



VRAAGSTELLINGEN EN METHODEN

TWEEDE NATIONALE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK

VRAAGSTELLINGEN EN METHODEN

F.G. Schellevis¹
G.P. Westert²
D.H. de Bakker¹
P.P. Groenewegen¹

¹ Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

² Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

A close-up, high-resolution photograph of a human eye, showing the iris, pupil, and eyelashes. The image is rendered in a monochromatic blue color scheme, giving it a clinical and professional appearance. The eye is looking slightly to the right of the frame.

**VRAAGSTELLINGEN EN
METHODEN**

ISBN 90-6905-648-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© 2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT / RIVM, Postbus 1, 3720 BA BILTHOVEN

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	9
1. Samenvatting	11
2. Inleiding	15
3. De gezondheid van de bevolking	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk	20
3.3 Psychische problemen en stoornissen	22
3.4 Comorbiditeit	23
4. Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Zelfzorg, informele zorg en huisartsenzorg; verschillen in hulpzoekgedrag	30
4.3 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing	31
4.4 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg	34
4.5 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie	37
4.6 Gebruik van diagnostische voorzieningen	39
5. Verschillen in gezondheid en zorggebruik	45
5.1 Inleiding	45
5.2 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik naar sociaal-economische status en etniciteit	46
5.3 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen	47
5.4 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen	49
5.5 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg	50
6. Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel en	55
6.1 Inleiding	55
6.2 Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk	56
6.3 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg	57

7.	De huisarts-patiëntcommunicatie	63
7.1	Inleiding	63
7.2	De huisarts-patiëntcommunicatie	63
8.	De organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen	69
8.1	Inleiding	69
8.2	Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep	69
8.3	Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg	71
8.4	Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijns gezondheidszorg	72
8.5	Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg	74
8.6	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg	75
9.	Patiëntregistratie	81
9.1	Inleiding	81
9.2	Variabelen en meetinstrumenten	81
9.3	Meetmethoden	82
9.4	Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	83
10.	Patiëntenquête	87
10.1	Inleiding	87
10.2	Variabelen en meetinstrumenten	87
10.3	Meetmethoden	91
10.4	Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	93
11.	Contactregistratie	97
11.1	Inleiding	97
11.2	Variabelen en meetinstrumenten	97
11.3	Meetmethoden	100
11.4	Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	101
12.	Videoregistratie	105
12.1	Inleiding	105
12.2	Variabelen en meetinstrumenten	105
12.3	Meetmethoden	106
12.4	Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	106
13.	Huisartsenquête en enquête voor praktijkondersteunend personeel	111
13.1	Inleiding	111
13.2	Variabelen en meetinstrumenten	111
13.3	Meetmethoden	113
13.4	Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	114

14. Visitatie Instrument	117
14.1 Inleiding	117
14.2 Variabelen	117
14.3 Meetmethoden	119
14.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens	119
15. Overige methodologische aspecten	123
15.1 Inleiding	123
15.2 Werving van praktijken	123
15.3 De omvang van de onderzoekspopulaties	124
15.4 De representativiteit van de deelnemende huisartsen	127
15.5 De representativiteit van de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen	133
15.6 Tijdsperioden van de gegevensverzameling	134
15.7 Vergelijkbaarheid met de eerste Nationale Studie	136
Afkortingen	139
Bijlagen:	141
1. Overzicht van additionele studies	143
2. Publicaties in het kader van de voorbereiding van de Tweede Nationale Studie	147

Voorwoord

Het voorliggende rapport bevat de methodologische verantwoording van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In het eerder uitgegeven “Projectplan” zijn de gegevensverzameling en de gehanteerde onderzoeksmethoden in globale zin beschreven; in dit rapport vindt de lezer een gedetailleerde weergave van de gegevensverzameling en de wijze waarop de onderzoeksvraagstellingen met deze gegevens zullen worden beantwoord. De verantwoording van de gegevensverzameling op basis van de vraagstellingen sluit logischerwijze aan op de indeling zoals die in het “Projectplan” is gehanteerd. Omdat in de analyse- en rapportagefase de vraagstellingen soms op een andere manier zijn geclusterd is de aansluiting met de hier gebruikte indeling hier en daar verloren gegaan.

Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de bijdrage van velen; wij willen hen op deze plaats danken voor hun medewerking.

Utrecht, december 2003.

F.G. Schellevis

G.P. Westert

D.H. de Bakker

P.P. Groenewegen



Samenvatting

De tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: vraagstellingen en methoden

11

De ‘Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk’ (NS2) is een onderzoeksprogramma dat tot doel heeft inzicht te verkrijgen in de huidige positie en rol van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Het onderzoeksprogramma omvat 6 kernthema’s waarbinnen een groot aantal kernstudies en – in samenwerking met anderen – additionele studies worden uitgevoerd. De zes kernthema’s zijn:

- de gezondheid van de bevolking;
- gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk;
- verschillen in gezondheid en zorggebruik;
- kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel en patiëntenperspectief;
- de huisarts-patiëntcommunicatie;
- de organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen.

Teneinde alle vraagstellingen binnen deze thema’s te kunnen beantwoorden heeft in de periode 2000-2002 een grootschalige gegevensverzameling plaatsgevonden in 104 huisartspraktijken die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). De gegevensverzameling kan worden onderverdeeld in zes verschillende activiteiten:

- 1) *patiëntregistratie*: verzameling van sociaal-demografische gegevens bij alle vast ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken middels een schriftelijke vragenlijst;
- 2) *patiëntenquête*: verzameling van gegevens over zelf-gerapporteerde ziekten, gebruik van zorgvoorzieningen en determinanten daarvan bij een aselechte steekproef onder de vast ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken middels een mondeling interview;
- 3) *contactregistratie*: registratie van gegevens via het Huisarts Informatie Systeem over alle contacten gedurende 12 maanden met de vast ingeschreven patiënten door de huisartsen in de deelnemende praktijken; het betreft gegevens over aard en duur van contacten, diagnoses en verrichtingen;
- 4) *videoregistratie*: 15 op videoband opgenomen spreekuurcontacten van een willekeurig spreekuur van huisartsen in de deelnemende praktijken;
- 5) *huisartsenquête en enquête voor praktijkondersteunend personeel*: verzameling van gegevens over o.a. taken, taakopvattingen, werkbelasting en determinanten daarvan door middel van een schriftelijke vragenlijst afgenomen bij alle in de deelnemende praktijken werkzame huisartsen en praktijkmedewerkers;

- 6) *Visitatie Instrument Praktijkvoering*: gegevens over de praktijk en de praktijkvoering verzameld via een systematische visitatie van alle aan de NS2 deelnemende praktijken.

Alle verzamelde gegevens zijn onderling koppelbaar door het gebruik van identieke identificatiecodes.

In het voorliggende rapport 'Vraagstellingen en methoden' wordt informatie gegeven over de wijze waarop de vraagstellingen binnen de afzonderlijke kernstudies worden beantwoord, welke gegevens daarvoor gebruikt worden en welke bewerkingen op die gegevens worden uitgevoerd. Tevens wordt in dit rapport een verantwoording gegeven van de zes hierboven genoemde onderdelen van de gegevensverzameling. Het rapport 'Vraagstellingen en methoden' vormt daarmee een belangrijke informatiebron voor de wetenschappelijk-methodologische achtergronden van de 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'.



Inleiding

In oktober 1998 werd het projectplan voor de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) voor subsidiëring [1]. In het projectplan worden de achtergronden en de (beleids)relevantie van deze studie geschetst. Daarnaast wordt in het projectplan beschreven hoe de studie zal worden uitgevoerd.

In dit rapport “Vraagstellingen en methoden” wordt de studie in wetenschappelijke zin verantwoord: welke vraagstellingen worden in deze studie beantwoord, welke onderzoeksmethoden worden daarvoor gebruikt, welke gegevens worden verzameld en geanalyseerd en op welke wijze wordt de kwaliteit van de studie bewaakt? Deze wetenschappelijke onderbouwing is primair van belang voor onderzoekers en het wetenschappelijk forum.

Het rapport “Vraagstellingen en methoden” beperkt zich tot de zogenaamde kernstudies, waarop de NS2 primair gericht is. Daarnaast zijn een groot aantal additionele studies voorbereid in samenwerking met diverse onderzoeksgroepen waarin gebruik gemaakt wordt van de gegevens die in het kader van de kernstudies worden verzameld. In enkele gevallen is er sprake van verzameling van extra gegevens. Voor een overzicht van de additionele studies wordt verwezen naar bijlage 1.

De onderzoeksmethoden van de NS2 zijn in dit rapport vanuit twee invalshoeken beschreven: enerzijds vanuit de zes onderzoeksthema's (hoofdstuk 3-8) en anderzijds vanuit de verschillende onderdelen van de gegevensverzameling (hoofdstuk 9-14). De samenhang tussen de thematische benadering en de benadering vanuit de gegevensverzameling wordt in de aparte hoofdstukken 3-8 zichtbaar in de diverse tabellen. In grote lijnen is de samenhang weergegeven in tabel 1.1, waaruit duidelijk wordt wat de belangrijkste gegevensbronnen zijn voor de beantwoording van de vraagstellingen binnen de zes onderzoeksthema's.

Het rapport begint met een samenvatting (hoofdstuk 1). In hoofdstuk 3-8 worden de kernstudies beschreven, waarover onder andere in zes rapporten zal worden gerapporteerd. Deze rapporten vormen de beoogde eindproducten van een combinatie van kernstudies. (In de zes themarapporten zullen de kernstudies overigens niet volledig worden beschreven; onderdelen van kernstudies worden ook gerapporteerd in artikelen in wetenschappelijke tijdschriften). Na de beschrijving van de kernstudies volgt een beschrijving van de zes gegevensverzamelingsmodules waarin verantwoord wordt welke gegevens op welke wijze worden verzameld (hoofdstuk 9-14). Tenslotte worden in hoofdstuk 15 een aantal methodologische en praktische aspecten van de NS2 beschreven.

Tabel 1.1

Samenhang tussen kernstudies en onderdelen van de gegevensverzameling van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

	Patiënt- registratie	Patiënt- enquête	Contact- registratie	Video- registratie	Huisarts- en praktijk assistenten- enquête	Visitatie Instrument Praktijk- voering
De gezondheid van de bevolking						
Morbiditeit	X	X	X			
Psychische problemen	X	X	X			
Comorbiditeit	X	X	X			
Gebruik van zorg- voorzieningen						
Zelfzorg, informele zorg en huisartsenzorg	X	X	X			
Huisartsenzorg en specialistische zorg	X	X	X		X	X
Verwijzingen naar paramedici	X	X	X		X	X
Geneesmiddelengebruik	X	X	X	X	X	X
Diagnostiek	X		X			X
Verschillen in gezondheid en zorggebruik						
Sociaal-economische status en etniciteit	X	X	X		X	X
Ouderen	X	X	X			
Vrouwen	X	X	X		X	
Preventieve zorg	X	X	X		X	X
Kwaliteit van de huisartsenzorg						
Indicatoren voor medisch- technisch handelen	X		X			X
Gebruikersoordelen	X	X		X		X
Huisarts-patiënt- communicatie	X		X	X		X
Organisatie van de huisartsenzorg						
Organisatie			X		X	X
Taakdelegatie en -differentiatie			X		X	X
Samenwerking			X	X	X	X
Organisatie en kwaliteit			X		X	X
Werkbelasting en kwaliteit			X	X	X	X

Literatuur

- i. Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht: Nivel, 2000.



De gezondheid van de bevolking

3.1 Inleiding

19

In dit kernthema staat de gezondheid van de bevolking centraal. Voor het meten van gezondheid worden in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) diverse instrumenten gebruikt, die tezamen een goede indruk geven van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Er wordt gebruik gemaakt van gegevens over zowel zelf-gerapporteerde gezondheid als van professioneel (door de huisarts) gedefinieerde gezondheidsproblemen, voorzover aan de huisarts gepresenteerd. Bij de zelf-gerapporteerde gezondheid betreft het zowel de aanwezigheid van gezondheidsklachten/-problemen als de beleving daarvan en de vanwege gezondheidsproblemen ervaren hinder.

Speciale aandacht wordt besteed aan psychische problemen, zowel via zelf-rapportage als aan de huisarts gepresenteerde en door de huisarts gedefinieerde problemen. Psychische problemen zullen ook, bij een steekproef van personen, worden geobjectiveerd middels een gestandaardiseerd psychiatrisch interview op grond waarvan psychiatrische morbiditeit conform de DSM-IV kan worden vastgesteld.

Bij ouderen blijkt, door het vóórkomen van comorbiditeit, informatie over de aan- of afwezigheid van één ziekte onvoldoende recht te doen aan de feitelijke gezondheidstoestand en gebruik van zorgvoorzieningen [1-5]. Om die reden zal apart aandacht besteed worden aan comorbiditeit.

Door de onderlinge koppelbaarheid van de gegevens over de zelf-gerapporteerde en aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen is het mogelijk om in te gaan op discrepanties tussen deze gegevensbronnen en factoren die daarmee samenhangen, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en sociaal-economische status [6].

De gezondheidstoestand van de bevolking zal worden weergegeven voor de Nederlandse bevolking in 2001. Naast de beschrijving van de gezondheidstoestand van de totale populatie zal ook onderscheid gemaakt worden in subgroepen op basis van o.a. leeftijd, geslacht en ziektekostenverzekering.

Ook zal, naast de actuele beschrijving van de gezondheidstoestand, een vergelijking gemaakt worden met de gegevens uit de eerste Nationale Studie (1987) [7,8] en met andere gegevensbronnen [9,10].

De informatie over de gezondheid van de bevolking is afkomstig uit 3 onderzoeksprojecten die hieronder beschreven worden.

3.2 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de relatie tussen door personen zelf gerapporteerde en aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen.

Achtergrond

Een belangrijke aanleiding voor de Tweede Nationale Studie is de behoefte aan nationaal representatieve gegevens uit huisartspraktijken over gezondheidsproblemen en ziekten die aan de huisarts worden gepresenteerd [11]. Deze gegevens zijn van belang voor het Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-) rapport van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in 2002, maar vormen tevens de basis voor vrijwel alle andere deelstudies binnen de NS2 waarin gebruik gemaakt wordt van morbiditeit-specifieke informatie. Gegevens over het vóórkomen van gezondheidsproblemen en ziekten in de bevolking kunnen aan verschillende bronnen worden ontleend. De huisartspraktijk als bron van epidemiologische informatie biedt een aantal belangrijke voordelen:

- de huisarts is de eerste medische professional tot wie mensen met gezondheidsproblemen zich over het algemeen wenden: epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk betreffen dus professioneel gestelde diagnoses;
- de huisarts bevindt zich in het gezondheidszorgsysteem het dichtst bij de algemene bevolking: professioneel gedefinieerde epidemiologische gegevens uit de huisartspraktijk benaderen derhalve het beste de frequentie van het vóórkomen van ziekten in de algemene bevolking;
- door de centrale positie die de huisarts inneemt in de gezondheidszorg voor de patiënt beschikt de huisarts in het algemeen over alle relevante medische informatie van zijn patiënten;
- de huisartspraktijk kent een vast omschreven patiëntpopulatie, waardoor de ‘epidemiologische noemer’ bekend is;
- door de rol van de huisarts als poortwachter in de Nederlandse gezondheidszorg leidt alleen morbiditeit die aan de huisarts gepresenteerd wordt tot zorggebruik; de huisartspraktijk is dus een belangrijke bron van informatie over indicaties voor het gebruik van zorgvoorzieningen.

Reeds lange tijd is bekend dat slechts een (kleine) fractie van alle gezondheidsproblemen die personen ervaren aan de huisarts gemeld worden; gesproken wordt wel van het “ijsberg-fenomeen” [12-15]. De informatie over aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen moet daarom aangevuld worden met informatie over gezondheidsproblemen die door personen zelf ervaren worden [16,17].

Een derde invalshoek betreft het longitudinale aspect: zijn er veranderingen opgetreden in aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen en ziekten in vergelijking met 1987? A priori is niet te verwachten dat het morbiditeitspatroon van de Nederlandse bevolking in 13 jaar sterk verandert. Wel is het mogelijk dat er veranderingen zijn opgetreden in de presentatie van gezondheidsproblemen en ziekten aan de huisarts. Dit benadrukt opnieuw het belang van een vergelijking van zelf-gerapporteerde en gepresenteerde morbiditeit en vergelijking daarvan tussen 1987 en 2001.

Vraagstellingen

1. Welke gezondheidsproblemen en -beperkingen worden door de Nederlandse bevolking zelf gerapporteerd?
2. Welke ziekten en aandoeningen worden in de huisartspraktijk gepresenteerd?
3. Hoe verhouden zelf-gerapporteerde en aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit zich tot elkaar en welke factoren kunnen verschillen hierin verklaren?
4. Welke verschillen zijn er in deze bevindingen tussen 1987 en 2001?

Onderzoekspopulatie

Voor de eerste en de derde vraagstelling wordt de onderzoekspopulatie gevormd door een aselechte steekproef die getrokken wordt uit de praktijkpopulatie van de aan de NS2 deelnemende huisartsen en die is uitgenodigd voor deelname aan de patiëntenquête (zie hoofdstuk 10). Daarnaast is de z.g. 1-item vraag over de ervaren gezondheid opgenomen in de patiëntregistratie (zie hoofdstuk 9) waarvoor de totale praktijkpopulatie is benaderd. Voor de tweede vraagstelling bestaat de onderzoekspopulatie uit de gehele praktijkpopulatie die is ingeschreven bij de deelnemende huisartsen.

21

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen	chronische ziektenlijst (CBS) actuele klachtenlijst	patiëntenquête
* ervaren gezondheid	1-item vraag SF-36	patiëntregistratie patiëntenquête
* aan de huisarts gepresenteerde ziekten	ziekte-episoden, icpc-gecodeerd	contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* ziektekostenverzekering		administratie huisartspraktijk

Analyse

De zelf-gerapporteerde gezondheid zal worden beschreven aan de hand van de frequentieverdelingen van gerapporteerde ziekten en klachten en van scores op de (dimensies van) de betreffende meetinstrumenten.

De in de huisartspraktijk tijdens contacten gepresenteerde ziekten zullen worden geclusterd tot z.g. ziekte-episoden [7,18]. Strikt genomen gaat het niet om ziekte-episoden maar om de ziekte-episode voorzover, resp. voor de duur waarvan deze aan de huisarts bekend is. In dat kader wordt ook wel gesproken van de zorg-episode of 'episode of care' ("the period from the first presentation of a health problem or illness to a health care provider until the completion of the last encounter for that same health problem or illness" [19]). Op basis van de aard van het chronologisch eerste contact in de ziekte-episode ('nieuw' of 'bekend') wordt de ziekte als incident of prevalent beschouwd. Presentatie van de morbiditeit vindt

plaats in de vorm van incidentie- en prevalentiecijfers voor alle ICPC-codes, waarbij de totale praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen als epidemiologische noemer wordt gebruikt.

3.3 Psychische problemen en stoornissen

Doelstelling

Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren bij patiënt en huisarts die verband houden met het hulp zoeken en krijgen voor psychische problemen.

Achtergrond

Onderzoek naar het hulp zoeken bij psychische problemen en stoornissen is relevant vanwege de volgende actuele en onderling samenhangende redenen:

- uit het Nemesis-onderzoek blijkt dat er in de bevolking sprake is van veel, vaak niet behandelde, psychische problematiek: ongeveer 25% van de bevolking heeft op jaarbasis een psychische stoornis, terwijl minder dan 3% contact heeft met de geestelijke gezondheidszorg [20];
- de positie van de huisarts bij psychische problemen wordt steeds centraler. De huisarts wordt aangewezen als poortwachter in de Beleidsvisie GGZ van de minister van vws [21]. De medische as in de GGZ wordt centraal gesteld in het advies van de RVZ [22]. De vraag is echter, aldus de auteurs van het manifest van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, getiteld “Verontrustende Ontwikkelingen” [23], of patiënten met psychische problemen wel voldoende herkend worden en of ze adequate hulp krijgen bij de huisarts. In ieder geval is het percentage gesignaleerde psychische problematiek (\pm 9% van de onderzoekspopulatie in de eerste Nationale Studie [8]) beduidend lager dan de in het Nemesis-onderzoek vastgestelde prevalentie op populatieniveau;
- het handelen van de huisarts bij de meest voorkomende psychische problemen is de afgelopen jaren vastgelegd in NHG-standaarden: depressie, angststoornissen, verslaving, dementie. Hieraan kan de kwaliteit van de hulpverlening afgemeten worden.

Deze feiten maken de vraag actueel naar onderzoek van de reden dat zoveel mensen klaarblijkelijk ernstige psychische stoornissen hebben zonder een als zodanig gearticuleerde hulpvraag naar voren te brengen resp. zonder gespecialiseerde GGZ-hulp te krijgen. Dit vraagt ook om onderzoek naar de hulpvraag die bij de huisarts wordt neergelegd, naar herkenning van psychische problemen door de huisarts, naar behandeling door de huisarts zelf en naar verwijzingen.

Vraagstellingen

1. Om welke redenen roepen mensen met aantoonbare psychische problematiek hiervoor al of niet hulp in van de huisarts?
2. Welke veranderingen zijn opgetreden in de incidentie en prevalentie van psychische stoornissen in de bevolking en in de huisartspraktijk ten opzichte van 1987?

Onderzoekspopulatie

Voor de eerste vraagstelling bestaat de onderzoekspopulatie uit een aselechte steekproef die getrokken wordt uit de praktijkpopulatie van de aan de NS2 deelnemende huisartsen en die is uitgenodigd voor deelname aan de patiëntenquête (zie hoofdstuk 10). Een onderdeel van de patiëntenquête is de GHQ-

12 (12-item General Health Questionnaire [24]). Personen met een score > 2 op deze GHQ zijn uitgenodigd voor een diagnostisch psychiatrisch interview (Composite International Diagnostic Interview-CIDI [25]). Op grond van dit interview kunnen diagnoses conform de DSM-IV [26] worden gesteld. Voor de tweede vraagstelling bestaat de onderzoekspopulatie uit de totale praktijkpopulatie van de aan de NS2 deelnemende huisartsen, resp. de eerder genoemde steekproef daaruit.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* contactfrequentie met de huisarts		contactregistratie
* herkenning psychische stoornis	ziekte-episoden, ICD-gecodeerd 5-puntsschaal somatisch- psychisch	contactregistratie
* psychisch welbevinden	GHQ-12	patiëntenquête
* aan de huisarts gepresenteerde psychische problemen	ziekte-episoden, ICD-gecodeerd	contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* DSM-IV diagnose	CIDI	(vervolgenquête op) patiëntenquête

23

Analyse

Van de personen bij wie een DSM-IV diagnose gesteld wordt, worden de consultgegevens uit de contactregistratie van de huisarts nader geanalyseerd voor de beantwoording van vraagstelling 1. Het betreft de contactfrequentie (ja/nee en zo ja, aantallen contacten), de mate waarin de huisarts aangeeft dat er sprake is van een psychisch probleem en de door de huisarts gestelde diagnose. Voor de beantwoording van vraagstelling 2 zal een vergelijking gemaakt worden van de incidentie- en prevalentiecijfers voor aandoeningen vermeld in ICD-gecodeerd hoofdstuk P uit de eerste Nationale Studie en de NS2. Ook zal de score-verdeling van de GHQ-12 uit de eerste Nationale Studie vergeleken worden met die van de NS2, waarbij onderscheid gemaakt zal worden tussen subgroepen naar leeftijd en geslacht.

3.4 Comorbiditeit

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de mate van vóórkomen van meerdere gezondheidsproblemen bij één persoon.

Achtergrond

Gezien de relatie tussen het aantal gezondheidsproblemen en de leeftijd enerzijds en het toenemende aantal ouderen in de bevolking anderzijds zal in de nabije toekomst het vóórkomen van

meerdere gezondheidsproblemen bij één persoon (= comorbiditeit) in absolute en relatieve zin toenemen [1,2]. Het nog frequent gehanteerde één-ziekte model en daarop gebaseerde analyses en prognoses voor zorgbehoefte en zorggebruik komen vaak niet meer met de werkelijkheid overeen. In *clinical trials*, de basis voor *evidence-based* geneeskunde, en ook in protocollen en richtlijnen wordt nauwelijks met comorbiditeit rekening gehouden.

Het fenomeen van comorbiditeit (ook wel multimorbiditeit genoemd) heeft invloed op verschillende niveau's van de gezondheidszorg. Op het niveau van de zorg voor de individuele patiënt is er sprake van beïnvloeding van de diagnostiek van ziekten (b.v. door maskering van symptomen), de behandeling van ziekten (b.v. door polyfarmacie) en de prognose van ziekten. Op het niveau van de gezondheidszorg is er de noodzaak tot afstemming van vraag en aanbod van zorgvoorzieningen die tot nu toe veelal één-ziekte georiënteerd zijn. Ook op het niveau van de volksgezondheid dient, bijvoorbeeld bij de planning van gezondheidszorgvoorzieningen, meer rekening hiermee gehouden te worden (minder zorggebruikers maar met meer dan één ziekte) [27].

Recente inzichten in de omvang van comorbiditeit zijn vooral afkomstig uit regionale Nederlandse huisartsregistraties [2]. De gevolgen van comorbiditeit in termen van sterfte, functionele gezondheidstoestand en zorggebruik zijn recentelijk geïnventariseerd middels een systematische literatuurstudie, waarin medisch-klinische literatuur sterk oververtegenwoordigd was [5]. Op het niveau van de huisartspraktijk zijn nog geen landelijk representatieve gegevens voorhanden over de mate van vóórkomen van comorbiditeit. Dit onderzoek zal in deze lacunes kunnen voorzien.

Vraagstellingen

1. In welke mate komt comorbiditeit voor in de Nederlandse huisartspopulatie?
 - a. Hoe is de verdeling van het aantal gezondheidsproblemen per persoon, naar socio-demografische subgroepen?
 - b. Welke gezondheidsproblemen komen frequenter dan op basis van toeval kan worden verwacht voor in combinaties van twee en drie (z.g. 'cluster-comorbiditeit') en wat is de relatie met demografische en sociale kenmerken?
 - c. In hoeverre komen deze patronen overeen met de door personen zelf gerapporteerde gezondheidsproblemen en bij welke personen (naar de genoemde demografische en sociale kenmerken) is er sprake van discrepantie?
2. Wat is de relatie tussen comorbiditeit en de ervaren gezondheid?
3. Welke veranderingen zijn opgetreden in het voorkomen van comorbiditeit ten opzichte van 1987?

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit de praktijkpopulaties van alle aan de NS2 deelnemende huisartsen. Voor vraagstelling 1c worden gegevens gebruikt uit de aselecte steekproef uit deze populatie die wordt uitgenodigd voor deelname aan een patiëntenquête (zie hoofdstuk 10).

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* comorbiditeit, zelf-gerapporteerd	chronische ziektenlijst (CBS)	patiëntenquête
* comorbiditeit, aan de huisarts gepresenteerd	aantal ziekte-episoden per patiënt	contactregistratie
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* ziektekostenverzekering		administratie huisartspraktijk

Analyse

Het vóórkomen van comorbiditeit (vraagstelling 1 en 3) zal worden beschreven aan de hand van frequentieverdelingen van het aantal ziekte-episoden per patiënt en uitgesplitst naar de onafhankelijke variabelen. In eerste instantie wordt hierbij geen selectie van ziekten gehanteerd. In tweede instantie zal comorbiditeit beperkt worden tot langer bestaande aandoeningen zoals ook elders gedefinieerd wordt [1,2,5]. Van clustercomorbiditeit is sprake indien de combinatie van twee aandoeningen statistisch significant vaker voorkomt dan op basis van de prevalentie van de afzonderlijke aandoeningen verwacht mag worden. Ook clustercomorbiditeit zal worden beschreven aan de hand van frequentieverdelingen met uitsplitsingen naar de onafhankelijke variabelen.

De relatie van comorbiditeit met de ervaren gezondheid (vraagstelling 2) zal in eerste instantie worden beschreven door patiënten met comorbiditeit te vergelijken met patiënten zonder comorbiditeit na correctie voor de onafhankelijke variabelen. Verdere differentiatie zal plaatsvinden door het aantal gezondheidsproblemen daarbij te betrekken.

Literatuur

1. Schellevis FG, Velden J vd, Lisdonk E vd, Eijk JThM v, Weel C v. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:469-73.
2. Akker M van den, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51:367-75.
3. Guralnik JM. Assessing the impact of comorbidity in the older population. *Ann Epidemiol* 1996;6:376-80.
4. Seeman T, Guralnik JM, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R. The health consequences of multiple morbidity in the elderly. The Alameda County Study. *J Aging Health* 1989;1:50-66.
5. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54:661-74.
6. Velden J van der, Abrahamse HPH, Donker G, Van der Steen J, Van Sonsbeek JLA, Van den Bos GAM. What do health interview surveys tell us about the prevalences of somatic chronic diseases? A study into concurrent validity. *Eur J Publ Health* 1998;8:52-58.
7. Velden J van der, Bakker DJ de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
8. Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Utrecht: NIVEL, 1991.
9. Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2453-60.
10. Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eindred). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De gezondheidstoestand: een actualisering. Bilthoven / Maarssen: RIVM / Elsevier De Tijdstroom, 1997.
11. Ruwaard D, Kramers PGN (eindred). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Bilthoven / Maarssen: RIVM / Elsevier De Tijdstroom, 1997.
12. Last JM. The iceberg completing the clinical picture in general practice. *Lancet* 1965;ii:28-31.
13. Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
14. Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987;25:539-69.
15. Kooiker SE. Exploring the iceberg of morbidity: a comparison of different survey methods. *Soc Sci Med* 1995;41:317-32.
16. König-Zahn C, Furer JW, Tax B. Het meten van de gezondheidstoestand. I. Algemene gezondheid. Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. Assen: van Gorcum, 1993.
17. König-Zahn C, Furer JW, Tax B. Het meten van de gezondheidstoestand. II. Lichamelijke gezondheid, sociale gezondheid. Assen: van Gorcum, 1994.
18. Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986;130:292-6.
19. Bentzen N (ed). An international glossary for general/family practice. *Fam Pract* 1995;12:341-69.
20. Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;50:2453-60.
21. Ministerie vws. Belevingsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Den Haag: Ministerie van vws, 1998.
22. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw. Zoetermeer: RVZ, 1998.
23. Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. Verontrustende ontwikkelingen. Utrecht: NfGv, 1998.
24. Goldberg, D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Londond: Oxford University Press, 1972.
25. World Health Organisation (WHO), Division of Mental Health. CIDI core. Composite International Diagnostic Interview. Core version 1.0. Geneva: World Health Organisation, 1990.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
27. Velden J van der, Bos GAM van den, Schellevis FG, Ammers E van. Co-morbiditeit. In: Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993.



Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk

4.1 Inleiding

29

In het tweede onderzoeksthema staat het gebruik van zorgvoorzieningen centraal. De huisarts heeft als ‘poortwachter’ een centrale rol in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Deze centrale rol vloeit voort uit een van de doelstellingen uit het gezondheidszorgbeleid van de overheid, dat elk gezondheidsprobleem opgelost moet worden op het daarbij passende niveau van deskundigheid. Naast hun behandelende rol hebben huisartsen daarbij ook een rol in de filtering van de hulpvraag, enerzijds in de richting van zelfzorg en mantelzorg door advisering aan patiënten hoe zij zelf met hun gezondheidsproblemen kunnen omgaan, en anderzijds in de richting van meer gespecialiseerde zorg door verwijzing naar andere hulpverleners.

In de informatievoorziening ten behoeve van het gezondheidszorgbeleid is wat er na verwijzing door een huisarts met een patiënt gebeurt ook van groot belang. Het gaat hier om zorgketens en de afstemming van de verschillende zorgcircuits bij de individuele zorgverlening. Op dit moment staat vooral de problematiek rond het voorschrijven van geneesmiddelen beleidsmatig in de belangstelling. Hieraan wordt binnen dit thema dan ook de nodige aandacht besteed.

Binnen dit onderzoeksthema staan de volgende vraagstellingen centraal:

1. Wat ondernemen patiënten naar aanleiding van ervaren gezondheidsproblemen en/of beperkingen (zelfzorg, mantelzorg, zelfmedicatie, inroepen van professionele hulp)?
2. Wat onderneemt de huisarts n.a.v. de gepresenteerde morbiditeit (gezondheidsvoorlichting, diagnostiek, verrichtingen, farmacotherapie, verwijzingen, preventie)?
3. In hoeverre is de zorgvraag van patiënten en het zorgaanbod van huisartsen voldoende op elkaar afgestemd en is dit veranderd t.o.v. 1987?
4. Wat is het zorggebruik van patiënten na verwijzing binnen de eerste lijn en na verwijzing naar de tweede lijn en wat is de invloed van het handelen van de huisarts daarop?
5. Hoe is de afstemming tussen de verschillende schakels in de aldus ontstane zorgketens t.a.v. diagnostiek, behandeling en farmacotherapie?

Omdat de gegevens die in het kader van de Tweede Nationale Studie worden verzameld onderling koppelbaar zijn kunnen (vele van) bovengenoemde vraagstellingen op patiëntniveau en ziektespecifiek worden beantwoord.

Bovengenoemde vraagstellingen zullen in onderstaande kernstudies aan de orde komen.

4.2 Zelfzorg, informele zorg en huisartsenzorg; verschillen in hulpzoekgedrag

Doelstelling

Het beschrijven van verschillen in ziektespecifiek hulpzoekgedrag tussen personen en het verklaren van verschillen hierin.

Achtergrond

Slechts een deel van de personen met gezondheidsklachten consulteert daarvoor de huisarts [1,2]. Teneinde een volledig beeld te krijgen omtrent de gezondheidstoestand van de bevolking en de verschillen in hulpzoekgedrag c.q. zorggebruik is het van belang informatie over ziekten en aandoeningen bij personen zelf te verzamelen (zie hoofdstuk 3). Dus: welke gezondheidsproblemen ervaren personen en welke beperkingen ervaren zij daarbij en – vervolgens – wat zijn mogelijk redenen van personen daarvoor wel of geen hulp in te roepen? Het gaat hier om factoren die het wel of niet gebruiken van professionele of informele zorg bepalen. Deze factoren omvatten o.a. sociaal-demografische, maar ook psychologische kenmerken, kennis, attitude, en oordelen over de (kwaliteit van de) zorg.

Vraagstellingen

1. In hoeverre verschillen personen in ziektespecifiek hulpzoekgedrag c.q. zorggebruik?
2. In hoeverre en in welke mate hangen deze verschillen samen met bepaalde achtergrondkenmerken van personen of met sociale en structurele omstandigheden waarin personen zich kunnen bevinden?

Onderzoekspopulatie

Voor beide vraagstellingen wordt de totale onderzoekspopulatie van NS2 gebruikt. In de eerste plaats wordt deze gevormd door alle bij de deelnemende huisartsen ingeschreven personen en verder door een aselechte steekproef uit deze populatie die is uitgenodigd deel te nemen aan de patiëntenquête.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* zorggebruik	frequentie van contacten met de huisartspraktijk	contactregistratie, patiëntenquête
	geneesmiddelengebruik	contactregistratie
	ziekte- en hulpzoekgedrag	patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* aan de huisarts gepresenteerde ziekten	ziekte-episoden, icpc-gecodeerd	contactregistratie
* zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen	chronische ziektenlijst (CBS) actuele klachtenlijst SF-36	patiëntenquête

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* sociale redzaamheid	CISS	patiëntenquête
* sociale steun	SSL UCLA lidmaatschappen	patiëntenquête
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk

Analyse

Hulpzoekgedrag c.q. feitelijk zorggebruik zal in NS2 op verschillende manieren worden gemeten en na correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht worden geanalyseerd op verschillen tussen personen met een vergelijkbaar niveau van gezondheid.

De generieke vraag over de subjectieve gezondheidstoestand wordt aan alle in de praktijken ingeschreven personen voorgelegd (patiëntregistratie), zodat het mogelijk is het hulpzoekgedrag/zorggebruik van personen met een relatief 'slechte' gezondheid te analyseren. Belangrijke gegevensbron hier is de contactregistratie.

Verder is het mogelijk personen die een vergelijkbare gezondheidstoestand rapporteren (in de patiëntenquête) te vergelijken op hulpzoekgedrag en zorggebruik. Tot slot is het mogelijk op basis van de morbiditeit zoals bekend bij de huisarts (ICPC-gecodeerd) patiënten met eenzelfde ziektebeeld te traceren en hun totale zorggebruik te vergelijken.

4.3 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

Doelstelling

Het doel van deze kernstudie is het in kaart brengen van het totale zorgbeslag van een aantal veel voorkomende acute en chronische, somatische aandoeningen.

Achtergrond

Door zijn poortwachtersfunctie wordt de toegang tot tweedelijns gezondheidszorgvoorzieningen door de huisarts gereguleerd. De aandoening van de patiënt is de belangrijkste bepalende factor voor verwijzing naar tweedelijnszorg. Om te komen tot een totaalbeeld van het aandoeningspecifieke zorggebruik is het nodig om aan de gegevens over de zorg van de huisarts gegevens over zorggebruik in de tweede lijn toe te voegen. In het kader van deze studie wordt voor een selectie van frequent voorkomende aandoeningen het zorgbeslag in de eerste en tweede lijn geïnventariseerd, worden verschillen tussen huisartsen en medisch specialisten bestudeerd en wordt de onderlinge afstemming tussen huisartsen en specialisten, al of niet in het kader van transmurale zorgverlening, in kaart gebracht. De hiermee verkregen informatie is van belang voor de evaluatie van de geïmplementeerde landelijke transmurale afspraken.

Hoewel in het verleden onderzoek rond het verwijzen van huisartsen en de opname van patiënten in het ziekenhuis werd gedaan met behulp van gegevens van ziekenfondsen [3,4], werd reeds aan het eind van de jaren zeventig bezwaar gemaakt tegen het gebruik van deze globale of ruwe ziekenfondscijfers [5-7]. Een kwalitatieve beoordeling van verwijs- en opnamecijfers vraagt namelijk om dieper gravende informatie waarbij naast gegevens over het gebruik van zorg tenminste ook gegevens over de aandoeningen van patiënten worden vastgelegd [8-10]. Uit onderzoek op basis van de eerste Nationale Studie is inmiddels namelijk gebleken dat de aandoening van de patiënt de belangrijkste determinant is van de kans op verwijzing naar een specialist [11]. Ook in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 1993 werd al gepleit voor een combinatie van epidemiologische prognoses en ziekte-specifieke, zorginhoudelijke gegevens om tot accurate voorspellingen te komen van de zorgontwikkeling [12]. Inzicht is dus nodig in de morbiditeitspecifieke kansen (en de determinanten daarvan) van patiënten om door te stromen van zelfzorg via huisartsgeneeskundige zorg naar poliklinische specialistische zorg en ziekenhuiszorg.

32

De rol die de huisarts als poortwachter in de gezondheidszorg speelt in dit proces is vanuit beleidsmatig oogpunt uiterst relevant. De poortwachtersfunctie is bovendien aan verandering onderhevig. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft in 1996 een beleidsnota [13] uitgebracht waarin gepleit wordt voor een nauwe samenwerking tussen huisartsen en specialisten. In de nota wordt gesproken van 'transmurale afspraken': inhoudelijke afspraken over de medische zorg en onderlinge taakverdeling welke vastgesteld zouden moeten worden door de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en specialisten. Bij wijze van pilot zijn in 1997 twee transmurale afspraken opgesteld, namelijk over astma bij kinderen [14] en over subfertiliteit [15], die in de loop van 1998 en 1999 zijn geïmplementeerd.

Vraagstellingen

De volgende vragen zullen worden beantwoord voor de aandoeningen diabetes mellitus, coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte, astma/COPD en gewrichtsslijtage, (plus subfertiliteit om evaluatie van transmurale afspraken mogelijk te maken):

1. Wat is de incidentie en prevalentie van deze aandoeningen in de huisartspraktijk?
2. Welk deel van de patiënten met deze aandoeningen wordt binnen de huisartspraktijk zelf behandeld en welke verschillen bestaan hierin tussen huisartspraktijken, tussen aandoeningen en tussen patiëntencategorieën (bijv. mannen vs. vrouwen, ziekenfonds- vs. particulier en publiekrechtelijk verzekerd)?
3. Wat is de aard en omvang van de behandeling in de huisartspraktijk en welke verschillen bestaan hierin tussen huisartspraktijken, tussen aandoeningen en tussen patiëntencategorieën?
4. Welk deel van de patiënten met deze aandoeningen wordt verwezen naar een medisch specialist en welke verschillen bestaan hierin tussen huisartspraktijken en tussen aandoeningen?
5. Wat is de aard van de behandeling (poliklinisch, klinisch) door de specialist en welke verschillen bestaan hierin tussen patiënten van verschillende huisartspraktijken, tussen aandoeningen en tussen patiëntencategorieën?
6. Wat is de invloed van de wijze van selectie (bijv. eenmalig consult, of eerst zelf behandelen) van patiënten door de huisarts op de zorgconsumptie (diagnostiek, behandeling, consulten, opnamen en ligduur) van patiënten in de tweede lijn?

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit mensen die lijden aan één van de aandoeningen uit de vtv-top-10: diabetes mellitus, coronaire hartziekten, hartfalen, beroerte, astma/COPD en gewrichtsslijtage (en subfertiliteit). De overige aandoeningen in de vtv-top-10 (dementie, depressie, verstandelijke handicap en gebitsafwijkingen) zijn voor wat betreft het gebruik van de kerndisciplines in de curatieve somatische zorg minder interessant.

In tabel 4.3.1 is de prevalentie van en het aantal verwijzingen voor de vtv-aandoeningen in een normpraktijk weergegeven.

Tabel 4.3.1

Prevalentie en verwijzingen per diagnose groep in een normpraktijk (n=2400) per jaar; absoluut aantal

	Prevalentie *	Verwijzingen **
Diabetes mellitus	42,9	7,7
Coronaire hartziekten	24,7	14,9
Hartfalen	15,0	3,4
Beroerte	13,4	4,6
Astma/COPD	58,0	3,6
Gewrichtsslijtage	64,5	6,5

Bron: Hartevelt & Delnoij, 1999 [16]

* de prevalentie is berekend met behulp van bijlage 8 van het samenvattend vtv-rapport 1997 "De som der delen". De volgende berekening is gemaakt: prevalentie * 2400 (=normpraktijk)/15.000.000 (inwoners NL)

** het aantal verwachte verwijzingen (tweede lijn) per normpraktijk is berekend m.b.v. de tabel van bijlage I uit het Basisrapport verrichtingen in de huisartsenpraktijk van de eerste Nationale Studie. De aantallen zijn omgerekend naar een jaar. Het aantal verwijzingen is als volgt berekend: (aantal verwijzingen tweede lijn/1000) * aantal episodes * 2400/332303 * 4.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

De gegevens die voor beantwoording van de vraagstellingen noodzakelijk zijn, kunnen niet allemaal worden verzameld in de huisartspraktijk zelf. Derhalve is een grondige voorstudie uitgevoerd naar bronnen van informatie over medisch-specialistische en ziekenhuiszorg [16,17]. Op basis daarvan is besloten de informatie over poliklinische en klinische medisch-specialistische en ziekenhuiszorg te ontleen aan de Landelijke Ambulante Zorg Registratie (LAZR) en de Landelijke Medische Registratie (LMR) van Prismant. In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden.

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* gebruik huisartsenzorg	frequentie van contacten met de huisartspraktijk	contactregistratie
	geneesmiddelengebruik	contactregistratie
	aangevraagde diagnostische verrichtingen	contactregistratie

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
* gebruik specialistische zorg	frequentie van verwijzingen	contactregistratie
	aantal poliklinische bezoeken	LAZR
* gebruik intramurale zorg	frequentie van ziekenhuisopname	LMR
	ligduur	LMR
	aard en frequentie van hoofdverrichtingen	LMR
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* aard ziekte, resp. indicatie	ziekte-episode, ICPC-gecodeerd	contactregistratie
	ontslagdiagnose	LMR
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* verzekeringsvorm		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding	patiëntregistratie
	beroep	
* werkbelasting huisarts	objectieve werkbelasting	huisartsenquête
	subjectieve werkbelasting	
* samenwerking huisarts-specialist	aard en frequentie van de samenwerking deelname aan transmurale projecten	huisartsenquête

34

Analyse

In deze studie vindt eerst een beschrijvende analyse plaats van het aantal mensen in de Nederlandse bevolking dat lijdt aan een bepaalde aandoening; het percentage van deze patiënten dat hiervoor de huisarts bezoekt; de frequentie waarmee deze patiënten de huisarts bezoeken; het percentage van de patiënten met een bepaalde aandoening dat in de huisartspraktijk zelf wordt behandeld; de hoeveelheid en aard van de behandeling in de huisartspraktijk; het percentage patiënten dat door de huisarts wordt verwezen naar een medisch specialist; het percentage patiënten dat poliklinisch wordt behandeld; de hoeveelheid poliklinische behandeling; het percentage patiënten dat wordt opgenomen in het ziekenhuis; hoeveelheid en aard van de klinische zorg. Daarnaast wordt gekeken naar variatie in het handelen van huisartsen en specialisten en naar mogelijke determinanten daarvan (onafhankelijke en intermediaire variabelen; zie schema). Voor de aandoeningen subfertiliteit en astma bij kinderen wordt -voor zover mogelijk- bovendien nagegaan in welke mate huisartsen en kinderartsen, respectievelijk gynaecologen handelen conform de landelijke transmurale afspraken betreffende deze aandoeningen.

4.4 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

Doelstelling

Het doel van de studie is het in kaart brengen van het verwijspatroon van de huisarts naar paramedische zorg.

Achtergrond

De doelmatigheid van de paramedische zorg hangt niet alleen af van het paramedisch handelen maar ook van het functioneren van de huisarts als poortwachter naar de (extramurale) paramedische zorg. Op dit moment zijn er zo'n 70 standaarden ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk. Bij alle NHG-standaarden wordt uitgegaan van de principes van gepast gebruik van middelen voor doelmatige en doeltreffende zorg. Het wenselijke beleid ten aanzien van de paramedische zorg wordt bij een zestal aandoeningen in de NHG-standaard beschreven, namelijk bij epicondylitis, lage-rugpijn, lumbosacraal radiculair syndroom, enkeldistorsie, schouderklachten en diabetes mellitus type II. In de standaarden wordt aangegeven in hoeverre paramedische zorg zinvol is bij deze aandoeningen. Bovendien worden er soms uitspraken gedaan over de (in)effectiviteit van de verschillende fysiotherapeutische behandelmodaliteiten.

Uit de eerste Nationale Studie is gebleken dat het percentage patiënten dat verwezen wordt naar de oefen-/fysiotherapeut bij de vijf genoemde aandoeningen van het bewegingsapparaat varieert tussen 25 en 40% [18]. Deze aandoeningen vormen bijna 40% van het aantal verwijzingen naar de extramurale fysiotherapeut [19]. Diabetes mellitus, met name type II, is de meest voorkomende ziekte bij de patiënten van de Nederlandse diëtist [20]. De aandoeningen beschreven in de zes bovengenoemde standaarden vormen dus een groot gedeelte van de paramedische zorg en in het bijzonder van de fysiotherapie en de diëtetiek.

Verwijsbeleid afwijkend aan de NHG-standaard kan bestaan uit 'onterechte verwijzingen' en 'onterechte niet-verwijzingen', en uit verwijzingen die inhoudelijk niet overeenkomen met de NHG-standaard, bijvoorbeeld het voorschrijven van fysiotherapeutische applicaties bij chronische lage-rugpijn. In al deze gevallen is de doelmatigheid van paramedische zorg in het geding.

Dit onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre het verwijsgedrag naar de paramedische zorg afwijkt van de NHG-standaard en op de factoren die het afwijken aan de NHG-standaard kunnen verklaren, met andere woorden: in welke situaties en waarom wijkt de huisarts af van de principes van gepast gebruik van paramedische zorg? Literatuur over dit onderwerp is (nog) schaars en onderzoek naar factoren die 'afwijkend verwijsgedrag' van de huisarts naar de paramedische zorg verklaren is nog nauwelijks verricht. Wat betreft de huisarts mag verondersteld worden dat dezelfde persoonlijke en structurele factoren die het verwijscijfer bepalen ook in meer of mindere mate van invloed zijn op 'afwijkend verwijsbeleid' [21-24]. Daarnaast beïnvloeden kennis van en attitude ten aanzien van paramedische zorg [21,22,25,26] en richtlijnen het verwijspatroon van de huisarts [27].

Naar verwachting zullen patiëntkenmerken zoals de attitude van de patiënt ten aanzien van paramedische zorg, de aanwezigheid van beperkingen, de mate van sociale steun, copinggedrag en psychologische kenmerken, zoals bijvoorbeeld angststoornissen het verwijsgedrag van de huisarts bepalen. Deze kenmerken hebben invloed op de wijze waarop de patiënt zich presenteert en zullen daarom de beslissing van de huisarts om van de NHG-standaard wat betreft het verwijzen naar de paramedische zorg af te wijken, mede bepalen. Het is bijvoorbeeld voorstelbaar dat, gezien het relatief intensieve en reguliere karakter van de paramedische hulpverlening, patiënten met psychosociale problematiek meer naar de paramedische zorg verwezen worden dan patiënten zonder psychosociale problematiek met dezelfde (lichamelijke) aandoening.

Vraagstellingen

1. Wat is de omvang van verwijzingen door de huisarts naar paramedische zorg en wat is de aard en frequentie van de verschillende verwijfsindicaties?

2. Is het verwijsbeleid van de huisarts naar de paramedische hulpverlener in overeenstemming met de NHG-standaard?
3. Welke huisarts- en patiëntgebonden kenmerken kunnen een eventueel afwijken van de NHG-standaard verklaren?

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit de totale patiëntenpopulatie die bij de deelnemende huisartsen staat ingeschreven. Bij de beantwoording van de vragenstellingen zal gedeeltelijk ook gebruik gemaakt worden van gegevens die zijn verkregen middels de patiëntenquête, welke is afgenomen bij een aselechte steekproef van de totale patiëntpopulatie, en van de huisartsenquête.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabele</i>		
* verwijzing naar paramedici	frequentie van verwijzing naar fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar, resp. Mensendieck) en diëtist	contactregistratie
* zelf-gerapporteerd gebruik van paramedische zorg	frequentie van bezoeken aan paramedici	patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* verzekeringsvorm		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* functionele beperkingen	OECD-schaal SF-36	patiëntenquête
* sociale steun	CISS	patiëntenquête
* aard ziekte, resp. indicatie	ziekte-episode, ICPC-gecodeerd	contactregistratie
* duur ziekte-episode		contactregistratie
* samenwerking met paramedici	aard en frequentie van de samenwerking	huisartsenquête
* attitude ten opzichte van NHG-standaarden		huisartsenquête
* opvattingen over effectiviteit van paramedische zorg		huisartsenquête

Analyse

Door middel van frequentietellingen zal inzicht verkregen worden in het aantal verwijzingen naar paramedische zorg per verwijsindicatie. Bij die aandoeningen waarin in de NHG-standaard uitspraken worden gedaan over het wenselijk beleid ten aanzien van paramedische zorg zal nagegaan

worden in hoeverre het verwijfsbeleid van de huisarts overeenkomt met de NHG-standaard. Door middel van multivariate analyse zal nagegaan worden welke factoren van invloed zijn op een eventueel afwijken van de NHG-standaard.

4.5 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie

Doel

Het doel van deze studie is tweeledig

- 1) het beschrijven van omvang en aard van het gebruik van geneesmiddelen voorgeschreven door huisarts en specialist en het verklaren van verschillen hierin tussen personen;
- 2) het beschrijven van omvang en aard van het gebruik van zelfmedicatie en het verklaren van verschillen hierin tussen personen.

37

Achtergrond

Het voorschrijven van geneesmiddelen staat om een aantal redenen in de belangstelling van beleidsmakers. De omvang en kosten van het geneesmiddelengebruik zijn de laatste jaren sterk gestegen [28] en diverse maatregelen zijn genomen of worden ondernomen om dit te beteugelen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de introductie van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) en de zogenaamde 1-september maatregel [29]. De nadruk in de aandacht voor geneesmiddelen ligt vaak op de kosten en het volume. De helft van de kosten die gemaakt worden voor het voorschrijven van geneesmiddelen wordt gemaakt in de huisartspraktijk. Het voorschrijven van geneesmiddelen is daarmee een belangrijk onderdeel van het werk van de huisarts. Er is in Nederland al een en ander bekend over het voorschrijfgedrag van huisartsen [30,31]. Echter, grootschalig onderzoek waarin per diagnose nagegaan kan worden hoe huisartsen voorschrijven is nog niet gedaan. In deze kernstudie zullen dergelijke analyses worden uitgevoerd. Tevens zal de relatie met deelname door de huisarts aan het Farmaco Therapie Overleg (FTO) en met gebruik van EVS/NHG-standaarden worden gelegd. Er is weinig inzicht in de omvang en aard van door de specialist voorgeschreven receptuur. Ook hierop wordt in deze studie ingegaan. Patiënten kunnen in toenemende mate ‘voor eigen dokter gaan spelen’ omdat steeds meer geneesmiddelen vrij op de markt verkrijgbaar zijn [32]. In dit onderzoek zal daarom ook deze vorm van geneesmiddelengebruik in kaart gebracht worden.

Vraagstellingen

1. a) Wat is de omvang en aard van het gebruik van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door de huisarts?
 - b) Wat is de omvang en aard van door de specialist geïnitieerde (en door de huisarts gecontinueerde) receptuur?
 - c) Wat is de omvang en aard van zelfmedicatie bij Nederlanders?
2. a) In hoeverre worden verschillen tussen personen in het gebruik van geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door de huisarts c.q. specialist verklaard door patiëntkenmerken (zoals de aandoening, leeftijd en geslacht) en door kenmerken van de huisarts?
 - b) In hoeverre worden verschillen tussen personen in het gebruik van zelfmedicatie verklaard door achtergrondkenmerken van personen?

Onderzoekspopulatie

Voor de deelvraag met betrekking tot de omvang en aard van het gebruik van geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts wordt de totale onderzoekspopulatie van de NS2 gebruikt. Deze wordt gevormd door bij de deelnemende huisartsen ingeschreven patiënten. Voor de deelvragen over voorschrijven door de specialist en zelfmedicatie wordt de onderzoekspopulatie gevormd door een aselechte steekproef van de totale praktijkpopulatie die heeft deelgenomen aan de patiëntenenquête.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* door huisarts voorgeschreven geneesmiddelen		contactregistratie
* door specialist voorgeschreven geneesmiddelen		patiëntenquête
* zelfmedicatie		patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* ziekten, resp. indicatie	ziekte-episoden, ICD-gecodeerd	contactregistratie
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
	SF-36	patiëntenquête
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk
* deelname huisarts aan FTO		huisartsenquête
* gebruik evs door huisartsen		huisartsenquête

Analyse

In dit onderzoek zal eerst een beschrijvende analyse plaatsvinden van het gebruik van geneesmiddelen waarbij onderscheid gemaakt wordt naar door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen, door de specialist voorgeschreven geneesmiddelen en zelfmedicatie. Vragen als hoeveel geneesmiddelen en welke soorten gebruiken Nederlandse patiënten worden hierin beantwoord. Ook zal voor een aantal veel voorkomende geneesmiddelen geanalyseerd worden hoeveel procent van de patiënten deze gebruiken. Het gebruik zal vervolgens (bivariaat) gerelateerd worden aan de gezondheidstoestand (klachten) van de patiënten. Tot slot zal, in een multivariate regressie-analyse bekeken worden welke factoren, anders dan de gezondheidstoestand van de patiënten, het gebruik van geneesmiddelen kunnen verklaren.

4.6 Gebruik van diagnostische voorzieningen

Doel

Het doel van deze studie is driedelig:

1. het beschrijven van omvang en aard van het gebruik van de door de huisarts aangevraagde en uitgevoerde “aanvullende” diagnostiek;
2. het beschrijven van de indicaties waarbij “aanvullende” diagnostiek wordt aangevraagd c.q. uitgevoerd;
3. het verklaren van verschillen tussen huisartsen en huisartspraktijken in dit opzicht.

Achtergrond

In de afgelopen 14 jaar, sinds de gegevensverzameling voor de eerste Nationale Studie plaatsvond [33], is er een sterke groei geweest van diagnostische centra en andere diagnostische faciliteiten waardoor het voor de huisarts eenvoudiger werd om aanvullend diagnostisch onderzoek te (laten) verrichten. Ook zijn de mogelijkheden om in eigen praktijk laboratoriumonderzoek uit te voeren toegenomen.

Aan de andere kant worden er verschillende maatregelen genomen om huisartsen te stimuleren om meer gericht aan te vragen. Met het verschijnen van de NHG-standaarden en later het Diagnostisch Kompas is er veel informatie beschikbaar gekomen met richtlijnen voor kwalitatief verantwoord aanvragen van diagnostiek.

Nadat gebleken is dat de opzet van het labaanvraagformulier van invloed is op het aanvraaggedrag [34-36] hebben er ook initiatieven plaatsgehad om het aanvraagformulier te vernieuwen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft samen met Stichting Artsenlaboratoria Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie een probleemgericht formulier uitgebracht. In verschillende varianten is dit door laboratoria overgenomen. Tenslotte worden initiatieven genomen om via de computer, eveneens gestuurd door NHG-standaarden, laboratoriumdiagnostiek aan te vragen [37].

In het kader van deze studie zal het gebruik van diagnostische mogelijkheden door huisartsen in kaart worden gebracht en worden gerelateerd aan de indicatie waarvoor nader onderzoek plaatsvond. Hiermee kan inzicht worden verkregen in het volume en de kosten van aanvullende diagnostiek en kan worden nagegaan in hoeverre veranderingen in het aanbod aan faciliteiten geleid hebben tot veranderingen in het gebruik ervan door huisartsen. Daarnaast zal worden gekeken naar variatie tussen huisartsen en praktijken mede gezien de initiatieven die zijn genomen om tot gericht aanvraaggedrag te komen.

Vraagstellingen

1. a) Wat is de omvang en aard van de door huisartsen geïnitieerde aanvullende diagnostiek?
b) Welk deel daarvan vindt in de huisartspraktijk zelf plaats?
2. Voor welke indicaties vindt welke aanvullende diagnostiek plaats?
3. a) In hoeverre verschillen huisartsen in het gebruik van aanvullende diagnostiek?
b) In hoeverre is dit verklaren uit de indicaties en andere factoren op patiëntniveau?
c) In hoeverre is dit te verklaren door de aard van het gebruikte formulier, praktijkuitrusting en andere factoren op huisarts(praktijk)niveau?

Onderzoekspopulatie

Gebruik wordt gemaakt van gegevens van de totale onderzoekspopulatie van de tweede Nationale Studie, bestaande uit de totale praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen. Gegevens over het gebruik van aanvullende diagnostiek worden gedurende 6 weken geregistreerd met behulp een elektronische vragenlijst als onderdeel van de contactregistratie. Daarnaast worden bij de laboratoria waarbij huisartsen diagnostiek aanvragen gegevens opgevraagd over aangevraagd laboratoriumonderzoek en uitslagen. Deze gegevens zullen op patiëntniveau worden gekoppeld aan de overige gegevens uit de Tweede Nationale Studie.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* aangevraagd aanvullend diagnostisch onderzoek	electronische vragenlijst	contactregistratie
	aanvraagformulier laboratorium	gegevens laboratoria
* in de praktijk uitgevoerd laboratoriumonderzoek	electronische vragenlijst	contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* ziekte, resp. indicatie	ziekte-episode, ICD-gecodeerd	contactregistratie
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk
* type gebruikt aanvraagformulier (wel/niet probleem-georiënteerd)		huisartsenquête
* praktijkuitrusting	checklist diagnostische faciliteiten	huisartsenquête Visitatie Instrument Praktijkvoering

Analyse

In dit onderzoek zal eerst een beschrijvende analyse plaatsvinden van de hoeveelheid en de aard van de aanvullende diagnostiek onderscheiden naar al dan niet binnen de praktijk. Verder zal voor de onderscheiden categorieën aanvullende diagnostiek worden beschreven bij welke diagnoses zij worden aangevraagd. De derde stap is dat in beeld wordt gebracht welke bepalingen worden aangevraagd bij welke diagnoses. Tenslotte worden in een multivariate opzet praktijkkenmerken in de analyse betrokken zoals kenmerken van het gebruikte formulier en praktijkuitrusting.

Literatuur

1. Cassee ETh. Naar de dokter, enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel: Boom, 1973.
2. Kooiker SE, Mootz M (red). Patiënt en professie. Culturele determinanten van medische consumptie. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1996.
3. Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
4. Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij [dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1991.
5. Posthuma BH, Zee J van der. Tussen eerste en tweede echelon. I: onderzoek op macroniveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers. Utrecht/Groningen: NHI/Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, 1977.
6. Posthuma BH, Zee J van der. Tussen eerste en tweede echelon II: over praktijkgrootte en productiecijfers van huisartsen. Utrecht/Groningen: NHI/Instituut voor Sociaal-Medische Wetenschap, 1978.
7. Dopheide JP. Relatie tussen eerste- en tweedelij van de gezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JM, Zee J van der (red). Overzichtsstudie onderzoek eerstelij. Utrecht: Nivel, 1985.
8. Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. Br J Gen Pract 1990;40:178-81.
9. Stokx LJ, Bakker DJ de, Delnoij DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht: Nivel, 1992.
10. Engelsman C, Geertsma A. De kwaliteit van verwijzingen [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
11. Delnoij DMJ, Spreeuwenberg PMM. Variation in GPs' Referral Rates to Specialists in Internal Medicine. Eur J Publ Health 1997;7:427-35.
12. Ruwaard D, Kramers PGN (eindred).. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993.
13. Anonymous. NHG-beleidsnota 'Transmurale Werkafspraken'. Samenwerking met wetenschappelijke verenigingen rond NHG-standaarden. Utrecht: NHG, 1996.
14. Geijer RMM, Essen-Zandvliet EEM van, Flikweert S, Brinkhorst G, Haan M de, Roorda RJ, Koning G de, Dirksen WJ, Suijlekom-Smit LJA van, Kolnaar BGM. Landelijke Transmurale Afspraak: Astma bij Kinderen. Huisarts Wet 1998;41:135-7.
15. Flikweert S, Hemrika DJ, Geijer RMM, Evers JLH, Hinloopen RJ, Leerentveld RA, Ponsioen BP, Wempe PA, Zweers DJ. Landelijke Transmurale Afspraak: Subfertiliteit. Huisarts Wet 1998;41:542-4.
16. Hartevelt HM, Delnoij DMJ. De Tweede Nationale Studie: Pilot Longitudinale Zorgprofielen. Utrecht: Nivel, 1999.
17. Struijs JN, Baan CA, Hutten JBF, Westert GP. Proefkoppeling van registratiesystemen ten behoeve van longitudinale profielen van zorggebruik: koppeling van huisarts- en ziekenhuisgegevens. Bilthoven: Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM, 2001 [rapport nr. 280751001/2001].
18. Uunk WJG, Dekker J, Groenewegen PP. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: morbiditeits-specifieke verwijzpercentages. Utrecht: Nivel, 1991.
19. Dekker J, Van Baar ME. Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (BEEF). Utrecht: Nivel, 1995.
20. Paas GRA, Friele RD. Plaats en functie van de dietist in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1996.
21. Uunk WJG, Groenewegen PP, Dekker J. Verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten: een verklaring en analyse van verschillen tussen huisartsen. Mens en Maatschappij 1992;67:389-411.
22. Kerssens JJ, Groenewegen PP. Referrals to physiotherapy: the relations between the number of referrals, the indication for referral and the inclination to refer. Soc Sci Med. 1990;30:797-804.
23. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Curfs EC. Determinanten van het aantal verwijzingen van huisartsen naar fysiotherapeuten. TSG 1987;65:455-61.
24. Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice [dissertatie]. Utrecht: Rijks Universiteit Utrecht, 1998.
25. Uili RM, Shepard KF, Savinar E. Physician knowledge and utilization of physical therapy procedures. Phys Ther 1984;64:1523-30.
26. Stanton PE, Fox FK, Frangos KM, Hoover DH, Spilecki GM. Assessment of resident physicians' knowledge of physical therapy. Phys Ther 1985;65:27-30.
27. James PA, Cowan TM, Graham RG, Majeroni BA. Family physicians' attitude about en use of clinical practical guidelines. J Fam Pract 1997;45:341-7.
28. Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. Jaarrapport LINH 2000. Utrecht, Nivel, 2001.
29. Biermans M, Adam S, Bakker D de. Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: Beleidsevaluatie maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen. Utrecht: Nivel 2000.
30. Foets, M, Schellevis FG, Dijk L van. Competentie van huisartsen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen: Een onderzoek op basis van papieren patiënten. TSG 1994;72:32-7.
31. Stokx L, Foets M, Bakker DH de, Flierman H. Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
32. Nefofarma. De zelfzorgmarkt in 1998. Utrecht: Nefofarma, 1999.
33. Kluijt I, Zaat JOM, Eijk JThM van, Velden J van der, Eindverslag deelproject Laboratorium- en röntgendiaagnostiek Nationale Studie. Utrecht/Amsterdam, Nivel/Vrije Universiteit, 1992.

34. Zaat JOM. De macht der gewoonte. Over de huisarts en zijn laboratoriumonderzoek [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1991.
35. Winkens RAG. Improving test ordering in general practice [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
36. Eijkelenburg-Waterreus JJH van, Bakker DH de. Interventies gericht op het beïnvloeden van het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek; een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1998;41:121-5.
37. Wijk MAM van. Bloodlink. Computer based test ordering. Assessment of the effect on physicians' test-ordering behavior [dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2000.



Verschillen in gezondheid en zorggebruik

5.1 Inleiding

45

Het gezondheidszorgbeleid is gericht op gelijke toegankelijkheid van zorgvoorzieningen op geleide van zorgbehoefte. De laagdrempelige toegang van de huisartsenzorg is erop gericht ongelijkheid in zorg in sociaal-culturele, economische en geografische zin zoveel mogelijk te voorkomen. Vooral voor specifieke doelgroepen bestaat er soms twijfel over de mate waarin gelijke zorg bij gelijke behoefte wordt gerealiseerd. Op het gebied van sociaal-economische verschillen in zorg en zorggebruik in het algemeen is reeds veel bekend. Het is van belang om na te gaan of en in hoeverre dergelijke verschillen in de loop van de tijd zijn veranderd. Naast de verschillen in algemene zin (o.a. naar opleiding, beroep, gezinssamenstelling en burgerlijke staat) richt de aandacht zich binnen dit themagebied op een aantal specifieke doelgroepen: migranten, sociale achterstandsgroepen, ouderen en vrouwen. De volgende vraagstellingen zijn hierbij aan de orde:

1. In hoeverre is de huisartsenzorg en andere zorgvoorzieningen voor ieder in gelijke mate bereikbaar c.q. toegankelijk en wat is hierbij de invloed van verzekeringsvorm?
2. Welke regionale verschillen in gezondheid(szorg) bestaan er binnen Nederland en welke verschillen zijn er tussen stad en platteland?
3. In hoeverre bestaan er verschillen in aanbod aan en gebruik van preventieve huisartsenzorg tussen verschillende maatschappelijke groepen?
4. In hoeverre zijn bovengenoemde verschillen veranderd t.o.v. 1987?
5. Welke ziekten en aandoeningen rapporteren personen die behoren tot sociale achterstandsgroepen, welke zorg gebruiken zij en wat zijn de determinanten van morbiditeit en zorggebruik?
6. Wat is de rol van de huisarts in de extramurale ouderenzorg en wat zijn de determinanten van verschillen in morbiditeit en zorggebruik onder ouderen?
7. Welke seksespecifieke verschillen bestaan er in morbiditeit en daaraan gerelateerde zorgconsumptie en wat is de invloed van *gender* op de geboden huisartsenzorg?

Deze vraagstellingen zullen in vier kernstudies gericht op verschillende maatschappelijke groepen beantwoord worden.

5.2 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik naar sociaal-economische status en etniciteit

Doelstelling

Het beschrijven van sociaal-economische en etnische verschillen in ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik.

Achtergrond

Uit eerder onderzoek zijn aanwijzingen naar voren gekomen dat patiënten uit laag sociaal milieu een slechtere (ervaren) gezondheid hebben dan mensen uit hoog sociaal milieu en dat zij vaker de huisarts consulteren [1]. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 wordt onder andere geconcludeerd dat de gezondheidsverschillen in de afgelopen periode niet zijn afgenomen [1]. Blijvende onderzoeks aandacht is daarom gewenst. In het bestaande onderzoek is verder aan de beschrijving van verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische en geografische herkomst weinig systematische aandacht besteed. Wat bekend is, is veelal gebaseerd op zelfrapportage en niet of nauwelijks op registraties door zorgverleners. Er bestaat in dit verband behoefte aan actuele en betere gegevens die het mogelijk maken het zorggebruik ziektespecifiek te onderzoeken op basis van professioneel gediagnostiseerde aandoeningen. Door lacunes in kennis - onvoldoende documentatie van variaties in gebruik van preventie en zorg naar onderscheiden indelingen - is de toegankelijkheidsvraag van het Nederlandse zorgsysteem niet goed beantwoordbaar.

Eenzelfde patroon in gezondheidsverschillen en variatie in zorggebruik is te zien bij migranten wanneer zij vergeleken worden met autochtone Nederlanders [2-4]. Hoewel migranten voor het merendeel in een achterstandspositie verkeren, lijken sociaal-economische verschillen tussen migranten en autochtone Nederlanders hiervoor slechts ten dele een verklaring te geven [3,4]. Op basis van gegevens van de patiëntenregistratie zal een beschrijving gemaakt worden van de ervaren gezondheid, de morbiditeit en het zorggebruik van migranten. Vastgesteld zal worden in hoeverre gevonden patronen overeenkomen met de morbiditeit en het zorggebruik van autochtone Nederlandse patiënten uit de lagere sociale milieus en in hoeverre deze mogelijk toe te schrijven zijn aan sociaal-economische factoren. De resultaten van dit onderzoek zullen waar mogelijk vergeleken worden met de resultaten uit eerder onderzoek, zodat ook ontwikkelingen die zich de laatste tien jaar hebben voorgedaan in kaart worden gebracht.

Vraagstellingen

1. Wat zijn de verschillen naar sociaal-economische status in ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik?
2. Wat zijn de verschillen tussen migranten onderling en met autochtone Nederlanders in ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik?
3. In hoeverre kunnen verschillen naar etniciteit verklaard worden door sociaal-economische verschillen tussen deze groepen?
4. Zijn er wat betreft vraagstelling 1 en 2 verschillen ten opzichte van 1987 te constateren?

Onderzoekspopulatie

Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens van alle migranten die deel uitmaken van de onderzoekspopulatie van de NS2 en die in te delen zijn in een etnische groep van een voldoende omvang. Uit de autochtone Nederlandse deelnemers zal een steekproef getrokken worden. Voor de selectie van relevante groepen migranten wordt een indeling in etnische groep gehanteerd op basis van het eigen geboorteland en het geboorteland van beide ouders. Gebruik zal worden gemaakt van gegevens verzameld via de contactregistratie in de deelnemende huisartspraktijken en van gegevens verzameld bij een aselechte steekproef van de praktijkpopulatie middels de patiëntenquête.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
* zelf-gerapporteerde klachten en aandoeningen	diverse meetinstrumenten (zie hoofdstuk 10)	patiëntenquête
* aan de huisarts gepresenteerde ziekten	ziekte-episoden, ICD-gecodeerd	contactregistratie
* gebruik van huisartsenzorg	frequentie van contacten met de huisartspraktijk	contactregistratie
* zelf-gerapporteerd gebruik van zorgvoorzieningen		patiëntenquête
* ziektegedrag		patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* ziektekostenverzekering		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep arbeidsituatie	patiëntregistratie
* etniciteit	eigen geboorteland, geboorteland ouders	patiëntregistratie

Analyse

Voor de onderlinge vergelijking van de onderscheiden groepen naar etniciteit en sociaal-economische status zal gebruik gemaakt worden van multivariate analysetechnieken.

5.3 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

Doelstelling

Het beschrijven van het morbiditeitspatroon bij en gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen.

Achtergrond

De toename in zorggebruik en daardoor in kosten van de gezondheidszorg in de afgelopen decennia is deels te wijten aan demografische ontwikkelingen, met name de veroudering van de bevolking. Ouderen hebben een grotere kans op het krijgen van een aandoening, met subjectieve (on)gezondheid, beperkingen en gebruik van zorgvoorzieningen tot gevolg.

Vraagstellingen

1. Op welke aspecten onderscheiden het morbiditeitspatroon (zowel zelf-gerapporteerde als aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit) en zorggebruik van ouderen zich t.o.v. dat van jongeren?
2. In hoeverre kunnen andere factoren dan leeftijd deze verschillen verklaren?
3. In hoeverre zijn er veranderingen opgetreden in het morbiditeitspatroon en zorggebruik van ouderen t.o.v. 1987?

48

Onderzoekspopulatie

Voor de beantwoording van deze vraagstellingen zal gebruik gemaakt worden van gegevens die zijn verzameld in de totale praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen (gegevens van de contactregistratie en patiëntregistratie) en van gegevens die zijn verzameld via de patiëntenquête bij een aselechte steekproef van deze populatie.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
* zelf-gerapporteerde klachten en ziekten	diverse meetinstrumenten (zie hoofdstuk 10)	patiëntenquête
* zelf-gerapporteerd gebruik van zorgvoorzieningen		patiëntenquête
* aan de huisarts gepresenteerde ziekten	ziekte-episoden, ICP-gecodeerd	contactregistratie
* gebruik van huisartsenzorg	frequentie van contacten met de huisartspraktijk	contactregistratie
* gebruik van specialistische zorg	frequentie van verwijzingen door de huisarts	contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht		administratie huisartspraktijk
* leefsituatie		patiëntregistratie
* woonsituatie		patiëntregistratie
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* etniciteit	eigen geboorteland, geboorteland ouders	patiëntregistratie

Analyse

In eerste instantie zullen beschrijvende analyses worden uitgevoerd om de verschillen tussen ouderen en jongeren zichtbaar te maken ten aanzien van de verschillende uitkomstvariabelen. In multivariate analyses zal vervolgens nagegaan worden of de verschillen tussen ouderen en jongeren in de verschillende sociaal-economische bevolkingsgroepen dezelfde zijn.

5.4 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen

Doelstelling

Het beschrijven van seksespecifieke verschillen in gebruik van gezondheidszorg en in dit verband analyseren van de relatie tussen geslacht van huisarts en patiënt.

Achtergrond

Uit eerder onderzoek is duidelijk geworden dat vrouwen meer gezondheidsproblemen ervaren dan mannen, deze vaker presenteren en een hoger zorggebruik vertonen dan mannen [5]. In deze studie zal de onderlinge samenhang tussen deze aspecten worden bestudeerd. Eerder onderzoek heeft ook aangetoond dat de werkwijze van mannelijke en vrouwelijke huisartsen verschilt. Daarom zal de presentatie van gezondheidsproblemen en het zorggebruik ook gerelateerd worden aan de sekse van de huisarts, door de arts-patiënt relatie uit te splitsen naar de vier dyaden (man-man, vrouw-vrouw, man-vrouw, vrouw-man). In het licht van het toenemend aantal vrouwelijke huisartsen is het daarbij relevant na te gaan in hoeverre het zorggebruik van vrouwen beïnvloedbaar is door het bezoek aan een huisarts van hetzelfde geslacht.

Vraagstellingen

1. Wat zijn de verschillen tussen de vier dyades in morbiditeit en zorggebruik in de huisartspraktijk?
2. In hoeverre prefereren patiënten een arts van eigen sekse en is er een relatie tussen de voorkeur van patiënten en de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit?

Variabelen, meetinstrumenten, meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* ervaren gezondheid	1-item vraag	patiëntregistratie
* zelf-gerapporteerde klachten en ziekten	diverse meetinstrumenten (zie hoofdstuk 10)	patiëntenquête
* zelf-gerapporteerd gebruik van zorgvoorzieningen		patiëntenquête
* aan de huisarts gepresenteerde ziekten	ziekte-episoden, ICD-gecodeerd	contactregistratie
* gebruik van huisartsenzorg	frequentie van contacten met de huisartspraktijk	contactregistratie

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		administratie huisartspraktijk
* geslacht patiënt		administratie huisartspraktijk
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* voorkeur van patiënt voor mannelijke/vrouwelijke huisarts		patiëntenquête
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie

Analyse

In eerste instantie zullen beschrijvende analyses worden uitgevoerd om inzage te geven in de verschillen in morbiditeit en zorggebruik tussen de 4 dyades huisarts-patiënt. In tweede instantie zal nagegaan worden in hoeverre de voorkeur van de patiënt voor een mannelijke, resp. vrouwelijke huisarts hiervoor een verklaring vormt, waarbij gecorrigeerd zal worden voor leeftijd en sociaal-economische status.

5.5 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg

Doelstelling

Inzicht in gebruik van preventieve zorg en aanbod van preventieve zorg in het algemeen en in het bijzonder t.a.v. de landelijk ingevoerde preventieprogramma's over griepvaccinatie en screening op baarmoederhalskanker.

Achtergrond

Preventieve activiteiten vormen van oudsher een klein onderdeel van de dagelijkse activiteiten in de huisartspraktijk. Het in de jaren 90 gestarte nationale programma "Preventie: maatwerk" heeft het belang van de preventietaken wat meer op de voorgrond gezet. Het LHV/NHG project is begonnen met preventieprogramma's ten behoeve van de griepvaccinatie en de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek [6]. In een beperkter aantal regio's is ook de Minimale Interventie-Strategie (MIS) onder de aandacht gebracht [7]. Met dit programma wordt beoogd patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken. "Preventie: maatwerk" werkt momenteel aan de invoering van programmatische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen in de huisartspraktijk [8]. Overigens maken ook veel preventieve activiteiten onderdeel uit van de NHG-Standaarden; het betreft dan met name de secundaire en tertiaire preventie. Bijvoorbeeld, de drie-maandelijke controle voor de diabetespatiënten.

Binnen het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) zijn programma's ontwikkeld voor de monitoring van de uitkomsten van de griepvaccinatie en de uitkomsten van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek [9]. Onderzoek bij patiënten naar redenen voor het wel of niet deelnemen aan beide programma's is tot nu toe achterwege gebleven. Deze redenen in combinatie met sociaal-economische factoren zouden een deel van de variatie in deelname kunnen verklaren. De redenen voor wel/niet deelname en de sociaal-economische differentiatie worden in

deze studie gekoppeld aan de daadwerkelijke deelname [10]. Of en in welke mate huisartsen actief zijn op andere terreinen van preventie wordt in dit project eveneens bestudeerd. Verder zal worden nagegaan wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn bij het uitvoeren van preventie-activiteiten in de huisartspraktijk [11].

Vraagstellingen

1. Welke redenen worden door patiënten aangevoerd voor het wel of niet deelnemen aan het griepvaccinatieprogramma? Is er sprake van sociaal-economische differentiatie in vaccinatiegraad en/of genoemde redenen om wel of niet deel te nemen aan het griepvaccinatieprogramma?
2. Welke redenen worden door patiënten aangevoerd voor het wel of niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker? Is er sprake van sociaal-economische differentiatie in opkomstpercentage en/of in genoemde redenen om wel of niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek?
3. Welke andere preventie-activiteiten vinden plaats in de huisartspraktijk? Welke bevorderende en belemmerende factoren op het niveau van de huisarts en de praktijk spelen een rol bij het uitvoeren van preventie-activiteiten?

51

Onderzoekspopulatie

Voor de preventieve verrichtingen in de huisartspraktijk zijn gegevens over de gehele praktijkpopulatie beschikbaar. De informatie over redenen voor wel/niet deelname aan griepvaccinatie, resp. baarmoederhalskankerscreening wordt ontleend aan een aantal vragen daaromtrent in de patiëntenquête die is afgenomen bij een aselechte steekproef in de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* griepvaccinatiegraad		griepmonitoringprogramma LINH
* redenen wel/geen vaccinatie	vragenlijst	patiëntenquête
* opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker		monitoring programma bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker LINH
* redenen wel/niet deelname aan bevolkingsonderzoek	vragenlijst	patiëntenquête
* preventieve verrichtingen in de huisartspraktijk		contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd patiënt		administratie huisartspraktijk
* geslacht patiënt		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* leeftijd huisarts		huisartsregistratie NIVEL

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk
* aard praktijk		huisartsregistratie NIVEL
* belemmerende en bevorderende factoren voor preventie		Visitatie Instrument Praktijkvoering

Analyse

De redenen voor het wel of niet “opkomen” en de sociaal-economische status worden als predictoren in een multi-levelanalyse meegenomen, waarin de vaccinatiegraad de afhankelijk variabele is. De redenen voor het wel of niet “opkomen” en de sociaal-economische status worden als predictoren in een multi-levelanalyse meegenomen, waarin het opkomstpercentage in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker de afhankelijke variabele is. Daarnaast zal een beschrijvende analyse worden uitgevoerd van de aanwezige preventie-activiteiten en de bijbehorende bevorderende en belemmerende factoren.

Literatuur

1. Mackenbach JP, Verkleij H. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. II. Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarsen: RIVM/Elsevier-De Tijdstroom, 1997.
2. Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. TSG 1997;75:4-12.
3. Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk: ander klachten en diagnoses dan Nederlanders. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:2105-9.
4. Weide MG, Foets M. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisarts Wet 1998; 41:179-83.
5. Brink-Muinen A van den. Gender, health and health care in general practice. Utrecht: Nivel, 1996.
6. LHV/NHG Preventieteam, 'Preventie: maatwerk' 1995-1996. Utrecht: LHV/NHG, 1997.
7. Drossaert CHC, Pieterse ME, Seydel ER, Drenthena. Programmatische toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen-met-roken in een experimentele setting. Enschede: Universiteit van Twente, 1999.
8. Frijling BD, van Lidth de Jeude CP, Drenthen AJM, Smulders BM, Boomsma LJ, Appelman CLM. Maatwerk in preventie van hart- en vaatziekten. Huisartsen krijgen praktijkgerichte ondersteuning. Med Contact 1998;47:1504-6.
9. Tacken M, Hoogen H van den, Tiersma W, de Bakker D, Braspenning J. Programmatische preventie in de huisartsenpraktijk. Monitoring van de influenzavaccinaties in 1997 & Monitoring van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 1997. Nijmegen/Utrecht: LINH, 1998.
10. Velden J van der, Fleming DM, Abrahamse HPhH. Screening in primary care: health for all? Eur J Publ Health 1999;9:290-3.
11. Wensing M, Laurant M, Hulscher M, Grol R. Methods for identifying barriers and facilitators for implementation. In: Thorsen T, Mäkelä (eds). Changing Professional Practice. Copenhagen: Danish Institute for health Services Research and Development, 1999, p.119-32.



Kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel en patiëntenperspectief

6.1 Inleiding

55

De kwaliteit in de huisartsenzorg is een relatief begrip, dat wil zeggen dat het oordeel over de verleende zorg geen absoluut gegeven is maar tot stand komt door onderlinge vergelijking van patiënten, huisartsen of groepen huisartsen. Aan kwaliteit van zorg kunnen een aantal aspecten worden onderscheiden; in de Tweede Nationale Studie wordt kwaliteit van huisartsenzorg aan de hand van drie aspecten beschreven, te weten:

- het medisch handelen
- de praktijkvoering
- de oordelen van gebruikers.

Een ander kenmerk van kwaliteit is dat kwaliteit geen objectief gegeven is, maar dat de betrokkenen elk een eigen kijk kunnen hebben op de kwaliteit van de verleende zorg [1]. Oordelen over de kwaliteit van de zorg worden veelal vanuit meerdere perspectieven geformuleerd: de huisarts, de praktijkassistente en de patiënt. Een beschrijving van de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit genoemde perspectieven maakt deel uit van dit onderzoeksthema.

Voor het medisch handelen geldt dat de kwaliteit en doelmatigheid wordt verwoord in de NHG-Standaarden [2, 3]. Inzicht in de kwaliteit en de doelmatigheid van het medisch handelen wordt in de Tweede Nationale Studie verkregen met behulp van *performance* indicatoren, die zijn afgeleid van de NHG-Standaarden. Op deze wijze wordt de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg in kaart gebracht vanuit het perspectief van de *professional*.

Het onderwerp praktijkvoering wordt besproken bij het onderzoeksthema “Organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen” (hoofdstuk 7).

Het inventariseren van de gebruikersoordelen wordt meestal gedaan met het oog op het aanbrengen van mogelijke verbeteringen in de verleende zorg. Patiënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het toetsen en verbeteren van zorg [4]. In de Tweede Nationale Studie worden de verwachtingen en de oordelen van de patiënten over de verleende zorg met behulp van vragenlijsten in kaart gebracht.

De onderzoeksprojecten met deze thema's worden hieronder uitvoeriger beschreven en zullen binnen dit onderzoeksthema worden gebundeld. Waar mogelijk zullen de dwarsverbanden worden aangegeven.

6.2 Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk

Doelstelling

Het evalueren van de kwaliteit en doelmatigheid van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk met het oog op het aanbrenge van mogelijke verbeteringen.

Achtergrond

Van verschillende kanten, zowel overheid, verzekeraars, beroepsorganisaties als de wetenschap, wordt in toenemende mate behoefte geuit aan goede en betrouwbare informatie over het medisch-technisch handelen. De NHG-Standaarden geven aanbevelingen voor de kwaliteit en de doelmatigheid van het huisartsgeneeskundig handelen. Op basis van deze aanbevelingen kunnen indicatoren worden geconstrueerd. Een indicator wordt als volgt gedefinieerd: “een meetbaar element van het medisch handelen, waarover *evidence* of consensus bestaat, dat gebruikt kan worden om kwaliteit vast te stellen en daarmee de kwaliteit van de geleverde zorg kan veranderen [5].”

Het meten van kwaliteit van zorg aan de hand van de richtlijnen is ongeveer gelijk op gegaan met het uitbrengen van de richtlijnen sinds het eind van de jaren tachtig in de vorige eeuw. Zo zijn verschillende studies bekend over het opvolgen van een specifieke richtlijn zoals dreigende miskraam, cholesterol, astma en COPD en lage rugpijn [6-9], maar ook is gepoogd om het handelen te evalueren aan de hand van een dwarsdoorsnede van een aantal richtlijnen [10,11]. De genoemde studies kenschetsen zich door een groot aantal indicatoren per richtlijn, waarvoor op een vrij arbeidsintensieve manier gegevens worden verzameld. In het MIND-project (‘Monitoring Indicatoren’) zijn voor alle NHG-Standaarden eenvoudig meetbare indicatoren ontwikkeld en vanuit beschikbare data deze in te vullen. Het project is in 1999 gestart en kent drie verschillende fasen, te weten (I) het selecteren en ontwikkelen van indicatoren, (II) het testen van de validiteit van deze indicatoren en (III) een monitoringprogramma op basis van de kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren voor de huisartspraktijk. In het kader van de eerste fase, het selecteren en ontwikkelen van indicatoren, zijn uit elk van 70 NHG-Standaarden door twee huisartsen onafhankelijk van elkaar onderwerpen geselecteerd die als onderlegger kunnen dienen voor het construeren van kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren voor de verleende zorg in de huisartspraktijk. Vervolgens is deze set van onderwerpen voor indicatoren (n=182) aan een panel van 8 deskundigen (richtlijnontwikkelaars c.q. huisartsen met onderzoekservaring) voorgelegd met het verzoek een oordeel te geven over de potentie van de genoemde aanbevelingen om te fungeren als indicator. Dit oordeel betrof enerzijds de relevantie voor de gezondheid van de patiënt en anderzijds de relevantie in maatschappelijk opzicht. Op grond hiervan zijn onderwerpen geselecteerd die zijn omgezet in indicatoren.

In de tweede fase wordt onderzoek verricht naar de validiteit van de op deze wijze geconstrueerde indicatoren. De validiteitsanalyse betreft vooral de inhoudsvaliditeit en de representativiteit van de indicatoren voor de huisartsgeneeskundige richtlijnen. Ook is in deze fase de beschikbaarheid en geschiktheid van gegevens onderzocht en zijn mogelijke hulpinstrumenten ontwikkeld. De derde fase betreft een monitoringprogramma op basis van een valide set van indicatoren. De uitvoering van dit monitoringprogramma zal plaatsvinden in het kader van de Tweede Nationale Studie.

Vraagstellingen

1. Wat is de *performance* van huisartsen met betrekking tot de huisartsgeneeskundige zorg, geme- ten aan de hand van indicatoren?
2. In hoeverre wordt de interpraktijkvariatie in de *performance* mede bepaald door praktijkkenme- ren als praktijkvorm en urbanisatiegraad en patiëntkenmerken als leeftijd, geslacht en verze- keringsvorm?

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle deelnemende huisartsen. De gegevens over de *performance* van huisartsen bij individuele patiënten worden geaggregeerd tot het niveau van huisartsen, resp. praktijken.

Variabelen, meetinstrumenten, meetmethoden

57

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* performance	indicatoren voor huisartsgenees- kundige zorg	contactregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd patiënt		administratie huisartspraktijk
* geslacht patiënt		administratie huisartspraktijk
* verzekeringsvorm		administratie huisartspraktijk
* leeftijd huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* type praktijk		huisartsregistratie NIVEL
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk
* kenmerken praktijkorganisatie		huisartsenquête Visitatie Instrument Praktijkvoering

Analyse

De *performance* zal berekend worden op basis van de verzamelde gegevens en uitgedrukt worden in een score tussen de 0% en 100% per indicator voor elk van de onderwerpen. Tevens zal worden nagegaan of de variatie tussen huisartsen in *performance* verklaard kan worden met behulp van pa- tiëntkenmerken, huisartskenmerken of praktijkkenmerken.

6.3 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

Doelstelling

Het evalueren van de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van patiënten met het oog op het aanbrenge van mogelijke verbeteringen.

Achtergrond

In het kader van vraagsturing in de zorg is er veel aandacht voor de oordelen van zorggebruikers over de kwaliteit van zorg, als onderdeel van een integrale beoordeling van deze kwaliteit van zorg. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg, waar het oordeel van gebruikers onder meer gelegd moet worden naast de beoordeling van het handelen van huisartsen in relatie tot richtlijnen. Een in opkomst zijnde werkwijze daarbij is die van *benchmarking* waarbij gegevens van individuele zorgaanbieders worden vergeleken met spiegelgegevens.

De methodologie voor het meten van gebruikersoordelen in de gezondheidszorg is volop in ontwikkeling. Met enige zekerheid kan worden gesteld dat op dit moment de gebruikersoordelen voldoende betrouwbaar en valide kunnen worden gemeten [12,13]. Er zijn echter een aantal essentiële vragen die nog onvoldoende zijn beantwoord. Het gaat daarbij om de vraag naar de relatie tussen gebruikersoordelen en gebruikerskenmerken zoals leeftijd, etniciteit en ervaren kwaliteit van leven. Inzicht in deze relatie is nodig omdat gebruikerskenmerken een versturende invloed kunnen hebben bij het zuiver meten van het gebruikersoordeel over huisartsen. Dit is met name van belang voor eventuele *benchmark* projecten in de huisartsenzorg. Een andere vraag betreft de relatie tussen gebruikersoordelen en enkele meer ‘objectieve’ kenmerken van de huisarts of de huisartspraktijk. Het gaat daarbij om huisartskenmerken, praktijkkenmerken, de organisatie van de praktijk, en de werkwijze tijdens consulten.

Onderzoek naar gebruikersoordelen wordt doorgaans uitgevoerd met het oog op het doorvoeren van verbeteringen. Onderzoek naar de relatie tussen oordelen en de meer ‘objectieve’ huisartskenmerken kan inzicht geven in die kenmerken die er volgens gebruikers kennelijk toe doen. Individuele huisartsen zullen persoonlijke feedback krijgen over de beoordeling door hun patiënten vergeleken met spiegelgegevens.

Vraagstellingen

1. Hoe oordelen gebruikers over de huisartsenzorg in Nederland?
2. Wat is de relatie tussen de oordelen van gebruikers en gebruikerskenmerken en wat zijn de consequenties van deze relatie voor de *benchmarking* van gebruikersoordelen over de huisartsenzorg?
3. Wat is de relatie tussen de gebruikersoordelen en verschillende kenmerken van de huisarts en de praktijk?
4. Op welke aspecten van de huisartsenzorg zijn verbeteringen wenselijk vanuit het gebruikersperspectief?

Onderzoekspopulatie

Gegevens over het oordeel van patiënten over de huisartsenzorg worden verzameld in een aselechte steekproef van de praktijkpopulatie van de aan de NS2 deelnemende huisartsen, die deelneemt aan de patiëntenquête (zie hoofdstuk 10). De kenmerken van huisartsen en praktijken zijn afkomstig uit de huisartsenquête en het Visitatie Instrument Praktijkvoering (zie hoofdstuk 13).

KWALITEIT VAN DE HUISARTSENZORG VANUIT PROFESSIONEEL
EN PATIËNTENPERSPECTIEF

Variabelen, meetinstrumenten, meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* oordeel over kwaliteit van de huisartsenzorg	Quote CEP	patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd patiënt		administratie huisartspraktijk
* geslacht patiënt		administratie huisartspraktijk
* sociaal-economische status	opleiding beroep	patiëntregistratie
* leeftijd huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* aard praktijk		huisartsregistratie NIVEL
* urbanisatiegraad praktijk		vestigingsplaats huisartspraktijk
* performance (zie 6.2)	indicatoren voor huisartsgeneeskundig handelen	contactregistratie

59

Analyse

Het patiëntenoordeel over de kwaliteit van de huisartsenzorg wordt geanalyseerd met multi-level analyse, waarbij gecorrigeerd kan worden voor statistische afhankelijkheid op huisarts- en praktijkniveau. Via multi-variate analyses zal de relatie met de onafhankelijke variabelen worden bestudeerd.

Literatuur

1. Harteloh P, Casparie A. Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Den Haag: VUGA/ De Tijdstroom, 1991.
2. Rutten GEHM, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
3. Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.
4. Wensing M, Jung HO, Mainz J, Olesen F, Grol R. Which aspects of general practice care are important for patients? A systematic literature review. *Soc Sci Med* 1998;47:1573-88.
5. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997;3:103-8.
6. Fleuren M, Grol R, de Haan M, Wijkel D, Oudshoorn C. Adherence by midwives to Dutch national guidelines on threatened miscarriage in general practice: a prospective study. *Quality in Health Care* 1997;6:69-74.
7. Van der Weijden T. Evaluation of cholesterol guidelines in general practice [Thesis]. Maastricht: University of Maastricht, 1997.
8. Smeele I. Improving care for patients with asthma and COPD in general practice [Thesis]. Nijmegen: University of Nijmegen, 1999.
9. Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in the Netherlands. *Br J Gen Pract* 2000; 50:640-4.
10. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, In 't Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *Br Med J* 1998;317:858-61.
11. Spies T, Mokkink H. Toetsen aan Standaarden. Het medisch handelen van huisartsen in de praktijk getoetst. Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG, 1999.
12. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;1:82-95.
13. Campen C van, Sixma HJ, Friele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Med Care Res Rev* 1995;52:109-33.



De huisarts-patiëntcommunicatie

7.1 Inleiding

63

De communicatie tussen huisarts en patiënt is een cruciaal onderdeel van de huisartsenzorg. De juiste vaststelling van de klacht of het probleem waarvoor de patiënt de huisarts raadpleegt, de vertaling hiervan in de juiste diagnose en de behandeling behoren tot de belangrijkste taken van de huisarts. Het goed uitvoeren van deze taken is voor een groot deel afhankelijk van een goede communicatie tussen huisarts en patiënt, zowel verbaal als non-verbaal. Dit proces van informatie uitwisseling omvat affectief gedrag, zoals het tonen van empathie en bezorgdheid, geruststelling en oogcontact, met behulp waarvan een therapeutische relatie wordt geschapen (*caring*). Daarnaast onderscheidt men instrumenteel gedrag: het stellen van vragen en het geven van informatie en advies teneinde het gezondheidsprobleem zo mogelijk op te lossen (*curing*). Door deze twee soorten gedrag worden de behoeften van patiënten vervuld. Enerzijds weten en begrijpen patiënten door instrumenteel gedrag wat er aan de hand is en anderzijds voelen ze zich begrepen door affectief gedrag. Een goede huisarts-patiëntcommunicatie is tevens van groot belang voor de effectiviteit van de huisartsenzorg. Goede informatie en advisering van huisartsenzijde kan bijvoorbeeld het opvolgen van voorschriften en het omgaan met gezondheidsproblemen beïnvloeden, en een patiënt die zich begrepen en gesteund voelt door affectief gedrag van de huisarts kan emotioneel beter omgaan met zijn of haar gezondheidsproblemen. Aan de patiëntzijde kan juiste en duidelijke informatie over diens gezondheidsprobleem aan de huisarts de diagnosestelling en de bepaling van een behandeling vergemakkelijken. Een effectieve communicatie zou dus tevens kunnen bijdragen aan een kostenbesparing in de huisartsenzorg.

7.2 De huisarts-patiëntcommunicatie

Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in de huidige wijze van communiceren van huisartsen en patiënten en in vergelijking met 1987.

Achtergrond

De communicatie door huisarts en patiënt wordt bepaald door velerlei factoren. Uit eerder onderzoek blijkt dat met name patiëntkenmerken van invloed zijn op de wijze van communicatie, zoals geslacht, leeftijd, opleiding, en de behoeften en verwachtingen van de patiënt. Daarnaast is ook het gepresenteerde gezondheidsprobleem van invloed op de communicatiestijl, met name indien het

een psychosociaal probleem betreft, en de mate waarin de huisarts een patiënt en diens geschiedenis kent. Ook huisartskenmerken kunnen de wijze van communiceren bepalen, bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, praktijkervaring, communicatievaardigheid en werklast. Ten slotte kunnen praktijkkenmerken een rol spelen, bijvoorbeeld plaats van vestiging (stad of platteland), de geplande consultduur en of het al dan niet een solopraktijk betreft. Al deze kenmerken bepalen de communicatiestijl van zowel de huisarts als de patiënt.

Onderzoek naar huisarts-patiënt communicatie heeft zowel positieve als negatieve effecten laten zien van de communicatiestijl op de tevredenheid van patiënten, opvolgen van voorschriften en adviezen, en het herkennen en oplossen van (psychosociale) problemen.

De voorliggende studie biedt verschillende voordelen en omvat nieuwe onderzoeksvragen. Tot nu toe zijn onderzoeken met behulp van video-opnames naar huisarts-patiëntcommunicatie uitgevoerd onder een beperkt aantal artsen en hun patiënten. De Tweede Nationale Studie biedt de mogelijkheid een dergelijk onderzoek te doen onder een grotere, representatieve steekproef van huisartsen. Hierdoor is generalisatie van de resultaten mogelijk naar 'de Nederlands huisarts'. Bovendien kunnen de resultaten worden vergeleken met resultaten uit de eerste Nationale Studie: een vergelijking van communicatiestijlen in de tijd (een tijdspanne van 14 jaar) is dus mogelijk. Tot nu toe is een dergelijk onderzoek niet gedaan. Tenslotte worden de communicatiestijlen van huisartsen en patiënten gerelateerd aan verschillende uitkomstmaten waarnaar tot op heden niet goed of niet representatief onderzoek is verricht.

Voor het beschrijven van de communicatie tussen huisarts en patiënt wordt gebruik gemaakt van zogenoemde communicatiestijlen. De communicatiestijl wordt vastgesteld aan de hand van video-opnames van spreekuurcontacten. Met behulp van een observatieschema worden verbaal en non-verbaal gedrag en patiëntgerichtheid vastgesteld. Het perspectief van zowel de huisarts als de patiënt speelt een belangrijke rol in de communicatie. Niet alleen het eigen perspectief van de betrokkenen, maar ook de inschatting van de beweegredenen van de ander. Er wordt onderzocht of een bepaalde communicatiestijl gerelateerd is aan de verwachtingen van de patiënt en of het bestaan van een dergelijke relatie van invloed is op de handelingen en communicatie tijdens het consult, en op bepaalde uitkomstmaten van een huisarts-patiëntcontact, zoals het ziektebeloop, toestandsangst, attributies, opvolgen van voorschriften (compliance) en het omgaan met gezondheidsproblemen (*coping*).

Vraagstellingen

1. Op welke manier zijn communicatiestijlen van huisartsen gerelateerd aan enerzijds de verwachtingen van de patiënt en diens reden van komst en anderzijds aan de uitkomsten van het huisarts-patiënt contact?
2. In hoeverre zijn communicatiestijlen van huisartsen veranderd in vergelijking met 1987 en 20 ja, in welk opzicht (aandeel instrumenteel en affectief gedrag; mate van patiëntgerichtheid, inbreng van de patiënt, aandacht voor psychosociale factoren en gezondheidsgedrag)?

Onderzoekspopulatie

Bij de huisartsen die deelnemen aan de NS2 worden, op facultatieve basis, plm. 20 spreekuurcontacten op video opgenomen. De onderzoekspopulatie voor dit project wordt gevormd door de huisartsen bij wie video-opnamen worden gemaakt.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* communicatiestijl		
• verbale communicatie	RIAS	videoregistratie
• non-verbale communicatie	RIAS	videoregistratie
• patiëntgerichtheid	observatie	videoregistratie
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* huisartsoordeel		
• eigen oordeel over contact	schriftelijke vragenlijst	vragenlijst na contact*
• inschatting mate van psychosociale achtergrond van gepresenteerde probleem	5-puntsschaal	vragenlijst na contact
• bekendheid met patiënt	5-puntsschaal	vragenlijst na contact
• relatie klacht met werk	5-puntsschaal	vragenlijst na contact
• voldoende tijd voor patiënt?	ja/nee vraag	vragenlijst na contact
* patiëntkenmerken		
• sociaal-demografische kenmerken		administratie huisartspraktijk patiëntregistratie
• behoeften en verwachtingen	Quote	vragenlijst voor contact*
• zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen	open vraag, naderhand ICPC-gecodeerd	vragenlijst voor contact
• aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsprobleem	contactdiagnose, ICPC-gecodeerd	contactregistratie
• gezondheidstoestand	COOP/WONCA charts	vragenlijst voor contact
• voorkeur voor contact met mannelijke/vrouwelijke huisarts		vragenlijst na contact
• toestandsangst	STAI	vragenlijst voor contact
• attributies	IPQ	vragenlijst voor contact
* uitkomsten contact		
• ziektebeloop		contactregistratie
• gezondheidstoestand	COOP/WONCA charts	vragenlijst na 2 weken
• oordeel over handelen huisarts	Quote	vragenlijst na contact
• toestandsangst	STAI	vragenlijst na contact
• attributies	IPQ	vragenlijst na 2 weken
• compliantie	5-item schaal	vragenlijst na 2 weken
• coping	CISS	vragenlijst na 2 weken

* Patiënten van wie het spreekuurcontact op video wordt opgenomen vullen voorafgaand, direct na het contact en na 2 weken een vragenlijst in; de huisarts vult na elk contact een korte vragenlijst in.

Voor de observatie van de video-opnames zal onder meer gebruik gemaakt worden van het Roter Interaction Analysis System (RIAS), een observatie-instrument dat scores oplevert voor een groot aantal dimensies betreffende de communicatie, zowel van de huisarts als de patiënt. Het RIAS onderscheidt affectief (socio-emotioneel) en instrumenteel (taakgericht) gedrag, dat de *care*- respectievelijk *cure*-dimensie weergeeft. De eenheid van analyse is de uiting of kleinste betekenisvolle keten van woorden. Dit interactie-analysesysteem biedt de mogelijkheid tot methodische identificatie, categorisering en kwantificering van communicatie. Het voor het NS2 onderzoek gebruikte RIAS omvat 8 affectieve en 21 instrumentale verbale categorieën. Non-verbale gedragingen die worden geobserveerd zijn oogcontact (van huisarts in de richting van de patiënt), glimlachen en knikken. Tenslotte worden de duur van het consult, het lichamelijk onderzoek en interrupties gemeten. Voorts worden nog een aantal zogenoemde checklisten ingevuld door de observatoren na afloop van de observatie van een consult.

66

Analyse

Communicatiestijlen worden bepaald aan de hand van de aparte RIAS categorieën, en ook zal bijvoorbeeld affectief versus instrumenteel gedrag, en biomedisch versus psychosociaal gedrag worden geanalyseerd. Er zal een clusteranalyse worden gedaan ter identificatie van communicatiepatronen.

Voor de eerste vraagstelling wordt de relatie onderzocht tussen de verwachtingen van patiënten ten aanzien van verschillende communicatieaspecten en de communicatie over die aspecten tijdens het consult, zoals via RIAS gescoord. Ook wordt de relatie onderzocht van de verwachtingen en de evaluatie die door de patiënt zelf wordt gerapporteerd. Voorts worden de invloed onderzocht van de communicatie(stijlen) op de bovengenoemde uitkomstmaten.

Voor de tweede vraagstelling wordt een vergelijking gemaakt tussen de resultaten van twee verschillende studies in 1987 en 2001 m.b.v. t-tests, Anova en regressieanalyses. Bij de analyses zal ook gebruik worden gemaakt van multi-variate multi-levelanalyses, waarbij er mee rekening wordt gehouden dat huisartsen een bepaalde communicatiestijl ontwikkelen, onafhankelijk van het type patiënt en diens gezondheidsprobleem.

Literatuur

1. Bensing JM, Schreurs K, Rijk A de. The role of physician's affective behaviour in medical encounters. *Psychol Health* 1996;11:825-38.
2. Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Nonv Behav* 1995;19:223-42.
3. Bensing JM. Instrumental and affective aspects of physician behavior. *Med Care* 1992;30:283-97.
4. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991;32:1301-10.
5. Brink-Muinen A van den, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in general practice: differences between women's health care and regular health care. *Med Care* 1998;36:100-6.
6. Brink-Muinen A van den. Women's health care: for whom and why? *Soc Sci Med* 1996;44:541-51.
7. Brink-Muinen A van den, Bensing JM. Factors influencing the type of health problems presented by women in general practice: differences between women's health care and regular health care. *Int J Psych Med* 1996;26:461-78.
8. Brink-Muinen A. van den, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Messerli-Rohrbach V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education & Counselling* 2000; 39:115-27.
9. Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Messerli-Rohrbach V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A. The Eurocommunication Study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht: Nivel, 1999.
10. Dulmen AM van, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. *Women Health* 2000; 30:49-61.
11. Dulmen AM van. Communication during gynecological outpatient consultations. *J Psychosom Obstet Gynec* 1999;20:119-26.
12. Dulmen AM van. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics* 1998;102:563-8.
13. Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Pat Educ Couns* 1997;30:227-37.
14. Pasch M vd, Verhaak PFM. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Pat Educ Couns* 1998;33:97-112.
15. Verhaak PFM, Tjshuis MAR. The somatizing patient in general practice. *Int J Psychiat Med* 1994;24:157-77.



De organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen

8.1 Inleiding

69

In dit onderzoeksthema staat de huisarts en zijn werkomgeving centraal. Huisartsen nemen een centrale plaats in in het systeem van zorgvoorzieningen, binnen de eerstelijns en tussen de “nuldelijns” en tweedelijns gezondheidszorg. De huisartsen werken samen in diverse samenwerkingsvormen met collega’s en andere disciplines. Binnen de praktijk wordt samengewerkt met praktijk-assistenten en sinds kort met praktijkondersteuners op HBO-niveau (hier verder “praktijkverpleegkundigen” genoemd). Binnen dit onderzoeksthema wordt ingegaan op al deze werkrelaties, en op het verband tussen samenwerkingsvormen en de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Als tweede thema staat de werkbelasting van de huisarts centraal, zowel in subjectieve als objectieve zin. Aandacht zal worden besteed aan de relatie van de werkbelasting met werksatisfactie en kwaliteit van het werk, maar ook aan verbanden tussen samenwerkingsvormen, taakdelegatie en taakdifferentiatie enerzijds en werkbelasting anderzijds.

Op een groot aantal aspecten zal een vergelijking gemaakt worden met gegevens uit 1987 van de eerste Nationale Studie, waardoor veranderingen in 14 jaar huisartsgeneeskunde zichtbaar gemaakt kunnen worden.

8.2 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep

Doelstelling

Verkrijgen van inzicht in de wijze waarop thans de verlening van de huisartsenzorg is georganiseerd.

Achtergrond

De organisatie van de huisartspraktijk is aan een geleidelijke maar onmiskenbare verandering onderhevig. Enerzijds is de solopraktijk als vorm van praktijkvoering sinds enkele jaren niet langer in de meerderheid, anderzijds heeft de groei van het aantal gezondheidscentra zich in de jaren negentig niet voortgezet. Samenwerkingsvormen als duo-praktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra bestaan al langer, recent zijn daar nieuwe vormen als ‘HIDHA’s’ (huisarts-in-dienst-van-een-huisarts) en ‘HOED’-constructies (huisartsen-onder-één-dak) bijgekomen. Nieuwe beleidsontwikkelingen rond taakdelegatie en managementondersteuning vragen mogelijk om een grootschaliger organisatie van de huisartspraktijk dan nu gebruikelijk is. De uitvoering van de

avond-, nacht- en weekenddiensten in centrale huisartsenposten is hiervan een duidelijk voorbeeld. Op het niveau direct boven de praktijk is een ontwikkeling gaande van waarneemgroepen naar huisartsengroepen die als netwerkorganisatie geacht worden een rol te spelen bij genoemde beleidsontwikkelingen. Ook het kwaliteitsbeleid zou op dat niveau een plaats kunnen krijgen. Inzicht in de wijze waarop thans de huisartsenzorgverlening is georganiseerd biedt aanknopingspunten voor toekomstige beleidsontwikkeling en beleidsimplementatie op dit terrein.

Vraagstellingen

1. Hoe zijn de huisartspraktijken in Nederland georganiseerd?
 - a. Welke organisatie- en samenwerkingsvormen tussen huisartsen kunnen worden onderscheiden?
 - b. Op welke aspecten van de huisartsenzorg en de beroepsuitoefening wordt met anderen samengewerkt?
2. Welke veranderingen zijn hierin opgetreden sedert 1987?

Onderzoekspopulatie

Voor deze vraagstellingen bestaat de onderzoekspopulatie uit alle aan de NS2 deelnemende huisartsen, gedefinieerd als alle deelnemende huisartsen die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts waren gevestigd, plus alle huisartsen die in dienstverband van een deelnemend huisarts (z.g. HIDHA's) werkzaam waren. (Deze definitie sluit huisartsen-in-opleiding [haio's] en niet-in-dienstverband-werkzame waarnemende huisartsen uit). De gegevens zijn afkomstig uit de huisartsenquête (zie hoofdstuk 13) en het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) [1] (zie hoofdstuk 14).

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* wijze van praktijkvoering	diverse multiple choice vragen	huisartsregistratie NIVEL huisartsenquête VIP
* kenmerken huisartsengroep	diverse multiple choice vragen	huisartsenquête
* aspecten van samenwerking	diverse multiple choice vragen	huisartsenquête VIP
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* leeftijd		huisartsregistratie NIVEL
* geslacht		huisartsregistratie NIVEL
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk
* werksituatie	zelfstandig/dienstverband	huisartsenquête
* omvang werkzaamheden	aantal dagdelen werkzaam per week	huisartsenquête

Analyse

In de rapportage zal d.m.v. frequentietabellen globaal inzicht worden verkregen over de distributie van de verschillende variabelen. De relatie met de onafhankelijke variabelen zal d.m.v. gestratificeerde tabellen worden weergegeven. Zonodig zullen gecorrigeerde cijfers worden berekend zodat een nationaal representatief beeld kan worden verkregen.

8.3 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

Doelstelling

Verkrijgen van inzicht in

- de mate waarin delegering van taken van de huisarts plaatsvindt en voor welke taken;
- de mate waarin huisartsen differentiëren en specialiseren t.a.v. hun taken en welke taken dit betreft.

71

Achtergrond

In het afgelopen decennium is – onder invloed van de toenemende werkdruk van huisartsen en de specialisatie van praktijkassistenten – de rol van de praktijkassistenten veranderd van een administratieve kracht met extra functies tot een volwaardige op MBO-niveau geschoolde hulpkracht in de huisartspraktijk [2,3]. Veel huisartsen hebben in de afgelopen jaren in toenemende mate taken aan de praktijkassistenten gedelegeerd. De komst van een op HBO-niveau geschoolde praktijkondersteunende functionaris opent nieuwe mogelijkheden voor het delegeren van meer gespecialiseerde taken.

Parallel hieraan vindt binnen het brede takenpakket in toenemende mate specialisatie en differentiatie tussen huisartsen plaats. Het gaat daarbij meestal om nauw omschreven taken waarvoor een specifieke deskundigheid en vaardigheid vereist is, soms op medisch-specialistisch niveau. Specialisatie vindt plaats binnen meermans-praktijken maar ook op het niveau van huisartsengroepen. Goede afspraken over samenwerking zijn daarbij onontbeerlijk. Het hier beschreven onderzoek zal de huidige stand van zaken m.b.t. het delegeren van taken door de huisarts in kaart worden gebracht. Hiermee wordt de uitgangssituatie beschreven voor de introductie van de praktijkondersteuning op HBO-niveau die vanaf heden in de komende jaren in huisartspraktijken zal worden geïmplementeerd. Ook zal de stand van zaken m.b.t. de specialisatie van huisartsen worden beschreven, inclusief de samenwerkingsafspraken die daarover zijn gemaakt met collega-huisartsen.

Vraagstellingen

1. In welke mate vindt delegatie van huisartstaken plaats aan praktijkmedewerkers en welke taken worden gedelegeerd? In hoeverre zijn hierin verschillen tussen praktijken naar praktijkvorm, regio en urbanisatiegraad?
2. In welke mate specialiseren huisartsen zich, op welke huisartstaken en welke afspraken worden daarover gemaakt met collega's? In hoeverre zijn hierin verschillen tussen praktijken naar praktijkvorm, regio en urbanisatiegraad?
3. Op welke punten verschillen taakdelegatie en specialisatie met de situatie in 1987?

Onderzoekspopulatie

Voor deze vraagstellingen bestaat de onderzoekspopulatie uit alle aan de NS2 deelnemende huisartsen en hun praktijkassistenten. Een deelnemend huisarts wordt gedefinieerd als een huisarts die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts was gevestigd, plus alle huisartsen die in dienstverband van een deelnemend huisarts (zg. HIDHA's) werkzaam waren. (N.B. Deze definitie sluit huisartsen-in-opleiding [haio's] en niet-in-dienstverband-werkzame waarnemende huisartsen uit). De praktijkassistenten omvatten alle paramedische medewerkers die in de huisartspraktijk werkzaam zijn en die een dienstverband met de praktijk/huisarts hebben. (N.B. Deze definitie sluit stagiaires uit). De gegevens worden ontleend aan de huisartsenquête en de praktijkassistentenquête (zie hoofdstuk 13) en aan de VIP[1] (zie hoofdstuk 14).

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

72

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* aantal en aard gedelegeerde taken	vragenlijst	huisartsenquête praktijkassistentenquête VIP
* specialisatie: aantal en aard taken	vragenlijst	huisartsenquête VIP
* afspraken m.b.t. specialisatie met collega's	vragenlijst	huisartsenquête VIP
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* praktijkvorm		huisartsregistratie NIVEL
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk

Analyse

In de rapportage zal d.m.v. frequentietabellen globaal inzicht worden verkregen over de distributie van de verschillende variabelen. De relatie met de onafhankelijke variabelen zal d.m.v. gestratificeerde tabellen worden weergegeven.

8.4 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijns gezondheidszorg*Doelstelling*

Het verkrijgen van inzicht in de mate van samenwerking en samenwerkingsvormen van de huisarts binnen de eerstelijns gezondheidszorg en met de tweedelijns gezondheidszorg.

Achtergrond

Huisartsen vormen nog steeds de spil in de eerstelijns gezondheidszorg. Daardoor hebben zij veel contact met andere hulpverleners in de eerste en de tweede lijn. Deels zijn deze contacten patiëntge-

bonden (overleg, consultatie of verwijzing), deels betreffen de contacten het zorgbeleid zelf of de onderlinge afstemming in de zorg. In het gezondheidszorgbeleid wordt in toenemende mate nadruk gelegd op het belang van transmurale zorg, waarbij de huisarts opnieuw een centrale rol wordt toegedacht. In dit onderzoek staan twee aspecten centraal: de wijze en intensiteit van samenwerking met andere gezondheidszorgwerkers en de veranderingen die hierin zijn opgetreden sinds 1987.

Vraagstellingen

1. In welke vormen en met welke intensiteit werken huisartsen samen met andere eerstelijns hulpverleners als wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, fysiotherapeut, apotheker, verpleeghuisarts? Zijn daarbij verschillen tussen huisartsen naar praktijkvorm, regio en urbanisatiegraad?
2. In welke vormen en met welke intensiteit werken huisartsen samen met tweedelijns hulpverleners als medisch specialist, gespecialiseerde verpleegkundige? Zijn daarbij verschillen tussen huisartsen naar praktijkvorm, regio en urbanisatiegraad?
3. Welke veranderingen zijn in de samenwerking met eerste- en tweedelijns hulpverleners opgetreden sinds 1987?

73

Onderzoekspopulatie

Voor deze vraagstellingen bestaat de onderzoekspopulatie uit alle aan de NS2 deelnemende huisartsen, gedefinieerd als alle deelnemende huisartsen die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts waren gevestigd, plus alle huisartsen die in dienstverband van een deelnemend huisarts (zg. HIDHA's) werkzaam waren. (Deze definitie sluit huisartsen-in-opleiding [haio's] en niet-in-dienstverband-werkzame waarnemende huisartsen uit).

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners	vragenlijst	huisartsenquête VIP
* samenwerking met tweedelijns hulpverleners	vragenlijst	huisartsenquête VIP
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* praktijkvorm		huisartsregistratie NIVEL
* regio		vestigingsplaats huisartspraktijk
* urbanisatiegraad		vestigingsplaats huisartspraktijk

Analyse

In de rapportage zal d.m.v. frequentietabellen globaal inzicht worden verkregen over de distributie van de verschillende variabelen. De relatie met de onafhankelijke variabelen zal d.m.v. gestratificeerde tabellen worden weergegeven.

8.5 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

Doelstelling

Verkrijgen van inzicht in de relatie tussen de praktijkvoering enerzijds en de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel en patiëntenperspectief anderzijds.

Achtergrond

De nieuwe taken op het gebied van preventie en van zorg voor chronisch zieken vergen afstemming tussen de diverse zorgverleners en derhalve managementkwaliteiten van de huisarts. Goede praktijkvoering lijkt een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Over de relatie tussen praktijkvoering en andere aspecten van kwaliteit van zorg is in Nederland nog veel onbekend. Het onderwerp praktijkvoering kent vele facetten. In het *Visitatie Instrument Praktijkvoering VIP* [1,4] worden 6 facetten onderscheiden:

- uitrusting van de (huisarts)praktijk
- delegatie en samenwerking
- service en organisatie
- verslaglegging
- organisatie en kwaliteit
- werkbelasting en werkdruk.

Binnen deze zes aspecten worden 34 deelaspecten onderscheiden, verdeeld over totaal 207 items. De relatie tussen het laatste hoofdstuk over werkbelasting en werkdruk en kwaliteit van huisartsenzorg vormt het onderwerp van het onderzoek dat hierna wordt beschreven (zie 8.6). In het onderhavige project zal met name de relatie tussen de eerste vijf onderwerpen van de *VIP* worden bestudeerd met de indicatoren die worden afgeleid van de *NHG-Standaarden* en de gebruikersoordelen van de patiënten (zie hoofdstuk 6).

Vraagstellingen

1. Is er een relatie tussen praktijkvoering enerzijds en de kwaliteit van het medisch-technisch handelen en de kwaliteit, zoals gepercipieerd door patiënten anderzijds?
2. In hoeverre wordt deze relatie beïnvloed door patiëntkenmerken (m.n. onderscheid tussen chronisch zieken dan mensen die voor een acute aandoening de huisarts consulteren), huisartskenmerken en praktijkkenmerken?

Onderzoekspopulatie

Voor vraagstelling 1 vormen de aan de *NS2* deelnemende huisartsen, resp. huisartspraktijken de onderzoekspopulatie. Voor vraagstelling 2 zullen de gegevens van chronisch zieken, resp. personen die voor een acute aandoening de huisarts consulteren per huisarts worden geaggregeerd.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* kwaliteit van zorg: • performance • patiëntoordeel	indicatoren voor huisarts- geneeskundige zorg Quote CEP	contactregistratie patiëntenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* praktijkvoering: • uitrusting van de praktijk • delegatie en samenwerking • service en organisatie • verslaglegging • organisatie en kwaliteit		VIP
* leeftijd huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* praktijkvorm		huisartsregistratie NIVEL
* aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit	ziekte-episode, ICPC-gecodeerd	contactregistratie

Analyse

Van de VIP wordt een overall-score bepaald. Op grond van elders uitgevoerd onderzoek zijn aan de diverse onderdelen van de VIP gewichten toegekend op basis van de moeilijkheidsgraad in verandering en op basis van de bijdrage aan de kwaliteit van de zorg. Als het wegen van de diverse elementen zinvol blijkt te zijn, zullen de analyses met een gewogen maat worden uitgevoerd. De uitkomst (op onderdelen) van de VIP zullen gerelateerd worden aan de indicatoren en het gebruikersoordeel met behulp van regressietechnieken en eventueel variantie-analyses, waarbij het niveau waarover uitspraken wordt gedaan in acht wordt genomen. Verder wordt geanalyseerd of de genoemde relatie duidelijker is bij chronisch zieken of personen die voor een acute aandoening de huisarts raadplegen en of de relatie beïnvloed wordt door praktijk- en huisartskenmerken.

8.6 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in de subjectieve en objectieve werkbelasting van huisartsen en de relatie daarvan met de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Achtergrond

Er is de laatste jaren veel te doen geweest omtrent de werkbelasting van Nederlandse huisartsen. Over het algemeen wordt aangenomen dat huisartsen het steeds drukker krijgen. Aan de ene kant

is er een toename van de werkbelasting ten gevolge van groeiende zorgvraag (zowel het aantal zorgvragers als de zorgzwaarte van de klachten), mondigere patiënten en veranderingen in regelgeving en de organisatie van de gezondheidszorg (ontwikkeling van transmurale zorg, terugdringen van institutionele zorg). Aan de andere kant is het beschikbaar aantal huisartsen niet evenredig meegegroeid en zijn maatregelen in het kader van de praktijkondersteuning nog steeds niet geconcretiseerd.

Er wordt onderscheid gemaakt in twee aspecten van werkbelasting: objectieve aspecten worden aangeduid met werklust (bijvoorbeeld aantal contacten, praktijkgrootte), hoe dit door de huisarts wordt ervaren valt onder de term werkdruk. Deze aspecten kunnen verschillende oorzaken en gevolgen hebben [5,6].

Eén van de discussiepunten is of de honorering van huisartsen in verhouding staat met hun werkbelasting. Hoewel er de afgelopen jaren nieuwe elementen aan de honoreringssystematiek zijn toegevoegd wordt de huisarts nog voor een aanzienlijk deel van zijn patiënten betaald op basis van een abonnementsysteem. In 1987 is, in dit kader, onderzoek verricht naar de factoren die samenhangen met verschillende aspecten van werkbelasting [7]. Door deze analyses te herhalen wordt inzicht verkregen op de ontwikkelingen die zich op dit gebied de afgelopen jaren hebben voorgedaan.

Een hoge werkbelasting kan belangrijke consequenties hebben, zowel voor de huisarts zelf als voor zijn/haar patiënten. 'Burn-out' wordt steeds vaker genoemd als reden om vroegtijdig te stoppen met het werk als huisarts. Daarnaast is het een reële vraag in hoeverre de hoge werkbelasting de positie van poortwachter in het gezondheidszorgsysteem bedreigt. Werkbelasting heeft invloed op de soort zorg die door de huisarts wordt verleend, de toegankelijkheid van de praktijk en de tijdsbesteding van de huisarts (consultduur, totale werktijd, tijd voor bij- en nascholing, etc.). Dit alles kan vergaande consequenties hebben voor de kwaliteit van zorg die in de huisartspraktijk wordt geleverd.

Vraagstellingen

1. Hoe is de werkbelasting van huisartsen in subjectieve en objectieve zin anno 2001 en in vergelijking met 1987?
2. In hoeverre bestaat er een relatie tussen de (subjectieve en objectieve) werkbelasting van huisartsen en de kwaliteit van de door huisartsen verleende zorg?

Onderzoekspopulatie

Voor deze vraagstellingen bestaat de onderzoekspopulatie uit alle aan de NS2 deelnemende huisartsen, gedefinieerd als alle deelnemende huisartsen die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts waren gevestigd, plus alle huisartsen die in dienstverband van een deelnemend huisarts werkzaam waren (z.g. HIDHA's). De gegevens zijn afkomstig uit de huisartsenquête (zie hoofdstuk 13), het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) [1] (zie hoofdstuk 14). Ook zal gebruik gemaakt worden van gegevens over de kwaliteit van de huisartsenzorg (zie hoofdstuk 6).

DE ORGANISATIE VAN DE HUISARTSENZORG EN
DE WERKBELASTING VAN HUISARTSEN

Variabelen, meetinstrumenten en meetmethoden

Variabelen	Meetinstrumenten	Meetmethoden
<i>Uitkomstvariabelen</i>		
* werkbelasting: • subjectief	arbeidsatisfactie-vragenlijst <i>burn out</i> vragenlijst	huisartsenquête
• objectief	aantal patiëntcontacten	contactregistratie
* tijdbesteding	tijdschrijf-dagboek	huisartsenquête
<i>Onafhankelijke en intermediaire variabelen</i>		
* praktijkgrootte		administratie huisartspraktijk
* kenmerken praktijkpopulatie • leeftijd, geslacht • sociaal-economische status	opleiding beroep	administratie huisartspraktijk patiëntregistratie
* kenmerken praktijk: • organisatievorm • regio • urbanisatiegraad		huisartsenquête VIP vestigingsplaats huisartspraktijk
* leeftijd huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* geslacht huisarts		huisartsregistratie NIVEL
* kenmerken werkzaamheden: • kenmerken consulterende patiënten (leeftijd, geslacht) • aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen	ziekte-episoden, icpc-gecodeerd	contactregistratie
* kwaliteit van de huisartsenzorg: • <i>performance</i> • oordeel patiënten	indicatoren voor huisarts geneeskundig handelen Quote CEP	contactregistratie patiëntenquête

77

Analyse

Op basis van de contactregistratie wordt de werklust in termen van het aantal contacten per tijds-eenheid per huisarts vastgesteld. De gegevens uit de dagboekjes worden geaggregeerd tot de totale werktijd, de tijd die wordt besteed aan patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten. De kwaliteit van zorg wordt enerzijds afgeleid uit de gegevens van de contactregistratie (waar mogelijk vergeleken met indicatoren ontleend aan de NHG-standaarden), anderzijds worden de oordelen van de patiënten daarvoor gebruikt.

In eerste instantie wordt beschrijvende statistieken gepresenteerd van de bovengenoemde aspecten van werkbelasting. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt met de gegevens van 1987. Verder worden de eerdere analyses, op basis van de eerste Nationale Studie, herhaald om determinanten van

de aspecten van werkbelasting vast te stellen en te vergelijken. Hiervoor zijn de gegevens geaggregeerd op huisartsniveau. Dat geldt ook voor de tweede stap waarin met behulp van lineaire regressie analyse de relatie wordt onderzocht tussen objectieve en subjectieve aspecten van werkbelasting. Daarbij zal worden gecontroleerd voor relevante huisarts- en praktijkkenmerken.

Met behulp van multi-level-analyse worden de relaties tussen verschillende aspecten van werkbelasting en de indicatoren van kwaliteit van zorg geanalyseerd. Ook daarbij wordt rekening gehouden met andere mogelijk verklarende factoren. Het gaat daarbij om kenmerken van de patiënt, het gepresenteerde gezondheidsprobleem, de huisarts en de huisartspraktijk.

Literatuur

1. Hombergh P van den, Grol R, Hoogen H vd, Bosch W van den, Haren J van. *Visitatie van huisartsen*. Utrecht/Nijmegen: NHG/WOK, 1999.
2. Haan, J de. *De doktersassistente* [Dissertatie]. Lelystad: Meditekst, 1986.
3. Nijland, A. *De praktijkassistente in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1991.
4. Homberg P van den. *Practice visits. Assessing and improving management in general practice*. [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.
5. Schuller-Punt R, Delnoij DMJ. Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? *Med Contact* 1998;53:1438-41.
6. Hutten, JBF. *Workload and provision of care in general practice*. [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1998.
7. Groenewegen PP, Hutten JBF. De werkbelasting van de Nederlandse huisartsen. Resultaten van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Med Contact* 1994;49:55-60.



Patiëntregistratie

9.1 Inleiding

81

In dit hoofdstuk wordt de patiëntregistratie beschreven. De patiëntregistratie is een van de zes gegevensverzamelingsmodules van de Tweede Nationale Studie. Het doel van de patiëntregistratie is het verzamelen van gegevens over achtergrondkenmerken van alle personen die in de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartspraktijken zijn ingeschreven, met behulp waarvan maatschappelijke doelgroepen kunnen worden onderscheiden.

9.2 Variabelen en meetinstrumenten

Variabelen en meetinstrumenten

Naast identificerende variabelen die nodig zijn voor het koppelen van de gegevens uit verschillende gegevensbronnen, worden d.m.v. de patiëntregistratie de volgende gegevens verzameld (zie tabel 9.1).

Tabel 9.1

Overzicht variabelen van de patiëntregistratie

Analysevariabele	Meetvariabele	Opmerkingen
* leeftijd	geboortedatum	
* geslacht	geslacht	
* burgerlijke staat	burgerlijke staat	
* etnische afkomst	eigen geboorteland geboorteland van vader geboorteland van moeder	conform definitie van het ministerie van Binnenlandse Zaken
* duur verblijf in Nederland	jaar van vestiging in Nederland	
* geografische locatie woning	postcode	
* sociaal-economische status	hoogst afgeronde opleiding beroep, incl mate van leiding geven	codering volgens CBS [1]
* ziektekostenverzekering	ziektekostenverzekering	
* woonsituatie	samenstelling woonverband woonsituatie	
* subjectieve gezondheidstoestand	z.g. 1-item vraag	

Overeenkomsten en verschillen met de eerste Nationale Studie

De keuze van deze variabelen is in belangrijke mate ontleend aan die van de eerste Nationale Studie [2]. De nu opgenomen vraag over de subjectieve gezondheidstoestand en de mate waarin in het beroep leiding gegeven wordt zijn toevoegingen in vergelijking met de eerste Nationale Studie.

De volgende gegevens werden wel in het kader van de eerste Nationale studie verzameld maar zijn vervallen:

- jaar van laatste verhuizing
- omvang betaalde baan (in full-time equivalenten)
- militaire dienst als huidig werk
- eigendom woning.

Het belangrijkste criterium voor het laten vervallen van deze items is dat in de eerste Nationale Studie nauwelijks tot geen gebruik van deze gegevens is gemaakt.

Tenslotte zijn de specificaties van de ziektekostenverzekering geactualiseerd en is de onderverdeling van type woning in 5 typen vervangen door het onderscheid zelfstandig/in een tehuis.

82

9.3 Meetmethoden

De hierboven vermelde gegevens worden verzameld d.m.v. van een schriftelijke vragenlijst. Deze vragenlijst is per post toegezonden aan alle personen die op het moment waarop de betrokken huisartspraktijken startten met deelname aan de Tweede Nationale Studie in deze praktijken stonden ingeschreven.

Voor de vaststelling van het wel of niet ingeschreven zijn bij de huisarts wordt afgegaan op het oordeel van de betreffende huisarts. Voor ziekenfondsverzekerden geldt dat deze op naam van de huisarts dienen te zijn ingeschreven; er wordt vanuit gegaan dat de administratie van de deelnemende huisartsen voor ziekenfondsverzekerden in orde is. Wat betreft particulier verzekerden wordt de beoordeling aan de huisarts overgelaten. Gegevens over inschrijving van de patiënt in de praktijk zijn ontleend aan de HuisartsInformatieSystemen (HISSEN) van de deelnemende huisartsen. Respondenten kunnen bovendien op het registratieformulier aangeven of zij op het moment van invullen in de betreffende praktijk staan ingeschreven.

Na een schriftelijke aanschrijving volgt één schriftelijke rappelling. Degenen die daarop nog niet reageren zijn een derde keer benaderd, hetzij schriftelijk, hetzij telefonisch, hetzij via persoonlijk bezoek aan huis. De keuze voor de benaderingswijze is per praktijk bepaald op basis van de respons na twee benaderingen.

Er wordt onderscheid gemaakt worden tussen weigering en non-respons. Het oningevuld terugzenden van het registratieformulier wordt, conform de invulinstructie, beschouwd als weigering; het ontbreken van een registratieformulier als non-respons.

9.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

Voor de betrouwbaarheid en validiteit van de via de patiëntregistratie te verzamelen gegevens zijn vooral vooraf maatregelen getroffen:

- a. het registratieformulier is in een pilotstudie door enkele tientallen personen ingevuld om de begrijpelijkheid van de vragen en antwoordcategorieën te testen;
- b. het registratieformulier is in vier talen uitgevoerd (Nederlands / Engels / Turks / Arabisch) waardoor ook de meeste allochtonen het formulier zullen kunnen invullen;
- c. er is een 4-talige toelichting op de invulling van het formulier opgesteld.

Drie variabelen komen in aanmerking voor validering met gegevens die uit de Huisarts Informatie Systemen (HIS) van de deelnemende huisartsen worden geëxtraheerd: geboortedatum, geslacht en (samenstelling van het) woonverband.

De volgende respons-bevorderende maatregelen zijn getroffen:

- a. bij de registratieformulieren wordt een brief van de eigen huisarts gevoegd waarin het belang van de studie en deelname wordt onderstreept;
- b. bij de registratieformulieren wordt een informatiefolder over de Tweede Nationale Studie gevoegd waarin de achtergronden van de studie worden belicht en de relevantie van de te verzamelen gegevens; hierin wordt ook verwezen naar de website van de Tweede Nationale Studie waar uitgebreidere informatie (o.a. ook het privacyreglement) te vinden is;
- c. in de begeleidende brief van de huisarts en de informatiefolder wordt uitgebreid aandacht besteed aan de bewaking van deze privacy-gevoelige gegevens;
- d. de geregistreerde gegevens worden niet aan de eigen huisarts doorgegeven tenzij de patiënt hiervoor toestemming geeft;
- e. voor het beantwoorden van vragen is een telefonische helpdesk (gratis) bereikbaar;
- f. de mogelijkheid wordt geboden om de vragenlijst op Internet in te vullen.

De door de respondenten ingevulde beroepen worden gecodeerd volgens de CBS-beroepenclassificatie door een team van speciaal geïnstrueerde codeurs. Algemene codeerafspraken zijn vastgelegd in een handleiding. De kwaliteit van dit werk wordt getoetst door twee maal, aan het begin en eind van de codeerwerkzaamheden, de interbeoordeelaarsbetrouwbaarheid te bepalen voor een aselechte steekproef van beroepen.

Literatuur

1. Centraal Bureau voor de statistiek. Standaard Beroepenclassificatie 1992. 's-Gravenhage: CBS, 1992.
2. Foets M, van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en Procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.



Patiëntenquête

10.1 Inleiding

87

De patiëntenquête is een van de zes dataverzamelingsmodules van de tweede Nationale Studie. Het doel van de patiëntenquête is het verzamelen van gegevens over het thema 'gezondheid en zorggebruik' bij een aselechte steekproef van personen die in de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartspraktijken zijn ingeschreven.

10.2 Variabelen en meetinstrumenten

Variabelen en meetinstrumenten

De patiëntenquête in de Nationale Studie heeft globaal de volgende functies:

1. het meten van de gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen via zelfrapportage, in aanvulling op aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en op wat er bij de huisarts bekend is over het zorggebruik van patiënten;
2. het vastleggen van wat mensen doen met gezondheidsproblemen wanneer ze niet naar de huisarts gaan: niets doen, allerlei vormen van zelfzorg zoals zelfmedicatie en mantelzorg, rechtstreeks specialistbezoek en het gebruik van andere reguliere en alternatieve hulpverleners;
3. het vastleggen van determinanten zowel van gezondheidstoestand als van zorggebruik;
4. het meten van opvattingen van de bevolking over allerlei aspecten van de gezondheidszorg, waardoor inzicht wordt verkregen in de kwaliteit van de geboden zorg en het vertrouwen van cliënten hierin.

Evenals in de eerste Nationale Studie bestaat de patiëntenquête uit zes onderdelen:

- achtergrondkenmerken (zie hierboven punt 3)
- indicatoren voor de gezondheidstoestand (zie 1)
- zorggebruik en ziektegedrag (zie 2 en 3)
- leefstijl en risicogedrag (zie 3)
- sociale context (zie 3)
- opvattingen en kwaliteit van zorg (zie 3 en 4).

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst ten behoeve van de patiëntenquête NS2 zijn de volgende algemene uitgangspunten gehanteerd bij het bepalen van de uiteindelijke inhoud:

- a) gegevens die nodig zijn voor de beantwoording van de vraagstellingen in de z.g. kernstudies en additionele projecten hebben voorrang;
- b) de mate waarin van gegevens gebruik is gemaakt in de eerste Nationale Studie;
- c) zo veel mogelijk wordt gebruik gemaakt van gevalideerde instrumenten en van internationaal geaccepteerde classificaties;
- d) vergelijkbaarheid met de gegevens zoals verzameld in het kader van de eerste Nationale Studie;
- e) afstemming op de gegevens van de patiëntregistratie, waarin eveneens achtergrondkenmerken worden vastgelegd;
- f) de lengte van de vragenlijst: een gemiddelde afnameduur van 90 minuten;
- g) voorrang voor algemene inzetbare meetinstrumenten, waarmee wordt bedoeld dat ze niet te specifiek zijn voor toepassing in een algemene populatie (zo worden bijvoorbeeld geen screeningsvragenlijsten opgenomen bedoeld om zeldzame gezondheidsproblemen op te sporen);
- h) vragen naar intentioneel gedrag worden zoveel mogelijk vermeden;
- i) voor veel onderdelen is aansluiting gezocht bij de conclusies van de werkgroep Revisie Gezondheidsenquête 1999 [1].

88

Inhoudelijk bestaan er drie varianten van de enquête, omdat de enquête is afgenomen bij drie verschillende doelgroepen:

- personen jonger dan 12 jaar (I)
- personen van 12 jaar en ouder (II)
- allochtone personen van 18 jaar en ouder uit één van de vier grootste groepen etnische minderheden (Antillianen, Marokkanen, Surinamers, Turken) (III).

Binnen de drie varianten is via leeftijd- en geslachts"routing" voorkomen dat jongeren vragen voor volwassenen kregen voorgelegd of dat aan ouderen vragen gesteld werden die niet (meer) op hen van toepassing zijn.

Vanwege de omvang van de tweede variant (II) is een beperkt aantal items apart genomen en in twee subgroepen verdeeld. Vervolgens zijn ook de respondenten aselekt over de twee subgroepen verdeeld. Zo heeft 50% van de volwassen respondenten (van 18 jaar en ouder) de items over voeding, bewegen, persoonlijkheidskenmerken en problemen in het dagelijks leven voorgelegd gekregen en de andere helft de items over het sociaal netwerk, religie, levensgebeurtenissen en sociale steun. Hiermee werd een aanzienlijk kortere gespreksduur gerealiseerd.

Tabel 10.1 toont per versie de variabelen en de gebruikte instrumenten. In de tabel staat achtereenvolgens vermeld de variabele, het gebruikte meetinstrument c.q. de bron, in welke versie deze zijn opgenomen, in welke subgroep (bij versie II) en, indien van toepassing, welke leeftijdsrestricties zijn toegepast.

Aanvullend instrument

Als aanvulling op de patiëntenquête, afgenomen bij de steekproef uit de totale praktijkpopulatie, zijn nauw omschreven subgroepen uitgenodigd om mee te werken aan een tweede enquête. Deze aanvullende enquête betreft de CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Voor deze CIDI komen alle personen in aanmerking met een score van 2 of hoger op de General Health Questionnaire of met een score van 4 op de variabelen m.b.t. alcoholconsumptie (zie tabel 10.1).

Tabel 10.1
Variabelen en meetinstrumenten patiëntenquête

Variabele	Bron #	Versie I (< 12 jaar)	Versie II (≥ 12 jaar)	subgroep	restricties	Versie III (alloctonen ≥ 18 jaar)	restricties
<i>Achtergrondkenmerken</i>							
* geboortedatum, geslacht, burgerlijke staat	1,2	x	x			x	
* geboortedatum, geslacht, burgerlijke staat proxy	1,2	x					
* nationaliteit	1,2	x	x			x	
* samenstelling huishouden	1,2	x	x			x	
* oppasregeling	2	x					
* plaats respondent in het huishouden	1,2	x	x			x	
* woonkwaliteit	2	x	x			x	
* ziektekostenverzekering	1,2	x	x			x	
* huishoudinkomen	1,2	x	x			x	
* speciaal onderwijs	1,2	x					
* arbeidssituatie	1,2	x	x			x	
* opleidingsniveau	1,2	x	x			x	
* eerste en laatst uitgeoefende beroep	1,2		x		≥ 18 jaar	x	
<i>Gezondheidstoestand</i>							
* Short-Form Health Survey-36	3		x		≥ 12 jaar	x	
* gezondheid en beperkingen	4	x					
* zwangerschapsduur, geboortegewicht en-lengte	2	x					
* algemeen functioneren	2		x			x	
* pijn, intensiteit	2		x			x	
* lichaamslengte, lichaamsgewicht		x	x			x	
* oecd-schaal (langdurige beperkingen)	5	x	x			x	
* acute ziekten en klachten	1	x	x			x	
* actuele klachten	2	x	x			x	
* chronische aandoeningen	1	x	x			x	
* General Health Questionnaire-12	6		x		≥ 18 jaar		
* alcoholproblemen	7		x		≥ 18 jaar		
* persoonlijkheidskenmerken	8		x	0	≥ 18 jaar		
* sociale problemen	9		x	0	≥ 18 jaar	x	

VRAAGSTELLINGEN EN METHODEN

90

Variabele	Bron #	Versie I (< 12 jaar)	Versie II (≥ 12 jaar)	subgroep	restricties	Versie III (allochtonen ≥ 18 jaar)	restricties
* sexueel overdraagbare aandoeningen	12		x		≥ 18 jaar		
* ADL	1		x		≥ 18 , resp. 55 jaar	x	
<i>Zorggebruik en ziektegedrag</i>							
* huisarts	1,2	x	x			x	
* medisch specialist	1,2	x	x			x	
* tandarts	1,2	x	x			x	
* geneesmiddelen	1,2	x	x			x	
* paramedici	1,2	x	x			x	
* thuiszorg	1,2	x	x			x	
* gespecialiseerde verpleeg- kundigen	1,2	x	x			x	
* verloskundige, resp. kraam- zorg	1,2		x		≥ 18 jaar	x	
* opname in ziekenhuis of dagbehandeling	1,2	x	x			x	
* geestelijke gezondheidszorg	1,2	x	x			x	
* alternatieve behandelaars	1,2	x	x			x	
* overige zorgverleners/ zorginstellingen	1,2	x	x			x	
* gebruik van zorgvoorzienin- gen in land van herkomst	2					x	
* griepvaccinatie	1,2		x			x	
* screening: baarmoeder halskanker, prostaatcancer	1,2,13		x		30-59 jaar	x	30-59 jaar
* informele zorg, mantelzorg	1,2	x	x			x	
* zelfzorg	2	x	x			x	
* hulpmiddelen	1,2	x	x			x	
<i>Leefstijl en risicogedrag</i>							
* roken	1,2	x	x			x	
* druggebruik	1,2		x			x	
* alcoholgebruik	1,2		x			x	
* voeding I	14		x	o		x	
* voeding II	2		x			x	
* slapen	1,2		x			x	
* bewegen I	14		x	o	< 65 jaar	x	< 65 jaar
* bewegen II	14		x			x	

Variabele	Bron #	Versie I (< 12 jaar)	Versie II (≥ 12 jaar)	subgroep	restricties	Versie III (allochtonen ≥ 18 jaar)	restricties
<i>Sociale context</i>							
* directe relaties: gezin, familie	2		x	1		x	
* religie	2		x	1		x	
* lidmaatschappen	2		x	1		x	
* levensgebeurtenissen	15		x	1			
* redzaamheid, "coping"	16		x				
* sociale steun	17,18		x	1		x	
* sociale isolatie	19		x			x	
* pro-actieve "coping"	20		x		18-69 jaar		
<i>Opvattingen</i>							
* vertrouwen in de gezondheidszorg	2		x			x	
* opvattingen over de huisarts	2,21,22		x			x	
* verwachtingen van de huisarts	23		x				
* opvattingen over luchtwegklachten	24		x				
<i>Acculturatie</i>							
* diverse items	25					x	

zie literatuurlijst

91

10.3 Meetmethoden

Voor de patiëntenquête wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende twee groepen:

- de totale praktijkpopulatie van de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartsen;
- een subgroep van deze populatie, bestaande uit volwassen (18 jaar en ouder) allochtonen die gerekend worden tot de vier grootste groepen etnische minderheden in Nederland: Antillianen, Marokkanen, Turken en Surinamers.

De enquête wordt uitgevoerd onder een steekproef van deze groepen. De wijze waarop deze steekproef is getrokken is voor deze twee groepen verschillend.

Steekproef uit totale praktijkpopulatie

Voor de patiëntenquête wordt een aselechte steekproef getrokken uit de totale praktijkpopulatie. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de gegevens van de ingeschreven patiënten die ter beschikking komen t.b.v. de patiëntregistratie (zie 9.3). Het aantal te realiseren enquêtes is vastgesteld op 80 per full-time equivalent (fte) huisarts-deelnemer (totaal N=13180 voor 164,75 full-time deelnemende huisartsen).

Voor de steekproeffrekking en -behandeling worden de volgende regels gehanteerd:

- indien er sprake is van een solo-praktijk met minder dan 1 fte huisarts, dan wordt toch een steekproefgrootte aangehouden op basis van 1 fte huisarts;

- als er sprake is van een praktijk met meer dan 1 fte, dan wordt het aantal te realiseren enquêtes vermenigvuldigd met het totaal aantal huisarts-fte in de praktijk;
- ter realisering van 80 enquêtes per huisarts-fte wordt uit de praktijkpopulatie een aselechte steekproef van 150 personen per huisarts-fte getrokken (bruto). In een aantal grootstedelijke gebieden (het betreft hier een beperkt aantal huisartspraktijken) wordt de grootte van de bruto-steekproef verhoogd tot 300;
- de bruto-steekproef lijst wordt, na randomisering van de volgorde, van boven naar beneden afgewerkt; 'skips' in de lijst en non-respons worden volledig verantwoord;
- om seizoeninvloeden uit te sluiten wordt per huisartspraktijk 25% van het aantal te realiseren enquêtes in vier aansluitende kwartalen uitgevoerd;
- per woonverband wordt slechts één individu geënuquêteerd;
- er worden minimaal vijf pogingen ondernomen, op verschillende dagen en tijdstippen en minimaal één maal in het weekend, om met de respondent in contact te komen;
- in geval van non-respons worden de volgende gegevens vastgelegd: reden, aantal pogingen tot contact, leeftijd, geslacht en viercijferige postcode.

92

Steekproef uit allochtone populatie

De steekproef van allochtonen wordt getrokken uit de respondenten van de patiëntregistratie (zie hoofdstuk 9), omdat hiervoor informatie nodig is over de etnische afkomst. Allochtonen uit deze etnische groepen die niet gerespondeerd hebben op de patiëntregistratie, komen dus niet in aanmerking voor deze enquête.

De populatie waaruit de steekproef wordt getrokken is als volgt omschreven: zelf geboren in één van deze vier landen (Nederlandse Antillen, Marokko, Suriname of Turkije) òf vader òf moeder is geboren in één van deze vier landen. Als de ouders beiden niet in Nederland zijn geboren en een verschillend geboorteland hebben, dan is het geboorteland van de vader doorslaggevend. De steekproef van de allochtonen is op persoonsniveau getrokken en niet per huisartspraktijk. Het aantal te realiseren enquêtes bedraagt 1400 (300 Antillianen, 400 Marokkanen, 400 Turken en 300 Surinamers).

Afname van de patiëntenquête

De patiëntenquête wordt afgenomen in de vorm van een mondeling interview bij de respondenten thuis waarbij gebruik gemaakt wordt van een notebook computer. De "routing" van de vragenlijst is in de computer geprogrammeerd. Indien bij het maken van een afspraak voor het Nederlandstalige interview (versie II, zie paragraaf 10.2) blijkt dat de respondent de Nederlandse taal onvoldoende beheerst is dit een reden voor non-respons. Het interview onder allochtonen is afgenomen in de eigen taal. Bij kinderen onder de 12 jaar vindt een proxy-interview plaats met één van de ouders. Bij personen van 12-18 jaar wordt een van de ouders verzocht om bij het interview aanwezig te zijn om zonodig hulp te kunnen bieden bij het beantwoorden van de vragen.

De interviewers zijn uitvoerig ingelicht over de achtergronden van de Tweede Nationale Studie en zijn uitgebreid getraind.

10.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

Voor de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens van de gegevens die verzameld worden via enquêtering zijn een aantal maatregelen genomen:

- a. de keuze voor meetinstrumenten in het interview/de vragenlijst is vooral ingegeven door de mate waarin instrumenten in de (inter)nationale literatuur gevalideerd zijn;
- b. de enquêtes zijn uitgebreid getest. In totaal zijn ruim 100 proefinterviews – onder autochtonen (100) en allochtonen (10 per etnische groep) – afgenomen. Hierbij is gelet op de lengte van het interview (gemiddeld max. 90 minuten), gepastheid en geschiktheid van de voorgelegde vragen – vooral in het geval van niet-gevalideerde instrumenten –, de juistheid in de volgorde van afname en ‘routing’ van de vragen c.q. onderdelen in het interview;
- c. de ingezette interviewers hebben allen een instructiebijeenkomst gevolgd en een schriftelijke handleiding voor het interview ontvangen.
- d. 10% van de door de interviewers (resp. 152 en 174) gerealiseerde interviews worden aselekt gecontroleerd door middel van telefonisch onderzoek onder geïnterviewden. De eventuele selectiviteit van de gerealiseerde interviews wordt per interviewer gecontroleerd door het opsporen van niet-benaderde (“overgeslagen”) respondenten, waarover geen verantwoording wordt afgelegd, in de volgorde waarin de interviewer is opgedragen de interviews af te nemen. Verder wordt de binnenkomende respons per interviewer op gezette tijden gecontroleerd op de verdeling naar leeftijd en geslacht en in het geval van de enquête onder allochtonen ook naar land van herkomst en huidige woonregio in Nederland.

De volgende responsverhogende maatregelen zijn genomen:

- a. de aankondiging van de patiëntenquête en uitnodiging voor deelname vindt plaats door toezending van een brief van de eigen huisarts waarin het belang van de studie en van deelname wordt onderstreept;
- b. in de brief van de huisarts wordt uitgebreid aandacht besteed aan de wijze waarop met de privacy-gevoelige gegevens wordt omgegaan;
- c. de tijdens het interview verzamelde gegevens worden niet aan de eigen huisarts doorgegeven;
- d. de interviewers – gedurende ruim één jaar ingezet voor de enquête onder de totale praktijkpopulatie – ontvangen regelmatig een nieuwsbrief van de projectleiding en halverwege een *incentive*;
- e. de geïnterviewden ontvangen een cadeaubon na afloop van het interview.

Evenals bij de patiëntregistratie zijn de vragen met ‘open’ antwoorden (beroep, nationaliteit) door een speciaal team gecodeerd (zie ook 9.4).

Literatuur

1. CBS. Eindverslag van de Werkgroep Revisie gezondheidsenquête (intern rapport). Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1999.
2. Foets M, Velden J van der. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en Procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
3. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
4. Raat H, Bonsel GJ, Essink-Bot ML, Landgraf JM, Gemke RJ. Reliability and validity of comprehensive health status measures in children: The Child Health Questionnaire in relation to the Health Utilities Index. *J Clin Epidemiol* 2002 ;55:67-76.
5. McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the OECD common development effort. *Rev Épid Santé* 1981;29:413-9.
6. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
7. Cornel M. Detection of problem drinkers in general practice [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1994.
8. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Scales (EPS Adult). London: Hodder & Stoughton, 1991.
9. Hosman CMH. Psychosociale problematiek en hulpzoeken: een sociaal-epidemiologische studie ten behoeve van preventieve geestelijke gezondheidszorg. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1983.
10. Tekst aangeleverd door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO), Utrecht.
11. Anonymous. Euroqol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990;16:199-208.
12. Tekst aangeleverd door de Stichting SOA-bestrijding, Utrecht.
13. Tekst aangeleverd door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen.
14. Tekst aangeleverd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Bilthoven.
15. Brugha TS, Cragg D. The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:77-81.
16. Endler NS, Parker JD, Butcher JN. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *J Clin Psychol* 1993;49:523-7.
17. Sonderen E van. Het meten van sociale steun [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1990.
18. Sonderen E van. Sociale steun en sociale netwerken. In: Sanderman R, Hosman CMH, Mulder M. Het meten van determinanten van gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten. Assen: van Gorcum, 1995.
19. Russel DW. UCLA Loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66:20-40.
20. Tekst aangeleverd door vakgroep Gezondheidspsychologie, Rijksuniversiteit Utrecht.
21. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;2:82-95.
22. Wensing M, Grol R, Weel C van, Felling A. Quality assessment by using patients' evaluations of care. *Eur J Gen Pract* 1998;4:150-3.
23. Lisdonk van de EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
24. Tekst aangeleverd door de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.
25. Tekst aangeleverd door het Nivel, Utrecht en het Instituut voor Beleid en Management in de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.



11

Contactregistratie

11.1 Inleiding

97

In dit hoofdstuk wordt de gegevensverzameling beschreven die plaatsvindt tijdens contacten van patiënten met de huisarts en met de huisartspraktijk in het kader van de Tweede Nationale Studie. De contactregistratie is te beschouwen als de kern van de gegevensverzameling van de Tweede Nationale Studie. De informatie die hieruit voortkomt kan op het niveau van patiënt en huisarts worden gekoppeld aan gegevens uit de patiëntregistratie (zie hoofdstuk 9), de patiëntenquête (hoofdstuk 10), de videoregistratie (hoofdstuk 12), de huisartsenquête en de enquête onder het praktijkondersteunend personeel (hoofdstuk 13) en het Visitatie Instrument Praktijkvoering (hoofdstuk 14).

Het doel van de contactregistratie is het verzamelen van gegevens over ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

11.2 Variabelen en meetinstrumenten

Variabelen

Naast identificerende gegevens van huisarts en patiënt die nodig zijn om de koppeling aan gegevens uit andere bronnen mogelijk te maken, worden de volgende gegevens verzameld tijdens de contactregistratie (zie tabel 11.1).

Tabel 11.1

Overzicht van variabelen van de contactregistratie

Analysevariabele	Meetvariabele	Opmerkingen
<i>Morbiditeit</i>		
* reden voor contact	vrije tekst	registratieduur: 12 maanden
* ziekte-episode	deelcontactdiagnose (ICPC-gecodeerd) episode-type (nieuw/bekend)	registratieduur: 12 maanden; constructie van ziekte-episoden op basis van deelcontactdiagnose en episode-type
* 'problemen'	probleemlijst	eenmalige meting na afloop van 12 maanden durende registratieperiode

Analysevariabele	Meetvariabele	Opmerkingen
* somatische/psychosociale achtergrond diagnose	5-puntsschaal	registratieduur: 6 weken
* diagnose-specifieke gegevens	specifieke items per ICPC-code	registratieduur: 3 maanden
<i>Contactgegevens</i>		
* soort contact	b.v. consult, visite, telefoon	registratieduur: 6 weken
* duur contact	categoriën: 1-5, 6-10, 11-15 min. etc	registratieduur: 6 weken
<i>Verrichtingen</i>		
* voorgeschreven geneesmiddelen	handelsproductkode (HPK)	op basis van de HPK zijn andere kenmerken van het geneesmiddel beschikbaar (b.v. ATC-code, DDD); registratieduur: 12 maanden
* diagnostische verrichtingen	bloeddrukmeting gewichtmeting borstonderzoek bloedonderzoek in eigen praktijk urine-onderzoek in eigen praktijk bloedonderzoek aangevraagd urine-onderzoek aangevraagd cytologisch onderzoek electrocardiogram röntgenonderzoek echografisch onderzoek endoscopisch onderzoek functie-onderzoek	
* therapeutische verrichtingen	oor uitspuiten wondverzorging kleine chirurgische ingreep zwachtelen/tapen/reponeren catheteriseren <i>intra-uterine device (IUD)</i>	registratieduur: 6 weken
* informatie/advies	advies t.a.v. werkstaking advies t.a.v. werkhervatting medicatie zonder recept	registratieduur: 6 weken
* verwijzingen	nieuwe verwijzing naar: - fysiotherapie - oefentherapie Cesar - oefentherapie Mensendieck - logopedie - RIAGG - medisch specialist (incl. aard specialisme)	registratieduur: 12 maanden

Bij het verzamelen van gegevens tijdens contacten van de patiënt met de huisarts en met de huisartspraktijk worden de volgende definities en uitgangspunten gehanteerd.

Onder een **contact** wordt verstaan: 'ieder *face to face* contact tussen huisarts en patiënt in het kader van de huisartsgeneeskundige zorg'. Telefonische contacten en contacten tussen praktijkassistent en patiënt worden alleen als contact beschouwd indien dit contact leidt tot een welomschreven verrichting (b.v. het voorschrijven van een recept, het aanvragen van een diagnostische verrichting, een verwijzing).

Een **deelcontact** omvat alle aspecten van een contact die met één gezondheidsprobleem verband houden en is de kleinste eenheid van registratie. Eén of meer deelcontacten betreffende eenzelfde gezondheidsprobleem vormen tezamen de **ziekte-episode** (zie ook hoofdstuk 3).

De contactregistratie omvat alleen contacten die plaatsvinden met patiënten die als vaste patiënt in de huisartspraktijk op enig moment gedurende de registratieperiode staan ingeschreven (zie ook hoofdstuk 9). Hiervan uitgesloten zijn dus bijvoorbeeld contacten met passanten, en keuringen. Wel worden gegevens verzameld over contacten van de ingeschreven patiënten met waarnemende huisartsen, bijvoorbeeld tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of vakanties.

Het belangrijkste criterium voor de selectie van de te verzamelen gegevens was de vergelijkbaarheid van deze gegevens met die van de eerste Nationale Studie.

Vergelijking met de eerste Nationale Studie

De contactregistratie tijdens de Tweede Nationale Studie vertoont op een aantal punten verschillen met die tijdens de eerste Nationale Studie [1,2]:

- de registratie van gegevens vindt niet meer plaats op registratieformulieren maar via (registratie-modules, gekoppeld aan) de HISsen in de deelnemende praktijken;
- de gegevens over diagnoses en het type episode (zie tabel 11.1) worden per praktijk gedurende 12 maanden verzameld (in het kader van de eerste Nationale Studie duurde deze registratie per praktijk 3 maanden);
- gegevens over verrichtingen worden deels gedurende 12 maanden (geneesmiddelvoorschriften, verwijzingen), deels gedurende 6 weken (contactgegevens, diagnostische en therapeutische verrichtingen) verzameld (in het kader van de eerste Nationale Studie werden deze gegevens gedurende 6-13 weken geregistreerd);
- een beperkt aantal items waarover in het kader van de eerste Nationale Studie gegevens zijn verzameld zijn in de Tweede Nationale Studie in andere gegevensverzamelingsonderdelen ondergebracht (b.v. contacten met niet in de praktijk ingeschreven patiënten, diverse vormen van niet-medicamenteuze behandeling) of zijn vervallen (ICPC-gecodeerde reden voor contact, initiatief tot contact, zekerheid over aandoening, levensbedreigendheid van aandoening, invalideringsgraad van aandoening, reden van diagnostiek, enkele categorieën van verwijzing binnen de eerste lijn, en naar GGZ, consultatie van andere hulpverleners).

Gegevens die slechts gedurende een beperkte periode (< 12 maanden) worden geregistreerd worden zoveel mogelijk gespreid over de kalendermaanden zodat seizoensinvloeden worden vermeden.

11.3 Meetmethoden

Voor de registratie van gegevens tijdens contacten wordt gebruik gemaakt van computerprogramma's die aan de HuisartsInformatieSystemen (HISsen) van de praktijken zijn gekoppeld. Deze registratiemodules worden gedurende de registratieperiode 'geactiveerd' waardoor de huisarts tijdens het gebruik van het HIS geattendeerd wordt op het registreren van bepaalde gegevens en/of op het invullen van een vragenlijst op een invulscherf. Een deel van deze registratiemodules was reeds voor de Tweede Nationale Studie in de LINH-praktijken in gebruik; dit betreft met name de registratie van verwijzingen en geneesmiddelen. In figuur 11.1 is schematisch weergegeven hoe deze modules in de loop van een periode van 12 maanden in een willekeurige praktijk worden toegepast. De aldus geregistreerde gegevens worden in de computer in de praktijk weggeschreven naar een apart gegevensbestand dat periodiek (eens per 3 maanden) wordt 'uitgespoeld' om toegevoegd te worden aan het centrale gegevensbestand van de NS2.

100

Figuur 11.1
Schematisch overzicht van contactregistratie #

2-weekse periode	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
<i>Morbiditeit</i>																										
* reden voor contact (vrije tekst)																										
* deelcontact diagnose																										
* episodetypering (nieuw/bekend)																										
* probleemlijst																										
* somatische/psychosociale achtergrond diagnose																										
* diagnose-specifieke gegevens																										
<i>Contactgegevens</i>																										
* soort contact																										
* duur contact																										
<i>Verrichtingen</i>																										
* voorgeschreven geneesmiddelen																										
* diagnostisch verrichtingen																										
* therapeutische verrichtingen																										
* informatie/advies																										
* verwijzingen																										

Dit schema is als basis gebruikt voor de planning van de registratie van de gegevens in de deelnemende huisartspraktijken. Het feitelijke tijdstip in het jaar en de volgorde waarin de verschillende gegevens zijn geregistreerd verschilt per praktijk

11.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

Voor de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens die via de contactregistratie worden verzameld worden de volgende maatregelen getroffen:

- a. de ontwikkelde computer-registratieprogramma's worden uitgetest in een aantal huisartspraktijken teneinde een zo groot mogelijke gebruiksvriendelijkheid te bereiken;
- b. in de registratiemodules zijn attenderingen ingebouwd teneinde de gegevens zo compleet mogelijk te laten vastleggen;
- c. de registratiemodules worden voorzien van een gebruikershandleiding en een instructie t.a.v. de te registreren gegevens;
- d. de geregistreerde gegevens worden vergeleken met gegevens van video-opnamen van 20 spreekuurcontacten bij de huisartsen bij wie video-opnamen worden gemaakt (zie hoofdstuk 12).

Aan de betrouwbaarheid en validiteit van de morbiditeitsgegevens wordt apart aandacht besteed door een aantal activiteiten. De betrouwbaarheid zal ontleend worden aan de interdokter- en interpraktijkvariatie in ziekte-episoden naar analogie van eerder uitgevoerde analyses [3]. Daarnaast zullen inconsistenties in de combinaties diagnose-leeftijd en diagnose-geslacht worden bepaald. De validiteit van diagnoses is vast te stellen aan de mate van overeenkomst van de gestelde diagnose met daarvoor opgestelde diagnostische criteria. De validiteit van diagnoses zal op verschillende wijzen worden gemeten:

- a. aan de deelnemende huisartsen worden 30 "vignetten" (papieren patiënt-casussen) voorgelegd met de vraag bij deze patiënt een diagnose te stellen en deze volgens de ICPC te coderen. In deze vignetten zullen gegevens omtrent diagnostische criteria worden verwerkt. Herhaling van een casus biedt tevens de mogelijkheid de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid in kaart te brengen;
- b. in enkele *follow-up* studies zullen patiënten op basis van een door de huisarts gestelde diagnose aan nadere diagnostiek onderworpen worden, uitmondend in een medische diagnose. Vergelijking van deze twee diagnoses biedt inzicht in de validiteit van de door de huisarts gestelde diagnose;
- c. Voor enkele diagnoses worden aan de deelnemende huisartsen lijsten van patiënten voorgelegd bij wie de betreffende diagnose is gesteld, ter bevestiging van deze diagnose.

Literatuur

1. Velden Jvd, Bakker D de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1991.
2. Foets M, van der Velden J. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Meetinstrumenten en Procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
3. Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. Huisarts Wet 1999;42:18-21, 30.



Videoregistratie

12.1 Inleiding

105

Met behulp van de videoregistratie van huisartsconsulten worden aspecten van de huisarts-patiënt communicatie gemeten. Op deze wijze kunnen verbaal en non-verbaal gedrag van zowel huisartsen als patiënten worden bepaald, alsook enige kenmerken van de consulten en de inhoud ervan. Hieronder wordt eerst beschreven welke variabelen worden gemeten. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende meetmethoden en tenslotte wordt vermeld hoe de betrouwbaarheid en validiteit van de meetmethoden worden gegarandeerd.

12.2 Variabelen en meetinstrumenten

Variabelen en meetinstrumenten

Door systematische observatie (zie verder) van de op videoband geregistreerde consulten worden gegevens verzameld die gebruikt worden om analysevariabelen te construeren (zie tabel 12.1).

Tabel 12.1
Variabelen videoregistratie

Analysevariabele	Meetvariabele
<i>Verbaal gedrag</i>	
* affectief gedrag	observatie RIAS [1]
* instrumenteel gedrag	observatie RIAS [1]
<i>Non-verbaal gedrag</i>	
* oogcontact	tijdsduur van aankijken van patiënt
<i>Affect: attitude van huisarts en patiënt</i>	
* boosheid/irritatie	score observator op 6-puntsschaal
* angst/nervositeit	score observator op 6-puntsschaal
* interesse/bezorgdheid	score observator op 6-puntsschaal
* vriendelijkheid/warmte	score observator op 6-puntsschaal
<i>Patiëntgerichtheid van de huisarts</i>	
* betrekken van patiënt bij diagnose en behandelplan	score observator op 5-puntsschaal

Analysevariabele	Meetvariabele
* rekening houden met therapietrouw en zelfwerkzaamheid	score observator op 5-puntsschaal
<i>Inhoud van het consult</i>	
* duur consult	meting m.b.v. observatiesysteem
* aard van de klacht van de patiënt	registratie observator op checklist
* lichamelijk onderzoek	registratie observator op checklist
* aard van de diagnose	contactregistratie (zie hoofdstuk 11)
* diagnostische handelingen	registratie observator op checklist
* instrumentele behandelingen	registratie observator op checklist
* voorgeschreven medicatie	contactregistratie (zie hoofdstuk 11)
* verwijzing	contactregistratie (zie hoofdstuk 11)
* voorlichting	registratie observator op checklist
* preventieve activiteiten	registratie observator op checklist
* interrupties	registratie observator op checklist

106

Voor het meten van verbaal gedrag wordt het Roter Interaction Analysis System (RIAS) [1] gebruikt. Dit is een goed gedocumenteerde en veelgebruikte methode in de Verenigde Staten van Amerika en Nederland [2-14]. Dit observatiesysteem is speciaal ontworpen om zowel de communicatie van de huisarts als de patiënt te beoordelen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen instrumenteel en affectief gedrag, dat het verschil weerspiegelt tussen respectievelijk 'cure' en 'care'. Het RIAS maakt het mogelijk om op een methodische wijze de in het oog springende kenmerken van de huisarts-patiënt communicatie te identificeren, categoriseren en kwantificeren [15,16]. De eenheid van analyse is de uiting of de kleinste betekenisvolle zinsnede. Alle uitingen worden toegewezen aan elkaar uitsluitende categorieën. De overige genoemde gegevens worden door observatoren gescoord op een standaardformulier, resp. worden ontleend aan andere gegevensverzamelingsmodules van de Tweede Nationale Studie.

12.3 Meetmethoden

Per deelnemende huisarts worden, op vrijwillige basis, 20 spreekuurconsulten opgenomen op videotape op 1 of 2 opeenvolgende dagen. De videocamera blijft gedurende alle consulten op dezelfde vaste plaats staan en wordt op afstand bediend. Het lichamelijk onderzoek wordt niet gefilmd, maar de camera met microfoon blijft wel aan staan om de communicatie tussen de huisarts en patiënt te kunnen volgen. Van deze 20 consulten worden 15 consulten per huisarts achteraf door observatoren beoordeeld. Dit aantal is voldoende gebleken om een communicatiestijl betrouwbaar te kunnen meten.

12.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

De observatoren die de video-opnamen coderen worden in het gebruik van het RIAS getraind op dezelfde wijze door eenzelfde persoon. Zo wordt een zo groot mogelijke overeenstemming nagestreefd. Deze training gebeurt eerst aan de hand van transcripten van huisartsconsulten, daarna

worden voor de praktische training video-opnamen gebruikt uit eerder onderzoek.

De mate van overeenstemming tussen de observatoren wordt berekend door middel van het vergelijken van de scores van 20 consulten die door elke observator apart worden geobserveerd volgens het RIAS. De overeenstemming wordt paarsgewijze berekend met de Pearson's correlatie coëfficiënt. Dit wordt alleen gedaan voor categorieën uitingen die meer dan 2% van het totale aantal uitingen voorkomen. [Voor minder frequent voorkomende uitingen kan de correlatie niet betrouwbaar worden berekend vanwege het effect van scheef verdeelde gegevens op de correlatiecoëfficiënt [1,9,15,17]]. Een correlatie van 0.70 of hoger wordt voldoende geacht. In verschillende van de hier geciteerde studies is geconcludeerd dat een voldoende hoge inter-beoordelaars betrouwbaarheid bereikt kon worden en dat dit meetinstrument goed bruikbaar is voor het meten van huisarts-patiënt communicatie.

De inhoudsvaliditeit van het RIAS observatiesysteem is onderzocht door Ong [15], in een oncologische setting. Zij concludeert dat de validiteit acceptabel was, hoewel er soms twijfels waren over de categorisering van met name affectieve uitingen. Sommige categorieën werden zelden gescoord. Tenslotte concludeerde ze dat de psychometrische eigenschappen van het RIAS voldoende waren wat betreft het discrimineren tussen communicatief gedrag in verschillende settings (oncologische en huisartsconsulten).

De betrouwbaarheid van de affectmaten en patiëntgerichtheid worden berekend door middel van de percentages overeenstemming tussen de verschillende observatoren. Aan deze methode wordt de voorkeur gegeven boven Cohen's kappa, omdat deze erg gevoelig is voor scheef verdeelde gegevens. Pearson's correlatie coëfficiënt wordt niet gebruikt omdat deze meetinstrumenten slechts uit 6-punts respectievelijk 5-punts schalen bestaan.

Literatuur

1. Roter DL. The Roter Method of Interaction Process Analysis. RIAS Manual. Baltimore: Johns Hopkins University, 1991.
2. Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1991.
3. Bensing JM, Dronkers J. Instrumental and affective aspects of physician behaviour. *Med Care* 1992;30:283-98.
4. Brink-Muinen A van den. Gender, health and health care in general practice. Utrecht: Nivel, 1996.
5. Brink-Muinen A van den, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in general practice: differences between women's health care and regular health care. *Med Care* 1998;36:100-6.
6. Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM. The Eurocommunication Study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication. Utrecht: Nivel, 1999.
7. Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. The role of communication in nursing care for the elderly: a review of the literature. *J Adv Nursing* 1997;25:915-933.
8. Caris-Verhallen WMCM, Gruyter IM de, Kerkstra A. De kwaliteit van de communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten. Utrecht: Nivel, 1997.
9. Dulmen AM van, Verhaak PFM, Bilo HJG. Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Pat Educ Couns* 1997;30:227-237.
10. Dulmen AM van. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics* 1998;102:563-8.
11. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 1994;13:384-92.
12. Ong, LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-18.
13. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Educ Couns* 1988;12:99-119.
14. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors. Improving communication in medical visits. Westport: Auburn House, 1992.
15. Ong LML, Visser MRM, Kruijver IPM, Bensing JM, Brink-Muinen A van den, Stouthardt JML, Lammes FB, Haes JCJM de. The Roter Interactional Analysis System (RIAS) in oncological consultations: Psychometric properties. *Psycho-oncology* 1998;7:387-401.
16. Wasserman RC, Inui TS. Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestion for future research. *Med Care* 1983;21:279-93.
17. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-9.



Huisartsenquête en enquête voor praktijkondersteunend personeel

13.1 Inleiding

111

De huisartsenquête en de enquête voor het praktijkondersteunend personeel (POP) in het kader van de Tweede Nationale Studie heeft tot doel gegevens te verzamelen over kenmerken van praktijken, huisartsen en het in praktijken werkzame personeel (m.n. praktijkassistenten, praktijkondersteuners en ‘praktijkverpleegkundigen’). Deze gegevens worden enerzijds gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraagstellingen in het kader van het onderzoeksthema “Organisatie van de huisartsenzorg”. Anderzijds fungeren deze gegevens als potentieel verklarende factoren op het niveau van de praktijkpopulatie.

13.2 Variabelen en meetinstrumenten

In de tabellen 13.1 en 13.2 staan de variabelen vermeld waarover via deze enquêtes gegevens worden verzameld. Bij het samenstellen van de enquêtes zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd voor de selectie van de op te nemen vragen:

- de gegevens zijn nodig voor de beantwoording van de vraagstellingen in de z.g. kern- en additionele projecten van de Tweede Nationale Studie;
- de vergelijkbaarheid met de huisarts- en praktijkassistenten-enquête van de eerste Nationale Studie dient zoveel mogelijk behouden te blijven;
- waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van gevalideerde, of tenminste van reeds gebruikte instrumenten of vragen;
- overlap met de gegevens die voortkomen uit de afname van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP - zie hoofdstuk 14) wordt zoveel mogelijk vermeden.

Tabel 13.1
Variabelen en meetinstrumenten huisartsenquête

Variabele	Meetinstrument #
<i>Meetniveau: praktijk</i>	
* communicatie praktijk-patiënt: telefoongebruik, e-mail, Internet	1
* waarneemregeling	2
* praktijkuitrusting/instrumentarium	3
* praktijkjaarverslag	4
* aanwezigheid van praktijkondersteuning	5
* gestructureerde overlegvormen buiten de praktijk	3
<i>Meetniveau: huisarts</i>	
* socio-demografische gegevens: samenstelling huishouden, beroep partner, etnische afkomst	3,4
* werktijden	4
* organisatie spreekuren	3
* contact met patiënten tijdens diensten/waarnemingsituaties	1,2
* telefoongebruik	1
* gestructureerde overlegvormen binnen de praktijk	3
* taken en bevoegdheden praktijkondersteunend personeel	1,6
* lidmaatschap van c.q. functies bij beroepsorganisaties	3
* deelname aan (huis)artsopleiding	3
* ervaring als tropenarts	7
* zorgverlening aan specifieke doelgroepen (verstandelijk gehandicapten, asielzoekers, illegalen)	4
* samenwerking met bedrijfsarts	8
* tijdbesteding	tijdschrijf-dagboek (7 x 24 uur) [9]
* inhoudelijke vakkennis	10
* gebruik NHG-standaarden en Electronisch Voorschrijf Systeem	11
* verloskunde	4
* bijhouden vakliteratuur	3
* informatiebronnen voor farmacotherapie	6
* medische hobbies	3
* intercollegiale toetsing	6
* attitude t.a.v. (het voorschrijven van antibiotica bij) luchtwegklachten	12
* omgaan met onzekerheid	3
* attitude t.o.v. het voorschrijven van recent geïntroduceerde geneesmiddelen	13

Variabele	Meetinstrument #
* attitude t.o.v. de farmaceutische industrie	3
* attitude t.o.v. placebo's	3
* taakopvattingen m.b.t. psychosociale problemen en preventie	3
* opvattingen m.b.t. paramedische zorg	4
* attitude t.o.v. patiënten	3,4
* tevredenheid met werkzaamheden	14
* burn-out	15,16

zie literatuurlijst

Tabel 13.2

Variabelen en meetinstrumenten enquête praktijkondersteunend personeel

113

Variabele	Meetinstrument #
* socio-demografische gegevens: geboortejaar, opleiding, arbeidsverleden	17
* structuur van het werk	17
* nascholing	17
* feitelijke werkzaamheden	17
* gewenste (andere) werkzaamheden	17
* opvattingen over luchtwegklachten	12
* gebruik Huisarts Informatie Systeem	4
* tijdsbesteding	tijdschrijf-dagboek (7 x 24 uur) [9]

zie literatuurlijst

13.3 Meetmethoden

De huisartsenquête en de enquête voor praktijkondersteunend personeel zijn schriftelijke vragenlijsten. Een klein deel van de vragen in de huisartsenquête zijn op praktijkniveau gemeten (zie tabel 13.1), d.w.z. dat per praktijk één huisarts deze vragen heeft beantwoord voor de betreffende praktijk. De huisartsenquête is in twee delen per post verzonden aan alle huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie, gedefinieerd als alle deelnemende huisartsen die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts zijn gevestigd, plus alle huisartsen die in dienst van een deelnemend huisarts werkzaam zijn (z.g. HIDHA's). Deze definitie sluit huisartsen-in-opleiding (haio's) en niet-in-dienstverband-werkzame huisartsen uit. Het eerste deel (alle vragen met uitzondering van de volgende onderwerpen uit tabel 13.1: tijdsbesteding in uren, tevredenheid met werkzaamheden en burn-out) is in maart 2001 verzonden; het tweede deel in september 2001. Zes weken na verzending volgde een schriftelijk rappel, de laatste non-respondenten worden telefonisch benaderd.

De enquête voor praktijkondersteunend personeel is in juni 2001 aan alle personen die werkzaam zijn in de deelnemende praktijken toegezonden. Na plm. 8 weken is aan de non-respondenten een schriftelijk rappel gezonden; zonodig volgde een telefonische benadering.

13.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

Beide enquêtes zijn in de voorbereidende fase voorgelegd aan enkele huisartsen, resp. praktijkassistenten teneinde de vragenlijsten uit te testen wat betreft de “invulvriendelijkheid”, woordgebruik, mate van aansluiting van de gestelde vragen bij de dagelijkse praktijk en de duur van het invullen. Op grond van deze test zijn nog enkele aanpassingen, met name in de formulering van vragen, aangebracht. Door zoveel mogelijk gebruik te maken van reeds eerder gebruikte en/of gevalideerde vragen(lijsten) is een maximale validiteit nagestreefd.

Literatuur

1. Zie o.a.: Haan J de. De doktersassistente. Delegeren van taken in de huisartspraktijk. Lelystad: Meditekst, 1986.
2. Grielen SJ, Beekhoven S, Bakker DH de. Een grootschalige dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: Nivel, 1999.
3. Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: De huisartsenquête: datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
4. Tekst aangeleverd door het Nivel, Utrecht.
5. Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. Jaarrapport LINH 2000. Utrecht/Nijmegen: Nivel/Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Katholieke Universiteit, 2001.
6. Zie o.a.: Dijk L van, Barnhoorn H, Bakker D de. Het Farmaco Therapie Overleg in 1999. Utrecht: Nivel, 2001.
7. Tekst aangeleverd door de vakgroep Sociale Geneeskunde Vrije Universiteit, Amsterdam.
8. Zie o.a.: Amstel RJ van, Buijs PC. Voor verbetering vatbaar. De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding. Amsterdam: NIA TNO, 1997.
9. Griffioen RN, Grunveld JE, Hutten JBF, Ros CC, Schee E van der. Steeds minder tijd?: deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra. Utrecht: NZI/Nivel, 1999.
10. Toetsvragen afkomstig uit landelijke toetsbank Huisartsopleiding.
11. Wolters I, Dijk L van, Vliet J van, Bakker DH de. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem. Voorfase: ontwikkeling meetsystematiek. Utrecht: Nivel, 2000.
12. Tekst aangeleverd door de Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht.
13. Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. Jaarrapport LINH 1999. Utrecht/Nijmegen: Nivel/Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Katholieke Universiteit, 2000.
14. McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. *J Fam Pract* 1982;14:1107-14.
15. Schaufeli W, Dierendonck D van. Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): psychodiagnostisch gereedschap. *Psycholoog* 2001;36:9-11.
16. Meijman TE. Over vermoeidheid [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
17. Nijland A. De praktijkassistente in de huisartspraktijk. Progressie in professionalisering [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.



Visitatie Instrument Praktijkvoering

14.1 Inleiding

117

Het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) [1,2] is een meetinstrument voor het meten van verschillende aspecten van de praktijkvoering van huisartsen. Het doel van de afname van de VIP is het verzamelen van achtergrondkenmerken van praktijken en huisartsen die mogelijk verband houden met, resp. een verklaring kunnen vormen voor de resultaten op andere onderzoeksthema's binnen de Tweede Nationale Studie.

14.2 Variabelen

Binnen de VIP worden de volgende aspecten van praktijkvoering onderscheiden:

- uitrusting van de (huisarts)praktijk
- delegatie en samenwerking
- dienstverlening en organisatie
- verslaglegging
- organisatie van kwaliteit
- werkbelasting en werkdruk.

Over deze aspecten worden gegevens verzameld op het niveau van de praktijk (één huisarts per praktijk en één praktijkassistente per praktijk), op het niveau van alle huisartsen binnen één praktijk en op het niveau van patiënten. In onderstaande tabel 14.1 staan de diverse variabelen opgesomd. Op grond van deze gegevens kunnen scores worden berekend op verschillende dimensies [2,3].

Tabel 14.1

Overzicht variabelen Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP)

Analysevariabele	Aantal schaalitems	Niveau van gegevens
<i>Uitrusting van de praktijk</i>		
* praktijkruimte	10 7	praktijk patiënt
* behandelkamer	20	praktijk
* instrumentarium	12	praktijk

Analysevariabele	Aantal schaalitems	Niveau van gegevens
* laboratorium	10	praktijk
* spreek-/onderzoekkamer	17	huisarts
* gebruik instrumentarium	34	huisarts
* inhoud dokterstas	20	huisarts
<i>Delegatie en samenwerking</i>		
* aan praktijkassistent gedeelde taken	36 1	praktijk patiënt
* samenwerking met collegae	13 3	praktijk patiënt
* samenwerking met andere eerstelijns hulpverleners	11 1	praktijk patiënt
* samenwerking met tweedelijns hulpverleners	11 2 2	praktijk huisarts patiënt
* samenwerking met derden	14	praktijk
<i>Dienstverlening en organisatie</i>		
* bereikbaarheid/beschikbaarheid	1 7	huisarts patiënt
* spreekuurorganisatie	8	patiënt
* praktijkorganisatie	21	praktijk
* organisatie van preventie	11 1	praktijk patiënt
* voorlichting	11 3	huisarts patiënt
<i>Verslaglegging</i>		
* organisatie van de verslaglegging	17	praktijk
* kwaliteit van de verslaglegging	10	huisarts
* gebruik van de verslaglegging	10 1	huisarts patiënt
<i>Organisatie van kwaliteit</i>		
* kwaliteitsbeleid op hagniveau	8	praktijk
* kwaliteitsbeleid op praktijkniveau	13 2	praktijk patiënt
* kwaliteitsbeleid op huisartsniveau	11 1	huisarts patiënt
<i>Werkbelasting en werkdruk</i>		
* werkbelasting	12	huisarts
* werkdruk	5	huisarts

14.3 Meetmethoden

De hierboven vermelde gegevens worden verzameld d.m.v. een visitatie van de praktijk conform de bij de VIP gehanteerde procedures [2]. Als deelnemende huisartsen worden beschouwd: een huisarts die gedurende de registratieperiode als zelfstandig huisarts was gevestigd, plus alle huisartsen die in dienstverband van een deelnemend huisarts (z.g. HIDA's) werkzaam waren. Deze definitie sluit huisartsen-in-opleiding [haio's] en niet-in-dienstverband-werkzame waarnemende huisartsen uit.

De visitatie van de praktijk vindt plaats in de periode van de gegevensverzameling voor de Tweede Nationale Studie. Indien een praktijk nog recent (na 1-1-1997) is gevisiteerd, zullen de gegevens van die visitatie gebruikt worden.

119

14.4 Betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens

De huidige VIP is tot stand gekomen op basis van expert-oordelen en resultaten van testen van eerdere versies. De indeling in dimensies is tot stand gekomen op basis van valideringsonderzoek [3].

Literatuur

1. Hombergh P van den. Practice visits. Assessing and improving management in general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1998.
2. Hombergh P van den, Grol R, Hoogen H vd, Bosch W vd, Haren J van. Visitatie van huisartsen. Visitatie-Instrument voor de Praktijkvoering (VIP). Nijmegen/Utrecht: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit/Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
3. Hombergh P van den, Grol R, Hoogen HJM van den, Bosch WJHM van den. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.



Overige methodologische aspecten

15.1 Inleiding

123

In dit laatste hoofdstuk worden enkele methodologische aspecten van de Tweede Nationale Studie belicht die nog niet in eerdere hoofdstukken zijn beschreven. Het betreft de werving van de huisartsen voor deelname aan de Tweede Nationale Studie en een nadere onderbouwing van de keuze voor het aantal deelnemende huisartsen. Tenslotte worden enkele gegevens gepresenteerd over de representativiteit van de deelnemende praktijken en huisartsen en van de in de deelnemende praktijken ingeschreven personen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de planning in de tijd van de gegevensverzameling voor de Tweede Nationale Studie en van de vergelijkbaarheid van de gegevens met de eerste Nationale Studie.

15.2 Werving van praktijken

De Tweede Nationale Studie wordt uitgevoerd in 104 huisartspraktijken in Nederland. Uitgangspunt bij de uitvoering van de NS2 is de samenwerking met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Bij de werving voor deelname aan de Tweede Nationale Studie zijn in september 1999 als eerste alle praktijken die op dat moment deelnamen aan LINH benaderd. Daarna werd op verschillende fronten geworven voor deelname aan de Tweede Nationale Studie. Van de uiteindelijk 104 deelnemende praktijken waren er 61 al LINH-deelnemer vòòr 1 januari 2000. Zeven deelnemende praktijken zijn afkomstig van de reservelijst van LINH, drie praktijken hebben zich spontaan gemeld en drie andere praktijken zijn door andere LINH-deelnemers geworven. Door aanmelding van de praktijken die tezamen het Registratie Netwerk Groningen (RNG) vormen werden nog eens 6 extra praktijken geworven (één van de RNG-praktijken nam reeds deel aan LINH). Twee praktijken meldden zich als deelnemer aan tijdens een EMD-congres (Electronisch Medisch Dossier). Benadering van de praktijken die deelnamen aan de eerste Nationale Studie leverde één praktijk op voor deelname aan de Tweede Nationale Studie. Twee praktijken zijn via persoonlijke contacten geworven. Op basis van de verdeling van de - in februari 2000 - aangemelde deelnemers naar regio, urbanisatiegraad en de kwalificatie "achterstandsgebied" is in februari 2000 gericht aan 306 huisartsen in 193 huisartspraktijken een brief gezonden met het verzoek om deelname aan de Tweede Nationale Studie. Deze wervingscampagne heeft totaal 19 praktijken opgeleverd, waarmee het totaal aantal deelnemende praktijken op 104 kwam. De herkomst van de deelnemende praktijken is samengevat in tabel 15.1.

Tabel 15.1

Herkomst van praktijken die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie; absolute aantallen (N=104)

Herkomst	N (absoluut)
LINH-deelnemer vòòr 1 januari 2000	61
gerichte werving februari 2000	19
LINH-reservelijst	7
registratienetwerk Groningen	6
aanmelding door deelnemende collega's	3
aanmelding op eigen initiatief	3
aanmelding op EMD-congres	2
aanmelding via persoonlijk contact	2
geworven als voormalig NS1-deelnemer	1

124

In de deelnemende praktijken zijn 195 huisartsen werkzaam, omgerekend in full-time equivalenten: 164,75 fte. In paragraaf 15.4 wordt de verdeling van de deelnemende praktijken naar verschillende kenmerken beschreven.

15.3 De omvang van de onderzoekspopulaties

Inleiding en uitgangspunten

Bij de vaststelling van de gewenste omvang van de onderzoekspopulaties (huisartspraktijken, huisartsen, patiënten) is primair uitgegaan van de vergelijkbaarheid met de eerste Nationale Studie. Het aantal van 161 deelnemende huisartsen aan de eerste Nationale Studie is tot stand gekomen na afweging van verschillende aspecten [1]:

- nationaal representatief karakter van de studie;
- het steekproefkader bestaat uit gevestigde huisartsen;
- de grootte van de onderzoekspopulatie huisartsen moet een betrouwbare analyse van verschillen naar regio, urbanisatiegraad en afstand van het praktijkadres tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis mogelijk maken;
- de uitvoerbaarheid van de studie.

Een belangrijk verschil met de eerste Nationale Studie, waarin de werving van de deelnemende praktijken plaatsvond op basis van een aselechte, gestratificeerde, niet-proportionele steekproef van huisartsen in Nederland, is er in de Tweede Nationale Studie geen sprake van een steekproef maar van uitvoering van de studie in samenwerking met het reeds bestaande LINH-netwerk van huisartspraktijken. Naast de uitvoerbaarheid van de studie is de nationale representativiteit van LINH het belangrijkste criterium voor de samenstelling en omvang van de onderzoekspopulatie. Bij de aanvullende werving voor deelname aan de Tweede Nationale Studie is hieraan speciaal aandacht besteed (zie paragraaf 15.2 en 15.4).

Om deze redenen zal hier volstaan worden met een verantwoording-achteraf van de omvang van de onderzoekspopulatie, d.w.z. dat aangegeven zal worden tot op welk niveau nog betrouwbare uit-

spraken gedaan kunnen worden gegeven de omvang van de onderzoekspopulatie huisartspraktijken, huisartsen, patiënten en de steekproefgrootte t.b.v. van de patiëntenquête.

Voor vijf van de zes onderzoeksthema's zijn kernvariabelen geselecteerd waarvoor vervolgens berekeningen zijn uitgevoerd om inzicht te krijgen welk niveau van betrouwbaarheid gehaald wordt.

Onderzoeksthema 1: De gezondheid van de bevolking

Als kernvariabele wordt de incidentie van een willekeurige aandoening, gepresenteerd aan de huisarts, genomen. Er kunnen twee benaderingen gevolgd worden.

De eerste is, dat op basis van literatuur aandoeningen met een incidentie of prevalentie van 3 of meer per 1000 worden geacht met voldoende precisie in de huisartspraktijk te kunnen worden vastgesteld, gegeven de interdokter- en interpraktijkvariatie [2,3]. Bij het schatten van de groeps grootte wordt dan uitsluitend uitgegaan van het analyseniveau van de patiënt (in de keuze van de grens van 3 per 1000 is immers al rekening gehouden met de interdokter- en interpraktijkvariatie). In tabel 1 wordt de relatie tussen de populatiegrootte en het 95% BI aangegeven voor een frequentie van voorkomen van 3 per 1000.

125

Tabel 15.2

Relatie tussen populatie-omvang en 95% betrouwbaarheidsinterval bij een frequentie van voorkomen 3 per 1000

Aantal casus (absoluut)	Omvang populatie (absoluut)	Frequentie per 1000	95% betrouwbaarheidsinterval
2	666	3	0.3 – 10.8
3	1000	3	0.7 – 8.7
4	1333	3	0.8 – 7.6
5	1666	3	0.9 – 7.0
6	2000	3	1.2 – 6.5
300	100.000	3	2.7 – 3.3
1200	400.000	3	2.8 – 3.2

Uit deze tabel blijkt dat met de omvang van de patiëntenpopulatie ($N = \text{ca. } 400.000$) in de 104 deelnemende praktijken een aandoening met een incidentie van 3 per 1000 per jaar kan worden vastgesteld met een precisie van ± 0.2 per 1000.

Een tweede benadering is om na te gaan welke frequentie nog met voldoende precisie kan worden gedetecteerd in de populatie van 400.000 personen (zie tabel 15.3).

Tabel 15.3

Relatie tussen frequentie van voorkomen en 95% betrouwbaarheidsinterval in een populatie van N=400.000

Aantal casus (absoluut)	Omvang populatie (absoluut)	Frequentie per 1000	95% betrouwbaarheidsinterval
40	400.000	0.10	0.07 – 0.13
60	400.000	0.15	0.11 – 0.18
100	400.000	0.25	0.20 – 0.30
230	400.000	0.58	0.50 – 0.65
300	400.000	0.75	0.67 – 0.84
400	400.000	1.00	0.90 – 1.10
440	400.000	1.10	1.00 – 1.20
500	400.000	1.25	1.14 – 1.36

126

Uit deze tabel blijkt dat bij deze omvang van de totale praktijkpopulatie aandoeningen die voorkomen met een frequentie van 0.1 per 1000 personen vast te stellen zijn met een precisie van ± 0.03 . Bij deze berekeningen is geen rekening gehouden met de interdokter- of interpraktijkvariatie.

Onderzoeksthema 2: Gebruik van zorgvoorzieningen binnen en buiten de huisartspraktijk

Als kernvariabele voor dit themagebied wordt ook gekozen voor de frequentie van voorkomen van een aandoening, maar dan nu in de algemene bevolking op basis van zelfrapportage (een belangrijk meetinstrument voor dit themagebied is de patiëntenquête). Een belangrijke factor voor de omvang van de te enquêteren populatie is de wens om voldoende personen (≥ 10) met gerapporteerde 'zeldzame' aandoeningen vertegenwoordigd te hebben. Als voorbeeld kan multiple sclerose (MS) gelden met een prevalentie van 0.8 per 1000 [4]. De beoogde steekproefgrootte t.b.v. de patiëntenquête (N=13180) is voldoende om 10 MS-patiënten (95% betrouwbaarheidsinterval: 3-12) in de onderzoekspopulatie vertegenwoordigd te hebben.

Onderzoeksthema 3: Verschillen in gezondheid en zorggebruik

Voor dit themagebied is als kernvariabele verschillen tussen leeftijdsgroepen gekozen. In eerder onderzoek is vastgesteld dat ouderen (>55 jaar) een belangrijke bevolkingsgroep met een gezondheidsachterstand vormen [5]. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen m.b.t. gezondheidsverschillen tussen ouderen en jongeren is het noodzakelijk dat de omvang van de groep ouderen in de onderzoekspopulatie voldoende groot is. Blijkens gegevens van het CBS [5] bedroeg op 1 januari 2000 het aantal ouderen >55 jaar 23,5% van de Nederlandse bevolking. De prevalentie van diabetes mellitus bij personen jonger dan 55 jaar wordt gesteld op 3 per 1000 [4]. De onderzoekspopulatie ter grootte van N=13180 (de gewenste omvang van de te enquêteren populatie voor de patiëntenquête) is voldoende groot om een prevalentie van minimaal 6 per 1000 te kunnen vaststellen in de groep personen van 55 jaar en ouder (verschil in prevalentie: 3 per 1000 met 95% betrouwbaarheidsinterval van het verschil van 0.1-6.0 per 1000).

Onderzoeksthema 4: Kwaliteit van de huisartsenzorg

Centraal in de vraagstellingen voor dit thema staan de indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen. Deze indicatoren worden op het niveau van de huisarts berekend. In eerder onderzoek is vastgesteld dat huisartsen zich gemiddeld voor 61% houden aan de richtlijnen zoals verwoord in de NHG-standaarden [6]. Met een aantal van 195 deelnemende huisartsen kan een verschil tussen gelijke groepen huisartsen van 20% worden aangetoond bij een $\alpha=0.05$ en $\beta=0.20$.

Themagebied 6: Organisatie van de huisartsenzorg

De vraagstellingen binnen dit thema van de Tweede Nationale Studie hebben vooral de huisartspraktijk als analyseniveau. Bij vaststelling van een kenmerk in twee gelijke groepen van 52 praktijken kan een verschil van 20% worden gedetecteerd binnen een 95% betrouwbaarheidsinterval van 1-37%.

15.4 De representativiteit van de deelnemende huisartsen

De 195 huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie zijn op een aantal kenmerken vergeleken met alle huisartsen in Nederland. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, universiteit van afstuderen, het gevolgd hebben van de huisartsopleiding, vestigingsduur, aard van de vestiging en aantal dagdelen werkzaam in de praktijk) en praktijkkenmerken (vestigingsprovincie, urbanisatiegraad van de vestigingsplaats en de kwalificatie 'achterstandgebied', praktijkvorm, apotheekhoudendheid).

Persoonskenmerken

In de tabellen 15.4 en 15.5 wordt de verdeling van de deelnemende huisartsen naar leeftijd en geslacht weergegeven in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen. De gegevens over de Nederlandse huisartsen zijn alle afkomstig uit de huisartsregistratie van het NIVEL [7].

Tabel 15.4

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar leeftijd (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
≤ 29 jaar	-	0.2
30-34 jaar	3.6	5.7
35-39 jaar	14.6	15.1
40-44 jaar	17.7	20.1
45-49 jaar	30.2	24.7
50-54 jaar	25.0	22.3
55-59 jaar	8.3	9.8
60-64 jaar	0.5	2.1
≥ 65 jaar	-	< 0.1

Tabel 15.5

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar geslacht (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
vrouw	26.6	26.3
man	73.4	73.7

De 45-49- en 50-54-jarigen zijn relatief oververtegenwoordigd bij de deelnemende huisartsen. Het aantal vrouwelijke huisartsen onder de deelnemers is gelijk aan het landelijke cijfer.

In tabel 15.6 is de verdeling van de deelnemers aan de Tweede Nationale Studie naar universiteit van afstuderen weergegeven.

Tabel 15.6

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar universiteit van afstuderen (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
Amsterdam (uva)	6.8	10.7
Amsterdam (vu)	9.4	10.9
Groningen	18.8	15.1
Leiden	15.1	13.2
Maastricht	6.3	5.3
Nijmegen	21.4	14.5
Rotterdam	5.7	11.5
Utrecht	12.8	14.4
elders (buitenland)	3.6	4.4

Uit deze tabel blijken de grootste verschillen te bestaan voor Nijmegen (relatieve oververtegenwoordiging) en Rotterdam (relatieve onderverteenwoordiging).

Zoals uit tabel 15.7 blijkt is er geen verschil in het aantal deelnemers dat de huisartsopleiding heeft gevolgd in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen.

Tabel 15.7

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar huisartsopleiding (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
huisartsopleiding gevolgd	80.7	80.6
huisartsopleiding niet gevolgd	19.3	19.4

Nauw samenhangend met de leeftijd en het gevolgd hebben van de huisartsopleiding is de vestigingsduur van de huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie (tabel 15.8).

129

Tabel 15.8

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar vestigingsduur (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
≤ 5 jaar	15.6	21.0
6-10 jaar	20.3	16.6
11-15 jaar	9.9	13.9
16-20 jaar	20.8	17.5
21-25 jaar	21.9	17.0
26-30 jaar	10.4	11.8
> 30 jaar	1.0	2.3

Hoewel de deelnemers qua vestigingsduur op het niveau van 5-jaarsklassen enigszins verschillen van de landelijke verdeling is de globale verdeling goed vergelijkbaar.

In overeenstemming met de verdeling naar praktijkvorm (zie verder bij tabel 15.14) is het percentage zelfstandig gevestigden onder de huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie iets lager dan in Nederland (tabel 15.9).

Tabel 15.9

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar aard vestiging (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
zelfstandig gevestigd	94.3	93.7
niet zelfstandig gevestigd	5.7	6.3

In tabel 15.10 wordt de verdeling van de deelnemende huisartsen wat betreft het aantal dagdelen dat zij per week in de praktijk werkzaam zijn vergeleken met de verdeling van alle Nederlandse huisartsen.

Tabel 15.10

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar het aantal dagdelen per week werkzaam in de praktijk (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
≤ 1 dagdeel	2.1	3.8
2 dagdelen	2.1	1.4
3 dagdelen	1.6	1.2
4 dagdelen	1.0	3.2
5 dagdelen	6.8	8.8
6 dagdelen	9.9	8.7
7 dagdelen	8.3	4.4
8 dagdelen	10.4	9.0
9 dagdelen	4.2	2.3
10 dagdelen	53.6	57.0

130

Uit tabel 15.10 blijkt dat van de huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie er relatief iets meer part-time werken dan onder alle Nederlandse huisartsen.

Praktijkkenmerken

In tabel 15.11 wordt de verdeling van de deelnemende praktijken over de 12 provincies weergegeven.

Tabel 15.11

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar vestigingsprovincie (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
Groningen	9.9	3.5
Friesland	2.1	4.0
Drente	4.2	3.1
Overijssel	5.7	6.4
Flevoland	4.7	2.3
Gelderland	11.5	12.1
Utrecht	5.7	7.7
Noord-Holland	14.6	16.7

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
Zuid-Holland	12.0	20.9
Zeeland	2.6	2.2
Noord-Brabant	18.2	14.1
Limburg	8.9	7.1

De grootste verschillen met de totale Nederlandse huisartspopulatie treden op voor Groningen (relatieve oververtegenwoordiging), Zuid-Holland (relatieve ondervertegenwoordiging) en Noord-Brabant (relatief oververtegenwoordigd bij de deelnemers aan de Tweede Nationale Studie).

Zoals beschreven in paragraaf 15.2 is bij de werving van huisartsen voor deelname aan de Tweede Nationale Studie rekening gehouden met de urbanisatiegraad van de vestigingsplaats van de praktijk. De resultaten worden weergegeven in tabel 15.12.

131

Tabel 15.12

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar urbanisatiegraad van de vestigingsplaats (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
zeer sterk verstedelijkt	17.2	18.6
sterk verstedelijkt	23.4	24.8
matig verstedelijkt	18.2	20.0
weinig verstedelijkt	29.2	21.0
niet verstedelijkt	12.0	15.6

Zoals uit tabel 15.12 blijkt heeft deze gerichte werving geleid tot een goede vergelijkbaarheid van de deelnemende huisartsen met de populatie Nederlandse huisartsen. Hetzelfde geldt voor de kwalificatie 'achterstandsgebied', vastgesteld op basis van de postcode van het praktijkadres [8], zoals weergegeven in tabel 15.13.

Tabel 15.13

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar vestiging in z.g. achterstandsgebied (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
gevestigd in achterstandsgebied	8.9	5.8
gevestigd in niet-achterstandsgebied	91.1	94.2

Wat betreft de praktijkvorm van de praktijk waarin de huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie werkzaam zijn, bestaan er verschillen met de totale populatie Nederlandse huisartsen (zie tabel 15.14).

Tabel 15.14

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar praktijkvorm (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
solo-praktijk	30.7	43.0
duo-praktijk	27.6	32.5
groepspraktijk/gezondheids centrum	41.7	24.6

132

Met name zijn groepspraktijken en gezondheidscentra oververtegenwoordigd onder de deelnemers aan de Tweede Nationale Studie. Onder de deelnemers aan de Tweede Nationale Studie bevinden zich wel relatief evenveel apotheekhoudende huisartsen als in geheel Nederland (tabel 15.15).

Tabel 15.15

Deelnemende huisartsen aan de Tweede Nationale Studie in vergelijking met alle Nederlandse huisartsen naar het werkzaam zijn in een apotheekhoudende praktijk (peildatum 1-1-2001); percentages

	Deelnemers (N=195) %	Nederland totaal (N=7676) %
apotheekhoudende praktijk	9.4	10.0
niet-apotheekhoudende praktijk	90.6	90.0

De aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartsen participeren ook allen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg en gebruiken derhalve per definitie een computer met een Huisarts Informatie Systeem voor hun praktijkvoering. In een eerder onderzoek is nagegaan in hoeverre geautomatiseerde huisartsen qua huisartsgeneeskundig handelen afwijken van hun regionale collega's, al of niet geautomatiseerd. Hierbij zijn geen verschillen gevonden [9].

15.5 De representativiteit van de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van een vergelijking van de totale praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen bij de start van de Tweede Nationale Studie op drie kenmerken (leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm) met de totale Nederlandse bevolking. Deze vergelijking geeft inzicht in de representativiteit van de praktijkpopulatie van de huisartsen die deelnemen aan de Tweede Nationale Studie voor de Nederlandse bevolking.

Tabel 15.16 en tabel 15.17 geven de verdeling weer naar leeftijd en geslacht.

Tabel 15.16

Verdeling totale praktijkpopulatie van de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartsen naar geslacht in vergelijking met de Nederlandse bevolking op 1 januari 2001 (bron: CBS); percentages

	totale praktijkpopulatie (N=399.068) %	Nederlandse bevolking (N=15.987.075) %
man	49.6	49.5
vrouw	50.4	50.5

Tabel 15.17

Verdeling totale praktijkpopulatie van de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartsen naar leeftijdsgroepen in vergelijking met de Nederlandse bevolking op 1 januari 2001 (bron: CBS); percentages

	totale praktijkpopulatie (N=399.068) %	Nederlandse bevolking (N=15.987.075) %
0-4 jaar	5.1	6.3
5-14 jaar	12.4	12.4
15-24 jaar	12.3	11.8
25-44 jaar	32.7	31.3
45-64 jaar	24.5	24.6
65-74 jaar	7.1	7.5
≥ 75 jaar	5.9	6.1

Uit de tabellen 15.16 en 15.17 blijkt dat er geen opvallende verschillen bestaan qua geslacht- en leeftijdsverdeling tussen de totale praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen en de Nederlandse bevolking. Hetzelfde geldt voor de verdeling van ziekenfonds- en particulier verzekerden (tabel 15.18). Wat betreft deze gegevens kan de praktijkpopulatie van de deelnemende huisartsen dus als representatief voor de Nederlandse bevolking worden beschouwd.

Tabel 15.18

Verdeling totale praktijkpopulatie van de aan de Tweede Nationale Studie deelnemende huisartsen naar verzekeringsvorm in vergelijking met de Nederlandse bevolking op 1 januari 2001 (bron: CvZ)

	totale praktijkpopulatie (N=399.068) %	Nederlandse bevolking (N=15.987.075) %
ziekenfondsverzekerd	64.6	66.5
particulier verzekerd	35.4	33.5

134

15.6 Tijdsperioden van de gegevensverzameling

Inleiding

In het projectplan van de Tweede Nationale Studie [10] is de voorgenomen planning van de gegevensverzameling weergegeven, in het totaal voor de studie en afzonderlijk voor een deelnemende praktijk. In deze paragraaf wordt de feitelijke realisering van deze planning weergegeven per onderdeel van de gegevensverzameling. Over het geheel bezien bestreek de gegevensverzameling de periode maart 2000 tot april 2002.

Patiëntregistratie

Ten behoeve van de uitvoering van de patiëntregistratie zijn de bestanden met patiëntgegevens door de deelnemende huisartsen ter beschikking gesteld. Deze gegevens zijn ter beschikking gekomen tussen maart en oktober 2000. De (eerste) verzending van de registratieformulieren naar de patiënten, en daarna van de herinneringen (aan de non-respondenten) heeft in drie groepen plaatsgevonden op de volgende tijdstippen:

mei 2000:	35 praktijken
september 2000:	42 praktijken
november 2000:	27 praktijken

In de periode april-juni 2001 zijn de non-respondenten voor een derde en laatste maal benaderd.

Patiëntenquête

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 10 hebben de interviews in het kader van de patiëntenquête plaatsgevonden in 4 kwartaal-perioden vanaf 15 december 2000 tot 15 december 2001.

De interviews onder allochtonen (zie hoofdstuk 10) hebben alle plaatsgevonden in de periode oktober 2001 tot mei 2002.

Contactregistratie

De morbiditeit-gerelateerde gegevens zijn gedurende 12 maanden achtereen geregistreerd; de startdatum van deze periode is als volgt gespreid:

startdatum in het 2e kwartaal 2000:	1 praktijk
startdatum in het 3e kwartaal 2000:	35 praktijken
startdatum in het 4e kwartaal 2000:	51 praktijken
startdatum in het 1e kwartaal 2001:	11 praktijken
startdatum in het 2e kwartaal 2001:	6 praktijken.

De gegevens over aard en duur van het contact zijn gedurende 6 weken geregistreerd (zie ook hoofdstuk II, tabel II.1) in de volgende periodes:

4e kwartaal 2000:	7 praktijken
1e kwartaal 2001:	18 praktijken
2e kwartaal 2001:	11 praktijken
3e kwartaal 2001:	8 praktijken
4e kwartaal 2001:	7 praktijken
1e kwartaal 2002:	34 praktijken
2e kwartaal 2002:	3 praktijken

135

In 16 praktijken zijn deze gegevens niet geregistreerd.

Een deel van de gegevens over verrichtingen is eveneens gedurende 6 weken vastgelegd (zie ook hoofdstuk II, tabel II.1), met de volgende spreiding in de tijd:

1e kwartaal 2001:	2 praktijken
2e kwartaal 2001:	14 praktijken
3e kwartaal 2001:	14 praktijken
4e kwartaal 2001:	11 praktijken
1e kwartaal 2002:	36 praktijken
2e kwartaal 2002:	3 praktijken

In 24 praktijken zijn deze verrichting-gegevens niet geregistreerd.

Video-registratie

De video-opnames in de aan dit onderdeel deelnemende praktijken zijn in oktober 2000 gestart en in december 2001 afgerond. Aan de opnames hebben 142 van de 195 deelnemende huisartsen hun medewerking verleend.

Huisartsenquête en enquête praktijkondersteunend personeel

De huisartsenquête is, zoals beschreven in hoofdstuk 13, in twee delen aan de deelnemende huisartsen toegezonden. Het eerste deel is in maart 2001 verzonden (rappelling in mei 2001), het tweede deel in september 2001. De enquête voor het praktijkondersteunend personeel is in zijn geheel in juni 2001 verzonden (rappelling in augustus 2001).

Visitatie Instrument Praktijkvoering

Met uitzondering van 9 huisartsen, bij wie recent reeds een visitatie was uitgevoerd is aan alle deelnemende huisartsen gevraagd mee te werken aan de visitatie met behulp van dit instrument. De visitaties hebben alle in de periode 2000-2002 plaatsgevonden.

15.7 Vergelijkbaarheid met de eerste Nationale Studie

Bij de opzet van de Tweede Nationale Studie is de vergelijkbaarheid met de eerste Nationale Studie steeds een belangrijk aandachtspunt geweest; het kunnen vergelijken van de huidige positie en de rol van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg met die van 1987 verschaft een extra dimensie aan de waarde van de Tweede Nationale Studie. In onderstaande tabel wordt, per onderdeel van de gegevensverzameling, kort weergegeven op welke belangrijke punten de voor de NS2 verzamelde gegevens wel, resp. niet vergelijkbaar zijn met die van de eerste Nationale Studie. Voor details hierover wordt verwezen naar de respectievelijke hoofdstukken 9-14.

136

Tabel 15.19**Vergelijkbaarheid van de Tweede Nationale Studie (NS2) met de eerste Nationale Studie (NS1)**

	Methode	Gegevens
Werving deelnemers	NS1: aselechte steekproef	
	NS2: bestaand netwerk (LINH) met aanvullende werving	
Patiëntregistratie	NS1: via praktijk en per post	NS1 en NS2 nagenoeg identiek
	NS2: per post	
Patiëntenquête	identiek	in NS2 meer gevalideerde meetinstrumenten dan in NS1
Patiëntenquête onder vier etnische minderheidsgroepen	in NS1 niet uitgevoerd	
Contactregistratie	NS1: registratie m.b.v. formulieren gedurende 3 maanden	NS1: codering diagnose 'centraal'; codering 'reden voor contact'
	NS2: registratie via HIS gedurende 6 weken tot 12 maanden	NS2: codering diagnose door huisarts; geen codering 'reden voor contact'
Videoregistratie	NS1: bij selectie van huisartsen	
	NS2: bij alle huisartsen (facultatief)	
Huisartsenquête en enquête praktijkondersteunend personeel	identiek	in NS2 meer gevalideerde meetinstrumenten dan in NS1
Visitatie Instrument Praktijkvoering	in NS1 niet uitgevoerd	

Literatuur

1. Foets M, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
2. Marinus AMF. Inter-doktervariatie in het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1990;33:4-8.
3. Westert GP, Bakker D de, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. *Huisarts Wet* 1999;42:18-21,30.
4. Maas IAM, Gijzen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven, Maarssen: RIVM, Elsevier/de Tijdstroom, 1997, pag. 370.
5. Mackenbach JP, Verkleij H (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II. Gezondheidsverschillen*. Bilthoven, Maarssen: RIVM, Elsevier/de Tijdstroom, 1997, pag. 25.
6. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, In 't Veld C, Rutten G, Mookink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *Br Med J* 1998;317:858-61.
7. Kenens R, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: Nivel, 2001.
8. Velden J van der, Rasch P, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden. Een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:693-7.
9. Westert GP, Hoonhout LHF, Bakker DH de, Hoogen HJM van den, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts Wet* 2002;45:58-62.
10. Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Projectplan. Utrecht: Nivel, 2000.

Afkortingen

ATC	Anatomical Therapeutical Chemical (classificatie voor geneesmiddelen)	139
BI	Betrouwbaarheidsinterval	
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	
CEP	Chronically ill patients Evaluate general Practice	
CIDI	Composite International Diagnostic Interview	
CISS	Coping Inventory for stressful situations	
COOP	Darmouth Coop functional health assessment charts/WONCA	
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	
CVA	Cerebro-vasculair accident	
CvC	College voor Zorgverzekeringen	
DDD	Daily Defined Dose	
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition	
EMD	Electronisch Medisch Dossier	
EQuip	European Working Party on Quality in Family Practice	
EuroQuol	European Quality of life measuring instrument	
EVS	Electronisch Voorschrijf Systeem	
FTE	Full-time equivalent	
FTO	Farmacotherapeutisch Overleg	
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	
GHQ-12	General Health Questionnaire (12 items)	
HAIO	Huisarts in opleiding	
HBO	Hogere Beroepsopleiding	
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts	
HIS	Huisarts Informatie Systeem	
HOED	Huisartsen onder een dak	
HPK	Handelsproductcode	
ICPC	International Classification of Primary Care	
IPQ	Illness Perception Questionnaire	
IUD	Intrauterine device ('spiraaltje')	
LAZR	Landelijke Ambulante Zorgregistratie	
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging	
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	

LMR	Landelijke Medische Registratie
MBO	Middelbare Beroepsopleiding
MIND	Monitoring Indicatoren
MIS	Minimal Intervention Strategy
MS	Multipele Sclerose
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NS1	(eerste) Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
NS2	Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
Quote	Quality through the patient's eyes
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIAS	Roter Interaction Analysis System
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RNG	Registratie Netwerk Groningen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SF-36	Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey
SIG	Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg
SCP	Sociaal-Cultureel Planbureau
SSL	Sociale Steun Lijst
STAI	State Trait Anxiety Inventory
UBOS	Utrechtse Burn-out Schaal
UCLA	University of California at Los Angeles Loneliness Scale
VIP	Visitatie Instrument Praktijkvoering
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit

Bijlagen

-
1. Overzicht van additionele studies
 2. Publicaties

141

Bijlage 1

Overzicht van additionele studies

143

Inleiding

De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bestrijkt zes onderzoeksthema's, zoals weergegeven in dit rapport (hoofdstuk 3-8). Daarnaast worden de gegevens die zijn verzameld gebruikt voor de beantwoording van vele onderzoeksvraagstellingen in het kader van z.g. additionele studies. Onderstaande tabel biedt een overzicht van deze additionele studies naar de stand van zaken in december 2003.

Titel	Uitvoering in samenwerking met, resp. door
Aandoeningen op de kinderleeftijd	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rotterdam
Antibioticagebruik bij urineweginfecties	Vakgroep Medische Microbiologie Maastricht
Arbeid en gezondheid	Vakgroep Sociale Geneeskunde Amsterdam (vu)
Arbeid en paramedische zorg	TNO-Arbeid
Arbeidsinzet in de huisartspraktijk	NIVEL
Behandeling infectieuze coniuunctivitis	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (UvA)
Beleid t.a.v. oudere huisartsen	NIVEL
Comorbiditeit en polyfarmacie	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen
De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen	NIVEL
De kwaliteit van diagnostisch handelen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht
De relatie tussen praktijk- en huisartskenmerken en het gebruik van diagnostische voorzieningen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht
De staat van de huisartsenzorg	NIVEL
De toekomst van de eerstelijns gezondheidszorg	RIVM
De waarde van symptomen, beloop en andere kenmerken bij de vroege diagnostiek van kanker	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (UvA)
Determinanten van ervaren en aan de huisarts aangeboden luchtwegklachten en andere infectie ziekten	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht
Determinanten van het beloop van aandoeningen van het bewegingsapparaat	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek Amsterdam (vu)

Titel	Uitvoering in samenwerking met, resp. door
Determinanten van het communiceren over leefstijlfactoren in de huisartspraktijk	NIVEL
Diffusie van nieuwe farmaca in de huisartspraktijk	Vakgroep Farmaco-epidemiologie Utrecht
Doelmatigheid van het voorschrijven van anti-depressiva	NIVEL
Doelmatigheid van het voorschrijven van Cox-2-remmers	NIVEL
Duizeligheid in de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (vu)
Eetstoornissen	Robert Fleury Stichting
Ervaren gezondheid van vrouwen in verschillende leeftijd fasen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen
Gezinsgeneeskundige aspecten van gesprenteerde morbiditeit	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen
Gezondheid en zorggebruik van migranten	NIVEL
Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen	NIVEL
Haalbaarheidsstudie naar de verbreding van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken	NIVEL
Hartritme stoornissen	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (UvA)
Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Leiden
Het gebruik van regionale geneesmiddelen formularia	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen
Het handelen van huisartsen bij borstklachten	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Leiden
Het invoeren van hulp van de huisarts bij psychische problemen van kinderen en jeugdigen	NIVEL
Het nut van gastroscopie	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (UvA)
Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht
Huidaandoeningen bij kinderen: beloop en beleid in de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rotterdam
Huisarts en reïntegratie na ziekteverzuim	NIVEL
Huisarts en seksualiteit	Nederland Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO)
Huisartsen met werkervaring in de tropen	NIVEL
Huisartsenzorg voor asielzoekers	NIVEL
Incidentie en prevalentie van kindermishandeling en determinanten in de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Utrecht
Incidentie en prevalentie van niet-vesiculaire exanthenen	RIVM
Informeel hulp	Sociaal-cultureel Planbureau
Kinderen, astma en etniciteit	Vakgroep Sociale Geneeskunde Amsterdam (UvA)
Leefomgeving en gezondheid	NIVEL
Maagklachten: prevalentie en behandeling	NIVEL

Titel	Uitvoering in samenwerking met, resp. door
Management van de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Groningen
Mild diseases and ailments study (MiDAS)	Vakgroep Sociale Geneeskunde Amsterdam (UvA)
Moeheid en pijn in de huisartspraktijk	NIVEL
Morbiditeit en verrichtingen bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht
Non-specifieke factoren in huisarts-patiënt contacten	NIVEL
Obstructieve luchtwegaandoeningen	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit
Off-label voorschrijven van geneesmiddelen	NIVEL
Palliatieve zorg in de huisartspraktijk	Vakgroep Sociale Geneeskunde Amsterdam (vu)
Post-partum depressie	Vakgroep Beleid, economie en organisatie van de zorg, Maastricht
Prescribing potential hazardous drug combinations	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen
Psychische comorbiditeit en sociale problemen bij mensen met maagklachten	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Amsterdam (UvA)
Relatie religie met gezondheids- en ziektegedrag en zorggebruik	NIVEL
Relatie tussen werkbelasting en kosten van de huisartsenzorg	NIVEL
Rol van sekse en etniciteit in communicatie over arbeid en leefstijl	NIVEL
Sexueel overdraagbare aandoeningen in de huisartspraktijk	Stichting SOA-bestrijding
Sociaal-economische verschillen in incidentie, behandeling en preventie van CVA	Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg Rotterdam
Succesvol ouder worden	Vakgroep Gezondheidspsychologie Utrecht
Urogynaecologische klachten, sekse en huisartsenzorg	Vakgroep Huisartsgeneeskunde Nijmegen
Verloskundige zorgverlening en kraamzorg in de huisartspraktijk	NIVEL
Veroudering	Vakgroep Psychiatrie Amsterdam (vu)
Vraaggerichte zorg voor ouderen boven 75 jaar	NIVEL
Ziektecognities en hulp zoeken bij psychische aandoeningen	NIVEL
Zorg in grote steden	RIVM
Zorggebruik bij aandoeningen van het bewegingsapparaat	NIVEL

Bijlage 2

Publicaties in het kader van de voorbereiding van de Tweede Nationale Studie

147

Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. *Huisarts Wet* 1999;42:18-21, 30.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Foets M, Velden J vd. Kritisch lezen van informatie uit grote registratiebestanden. *Huisarts Wet* 1999;42:591-6, 601.

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, Geboers HJAM, Bakker DH de, Schellevis FG. Het classificeren van deelcontacten met de ICPC. Problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episoden. *Huisarts Wet* 1999;42:609-12, 625.

Schellevis FG, Westert GP. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: empirisch onderbouwde informatie voor beleid en wetenschap. *TSG* 2001;79:135-7.

Westert GP, Tacken MAJB, Gijsen R, Schellevis FG, Braspenning JCC, Bakker DH de. De prevalentie van chronische ziekten in de huisartspraktijk: een nadere analyse van validiteit en betrouwbaarheid. *TSG* 2001;79:288-92.

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, Schellevis FG, Bakker DH de, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? *Huisarts Wet* 2001;44:377-80.

Hoogenveen R, Westert G, Dijkgraaf M, Schellevis F, Bakker D de. Disease prevalence estimations based on contact registrations in general practice. *Statistics in Medicine* 2002;21:2271-85.

Westert GP, Hoonhout LHF, Bakker DH de, Hoogen HJM van den, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts Wet* 2002;45:58-62.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J vd, Bensing JM. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46:7-12.

Struijs JN, Baan CA, Hutten JBF, Westert GP. De mogelijkheden van koppeling van geanonimiseerde huisarts- en ziekenhuisgegevens. Een vooronderzoek. Tijdschr Gezondheidswet 2003;81:281-7.

