

## BEOORDELING VAN HET VERLOOP NA BEHANDELING VOOR HNP

G. J. Gelpke

Namens de Rotterdamse Hernia Groep

Beoordeling van de toestand van de patiënt voor en na operatie vormt een cruciaal probleem bij onderzoek naar de effectiviteit van diagnostiek en behandeling bij HNP. Er is geen 'hard' criterium (zoals bijvoorbeeld overlevingsduur) voor het welslagen van de behandeling aanwezig, en evenmin is er een eenvoudige eendimensionale 'schaal' voor de ernst van de toestand van de patiënt. In het Rotterdams Herniaproject zijn per patiënt vele gegevens voorhanden, die in principe allemaal van belang zijn bij het beoordelen van het resultaat van de behandeling. In elk geval moet er sprake zijn van een combinatie van anamnestiche en objectieve bevindingen.

De aanwezige gegevens van de geopereerde patiënten worden volgens verschillende benaderingen geanalyseerd:

– het voorkomen van een aantal klachten vóór de operatie en 1 jaar na de operatie wordt vergeleken, om een beeld te krijgen van de mate van verbetering gemiddeld over de groep patiënten.

– de samenhang tussen de verschillende gegevens van anamnese en lichamelijk onderzoek wordt onderzocht; op basis hiervan kan een samenvoeging van gegevens plaatsvinden.

– op grond van a-priori overwegingen omtrent de onderlinge verhouding van belangrijkheid van de verschillende gegevens, kan men door weging en optelling somscores verkrijgen die de ernst van de toestand weergeven.

– men kan het samenvattend eindoordeel omtrent de mate van verbetering, dat aan zowel arts als patiënt is gevraagd, zo goed mogelijk trachten te 'voorspellen' op grond van afzonderlijke gegevens.

Voorbeelden hiervan zullen besproken worden.

### CORRESPONDENTIEADRES

G. J. Gelpke, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg EUR, postbus 1738, 3000 DR Rotterdam, tel. 010-634092

## HET ZOEKEN NAAR EEN PRAKTIJK EN VESTIGING ALS HUISARTS ONDER VERSCHILLENDE MARKTOMSTANDIGHEDEN

P. P. Groenewegen

NIVEL Utrecht

De ontwikkeling van het aantal huisartsen dat zich jaarlijks vestigt, wordt in sterke mate bepaald door het aantal arts-examens. Over de periode 1957 tot 1981 bedraagt de correlatie tussen het aantal huisartsen dat zich vestigt en het aantal artsexamens twee jaar eerder .95.

Het aantal artsexamens vertoont in de na-oorlogse jaren een golfbeweging. Net na de oorlog is er slechts een zeer gering aantal artsexamens: 329 in het studiejaar 1946/47, 325 in het studiejaar 1947/48. Binnen enkele jaren verdubbelt het aantal zich dan en bereikt een top in 1954/55 met 839 artsexamens. Daarna daalt het aantal artsexamens met een dieptepunt aan het begin van de jaren zestig van 425 artsexamens. De stijging die volgt is aanvankelijk betrekkelijk geleidelijk, maar aan het begin van de jaren zeventig is er een sprongsgewijze toename naar een niveau dat tussen de 1300 en 1500 per studiejaar ligt.

De vraag naar vestigingsmogelijkheden volgt deze ontwikkeling.

In het onderzoek dat gepresenteerd zal worden, is nagegaan of het zoeken naar een praktijk en de investeringen bij vestiging verschillen voor huisartsen die zich gevestigd hebben in tijden van veel vraag naar patiënten en tijden van minder vraag.

Daartoe zijn drie vestigingscohorten (achteraf) met een schriftelijke enquête benaderd: degenen die zich gevestigd hebben in de jaren 1957-59 (veel vraag naar praktijk), in

1967-69 (weinig vraag naar praktijk) en 1977-79 (weer veel vraag naar praktijk).

Bij de analyse van het zoeken naar een praktijk onder verschillende marktomstandigheden, richten we ons op de wijze waarop aanstaande huisartsen naar een vestigingsplaats zoeken. We onderscheiden:

- formele wegen, dit wil zeggen met gebruikmaking van een onpersoonlijk medium of een expliciete bemiddelaar
- via persoonlijke contacten
- via het benaderen van een verkopende huisarts, een arts die zich wil associëren of een gemeente waar een vrije vestiging mogelijk lijkt.

De hypothese is dat het percentage vestigingen dat via persoonlijke contacten tot stand komt, in een periode waarin een grote vraag naar praktijken bestaat, groter is. Wat betreft de investeringen richten we ons vooral op de goodwill die betaald wordt bij overname of associatie, naast het onroerend goed de belangrijkste investeringspost bij vestiging. De goodwill – zal hoger zijn naarmate er meer vraag naar praktijken is – (dus in de jaren 1957-59 en 1977-79) en lager als er minder vraag is (1967-69).

Aan het eind van de jaren vijftig zijn goodwillpercentages van meer dan 150% geen uitzondering. Aan het eind van de jaren 70 is de situatie minder extreem en blijft het goodwillpercentage dicht bij de KNMG-norm van 90%. Aan het einde van de jaren zestig is er met name weinig vraag naar

## GEZONDHEIDSZORGONDERZOEKDAG 17 DECEMBER 1985 TE ROTTERDAM

praktijken in de minder aantrekkelijke gebieden – zoals de grote steden.

## CORRESPONDENTIEADRES

P. P. Groenewegen, NIVEL, postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Sessie 4: Funktioneren van zorg (14.50-15.15)

## RISICO OP GGZORG

H. J. F. R. Hamers, G. A. M. Driessen  
Rijksuniversiteit Limburg, capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie

Niet iedereen heeft eenzelfde kans om met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in aanraking te komen (Giel en Ten Horn 1981). De redenen daarvan zijn:

1. Niet iedereen heeft eenzelfde kans om problemen aangaande zijn geestelijke gezondheid te krijgen (Henderson e.a. 1981, BAVO-rapport 1978, Offerhaus 1984).
2. De kans om met de GGZ in aanraking te komen wordt mede bepaald door de omvang, de variëteit en de toegankelijkheid van de GGZ (Giel 1980).
3. In de populatie zullen attitudes, hulpzoekgedrag e.d. niet gelijkmatig verdeeld zijn, waardoor niet iedere persoon met gelijksoortige psychische stoornissen zich in eenzelfde mate richting GGZ zal bewegen, en ten slotte
4. Ook de huisarts blijkt een belangrijke faktor in het al dan niet doorverwijzen van patiënten naar de GGZ (Goldberg 1981).

Sprekend over patiënten in behandeling bij de GGZ, mogen wij vanuit deze onderzoekspopulatie niet zonder meer konkluderen, dat bepaalde categorieën een slechtere geestelijke gezondheid bezitten, maar wel dat zij een grotere kans lopen met de GGZ in aanraking te komen (Brook en Hamers 1985, Hamers en Brook 1985). Ondanks dat is het frappant dat de risicogroepen zoals die vanuit diverse bevolkingsonderzoekingen bekend zijn, ook binnen de patiënten in behandeling bij de GGZ oververtegenwoordigd zijn.

Echter, onder de term 'in behandeling bij de GGZ' vallen vele vormen van behandeling. Naast de vraag 'wie heeft een vergrote kans op een GGZ-behandeling' is het van belang aan te geven om welk soort behandeling het gaat en wie een vergrote kans heeft op een langdurige en/of intensieve behandeling.

## METHODE

Om deze vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van gegevens opgeslagen in het register voor de GGZ in de regio Maastricht e.o. (populatie ca. 200.000). Dit register is opgezet naar analogie van het register voor een middelgrote gemeente in het noorden van Nederland (Giel en Ten Horn 1976). Over 1981 zijn de patiënten bepaald die na drie maanden geen behandeling in de GGZ te hebben ondergaan, nieuw in de GGZ verschijnen; de z.g. incidentiegevallen.

## RESULTATEN

In tabel 1 is een overzicht gegeven, waaruit blijkt dat het incidentiecijfer in 1981 voor de regio Maastricht e.o. 12.61 per 1000 inwoners is.

De categorie hoogbejaarden kent het hoogste incidentiecijfer (25.52 per 1000); vervolgens de categorie 30-39 jaar. Kijken wij naar hoe het incidentiecijfer is opgebouwd naar de zorg die in 1981 ontvangen wordt, dan blijkt dat de hoogbejaarden vaak extramurale zorg krijgen (13.74 per 1000 tegen 9.45 voor alle categorieën), maar vooral dat de hoogbejaarden veel intramurale zorg consumeren (6.33 tegen 0.58 voor alle categorieën). De categorie 30-39 jaar daarentegen ontvangt naar verhouding de meeste extramurale zorg (16.78 per 1000 en 1.25 per 1000 in die categorie die met tenminste twee extramurale voorzieningen in contact komen). De intramurale zorg blijft vanaf 20 jaar tot en met 69 jaar tamelijk konstant (vanaf 0.51 tot 0.64 per 1000) en stijgt vervolgens sterk (70-79 jaar 2.07 en 80 jaar en ouder 6.33 per 1000). Vrijwel dezelfde verdeling is af te lezen voor

Tabel 1. De nieuwe patiënten in 1981; d.w.z. alle personen woonachtig in het registergebied en na drie maanden nieuw in de GGZ; naar leeftijd en soort zorg in 1981 per 1000 inwoners in de betreffende leeftijdskategorie en in absolute aantallen ( )

Leeftijd	extramuraal		intra/semi		extra/extra		anderszins*		Totaal	
	per 1000	(N)	per 1000	(N)	per 1000	(N)	per 1000	(N)	per 1000	(N)
-19 jr.	3.47	( 203)	0.10	( 6)	0.12	( 7)	1.06	( 62)	4.75	( 278)
20-29 jr.	11.79	( 412)	0.51	( 18)	0.60	( 21)	2.63	( 92)	15.54	( 543)
30-39 jr.	16.78	( 523)	0.38	( 12)	1.25	( 39)	1.83	( 57)	20.25	( 631)
40-49 jr.	13.27	( 336)	0.43	( 11)	0.99	( 25)	1.58	( 40)	16.27	( 412)
50-59 jr.	9.14	( 212)	0.39	( 9)	0.69	( 16)	1.55	( 36)	11.76	( 273)
60-69 jr.	6.70	( 115)	0.64	( 11)	0.17	( 3)	1.40	( 24)	8.92	( 153)
70-79 jr.	7.60	( 88)	2.07	( 24)	0.26	( 3)	1.98	( 22)	11.91	( 138)
80 jr. e.o.	13.74	( 63)	6.33	( 25)	0.65	( 3)	4.80	( 22)	25.52	( 117)
Totaal	9.45	(1952)	0.58	(120)	0.57	(117)	1.72	(356)	12.61	(2603)**

\* D.w.z.: intra/extra, intra/semi/extra of intra/intra

\*\* De totaalstelling wijkt af vanwege onbekenden in een van beide variabelen