 1985
- VELDEN, J. VAN DER. Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk Een Nationale Studie. Medisch Contact, 41, 1986,19, 603-606
- WONCA. An International Classification of the Health Problems of Primary Care (ICHPPC-2). Oxford, Oxford University Press, 1979
- WONCA. An International Glossary for Primary Care. Huisarts en Wetenschap, 24, 1981, 8, 341-346
- WORLD HEALTH ORGANISATION. Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Ninth revision 1975. Geneve, WHO, 1978

PATIËNTCODE		DATUM		HUISARTS	
1 PATIËNTGEGEVENS		geboortedatum:		geslacht: man/vrouw	
2 CONTACTGEGEVENS					
avond-/weekenddienst		soort contact:		initiatief tot contact:	
<input type="checkbox"/> avond <input type="checkbox"/> nacht <input type="checkbox"/> zaterdag <input type="checkbox"/> zon- en feestdag		<input type="checkbox"/> vrij spreekuur <input type="checkbox"/> afspraak spreekuur <input type="checkbox"/> consultatiebureau <input type="checkbox"/> zwangerenspreekuur <input type="checkbox"/> tussendor		<input type="checkbox"/> 1 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt <input type="checkbox"/> 2 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt 1 2 <input type="checkbox"/> ouders <input type="checkbox"/> overige, t.w.:	
				aard contact: <input type="checkbox"/> 1-5 minuten <input type="checkbox"/> eerste contact <input type="checkbox"/> 6-10 minuten <input type="checkbox"/> herhaalcontact <input type="checkbox"/> 11-15 minuten <input type="checkbox"/> recidief <input type="checkbox"/> 16-20 minuten <input type="checkbox"/> periodieke contr. <input type="checkbox"/> meer t. jr.	
3 KLACHTEN EN DIAGNOSES/WERKHYPOTHESES			4 DIAGNOSTIEK		
reden(en) voor contact (1)		reden(en) voor contact (2)		in eigen praktijk	
a b c (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothese (1)		a b c (waarschijnlijkheids) diagnose/werkhypothese (2)		1 2 klinische diagnostiek <input type="checkbox"/> hetero anamnese <input type="checkbox"/> algemeen lich. onderz. <input type="checkbox"/> bloeddruk <input type="checkbox"/> gewicht <input type="checkbox"/> keel/neus/oren <input type="checkbox"/> ogen <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> longen <input type="checkbox"/> mammae <input type="checkbox"/> buik <input type="checkbox"/> RT/VT <input type="checkbox"/> ledematen <input type="checkbox"/> wervelkolom <input type="checkbox"/> neurologisch onderzoek <input type="checkbox"/> overig spec. lich. onderz.	
zeker <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> onzeker indien onzeker differentieële diagnose:		zeker <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> onzeker indien onzeker differentieële diagnose:		eiders 1 2 bloed chemie <input type="checkbox"/> suiker <input type="checkbox"/> leverfunctie <input type="checkbox"/> electrolyten <input type="checkbox"/> vetspectrum <input type="checkbox"/> nierfunctie <input type="checkbox"/> overige, t.w.:	
aandoening is levensbedreigend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ernstig + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychosociaal + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		aandoening is levensbedreigend + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ernstig + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychosociaal + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		haematologia/serologie <input type="checkbox"/> Hb/leuco-diff/BSE <input type="checkbox"/> overige, t.w.:	
onderliggende ziekte/probleem <input type="checkbox"/> aandoening bewegingsapparaat <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> cara <input type="checkbox"/> hypertensie <input type="checkbox"/> hart/ vaat lidon <input type="checkbox"/> maligne nieuwvorming		<input type="checkbox"/> psycho-sociale problematiek <input type="checkbox"/> alcoholproblematiek <input type="checkbox"/> drugsproblematiek <input type="checkbox"/> dementie <input type="checkbox"/> zwangerschap (weken) <input type="checkbox"/> operatie <input type="checkbox"/> overige, t.w.		röntgen <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> wervelkolom <input type="checkbox"/> ledematen/gewrichten <input type="checkbox"/> maag/darm/gatblaas/BOZ <input type="checkbox"/> schedel/sinus <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> mammografie <input type="checkbox"/> overige, t.w.	
				andere <input type="checkbox"/> e.c.g <input type="checkbox"/> urine (kwEEK) <input type="checkbox"/> laeces (week) <input type="checkbox"/> cytologie cervix/sputum/urine <input type="checkbox"/> echoscopie (incl. zwangerschap) <input type="checkbox"/> endoscopie <input type="checkbox"/> overige, t.w.	
				reden van diagnostiek <input type="checkbox"/> ontdekking pathologie	
				vervolg reden van diagnostiek <input type="checkbox"/> controle <input type="checkbox"/> screening risicogroep <input type="checkbox"/> geruststelling	
5 BEHANDELING			6 PRESCRIPTIE		
soort				1 2 middel	
<input type="checkbox"/> sociaal bezoek <input type="checkbox"/> keuring <input type="checkbox"/> nazorg <input type="checkbox"/> administratief <input type="checkbox"/> overige, t.w.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> even aankijken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medicatie zonder recept <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> huismiddeltjes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> injectie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oor uitspuren <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wondverzorging		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoeveelheid dosis per dag <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept	
aard				hoeveelheid	
<input type="checkbox"/> gesprek <input type="checkbox"/> passief/lusterend <input type="checkbox"/> actief/explorerend <input type="checkbox"/> geruststellen <input type="checkbox"/> voorlichting <input type="checkbox"/> over klacht(en)/ziekte <input type="checkbox"/> over behandeling/medicatie verwijzen/operatie/dieet <input type="checkbox"/> algemene gezondheidsvoorlichting/opvoeding		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zwachtelen/tapen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kleine chirurgie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vloeibare stikstof <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IUD		dosis per dag <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept	
		vaccinatie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> letanus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> grip <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoekoorst <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overige, t.w.		1 2 middel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoeveelheid dosis per dag <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept	
				1 2 middel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoeveelheid dosis per dag <input type="checkbox"/> nieuw <input type="checkbox"/> herhaalrecept	
7 VERWIJZING (INCL. OPNAME)			8 OVERLEG N.A.V. CONTACT		
1 2		1 2		1 2	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> medisch specialisme <input type="checkbox"/> extramuraal <input type="checkbox"/> zelfstandig gevestigd <input type="checkbox"/> RIAGG <input type="checkbox"/> polikliniek <input type="checkbox"/> eiders <input type="checkbox"/> intramuraal (opname)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> fysiotherapie behandelingsvoorstel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee aantal behandelingssoorten eerder fysiotherapie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee voor zelfde diagnose? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> wijkverpleging <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maatschappelijk werk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gezinsverzorging <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psycholoog <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diëtiste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alternatieve genezers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overige, t.w.	
<input type="checkbox"/> patiënt is al onder behandeling van		1		2	
soort verwijzing		doel verwijzing		initiatief tot verwijzen	
1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nieuwe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overlegpings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> achteraf 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> refractieve verwijzing		1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diagnose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> behandeling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diagn. en behand. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geruststelling		1 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt 2 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere hulp t.w. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ouders	
				Met wie doel: 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consultatie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> regeling thuiszorg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> familie/mantelzorg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> professionele zorg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> regeling verpleeg c.q. opname <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overig overleg t.w.	
9 VERVOLG AFSPRAKEN					
soort afspraak		doel afspraak		initiatief tot afspraak	
1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> niks afgesproken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoeft niet terug te komen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> terug bij geen verbetering/ bij recidief <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> opbellen over dagen/weeken <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> terugkomen over dagen/weeken/naanden		1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diagnose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> behandeling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diagn. en behand. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geruststelling		1 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt 2 huisarts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> patiënt 1 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> andere hulp t.w. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ouders	

PATIENTGEGEVENS BIJ DE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

ALGEMENE GEGEVENS

woont u alleen met
 of samen met
 - partner
 - kinderen
 - partner en kinderen
 - ouders
 - overig, te weten

woont u in een
 - eengezinswoning
 - flat
 - bovenwoning
 - benedenwoning
 - verzorgingsflat
 - overig, te weten

is het een
 - huurwoning
 - eigen woning

* U wordt verzocht de vragen onder het kopje 'INDIVIDUELE GEGEVENS' ook voor uw huidige noten/familie in te willen en wel in de corresponderende hokjes onder de nrs. 2 en verder.

INDIVIDUELE GEGEVENS

wat is uw geboortedatum

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

wat is uw huidige burgerlijke staat
 - ongehuwd
 - gehuwd
 - gescheiden
 - weduwe(e)(naar)

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

wat is uw beroep
 - zelfstandig/vrij beroep
 - leidinggevende functionaris
 - administratief medewerker
 - overige categorie werknemer
 - militaire dienst
 - scholier/student
 - huisvrouw/man
 - pensioen/wit
 - zonder werk
 - WAO
 - anders, te weten

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

hoeveel uren per week doet u betaald werk

tot welke bevolkingsgroep behoort u
 - nederlandse
 - molukse
 - marokkaanse
 - turkse
 - antilliaanse
 - surinaamse
 - zigeuners
 - woonarbeiders
 - overig, te weten

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

wat is uw hoogst genoten opleiding
 - (nog) geen
 - lager onderwijs
 - middelb. onderwijs
 - hoger onderwijs

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw

dag maand jaar
 - man
 - vrouw