

Het dienstenaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en andere praktijkvormen

De uitoefening van verloskunde, jeugdgezondheidszorg en aspecten van preventieve zorg vergeleken

R.T.J. Hamers, W.G.W. Boerma en P.P. Groenewegen*

Summary

There is a continuing debate in the Netherlands on the advantages and disadvantages, costs and benefits of the delivery of primary health care in integrated health centres as opposed to the care delivered in other practice settings. In this article we study the range of services delivered by general practitioners in integrated health centres as compared to gp's in other types of practice. The services studied are: obstetric care, well baby services, screening for hypertension and life style advice concerning such topics as smoking, alcohol consumption and overweight.

As far as obstetric care is concerned, our results indicate that differences between gp's in different practice settings are largely determined by the availability of midwives in the practice area. The participation rate of gp's in integrated health centres in well baby care is higher than the participation of gp's in other practice settings. This difference is not explained by other structural variables such as the degree of urbanization of the practice location; on the contrary the difference is even greater in highly urbanised areas.

For all types of practices, screening for hypertension and preventive advice is given only by a relatively small percentage of gp's. In this respect gp's in integrated health centres are doing even less than those in other practice settings. This may be related to attitudes towards the responsibility of patients for their own health.

1. Inleiding

Vergelijking van de werkwijzen van hulpverleners

* Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.

die wel en die niet gestructureerd samenwerken, is er doorgaans op gericht een beeld te krijgen van wat die samenwerking voor extra's oplevert. De belangstelling is daarbij vooral gericht op de gezondheidscentra, die vanaf het begin van de jaren zeventig zijn ontstaan om door een geïntegreerde aanpak de eerste lijn meer mogelijkheden te geven. Slagen ze er inderdaad in hogere kwaliteit te leveren?

Beantwoording van deze vraag is niet alleen interessant voor hulpverleners, die daardoor te weten komen of de doelstellingen van de samenwerking gerealiseerd worden, maar ook voor het beleid en de financiers van de gezondheidszorg.

Op het eerste gezicht namelijk lijken centra alleen maar kostenverhogend te werken; er gaat meer tijd zitten in onderling overleg en de gemeenschappelijke huisvesting is relatief duur. De belangstelling voor de meerwaarde van gezondheidscentra is dus mede ingegeven door de behoefte aan inzicht in het rendement van investeringen in de vorm van subsidies e.d.

Bij de verwachtingen omtrent het effect van multidisciplinaire samenwerking wordt wel eens uit het oog verloren dat gezondheidscentra weliswaar een aantal gunstige voorwaarden bieden, maar niettemin dienen te werken in de context van een gezondheidszorg die in diverse opzichten (bijvoorbeeld de financiering) slecht is toegesneden op deze samenwerkingsvorm. Centra zeggen door gebrek aan financiële armslag concessies te moeten doen, bijvoorbeeld in de vorm van minder niet-curatieve activiteiten (Peters, 1984; FAG, 1982).

Kortom, men mag verwachten dat gezondheidscentra het in een aantal opzichten beter doen, maar het is waarschijnlijk niet reëel te veronderstellen dat dat voor de hele breedte van het dienstenaanbod geldt.

Op één, niet onbelangrijk punt is er duidelijkheid:

huisartsen in gezondheidscentra verwijzen minder ziekenfondsverzekerden naar specialisten in de ziekenhuizen (Wijkel, 1986). Die verschillen kunnen niet worden toegeschreven aan allerlei andere factoren die gewoonlijk het verwijscijfer beïnvloeden.

Er is behoefte aan meer gegevens die een licht werpen op het verschil in functioneren van gezondheidscentra en andere praktijkvormen. Het onderzoek waarover dit artikel gaat, geeft een bescheiden antwoord op de volgende deelgebieden: verloskunde, jeugdgezondheidszorg, het opsporen van hypertensie en het (preventief) adviseren aan rokers, zware drinkers en te dikke personen. Dat juist deze aspecten van het dienstenaanbod van huisartsen werden gekozen, komt doordat hierover in gezondheidscentra (en groepspraktijken) al onderzoek was gedaan in het kader van het NIVEL- (voorheen NHI-)project Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden. Teneinde de resultaten hiervan in een breder kader te plaatsen werd besloten delen van deze onderzoeken te repliceren bij huisartsen die niet in gezondheidscentra of groepspraktijken werken.

Zowel de afzonderlijke onderzoeken in beide genoemde samenwerkingsverbanden als de replicatie zijn uitgebreid beschreven in een aantal rapporten (Boerma, 1983; Boerma en Hamers, 1984; Boerma, 1985; Hamers en Boerma, 1985).

2. Vraagstellingen en achtergronden van het onderzoek

Twee vragen staan in dit onderzoek centraal:

- a. Zijn er verschillen in de uitvoering van verloskunde, jeugdgezondheidszorg en aspecten van preventieve zorg tussen huisartsen in gezondheidscentra en hun collega's in andere praktijkvormen?
- b. In hoeverre blijven deze verschillen bestaan als rekening wordt gehouden met enkele 'structurele' factoren?

Zoals uiteengezet in de inleiding, werden deze onderwerpen gekozen omdat daarnaar al eerder onderzoek werd gedaan. De indicatoren voor de verschillende aspecten van het dienstenaanbod zijn dan ook hieraan ontleend. Voor wat betreft de verloskundige zorg is dat het al of niet leiden van bevallingen. Indicator voor het aanbod van preventieve jeugdgezondheidszorg is het werkzaam zijn van de huisarts als consultatiebureau-arts in de georganiseerde zuigelingen- en kleuterzorg.

Voor het aanbod op het gebied van preventieve zorg gelden de volgende twee indicatoren: het al of niet systematisch opsporen van patiënten met hypertensie en het al of niet geven van adviezen aan rokers, drinkers en te dikke patiënten, ongeacht of er klachten zijn.

Per onderwerp gaan we kort in op de factoren waarmee in de analyse rekening gehouden wordt. De uitoefening van verloskundige zorg door huisartsen is in belangrijke mate bepaald door de aanwezigheid van verloskundigen in het praktijkgebied. Indien namelijk een verloskundige beschikbaar is, dienen ziekenfondsverzekerde zwangeren van haar diensten gebruik te maken. Particulier verzekerden zijn vrij in hun keuze. Dit betekent dat ook het percentage particulier verzekerden een belangrijke variabele is, als het gaat om de verloskundige activiteit van de huisarts. Ook houden we rekening met de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats, hoewel die samenhangt met de verloskundigendichtheid.

Bij de rol die de huisarts vervult in de georganiseerde jeugdgezondheidszorg, zoals verleend in de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, onderzoeken we of eventuele verschillen overblijven, als we de volgende variabelen constant houden: urbanisatiegraad van de plaats van vestiging, omvang van de praktijkpopulatie en de verloskundige activiteit van de huisarts. Urbanisatiegraad is van belang omdat aan de consultatiebureaus in de steden door toedoen van de organiserende kruisorganisaties vaker speciale jeugdartsen zijn verbonden; de huisarts heeft hierdoor minder gelegenheid om deze taak uit te oefenen. De omvang van de praktijkpopulatie kan van invloed zijn doordat die grenzen stelt aan de tijd die de huisarts aan niet direct praktijkgebonden werkzaamheden kan besteden. De verloskundige activiteit wordt meegenomen omdat huisartsen die bevallingen leiden, vaker geneigd zouden kunnen zijn, uit oogpunt van continuïteit van zorg, ook betrokken te willen zijn bij de zuigelingen- en kleuterzorg.

Bij preventieve zorg, een breed en niet onomstreden terrein, hebben we gekozen voor de volgende aspecten: het opsporen van hypertensie en het adviseren met betrekking tot roken, drinken en overgewicht. Omdat het gaat om tamelijk nieuwe taakaspecten, mag men verwachten dat jonge huisartsen die nog maar kort geleden afgestudeerd zijn, meer systematisch preventief te werk gaan bij de opsporing van hypertensie en ook meer systematisch adviseren ten aanzien van ge-

noemde lee
daar dat he
variabele w
voor de pra
den als bij
zorg vraagt
praktijk do
een huisarts
wachten we
nen op hype
ren ten aanzi

3. Materiaal

De hier gebr
tra en groeps
lijke enquête
populatie van
kingsverband
van het proje
werkingsverb
sen in solo- e
een a-selecte
eveneens sch
pons op de er
Omdat de en
werpen in ge
in verschillen
van die samer
nogal is toeger
tiek. Zo komt
groter is dan i
proef uit de ov
genoemde pop

Tabel 1. Het aa

gezondheidscentra (populatie)	
groepspraktijken (populatie)	
gezondheidscentra (populatie)	
groepspraktijken (populatie)	
overige praktijkvormen (aselecte steekproef)	
totaal	

noemde leefgewoonten c.q. risicofactoren. Van daar dat het jaar van afstuderen als verklarende variabele wordt meegenomen. Dat geldt ook hier voor de praktijkomvang, en wel om dezelfde reden als bij jeugdgezondheidszorg: preventieve zorg vraagt extra tijd die de huisarts met een grote praktijk doorgaans minder kan opbrengen dan een huisarts met minder patiënten. Tenslotte verwachten we dat huisartsen die systematisch screenen op hypertensie, ook meer preventief adviseren ten aanzien van de genoemde risicofactoren.

3. Materiaal en methode

De hier gebruikte gegevens van gezondheidscentra en groepspraktijken zijn ontleend aan schriftelijke enquêtes die in 1982 en 1983 aan de hele populatie van huisartsen in deze twee samenwerkingsverbanden werden toegestuurd (in het kader van het project Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden). De gegevens van de huisartsen in solo- en duopraktijken zijn verzameld bij een a-selecte steekproef van 500 huisartsen door eveneens schriftelijke enquêtes in 1983. De respons op de enquêtes is in tabel 1 weergegeven. Omdat de enquêtes van de verschillende onderwerpen in gezondheidscentra en groepspraktijken in verschillende jaren plaatsvonden en het aantal van die samenwerkingsverbanden in die periode nogal is toegenomen, zijn de populaties niet identiek. Zo komt het dat het aantal huisartsen in 1983 groter is dan in 1982. Vergelijking van de steekproef uit de overige praktijkvormen en de zojuist genoemde populatiegegevens is gerechtvaardigd

doordat de steekproef a-select getrokken is en de respons goed is.

Niettemin is het raadzaam na te gaan, in hoeverre respons en non-respons van elkaar afwijken. De huisartsen uit de overige praktijkvormen die niet aan het onderzoek hebben meegewerkt, zijn ouder en relatief vaker in de grote steden gevestigd dan zij die wel het enquêteformulier terugstuurden.

De huisartsen in gezondheidscentra die in 1982 aan het onderzoek hebben deelgenomen, zijn gemiddeld jonger en iets vaker in de grote steden gevestigd. Ook de huisartsen in groepspraktijken die in dat jaar aan het onderzoek hebben meegewerkt, zijn gemiddeld wat jonger. Wat betreft de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats wijkt de respons hier niet van de totale populatie af. Eenzelfde vergelijking voor 1983 geeft géén verschil tussen respons en populatie te zien in gezondheidscentra. De huisartsen in groepspraktijken die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, zijn gemiddeld iets jonger.

De verschillen zijn van dien aard dat we de respons in voldoende mate representatief achten. De te verklaren variabelen in onze analyse zijn de eerder genoemde indicatoren: het al of niet leiden van bevallingen, werkzaam zijn in een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, het systematisch opsporen van hypertensie en het adviseren aan rokers, zware drinkers en te dikke patiënten zonder dat klachten daartoe aanleiding geven. Behalve de praktijkvorm (gezondheidscentrum versus overige) worden de volgende onafhankelijke variabelen gebruikt ter mogelijke verklaring

Tabel 1. Het aantal verstuurde en terugontvangen enquêtes.

		verstuurde enquêtes	respons
gezondheidscentra (populatie)	- verloskunde en jeugdgezondheidszorg (1982)	340	292 (86%)
groepspraktijken (populatie)	- verloskunde en jeugdgezondheidszorg (1982)	267	211 (79%)
gezondheidscentra (populatie)	- preventieve zorg (1983)	382	329 (86%)
groepspraktijken (populatie)	- preventieve zorg (1983)	307	236 (77%)
overige praktijkvormen (aselecte steekproef)	- verloskunde, jeugdgezondheidszorg en preventieve zorg (1983)	500	367 (73%)
totaal		1796	1435 (80%)

van verschillen. Bij verloskunde: de aanwezigheid van verloskundige(n) in het praktijkgebied, percentage particuliere patiënten en de urbanisatiegraad van de plaats van vestiging. Bij jeugdgezondheidszorg is het eveneens de urbanisatiegraad en verder de omvang van de praktijk en het al of niet verloskundig actief zijn van de huisarts. Bij preventie zijn het de praktijkgrootte en het jaar van afstuderen van de huisarts.

Door middel van variantie-analyse gingen we na, of verschillen tussen huisartsen in gezondheidscentra en andere praktijkvormen veranderen, als de overige onafhankelijke variabelen constant gehouden worden (in termen van de variantie-analyse: is er een significant hoofdeffect van de praktijkvorm). Als bepaalde combinaties van waarden van de onafhankelijke variabelen een extra grote of mogelijk juist geen of een tegengestelde afwijking te zien geven van het gemiddelde percentage huisartsen dat een bepaalde dienst aanbiedt, dan spreken we van een interactie-effect. Als we dergelijke interactie-effecten vinden, laten we in een boomdiagram zien in welke combinatie van waarden van onafhankelijke variabelen de interactie plaatsvindt.

4. Resultaten

We behandelen hier achtereenvolgens de onderzoeksresultaten voor de onderwerpen verloskunde, jeugdgezondheidszorg, opsporen van hypertensie en preventief adviseren. Telkens laten we eerst zien, wat per onafhankelijke variabele de invloed is op de afhankelijke en vervolgens wat er verandert als rekening gehouden wordt met de onderlinge samenhang tussen de onafhankelijke variabelen.

4.1. Verloskundige zorg

Minder dan de helft van de huisartsen heeft een verloskundige praktijk. Per praktijkvorm zijn er verschillen: in gezondheidscentra is het percentage verloskundig actieve huisartsen het laagst (36%); de overige praktijkvormen zitten hier met 45% ruim boven.

Zoals gezegd, is de aanwezigheid van verloskundigen van beslissende invloed op de verloskundige activiteit van de huisarts. Ter illustratie: vrijwel alle huisartsen (99%) in gebieden waarin géén verloskundige werkzaam is, leiden bevallingen. Waar wel verloskundigen gevestigd zijn, doet ruim één-

derde (35%) van de huisartsen bevallingen ($F = 94.27$, $df_1 = 1/df_2 = 859$, $p < .001$). Wanneer we alleen constant houden voor deze variabele, verdwijnt het verschil tussen de praktijkvormen al grotendeels.

Op het (verstedelijk) platteland leiden beduidend meer huisartsen bevallingen dan in de meer verstedelijkte gebieden ($F = 26.42$, $df_1 = 2/df_2 = 859$, $p < .001$). Een significant verschil zien we ook als we kijken naar het percentage particulier verzekerden in de praktijk; huisartsen met een méér dan gemiddeld aantal particulier verzekerde patiënten zijn aanzienlijk vaker verloskundig actief dan collega's met naar verhouding meer ziekenfondsverzekerden ($F = 43.23$, $df_1 = 1/df_2 = 859$, $p < .001$).

Het enige significante interactie-effect blijkt in de variantie-analyse bij de combinatie van urbanisatiegraad en praktijkvorm ($F = 4.26$, $df_1 = 2/df_2 = 859$, $p < .05$). In figuur 1 is in een boomdiagram een uitsplitsing gemaakt van het percentage verloskundig actieve huisartsen.

De duidelijkste afwijking van de percentages die men bij een additief model zou verwachten, zijn te zien bij de combinatie van (verstedelijk) platteland en praktijkvorm. In dat geval leiden de huisartsen in gezondheidscentra juist vaker bevallingen dan hun collega's in de overige praktijkvormen.

4.2. Jeugdgezondheidszorg

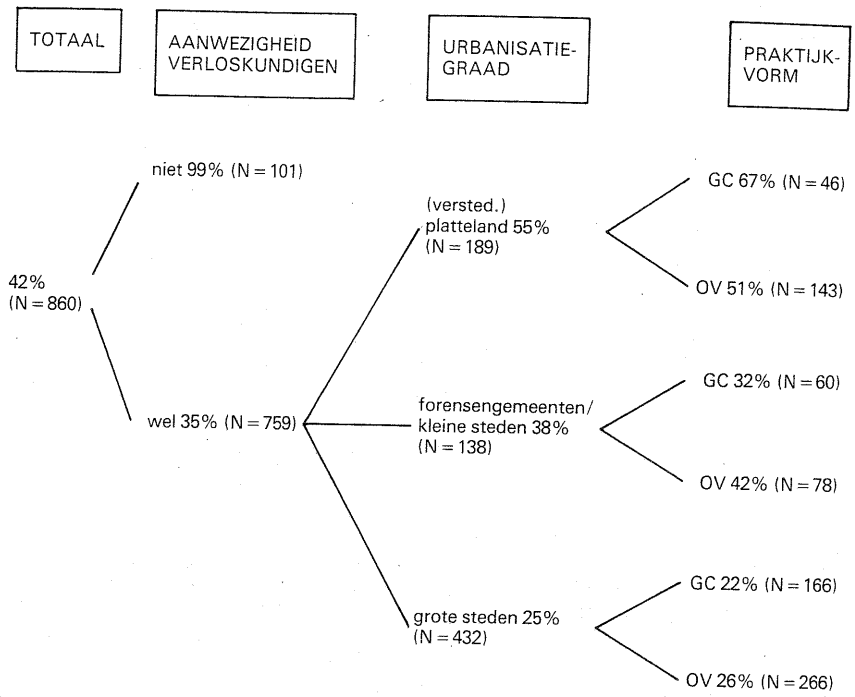
Van alle huisartsen is 43% betrokken bij de uitvoering van de georganiseerde jeugdgezondheidszorg. Per praktijkvorm zien we de volgende verschillen. In gezondheidscentra is bijna 60% van de huisartsen verbonden aan een consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters. In de overige praktijkvormen is dit percentage beduidend lager, namelijk 36% ($F = 73.9$, $df_1 = 1/df_2 = 848$, $p < .001$).

Andere significante hoofdeffecten vinden we alleen voor de urbanisatiegraad ($F = 44.52$, $df_1 = 2/df_2 = 848$, $p < .001$). Plattelandshuisartsen doen veel vaker zuigelingen en kleuterbureaus dan hun collega's in de forensengemeenten en die weer meer dan huisartsen in de grote steden (respectievelijk 64%, 43% en 30%).

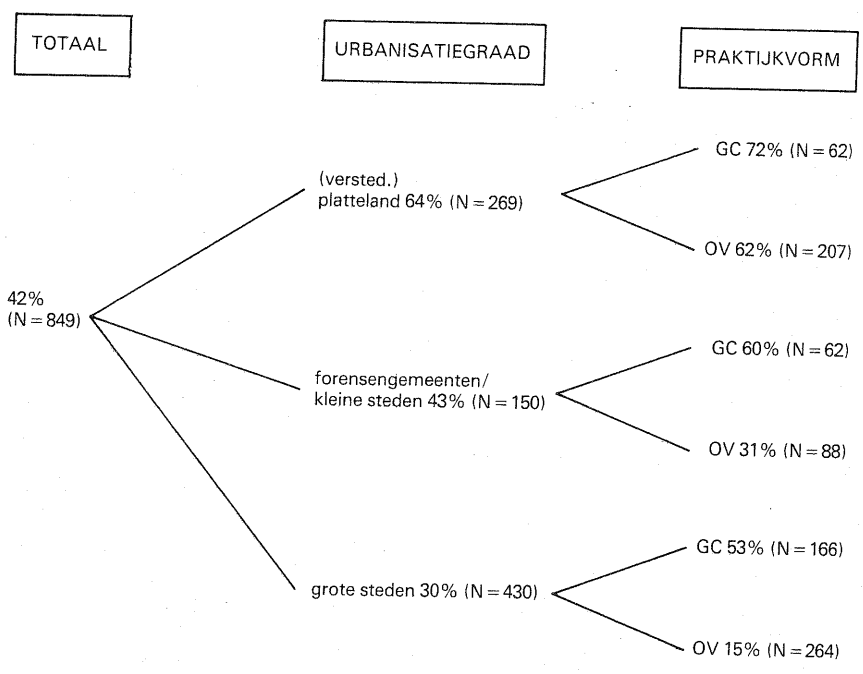
De omvang van de praktijk blijkt niet van invloed op het percentage huisartsen dat een zuigelingen- of kleuterbureau leidt. Ook de verloskundige activiteit van de huisarts houdt daarmee geen ver-

Figuur 1. P
graad en pr

Figuur 2. Pe
praktijkvorm



Figuur 1. Percentage huisartsen dat bevallingen leidt naar aanwezigheid van verloskundigen, urbanisatiegraad en praktijkvorm.



Figuur 2. Percentage huisartsen dat verbonden is aan een zuigelingen/kleuterbureau naar urbanisatiegraad en praktijkvorm.

bevallingen (F = 001). Wanneer we deze variabele, ver- praktijkvormen al

nd leiden bedui- en dan in de meer .42, df1 = 2/df2 = rschil zien we ook ge particulier ver- sen met een méér er verzekerde pa- erloskundig actief ling meer zieken- 1 = 1/df2 = 859, p

-effect blijkt in de atie van urbanisa- .26, df1 = 2/df2 = en boomdiagram t percentage ver-

e percentages die erwachten, zijn te stedelijk) platte- al leiden de huis- st vaker bevallin- rige praktijkvor-

okken bij de uit- udgezondheids- de volgende ver- bijna 60% van de onsultatiebureau s. In de overige beduidend lager, : 1/df2 = 848, p

en vinden we al- = 44.52, df1 = 2/ shuisartsen doen bureaus dan hun ten en die weer eden (respectie-

niet van invloed een zuigelingen- rloskundige acti- rmee geen ver-

band. Er is wel een lichte tendens in de door ons verwachte richting; huisartsen die bevallingen leiden, doen iets vaker consultatiebureauwerk dan hun niet-verloskundig actieve collega's (respectievelijk 53% en 37%). Dit verschil is echter niet significant. Ook bij dit onderwerp vinden we alleen een significant interactie-effect bij de combinatie van urbanisatiegraad en praktijkvorm. In figuur 2 laten we zien, in welke combinatie van waarden dit zich voordoet.

Als de verstedelijking toeneemt, worden de verschillen tussen gezondheidscentra en de overige praktijkvormen aanzienlijk groter. In de grote steden is ruim de helft van de huisartsen in gezondheidscentra aan een consultatiebureau verbonden; van de overige huisartsen slechts 15%.

4.3. Preventieve zorg

4.3.1. Opsporen van hypertensie

Hypertensie is geen ziekte op zichzelf, maar het vergroot de kans op het krijgen van andere aandoeningen. Bij de opsporing van hypertensie heeft de huisarts in principe de keus uit twee benaderingswijzen. Zo kunnen bepaalde categorieën patiënten, ongeacht de aard van de klacht waarmee ze op het spreekuur komen, gescreend worden. We spreken dan van een systematisch opsporingsbeleid. De opsporing is selectief, als alleen de bloeddruk gemeten wordt wanneer klachten of omstandigheden daartoe aanleiding geven. Van alle huisartsen screent 29% systematisch op het voorkomen van hypertensie. Er zijn evenwel verschillen tussen huisartsen in de onderscheiden praktijkvormen. In gezondheidscentra zegt 23% systematisch te werk te gaan. In de overige praktijkvormen ligt dit percentage hoger en wel op 31% ($F = 3.9$, $df1 = 1/df2 = 921$, $p < .05$). Het jaar waarin men afstudeerde, blijkt, tegengesteld aan onze verwachting, negatief samen te hangen met het systematisch opsporen van hypertensie. 21% van de huisartsen die na 1975 van de opleiding afkwamen, doet aan systematische screening; van de vóór 1969 afgestudeerden doet 36% dat ($F = 6.17$, $df1 = 2/df2 = 921$, $p < .01$). De praktijkomvang geeft géén significant hoofdeffect te zien. Er is wel sprake van een lichte tendens, echter niet in de door ons verwachte richting; 26% van de huisartsen met een kleine praktijk (minder dan 1500 zielen) doet aan systematische opsporing; bij collega's met een relatief grote praktijk (meer dan 2500) bedraagt dit percentage 31%.

Uit de variantie-analyse komen geen significante

interactie-effecten naar voren, zodat we het weer geven van een boomdiagram achterwege kunnen laten.

4.3.2. Advieshouding ten aanzien van drie riskante leefgewoonten

Aan de huisartsen is de vraag voorgelegd, of zij te dikke patiënten, rokers en zware drinkers, ongeacht of er klachten zijn, adviseren minder te eten c.q. te stoppen met roken of drinken.

Bijna een kwart van de huisartsen zegt dergelijke adviezen te geven bij alle drie riskante leefgewoonten. In gezondheidscentra is er een tendens dat de huisartsen hierin iets terughoudender zijn dan in de overige praktijkvormen (respectievelijk 19% en 27%). Dit verschil is echter niet significant. De praktijkomvang hangt, ook hier anders dan we verwachtten, negatief samen met de preventieve advieshouding van de huisarts. 13% van de huisartsen met een kleine praktijk (minder dan 1500) geeft dergelijke adviezen ten aanzien van alle drie aspecten; bij de collega's met een relatief grote praktijk (meer dan 2500) is dat aanzienlijk hoger, namelijk 29% ($F = 4.94$, $df1 = 2/df2 = 907$, $p < .01$). Het opsporingsbeleid van de huisarts ten aanzien van hypertensie geeft een positief verband te zien met de preventieve advieshouding. Huisartsen die zeggen het eerste systematisch te doen, geven ook vaker preventieve adviezen ten aanzien van riskante leefgewoonten (respectievelijk 36% en 19%) ($F = 22.07$, $df1 = 1/df2 = 907$, $p < .001$). Het jaar van afstuderen, tenslotte, blijkt niet significant samen te hangen met de preventieve advieshouding van de huisarts.

Ook nu komen we geen significante interactie-effecten tegen, zodat we een uitsplitsing van de percentages achterwege kunnen laten.

5. Samenvatting en conclusie

De resultaten die we in dit artikel hebben gepresenteerd, geven geen aanleiding tot een eenvoudige beantwoording van de vraag, of huisartsen in gezondheidscentra met betrekking tot de genoemde onderwerpen een ander dienstenaanbod realiseren dan hun vakgenoten in andere praktijkvormen.

In de georganiseerde jeugdgezondheidszorg zijn ze in gezondheidscentra duidelijk het meest actief. Dat komt vooral tot uiting daar waar de positie van de huisarts in dit opzicht het moeilijkst lijkt te zijn, namelijk in de grote steden.

Het betrefvieve huiseal samen tloskundige derscheld centra zic bevallinge niet op grc de huisartsen daar praktijkvc zo dat rec matische doen; inte Ook het sy zeggen zo ven) met overgewic huisartspr zeker gee artsen me geven dez ga's met l Deze rest beeld zier in gezondc breder die omgekeer Zoals eer alle opzic tra's 'mee in een gu zigheid va tere onde preventie in de cent verantwo calisering tie; een b met te ve Bij de je meer pass ben van d waarde oi te krijgen oefenen. Wat de v zoveel wi tijkgebic perkt. We schillen z bij pre-er Boerma (

n, zodat we het weer-
n achterwege kunnen

nzien van drie riskan-

g voorgelegd, of zij te
zware drinkers, on-
adviseren minder te
ken of drinken.

artsen zegt dergelijke
drie riskante leefge-
ntra is er een tendens
terughoudender zijn
rmen (respectievelijk
is echter niet signifi-
cangt, ook hier anders
ef samen met de pre-
de huisarts. 13% van
praktijk (minder dan
ten aanzien van al-
ega's met een relatief
00) is dat aanzienlijk
94, $df1 = 2/df2 = 907$,
id van de huisarts ten
eft een positief ver-
tieve advieshouding.
erste systematisch te
ventieve adviezen ten
voonten (respectieve-
, $df1 = 1/df2 = 907$, p
eren, tenslotte, blijkt
gen met de preventie-
isarts.

ificante interactie-ef-
itsplitsing van de per-
1 laten.

e

rtikel hebben gepre-
ing tot een eenvoudi-
aag, of huisartsen in
kking tot de genoem-
ienstenaanbod reali-
1 andere praktijkvor-

gezondheidszorg zijn
delijk het meest ac-
ng daar waar de posi-
ht het moeilijkst lijkt
steden.

Het betrekkelijk lage percentage verloskundig ac-
tieve huisartsen in gezondheidscentra blijkt voor-
al samen te hangen met de aanwezigheid van ver-
loskundigen. Op het (verstedelijkt) platteland on-
derscheidt de categorie huisartsen in gezondheids-
centra zich zelfs van de andere, doordat ze vaker
bevallingen leiden. Hypertensie wordt nog zeker
niet op grote schaal systematisch opgespoord door
de huisarts; in gezondheidscentra doen de huisart-
sen daar (nog) minder vaak aan dan in andere
praktijkvormen. Merkwaardig genoeg is het niet
zo dat recenter afgestudeerden vaker aan syste-
matische opsporing van hypertensie zeggen te
doen; integendeel, ze scoren daarop lager.

Ook het systematisch preventief adviseren (dit wil
zeggen zonder dat klachten daartoe aanleiding ge-
ven) met betrekking tot roken, veel drinken en
overgewicht is nog bepaald geen gebruik in de
huisartspraktijk. Gezondheidscentra zijn daarop
zeker geen uitzondering. Hierbij valt op dat huis-
artsen met relatief grotere praktijken vaker aan-
geven deze adviesgewoonten te hebben dan colle-
ga's met kleinere praktijken.

Deze resultaten laten kortom een genuanceerd
beeld zien; in sommige opzichten zijn huisartsen
in gezondheidscentra actiever of realiseren een
breder dienstenaanbod, in andere opzichten is het
omgekeerde het geval.

Zoals eerder al is opgemerkt, is het niet terecht in
alle opzichten van huisartsen in gezondheidscen-
tra's 'meer' te verwachten alleen omdat ze dikwijls
in een gunstiger positie verkeren door de aanwe-
zigheid van andere hulpverleners en een veelal be-
tere ondersteuning. Er is meer dan dat. Wat de
preventieve taken betreft zou het kunnen zijn dat
in de centra meer nadruk wordt gelegd op de eigen
verantwoordelijkheid van de patiënt, op ontmedica-
lisering en het voorkomen van somatische fixa-
tie; een beleid dat op gespannen voet kan staan
met te veel preventieve 'bemoeizucht'.

Bij de jeugdgezondheidszorg lijkt de doorgaans
meer passende accommodatie en het in huis heb-
ben van de benodigde disciplines een goede voor-
waarde om de organiserende kruisvereniging mee
te krijgen in de wens deze preventieve taak uit te
oefenen.

Wat de verloskundige zorg betreft kan men nog
zoveel willen; als er verloskundigen in het prak-
tijkgebied werken, zijn de mogelijkheden zeer be-
perkt. Wel zou gekeken kunnen worden of er ver-
schillen zijn in de betrokkenheid van de huisarts
bij pre- en postnatale zorg. Uit een onderzoek van
Boerma (1983) bleek bijvoorbeeld dat in gezond-

heidscentra waarin verloskundigen deel uitmaken
van het team, duidelijker afspraken bestaan over
de bijdrage aan de prenatale zorg, criteria voor
medische indicaties en dergelijke. De gevonden
verschillen tussen gezondheidscentra en de ande-
re praktijkvormen krijgen meer betekenis naar-
mate meer bekend is over de achtergronden er-
van.

Literatuur

- Boerma, W.G.W., *Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken*. Utrecht, NHI, 1983.
- Boerma, W.G.W., en R.T.J. Hamers, *Jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken*. Utrecht, NHI, 1984.
- Boerma, W.G.W., *Preventieve zorg in gezondheidscentra en groepspraktijken*. Utrecht, NIVEL, 1985.
- FAG, *Voorwaarden voor vernieuwing*. Rapport van de werkgroep Financiering Amsterdamse Gezondheidscentra. Amsterdam, SOSEL, 1982.
- Hamers, R.T.J., en W.G.W. Boerma, *Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen*. Utrecht, NIVEL, 1985.
- Peters, L., *Financiële problematiek van gezondheidscentra. Fase 2*. Utrecht, NHI, 1984.
- Wijkkel, D., *Samenwerken en verwijzen*. Proefschrift Groningen. Utrecht, NIVEL, 1986.