

# Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

*Wat zijn de gezondheidszorgbehoeften van de 'klienten' van de Nederlandse huisarts, wat ziet de laatste daarvan feitelijk in zijn of haar praktijk en hoe worden die gezondheidsproblemen gepresenteerd? Antwoord op deze vragen is gezocht door middel van een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met die studie belastte zich het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, het Nivel te Utrecht. Deze week de eerste uitkomsten. Onderzoeker J. van der Velden, arts, MSc, schrijft in dit nummer van Medisch Contact over de rol van de huisartspraktijk in ons land ('Dat de resultaten van de drie grote steden ten opzichte van het platteland (. . .) teleur-*

*stellend zijn, moet te denken geven'). Dr. P. P. Groenewegen rapporteert over de verrichtingen in de huisartspraktijk; daarbij gaat hij ook in op de vraag of de uitkomsten van de Nationale Studie kunnen worden gebruikt om iets te zeggen over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in ons land. Tot slot bespreekt Prof. Dr. J. van der Zee hoe het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts kan worden geëvalueerd met behulp van de resultaten van de Nationale Studie ('Het opheffen van de mogelijkheid zich niet voor huisartsenhulp te verzekeren (betekent) dat men voor een zich goed voelende (...) groep personen de drempel voor de huisartspraktijk verlaagt').*

## De rol van de huisartspraktijk in Nederland

Cijfermatige informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking wordt van oudsher gebruikt voor gezondheidsbeleid en -planning en de evaluatie ervan. In één van de laatste belangrijke beleidsnota's, de 'Nota 2000', komt dit sterk tot uitdrukking<sup>1</sup>. Nadien zijn in de nota 'Epidemiologie en Informatica' de contouren van een beleid op dit vlak geschetst<sup>2</sup>. Over de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking wordt reeds een groot aantal gegevens routinematig verzameld<sup>3-5</sup>. Tegelijkertijd is een groot aantal omissies vastgesteld, vooral betreffende voor de bevolking representatieve gegevens over ziekten, stoornissen en handicaps, zoals door artsen vastgesteld en aangaande de geestelijke volksgezondheid, de extra- en de semimurale zorg<sup>3</sup>. Voor een evaluatie van het gezondheidsbeleid is echter ook inzicht nodig in hoe de gezondheidsproblemen die in de bevolking voorkomen zich verhouden tot de gezondheidsproblemen die aan de gezondheidszorg worden gepresenteerd en hoe adequaat de bestaande zorgverlening is. De huisartspraktijk zou door zijn sleutelpositie in de (eerstelijns)gezondheidszorg een goede informatiebron op dit terrein kunnen zijn, maar juist hieromtrent zijn gegevens op nationaal niveau lacunaar. Daardoor ontbreekt essentiële informatie over de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem en bestaat er nauwelijks inzicht in de kwaliteit van de zeeffunctie van de huisartspraktijk. Die zeeffunctie bepaalt immers of de pa-

### J. van der Velden

tiënt naar de tweede lijn wordt verwezen of binnen de eerste lijn dan wel diagnostisch onderzoek binnen of buiten de huisartspraktijk moet ondergaan, of dat er mogelijk niets hoeft te gebeuren. Voor het beleid ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg en voor de profilering van de discipline huisartsgeneeskunde zijn de volgende vraagstukken van belang:

1. ten aanzien van de *toegankelijkheid* – Wat zijn de gezondheidszorgbehoeften ('health needs') van de praktijkpopulaties, gedifferentieerd naar populatiekenmerken, regio en urbanisatiegraad, en welk deel daarvan wordt aan de huisartspraktijk gepresenteerd?
2. ten aanzien van de *zeeffunctie* – Op welke wijze worden deze gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk gepresenteerd?

### METHODEN

De gegevens voor analyse zijn verkregen uit de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'<sup>6</sup>. Aan deze studie hebben 103 huisartspraktijken met 161 gevestigde huisartsen deelgenomen, met een gezamenlijke praktijkpopulatie van 335.000 personen. Deze huisartsen vormen een aselechte, niet-pro-

portionele, gestratificeerde steekproef van de Nederlandse huisartspopulatie. Als stratificatievariabelen golden regio, urbanisatiegraad en de afstand van de praktijk tot het ziekenhuis. Voornoemde huisartspraktijken registreerden in vier achtereenvolgende groepen van gelijke grootte gedurende drie maanden in het tijdvak 1 april 1987-31 maart 1988 gegevens over alle contacten met patiënten. Van de totale praktijkpopulatie zijn de censusgegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, beroep, opleiding, nationaliteit, woonsituatie) vastgelegd, terwijl een aselechte steekproef van 100 patiënten per participerende huisarts geïnterviewd is omtrent haar gezondheidstoestand, medische consumptie, gezondheidsgedrag, sociale netwerken en overige sociale achtergrondkenmerken. De morbiditeitsgegevens uit de bevolking en voor zover gepresenteerd aan de huisartspraktijk zijn tot episodes verwerkt en gecoördineerd volgens de ICPC.

De materiaalverzameling heeft geleid tot de registratie van 386.000 contacten tussen patiënt en huisarts(praktijk), welke 320.000 ziekte-episoden omvat. Van 305.000 patiënten (>90% respons) zijn de censusgegevens compleet verkregen, terwijl 13.000 (>76% respons) patiënten zich lieten interviewen.

### RESULTATEN

Alle hier gepresenteerde cijfers zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht

en zijn naar de Nederlandse situatie doorberekend. De top-tien aan gezondheidsproblemen in de bevolking van de Nederlandse huisartspraktijk (tabel) geeft een alledaags patroon te zien en is ook niet direct aanleiding tot een zware ziektelast, want van de respondenten op de interviews gaf 85% aan een goede gezondheid te genieten.

De toegankelijkheid van de huisartspraktijk is vastgesteld aan de hand van de prevalenties van chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek in de bevolking en in de huisartspraktijk, waaruit 'use'-'need'-ratio's kunnen worden berekend<sup>7</sup> (figuur 1): de bevolkingsgegevens vormen de 'need', terwijl de gegevens uit de huisartspraktijk de 'use' weergeven. Bij de meeste chronische aandoeningen heeft het merendeel van de patiënten binnen drie maanden tenminste één keer contact met de huisartspraktijk. Het minst gaat dit op voor chronische gewrichtsaandoeningen en CARA. Evenwel is het mogelijk – en naar later blijken zal vrijwel zeker – dat de patiënt gezien is binnen drie maanden, maar niet speciaal voor de desbetreffende aandoening. De (mogelijk) ernstige psychische problematiek in de bevolking wordt slechts voor ongeveer 15% aan de huisartspraktijk als zodanig gepresenteerd; toch blijkt 50% van de betrokken patiënten wel binnen drie maanden bij de huisarts langs te komen, maar in de eerste plaats met somatische problemen (figuur 2).

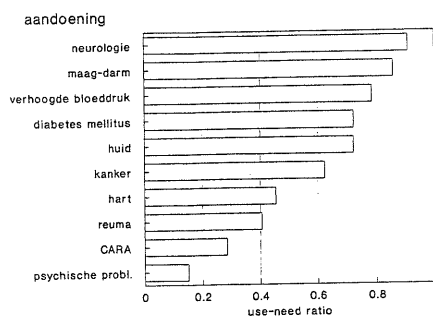
Er zijn grote verschillen tussen huisartspraktijken naar urbanisatiegraad en regionale setting geconstateerd. Terwijl in de drie grote steden onder de praktijkbevolkingen de meeste chronische aandoeningen zijn aangetroffen, en dit geldt nog in sterkere mate de (mogelijk) ernstige psychische problematiek, blijken de 'use'-'need'-ratio's een omgekeerd patroon te zien te geven (figuur 3). Voor vrijwel alle bestudeerde chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek scoort de grotestadspraktijk het laagst.

Regionaal gezien bestaat er een meer diffuus beeld (figuur 4): terwijl in de praktijkbevolkingen tussen de regio's geen grote verschillen in prevalentie van chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek worden geconstateerd, blijken de 'use'-'need'-ratio's voor de meer levensbedreigende chronische aandoeningen (kanker, hart-vaataandoeningen, CARA, diabetes) in het noorden en voor de meer invaliderende chronische aandoeningen (reuma,

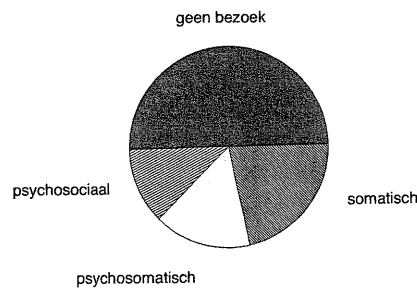
Tabel. Top-tien gezondheidsproblemen in de Nederlandse bevolking per 1.000 personen.

1.	moeheid	290
2.	hoofdpijn	283
3.	hoesten	210
4.	verstopte neus	210
5.	nervositeit	190
6.	slapeloosheid	156
7.	snel opgewonden zijn	155
8.	rugklachten	154
9.	nek/schouderklachten	137
10.	lage-extremitieklachten	131

Figuur 1. 'Use'-'need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 2. Vier types ziektegedrag: positieve GHQ-score in populatie in relatie tot bezoek aan huisartspraktijk.



huidaandoeningen) in het zuiden van het land het gunstigst te zijn. De 'use'-'need'-ratio voor de (mogelijk) ernstige psychische problematiek is het hoogst voor het noorden en het laagst voor het zuiden van het land; dat wil zeggen dat de mensen in het noorden een relatief lagere drempel hebben voor het presenteren van (mogelijk) ernstige psychische problematiek aan hun huisarts.

Naast de toegankelijkheid is de essentiële voorwaarde voor de zeeffunctie van de huisartspraktijk in Nederland bestudeerd: op welke wijze worden de gezondheidsproblemen aan de huisarts gepresenteerd? Daarbij is in eerste instantie geïnventariseerd hoe vaak een gezondheidsprobleem enkelvoudig wordt voor-

gelegd. 'Enkelvoudig' betekent dat er geen ander probleem wordt gepresenteerd en er geen onderliggende ziekte of probleem dan wel geen comorbiditeit bestaat.

Van de contacten tussen huisarts en patiënt betreft 54% een enkelvoudig probleem. In een kwart van de contacten wordt meer dan één probleem gepresenteerd, waarbij een onderscheid moet worden gemaakt tussen het verzoek tot een verrichting (uitschrijven recept, aanvragen voor diagnostisch onderzoek, maken van uitstrijkje) en het optreden van meer gezondheidsproblemen tegelijkertijd. Daar de verrichtingen in het algemeen een 'ja of nee-gebeuren' vormen en ze de kwaliteit van de zeeffunctie niet extreem beïnvloeden, is deze analyse verder beperkt tot de categorie contacten waarin een complex van gezondheidsproblemen wordt gepresenteerd of waarin van een ander bestaand probleem dan wel van een andere ziekte sprake is. In de eerste plaats is gemeten in hoeverre de huisarts vond dat een psychosociaal probleem op de achtergrond meespeelde bij een overigens somatische diagnose en omgekeerd. Het is immers dit soort situaties, dat het werk binnen de huisartspraktijk kenmerkt en waarin het 'zeven' plaatsvindt: wel of niet het psychosociale probleem aanpakken, eerst eens even aankijken of juist meteen verder diagnostiseren, voorschrijven en/of verwijzen. Typerende aandoeningen binnen deze groep blijken spastisch colon, angina pectoris, lage rugpijn en dementia; deze aandoeningen kennen dus zowel somatische als psychosociale aspecten en zijn met elkaar goed voor ruim 12% van alle contacten in de Nederlandse huisartspraktijk.

Vervolgens is gekeken naar de relatie tussen een gepresenteerd probleem en een bijhorende onderliggende ziekte: dit treedt in één op de vier contacten op. In de desbetreffende contacten vielen de bijzonder hoge scores van relatie/gezinsproblematiek (10%) en depressief beeld (6%) op. Omgerekend naar alle gepresenteerde problemen, betreft dit meer dan 4% van de contacten.

Tot slot is de prevalentie van comorbiditeit van chronische aandoeningen gemeenten in een deelproject, dat in samenwerking met het Nijmeegs Universitaire Huisartseninstituut wordt uitgevoerd. In 7 praktijken uit de grote steekproef is nauwkeurig nagegaan welke patiënten de volgende aandoeningen hebben: hypertensie, diabetes mellitus, chronische hart-vaataandoeningen, CARA en chronisch degeneratieve aandoeningen van het be-

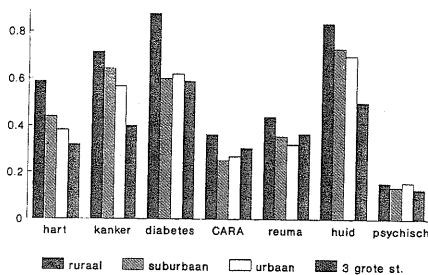
wegingsapparaat. Op basis van bestaande morbiditeitsgegevens was ten behoeve van de logistiek van dit project een schatting van het aantal patiënten met deze aandoeningen gemaakt. Het uiteindelijke aantal patiënten bleek veel lager te liggen, hetgeen volledig op rekening van het fenomeen comorbiditeit kon worden geschreven (figuur 5). Meer dan 60% van alle diabeten heeft een andere van de genoemde chronische aandoeningen, vooral hart-vaataandoeningen. Bij patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat, hart-vaat-aandoeningen, hypertensie en CARA speelt comorbiditeit in respectievelijk 50%, 40%, 30% en 20% van de gevallen een rol. Bij patiënten boven de 65 jaar valt dit 10% tot 25% hoger uit en treedt comorbiditeit in vrijwel alle contacten tussen deze groep en de huisarts op.

BESCHOUWING

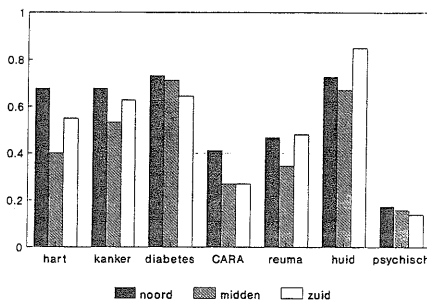
Het beeld dat over de huisartspraktijk in Nederland bestaat, mag wisselvallig en diffuus worden genoemd. Enerzijds is er veel waardering voor de huisarts, maar patiënt noch huisarts noch andere hulpverleners lopen ermee te koop. Anderzijds is er kritiek op het functioneren van de huisarts, in de zin van niet op tijd en niet juist verwijzen, niet goed voorschrijven van geneesmiddelen, niet de psychiatrische morbiditeit kunnen detecteren. Met de epidemiologische onderbouwing van de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland door de Nationale Studie kan het beeld worden verhelderd. Twee essentiële elementen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde in Nederland zijn bestudeerd: de toegankelijkheid en de wijze waarop gezondheidsproblemen aan de huisartspraktijk worden gepresenteerd.

Wat de toegankelijkheid betreft mag worden geconcludeerd, dat in het algemeen geldt dat patiënten met betrekkelijk ernstige aandoeningen, zoals chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek, frequent (= elke drie maanden) bij de huisarts(praktijk) komen, zij het niet altijd vanwege de desbetreffende aandoeningen. Verontrustend is echter dat de praktijkpopulaties in de drie grootste steden van het land de hoogste prevalenties aan chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek vertonen, maar dat de hulp die in de huisartspraktijk wordt gezocht daar omgekeerd evenredig aan is. Het is precies het beeld dat Querido in zijn boek over de grotestadspraktijk

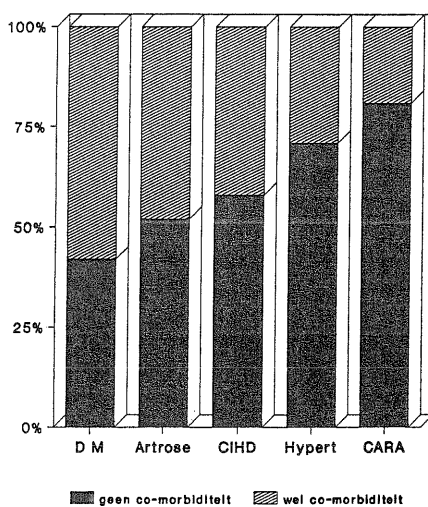
Figuur 3. 'Use'-'need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk naar urbanisatiegraad voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 4. 'Use'-'need'-ratio's met betrekking tot de huisartspraktijk naar regio voor chronische aandoeningen en (mogelijk) ernstige psychische problematiek.



Figuur 5. Comorbiditeit bij chronische aandoeningen.



schetst<sup>8</sup>: een indrukwekkend patiënten-aanbod, maar qua huisartsenzorg volledig ondermijnd door een hoge mobiliteit van de bevolking en een gefragmenteerde hulpverlening op alle niveaus in complexe en wisselende settings. In deze situatie bestaat binnen de gezondheidszorg nau-

welijks nog overzicht over levensloop, continuïteit en andere interacties. Querido's praktijk is een voorbeeld, hoe het met heel veel inspanning en motivatie wel kan en binnen de Nationale Studie waren dit soort praktijken ook aanwezig.

Dat de resultaten van de drie grote steden ten opzichte van platteland en (sub)urban teleurstellend zijn, moet te denken geven. Zou het denkbeeldig zijn, dat de slechte gezondheidstoestand van de bevolking in de grote stad verband houdt met het minder ideaal kunnen functioneren van de grotestadshuisartspraktijk? Het is hypothetisch, maar na vier jaren diep kijken in de Nederlandse huisartspraktijk en met de eerste resultaten nu bij de hand, zullen we ons opnieuw moeten bezinnen op wat de essentie van de huisartspraktijk voor onze gezondheidszorg is. Als het lot van de grotestadspraktijk een voorbode van het lot van huisartsgeneeskunde in Nederland is – en zijn de grote steden in menig opzicht geen voorlopers? – dan zal dat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg niet ten goede komen.

De bezinning kan al beginnen: hoe kunnen we rekening houden met patiënten met een veelheid aan somatische, psychische en sociale problemen? Tot op heden kwam dit zeer veel voorkomende type patiënt niet voor het voetlicht: niet in de 'Nota 2000', want die handelt het gezondheidsbeleid per ziekte af; niet in de ziekenhuisgeneeskunde, want die is gebaseerd op ziektecategorieën; zelfs niet in veel patiëntorganisaties, want ook die zijn georganiseerd per ziektecategorie; en tot slot ook niet in het onderzoek, want de patiënt met comorbiditeit wordt er zelden in meegenomen. Is het dan vreemd dat de huisarts, die zich juist om dit type patiënt bekommert, zich schouderophalend afvraagt, wat voor nut de 'Nota 2000' inhoudelijk voor hem of haar heeft of wat hij of zij aanmoet met de resultaten van die beroemde 'trial' of zich in zijn beleid niet begrepen voelt door specialisten?

Kortom: onbegrip alom, en de vraag is of onze gezondheidszorg op dit punt adequaat functioneert. Immers, het is de presentatie van ziekte(n) en de afweging respectievelijk de zeeffunctie van de huisarts, die voor het grootste deel bepalen waar de geldstromen naar toe gaan; we gaan misschien nu begrijpen hoe het zit. De vraag kan ook omgekeerd worden gesteld: moet de huisarts niet een duidelijker positie tegenover bijvoorbeeld de specialistische geneeskunde innemen, waaraan de norm voor onze gezondheidszorg grotendeels wordt ontleend? Wie zal

echter het bewijs leveren dat die norm slecht is, dat huisartsgeneeskunde de norm moet worden? Desalniettemin moet juist de patiënt met een veelheid aan problemen een beroep kunnen doen op de huisarts, als deskundige op het terrein van continuïteit van zorg en levensloop-geneeskunde. In onze jacht op rationaliteit binnen de gezondheidszorg door middel van effectiviteit, efficiëntie en het gelijkheidsbeginsel, wordt mogelijk een an-

dere – meer subjectieve – rationaliteit vergeten namelijk die van solidariteit, continuïteit en welzijn. Deze laatste rationaliteit is juist binnen de (Nederlandse) huisartspraktijk aanwezig, het gaat er nu om, deze eigenschappen van de huisartspraktijk zo uit te buiten dat vooral de patiënt en de populatie als geheel daarvan kunnen profiteren. Dat vraagt een gedurfde visie op hoe het gezondheidszorg-systeem moet functioneren. □

Literatuur

1. Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 19500 nrs 1-2.
2. Kerndocument gezondheidsbeleid. Discussienota Epidemiologie en Informatica. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.
3. Bonte JTP. Het CBS als gegevensbron. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid, Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 16-30.
4. Hoogendoorn D. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 31-41.
5. Pieters JJJ. Andere gegevensbronnen. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 42-60.
6. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990 (in druk).
7. Morris JN. Uses of Epidemiology. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1975.
8. Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.

## Verrichtingen in de huisartspraktijk

### Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie

Voor de ontwikkeling en evaluatie van beleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn gegevens over de verrichtingen die door huisartsen worden uitgevoerd van groot belang. In het overheidsbeleid is substitutie doorlopend het belangrijkste beleidsdoel geweest. Ook met de verschuivingen in het beleid die zijn ingezet met de 'Nota 2000' en met het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg is daarin geen verandering gekomen.

Voor het beleid van de beroepsorganisaties worden gedetailleerde gegevens over verrichtingen eveneens node gemist. In directe zin geldt dat voor de ontwikkeling en evaluatie van het beleid met betrekking tot de huisartsenhonorering. Voor een evaluatie van de mate waarin met de wijziging van honorering de beoogde doelen worden bereikt, zijn overzichten van verrichtingen op meerdere tijdstippen nodig. Ook voor de onderbouwing en de evaluatie en het standaardenbeleid van de beroepsgroep zijn gegevens over verrichtingen – in dit geval gekoppeld aan morbiditeit – onmisbaar.

Het ontbreken van cijfers over verrichtingen door de huisarts is terug te voeren op het honoreringssysteem van huisartsenzorg. In het abonnementssysteem voor ziekenfondspatiënten is er geen administratieve noodzaak contacten en verrich-

#### P. P. Groenewegen

tingen vast te leggen, terwijl de administratieve vastlegging van gegevens omtrent contacten en verrichtingen voor particuliere patiënten beperkt blijft tot het niveau van de huisartspraktijk.

Met betrekking tot verrichtingen is het vernieuwende van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in de eerste plaats dat de gegevens omtrent verrichtingen kunnen worden gekoppeld aan de morbiditeit en aan andere kenmerken van het consult, de patiënt en/of de huisarts(praktijk). In de tweede plaats zijn de verrichtingen die in de Nationale Studie zijn vastgelegd niet beperkt tot die verrichtingen die hun sporen nalaten in externe administraties zoals het geval is bij verwijzingen, prescriptie en externe diagnostiek ten behoeve van ziekenfondspatiënten (even in het midden latend of de daardoor gegenereerde administratieve gegevens in alle gevallen tot de huisarts zijn te herleiden). In de Nationale Studie zijn ook verrichtingen geregistreerd die normaliter op geen enkele manier voor onderzoek toegankelijk zijn. Het betreft hier behandelingen in de praktijk, variërend van ge-

sprekken met de patiënt tot kleine chirurgische verrichtingen, en diagnostiek die in de eigen praktijk wordt uitgevoerd, variërend van algemeen lichamelijk onderzoek tot analyse van bloed en urine.

In dit artikel wordt in de eerste plaats de vraag aan de orde gesteld, met welke frequentie verrichtingen in de huisartspraktijk worden uitgevoerd. In de tweede plaats de vraag of er sprake is van substitutie van verrichtingen en verwijzingen. Als derde en laatste wordt de vraag gesteld in hoeverre de huisarts in specifieke gevallen volgens standaarden werkt. Achterliggend hierbij is de vraag of de gegevens die in het kader van de Nationale Studie zijn verzameld, kunnen worden gebruikt om iets te zeggen over de kwaliteit van het handelen van huisartsen.

#### VERRICHTINGEN

Met welke frequentie worden verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd, dat wil zeggen wat doen huisartsen in een aaneengesloten periode van drie maanden per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten (*tabel 1*)?

De meest voorkomende verrichting van huisartsen is het voorschrijven van geneesmiddelen, uitgedrukt in het aantal voorschriften per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten. Diagnostiek, met name