

en zelfzorg te constateren valt.

Het betreft hier een cohort-onderzoek met een prospectief design. Via de methode van 'tijdgebonden steekproeftrekking' is een cohort van 98 personen samengesteld. Deze groep patiënten is op 2 tijdstippen geïnterviewd: Eén dag vóór, en 6 maanden na hun CAB-operatie. Op beide meetmomenten is met behulp van gestructureerde vragenlijsten informatie verzameld over onder meer het zelfzorgvermogen, en de mate waarin in de universele zelfzorg wordt voorzien. Zelfzorgvermogen is gemeten met de in het Nederlands vertaalde Appraisal of Self-Care Agency Scale. Een Cronbach's van respectievelijk .68 en .70 werd in dit onderzoek voor deze schaal geregistreerd. De mate waarin men in de universele zelfzorgbehoefte voorziet is gemeten met de uit het Engels vertaalde Revised Patient Recovery Inventory. Voor dit instrument werd pre-operatief een Cronbach's van .81 en postoperatief een =.79 gevonden.

De onderzoeksgroep bestond uit 22 vrouwen en 76 mannen. Op het moment van operatie lag de gemiddelde leeftijd op 60.3 jaar.

De gemiddelde pre-operatieve score voor zelfzorgvermogen lag significant lager dan de gemiddelde score van een half jaar later ( $t(95)=2.71$ ,  $p<.01$ ). Dit duidt op een gemiddeld groter zelfzorgvermogen na CAB-operatie.

Een half jaar na operatie bleek men eveneens beter in de zelf-

zorgbehoefte te voorzien. De postoperatieve RPRI-score was significant hoger dan de pre-operatieve score ( $t(97)=4.22$ ,  $p<.01$ ). Deze verbetering lag voornamelijk op het vlak van het bewaren van een evenwicht tussen rust en activiteit.

De bevindingen van deze studie ondersteunen de vooronderstelling uit de theorie van D. Orem dat gezondheidstoestand een bepalende factor is voor zowel het vermogen tot zelfzorg, alsmede voor het feitelijke voorzien in zelfzorgbehoefte door een individu.

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Nederlandse Hartstichting.

#### Literatuur

- Folks, D.G., D.J. Blake e.a., Quality of life six months after coronary artery bypass surgery: a preliminary report. *Southern Medical Journal* 79 (1986) 397-399
- McIntosh, H.D. & J.A. Garcia, The first decade of aortic coronary bypass grafting 1967-1977: A review. *Circulation* 57 (1978) 405-431
- Orem, D.E., *Nursing concepts of practice*, 2nd ed. McGraw-Hill, New York 1985
- Silva, M.C., *Research testing nursing theory: state of the art*. *ANS* 9-1 (1986) 1-11

3

## Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten Verslag van een vooronderzoek

E.M. Sluijs, Nivel, Utrecht

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) heeft in een voorstudie onderzocht op welke wijze gemeten kan worden wat fysiotherapeuten aan patiëntenvoorlichting doen. Daartoe zijn twee methoden met elkaar vergeleken, de observatie- en de registratiemethode.

Voor de observatiemethode is een protocol ontwikkeld met 65 concrete onderwerpen waarover fysiotherapeuten voorlichting kunnen geven. De bruikbaarheid daarvan is getest door 227 audio-opnamen van fysiotherapiezittingen aan de hand van het protocol te beoordelen. Hieruit blijkt dat de betrouwbaarheid van het protocol acceptabel is.

Naast het observatieprotocol is een registratieformulier ontwikkeld waarop de fysiotherapeuten aankruisten welke voorlichting zij aan de patiënt gegeven hadden. De registratieformulieren werden ingevuld van dezelfde zittingen waarvan ook de audio-opnamen gemaakt werden zodat vergelijking van de twee methoden mogelijk werd.

Uit de resultaten blijkt dat fysiotherapeuten de voorlichting die zij geven onderschatten. De fysiotherapeuten registreerden dat zij per zitting gemiddeld over 4 onderwerpen voorlichting gaven terwijl op de audioband te horen was dat men gemiddeld

over 6 onderwerpen voorlichting gaf. Rethans en Van Boven (1987) constateerden ook bij huisartsen een onderschatting van de informatie die zij aan patiënten gaven.

De samenhang tussen de observatie- en de registratiegegevens blijkt in zijn algemeenheid niet sterk te zijn (.48). Een uitzondering hierop vormt de instructie van de huiswerk oefeningen (.76).

Uit de resultaten blijkt tevens dat men bij onderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten rekening moet houden met het feit dat de behandeling zich over meerdere zittingen uitstrekt. In de eerste twee zittingen wordt significant meer informatie aan de patiënt verstrekt dan in de daaropvolgende zittingen. Ook de laatste zitting met de patiënt wijkt doorgaans sterk af van de eerste twee zittingen met uitzondering van de hoeveelheid informatie die over de diagnose en de klachten wordt verstrekt.

#### Literatuur

- Rethans, J.J.E. & C.P.A. van Boven, Simulated patients in general practice; a different look at the consultation. *British Medical Journal* (1987) 294-6575

P9

## Verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen tussen regio's

G. van der Speld, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht

In de ene landstreek loopt men meer kans om in een ziekenhuis te worden opgenomen dan in de andere. In de omgeving van Leiden werden in 1985 65 per 1000 inwoners in een algemeen ziekenhuis opgenomen. In de omgeving van Haarlem kwamen per 1000 inwoners 112 mensen in het ziekenhuis terecht. Dit is een verschilfactor van 72%.

Onlangs nam de KNMG het initiatief om nog eens grondig naar deze regionale verschillen te kijken. Zij stellen daarbij de vraag of deze verschillen worden verklaard door kenmerken van de bevolking in een regio of dat ook andere factoren hierbij een rol spelen. Daarmee hangt samen de vraag naar doelmatigheid en kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Aan het NZI is verzocht om aan dit onderzoek mee te werken. Het is onze taak om gegevens te verstrekken en deze voor het onderzoeksdoel te bewerken.

#### De opzet van het onderzoek

Het onderzoek beperkt zich tot het jaar 1985. We richten ons hoofdzakelijk op het gebruik van de algemene ziekenhuizen. Als ruimtelijke eenheid is gekozen voor de gezondheidsregio (oude indeling).

Per regio worden gegevens verzameld van de productie, de capaciteit en de kosten van ziekenhuizen. De productie is per specialisme opgesplitst. In het onderzoek worden als bevolkingskenmerken ingevoerd: het percentage ouderen (65+) en het aantal ziekenfondsverzekerden.

Een belangrijk gegeven is verder de bevolkingsdichtheid. Van de eerstelijnszorg is van belang het aantal huisartsen en het aantal verwijzingen (voor ziekenfondsverzekerden).

In een tweede fase van het onderzoek gaan we dieper in op het verschil tussen regio's met veel en met weinig productie. Van twee hoogproducerende en twee laagproducerende regio's zijn via de VNZ gegevens verkregen van de verrichtingen tarief III.