

Een experiment in Almere (8)

Huisarts, spreekuur en huisbezoek

In de doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) neemt de Almeerse huisarts een in een aantal opzichten bijzondere positie in¹. De accentverschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg en het inspelen op de (veronderstelde) zorgbehoefte van bewoners vragen een aangepaste taakvervulling door de huisarts. De vraag is of alle bemoeienissen met de opbouw van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen voor Almere, wat de huisarts betreft, resulteren in een taakuitoefening die de geest van het 'Projectplan Gezondheidszorg Almere' ademt.

Een voorlopig antwoord op voorgaande vraag zal worden geformuleerd aan de hand van de resultaten van een onderzoek waarvoor in de eerste helft van 1985 bij alle Almeerse huisartsen gegevens zijn verzameld. Om deze resultaten in het juiste kader te plaatsen zal eerst kort worden ingegaan op de structuur van de eerstelijnszorg in Almere en in het bijzonder op de hulpverlening door huisartsen aldaar.

EERSTELIJNSZORG

Om inhoud te geven aan het begrip 'samenhang' is het verlenen van eerstelijnszorg in de bijna 60.000 inwoners tellende gemeente Almere bijna een synoniem voor het werken vanuit buurtgerichte gezondheidscentra. Zodra in een nieuwe wijk de eerste woningen worden opgeleverd, opent ook een gezondheidscentrum zijn deuren, zij het in eerste instantie in een tijdelijk onderkomen en met een aangepaste bezetting en werktijden. Op dit moment functioneren in Almere elf van dergelijke centra.

Elk gestabiliseerd gezondheidscentrum telt, behalve andere eerstelijnsvoorzieningen, drie huisartspraktijken. Vrije vestiging van solitair werkende beroepsbeoefenaren die los van welk samenwerkingsverband dan ook functioneren, wordt uit een oogpunt van integrale zorgverlening en planning niet wenselijk geacht. Met uitzondering van één solo-arts, betekent dit voor alle Almeerse huisartsen een loondienstverband bij de organisatie die tevens het beheer voert over de gezondheidscentra: de stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA).

Herman Sixma

Een nieuw type gezondheidszorg komt niet van het ene moment op het andere tot stand. Herman Sixma rapporteert over een onderzoek in Almere waarbij gegevens zijn verzameld over ruim vijfduizend huisarts-patiëntcontacten. Deze socioloog is als onderzoekmedewerker verbonden aan het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht, belast met de uitvoering van evaluatie-onderzoek rond het Project Gezondheidszorg Almere.

Binnen de gestabiliseerde gezondheidscentra heeft iedere huisarts een eigen praktijk met ongeveer 2.300 patiënten. Bij de spreekuren en de huisbezoeken wordt voornamelijk gewerkt met afspraken. Buiten de kantooruren zijn alle centra gesloten en kan de hulp van een huisarts worden ingeroepen via één centrale dokterstelefoon.

Als voorbeeld van de afstemming van zorg op de behoefte van de bevolking kan nog worden opgemerkt dat een uitgangspunt in Almere is tenminste één vrouwelijke huisarts per gezondheidscentrum aan te stellen.

Wat de werkzaamheden van de huisarts betreft wordt gestreefd naar een zo breed mogelijk takenpakket. Relatief veel mogelijkheden tot het doen van diagnostisch onderzoek en eerste hulp bij ongelukken zijn voorbeelden van de verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg zoals deze in Almere gestalte zou moeten krijgen.

Niet alle hierboven genoemde aspecten zullen bij de bespreking van de onderzoekresultaten aan de orde komen. Achtereenvolgens zullen we ingaan op de aantallen spreekuur- en huisbezoeken, de achtergronden van de klachten waarmee patiënten komen en de uitkomsten van deze arts-patiëntcontacten.

De gemiddelde Nederlander brengt jaarlijks drie à vier keer een bezoek aan de huisarts; ouderen gaan wat vaker dan

jongeren, vrouwen vaker dan mannen en ook ziekenfondsverzekerden zijn relatief wat meer in de spreekkamer van de huisarts te vinden dan particulier verzekerden². Een ander bekend gegeven betreft de relatie tussen de leeftijd van patiënten en het soort contact: naarmate de leeftijd van patiënten toeneemt, zal het aandeel van de huisbezoeken in het totale aantal contacten met de huisarts eveneens toenemen.

Nu is er in Almere nauwelijks sprake van een gemiddelde situatie. Behalve een bijzondere structuur van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen heeft Almere een relatief jonge, gezonde bevolking, recent verhuisd en voor een groot deel afkomstig uit Amsterdam. In hoeverre de twee laatste factoren, die geacht worden samen te gaan met een hoge medische consumptie³, opwegen tegen een te verwachten lage medische consumptie op grond van de leeftijdsopbouw van de bevolking, is vooraf moeilijk aan te geven.

Kijken we naar de aantallen contacten, dan zien we overeenkomstig de verwachting een duidelijk verband tussen leeftijd en contactfrequentie (figuur). Naarmate de leeftijd van personen toeneemt, neemt ook het aantal contacten met de huisarts toe, waarbij huisbezoeken van de huisarts in aantal een steeds belangrijker rol gaan spelen. Verder hebben vrouwen in Almere bijna 60% vaker contact met de huisarts dan mannen. De contactfrequentie van ziekenfondsverzekerden is bijna twee keer zo hoog als die van particulier verzekerden; omgerekend naar het gemiddeld aantal contacten dat elke inwoner van Almere jaarlijks met de huisarts heeft, komt dit cijfer voor patiënten die verplicht zijn verzekerd via het ziekenfonds uit op ongeveer 4,2 (particuliere patiënten: 2,2). Een verband tussen het aantal jaren dat men in Almere woont en het aantal arts-patiëntcontacten kan niet worden aangetoond.

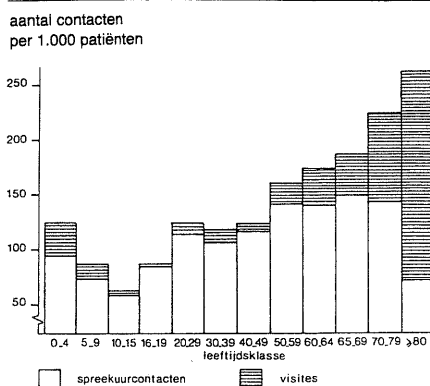
Berekenen we op basis van de figuur het gemiddeld aantal contacten dat elke inwoner van Almere jaarlijks met de huisarts heeft, dan wijkt het gevonden cijfer van 3,4 nauwelijks af van het cijfer 3,5 dat we kennen voor geheel Nederland⁴. Tot zover luidt onze conclusie dat de bijzondere structuur van de zorgverle-

ning van de Almeerse huisartsen geen effect heeft op het aantal patiënten dat zij dagelijks onder ogen krijgen.

Dit algemene beeld moet wat worden genuanceerd als het gaat om de verhouding tussen het aantal huisbezoeken en het aantal spreekuurcontacten. Deze verhouding is in Almere 1:8. Corrigeren we de aantallen contacten voor het verschil in leeftijd tussen Almere en Nederland, dan blijft het aantal spreekuurcontacten nagenoeg onveranderd, maar neemt het aantal huisbezoeken licht toe. De huisbezoek-spreekuurratio komt na correctie uit op 1:6,6. Ander onderzoek⁵ waarbij is gekeken naar de tijdsbesteding in 93 huisartspraktijken, geeft een ratio van 1:4,6. Opmerkingen over de geringe bereidheid van huisartsen om het 'gezellige gezondheidscentrum' te verlaten voor het doen van huisbezoeken, zoals gemaakt in een enquête onder de Almeerse bevolking⁶, lijken voornamelijk een kern van waarheid te bevatten. In hoeverre in Almere sprake is van een werkelijk verschil met de Nederlandse situatie en of het verhoudingsgewijs geringe aantal visites wellicht een meer algemeen kenmerk is van in gezondheidscentra werkende huisartsen, zal blijken uit de resultaten van de nationale studie naar verrichtingen in de huisartspraktijk die op dit moment door het NIVEL wordt uitgevoerd⁷.

Als laatste punt met betrekking tot de aantallen contacten met de huisarts is nagegaan in hoeverre het Almeerse beleid om per gezondheidscentrum tenminste één vrouwelijke huisarts aan te stellen, gevolgen heeft gehad voor de praktijksamenstelling en de aantallen contacten met patiënten. Is het zo dat vrouwen alleen zeggen dat zij hun problemen beter met een vrouwelijke huisarts kunnen bespreken of *doen* zij dit ook in de praktijk?⁸ Tabel 1 laat zien dat het aanstellen van vrouwelijke huisartsen drempelverlagend lijkt te werken voor vrouwelijke patiënten; voor mannen lijkt het, althans wat de aantallen contacten betreft, niet uit te maken of hun huisarts een man of een vrouw is. De praktijksamenstelling van beide categorieën huisartsen verschilt nauwelijks. Wel is het zo dat naarmate een vrouwelijke huisarts langer in Almere is gevestigd, het percentage vrouwen op het totale patiëntenbestand wat toeneemt. Wellicht treedt er in de loop der jaren toch een (geringe) selectie naar sekse op. Voor de volledigheid: op het moment van het onderzoek werkten er in Almere 8 vrouwelijke huisartsen op een totaal van 22 artsen.

Figuur. Aantal contacten (spreekuur + visites) per 1.000 patiënten naar leeftijdsklasse van de patiënt, bij 10 registratiedagen per arts.



ACHTERGROND KLACHTEN

Over de achtergrond van de klachten waarmee patiënten de huisarts bezoeken worden in het projectplan met uitzondering van de contacten voor EHBO, geen uitspraken gedaan. Wel mag op grond van de bevolkingssamenstelling worden verwacht dat relatief weinig mensen zich zullen aandienen met chronische aandoeningen, dat er zich relatief veel personen zullen melden met vragen over anti-conceptie en dat, gelet op de vaak recente verhuizing naar Almere, het percentage patiënten met psychosociale klachten relatief hoog zal zijn.

Naar de mening van de Almeerse huisartsen bestaat ongeveer 25% van alle klach-

ten uit chronische klachten. Het percentage chronische klachten stijgt met de leeftijd van de patiënten, van 13% voor de categorie 0-9-jarigen, via 16% (10-19 jaar), 31% (20-49 jaar) en 46% (50-69 jaar) tot 70% voor de patiënten van 70 jaar en ouder. Deze aantallen liggen op hetzelfde niveau als bijvoorbeeld in de gemeente Lelystad. Het percentage contacten waarbij de nadruk ligt op de anti-conceptie is met ruim 6% in vergelijking met Lelystad relatief hoog⁹; de oververteenwoordiging van vrouwen in de vruchtbare leeftijd, in Almere nog sterker dan in Lelystad, zal hieraan niet vreemd zijn.

Volgens de Almeerse huisartsen heeft bijna 20% van alle klachten een volledig, of grotendeels psychosociale achtergrond. Evenals op landelijk niveau¹⁰, geldt dat de Almeerse huisartsen belangrijk verschillen in de mate waarin de klachten als psychosociaal worden opgevat. Op het niveau van de individuele huisartsen liggen de percentages tussen de 10% en 35%. Van alle psychosociaal ge'labelde' klachten schrijven de huisartsen, via een beoordeling op een vijf-puntsschaal, ongeveer een kwart toe aan de (recente) verhuizing naar Almere.

Met betrekking tot de EHBO als onderdeel van het takenpakket van de Almeerse huisarts wordt volstaan met de vermelding dat tussen de 3% en 4% van alle contacten betrekking heeft op deze categorie. Aan de EHBO-functie in Almere zal een aparte publikatie worden gewijd.

VERWIJSCIJFERS

De Almeerse huisarts, werkend in de lijn van het PGA, zal weinig verwijzen naar medisch specialisten en weinig contacten beëindigen met het uitschrijven van een recept. Daartegenover staat veel diagnostisch onderzoek, bij voorkeur in de eigen praktijk.

Met betrekking tot het aantal verwijzingen voor fysiotherapie en de aantallen herhaalcontacten zijn de voorspellingen minder eenduidig. Tabel 2 geeft de uitkomsten van de contacten, waarbij is gecorrigeerd voor de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking ten opzichte van Nederland.

Het verwijscijfer naar medisch specialisten van 5,9 per 100 contacten, of omgerekend voor ziekenfondsverzekerden circa 420 verwijzingskaarten per 1.000 patiënten per jaar, is ongeveer gelijk aan het landelijk verwijscijfer voor huisartsen werkend in gezondheidscentra over 1984¹¹. In een ander artikel zal nader worden

Tabel 1. Praktijksamenstelling en contacten bij mannelijke en vrouwelijke huisartsen in Almere.

	geslacht huisarts	
	vrouw	man
percentage vrouwelijke patiënten in praktijk	51,3	49,6
aantal contacten (per 1.000 patiënten) met vrouwelijke patiënten	184,8	146,4
aantal contacten (per 1.000 patiënten) met mannelijke patiënten	102,5	99,1

Tabel 2. Uitkomsten van de contacten met Almeerse huisartsen, per 100 contacten.

aantal verwijzingen naar medisch specialisten	5,9
aantal verwijzingen naar fysiotherapeuten	3,9
aantal 'verwijzingen' voor diagnostisch onderzoek	15,7
aantal contacten waarbij een recept wordt uitgeschreven	44,4
aantal onvoorwaardelijke terugbestellingen	25,8

ingegaan op de verwijzingen naar specialisten en fysiotherapeuten, waarbij ook de aard van de verwijzingen in de beschouwing zal worden betrokken. Het percentage verwijzingen voor laboratorium- en/of röntgenonderzoek ligt, evenals het percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen, wat hoger dan de waarden die werden gevonden in Lelystad. Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen mag worden geconstateerd dat, in vergelijking tot de resultaten uit ander onderzoek^{9,12}, de Almeerse huisarts niet tot het type behoort dat snel medicijnen voorschrijft. Vooral deze laatste bevinding ligt in de lijn van het projectplan.

NABESCHOUWING

Met de doelstellingen van het 'Projectplan Gezondheidszorg Almere' in het achterhoofd is gekeken naar de aantallen, achtergronden en uitkomsten van de contacten bij de Almeerse huisartsen. Sommige resultaten, zoals de geringe geneigdheid tot het voorschrijven van medicijnen en het aantal malen dat diagnostisch onderzoek wordt aangevraagd zon-

der dat de patiënt direct in de tweede lijn terecht komt, zijn bemoedigend. Andere bevindingen, zoals met betrekking tot het aantal verwijzingen naar medisch specialisten, laten zien dat een nieuw type gezondheidszorg niet van de ene op de andere dag tot stand komt. Opmerkelijk is het effect van het aanstellen van vrouwelijke huisartsen: vrouwen lijken vaker naar een arts te gaan als er een seksegenote in de spreekkamer zit.

Met de verzamelde gegevens is een basis gelegd waartegen toekomstige ontwikkelingen bij het werken van de Almeerse huisarts kunnen worden afgezet. De in rapportvorm gegoten resultaten vormen een eerste meting¹³. Daarnaast vindt een terugkoppeling plaats naar alle deelnemende huisartsen, die zo in staat worden gesteld hun eigen cijfers te vergelijken met die van collega's. Dit zou kunnen bijdragen tot een verdere afstemming van de werkwijzen op de doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere, een mogelijkheid die, vooral gezien de onderlinge verschillen tussen huisartsen in de uitkomsten van contacten, zeker aanwezig is. □

Literatuur

1. Vorst FA. Nieuwe gemeente, nieuwe gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1988; 43:135-6.
2. Swinkels H. Trends in de medische consumptie, 1974-1984. Maandbericht gezondheidsstatistiek 1986; 5:2.
3. Wal G van der, Smeenk RGT. De werkelijkheid nader bekeken: een poging tot kwantificering van een tweetal werkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27:9.
4. Appelboom WJM. Medische consumptie en gezondheid, 1983/1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1985; 4:9.
5. Zutphen WM van. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Proefschrift. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
6. Sixma H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1986 (Project evaluatie gezondheidszorg Almere nr. 3).
7. Voets M, Velden J van der, Zee J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1986.
8. Weijts W. Voorzien in hulp aan vrouwen. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986 (doctoraalscriptie).
9. Dopheide JP, Kersten TJMT, Nijhout FP, Speld GDJ van der. Een ziekenhuis op nieuw land. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1986.
10. Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Proefschrift. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1986.
11. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen. Jaarboek LISZ 1984. Zeist: Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, 1985.
12. Kuyvenhoven MM, Hemert MM van, Thiecke AH. Contacten, recepten en verwijzingen in een duo-praktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28:2.
13. Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg: 1986 (Project evaluatie gezondheidszorg Almere, nr. 4).

Henk ten Have, Gerrit Kimsma, *Geneeskunde tussen droom en drama; voortplanting, ethiek en vooruitgang*. Kok Agora, Kampen, 1987. ISBN 90 242 7546 6. 208 blz. Prijs f 29,90.

Ten Have en Kimsma, beiden geschoold zowel op medisch als op filosofisch gebied, hebben zich in dit boek over medische ethiek – vooral toegepast op de voortplantingstechnologie – in de eerste plaats gewend tot een algemeen lezerspubliek. Het zijn namelijk de niet-deskundigen (zo stellen zij reeds in hun woord vooraf onomwonden) die nu maar eens moeten bepalen of er behoefte is aan medische technologieën en in welke richting het wetenschappelijk onderzoek dient te worden gestimuleerd c.q. afgeremd! Dat laatstbedoelde zaken thans vrijwel geheel door de medische professie zelf worden bepaald, bergt grote risico's in zich. De stormachtige medisch-technische en wetenschappelijke ontwikkelingen, vooral na 1960, blijken zich te voltrekken lang voordat de ethische vraagstukken die zij voortdurend oproepen, expliciet aan de orde worden gesteld. Van enige sturende invloed van de ethiek op deze ontwikkelingsprocessen

BOEKEN

is nauwelijks of geen sprake. Tot een fundamentele discussie over de grondslagen der geneeskunde die het zicht op medisch-ethische problematiek kan aanscherpen en verdiepen, komt het niet. Dit achten de auteurs een zorgelijke zaak, te meer gezien de nog in de nabije toekomst te verwachten ontwikkelingen op het gebied van de voortplantingstechnologie: geslachtsbepaling van embryo's nog vóór de bevruchting, de oprichting van embryobanken voor het uittesten van medicijnen, het kloneren, de genchirurgie, etc. De ethiek dient haar passieve, op feiten achterblijvende positie te verlaten en te kiezen voor een offensieve opstelling: 'Op Greenpeace-achtige wijze dient de ethiek de autonome geneeskunde in het vaarwater te zitten'. Zo blijkt ook uit de analyse en becommentariëring van een viertal door verschillende instanties opgestelde reglementen met betrekking tot de in vitro fertilisatie hoezeer de meningsvorming nog doortrokken is van onze-

kerheden en ambivalenties. Nieuwe vragen doemen bovendien op wanneer de geneeskunde het traditionele pad van preventief en curatief handelen verlaat en een 'transformerende geneeskunde' gaat uitoefenen, dat wil zeggen zich gaat richten op verandering van de normale vorm en functie van het lichaam en van het normale menselijke gedrag. Het boek eindigt met een krachtig pleidooi voor vernieuwing van de medische ethiek. Deze kan met name worden bewerkstelligd door een belangrijke versterking van het medisch-ethisch onderwijs in het curriculum, niet alleen in de preklinische periode, maar zeker ook in de kliniek: ethiek-onderricht aan het ziekbed.

De auteurs zijn erin geslaagd een goed leesbaar en inzichtgevend boek te schrijven voor een breed lezerspubliek. Als discussiestuk is het, ook voor medische vakgenoten, zeer geschikt, al zal men dan ook de wederpartij aan het woord moeten laten. Want het standpunt van deze auteurs laat geen ruimte voor twijfel: van de eerste tot de laatste bladzijde is duidelijk wat zij op dit problematische gebied niet slechts wenselijk, maar noodzakelijk achten.

L. J. Menges