



NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

108901

EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK

augustus 1984

J. v.d. Zee

191.472 2

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUGO STRASSER INSTITUUT
6. STADUS 612-3201 VA UIRBCHT

1. SAMENVATTING EN KORTE INHOUD VAN DE STUDIE

Samenvatting

Uit Nederlandse huisartspraktijken komt, mede door de abonnementsgewijze honorering van de huisarts slechts dáár informatie tevoorschijn waar de huisartspraktijk grenst aan delen van de gezondheidszorg, die op verrichtingenbasis worden gehonoreerd (b.v. verwijskaarten, machtigingen fysiotherapie, machtigingen AGGZ³). Gegeven de belangrijke maatregelen op het gebied van de terugdringing van de tweedelijnszorg (ziekenhuis budgettering, beddenreductie, degressieve tarieven specialisten), de wijziging van het ziekenfondsstelsel, de mogelijke beperkingen van het ziekenfondspakket en de bijbetaling door verzekerden van tot nu toe in natura verstrekte zorg, is het van belang om te weten of de eerstelijnszorg (en dan vooral de zorg van de huisarts) in staat is om deze verschuivingen op te vangen, zonder substantieel verlies van kwaliteit.

De voorgenomen en reeds ingezette beleidswijzigingen roepen een aantal vragen op, deels ter voorbereiding van het nemen van de maatregelen en deels ter evaluatie ervan. Zijn de voorgenomen doelen bereikt, hebben ze geen onbedoelde gevolgen, is het een overall of een gedifferentieerd effect etc?

Ter verantwoording van dergelijke beleidsvragen is materiaalverzameling in huisartspraktijken nodig. Het verzamelen van gegevens uit huisartspraktijken op voldoende grote schaal om concrete beleidsvragen te beantwoorden vergt dusdanige investeringen en organisatie, dat het de moeite waard is om voor een aantal concrete vragen tezamen de informatie-behoefte te bundelen in een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

De belangrijkste beleidsvragen hebben betrekking op het beheersen van de via de huisartspraktijk gegenereerde zorg in andere delen van de gezondheidszorg (verwijzingen, ziekenhuisopnamen, fysiotherapie, geneesmiddelen, machtigingen AGGZ) en op de verschuiving van professionele zorg naar, zoals dat met een lelijke term heet: zelf- en mantelzorg.

Een van de middelen daartoe is het bevorderen van samenhang tussen de delen van de gezondheidszorg en het stimuleren van samenwerking (mono- en multidisciplinair) binnen de eerstelijnszorg. Een andere methode zou kunnen zijn het door middel van honorariumprikkelers stimuleren van een groter aandeel van de huisarts in het totale zorgpakket.

Op de volgende terreinen worden in de voorgestelde nationale studie beleidsvragen beantwoord:

- Verwijzingen naar medische specialisten (budgettering, vervanging verwijs- en herhaalkaart door advies en behandelkaart)
- machtigingen fysiotherapie (variatie binnen huisartspraktijken)
- verschuiving professionele zorg naar zelf- en mantelzorg
- overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium of gemengd abonnements/verrichtingensysteem in de huisartspraktijk
- meerwaarde van samenwerking
- voorschrijven van geneesmiddelen
- nazorg van ziekenhuispatiënten
- relatie huisarts AGGZ-AMW
- risico groepen in de huisartspraktijk

De eerste vijf thema's vormen (om redenen die in extenso in het onderzoeksvoorstel staan vermeld) de kern van het projectvoorstel; de laatste vier betreffen neven-voorstellen.

Voor al deze projecten tezamen wordt door middel van registratie in een negentigtal praktijken, die een landelijk representatief beeld opleveren, aangevuld met een aantal praktijken, nodig om ook de vraag naar de 'meerwaarde van samenwerking' te kunnen beantwoorden, materiaal verzameld dat de beleids- en onderzoeksvragen kan beantwoorden.

Dit registratiemateriaal (gegevens over patiënten, contacten, ziekten, klachten en problemen en verrichtingen in de huisartspraktijk) wordt aangevuld met gegevens over taakopvatting, taakuitoefening, samenwerking etc. die door middel van interviews en observatie worden vastgesteld.

Met de deelnemende huisartspraktijken moet contractueel worden geregeld dat ook achteraf aanvullende informatie kan worden verzameld.

Gegeven de omvang van de materiaalverzamelingsoperatie is voor 1985 een voorbereidende fase uitgewerkt, waarin de nu geraamde hoeveelheid mankracht en middelen exact kan worden gecalculeerd en bovendien kan worden vastgesteld of op voldoende schaal medewerking kan worden verkregen. Het ligt in de bedoeling om ook het NHI-peilstationsnet in het project op te nemen.

De kosten voor 1985 worden begroot op 560.000 gulden voor de voorbereiding en 290.000 gulden voor de eerste materiaalverzameling als het project doorgang vindt. De totale kosten van het 5 jaar durende project worden geraamd op ongeveer 10 miljoen gulden. Een aanzienlijk bedrag dat, echter vergeleken met de tientallen miljoenen die jaarlijks met de ziekenhuisinformatica zijn gemoeid** en gegeven de

*deze aanvulling valt te begrijpen als men bedenkt dat in 90 'representatieve' praktijken niet meer dan één of twee gezondheidscentra zullen voorkomen

**alleen al het budget SIG en SMR bedraagt in 1984 ca. 15 miljoen gulden.

nauwe samenhang tussen beleidsvragen en te verzamelen onderzoeksmateriaal, naar verhouding bescheiden genoemd mag worden.

Korte inhoud

De opzet van een nationaal onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk vormt het onderwerp van dit voorstel.

De complexiteit en grootschaligheid van een dergelijke onderneming vergt echter een gefaseerde aanpak, waarvan de eerste stadia: een schets van het globale voorstel, de uitwerking van een proefproject en een overzicht van verdere ondernemens in dit voorstel worden beschreven.

De inhoud van het hiervolgende voorstel luidt als volgt:

1. Samenvatting
2. Algemene inleiding, waarin het belang van een nationale studie over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg wordt geschetst.
3. Een globale weergave van deze studie.
4. } Een beschrijving van de kern- en nevenprojecten die in de studie
5. } worden uitgevoerd.
6. } Een uitgewerkt plan voor een in 1985 uit te voeren voorbereidende studie en
7. } bijbehorende begroting.
8. (Als bijlagen) Een verantwoording van de steekproefgrootte (bijlage I) en een op basis van onze huidige kennis zo ver mogelijk uitgewerkt voorstel en kostenraming (bijlage II).

2. INLEIDING: HET ALGEMENE BELEIDSKADER

Het beleid in de gezondheidszorg van het afgelopen decennium kan men heel globaal als volgt karakteriseren:

- Afremmen van de schijnbaar autonome groei van de (kosten van de) gezondheidszorg door het voeren van een zogenaamd 'volumebeleid' (het aan wettelijke regels en vergunningen binden van uitbreiding van capaciteit), door het leggen van drempels aan de zijde van de consument en het dusdanig aanpassen van de honoreringsstructuur van hulpverleners dat excessieve frequenties van verrichtingen tot het verleden behoren.
- Bevorderen van de coördinatie, samenwerking en samenhang in de gezondheidszorg, opdat dubbel werk zoveel mogelijk voorkomen wordt en het werk dáár wordt gedaan waar het het meest doelmatig, dat wil zeggen met optimale afweging van kwaliteit en kosten, kan worden verricht.
- Het verschuiven van het accent van residentiële zorg naar thuiszorg, van specialistische (top)zorg naar zorg van een meer generalistisch karakter en van professionele zorg naar zelfzorg en zorg verleend door iemands directe omgeving. Ook het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid, gegeven de (beperkte) mogelijkheden waarover mensen beschikken, kan men als beleidsvoornemen en als concreet beleid duidelijk herkennen.

In sommige beleidsstukken ('Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen') staat het aspect van de zelf- en mantelzorg centraal; in een andere nota ('Samenhangende zorgstructuur') geeft een begrip als 'casusgerichte coördinatie' aan, dat hier het accent op samenhang en structuur ligt en in de nota 'Eerstelijnszorg' wordt (onder meer) aangegeven dat door nauwe samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundige en gezinsverzorging de steeds toenemende groep van chronisch zieken, bejaarden en gehandicapten sterker nog dan voorheen in hun thuissituatie verpleegd en verzorgd kan worden. Qua urgentie heeft het 'terugdringen van de groei van de tweedelijnszorg' prioriteit. Het effect van dit beleid op het beroep dat op de eerstelijnszorg wordt gedaan is een punt van voortdurende aandacht voor beleidsmakers.

Versterking van de opvangmogelijkheden van de eerste lijn

Binnen dit algemene beleidskader vormt de 'versterking van de eerstelijns (gezondheids)zorg' een vast thema. In het algemeen bedoelt men met deze versterking een versterking van de opvangmogelijkheden en de capaciteit tot

hulpverlening van de eerste lijn. Een volumegroei van het kruiswerk, het mitigeren van de beperkingen die de gezinszorg waren opgelegd en het versterken van de positie van de huisarts, zijn de middelen waarmee men de eerstelijnszorg beter opgewassen wil maken tegen de 'opwaartse druk' in de gezondheidszorg. De positie van de huisarts als sleutelfiguur in de gezondheidszorg is hierbij van groot belang. Deze hulpverlener heeft immers (in principe) de mogelijkheden om selectief gebruik te (laten) maken van zorg die (in Nederland) niet rechtstreeks toegankelijk is. Bij dat laatste type zorg denkt men meestal aan medisch/specialistische zorg, zowel uit kosten oogpunt als uit oogpunt van samenhang van zorg een uiterst relevante categorie, maar er valt meer onder. Het voorschrijven van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen, het verstrekken van hulp door een fysiotherapeut of andere paramedische beroepsbeoefenaars, zijn alle vormen van hulp waarvan het initiatief soms exclusief in de eerste lijn is gelegen (zoals de specialistische zorg) en soms voor een aanzienlijk deel (R_x geneesmiddelen, fysiotherapie).

Het 'versterken van de eerste lijn' heeft verschillende vormen gekend, enerzijds betreft het een stimulerend beleid (volumegroei kruiswerk, verlaging 'kostenknik', daling omvang normpraktijk, stimulering gezondheidscentra), anderzijds een beleid dat ervoor zorgdraagt dat de ELGZ betrekkelijk ongeschonden de bezuinigingsslag doorstaat, gecombineerd met pogingen om het gedrag van patiënten (eigen bijdrage) en hulpverleners (budgettering) in gewenste zin te beïnvloeden.

Daarnaast noodzaken de gevolgen van de restricties die de tweedelijnszorg worden opgelegd een aanpassing van de capaciteit van de eerstelijnszorg. Dit is waarschijnlijk als de belangrijkste vorm van versterking te beschouwen.

Kritische geluiden

Bij het streven naar een 'beheersbare gezondheidszorg met behoud van kwaliteit' zijn in feite kaarten gezet op de versterking van de eerste lijn. Dat legt een zware claim op de eerste lijn, die voor een deel nog bewezen moet worden. Hoewel de versterking van de eerste lijn de officiële beleidslijn is van een groot aantal beleidsinstanties in de gezondheidszorg in Nederland -en ook daarbuiten (WHO)- worden hier en daar ook kritische geluiden gehoord.

Die geluiden hebben enerzijds te maken met de vraag of het gevoerde beleid wel de gewenste of verwachte effecten heeft en anderzijds met de vraag of de eerste lijn wel voldoende geëquipeerd is om de verzwaarde taak adequaat te kunnen vervullen.

Er zijn lichtpunten: gezondheidscentra (een expliciet beleidsstreven van de laatste jaren) blijken minder patiënten naar de tweede lijn te sturen dan solistisch werkende huisartsen (Wijkkel, 1983), maar zelfs bij een dergelijk gegeven komt duidelijk de vraag naar voren wat de betekenis ervan is. Komt dat door de samenwerking onder-één-dak of betreft het een bijzondere selectie van artsen of patiënten? In dat laatste geval zou een stimulerend beleid om huisartsen in Nederland geleidelijk aan onder te brengen in gezondheidscentra, niet de gewenste en verwachte effecten met zich meebrengen.

Een ander beleidspunt -daling van de gemiddelde praktijkgrootte- lijkt zelfs op sommige punten een effect op te leveren dat tegengesteld is aan het beoogde doel. Alleen onder bepaalde condities (bv. gecombineerd met multidisciplinaire samenwerking) lijkt praktijkverkleining niet te leiden tot meer verwijzingen naar de tweede lijn (Wijkkel en Van der Zee, 1984).

Het is daarom niet alleen van belang om te weten of de beoogde beleidsdoel-einden (terugdringen van de tweedelijnszorg, het doelmatiger laten functioneren van de gezondheidszorg) worden bereikt, maar ook of ze geen onbedoelde gevolgen hebben en of bijvoorbeeld de kwaliteit van de verleende zorg in stand blijft.

Het vaststellen van het bovenstaande kan alleen met behulp van gedetailleerde informatie over het functioneren van de gezondheidszorg. Door een serie oorzaken is informatie over het functioneren van huisarts(praktijk)en echter schaars.

Gebrek aan informatie

Het abonnementshonorarium dat de huisarts voor de zorg van zijn ziekenfonds-verzekerden ontvangt, vormt een solide rem op het verkrijgen van informatie uit de huisartspraktijk.

Enerzijds is dat een minder groot nadeel dan het lijkt; uit de sectoren van de gezondheidszorg waar iedere verrichting wordt geregistreerd, blijkt dat een overvloed aan gedetailleerde informatie nauwelijks rendement oplevert. Registratiesystemen voor de specialistische zorg zijn uiterst kostbaar, de toegang tot de informatie is op afdoende wijze afgeschermd en, helaas, nu nèt dat gegeven dat voor het beantwoorden van een acute beleidsvraag nodig is, blijkt bij de opzet van het systeem niet te zijn voorzien.

Een pleidooi voor een alomvattend en continu informatiesysteem voor de eerste-lijnsgezondheidszorg zal in dit projectvoorstel niet worden gehouden.

Wel zal een pleidooi worden gehouden voor het doelgericht (dwz. op basis van

concrete beleidsrelevante onderzoeksvragen) verzamelen van informatie over de hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk.

Over het functioneren van huisartspraktijken zijn nauwelijks generaliseerbare cijfers voorhanden. Bijna 20 jaar geleden heeft de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG (Oliemans) voor het laatst een landelijk representatieve morbiditeitsstudie gehouden (zijn gegevens zijn nu écht niet meer bruikbaar); voor de Continue Morbiditeitsstudie Registratie Peilstations wordt een zeer beperkt aantal ziektebeelden bijgehouden. Onder leiding van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut registreren vier praktijken morbiditeit, maar geen verrichtingen. Elders (Monitoring project (Lamberts), Basisproject Maas-tricht) worden morbiditeits- en verrichtingenonderzoek, zij het eveneens op beperkte schaal, gecombineerd.

Alleen daar waar het werk van de huisarts sectoren raakt waar verrichtingen worden geregistreerd (verwijskaarten, machtingen fysiotherapie, recepten) zijn landelijke gegevens voorhanden. Maar omdat deze primair verzameld zijn voor administratieve doeleinden missen deze gegevens veelal de detaillering of specificering die nodig is voor de beschrijving en verklaring van relevante gebeurtenissen (bv. de patiëntenstromen) in de gezondheidszorg.

Het beeld van de grot van Plato, waar de toeschouwers hun idee van de werkelijkheid ontlenen aan de schaduwen op de wand, dringt zich onwillekeurig op.

Van het werk van de huisarts bestaan slechts schaduwbeelden.

Verzameling van gegevens op basis van beleidsvragen

Gegeven de centrale positie van de huisarts (kerndiscipline, poortwachter voor de hogere echelons, in de woorden van de Ziekenfondsraad, belast met 'casus-gerichte coördinatie') is het noodzakelijk dat de kennis over het functioneren van huisarts(praktijk)en systematisch wordt aangevuld en wordt opgebouwd op terreinen waar in het geheel geen kennis aanwezig is.

Als richtsnoer voor het verzamelen van informatie moet een serie algemene beleidsvragen dienen.

Deze vragen zijn in het voorgaande al aan de orde gekomen en worden hieronder in het kort herhaald:

- Treden de gewenste verschuivingen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en naar mantelzorg en zelfzorg inderdaad op?
- Hebben deze verschuivingen de beoogde gevolgen en geen onbedoelde (mogelijk schadelijke) neveneffecten?
- Hoe kan men de samenhang in de geleverde zorg bevorderen; enerzijds binnen de eerstelijns(gezondheids)zorg en anderzijds tussen EL(G)Z en andere sec-

toren van de gezondheidszorg?

- Hoe kunnen bovenstaande verschuivingen in de richting van een doelmatiger gebruik van voorzieningen van gezondheidszorg met behoud van (of zonder substantieel verlies van) de kwaliteit van deze zorg worden gerealiseerd

Voor een adviesorgaan als de Ziekenfondsraad geldt dat hij voorzover dat binnen zijn taak is gebleven, vooral maatregelen kan treffen in de materiële sfeer ten aanzien van bestaande hulpverleners. Bovendien kan hij de toegang van nieuwe hulpverleners of het vergroten van de capaciteit van bestaande vestigingen aan regels binden.

De onderhandelingspartners (ziekenfondsen, beroepsgroepen) kunnen voorstellen in de prijs- en honorariumsfeer doen die de opvangcapaciteit van de ELGZ vergroten.

Als we even uit gaan van het werk van de huisarts, dan betreft het hier maatregelen die

1. de zuigende werking van op verrichtingenbasis werkende en via de huisarts toegankelijke hulpverleners afremmen.
 - a) Dit kan zowel aan de kant van deze laatstgenoemde hulpverlener -bv. door vervanging van het stelsel van verwijs- en herhaal kaarten door een stelsel van advies- en behandelkaarten of door het creëren van een verrichtingen-onafhankelijk budget (of dienstverband)-systeem in de tweede lijn.
 - b) als aan de zijde van de huisarts (bv. door introductie van een budget of bonus-malus systeem voor de uit te geven verwijskaarten)
2. Maatregelen om het aandeel in het totaal van (verrichtingen in) de gezondheidszorg van de huisarts te bevorderen, bijvoorbeeld door de introductie van een
 - a) gedifferentieerd abonnementshonorarium (maar op grond van welke criteria?)
 - b) een gemengd abonnement-verrichtingensysteem
 - c) het stimuleren van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (hebben ze echter het beoogde effect?)
3. Afremmen van de hulpvraag van patiëntenzijde door
 - a) voor verstrekkingen in natura gedeeltelijke bijbetaling te vragen
 - b) de omvang van het verstrekkingen pakket te beperken
 - c) de verzekeringsvorm voor (groepen) nu krachtens de ZF-wet verzekeren te wijzigen.

Bovenstaande vragen vormen de richtsnoer van een serie onderzoeksvoorstellen op basis van een eenmalige grootscheepse verzameling van geregistreeerde infor-

matie in de huisartspraktijk.

Duidelijk is geworden, dat de serie beleidsvragen mede door hun onderlinge samenhang om een breed opgezette studie vraagt. Immers, niet alleen verwijzingen, maar ook receptuur en machtigingen fysiotherapie zijn onderwerp van onderzoek. Niet alleen informatie over het handelen van huisartsen, maar ook over de problematiek die de patiënten presenteren en de verhouding tussen problemen waarvoor men zelf een oplossing vindt en problemen waarvoor men de hulp van een professional inroept, dient te worden verzameld. Niet alleen dient men te bezien op welke indicaties iemand verwezen wordt, maar ook dient de vraag te worden beantwoord of een dergelijke indicatie als regel tot een verwijzing leidt of dat huisarts en patiënt ruimte voor alternatieven hebben*.

Soms zal men deze informatie nodig hebben voor het *nemen* van op dat moment dringend gewenste maatregelen. In andere gevallen kan men met behulp van dergelijk onderzoek, de maatregelen *evalueren* en eventueel *bijstellen*, beter dan door het bezien van heel ruwe indicaties (zoals het Ziekenfondsverwijspercentage) mogelijk is.

Beleid is (evenals het verzamelen van kennis door middel van wetenschappelijk onderzoek) een procesmatig en continu gebeuren en niet het griffen van een aantal richtlijnen in de moderne equivalentie van de Stenen Tafelen. Onderzoek kan op verschillende momenten in dit beleidsproces een bijdrage leveren aan de rationele besluitvorming rond beleidskeuzen.

*De hele budget-gedachte gaat uit van het vermoeden dat er een behoorlijk omvangrijk gebied is, waar de beleidsruimte wel/niet verwijzen bestaat. Als alle verwijzingen medisch noodzakelijk zouden zijn, zou beïnvloeding niet kunnen plaatsvinden.

3. EEN NATIONALE STUDIE VAN ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Vier vraagstukken staan centraal in het voorgaande:

1. De verbinding van het werk van de huisarts met niet direct toegankelijke (en meestal op verrichtingenbasis werkende) delen van de gezondheidszorg, tot uiting komend in de verwijfskaarten, ziekenhuisopnamen, machtigingen fysiotherapie, R_x geneesmiddelen, machtigingen voor behandelingen in de AGGZ.
2. Verbinding van het bovenstaande met de klachten, ziekten en problemen van de patiënt.
3. Verbinding van deze klachten/problemen waarvoor de hulp van de huisarts wordt ingeroepen met de (gezondheids)problemen die men zelf of met behulp van de naaste sociale omgeving oplost.
4. De invloed van het professionele netwerk van de huisarts (collega's, hulpverleners van andere disciplines) op hetgeen de huisarts zelf afhandelt, terugverwijst naar de patiënt en diens directe omgeving of naar andere, meestal niet rechtstreeks toegankelijke hulpverleners.

Deze vraagstellingen stellen eisen aan de onderzoeksopzet:

- 1e. moet in een voldoende grote en representatieve groep huisarts(praktijk)en niet alleen gegevens over interventies en hun indicaties worden verzameld, maar dient ook te worden bijgehouden voor welke indicaties *niet* wordt verwezen of waarvoor geen machtiging fysiotherapie (of AGGZ) wordt aangevraagd. In dat laatste geval is de zaak overduidelijk: als huisartsen voor alle 'levensproblemen' van enig omvang professionele hulp uit de (A)GGZ of het maatschappelijk werk zouden inroepen, dan zou zelfs een vertienvoudiging van de mankracht in deze sector niet voldoende zijn om deze vergroting van de vraag op te vangen. Nu is dat -zie de Nieuwe Nota Geestelijke Gezondheidszorg van het Ministerie van WVC- ook geheel niet de bedoeling. Wat hier beweerd wordt is, dat men een verwijzing naar andere hulpverleners pas kan beoordelen als men weet hoe van de verschillende indicaties de verhouding zelf behandelen/verwijzen ligt.

Deze eerste eis houdt in dat alle klachten, ziekten en problemen die door patiënten worden aangeboden moeten worden geregistreerd, over een dusdanig lange periode dat ook minder frequent voorkomende zaken (zoals machtigingen fysiotherapie, waarvan een doorsnee huisarts er niet meer dan 2 à 3 per week aanvraagt) in voldoende omvang voorkomen.

2e. Moet er sprake zijn van voldoende variatie aan de kant van huisartsen en praktijken. Dat heeft twee redenen.

Allereerst komen bepaalde belangrijke omstandigheden waaronder huisartsen hun praktijk uitoefenen onevenredig weinig voor. Als men bijvoorbeeld het effect van 'samenwerking' wil bestuderen dan weet men op voorhand dat men in een steekproef van 100 praktijken slechts 2 à 3 gezondheidscentra zal aantreffen. Afhankelijk van de vraagstelling kan men een aanvullende groep praktijken nodig hebben.

Ten tweede treft men in elk onderzoek het verschijnsel 'interdokter- of interpraktijkvariantie' aan: het gegeven dat er -wat men ook onderzoekt in huisartspraktijken- dusdanig grote verschillen tussen artsen en praktijken worden aangetroffen dat men er niet omheen kan om deze variaties als afzonderlijk onderwerp te beschouwen, aangezien dit belangrijke aangrijpingspunten voor genuanceerd en gedifferentieerd beleid op kan leveren. Wil men dat met enig kans op succes doen, dan moet men over een voldoende groot aantal praktijken en artsen beschikken om op statistisch verantwoorde wijze deze verschillen te kunnen bestuderen.

3e. Willen we weten voor wel soort klachten en problemen mensen geen beroep doen op de huisarts en of de omvang van deze zelfzorg of van het beroep op naaste omgeving of niet professionele hulp* verandert onder invloed van de genomen consumptie-remmende maatregelen. Ook hier zijn de gevolgen voor de opzet van het onderzoek van belang, men dient op grote schaal patiënten-enquêtes te houden.

De ruwe contouren van een op grote schaal op te zetten praktijkstudie -te vergelijken met de Engelse** National Morbidity Surveys, maar uitgebreid met een studie naar verrichtingen (interventies) in de huisartspraktijk- zijn in het voorgaande beschreven.

Vooraf het beleidskader, waarbinnen de studie (willen de verschaftte gelden goed besteed zijn) in grote lijnen dient te blijven, hebben we geprobeerd te beschrijven. Meer in detail zullen de hier en daar reeds aangekondigde studies in de volgende paragrafen worden beschreven. Technische details vindt men in een uitgebreide bijlage evenals een gedetailleerde verantwoording van de voorzienbare kosten.

Met een concreet onderzoeksvoorstel betreffende een voorbereidende studie en bijbehorende begroting voor 1985 wordt deze notitie afgerond.

* of niet reguliere professionele ('alternatieve') hulp.

** Men zit in Engeland met precies dezelfde problemen als in Nederland. Met de unieke combinatie van volkstellingsgegevens en gegevens over het beroep op de diensten van de huisarts, heeft men in Engeland een interessant voorbeeld.

Van beleids- naar onderzoeksvragen

Tot nu toe hebben we ons vooral bezig gehouden met de belangrijkste beleidsvragen op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg en met de vraag welke maatregelen in de sfeer van honorering, consumptiebeperking, budgettering, sturing en contrôle (in grote lijnen het beleidsterrein van de ZFR) de verschuiving van hogere naar lagere echelons in de verleende zorg kan bevorderen. Met nadruk moet worden vermeld dat ons onderzoek het functioneren van de *huisarts*(praktijk) als onderwerp heeft. Het motief hiervoor is dat in het nederlandse gezondheidszorgsysteem de huisarts een sleutelpositie inneemt omdat hij de toegang tot de andere sectoren van de gezondheidszorg beheert en deze centrale positie hem ook nadrukkelijk wordt toebedeeld.

Dit neemt niet weg dat er óók beleidsrelevant onderzoek in de overige sectoren van de gezondheidszorg zou kunnen en moeten plaatsvinden om de verdere gang van patiënten door gezondheidszorg in beeld te kunnen brengen. Echter in dit project blijft het focus de hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk; dit geeft (naast de mogelijkheden) tevens de grenzen aan van de beleidsvragen die met behulp van dit onderzoek kunnen worden beantwoord.

Huisarts en andere sectoren van zorg

Gesteld is al dat er beleidsvragen op het gebied van de relatie van de huisarts (praktijk) met andere sectoren van zorg (inclusief de eigen zorg van de patiënt en diens naaste omgeving) het meest concreet in onderzoeksvragen te vertalen zijn.

Projecten die daarop betrekking hebben, noemen we *kernprojecten* in ons voorstel. Het betreft hier onderzoek naar:

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Verwijzen in de huisartspraktijk (project K1) | } | relatie met op ver-
richtingenbasis
werkende zorg |
| 2. Het voorschrijven van fysiotherapie
in de huisartspraktijk (project K2) | | |
| 3. Zelfzorg, mantelzorg versus professionele zorg
(project K3) | - | relatie met hulpvraag |

Het voorschrijven van R_x (uitsluitend op recept te verkrijgen) geneesmiddelen zou ook in het rijtje passen, ware het niet dat op dit gebied lopend onderzoek reeds wordt gesubsidiëerd. Dit neemt niet weg dat over 'voorschrijven' in onze onderzoeksopzet (die immers een registratie van *alle* (meetbare) interventies in de huisartspraktijk omvat) een groot aantal gegevens wordt verzameld die de

reeds verzamelde informatie goed kunnen aanvullen (dit project wordt beschreven als nevenproject N1).

Een vijfde onderzoek dat in deze sector thuishoort en vanuit de huisartspraktijk kan worden bestudeerd, betreft een studie rond opname in en ontslag uit het ziekenhuis en da na het ontslag benodigde zorg. Niet dat hier aan de huisarts centrale coördinerende taken worden toegedacht (een deel van de communicatie over nazorg speelt zich rechtstreeks af tussen ziekenhuisverpleging en wijkverpleging), maar algemeen erkend is, dat de rol van de huisarts bij opname in en ontslag uit het ziekenhuis zeker nog mogelijkheden tot versterking biedt (zie de voorbeeldstudies van De Melker, 1973). Dit project wordt beschreven als nevenproject N2. Tenslotte is het van belang om de relatie tussen de huisarts en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk goed te bestuderen. De scheve verhouding tussen de in de eerstelijns aangetroffen levensproblematiek en de mate waarin een beroep op professionele hulp in de psychosociale sfeer wordt gedaan vraagt om nader onderzoek.

Versterking van de hulpmogelijkheden van de eerste lijn

Een tweede serie beleids- en onderzoeksvragen heeft betrekking op het stimuleren en versterken van de mogelijkheden van de huisarts.

Twee kernvraagstukken zijn hierbij te formuleren:

Ten eerste kan men in de honorariumsfeer stimuli aanbrengen om een deel van de elders geleverde zorg weer terug te brengen bij de huisarts.

Uitgaande van het huidige abonnementssysteem is de meest voor de hand liggende wijze het verlagen van de 'normpraktijk', dan wel het verschuiven van de kostenknik. Dat heeft de afgelopen jaren plaatsgevonden, echter (zeggen wij als onderzoekers) zonder dat duidelijk bekend is en was hoe nu omvang en samenstelling van de huisarts(ziekenfonds)praktijk precies in verband staan met de verhouding tussen de hoeveelheid zorg die door de huisarts zelf wordt verricht en de zorg die hij in (bijvoorbeeld meer gespecialiseerde) sectoren laat verrichten. Kijkt men buiten het huidige abonnementstarief, dan kan men in een onderzoek dat als titel "Overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium" * kan hebben (project K4), uitzoeken welke patiëntengroepen meer en minder werkbelasting met zich meebrengen en anderzijds, omdat ook een breed scala van al dan niet met of zonder eigen risico voor huisartsen-hulp verzekerde particuliere patiënten worden onderzocht, ook al een indicatie krijgen welke verzekerings-effecten, gegeven belangrijke factoren als de gezondheidstoestand van de patiënt, men kan verwachten als het huidige ziekenfondspakket wordt verkleind of als bepaalde groepen uit de ziekenfondssfeer worden gehaald. Het feit dat dit onder-

* of voor een gemengd abonnements/verrichtingentarief

zoek in de *huisartspraktijk* wordt verricht, onderscheidt het van reeds af-gesloten onderzoek op dit gebied, waar immers hetzij alleen van enquête-materiaal, hetzij van declaraties bij particuliere verzekeraars is uitgegaan. We kunnen hier dan ook van een kernvraagstuk spreken.

Dit is één manier om het aandeel van de huisarts van te leveren zorg te ver-groten.

Het tweede type maatregelen kan men karakteriseren als het bevorderen van *samenwerking* en *samenhang* in de geleverde zorg.

Bij samenwerking staat enerzijds de gedachte 'samen sterk' voorop (het bieden van mogelijkheden tot intercollegiale consultatie ter reductie van de altijd in volle omvang aanwezige basisonzekerheid van het medische beroep), ander-zijds het aanvullende karakter van verschillende benaderingswijzen (vooral bij multidisciplinaire samenwerking zou uit de 'ontmoeting' van 'medisch' en 'sociaal model' een minder eenzijdige aanpak van dikwijls tamelijk diffuse pro-blematiek moeten volgen).

De potentialis van de laatste zin wijst er al op dat er twijfels bestaan over de vraag of dat proces nu wel volgens verwachting verloopt.

In opdracht van de Ziekenfondsraad wordt door het NHI een onderzoek verricht naar de vraag of inderdaad multidisciplinaire samenwerking-binnen-de-eerste-lijn leidt tot reductie van zorg in de tweede lijn en, indien dit het geval is, of zulk een effect inderdaad aan samenwerking is toe te schrijven.

Het betreffende onderzoek (Samenwerken en Verwijzen, zie Wijkkel 1983-84) wordt echter belemmerd door de noodzaak om op veel grotere schaal dan was voorzien, informatie te verzamelen over het probleem aanbod in huisartspraktijken en de door (in verschillende vorm en mate samenwerkende) huisartsen verrichte hande-lingen. Daarom is in de tweede fase van dit onderzoek gekozen voor een explora-tieve studie op basis van een beperkt aantal casus, mede ter voorbereiding van een eventuele grootschalige praktijkstudie.

In de hier geschetste praktijkstudie zou -mits voldoende samenwerkingsverbanden in het onderzoek zijn opgenomen- ook op de vraag naar de *meerwaarde van samen-werking* de reeds gevonden antwoorden (en niet te vergeten, de daar weer uit voortvloeiende vragen) kunnen worden aangevuld en nieuwe (zowel vollediger als meer representatieve) antwoorden worden gegeven (project K5).

Ook hier is onzes inziens sprake van een *kernproject*.

Kern- en nevenprojecten

In het voorafgaande is gesproken over kernprojecten en nevenprojecten.

Kernprojecten hebben betrekking op centrale beleidsvragen, waarop door middel van de voorgenomen praktijkstudie een beter of vollediger antwoord kan worden gegeven door andersoortige of beperkter opgezet onderzoek.

Deze kernprojecten zijn:

project K1 : Verwijzen

project K2 : Fysiotherapie

project K3 : Zelfzorg en mantelzorg versus professionele zorg

project K4 : Overwegingen bij een gedifferentieerd honorarium

project K5 : De meerwaarde van samenwerking

De kernprojecten bepalen de opzet van de studie en wel zodanig dat met behulp van dit onderzoek deze vragen in ieder geval beantwoord kunnen worden.

De samenstelling van de groep deelnemende praktijken, de omvang van de groep en de te verzamelen gegevens worden door de kernprojecten bepaald.

Naast de kernprojecten is ook een aantal nevenprojecten te voorzien, waarin iets minder centrale vragen kunnen worden beantwoord of waarvoor geldt dat het gekozen type onderzoek (de praktijkstudie) niet optimaal is als onderzoeks-instrument. Voorlopig zijn de volgende nevenprojecten geformuleerd:

project N1 : Voorschrijven geneesmiddelen

project N2 : Opname in, ontslag uit het ziekenhuis en nazorg

project N3 : De relatie tussen huisarts en AGGZ/AMW

project N4 : Bijzondere en risicogroepen in de huisartspraktijk

Tenslotte moet men voor ogen houden, dat de voorgenomen praktijkstudie als 'spin off' een schat aan algemeen onderzoeksmateriaal oplevert, ten behoeve van opleiding van en onderwijs aan huisartsen en andere hulpverleners, als basis voor huisartsgeneeskundig onderzoek, en last but not least: voor de Ziekenfondsraad zelf.

Beheer gegevens

Er dient een regeling te worden ontworpen voor het beheer en de distributie van de gegevens. Wat betreft het gebruik voor wetenschappelijke doeleinden valt te denken aan een soort programmacommissie, bestaande uit gezaghebbende personen uit de huisartsgeneeskunde en het gezondheidszorgonderzoek, die gegevens verstrekken aan instellingen met een wetenschappelijk programma. De gegevens worden verstrekt onder de voorwaarde dat binnen een bepaalde termijn het onder-

zoek met een publicatie wordt afgesloten.

Uiteraard worden privacynormen strikt in acht genomen. De opzet van het project is dusdanig (wij komen daarop nog terug) dat informatie over patiënten slechts in gecodeerde vorm de praktijk verlaat. Herkenbaarheid van huisartspraktijk en hulpverleners zal tot het minimum worden beperkt (stel dat het enige Zeeuwse gezondheidscentrum "Dauwendaele" zou meedoen, dan is anonimiteit niet strikt te garanderen, maar door voorwaarden te stellen in de trant van 'niet herkenbaar in publicaties' is vertrouwelijkheid tot op grote hoogte te verwezelijken).

Het gebruik van de gegevens voor directe beleidsdoeleinden (bijvoorbeeld door de ZFR zelf) zal in het subsidiebesluit nader worden geregeld.

Tot zover deze algemene inlichtingen. In de hiervolgende paragrafen zullen we eerst de algemene opzet van de praktijkstudie beschrijven en vervolgens de al genoemde projecten verder uitwerken, zodat meer dan tot nu toe, duidelijk wordt wat er precies wordt onderzocht en waarvoor men de resultaten kan gebruiken.

Algemene opzet van de praktijkstudie

De grondgedachte van de praktijkstudie is, dat voor elk van de in de vorige paragraaf genoemde onderzoeken voor een kortere of langere periode een veelomvattende verzameling materiaal in een omvangrijke groep huisartspraktijken moet worden vergaard. Zó veelomvattend dat het de moeite loont om de verzameling van deze gegevens te bundelen in één grote materiaalverzamelingscampagne op touw te zetten, die het karakter heeft van een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Een dergelijke studie vereist zowel wat aantallen praktijken betreft als wat betreft aard en omvang van de te registreren gegevens een wat andersoortige opzet dan bijvoorbeeld de Engelse National Morbidity Surveys, die eens per 10 jaar in een 60-tal Engelse huisartspraktijken (225.000 patiënten) worden gehouden en waar de gegevens over de medische consumptie van de patiënten gekoppeld worden aan de gegevens van de Engelse volkstelling (OPCS, 1974, 1979, 1982).

Een interessante uitkomst van de Engelse morbiditeitsstudies is dat er tussen de praktijken en tussen de artsen grote verschillen worden aangetroffen in de vastgestelde morbiditeit, die niet verklaard konden worden door eenvoudige achtergrondkenmerken van de patiënten als leeftijd, geslacht en sociale status. Van der Zee (Crombie en Van der Zee, 1983) pleit ervoor om bij een groter opgezette praktijkstudie van meet af aan uit te gaan van de beginselen

van het zogenaamde gezondheids(zorg)onderzoek en met de volgende zaken rekening te houden:

1. meer gegevens op te nemen over patiënten dan leeftijd, geslacht en (in Nederland) verzekeringsvorm.
2. Voldoende variatie aan de kant van huisartsen en huisartspraktijken te creëren om de interdoktervariantie of interpraktijkvariantie succesvol te kunnen analyseren.
3. Het functioneren van de praktijken zo min mogelijk door registratie te laten beïnvloeden:
 - a. door de deelnemende praktijken adequaat te honoreren;
 - b. door de codering van de registratiegegevens niet ter plaatse door de huisarts zelf te laten verrichten.
4. Bij de registratie vooral veel aandacht te besteden aan datgene wat er met de patiënt tijdens en ná, of tengevolge van het contact gebeurt. De 'outcome' van het contact is voor het gezondheidszorgonderzoek van groot belang, want hiermee worden de relaties bijvoorbeeld met andere delen van de gezondheidszorg gelegd.

- ad 1) Koppeling aan volkstellingsgegevens zoals in Engeland, is in Nederland niet te realiseren. Willen we meer weten over de patiënten (onder andere sociale klasse, ethniciteit, woonomstandigheden etc.) dan is enquêtering een goede methode.
- ad 2) Het aantal praktijken moet zo groot zijn dat statistische analyse op praktijkniveau mogelijk is. Wil men in een multivariate analyse factoren kunnen opsporen die 4% of meer van de variantie verklaren, dan heeft men tenminste 90 praktijken nodig, die als 'basissteekproef' voldoende zijn. Is men geïnteresseerd in een verschijnsel dat weinig voorkomt (vrouwelijke huisartsen, gezondheidscentra), dan zal men gevallen moeten 'bijtrekken'.
- ad 4) Bij het verzamelen van gegevens door middel van de registratiemethode zal men zich moeten beperken tot eenvoudig te identificeren handelingen. Het is immers geen observatie; de huisarts dient een handeling te verrichten, zich van het verrichten van deze handeling bewust te zijn en deze handeling ook nog te noteren. Duidelijke zaken, zoals het verrichten of laten verrichten van laboratoriumonderzoek, het voorschrijven van een recept, het formuleren van een diagnose, het verwijzen van de patiënt of het voorschrijven van fysiotherapie zijn zaken die huisarts-

en goed kunnen registreren. Zaken die als een vloeiende overgang in het consult plaatsvinden (de klinische blik, de routine anamnese, eenvoudig lichamelijk onderzoek en terloops gemaakte opmerking over de noodzaak wat gewicht te verliezen of eens wat minder te roken) zijn zaken die zich niet voor registratie lenen, maar met behulp van een observatiemethode moeten worden onderzocht.

Weliswaar is dit een beperking van de registratiemethode, maar juist gegevens waar in het gezondheidszorgonderzoek behoefte aan is (uitkomstgegevens), voldoen aan de eis van afgrensbaarheid. Naast onderzoek naar de reden van de komst van de patiënt en de ziekten of problemen die hij heeft, is onderzoek naar wat er na het consult gebeurt van groot belang. Hierbij denken wij aan verwijzingen, voorschrijvingen van recepten of fysiotherapie, het terugbestellen van patiënten etc.

Registratieperiode en steekproefomvang

De registratieperiode is gebaseerd op zaken die het minst frequent voorkomen: in ons geval ziekenhuisopnamen (ongeveer 10% per praktijk per jaar - $\pm$ 120 gevallen per half jaar) en machtigingen fysiotherapie (Schellevis (1984) registreert in 10 praktijken niet meer dan 3 nieuwe machtigingen per week) $\pm$ 80 per half jaar.

De omvang van de steekproef wordt bepaald door algemene statistische vereisten: wil men de praktijk als object van studie en als bron van variantie bestuderen, dan heeft men minimaal ongeveer 90 praktijken nodig, die een tot op zekere hoogte representatief* beeld van Nederland geven. Deze landelijke steekproef moet men aanvullen met voldoende gevallen om ook normaal gesproken niet frequent voorkomende praktijkvormen in het onderzoek te betrekken. In ons geval is vooral het onderzoek 'de meerwaarde van samenwerking' van grote invloed op de uiteindelijke omvang van de aan de praktijk studie deelnemende huisartspraktijken.

*Tot op zekere hoogte representatief, want men zal altijd een groep praktijken aantreffen die om wat voor redenen dan ook aan een registratie meedoen; door de artsen te honoreren voor hun medewerking kan men deze selectie uit ideële motivatie enigszins temperen.

Classificatiesystemen

Van belang (bijvoorbeeld voor de -internationale- vergelijkbaarheid van de resultaten) is de keuze van de verschillende classificatiesystemen.

Hiertoe is in de periode 1981-84 door het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) voorbereidend onderzoek verricht: het project Registratie en Classificatie in de huisartspraktijk.

Van de (5-delige) eindrapportage is vooral deel III van belang, getiteld: De haalbaarheid van het centraal coderen van diagnoses in de huisartspraktijk (door R. Severien en J. van der Zee).

Uit deze studie bleek dat het probleem van de keuze van een classificatiesysteem vooral is gelegen in de beperkingen die het door de huisarts zelf classificeren/coderen van morbiditeit met zich meebrengt. Als men (zoals in onze opzet) kiest voor codering buiten de spreekkamers en niet door de huisarts zelf, dan valt het te overwegen om de meest uitgebreide classificatie te kiezen die voorhanden is. Dit is de International Classification of Diseases and causes of death, waarvan alle andere classificaties (E-lijst, ICHPPC-2) zijn afgeleid. In het onderzoek zal moeten worden vastgesteld of het raadplegen van deze classificatie inderdaad binnen de gestelde tijd mogelijk is.

Standaardgegevens

In de registratie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk worden de volgende gegevens 'standaard' verzameld.

- per patiënt; algemene achtergrondgegevens (verzekeringsvorm in detail, opleiding, beroep, gezinssamenstelling, burg. staat, ethniciteit, ziektegeschiedenis (aard handicap of chronische aandoening), opgenomen geweest, onder specialistische behandeling, te verzamelen door combinatie van informatie van huisarts en assistent met korte vragenlijst.
- per contact; tijdstip, plaats (consult, visite), initiatief (patiënt, huisarts, derden), reden komt patiënt, diagnose, eigen diagnostiek, therapie (medicijnen, gesprek, advies), terugbestellen, verwijzen (dit inclusief machtiging fysiotherapie).

Daarnaast worden per deelonderzoek extra gegevens verzameld, deze worden beschreven bij de verschillende onderzoeken.

Naast de registratiegegevens worden de huisarts ook vragenlijsten voorgelegd waarmee zijn taakopvatting en een (per project variërend) aantal andere opvattingen, meningen en houdingen worden gemeten.

De registratie dient het meest zorgvuldig te worden overwogen, als de registra-

tie eenmaal in gang gezet is, kan daaraan niets veranderen.

Een vragenlijst kan altijd in de loop van het project nog worden afgenomen en bijgesteld: deze onderdelen van de onderzoeken zijn veel flexibeler.

Als men in de loop van het project aanvullende informatie nodig heeft, is dat geen probleem, want tevoren is als voorwaarde tot deelname gesteld, dat achteraf aanvullende informatie kan worden verzameld.

4. BESCHRIJVING VAN DE KERNPROMJECTEN

In deze paragraaf worden de in het vorig hoofdstuk genoemde projecten één voor één beschreven.

Ingegaan zal worden op:

1. het beleidsprobleem (nu in detail);
2. de onderzoeksvraagstelling;
3. de te verzamelen gegevens;
4. toepassingsmogelijkheden van de resultaten.

4.1. Verwijzen naar medisch specialisten

Het beleidsprobleem

Het beleidsprobleem is zeer duidelijk: Kan -gegeven de consequenties van een verwijzing in termen van verstrekkingen en kosten- de hoeveelheid verwijskaarten uit huisartspraktijken aan banden worden gelegd, zonder dat de kwaliteit van de zorg daar schade bij lijdt.

De beleidsinstrumenten hiervoor zijn enerzijds het veranderen van het blancocheque karakter van de verwijskaart, door een duidelijk onderscheid tussen advies en behandeling aan te brengen en anderzijds het vinden van een mechanisme om de verstrekking van verwijs- dan wel advies- of behandelkaarten enigszins te kunnen sturen. Budgetteren wordt genoemd, 'bonus/malus' is al eens geadviseerd. Het effect van dergelijke maatregelen laat zich moeilijk aflezen aan het wel zeer heterogene verwijscijfer (of advies- en behandelkaartcijfer).

Een stapel ziekenfondsverwijskaarten (over particulieren is al helemaal niets bekend) is in wezen niet veel meer dan een 'zootje ongeregeld': "echte" verwijzingen, verwijzingen op verzoek van de patiënt, op verzoek van andere hulpverleners, refractieverwijzingen, en tenslotte de verwijskaarten die een huisarts moet afgeven als de specialistische zorg langer dan 12 maanden na de eerste verwijskaart moet worden voortgezet, liggen broederlijk bijeen.

Wil men een serieuze basis voor budgettering hebben, dan lijkt het niet fair om weinig en wellicht zuinig en gewetensvol verwijzende huisartsen te 'straffen' voor hun zuinige beleid door algemeen aan te kondigen dat niemand méér mag verwijzen dan het vorige jaar. Normen gebaseerd op de samenstelling en ligging van de praktijk zouden de plafonds moeten aangeven.

Dit brengt ons op de *onderzoeksvragen*.

Als we uitgaan van budgettering van het verwijskaartenstelsel dan dient door middel van onderzoek vastgesteld te worden welke factoren, die buiten de invloed van de huisarts vallen, het verwijscijfer uit de huisartspraktijk beïnvloeden en welke factoren de huisarts wel geacht wordt te kunnen beïnvloeden. De samenstelling van de praktijk naar leeftijd en geslacht is zo een niet of nauwelijks beïnvloedbare factor. Als 'samenwerking' drukkend op het verwijscijfer zou werken dan zou zulks tot de beïnvloedbare factoren gerekend worden. Bovendien dient de frequentie van uitgifte van verwijskaarten per soort verschend te worden verklaard. Voor zgn. verlengingsverwijzingen zijn andere factoren in het spel dan voor de verwijzingen op nadrukkelijk initiatief van de huisarts. Verwijzingen naar de oogarts voor refractieafwijkingen vormen meer een categorie apart. Daarnaast dienen de meeste soorten verwijzingen niet gerelateerd te worden aan het aantal patiënten (zoals gebeurt bij de ziekenfondsverwijscijfers), maar aan het aantal contacten tussen huisarts en patiënt: voor deze verwijzingen moet men immers een contact met de huisarts hebben, wil men überhaupt verwezen kunnen worden. En het (zeer schaarse) onderzoek dat over de relevante variabelen kon beschikken, heeft uitgewezen dat een beleidsmatig gezien, heel belangrijke variabele als de praktijkgrootte op de contacten en op de verwijzingen een tegengesteld effect heeft: in grote praktijken ziet men de dokter relatief weinig, maar men wordt er, als men hem ziet, relatief snel verwezen. Ook als we nog buiten beschouwing laten dat over de evenmin onbelangrijke indicatie tot de verwijzing (ter diagnose, ter behandeling, ter geruststelling) ook niets bekend is, moge duidelijk zijn dat maatregelen om de patiëntenstroom van eerst naar tweedelijns in te dammen door verwijskaartenbudgettering of een soort bonus-malus systeem uiteraard wel te nemen zijn (de ziekenhuisbudgettering is er ten slotte ook gekomen), maar dat het concretiseren en te zijner tijd evalueren van die maatregelen eigenlijk niet mogelijk is zonder intensief nader onderzoek. Dat onderzoek zal uiteraard belangrijke aandacht moeten geven aan de outputzijde (de verwijzingen als zodanig), maar de inputzijde niet mogen verwaarlozen. Nagegaan dient niet alleen te worden wie er wél worden verwezen, maar evenzeer wie er met dezelfde aandoening niet wordt verwezen.

Belangrijke onderzoeksvragen: wie nam het initiatief tot de verwijzing?

Welke proportie van de verwijzingen is 'administratief' (geen echte verwijzing)? Hoeveel verwijzingen zijn er per contact, uit te splitsen naar (groepen van) aandoeningen en klachten, hoeveel patiënten ziet de huisarts per dag, hoe lang duren de consulten? Wat doet de huisarts zelf (kleine chirurgie bv.), wat is zijn taakopvatting en zijn taakafbakening tov. de specialist?

Als men niet over verwijskaarten, maar over advies- en behandelkaarten spreekt

dan zijn bovenstaande onderzoeksvragen even relevant, maar moeten ze aangevuld worden met beschrijvende basisinformatie over de vraag of de factoren die van invloed op het oude verwijscijfer waren, een zelfde invloed op het advies- en behandelingscijfer uitoefenen.

Juist als men in het verwijsonderzoek de verwijskaarten naar soort heeft uitgesplitst (ter diagnose, ter behandeling of beide) kan men alvast een aantal voorspellingen op dit gebied doen op grond van het reeds verrichtte verwijs-onderzoek.

Te verzamelen gegevens

Uiteraard verwijsgegevens (in detail) per verwijzing:

- indicatie (klacht patiënt, diagnose arts)
- soort verwijzing (diagnose, therapie, geruststelling)
- initiatief (patiënt, huisarts, specialist, anderen)
- naar wie verwezen
- diagnostisch niveau van de verwijzing (zie Bremer, 1966)
- per patiënt, zie standaardgegevens
- per contact, idem
- per huisarts; taakopvatting (in verschillende zin, zoals te meten met door NHI en NUHI is ontworpen vragenlijsten), taakbreedte, zelf verrichten van ingewikkelde diagnostiek of therapie. Nascholing, houding ten opzichte van specialist en ziekenhuis.
- per huisartspraktijk; organisatorische kenmerken, hulppersoneel, soort spreekuur, werkwijze mbt. telefonische consulten, delegeren, praktijkvorm, samenwerking -alle praktijkenmerken die de 'verwerking van de patiëntenstroom beïnvloeden- afstand ziekenhuizen, specialistendichtheid regio.

Het onderzoek bouwt voort op het werk van Posthuma en Van der Zee (1977, 78, 80), Rutten (1978, 80, 82), Van der Gaag (1978), Van de Ven en Van Vliet, Dopheide (1982), Boots (1983), Wijkel (1983, 1984) en op de traditie die het NHI op het gebied van verwijsonderzoek heeft opgebouwd.

- steekproef; in de landelijke representatieve groep van 90 praktijken, zou dan (als dit het enige onderzoek was) de praktijken die verder dan 15 km van een ziekenhuis liggen moeten worden aangevuld.
- duur registratie; voor verwijzen is een drietal maanden wel voldoende (500 verwijskaarten (alles bij elkaar) per jaar per 1000 verzekerden levert ca. 300 verwijskaarten per kwartaal op, hiervan is + 40% te beschouwen als

aktieve verwijzingen door de huisarts).

Toepassingen van de resultaten

De resultaten kunnen een bijdrage leveren aan een verantwoorde vaststelling van de plafonds voor budgetten (een suggestie die door de subcommissie 'Verwijzen' van de Commissie Structuur Specialistenhonorering (Commissie van Mansvelt) is gedaan) en als basismeting dienen voor het schatten van het effect van het invoeren van advies- en behandelkaarten. (Als voormeting van de evaluatie daarvan en wellicht (in een latere fase) als basis voor de budgettering van deze nieuwe verwijzingsvorm).

4.2. Fysiotherapie

Het beleidsprobleem

Fysiotherapeuten zijn -hoewel ze tot het eerste echelon van de gezondheidszorg worden gerekend- pas na verwijzing door een arts toegankelijk. Zij worden per verrichting gehonoreerd. Wat dit betreft heeft hun positie veel gemeen met die van medisch specialisten. Over verwijzingen naar deze laatste groep hulpverleners is echter al veel meer kennis beschikbaar (zowel over de determinanten van het verwijzen als over de kostengenerende effecten van verwijzingen), waardoor een duidelijker formulering van de problemen waarvoor beleidsvoerende instanties zich gesteld zien, en van de onderzoeksvragen mogelijk is. Hierdoor zal dit onderzoek noodzakelijkerwijs een meer explorerend karakter hebben.

De centrale vraag waar het beleid voor staat met betrekking tot de fysiotherapie is: wat de effecten van de verschillende fysiotherapeutische behandelingen zijn en vooral of deze effecten een verschuiving van residentiële naar ambulante zorg te weeg brengen. In het verlengde hiervan ligt de vraag of de beperking van de groei van de fysiotherapie geen gevolgen heeft die erger zijn dan de kwaal (bijvoorbeeld doordat beperkingen aan de kant van de fysiotherapie leiden tot meer verwijzingen naar medisch specialisten of tot snellere opname van bejaarden in verpleeghuizen of verzorgingsinstellingen).

Met betrekking tot de op dit terrein in aanmerking komende beleidsmaatregelen is de bevinding uit verkennend onderzoek van belang dat het werk van fysiotherapeuten voor een groot deel bestaat uit het behandelen van patiënten die al eerder onder behandeling waren en dat veelal voor dezelfde klachten waren (vergelijk bijvoorbeeld het onderzoek van Crebolder 1983 en Bartels e.a. 1984).

Dit feit roept de vraag op hoe het gebruik van fysiotherapeutische zorg het beste beïnvloed kan worden, gegeven de verwijzing van de huisarts.

Bij de huidige stand van kennis over verwijs en substitutieprocessen mbt. fysiotherapie zal het onderzoek eerder de basisgegevens voor de evaluatie van beleidsmaatregelen leveren dan concrete aanwijzingen voor te nemen maatregelen. In het recente verleden is al een aantal maatregelen genomen ter beperking van de fysiotherapie (beperking van het aantal applicaties, verschuivingen in de honorering van de applicaties, vestigingsbeleid ingevolge art. 47 lid 3 Ziekenfondswet). Evaluatie van deze maatregelen is sterk bemoeilijkt door het ontbreken van 'base-line'-gegevens. Bij de ingrijpende maatregelen die op stapel staan (bijvoorbeeld de beperking van het verstrekkingenpakket) zou zo'n situatie voorkomen moeten worden.

In de huidige leemten in de kennis op het gebied van de fysiotherapie kan voor een deel worden voorzien doordat het NHI (met ingang van 1985 een instituut voor onderzoek naar de (gehele) eerstelijnsgezondheidszorg) een onderzoeksprogramma op het gebied van de fysiotherapie heeft geformuleerd en dat in 1985 gaat uitvoeren.

Eén van de voorgenomen onderzoeken is een inventarisatie van de indicaties tot de aanvraag van machtigingen in het kader van het NHI-Peilstationsproject. De resultaten van deze vooronderzoeken zullen worden gebruikt bij de opzet van de hier beschreven studie.

De onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvragen zijn:

- a. Hoe verloopt het proces van verwijzing door de huisarts naar de fysiotherapeut?
- b. Wat is het effect van de behandeling op de patiënt?
- c. Wat gebeurt er met de patiënt na de verwijzing en wat is de invloed hiervan op de huisarts?
- d. Zijn er uit de analyse van het verwijsproces indicaties te verkrijgen voor substitutieprocessen?

De beantwoording van de tweede en derde vraag vereist een gegevensverzameling die niet ophoudt bij de huisartspraktijk.

De ziekenfondsen moeten bereid gevonden worden om elke onder behandeling van een fysiotherapeut staande patiënt door te geven aan de huisarts. De verhouding: nieuwe machtigingen/fysiotherapeutische behandelingen is namelijk zo scheef, dat een analyse, alleen gebaseerd op nieuwe machtigingen slechts een beperkt

deel van de problematiek kan blootleggen.

De vraag naar het verwijzingsproces kan nader gespecificeerd worden in een aantal deelvragen. Bekend is (vgl. het onderzoek van Kerkhoff, 1982, en het later dit jaar te publiceren onderzoek van Groenewegen en Kerkhoff) dat er een aanzienlijke variatie is tussen huisartsen/praktijksituaties in het aantal naar fysiotherapie verwezen patiënten. De vraag is of er systematische variaties vast te leggen zijn van het verwijzingscijfer naar fysiotherapie met het klachtenaanbod (de input), met kenmerken van de huisarts of zijn praktijksituatie en met kenmerken van de aanbodzijde (de beschikbaarheid en nabijheid van fysiotherapeut niet alleen in ruimtelijke zin, maar ook in termen van vaste relaties). Wat betreft het klachtenaanbod dient vastgesteld te worden bij welk soort klachten en welk type patiënten een verwijzing naar de fysiotherapeut plaatsvindt, en in welke gevallen geen verwijzing of een verwijzing naar een medisch specialist plaatsvindt bij een gegeven klachtenprofiel. Daarnaast is -evenals bij studies naar het verwijzen naar medisch specialisten- van belang hoe de verwijzing tot stand komt in termen van de initiatiefnemer tot de verwijzing en het doel van de behandeling. In nog uit te voeren vooronderzoek zal nagegaan worden in hoeverre de vraag naar wat er gebeurt na de verwijzing, (voor een deel) beantwoord kan worden met behulp van gegevens die door de ziekenfondsen worden verzameld (bv. declaraties).

Te verzamelen gegevens

Per patiënt: standaardgegevens (zie inleiding)

Per contact: " "

Per verwijzing: initiatief (huisarts, patiënt, fysiotherapeut, derden)

indicatie en doel van de behandeling

bestaande/nieuwe klacht

al eerder onder behandeling fysiotherapeut (sinds wanneer)

per huisarts-: houding ten opzichte van fysiotherapie (in brede zin, inclusief praktijk massage-oefentherapie)

relatie met fysiotherapeuten (vaste verwijzingsrelaties)

aanbod aan fysiotherapeutische hulp

Voor de beantwoording van de vraag wat er na de verwijzing gebeurt, zal, zoals gezegd, de bruikbaarheid van ziekenfondsgegevens onderzocht worden. Daarnaast zal in de huisartspraktijk bijgehouden worden of er een terugkoppeling plaatsvindt door de fysiotherapeut en zullen verlengingen van machtigingen geregi-

streerd worden (uiteraard kan dit niet zonder medewerking van het ziekenfonds).

Omvang steekproef en duur registratie

Vanwege het verkennend karakter van het onderzoek en de wens om variaties tussen huisartsen en praktijksituaties op het spoor te komen, kan het aantal te onderzoeken praktijken niet op voorhand tot enkele typen beperkt worden, terwijl de kennis om een gerichte stratificering van de steekproef toe te passen nog ontbreekt. Dit pleit voor een grote steekproef huisartsen (+ 100), waarin de diversiteit van de beroepsuitoefening van huisartsen zoveel mogelijk tot zijn recht komt.

Vanwege het relatief geringe aantal verwijzingen naar een fysiotherapeut (exacte gegevens ontbreken hierover overigens) is het van belang gedurende een lange periode te registreren (minimaal half jaar).

De mogelijke toepassingen en resultaten van het onderzoek

Het aangeven van toepassingen van het onderzoek wordt bemoeilijkt door het feit dat vooronderzoek uitgevoerd zal worden om de onderzoeksvragen nader te specificeren. In elk geval kan op dit moment reeds wel gesteld worden dat de resultaten van het onderzoek ten dienste kunnen staan van de evaluatie van te nemen beleidsmaatregelen. Daartoe is immers een gedegen beschrijving van de uitgangssituatie een voorwaarde. Omdat het verzoek zich vooral richt op het verwijsproces en op de determinanten van variaties in aantal verwijzingen zouden de resultaten van het onderzoek ook gebruikt kunnen worden bij het opzetten van een verantwoord systeem van 'budgettering' van het aantal verwijzingen.

4.3. Zelfzorg, mantelzorg versus professionele zorg

Het beleidsprobleem

De al eerder genoemde nota 'Samenhangende Zorgstructuur' stelt terecht (op pagina 21) dat het creëren van nieuwe vormen van hulpverlening er in vele gevallen in de praktijk toe leidt dat mensen die tot dan toe niet aangewezen waren op professionele hulpverlening aanspraak maken op de nieuwe voorziening, wat het gevaar in zich bergt van het voortdurend verschuiven van de grens die aangeeft wanneer men wel en wanneer men geen aanspraken kan maken op professionele hulpverlening. De grote beleidsproblemen liggen op dit moment echter niet op het terrein van de gevolgen van uitbreiding van voorzieningen, alswel op de omkeerbaarheid van dit soort processen. De vraag is daarbij of beperkingen in de capaciteit van het zorgaanbod danwel beperkingen in de toegankelijkheid van de zorg automatisch leiden tot een opvang in mantelzorg en zelfzorg. Een daarvan afgeleide beleidsvraag is of er groepen zijn aan te wijzen waarbij de substitutie van professionele zorg door mantel- en zelfzorg niet plaatsvindt en wat de gevolgen daarvan zijn voor deze groepen, enerzijds in termen van kwaliteit van zorg (gezondheidseffecten door verminderde zorg) en anderzijds in economische termen waar beperkingen van de toegankelijkheid geldelijke offers vragen van diegenen die niet kunnen terugvallen op een netwerk van helpende naasten.

De onderzoeksvragen

De mate waarin mensen met klachten over hun gezondheid een professionele hulpverlener raadplegen varieert aanzienlijk. De vraag dient dan ook gesteld te worden onder welke omstandigheden mensen met een overeenkomstig klachtenprofiel de huisarts raadplegen en onder welke omstandigheden zij dat niet doen. De beantwoording van deze vraag kan vanuit twee elkaar aanvullende richtingen benaderd worden. In de eerste plaats vanuit de (potentiële) patiënt en zijn sociale situatie. De vraag is hierbij wat de rol is van het sociale netwerk waarvan iemand deel uitmaakt, op de overgang van een klacht naar een hulpvraag aan een professionele hulpverlener. Integratie in een sociaal netwerk is enerzijds van invloed op de mate waarin suboptimale situaties in termen van hulpvragen aan professionals gedefinieerd worden en anderzijds op de mogelijkheden die er zijn om bij concrete ongemakken een beroep op verzorging uit de directe omgeving te doen.

De andere kant is die van de rol van de aanbodzijde: in hoeverre varieert de door de mensen aan zichzelf verleende zorg met praktijkenmerken: niet alleen typische aanbodkenmerken (hoe ver woont men van de praktijk, kan men meteen terecht, lang wachten, etc), maar ook met variatie in wat de dokter met de klachten doet (recept, verwijzen, terugbestellen, etc.). Tenslotte is het van belang om door middel van onderzoek vast te stellen op welke punten de continu door het Centraal Bureau voor de Statistiek onder ongeveer 6000 gezinnen afgenomen Gezondheidsenquête (een belangrijk beleidsinstrument) andere resultaten oplevert dan een overzicht van bij de huisarts gepresenteerde morbiditeit.

Voor de CBS-enquête is validering van de door middel van vragenlijsten gemeten morbiditeit met behulp van gegevens uit de huisartspraktijk van groot belang; voor het NHI is de vraag algemener nl, de relatie tussen gerapporteerde klachten en problemen, de mate van zelf- en mantelzorg met betrekking tot die klachten en problemen en het beroep op professionele zorg.

Te verzamelen gegevens

Voor de beantwoording van deze vragen dient aan het onderzoek in de huisartspraktijk een vragenlijstonderzoek onder de bevolking gekoppeld te worden. Gedeeltelijk kan daarvoor aangesloten worden bij de gezondheidsenquêtes die regelmatig door het CBS worden afgenomen bij een steekproef Nederlanders. Voor die klachten, waarvoor geen professionele hulp wordt ingeroepen, dient echter gebruik gemaakt te worden van een methode waarbij gezondheidsdagboekjes bijgehouden worden (ervaring daarmee is onder meer opgedaan in het Belgische Nationaal Programma in de Sociale Wetenschappen). Onderzoek naar de relatie zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg houdt uiteraard niet op bij het bevolkingsonderzoek. De gegevensverzameling in de huisartspraktijk is gericht op het opsporen van die factoren die bepalen dat de hulpverlener de patiënt in het medische circuit houdt of hem zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid terug geeft (hier sluit het deelproject aan op de andere deelprojecten die betrekking hebben op verwijzen en op nazorg).

Verwachte resultaten en toepassingen

Het belangrijkste resultaat van dit deelproject is dat het inzicht verschaft in de haalbaarheid van een beleid dat gericht is op omkering van de spiraal meer voorzieningen - meer gebruik. Er is nog nooit onderzocht of de mensen

die veel aan zelfzorg doen, niet zo gepreoccupeerd zijn met hun gezondheid dat zij tevens een groot beroep op de professionele zorg doen. Vooruitlopend op een eventuele ingrijpende wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering worden maatregelen genomen en voorbereid ter beperking van de aanbodzijde en van de vraagzijde (eigen bijdrage). De analyse van de substitutie tussen professionele zorg enerzijds en zelf- en mantelzorg anderzijds geeft inzicht in de grenzen van deze beperkingen.

Daarnaast geldt een aantal van de beperkingen aan de vraagzijde de facto al voor particulier verzekerden. In die sector is immers een rijke schakering aan verzekeringsvormen te vinden, waarbij in een dwarsdoorsnede het effect daarvan op de mate waarin professionele hulp ingeroepen wordt, geanalyseerd kan worden. Wat dit betreft zou het onderzoek de door Van Vliet en Van de Ven gevonden resultaten kunnen aanvullen.

4.4. Overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium

Het Beleidsprobleem

Elders is weleens opgemerkt dat het Nederlandse systeem van gezondheidszorg waar de huisarts per abonnement en de specialist per verrichting wordt betaald geen schoonheidsprijs verdient. In Denemarken is de situatie precies omgekeerd en dit kan niet anders dan een groter aandeel van de huisarts in de totale zorg met zich meebrengen.

Of het nu verstandig is om zonder maatregelen met betrekking tot het specialisten verrichtingen-systeem naar een dergelijk (gemengd) systeem te streven, is de vraag. Iets anders is dat het Nederlandse abonnementssysteem wel erg weinig rekening houdt met de ongelijke verdeling in werklust die de samenstelling van huisartspraktijken met zich mee kan brengen.

In het Engelse systeem houdt men enigszins rekening met de samenstelling naar leeftijd van de praktijk, met de leeftijd van de arts en is de onkostenvergoeding veel meer gericht op het (gedeeltelijk) vergoeden van aantoonbaar gemaakte kosten.

Aangezien de hoeveelheid werk die de huisarts aan zijn patiënten besteedt, zowel bepaald wordt door de hulpvraag van de patiënt als de werkwijze van de huisarts, en aangezien dit laatste veel sterker persoonsgebonden is dan het eerste, wordt de beleidsvraag toegespitst op de vraag welke duidelijk herkenbare (zo duidelijk dat men de aanwezigheid kan tellen en als basis voor een differentiatie kan gebruiken) patiëntengroepen nu meer of minder beslag op de

tijd van de huisarts leggen.

Onderzoeksvragen

Voor het onderzoek is nodig:

- Meting van tijdsbesteding in de huisartspraktijk gedurende een (niet te lange) periode van de praktijkstudie.
De duur van consulten en visites moet worden vastgelegd tegelijkertijd met de registratie van patiëntenkenmerken.
- Voor dit laatste dienen de al genoemde korte patiënten-enquêtes waarin de algemene achtergrondkenmerken van de patiënt en diens naaste omgeving (samenlevingsverband) worden vastgelegd.
- Uit beleidsdiscussies blijkt, dat naast een reeks genoemde kenmerken als leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt door sommigen erop gewezen wordt dat patiënten die zojuist verhuisd zijn meer zorg vergen en dat dus de werkbelasting van de huisarts in gebieden met veel migratie groter is. Voor buitenlandse migranten schijnt dit vraagstuk nog sterker te spelen.

Te verzamelen gegevens

Per patiënt: achtergrondkenmerken (door middel van enquêtes) gezondheidstoestand, huisartsenbezoek (waarvoor, wat gebeurt ermee)

Per praktijk: consult en visiteduur, naar de gewone consultregistratie

Periode: met betrekking tot de tijdsregistratie -gezien de grote belasting niet meer dan 2 à 3 weken (+ 100 consulten)

Steekproef: in een min of meer representatieve steekproef ontbreken wellicht voldoende praktijken met een aanzienlijke proportie buitenlandse of binnenlandse migranten. Als dit het enige onderzoek zou zijn dan zou hier de steekproef wellicht moeten worden aangevuld.

Toepassing resultaten

Directe toepassing in de richting van een differentiatie van het abonnements-honorarium of in de richting van een gemengd abonnement/verrichtingensysteem is mogelijk.

4.5. Meerwaarde van samenwerking

Het beleidsprobleem

Bevordering van samenwerking is een beleidsdoel in optima forma. De vraag is, omdat samenwerking en zeker samenwerking in gezondheidscentra extra geld kost, of het rendement van samenwerking in de eerstelijns tegen de kosten opweegt. Het gaat hier om twee vragen. Ten eerste de vraag naar het rendement van de bijzondere samenwerkingsvorm 'gezondheidscentrum' en ten tweede om de vraag of ook andere vormen (minder sterk geïnstitutionaliseerd en, voor beleidsmakers van belang, minder kostbaar) van samenwerking vergelijkbare effecten hebben.

De kosten zijn bekend, de baten niet altijd even goed merkbaar.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen kan men als volgt samenvatten: heeft samenwerking in de eerstelijns als gevolg dat elders (bv. in de tweedelijns) minder zorg hoeft te worden geleverd.

Als zodanig sluit het hier geformuleerde voorstel aan bij het reeds lopende onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen'. Daar is onderzocht of het inderdaad zo was dat gezondheidscentra minder verwezen dan solo-huisartsen -dit 'inderdaad zo' dan opgevat als zijn er geen andere factoren waarvan het bekend is dat ze het verwijscijfer beïnvloeden, die dit verschil verklaren. (Het antwoord is "Ja", het is inderdaad zo). En als dat zo is, heeft het dan met de samenwerking te maken of spelen andere zaken een rol.

In het project 'Samenwerken en Verwijzen' wordt gewerkt met een aftel-methode. Telkens wordt een mogelijk verklarende factor gekozen (bijvoorbeeld: zijn het misschien andere (meer gemotiveerde) artsen en meestal door middel van ingenuïe kunstgreep uitgezocht of er van invloed sprake is.

Aan elke gekozen methode kleven echter bezwaren (telkens weer andere, gelukkig). Aan directe meting van de invloed van 'samenwerken' niet alleen op verwijzen, maar ook andere outputfactoren (om een lelijke term te gebruiken), dat wil zeggen raakvlakken met andere delen van de gezondheidszorg, zoals voorschrijven geneesmiddelen, machtigingen fysiotherapie of de inschakeling van AGGZ/AMW; zou pas een duidelijk en ondubbelzinnig antwoord geven op de bovengenoemde beleidsvraag,

De opzet impliceert echter materiaalverzameling (contact- en patiëntregistra-

tie) op grote schaal en een groep praktijken waar de verschillende vormen van mono- en multidisciplinaire samenwerking voldoende vertegenwoordigd zijn.

Te verzamelen gegevens

Per contact: alle reeds genoemde gegevens (behalve de duur): dus klacht, probleem, interventie.
vooral output-gegevens (verwijzing, gesprek, recept, terugbestellen, fysiotherapie, laboratorium-onderzoek).
notering van de consultatie van andere hulpverleners

Per patiënt: enquêtegegevens (reeds genoemd), aanvulling met vragen over houding ten opzichte van gezondheidscentrum

per huisarts: taakopvatting, houding ten opzichte van specialist, taakbreedte, houding ten opzichte van samenwerking.

per praktijk: organisatorische gegevens
gegevens over samenwerking (intensiteit, vorm, frequentie)

Steekproef : Dit deelonderzoek heeft de grootste consequenties voor de omvang van de steekproef. In bijlage 1 wordt aangegeven welke de consequenties zijn. Kort gezegd komt het erop neer, dat men van iedere groep samenwerkingsverbanden (solo-praktijken al dan niet in home-team verband samenwerkend, duo- en groepspraktijk idem, en gezondheidscentra). Dat wil zeggen van vijf groepen in het totaal minimaal 40 gevallen die aan het onderzoek moeten deelnemen. We gingen al uit van een landelijk representatieve groep van 90 praktijken (waaronder uiteraard ook een aantal samenwerkingsverbanden).

Alles bij elkaar betekent dit een 180 à 200 praktijken: 90 landelijk representatie en 90 à 100 als aanvulling.

Met bovengeschetste aanvulling worden alle in vorig onderzoek genoemde aanvullingen overbodig (men kan aannemen dat nu voldoende praktijken uit grote steden deelnemen, zodat 'migranten' kunnen worden bestudeerd). De duur van de registratie is even lang als voor de representatieve groep (6 maanden).

Toepassing resultaten

Als het onderzoek wordt opgezet als hiervoor beschreven, dan heeft men voldoende informatie voorhanden om een aanvulling op de resultaten van Wijkel's

onderzoek te beslissen in welke mate men welk soort samenwerkingsverband wil stimuleren.

5. NEVENPROJECTEN

De vier reeds genoemde 'nevenprojecten' worden slechts summier weergegeven.

De opzet van de studie is zo dat men ook informatie over deze vraagstukken krijgt. Reeds uitgelegd is dat er verschillende redenen kunnen zijn waarom de hier volgende projecten niet centraal in het onderzoek staan.

Men moet niet vergeten dat met een onderzoek als het hier geformuleerde tientallen beleids- en onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord.

Men heeft echter niet bij voorbaar de garantie dat alle relevante informatie is verzameld, dat heeft men wel voor de in deze en de vorige paragraaf genoemde projecten.

5.1. Voorschrijven van geneesmiddelen

Dit onderwerp houdt niet rechtstreeks verband met een verschuiving van de zorg of met het bevorderen van coördinatie en samenwerking. Wél bestaat een verband met de kostenkant. De deels tegengestelde financiële effecten van de 'medicijnknaak' vormen een voorbeeld van een maatregel die wellicht beter toegesneden op het functioneren van de huisartspraktijk genomen had kunnen worden.

Van belang voor het beleid is voorts de mogelijkheid apotheekehoudende en niet-apotheekehoudende artsen in hun voorschrijfgedrag te kunnen vergelijken. Gegeven de diversiteit van het voorschrijven zijn studies naar de relaties tussen de aard van de problematiek en de achterliggende kenmerken van de patiënt of het gezin van belang. Het voorschrijven van psychofarmaca, van pijnstillende middelen, van vitaminepreparaten, zijn alle onderwerpen die met behulp van sociaal-wetenschappelijke theorieën kunnen worden bestudeerd. Wil men dit doen, dan heeft men informatie nodig over de indicatiestelling, de aard van de klachten, het probleem, de werkwijze en de opvattingen van huisartsen en de preferenties van patiënten. Zelden kan men al deze zaken bij elkaar in voldoende omvang bestuderen. De praktijkstudie zoals voorgesteld is hiervoor een goede gelegenheid. Het onderwerp stelt geen extra eisen aan de basissteekproef (de enige relevante factor is apotheekehoudend of niet) of aan de registratieperiode.

Van belang is om bij de registratie toedieningsvorm, hoeveelheid en de dosering van de receptuur goed te registreren opdat vergelijking in gestandaardiseerde vorm (Agreed Daily Doses) mogelijk is. Van het recept moet ook vastgesteld worden of het een merk- of loco preparaat betreft, of dat magistrale receptuur vereist is. De huisartsen kunnen worden gevraagd om naast het voorschrijven in de praktijk ook aan de hand van gestandaardiseerde casus een po-

tentieel voorschrijfpatroon te tonen (zie het onderzoek van Haayer-Ruskamp).

5.2. Nazorg van ziekenhuispatiënten

Onderzoek dat aangeeft op welke wijze het verblijf in de tweede lijn bekort kan worden, past uiteraard volledig in het streven om te komen tot een beperking van de klinische zorg ten gunste van de ambulante resp. thuiszorg. Niet ontkend kan echter worden dat het bestuderen van dit onderwerp in het kader van de morbiditeitsstudie iets minder voor de hand ligt dan bij de eerder genoemde projecten. Variatie in het voorkomen van nazorg zou ook heel wel onderzocht kunnen worden door uit te gaan van de ontslagen van een beperkt aantal ziekenhuizen.

Aan de andere kant biedt de hier gevolgde onderzoeksetting de mogelijkheid op grotere schaal de invloed die de huisarts wel of niet heeft op het klinische gebeuren na te gaan (de huisarts als 'casusgerichte coördinator' dus), ook al doordat de opnamen van patiënten van deze huisarts gekoppeld kunnen worden aan zijn verwijzingen, aan de door hem vastgestelde morbiditeit, en aan de opvattingen van patiënten wat betreft zelf- of professionele zorg. Het verschijnsel ziekenhuisopname stelt geen extra eisen aan steekproef of registratiemethode. Wel moet van elke opname genoteerd worden wanneer de huisarts bericht kreeg, of hij de patiënt in het ziekenhuis bezoekt etc. Datzelfde geldt ook voor het ontslag (wanneer komt de ontslagbrief binnen, wie regelt de nazorg, wat doet de huisarts?)

5.3. Relatie huisarts/(A) GGZ/AMW

Peters (1984) heeft gewezen op de wanverhouding die er bestaat tussen het aantal gevallen waarin huisartsen psychosociale problematiek constateren en het aantal gevallen dat men gebruik maakt van de hulp van (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts ziet en interpreteert vrij veel van de problemen die hem worden voorgelegd als van psychosociale oorsprong, maar maakt weinig gebruik van professionele hulp op dat gebied. Of dit nu komt doordat patiënten niet naar een dergelijke hulpverlener willen worden verwezen en juist de huisarts bezoeken om de problematiek in een 'soma-tisch' vat te gieten, of dat huisartsen geen hoge dunk hebben van de professionele hulpverlening, of het idee hebben dat zij dat zelf beter kunnen oplossen, laat Peters in het midden. Maar een feit is dat AGGZ, GGZ en AMW weinig patiënten vanuit de huisartspraktijk ontvangen. Onderzoek naar de relatie huis-

arts/GGZ moet dan ook altijd plaatsvinden rond de vraag hoeveel problematiek van psychosociale aard de huisarts waarneemt en in welke gevallen bij welk soort actie onderneemt.

Vooraf het 'natuurlijk verloop' van psychosociale problematiek is van belang. Sanavro (1983) vond dat 70% van de gevallen patiënten uit de huisartspraktijk die het jaar tevoren nog als 'probleempatiënt' werden betiteld, dit kenmerk een jaar later al weer kwijt waren.

Eisen aan registratie-periode en steekproef-omvang hoeven niet te worden gesteld. Van belang is dat de huisartsen per klacht op een schaal aan geven of ze de klacht meer psychosociaal of somatisch van aard achten. Van de patiënt moet aan het begin van het onderzoek worden vastgesteld of hij 'probleempatiënt' is.

5.4. Bijzondere groepen in de huisartspraktijk

In toenemende mate zullen huisartspraktijken onderling kunnen gaan verschillen wat betreft het aantal personen dat tot een 'bijzondere groep' (risicogroepen) behoort. Men denke aan vergrijzende buurten, ethnische minderheden, personen die rond het bestaansminimum moeten leven, zuigelingen en kleuters, zwangere vrouwen, weduwen en weduwnaars.

Doel van dit onderzoek is niet meer, maar ook niet minder, dan het geven van een beschrijvende analyse van de morbiditeit, de raadpleegfrequentie (mede in relatie tot zelf- en mantelzorg) en het tijdsbeslag van de huisarts.

De eisen te stellen aan de praktijken zijn reeds bij project 'Differentiatie abonnementsshonorering' genoemd.

6. EEN PROEFOPZET VOOR 1985

Zoals men in de technische uiteenzetting in bijlage 2 kan zien, worden de belangrijkste kosten van het project gevormd door de honoraria van de deelnemende artsen en door de honorering van de codeurs die de praktijken tellen en door de huisartsen genoteerde informatie overbrengen op computerapparatuur. Iedere kleine calculatiefout die men op dit laatste vlak maakt, mondt uit in verschil van tienduizenden guldens op de totale projectbegroting. Het is dus zaak om in een proefonderzoek zo nauwkeurig mogelijk te berekenen of de schattingen waarop de kostenraming is gebaseerd inderdaad reëel zijn. De volgende activiteiten kunnen de de proeffase van het onderzoek worden verricht:

1. Werving praktijken (Peilstations, overige praktijken)
Opstellen contracten
2. Ontwerpen programmatuur voor
 - a. invoer patiëntenbestanden
 - b. codering ziekten en verrichtingen
 - c. communicatie micro/macro computer
 - d. systeembeheer, database constructie
3. Testen programma en oefenen met apparatuur en de door de codeurs te verrichten handelingen precies calculeren.
4. Vaststellen betrouwbaarheid en geldigheid van de geregistreeerde gegevens.
5. Uitwerken onderzoeksvoorstellen.
6. Formuleren constructie voor beheer en distributie van de gegevens.
7. Opstellen definitief projectvoorstel.

8. (indien het proefproject geen negatieve gevolgen voor de voortgang heeft)
Vorbereiden (invoeren patiëntenbestanden) van de eerste groep praktijken.

Het proefproject bevat enkele haalbaarheidsaspecten (vooral punt 3: Testen en precies calculeren van de voor gegevensverzameling benodigde mankracht en punt 1: organiseren van de deelname van voldoende praktijken) en een aantal voorbereidende werkzaamheden (vooral opzet programmatuur).

De duur van de voorbereiding is gesteld op 12 maanden, met dien verstande dat er naar gestreefd wordt om na 8 maanden de haalbaarheidsaspecten te hebben getest en in begrotingstermen omgezet, zodat in september 1985 besloten kan worden tot stopzetten of continueren van het project. De periode oktober-december kan worden gebruikt als daadwerkelijke voorbereiding voor de materiaalverzameling

die per 1-1-1986 zou moeten aanvangen.

Samenstelling projectteam (proeffase)

	% werktijd	Aantal maanden	BBRA-schaal
1 Projectleider, (dr. J. v.d. Zee)	50	10 + 2	148 (3/4)
1 Arts/epidemioloog nn	50	10 + 2	130/148
1 Veldwerkorganisator nn	100	10 + 2	112/130
1 Systeem ontwerper (H.I.O.) nn	100	10 + 2	89
1 Secretaresse nn	100	10 + 2	32/43
6 Codeurs	50	5	45.8

(indien groen licht voor project)

1 Systeembeheerder nn	100	2	71
2 Assistentveldwerkorganisatie	100	2	45.8
6 + 6 Codeurs	100	2	45.8

Voor het verwerken van de onderzoeks-
voorstellen

	% werktijd	Aantal maanden	BBRA-schaal
PM Mr.drs.J.P. Dopheide (Verwijzen)	100 uur	P.M.	
drs. P.P. Groenwegen (Fysioth)	100 uur	P.M.	
drs. D. Wijkel (Samenwerken)	100 uur	P.M.	
dr. J. v.d. Zee (Zelfzorg/ mantelzorg)	100 uur	P.M.	
drs. P.F.M. Verhaak (tijdsbe- lasting/diff.abb.hon.)	100 uur	P.M.	
drs. L. Peters (huisarts/AMW/ GGZ)	100 uur	P.M.	
drs. F. Sanavro (bijzondere groepen)	100 uur	P.M.	
NN - Ziekenhuisnazorg	100 uur	P.M.	
NN - Voorschrijven	100 uur	P.M.	

Het project bestaat uit een projectleider (voor de proeffase een senior medewerker van het NHI) die de coördinatie van de werkzaamheden voert en vooral bezig is met de werving van praktijken of van groepen deelnemende huisartsen en het overzicht houdt over de uitwerking van de onderzoeksvoorstellen. Deze uitwerking geschiedt door medewerkers van het NHI, die ervaring hebben opgebouwd op de verschillende deelterreinen die de praktijkstudie bestrijkt.

Het betreft hier een investering van de zijde van het NHI (en indirect via de basissubsidie van het instituut, van het Ministerie van WVC) die er garant voor staat dat de betreffende onderwerpen door ervaren onderzoekers worden voorbereid. De uitwerking van de medisch/epidemiologische aspecten van de verschillende onderzoeken en de morbiditeitsstudie komt voor rekening van een aan te trekken arts-epidemioloog.

Een belangrijke figuur in het projectteam is de veldwerkorganisator. Deze moet tot in details de onderzoekopzet op praktische haalbaarheid beproeven en zich grondig voorbereiden op de organisatie van de technische periode van materiaalverzameling.

Qua opzet wordt gewerkt met het principe 'kadertraining'. In de proeffase wordt een zestal codeurs aangetrokken, die zich (met vallen en opstaan) het inbrengen van patiëntenbestanden en het coderen van de informatie eigen maken, terwijl (op basis van hun ervaringen) de programmatuur aangepast en verfijnd wordt. Deze zes codeurs worden aangevuld met een tweede zestal als in september wordt besloten het project daadwerkelijk doorgang te doen vinden. De nieuwe codeurs leren de werkzaamheden in de praktijk van de reeds opgeleide en kunnen op hun beurt weer nieuwe codeurs wegwijs maken.

Aan de veldwerkorganisator worden twee vaste assistenten toegevoegd. Deze beide assistenten treden op als 'vliegende brigade', ~~en vallen in bij onvoor-~~ziene problemen. De systeemontwerper is een tweede belangrijke teamlid. Veel, zo niet alles, komt aan op perfecte en uiterst efficiënte programmering. Weliswaar is het ontwerpen van het systeem een aflopende zaak, maar vooral de overdracht van informatie naar de (bij de definitieve besluitvorming over het project aan te trekken) systeembeheerder, zeker in de aanloopfase van het project maakt dat zijn werkzaamheden niet te snel moeten worden afgesloten.

Activiteiten in 1985

De activiteiten zijn al genoemd: deels een haalbaarheidsstudie (medewerking praktijken realiseren, preciese kostencalculatie maken op grond van gedetailleerde proeven, betrouwbaarheid van de gegevens vaststellen) deels een voorbereidende studie (programmatuur ontwerpen, onderzoek verder uitwerken, eerste 'generatie' codeurs trainen).

Begonnen wordt met het ontwerpen van de programmatuur voor het 'inbrengen' van de patiënten bestanden. Dit moet dusdanig gebeuren dat bij het overseinen

van de informatie patiënten niet meer herkenbaar zijn zonder codeersleutel. Het is van groot belang dat tot patiënten herleidbare informatie de praktijk niet verlaat, teneinde problemen rond privacyregulering te voorkomen. Deze programmatuur moet door veldwerkorganisator in één praktijk worden getest en daarna aangepast. Als de zaak 'loopt' kunnen de zes codeurs aangetrokken worden die in een vijftal verschillende praktijken (een voor elk type van het onderzoek*) een veldtest uitwerken waarna de programma's nog preciezer worden bijgesteld en een calculatie voor dit onderdeel kan worden gemaakt. Het is de bedoeling om alvast 10 praktijken te kiezen die ook uiteindelijk aan het onderzoek meedoen: dan is reeds een deel van het werk gedaan**. Intussen ontwerpt de systeemontwerper de programmatuur voor het coderen van de consult-registratie, die eerst door de veldwerkorganisator en assistent wordt gebruikt en dan door de zes codeurs, na het inbrengen van de patiëntenbestanden, gedurende een zestal weken, wordt beproefd. Hier volgen uiteraard verdere aanpassingen en bovendien precieze calculaties. De arts/epidemioloog doet in het eerste half jaar van 1985 een studie naar de betrouwbaarheid en geldigheid van de geregistreerde medische gegevens. Intussen weet de projectleider of hij voldoende praktijken kan doen meewerken en zijn door de verschillende medewerkers de projectplannen verder uitgewerkt. Dit alles levert in augustus een definitief projectvoorstel op, waar in september over kan worden beslist. De systeemontwerper gaat intussen verder met het ontwerpen van de programmatuur voor de centrale computer, de opzet van de database en de verschillende communicatie programma's (terugrapportage aan de praktijken, foutenmeldingen, aansluiting op wetenschappelijke programmatuur, data-base management) die hij overdraagt aan de systeembeheerder. Als toestemming tot de volgende fase is verleend, dan kunnen in het laatste kwartaal de organisatorische voorbereidingen worden getroffen om de eerste groep praktijken te laten registreren.

*1 solopraktijk zonder hometeam, 1 solo met hometeam, 2 duo of groepspraktijken idem, 1 gezondheidscentrum.

** De praktijken moeten allen hun 'mutaties' zorgvuldig bijhouden, zodat per 1-1-1986 een bijgewerkt bestand aanwezig is.

7. BEGROTING VOOR 1985

Duur experimentele fase: 01-01-1985 t/m 31-10-1985

Begin uitvoerende fase : 01-11-1985

			1985	
			1 jan- 31 okt	1 n 31 d
<u>Personele kosten</u>				
1. Projectleider dr. J. v.d.Zee, socioloog	148,4 - 50%		f 44.700	f 8.3
2. Arts/epidemioloog nn	130/148 - 50%		- 42.100	- 7.7
3. Veldwerkorganisator nn	112/130 -100%		- 69.700	- 12.3
4. Systeemontwerper nn	89 -100%		- 60.100	- 10.5
5. Secretaresse nn	32 -100%		- 39.000	- 7.1
6. Zes medische codeurs voor de per. 1-03 t/m 31-07	45,8 - 50%		- 56.500	-----
7. Systeembeheerder nn	71 -100%		-----	- 9.5
8. Twaalf medische codeurs voor de per. 1-11 t/m 31-12	45,8 -100%		-----	- 90.0
9. 2 assistenten computerverwerking en veldwerkorganisatie nn	45,8 -100%		-----	- 15.6
10. Adviseurs: dr. D.L. Crombie, prof.dr. F.J.A.Huygen, drs. P. van Leeuwen en een jurist voor 180 resp. 140 uur			- 17.100	- 3.8
11. Uitzendkracht verslaglegging 80 uur			- 2.600	-----
12. Werkstudenten coderen enquêtes 300 uur			- 5.300	
13. Aandeel Financiën en Administratie voor 250 resp. 50 uren			- 9.800	- 2.0
14. Begeleiding en overhead			PM	PM
Totale personele kosten			f.346.900	f 166.8

<u>Materiële kosten</u>	1985	
	<u>1 jan- 31 okt</u>	<u>1 nov- 31 dec</u>
Wervingskosten medewerk(st)ers	f 6.000	-----
Reis- en verblijfskosten		
- inzake veldwerk ca. 100 resp. 75 dagen	- 10.000	- 7.500
- codeurs 6 x 50 = 300 dagen	- 30.000	-----
- codeurs 12 x 45 = 540 dagen	-----	- 54.000
- overige medewerkers	- 3.000	- 1.000
honorarium deelnemende artsen à f 2.500	- 30.000	-----
huisvesting gemid. 4 resp. 7 personen	- 26.000	- 9.100
huur microsol computers		
- 2 stuks 10 mnd, 3 stuks 5 mnd à f600,--	- 21.000	-----
- 6 st. 2 maanden à f 600,--	-----	- 7.200
- 2 stuks 2 maanden en aanschaf in 1986	-----	- 2.400
computerkosten ACCU en ponswerk	- 25.000	- 25.000
inventaris 5 resp. 8 personen + printer	- 21.000	- 5.000
bureaukosten incl. floppies	- 24.000	- 5.500
kosten 1000 enquêtes incl. porti	- 2.800	-----
vergaderkosten o.a. bijeenkomst artsen	- 6.000	- 1.000
kosten rapportage en diversen	- 8.500	- 2.000
Totaal materiële kosten	<u>f 213.300</u>	<u>f 119.700</u>

Totaal aan kosten f 846.700 = f 560.200 + f 286.500

te financieren door de Ziekenfondsraad

8. KORTE WEERGAVE VAN HET VERDERE VERLOOP VAN HET PROJECT

Een belangrijk moment in de besluitvorming is september 1985, wanneer op grond van een hernieuwde projectbegroting een definitief projectvoorstel zal worden ingediend. Per 1 november 1985 zou dan het project 'echt' beginnen.

De bedoeling is om de materiaalverzameling over twee jaar te spreiden en wel zo dat praktijken gedurende een half jaar registreren.

De periode van twee jaar is gekozen uit organisatorische overwegingen: als het project in volle omvang wordt uitgevoerd (dat wil zeggen een landelijke representatieve groep praktijken van ongeveer 90 stuks, aangevuld met ongeveer 100 praktijken om de vraag naar de meerwaarde van samenwerking adequaat te kunnen beantwoorden) dan doen ongeveer 350 à 380 artsen aan het project mee.

Spreekt men deze groep over 1 jaar dan moet telkens 2 x 90 à 100 praktijken worden bijgehouden. Kan men zeven groepen creëren dan zijn er tegelijkertijd niet meer dan 2 x 50 huisartsen aan het registreren, hetgeen met 3 à 4 ploegen van 6 co-deurs kan worden opgevangen.

Uiteraard moet alles zo worden georganiseerd dat er na het eerste jaar al rapportage kan plaats vinden en dat de resultaten van het eerste jaar ook in beginsel representatieve gegevens opleveren.

De jaren 1986 en 1987 zijn dus bestemd voor materiaalverzameling; in de loop van 1986 (na enkele maanden) verdwijnt de systeemontwerper en wordt een definitieve projectleider benoemd, die voor de rapportage zorgdraagt en de uitvoering van het onderzoek coördineert.

Eind 1987 kan de veldorganisatie worden 'afgebouwd' en kan men zich concentreren op de verwerking van de resultaten.

De definitieve rapportages van de diepergravende onderzoeken zijn voor 1988-1989 voorzien; beleidsinformatie kan veel eerder (na de tweede helft van 1986) worden geleverd.

LITERATUUR

- BARTELS, M, L. SCHEEPMAKER, P.P. GROENEWEGEN en J. VAN DER ZEE, Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg, Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 94 (1984) p.70-74.
- BOOTS, J.M.J., Het werk van de huisarts, dissertatie R.U. Limburg, Maastricht, 1983.
- BREMER, G.J. Het verwijzen in de huisartspraktijk, dissertatie, Utrecht, 1964.
- COMMISSIE STRUCTUUR HONORERING MEDISCHE SPECIALISTEN, Eindrapport, Leidschendam, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.
- CREBOLDER, H.J.F.M., Gebruik en gebruikers van fysiotherapeutische behandelingen, Huisarts en Wetenschap, 26 (1983) p.42-48, 62.
- CROMBIE, D.L. en 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., Verwijzingen door de huisarts, Gezondheid & Samenleving, 3 (1982) p.141-51.
- GAAG, J. van der, An econometric analysis of the Dutch health care system, dissertatie, R.U.Leiden, 1978.
- HAAYER-RUSKAMP, F.M., Het voorschrijfgedrag van de huisarts, dissertatie, R.U. te Groningen, 1984.
- KERKHOFF, A.H.M. Huisarts en fysiotherapeut, Medisch Contact, 33 (1982) p.991-996.
- NIEUWE NOTA GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984.
- OLIEMANS, A.P., Morbiditeit in de huisartspraktijk, Leiden, Stenfert Kroese, 1969.
- OPCS (OFFICE of POPULATION CENSUSES AND SURVEYS), Morbidity Statistics from general practice, Second National Study 1970-71, Studies on medical and population subjects no. 26, London, HMSO, 1974.
- OPCS, Morbidity statistics from general practice, 1971-72, Second National Study, Studies on medical and population subjects. no. 36, London, HMSO, 1979.
- OPCS, Morbidity statistics from general practice, socio-economic analyses. Studies on medical and population subjects no. 46, London, HMSO, 1982.
- PETERS, L., De relatie tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 39 (1984) p.33-46.
- PHILIPSEN, H., Afwezigheid wegens ziekte, Groningen, Wolters Noordhoff, 1969.
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE, Tussen 1e en 2e echelon, deel 1 en 2, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1977, 1978.
- idem Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk, Gezondheid & Samenleving, 1 (1980) p.59-68.
- RUTTEN, F.F.H., The use of health care facilities in the Netherlands, dissertatie R.U. Leiden, 1978.

- RUTTEN, F.F.H., The impact of supply on the use of hospital facilities, differences between high and low income groups in the Netherlands ;
Actes du Xe Colloque international d'économétrie appliquée, Econometrie de la Santé, Lyon, 1983.
- SANAVRO, F.L., Probleempatiënten, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- SCHELLEVIS, F., Classificatie en registratie van interventies: een inventariserend onderzoek in nederlandse huisartspraktijken, Nijmegen/Utrecht, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut/ Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- SEVERIEN, R. en J. VAN DER ZEE, De haalbaarheid van het centraal coderen van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, Utrecht/Nijmegen, Nederlands Huisartsen Instituut/Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.
- VEN, W.P.M.M. van de, Studies in health insurance and econometrics, Dissertatie R.U. Leiden, 1984.
- VERHAAK, P.F.M., Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62 (1984) p.450-454.
- VLIET, R.C.J.A. van en W.P.M.M. VAN DE VEN, Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, Gezondheid & Samenleving, 3 (1982) p.54-72.
- WIJKEL, D., Samenwerken en Verwijzen, deel I: Praktijkvorming en produktie-cijfers, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- idem Samenwerken en Verwijzen, deel II: Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- WIJKEL, D. en J. VAN DER ZEE, Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer (cijfers uit de periode 1976-78), Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 62 (1984) p.428-432.

Bijlage 1

SELECTIE VAN DE PRAKTIJKEN EN VOORGESTELDE WERKWIJZE

In de voorgaande paragrafen is reeds uiteengezet welke aanvullingen op de basissteekproef men per deelproject zou moeten verzorgen. Het is goed om dit nog even te resumeren per project.

1. Verwijzen op micro-niveau

De belangrijkste factor die van invloed is op verwijscijfers van huisartspraktijken, is de afstand van de praktijk tot het dichtstbijgelegen ziekenhuis (Zie Posthuma en Van der Zee, 1977, '78 en '80; Dopheide, 1982 en Wijkkel, 1983).

Wij stellen voor om de afstand in 3 categorieën in te delen:

Categorie 1. Ziekenhuis in de plaats waar de huisarts is gevestigd.

Categorie 2. Ziekenhuis op 1 tot 10 kilometer afstand.

Categorie 3. Ziekenhuis op meer dan 10 kilometer verwijderd van de plaats waar de huisarts is gevestigd.

Een tweede factor die de verwijscijfers van huisartsen in grote mate beïnvloedt is de regio waar de huisarts is gevestigd. Huisartsen uit het zuiden des lands hebben gemiddeld een verwijscijfer dat meer dan 10% hoger ligt dan hun collega's in de rest van het land, en bijna meer dan 20% hoger dan hun collega's in het noorden des lands. Voor onderzoek naar verwijzen is het van belang om voldoende praktijken in het noorden en in het zuiden in het onderzoek te betrekken. Afstand en regio zijn dus de twee factoren waar de aanvullende steekproef op moet worden gestratificeerd.

2. Voorschrijven van fysiotherapie

Reeds opgemerkt is dat over de invloed van structurele variabelen op het voorschrijven van fysiotherapie niets bekend is. Vooralsnog gaan wij ervan uit dat de factoren die het voorschrijven van fysiotherapie beïnvloeden in voldoende mate in een normaal bestand voorkomen.

3. Zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg

Structurele factoren voor de keuze van huisartsenpraktijken spelen niet mee bij dit onderwerp. Het probleem is hier eerder om een goede organisatie op te zetten voor het aanvullende enquête en dagboek- en onderzoek.

4. Meerwaarde van samenwerking

Wil men de praktijkstudie gebruiken voor een andere analyse van de meerwaarde van samenwerking, dan is een uitvoerige stratificatie-procedure vereist. Gezondheidscentra en groepspraktijken komen namelijk in een evenredige steekproef té weinig voor. Wij stellen voor om vijf typen praktijken te onderscheiden. De eerste verdeling is naar solisten, duo- en groepspraktijken, en gezondheidscentra enerzijds. De eerste twee categorieën kan men dan nog indelen in al dan niet samenwerkend met de kerndisciplines in de gezondheidszorg (home-team samenwerking). Op deze wijze verkrijgt men 5 sub-groepen.

5. Tijdsbelasting bij verschillende patiëntengroepen (gedifferentieerd abonnements honorarium)

Het onder 5. genoemde thema kan niet los gezien worden van het onder 9 genoemde onderwerp : bijzondere groepen in de huisartsenpraktijk. De vereiste is hier dat bekende risico-groepen in voldoende variatie voorkomen. Dit geldt voor de aan levensfase en geslachtsverschillen gekoppelde risico-factoren zonder meer; voor bv. ethnische minderheden en personen met zeer lage inkomens dient de steekproef voldoende praktijken te bevatten uit de binnensteden van de grotere steden van Nederland.

6. Het voorschrijven van geneesmiddelen

De enige factor die hier van belang is, is het al dan niet apotheekhoudend zijn van de huisarts. Alle andere factoren worden geacht in voldoende mate in een normaal bestand voor te komen.

7. Nazorg van ziekenhuispatiënten

Hoewel over dit onderwerp nog weinig concreet modelmatig onderzoek is verricht, nemen wij aan dat ook hier de afstandsfactor tot het Algemeen Ziekenhuis van belang is. Regionale verschillen in aard en omvang van nazorg, zijn niet bekend, laat staan dat de effecten ervan kunnen worden voorspeld.

8. Relatie huisartsenpraktijk/ (A)GGZ/AMW

De afstand tot GGZ-voorzieningen en AMW-voorzieningen zou hier een belangrijke rol kunnen spelen. Ook de dichtheid van deze voorzieningen is een factor die van invloed zou kunnen zijn.

9. Bijzondere groepen in de huisartspraktijk

Zijn reeds genoemd.

De hierboven opgesomde factoren zijn soms onafhankelijk van elkaar, bijvoorbeeld praktijkvorm en structurele factoren als afstand tot ziekenhuis en regio, en vallen soms met enige goede wil in elkaars verlengde. We gaan ervan uit dat, als men een voldoende grote steekproef van huisartsenpraktijken trekt die meer dan 10 kilometer van een algemeen ziekenhuis zijn gevestigd, in deze groep ook voldoende apotheekhoudende huisartsen zullen worden aangetroffen. Wij gaan er bovendien van uit dat de afstand van een huisartsenpraktijk tot een algemeen ziekenhuis in het algemeen ook redelijkerwijs zal samenvallen met de afstand van een huisartsenpraktijk tot voorzieningen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, of liever gezegd, dat plaatsen waar een algemeen ziekenhuis is gevestigd in voldoende mate samenvallen met de plaatsen waar een instelling voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg is gevestigd.

De afstand tot dikwijls in bosrijke, rurale gebieden gevestigde psychiatrische inrichtingen is op deze manier niet in het onderzoek meegenomen. Als men dit zou willen doen, dan zal het aantal praktijken aanzienlijk groter worden. Het is de vraag hoe belangrijk deze specifieke relatie met deze specifieke vorm van gezondheidszorg wordt gevonden.

Tenslotte gaan we ervan uit dat plaatsen met een algemeen ziekenhuis in de meeste gevallen een stedelijk of grootstedelijk karakter dragen. Het is juist in deze steden dat men bijzondere groepen in de huisartspraktijk kan aantreffen. Wij vermoeden dat hier geen extra steekproeftrekking of stratificatie voor nodig is.

Nuanceren enig geweld aandoend, zouden wij durven stellen dat stratificatie op afstand tot algemene ziekenhuizen, regio en praktijkvorm de 9 genoemde speciale onderwerpen op voldoende wijze zal kunnen belichten. Als vuistregel voor de grootte van de sub-groepen dient men aan te nemen een groep die zo groot is dat het verschil met een andere groep, bij een- of tweezijdige toetsing statistisch kan worden aangetoond. Wanneer men een groepsgrootte van ± 40 hanteert kan men verschillen tussen groepen, met een redelijke uitsluiting van ten onrechte gemaakte fouten aantonen.

Men dient overigens te beseffen dat, gezien de grote inspanning die van de praktijken wordt gevergd, van een steekproeftrekking in strikte zin geen sprake is. Men is afhankelijk van vrijwillige medewerking; men kan proberen door adequate honorering deze medewerking zo goed mogelijk te stimuleren, maar de werkwijze zal eerder zo zijn, dat zich aanmeldende praktijken (na opgeroepen te zijn in tijdschriften of schriftelijk of persoonlijk te zijn benaderd) worden ingedeeld in de verschillende sub-verdelingen, dan dat van het trekken

van een toevalssteekproef sprake zal zijn. Dit is een probleem, dat altijd inherent is aan onderzoeken in de huisartspraktijk. Verhaak constateert dat artsen die video-opnamen toestaan in hun praktijk, op een aantal punten afwijken van een groep die antwoord geeft op een schriftelijke vragenlijst (Verhaak, 1983). Wijkel (1984) vindt dat huisartsen die een enquête over samenwerking terugsturen lagere verwijscijfers hebben dan de artsen die deze vragenlijst niet terugzenden. Uit onderzoek naar ziekteverzuim (Philipsen, 1969) blijkt dat bedrijven die zich laten onderzoeken, ook lagere verzuimcijfers hebben dan bedrijven die weigeren aan het onderzoek mee te doen. Men kan in ieder geval proberen om door honorering en zo veel mogelijk minimalisering van de werkbelasting de selectie zo min mogelijk te beïnvloeden.

Als we de aanpak volgen van: eerst een toevalssteekproef van ongeveer 90 praktijken en dan aanvulling op een dusdanige wijze dat alle relevante sub-groepen tussen de 35 en 50 praktijken bevatten, en als we bovendien ervan uitgaan dat afstand tot ziekenhuis en regio enerzijds, en praktijkvorm anderzijds -dat wil zeggen voor andere typen onderzoeken- belangrijke stratificatievariabelen zijn, dan hoeven niet alle sub-groepen evenredig gevuld te zijn. Als men de verdeling kiest: regio noord-zuid en rest van Nederland en afstand in 3 categorieën enerzijds en 5 praktijkvormen anderzijds dan zijn er totaal 45 cellen in de tabel. Het voldoende vullen van al deze cellen zou $45 \times 35 \text{ à } 50 =$ ongeveer 1800 praktijken vergen. Dit is een aantal dat té absurd is om er verder over te praten.

Gaat men echter uit van de randtotalen, en wel dusdanig dat men ook niet persé binnen een regio de verschillende afstandscategorieën met elkaar wil vergelijken dan heeft men een aanvulling nodig die gebaseerd is op de categorie met de meeste cellen, namelijk praktijkvorm. Deze vijf categorieën van praktijkvormen moeten voldoende aantallen bevatten om met elkaar vergeleken te worden. Gaat men uit van een getal tussen de 35 en 50, dan komt men ongeveer op 200 praktijken uit. Deze 200 praktijken moeten zo worden gekozen, dat er voldoende praktijken in het noorden en zuiden des lands worden geselecteerd voldoende praktijken die verder dan 10 kilometer van een ziekenhuis liggen omdat dit de categorieën zijn die bij een normale verdeling ondervertegenwoordigd zijn.

Als we uitgaan van een toevals - 'representatieve' steekproef van 90 à 100 praktijken, dan is de verdeling van deze praktijken over de cellen in de tabel als volgt:

Tabel 1: Verdeling van praktijken naar regio, afstand ziekenhuis en praktijkvorm (per cel staan achtereenvolgens het totaal aantal praktijken, een 2% steekproef hieruit en het aantal aanwezige peilstationspraktijken vermeld).

		noord			zuid			rest			totaal
		0 km	1-10 km	>10 km	0 km	1-10 km	>10 km	0 km	1-10 km	>10 km	
SOLO *	alle	171	65	212	314	211	129	1556	501	506	3665
	2%	3	1	4	6	4	3	31	10	10	72
	Peil	1	0	3	2	3	1	14	2	5	31
DUO	alle	35	10	28	86	68	45	185	85	95	637
	2%	1	0	1	2	1	1	4	2	2	14
	Peil	0	0	1	0	1	1	2	4	0	9
GROEP	alle	6	1	1	18	8	7	25	11	14	91
	2%	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Peil	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
GEZOND- HEIDSC.	alle	6	0	3	13	8	0	56	21	13	120
	2%	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Peil	1	0	0	0	0	0	2	0	1	4
TOT	alle	218	76	244	431	295	181	1822	618	628	4513
	2%	4	1	5	8	5	4	37	12	12	88
	Peil	2	0	4	2	4	2	20	6	6	46

* associaties in gescheiden gebouw zijn als solo gerekend.

Toelichting: In het voorgaande is gesproken over 5 praktijkvormen, namelijk solisten al dan niet in home-team samenwerkend, duo en groepspraktijken al dan niet in home-team samenwerkend en gezondheidscentra. In de tabel staan echter cijfers voor 3 praktijkvormen vermeld: solisten, duo en groepspraktijken en gezondheidscentra. De reden hiervoor is dat wel bekend is (zie Wijkkel, 1984) hoeveel % van solisten en duo-praktijken een samenwerking met home-teams hebben (of althans dit kan voor het totaal geschat worden op respectievelijk 35% en 41%), maar de verdeling van deze specifieke samenwerkingsvormen over regio en afstand tot ziekenhuis is niet bekend. Vooral de afstandsfactor zal de participatie in home-teams beïnvloeden.

Voor de randtotalen echter kan men wel ongeveer schatten hoeveel kans er bestaat dat een solist of een duo- of groepspraktijk in een home-team samenwerkt. Men moet ook niet uit het oog verliezen dat er niet echt van steekproeftrekking sprake is, maar dat zoveel mogelijk artsen en praktijken worden opgeroepen om aan het onderzoek mee te doen, en dat bij de aanmeldingen gezorgd dient te worden dat de praktijken voldoende over de randtotalen zijn verdeeld.

In de tabel staat de verdeling van de praktijken (let wel, praktijken niet artsen) per januari 1984 vermeld. Over praktijkvorm in 3 klassen, regio in

drie gebieden en afstand tot ziekenhuis in drie klassen.

Werving van de praktijken

Deelname van de Peilstations is afhankelijk van de bereidwilligheid van de drie participanten in dit project: het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en het Nederlands Huisartsen Instituut die allen vertegenwoordigd zijn in de begeleidingscommissie van het project. Uiteraard moeten ook de projectleider en de deelnemende artsen tot meedoen bereid zijn. Het is de bedoeling dat deze peilstationsgroep een half jaar lang, inplaats van een selectie uit de morbiditeit, alle gegevens registreert en vervolgens weer overgaat op de normale dagelijkse werkzaamheden. Tegelijkertijd is dan het patiëntenbestand van deze groep 'geautomatiseerd' en bovendien zijn patiëntengegevens uitgebreid, hetgeen de waarde voor de epidemiologie van deze praktijken zeer verbetert. De groep moet worden aangevuld met een aantal gevallen om het voor gezondheidszorgonderzoek noodzakelijke aantal van 90 te halen, en vervolgens moeten vooral praktijken in het noorden en zuiden van het land, en praktijken die verder dan 10 kilometer van het ziekenhuis af liggen en gezondheidscentra worden aangevuld om per sub-groep voldoende celvullingen te verkrijgen.

Het is de bedoeling om de groepen die men zou willen over-vertegenwoordigen een brief te schrijven; wellicht de universitaire huisartseninstituten in Groningen en Maastricht te benaderen om voldoende deelname uit de minder sterk vertegenwoordigde groep te verkrijgen.

Om voldoende gezondheidscentra in het onderzoek te krijgen zal een extra appèl op deze groep noodzakelijk zijn. Gezien de inzet en de bereidwilligheid om aan onderzoek deel te nemen van deze praktijken, zal dat waarschijnlijk nog de minste problemen vergen.

Een technisch uitstapje

a. Materiaal verzameling

Het is goed om, nu de opzet van het project in grote lijnen is beschreven, een uitstapje te maken naar de technische aspecten van de verzameling van gegevens. Men zal zich onderhand afvragen hoe de betreffende informatie uit de huisartspraktijk wordt verzameld. Op de een of andere manier zal toch automatisering

moeten worden ingeschakeld om de geweldige hoeveelheid informatie te verwerken. Dit is inderdaad het geval. Wij stellen ons voor om te werken met micro-computers en op zogenaamde floppy-disks opgeslagen gegevensbestanden. De betreffende gegevensbestanden zijn echter speciaal aangelegd voor onderzoek en beleid, en vormen geen deel van de dagelijkse administratie van de huisarts. De micro-computer wordt door een reizende codeur, eens in de zoveel tijd, in de praktijk gezet. De gegevens die reeds op floppy-disks zijn verzameld, blijven mede in verband met privacy-problemen, in de huisartspraktijk; alleen oninterpreteerbare codenummers worden op floppy-disks gezet, die naar een centraal adres wordt opgestuurd. De werkwijze in de praktijken is als volgt: eerst worden de praktijken geteld. Van elke patiënt wordt een kleine hoeveelheid basisgegevens vastgelegd, naam/adres/geboortedatum/geslacht/verzekeringsvorm en een aantal gegevens over de gezondheidstoestand die permanent op de achtergrond aanwezig zijn, zoals lijden aan een bepaalde chronische ziekte.

Deze informatie wordt door de codeurs op een tien- tot twintigtal floppy-disks gezet, die zo verdeeld zijn en alfabetisch gesorteerd dat de informatie over een heel jaar arts/patiënt-contacten aan de basisinformatie kan worden toegevoegd zonder dat het schijfje vol loopt. Deze informatie wordt op etiketten geprint. De etiketten worden geplakt op een soort van plastic mapje (A-5 formaat). Al deze plastic mapjes komen alfabetisch in een schaduw-kaartsysteem dat door de doktersassistente wordt beheerd. De werkwijze is als volgt: de huisarts registreert op bijvoorbeeld A-5 formuliertjes in blokform en geeft de naam en woonplaats van de patiënt zo aan dat de assistente kan terugvinden wie het is. Zij pakt het plastic mapje met adres en naam uit het schaduw-kaartsysteem, doet het formuliertje erin en zet dit mapje in een bak waarin op alfabetische volgorde alle patiënten die in een bepaalde periode (bv. 2 weken tijds) de huisarts hebben bezocht, staan opgeslagen.

Eens in de veertien dagen komt de codeur langs met de microcomputer, kijkt in de bak welke nieuwe gevallen er zijn; voegt bovendien nieuw ingeschreven patiënten aan het bestand toe en vermeldt van uitgeschreven patiënten op welke datum zij niet meer van de praktijk deel uitmaken en voegt de door de huisarts geregistreerde informatie aan de in de praktijk aanwezige schijfjes toe. In de microcomputer is al een controleprogramma aanwezig, dat kijkt of de toegevoegde informatie klopt met de aanwezige informatie. Bovendien kan de codeur direct controleren of alle informatie volledig is, en als dat niet het geval is de huisarts om aanvulling vragen. De nieuwe informatie wordt gekopieerd op een schijfje dat door de codeur naar een centraal bestand wordt opgestuurd. In dat centralebestand is een

verfijnd contrôleprogramma aanwezig; de resultaten daarvan worden aan de codeur opgestuurd, zodat hij of zij bij de volgende keer eventueel vervolgmutaties kan coderen.

Het werken met een reizende microcomputer heeft het voordeel boven het installeren van een dergelijk apparaat in de praktijk, dat de kosten sterk worden gedrukt. Men hoeft niet voor iedere praktijk een systeem aan te schaffen. Bovendien zou dat eigenlijk een systeem moeten zijn met een hard-disk om het gehele patiëntenbestand in een keer toegankelijk te maken. Dit nu kost alleen al

f 10.000,-- per praktijk en hiervoor heeft men ook een veel groter en sterk computersysteem nodig. Ook zou men er niet aan moeten denken dat alle informatie zoals bijvoorbeeld nu met de peilstations gebeurt, rechtstreeks van de praktijk naar centrale codeurs zou worden gestuurd. Dit zou namelijk een continue correspondentie en telefoongesprekken vragen, waardoor de praktijk ernstig belast zou zijn. Als men de informatie-verzameling telkens in stukjes van een of twee weken hakt, is de belasting van de praktijk niet groter dan nodig is en kan men bovendien gebruik maken van wat minder geavanceerde computertechnieken die veel goedkoper zijn.

b. Registratieformulier

Van groot belang is het registratieformulier dat de huisarts hanteert. Wij zullen nog in detail uitwerken hoe dit formulier eruit dient te zien. Het hoort in ieder geval een aantal gegevens te bevatten over de patiënt, en wel dusdanig dat deze door de assistente kan worden geïdentificeerd, over plaats en tijd van het contact, over de verschillende mogelijke problemen waar de patiënt -volgens de huisarts- mee komt, en alle zaken die de huisarts met het probleem doet in termen van terugbestellen, voorschrijven, verwijzen, laboratorium, kleine chirurgie, gesprek, etc.

Van belang is het te memoreren dat registratie alleen geschikt is voor het noteren van duidelijk afgrensbare activiteiten. Een vaak genoemd voorbeeld is de zogeheten 'klinische blik'; hoe belangrijk deze voor de intuïtieve diagnostiek van de huisarts ook moge zijn, hij valt met registratiemethodiek niet zichtbaar te maken. Dat moet men door middel van observaties of interviews doen. Zijn de handelingen duidelijker afgrensbaar, dan is registratie heel goed mogelijk. Men moet zich voorstellen dat een huisarts die een handeling moet verrichten, zich er nadrukkelijk van bewust moet zijn dat hij de handeling verricht en het vervolgens ook nog moet noteren. De tijd die het consult in beslag neemt en een aantal oordelen over het consult, bijvoorbeeld op de dimensie psychoso-

ciaal/somatisch; de mate van ernst en bijvoorbeeld de mate waarin men de klacht als reëel bestempelt, zouden per probleem ook kunnen worden genoteerd. Het is de bedoeling dat de huisarts geen codering verricht. Hij moet aangeven wat het probleem is waar de patiënt mee komt, of dat een oud of een nieuw probleem is (de in de Engelse morbiditeitsstudies gebruikte indeling in typen van episode nl. A. episode die reeds was begonnen vóór het teljaar, B. nieuwe episode, C. nieuwe episode van een reeds bekende aandoening, D. episode die buiten de huisartspraktijk wordtesignaleerd, lijkt ons zeer bruikbaar mits men de vijfde categorie E. episode die reeds begonnen was binnen het teljaar, toevoegt) en wat de huisarts per probleem onderneemt. De huisarts zal worden gevraagd om zoveel mogelijk afrondende conclusies te formuleren in termen van diagnose, symptoom, klacht, probleem of reden voor contact. Te overwegen valt om -als de huisarts van mening is dat psychosociale aspecten een rol spelen en dit ook op een schaalte aangeeft: ook te vragen waar de huisarts de achterliggende problematiek localiseert.

c. Keuze van een classificatie voor ziekten, klachten en problemen

De codeur codeert het door de arts benoemde probleem in een algemeen geaccepteerde classificatie. Wij opteren voor de 3-cijferige code van de ICD (International Classification of Diseases and causes of death), waarvan in het onderzoek Registratie/Classificatie in de huisartspraktijk (Severien en Van der Zee, 1984) gebleken is dat hij goed voldoet bij het classificeren van in de huisartspraktijk vastgestelde problemen. Men kan ook de door de Engelse Royal College of General Practitioners ontwikkelde E-lijst gebruiken en voor iedere verzamelcode de ICD-9 invullen, zoals ook in de Engelse Nationale Morbiditeits Surveys gebeurt. Het enige bezwaar dat men zowel tegen de ICD als tegen de E-lijst met aanvulling kan inbrengen is dat ze geen goede codering hebben voor onverhulde psychosociale problematiek. Deze problematiek is in de ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care) wél onderscheiden. Het grote bezwaar van deze laatste classificatie is echter dat alle termen nauwkeurig omschreven en gedefinieerd zijn. Even afgezien van de vraag of huisartsen zelf een dergelijk classificatiesysteem kunnen hanteren (in dit verband moet nogeens gewezen worden op de problemen die Crombie (Crombie en Van der Zee, 1983) signaleerde bij het al te strak definiëren van de criteria, omdat men dan namelijk naast de zuivere gevallen ook met een groot aantal gevallen blijft zitten die slechts aan enkele van de criteria voldoen), is het voor een codeur helemaal niet meer na te gaan of de huisarts bij de benoeming van een probleem alle criteria wel heeft gehanteerd. Dit maakt de ICHPPC-2 ongeschikt voor centraal coderen.

EEN GLOBALE RAMING VAN DE KOSTEN

De kosten van deze studie vallen uiteen in drie hoofdgroepen

- a. de voorbereiding
- b. de materiaalverzameling
- c. de uitwerking van de diverse deelonderzoeken

Per groep zal een globale raming gegeven worden van de verwachte kosten.

In dit stadium is het nog niet meer dan een raming. Verschillende onderdelen van het projectplan zullen nog nader moeten worden uitgewerkt, dan wel in de praktijk getest. Deze paragraaf bedoelt dan ook alleen maar een eerste indicatie te geven van de te verwachten kosten bij de gekozen opzet.

Ad a. De voorbereiding

In de voorbereidingsfase moeten onder andere de volgende werkzaamheden worden verricht:

- werven van deelnemende huisartspraktijken
- werven van tijdelijke medewerkers voor materiaalverzameling en -verwerking
- instructie van artsen en tijdelijk personeel
- ontwerpen van registratieformulieren, enquêteformulieren, en dergelijke
- keuze en aanschaf van apparatuur
- pilostudy in 5 praktijken (2 solo, 2 duo of groepspraktijken en 1 gezondheidscentrum) voor het uittesten van de formulieren en de organisatie-opzet en voor een exacte berekening van de tijd die nodig is voor materiaalverzameling
- opzetten van beheersstructuur voor het project
- ontwikkelen en opzetten van de gegevensstructuur voor het centrale informatiesysteem en de decentrale invoer-units
- ontwikkelen van programmatuur voor materiaalverzameling (o.a. feedback- en controleprogramma's)

De voor deze voorbereiding benodigde mankracht en middelen is begroot op f 560.200,-- (KF 560). (voor een exacte verantwoording zie pag. 43 van het projectvoorstel).

Ad b. Materiaalverzameling

De kosten van materiaalverzameling vormen de grote piek in de totale kosten van het project.

Voor het berekenen van de kosten gaan we ervan uit dat alle 200 praktijken gedurende een half jaar alles registreren.

De verdeling van de praktijken is als volgt:

	representatieve deel		aanvullende praktijken		totaal	
	praktijken	artsen	praktijken	artsen	praktijken	artsen
solo	71	71	9	9	80	80
duo	14	28	56	112	70	140
groepsprak- tijken	2	7	8	28	10	35
gezondheids- centra **	2	6	38	122	40	128
totaal	89	112	111	271	200	383

* aantal artsen per groepspraktijk (1-1-83): $\frac{314}{91} = 3.45$

** gezondheidscentrum: $\frac{388}{120} = 3.23$

Totaal zijn er 200 praktijken en 383 artsen (of praktijkequivalenten) bij het onderzoek betrokken.

De kosten van de materiaalverzameling vallen uiteen in zes hoofdgroepen:

a. kosten van het honorarium voor de praktijken	circa KF 1915
b. kosten van het tellen van de praktijken en het opbouwen van de basisbestanden	circa KF 1245
c. kosten van het coderen van de consultregistratie	circa KF 3640
d. kosten van de centrale opslag van de gegevens	circa KF 250
e. kosten van de patiënten-enquêtes en het verwerken daarvan	circa KF 600
f. personeelskosten en materiële kosten van het projectteam	circa KF 1318
TOTAAL	circa KF 8968

We zullen per hoofdgroep een toelichting geven op de gevolgde berekeningswijze:

Ad a. Het honorarium

Voor het vaststellen van de kosten van het honorarium moet men een bedrag vaststellen en ook vaststellen om hoeveel praktijken en/of artsen het gaat. Als we uitgaan van het bedrag dat bijvoorbeeld in het peilstations-project aan de individuele artsen wordt verstrekt (dit was in 1983 f 2.300,- per arts) dan lijkt het redelijk om als de praktijk een half jaar lang 'alles' moet registreren minimaal een bedrag van f 5.000,- per arts ter beschikking te stellen. Uit het project registratie/classificatie in de huisartspraktijk (deel II) bleek dat de huisartsen gemiddeld één minuut per consult (ongeveer een half uur à drie kwartier per dag) aan het registreren kwijt waren. Als men uitgaat van 130 registratiedagen spreken we over 65 à 100 uur. Totaal honorarium KF 1915.

Ad b. Het tellen van de praktijken en het opbouwen van het basisbestand

Het tellen van de praktijken stellen wij op 10 dagen per praktijk, van ongeveer 2500 patiënten. Dit betekent voor groep I: 112×10 dagen = 1120 dagen, voor groep II: 271×10 dagen = 2710 dagen. Totaal 3830 dagen. Dit is 30640 manuren, uitgaande van 1600 effectieve uren per jaar is dit ± 19 manjaren à raison ± 45.000 per jaar per man. Dit is 862 KF. Uitgaande van een kostenvergoeding van f 100,-- per dag aan reis- en verblijfskosten komt er nog 383 KF bij: totaal 1245 KF.

Ad c. Het coderen van consultgegevens

In een praktijk equivalent (2500 patiënten) komen gemiddeld tussen de 125 en 150 patiënten per week.

Bij een mutatiegraad van 10% in de praktijk zijn er 250 plus en 250 min mutaties per jaar in het patiëntenbestand hetgeen ongeveer tien per week is. Wij verwachten dat een codeur de 125 à 150 consultmutaties en de 10 patiëntmutaties per praktijkequivalent in ongeveer een dag kan coderen (dit is circa 3 minuten per patiënt, er van uitgaande dat van de acht effectieve werkuren er één afgaat voor het installeren en testen van de apparatuur en het aan het eind van de dag weer opbergen van het geheel). We gaan er van uit dat de codeurs één dag per twee weken nodig hebben voor algemene archiefwerkzaam-

heden, instructie, contact met de centrale gegevensverwerkende instantie, en eventueel opgelopen achterstand ($\pm 10\%$ van de registratietijd).

Een rekensom leert ons dat er in beide groepen ongeveer 11000 mandagen codeur nodig zijn (d.w.z. $383 \times 26 + 10\%$).

Totaal: 11000 mandagen is 50 manjaar à 45 KF = 2250 KF + 1100 KF onkosten = 3350 KF.

Nodig aan apparatuur: 25 portable micro-computers (à $\pm f$ 10.000,-) = 250 KF
en ca. 4000 floppy disks (à f 10,-) = 40 KF

Totale apparaatskosten 290 KF

(nota bene: onderhandeld kan worden over kwantum-korting, leasing, etc.)

Totale kosten voor het coderen van consultgegevens: 3640 KF.

Ad d. Kosten van centrale opslag

Voorlopig rekenen we alleen de kosten van een eigen computersysteem, ongeveer 125 KF per jaar. De personele kosten van het onderhouden van het systeem worden bij het projectteam geteld. De materiaalverzamelingsperiode is op twee jaar gesteld: totaal 250 KF.

Ad e. Patiëntenenquête

Als we in de 90 praktijken die gedurende het hele jaar registreren 500 enquêtes per praktijk uitzetten dan komt dat op 45.000 enquêtes. Het drukken en verzenden van deze enquêtes kost KF 90.

Het verwerken van 45.000 enquêtes vergt 9000 manuren à : 17,50 is KF 157.

Het mondeling interviewen van het restant van de enquêtes, bijvoorbeeld 20%, 9000 enquêtes maal twee manuren is 18.000 maal f 17,50 is KF 350.

Totaal voor de productie en verwerking van de enquête KF 600.

Ad f. Het projectteam

De totale periode van materiaalverzameling omvat ongeveer 27 maanden: 2 maanden voor het tellen van de eerste groep praktijken en het opbouwen van de eerste basisbestanden; 24 maanden registratie van consultgegevens en 1 maand voor het afwerken van de laatste groep.

In deze periode is het volgende projectteam nodig:

- een projectleider, BBRA 148 (27 maanden)	f 250.000,-
- een epidemioloog (27 maanden) (50%)	- 125.000,-
- een systeemontwerper BBRA 89 (8 maanden)	- 48.000,-
- een veldwerkorganisator, BBRA 112/130 (27 maanden)	- 190.000,-
- een beheerder van het centrale systeem, BBRA 71 (17 maanden)	- 85.000,-
- 2 assistenten veldwerkorganisator (17 maanden)	- 136.000,-
- een secretaresse, BBRA 32 (27 maanden)	- 108.000,-
Totale kosten projectteam	f 942.000,- = 942 KF

De materiële kosten van het projectteam inclusief de kosten van overhead worden geschat op f 376.000 = 376 KF (40%).

Totale kosten projectteam voor 27 maanden 942 KF + 376 KF = 1318 KF

Ad g. De uitwerking van de diverse deelonderzoeken

Na afloop van de materiaalverzameling kunnen de diverse deelonderzoeken worden uitgevoerd. Ook moet enige ruimte beschikbaar zijn voor het beantwoorden van relatief kleine, acute beleidsvragen. Voorlopig is een onderzoeksprogramma gepland van drie jaar waarin op verschillende tijdstippen rapportages over verschillende deelprojecten worden verzorgd.

De kosten hiervan bedragen op jaarbasis (prijspeil 1984 vanaf februari 1987)

kosten projectteam:

- projectleider BBRA 148	± f 110.000,-
- arts (50%) BBRA 130/148	± f 55.000,-
- 2 onderzoekers BBRA 112 à f 70.000,-	± f 140.000,-
- programmeur/systeemoperator BBRA 71/89	± f 60.000,-
- 1 research-assistent BBRA 43	± f 45.000,-
- 1 secretaresse BBRA 32	± f 40.000,-
Totaal kosten projectteam	f 450.000,-

Totaal kosten projectteam	f 450.000
Kosten computersysteem en computerverwerking	- 125.000
Materiële kosten (incl. overhead)	<u>- 180.000</u>
Totale kosten per jaar	f 755.000 (= 755 KF)
(voor 1987 11/12 x 755 = 692 KF. Totaal 1447 KF)	

Totale kosten (bij de geschetste projectopzet en een totale looptijd van 5 jaar):

- voorbereiding	(duur 10 maanden)	560 KF
- materiaalverzameling	(duur 27 maanden)	8968 KF
- uitwerking deelonderzoeken	(duur 23 maanden)	1447 KF

Totale kosten (over 5 jaar)	10975 KF
-----------------------------	----------

Dit betekent gemiddeld per jaar ± 2,2 miljoen gulden.

