

Onderzoek naar ervaringen van consumenten met de behandeling (dienstverlening en geneesmiddelen) van verhoogde bloeddruk

M. Andela, Consumentenbond, Den Haag

Veel huisartsen nemen te snel aan dat patiënten een hoge bloeddruk hebben. Een kwart van hen begint na één bloeddrukmeting al met een behandeling. Nog eens 24% doet dat na twee metingen. De artsen grijpen daarbij vaak meteen naar bloeddrukverlagende medicijnen, die nare bijverschijnselen kunnen veroorzaken, soms niet eens helpen en vaak heel duur zijn.

Dit blijkt uit een enquête die de Consumentenbond heeft gehouden onder ruim duizend mensen.

Het onderzoek bracht aan het licht dat artsen zich bij de keuze van medicijnen nogal eens laten leiden door de publiciteit en reclame van de geneesmiddelenindustrie. Op de recepten die ze uitschrijven, prijken vrijwel altijd dure merkmedicijnen, terwijl in veel gevallen ook goedkope loco-geneesmiddelen (van gelijke samenstelling) voorhanden zijn.

De enquête ging ook in op wat mensen als oorzaak zagen van de verhoogde bloeddruk.

De geënquêteerden wijten hun hoge bloeddruk veelal aan spanningen en een te hoog gewicht. Maar in plaats van de behandeling hierop te richten, sturen de huisartsen hen vaak naar huis met medicijnen tegen hoge bloeddruk.

Het onderzoek van de Consumentenbond peilde ook de kennis van de mensen over hun eigen bloeddruk.

Bijna 20% meet thuis zelf de bloeddruk op. Maar ondanks deze belangstelling en betrokkenheid hebben veel van de geënquêteerden niet veel kennis over hun bloeddruk. Van hen zei 9% geen idee te hebben van hun bloeddruk en 8% gaf een waanzinnige hoogte op, die aantoonde dat men er weinig van af weet. Ruim één op de vier meent ten onrechte dat hoge bloeddruk een ziekte is. Het gemak waarmee huisartsen tegen patiënten zeggen dat zij een te hoge bloeddruk hebben, wekt nog meer verbazing als in ogenschouw wordt genomen dat een aanzienlijk deel van de mensen na deze diagnose klachten krijgt. Men heeft opeens last van hoofdpijn (32%), duizeligheid (26%), kortademigheid (19%) en hartkloppingen (18%), zo wijst de enquête uit.

De patiënten voelen zich blijkbaar ziek, terwijl hoge bloeddruk helemaal geen ziekte is. Hoge bloeddruk is een risicofactor die de kans op hart- en vaatziekten vergroot. De druk zelf veroorzaakt geen verschijnselen. De huisarts maakt dus, zonder dit te beseffen, van gezonde mensen patiënten.

Het onderzoek staat uitvoerig beschreven in de Consumentengids van september 1988 en in het boek *Hart en bloeddruk* dat in opdracht van de Consumentenbond is geschreven door de arts-auteur dr. Ivan Wolffers.

De betekenis van het sociale netwerk voor de resocialisatie van de chronisch psychiatrische patiënt

H.M.J. Baars, J.T.F. Uffing, Vakgroep Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

Eind 1987 startte bij de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) van de RIAGG Maastricht een onderzoek naar de betekenis van het sociale netwerk voor de resocialisatie van de ambulante behandelde chronisch psychiatrische patiënt. In een eerdere verkennende sociale netwerkstudie, binnen het 'Evaluatieproject Team Langdurig Structurerende Begeleiding en Sociale Strategieën' bij de RIAGG Maastricht (Baars 1985) vonden we aanwijzingen dat ambulante psychiatrische patiënten bij het SPD-team over een omvangrijker en gevarieerder sociaal netwerk beschikken dan bij de hulpverlening bekend is. Vandaar dat we veronderstellen dat de patiënt, en dus ook de hulpverlening, meer en andere hulpbronnen in de sociale situatie heeft, dan zichtbaar zijn en gebruikt worden bij de behandeling.

In het nu lopende onderzoek vergelijken we dan ook met een door ons ontwikkeld model voor sociale netwerkanalyse het sociale netwerk zoals dat bij de patiënt wordt aangetroffen met het sociale netwerk zoals dat bekend is bij de hulpverlener en ingeschakeld wordt bij de behandeling. Met de hulpverlener wordt vervolgens nagegaan welke consequenties de uitkomsten van deze vergelijking kunnen hebben voor de behandeling. Deze vergelijking voeren we tijdens de behandeling vier maal uit met een tussenpoos van een half jaar.

In ons sociale netwerkmodel (Baars en Uffing 1987) onderscheiden we structurele en functionele eigenschappen aan het sociale milieu waarin iemand (de 'focal person') ingebed is. In deze studie beperken we ons tot de structurele eigenschappen

van het netwerk, te weten: omvang, verdeling van omvang over sectoren, gevarieerdheid, dichtheid en bereikbaarheid. Het zijn de structurele eigenschappen van een sociaal netwerk, die in de sociale netwerkbenadering als methode van hulpverlening, aangrijpingspunt zijn voor interventies, c.q. voor sociale netwerkbouw. De vaststelling van het beschikbare sociale netwerk in structurele zin geeft aanwijzingen voor de beantwoording van de fundamentele vraag: welke andere mensen er in het sociale milieu aanwezig zijn om conform de 'sociale homeostasis-theorie' van Querido een coalitie met de patiënt aan te gaan ten gunste van 'sociaal geïntegreerd functioneren', c.q. de resocialisatie van de patiënt.

Op de onderzoeksdag zal nader ingegaan worden op het gebruikte model voor sociale netwerkanalyse en tevens zullen de eerste resultaten gepresenteerd worden.

Literatuur

- Baars, H.M.J., De registratie van het sociale netwerk bij 50 cliënten in de GGZ, die langdurig structurende begeleiding behoeven. In: *De chronisch psychiatrische patiënt* (red. M.A.J. Romme). Onderzoeksverslag vakgroep Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1985, pp. 70-84
- Baars, H.M.J. & J.T.F. Uffing, Sociale netwerken: reservoirs van hulp bij problemen in de geestelijke gezondheid. *Metamedica* 66 (1987) 138-147

Ruimtelijke variatie in afstemming van doelpopulaties in de eerstelijnsgezondheidszorg

D.H. de Bakker, NIVEL, Utrecht

Voor een goede samenwerking tussen hulpverleners van de vier eerstelijnskerndisciplines wordt het hebben van grotendeels gemeenschappelijke doelpopulaties als onontbeerlijk gezien.

Ruimtelijke verschillen in de mate waarin de doelpopulaties van huisartsen, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg op elkaar zijn afgestemd, kunnen daarom effecten hebben voor de zorgverlening. Zo zal het in goed afgestemde situaties eenvoudiger zijn om de thuiszorg tot stand te brengen.

Effecten kunnen optreden bij de zorgverlening aan patiëntencategorieën, waarbij samenwerking een belangrijke rol speelt. Te denken valt hier aan de zorg voor chronische patiënten en de terminale thuiszorg. Het vermoeden bestaat dat er grote verschillen in mate van afstemming bestaan, met name tussen stad en platteland. In stedelijke gebieden zou de afstemming slecht zijn, doordat de huisartsen hun patiënten over een groot gebied verspreid hebben, terwijl de overige disciplines in min of meer strekt

begrensde wijken richten. In landelijke gebieden zou er sprake zijn van een 'natuurlijke afstemming' omdat slechts een beperkt aantal hulpverleners zich op een bepaald dorp richt. Harde gegevens hierover ontbreken tot dusver.

Wij hebben onderzoek gedaan naar verschillen in mate van afstemming tussen stedelijke en landelijke gebieden. De praktijkpopulaties van de huisartsen zijn in kaart gebracht met behulp van ziekenfondsgegevens. Vier ziekenfondsen hebben hier toe gegevens beschikbaar gesteld. De werkgebieden van de ziekenfondsen zijn zodanig gespreid dat een goed inzicht kan worden verkregen in de verschillen tussen stad en platteland. Via de instellingen zijn vervolgens de gebiedsindelingen van de wijkverpleging, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk verkregen. Deze gebiedsindelingen zijn onderling vergeleken en vergeleken met de spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen.

De resultaten geven steun aan de vermoedens dat de afstemming op het platteland aanzienlijk beter is dan in stedelijke centra. In woonkernen met minder dan 10.000 inwoners is de afstemming over het algemeen goed te noemen. In woonkernen met meer dan 30.000 inwoners is de afstemming ver verwijderd van op rijksniveau geformuleerde normen. De kernen daar tussenin nemen een tussenpositie in.

Er kan niet worden verwacht dat de afstemming in de toekomst 'vanzelf' zal verbeteren door spontane actie in het veld; de aantallen ondernomen pogingen zijn hiervoor te gering en mislukken te vaak. Met het intrekken van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg verdwijnt een instrument om iets aan de afstemming te doen. Het is de vraag of in een gezondheidszorg volgens het recept Dekker een betere afstemming kan worden bewerkstelligd.

96

Verpleegproblemen van zelfstandig wonende ouderen met reumatoïde arthritis

R.M. Bal, Vakgroep Verplegingswetenschap, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

Wanneer onder verpleegproblemen verstaan wordt 'gevolgen van ziekte, handicap of therapie voor het dagelijks functioneren van mensen', dan verwacht men dat reumatoïde arthritis (r.a.) patiënten een veelvoud aan verpleegproblemen hebben. Ondanks het feit dat r.a.-patiënten in het dagelijks leven een aantal problemen ervaren wordt er weinig gebruik gemaakt van de diensten van de kruisvereniging (De Blécourt 1984). De mensen die wel gebruik maken van wijkverpleegkundige zorgverlening blijken over het algemeen ernstig tot zeer ernstig belemmerd te zijn in hun dagelijks functioneren.

In Breda en omgeving werden bij 65 r.a.-patiënten en 65 gematchte controlepersonen (leeftijd, geslacht, woonomgeving) interviews gehouden en gevraagd of zij een activiteitendagboek wilden bijhouden.

Het interview ging met name in op de ziektegeschiedenis van de r.a.-patiënt, de voorlichting over en de betekenis van de ziekte, de hulpbehoeften en de hulpvraag. In het dagboek werd gevraagd per kwartier de activiteiten aan te geven, of men meer moeite had met de activiteit vergeleken met de dag ervoor en men hulp nodig had. Daarnaast werd gevraagd om per uur aan te geven hoeveel pijn en moeheid men ondervond met een cij-

fer tussen 0 en 10. Aan het eind van de ochtend kon genoteerd worden hoeveel kwartieren ochtend-stijfheid ondervonden werd en aan het eind van de dag werd gevraagd die dag een rapportcijfer te geven tussen 0 en 10.

Uit interviews bleek dat 4 van de 65 geïnterviewde r.a.-patiënten hulp ontvingen van de wijkverpleegkundigen. Wordt gekeken naar de behoefte aan hulp (de door de patiënt ervaren problemen) dan blijkt dit als volgt verdeeld te zijn:

A.D.L.-functioneren	215
Aanvragen van hulpmiddelen en aanpassingen	23
Relationele problemen	13
Acceptatie van de ziekte zelf	12

De belangrijkste bron voor hulp blijkt voor de r.a.-patiënt de partner te zijn, eventueel bijgestaan door kinderen of familie. Veel van het huishoudelijke werk wordt door hen overgenomen of door een gezinsverzorgende, danwel een betaalde particuliere hulp.

Literatuur

Blécourt, J.J. de, Reuma hebben; wat het betekent reumatoïde arthritis patiënt te zijn. Lederle Nederland, Etten-Leur 1984

P15

Gezondheidswinst door bevolkingsonderzoeken op borstkanker en baarmoederhalskanker

A.F.I. Bannenberg, J.K.S. van Ginniken, Sector Gezondheidszorg en Epidemiologie, NIPG-TNO, Leiden

Ten behoeve van de vaststelling van gezondheidsdoelen voor het in de Nota 2000 uiteengezette gezondheidsbeleid (Ministerie van WVC 1986) wordt in het project Preventieprofielen van NIPG-TNO een epidemiologisch model ontwikkeld voor de berekening van gezondheidswinst door interventies in gezondheidsbeleid (Bannenberg e.a. 1988). De mogelijkheid om de gezondheidswinst door interventies in gezondheidsbeleid te kunnen berekenen is van essentieel belang voor gezondheidsbeleid aangezien de effecten van collectieve preventie nauwelijks op andere wijze zichtbaar zijn te maken.

Parameters in dit model zijn de blootstelling aan risicofactoren, de aan deze risicofactoren verbonden relatieve risico's voor sterfte, de sterfte-incidentie, de gemiddelde overlevingsduur tussen blootstelling aan risicofactoren en sterfte-incidentie en tenslotte de leeftijdsverdeling van de bevolking. Met uitzondering van de relatieve risico's zijn alle parameters in principe vrij nauwkeurig vast te stellen, zodat de validiteit en betrouwbaarheid van het model vooral afhangen van de gebruikte relatieve risico's. In het model wordt een hoge, midden en lage schatting van in epidemiologisch onderzoek gevonden relatieve risico's gehanteerd.

Met dit epidemiologisch model zijn enkele scenario's voor bevolkingsonderzoeken op borstkanker en baarmoederhalskan-

ker doorgerekend bij verschillende doelgroepen en deelnamepercentages. Voor de in de tabel vermelde scenario's blijkt de gezondheidswinst voor de totale populatie in geval van een bevolkingsonderzoek op borstkanker veel groter te zijn dan bij een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Zowel de sterftereductie δD_i als de sterfte-incidentiereductie δI_i zijn bijna 4 maal zo groot, hetgeen resulteert in een reductie IF van de totale sterfte van 0.9 procent in geval van borstkanker en 0.2 procent in geval van baarmoederhalskanker. Ook het aantal gewonnen levensjaren δV_i is bij een bevolkingsonderzoek op borstkanker hoger. De winst in levensverwachting in goede gezondheid δe_{0i}^* bedraagt in beide gevallen slechts enkele weken.

Wanneer echter gekeken wordt naar de gezondheidswinst voor de bevolking welke door een bevolkingsonderzoek wordt gespaard, dan blijkt een bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker effectiever te zijn. De reductie IF van de sterfte aan baarmoederhalskanker is bijvoorbeeld bijna 3 maal zo groot als de sterftereductie van borstkanker. Opvallend is ook dat de winst in levensverwachting in goede gezondheid δe_{0i}^* voor de gespaarde bevolking in geval van borstkanker 2 jaar bedraagt terwijl deze voor baarmoederhalskanker maar liefst bijna 8 jaar is. Deze bevindingen kunnen verklaard worden uit verschillen in sterfte-incidentie en de leeftijd waarop de sterfte plaatsvindt.