

# De wijkgezondheidszorg en het ontstaan van kosten door ziekte- en probleemgedrag

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM

*„That day began just like any other, because, if you think about it, there wasn't any other way it could possibly begin.”*

James Leasor (1970) in:  
Never had a spanner on her.

## INLEIDING

Bijna even vanzelfsprekend als het alle dagen opgaan van de zon, is het in de gezondheidszorg recht hebben van de patiënt op een „optimale” behandeling, dat centraal moet staan in denken en handelen van de hulpverlener. De patiënt kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor zijn ziekte of voor de behandeling en de preventie daarvan. Dat met deze vanzelfsprekendheid nogal wat kosten gepaard gaan, nemen wij niet zonder morren met ons allen letterlijk op de koop toe. Het is niet verwonderlijk dat er dan ook mensen zijn met een visie op of zelfs een oplossing voor de narigheden en kosten, die de gezondheidszorg met zich brengt. Een van die oplossingen wordt de afgelopen tien jaren gepropageerd onder de titel: versterken van de positie van de huisarts, versterken van de eerste lijn, oprichten van groepspraktijken en gezondheidscentra. In de zee van toespraken, interviews, verklaringen, artikelen en beleidsvoornemens zijn met enige moeite adviezen waar te nemen, die berusten op feitelijke ervaringen met moderne eerstelijnszorg opgedaan en die gesteund worden door evaluatie van nieuwe samenwerkingsvormen. Harde gegevens over de gekwantificeerde invloed van met name de huisarts op het totale kostenpakket in de gezondheidszorg en in de sfeer van de sociale voorzieningen ontbreken goeddeels. In duister blijft gehuld of het praktisch mogelijk is om in het ziektegedrag en in de vorm en kwaliteit van de hulp-

verlening tastbare en bestuurbare veranderingen tot stand te brengen. Daarom is elke informatie, die de invloed van de eerste lijn nader definieert of zelfs kwantificeert, van groot belang. Om deze reden is het gewenst hier op een aantal recente gegevens de aandacht te vestigen en in relatie tot elkaar te brengen. Het gaat hier om de volgende informatiebronnen:

1 „Vraag-aanbod relaties in de sector gezondheidszorg” door Prof. Dr. B. M. S. van Praag, Drs. J. van der Gaag en Drs. F. F. H. Rutten; uitgave van het Economisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Leiden, oktober 1973.

2 „Het verwijzen in het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord” door C. A. Vermeulen; uitgave van de Stafafdeling epidemiologie en informatica van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mei 1973.

3 „Drie wijken in Rotterdam verzekeringsgeneeskundig gezien” door T. B. Tan; scriptie in het kader van de cursus sociale geneeskunde, cursus verzekeringsgeneeskunde, Utrecht, september 1973.

4 De eerste gegevens voortkomend uit de morbiditeitsanalyse 1972 — verricht door vier leden, onder wie schrijver, van de groepspraktijk

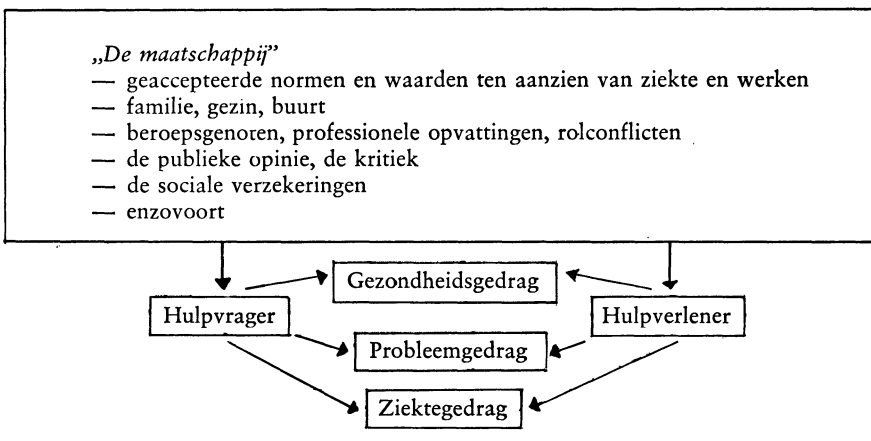
**Samenvatting.** De vraag of de huisarts daadwerkelijk invloed kan hebben op het ontstaan — en uitblijven — van kosten in de gezondheidszorg wordt bevestigend beantwoord. Dit bevestigende antwoord is gebaseerd op een aantal gegevens uit recente rapporten en uit de morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord. Het wordt tevens waarschijnlijk geacht dat de huisarts, respectievelijk de werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg invloed kunnen hebben op kosten in de sfeer van de sociale verzekeringen.

Het onderscheid tussen ziektegedrag en probleemgedrag neemt in het artikel een belangrijke plaats in. Probleemgedrag is essentieel voor het werk van de huisarts. De huisarts draagt zelf bij aan het al dan niet ontstaan van probleemgedrag. Er wordt van uitgegaan dat het omzetten van ziektegedrag in probleemgedrag wenselijk is en tot de doelstelling behoort van de moderne wijkgezondheidszorg.

Tenslotte wordt aan de hand van het voorschrijfgedrag van vier huisartsen van de groepspraktijk geïllustreerd welke de invloed van stress op het werken van de individuele huisarts kan zijn.

Ommoord — welke betrekking heeft op bijna 12.000 mensen. Deze gegevens dragen uiteraard hier en daar een voorlopig karakter. Het nadeel echter om pas tot publikatie van belangrijke conclusies over te gaan wanneer het gehele onderzoek is

Tabel 1.



afgerond, is te groot gezien de lange tijd welke daarmee is gemoeid.

### ZIEKTEGEDRAG, PROBLEEMGEDRAG, GEZONDHEIDSGEDRAG

Bij de discussie over de betekenis en de invloed van de eerstelijnsgezondheidszorg behoort aan de orde te komen wat nu eigenlijk het object van zorg is, op welk gedrag van de patiënt/cliënt wordt gereageerd en welke de bijdrage van de hulpverleners zelf aan het gedrag van de hulpvrager is. In Ommoord wordt geprobeerd zoveel mogelijk duidelijk te maken — én voor de hulpvrager én voor de hulpverlener — of er sprake is van ziektegedrag, probleemgedrag of gezondheidsgedrag (*tabel I*).

Over gezondheidsgedrag kan ik hier kort zijn. Gedrag dat expliciet is gericht op het bevorderen en in-

standhouden van de gezondheid (hoe deze dan ook is gedefinieerd) is nogal zeldzaam en komt tevens vaak uit onduidelijke motieven voort. Er is maar weinig bekend over de factoren die het totstandkomen en belangrijker nog het uitblijven van gezondheidsgedrag beïnvloeden.

Ziektegedrag daarentegen is ons allen veel meer vertrouwd. De gezondheidszorg en de sociale verzekeringen in Nederland zijn hele brede kanalen voor het ontstaan, continueren, uitbreiden, vieren, accepteren en vaak ook weer beëindigen van ziektegedrag. Ziektegedrag kan worden gedefinieerd als dat gedrag dat de zieke en de arts (respectievelijk de andere hulpverleners) in de sociale werkelijkheid waarin zij beiden verkeren, laten zien als gevolg van het bestaan van een ziekte. In dit laatste woord — ziekte — schuilt een groot probleem. Wat is ziekte, wat is in

zoverre geen ziekte dat er geen ziektegedrag uit „mag” voortkomen en wat is beslist geen ziekte ofschoon het maatschappelijk geaccepteerd is dat het toch tot ziektegedrag leidt? Op deze punten ontbrandt de discussie over het medische model tegenover het sociale model, over psychosomatiek, over functionele klachten, over psychosociale problematiek, over gezondheidszorg tegenover welzijnszorg en ook over de professionalisering van de huisartsgeneeskunde.

Het is in elk geval duidelijk dat een belangrijk deel van het huidige ziektegedrag in feite berust op het bestaan van een probleem en niet van een ziekte. Probleemgedrag bestaat wanneer het voor hulpvrager en hulpgever beiden duidelijk is dat er sprake is van een probleem en van gedrag dat uit het bestaan van dat probleem voortkomt. Veel ziektegedrag is in wezen probleemgedrag. Het is voorlopig nog een kwestie van opvatting of men deze vorm van ziektegedrag probleemgedrag noemt of niet en of men probleemgedrag afhankelijk stelt van de vraag of het de hulpvrager duidelijk is dat zijn gedrag berust op het bestaan van een probleem en niet van een ziekte. De discussie hierover is wel van groot belang voor de inhoud van de huisartsgeneeskunde en voor de opleiding tot huisarts. Op dit moment is het voldoende de aandacht te richten op *tabel II*.

### PROBLEEMGEDRAG

De gegevens in *tabel II* zijn afkomstig uit de morbiditeitsanalyse 1972, in Ommoord gedaan door vier huisartsen van de groepspraktijk. Het gaat hier uitsluitend om mensen die gedurende het gehele jaar 1972 tot onze praktijk behoorden (totaal ongeveer 10.000 mensen). De nieuwe patiënten, de verhuizers, de pasgeborenen en de overledenen spelen in deze tabel dus niet mee.

Het bovenste deel van de tabel laat zien hoe frequent er sprake was van gedrag dat door de patiënt en zijn gezin vaak nog wel als ziektegedrag

*Tabel II. Het voorkomen van toestandsbeelden, reactievormen en van probleemsoorten in 1972 in de groepspraktijk Ommoord.*

|  | Ommoord<br>per 1000 patiënten<br>(n = 7002) | Nederland<br>per 1000 patiënten<br>( <i>Oliemans</i> ) |
|--|---|--|
| <b>TOESTANDSBEELDEN, REACTIEVORMEN</b>   |   |  |
| „Echte psychiatrie”  | 4,8   | 4,2  |
| Oligofrenie  | 0,6   | 0,1  |
| Depressieve reactie  | 15,0  | 10,6   |
| Angstig-geagiteerde reactie  | 8,0   | 2,6  |
| „Neurotisch”   | 19,9  | } 58,1   |
| Neurastheen, nerveus   | 127,1                                       |  |
| Totaal   | 175,4                                       | 75,6   |
| <b>PROBLEEMSOORTEN</b>   |   |  |
| Relatie problematiek man/vrouw   | 35,2  |  |
| Relatie problematiek gezin   | 23,9  |  |
| Relatie problematiek familie   | 8,9   |  |
| Seksuele problematiek  | 24,4  | (1,3)  |
| Werkproblematiek   | 32,9  |  |
| Ontplooings-, school-, emancipatie-problematiek  | 9,5   |  |
| Levensfase-problematiek  | 9,7   |  |
| Crisis-situatie  | 17,4  |  |
| Opvoedingsproblematiek kleine kinderen (CB vooral)   | 39,4  |  |
| Overige problematiek   | 34,2  |  |
| Totaal   | 235,5                                       | —  |
| Aantal mensen per 1.000 patiënten dat actuele psycho-sociale problematiek aanbiedt in 1972 | 167,1                                       |  |

kan worden gezien en dat ook maatschappelijk vaak ziekte en ziekteverzuim inhoudt. Bij de indeling van de reactievormen hebben wij rekening gehouden met de ziekteclassificering in de huisartspraktijk volgens de zogenaamde E-lijst, welke ook door *Oliemans* in Nederland is toegepast. Uit de vergelijking van de getallen van *Oliemans* met die uit Ommoord blijkt dat — los van de vraag of de inwoners van Ommoord relatief vaak een dergelijke reactie vertonen — de huisartsen van de groepspraktijk ruim tweemaal zo vaak bij hun patiënten een psychische reactievorm waarnemen als dat bij de huisartsen, betrokken bij het onderzoek van *Oliemans*, het geval is.

Recent hebben *Huygen* en *De Melker* meegedeeld dat in hun praktijk per 1000 patiënten 161,9 maal sprake is van nerveus-functionele aandoeningen. Zij schrijven deze hoge uitkomst toe aan hun speciale belangstelling voor psychosociale problematiek. Wij delen deze bijzondere belangstelling. Onze uitkomsten komen duidelijk overeen met die van de mini-groepspraktijk in Lent.

Eveneens interessant zijn de gegevens over de probleemsoorten welke aan de orde komen. Hierbij is het steeds en voor de hulpvrager en voor de hulpverlener duidelijk dat er sprake is van een probleem waarover wordt gepraat en dat probleemgedrag met zich brengt. Wanneer men dit probleemgedrag wil scoren, stuit men direct op een van de grote moeilijkheden welke de huisartsgeneeskunde als professionele bezigheid onder ogen moet zien. Alle tot nu toe gebruikelijke ziekteclassificeringen maken het de huisarts onmogelijk probleemgedrag te classificeren. Hij — en daarmee waarschijnlijk ook de patiënt — wordt gedwongen in het keurslijf van een classificering van ziektegedrag. *Oliemans* geeft dan ook getallen over in de huisartspraktijk zeer zelden voorkomende ziekten maar geen informatie over de vaak voorkomende vormen van probleemgedrag waarmee iedere huisarts wordt geconfronteerd. Het ligt juist in de doelstelling van het team in

Ommoord besloten om probleemgedrag expliciet te maken en het voor de patiënt/cliënt mogelijk te doen worden iets met zijn probleem te doen, al dan niet geholpen door iemand uit het team (de samenstelling van het team in Ommoord is beschreven in (1974) „huisarts en wetenschap 17, 15).

#### ZIEKTEGEDRAG EN KOSTEN: INVLOED VAN DE EERSTE LIJN

Nu kan men zeggen: prachtig, iedereen met pijn in zijn rug weet dan nu waarom hij pijn in zijn rug heeft. Maar blijft hij, als hij zich rot voelt, ook maar een dag minder van zijn werk weg? Verandert er iets in zijn gedrag?

*Tan* heeft over de uitvoering van de Ziektewet, voorzover deze onder verantwoordelijkheid van het G.A.K. valt, een onderzoek gedaan (werknemers gecontroleerd door de bedrijfsverenigingen, het overheids-personeel, de politie, enzovoort, blijven hier dus buiten beschouwing). Hij legde gedurende een kwartaal alle beëindigingen van een ziekteperiode in detail vast. Dit gebeurde voor Crooswijk-Kralingen, een oude Rotterdamse binnenstadswijk met een voornamelijk uit arbeiders bestaande beroepsbevolking, voor Alexanderpolder en voor Ommoord.

De twee laatste wijken vertonen een sterke gelijkenis wat de bevolkingsopbouw en de sociale stratificatie betreft. Het zijn beide nieuwe wijken in Rotterdam-Oost, die van elkaar zijn gescheiden door de rijksweg Rotterdam-Utrecht.

In en tot Ommoord beperkt werkt de groepspraktijk als onderdeel van het wijkgezondheidscentrum. Niet alle inwoners doen een beroep op de groepspraktijk. Van de ziekenfonds-verzekerden in Ommoord is volgens de schattingen van de apothekers 85-90 procent ingeschreven bij de huisartsen van de groepspraktijk. Wij schatten op basis van het totaal aantal inwoners en onze eigen praktijkomvang dat ongeveer 30 procent van de particulier verzekerde wijkbewoners een huisarts buiten Ommoord heeft. *Tabel III* laat zien dat de verdeling der diagnoses, die door de verzekeringsgeneeskundige aan het staken van het werk zijn gekoppeld, nogal uiteenlopen.

De Ommoordse werknemer is vaker bereid zijn verzuim te zien als een psychosociaal probleem. Crooswijk-Kralingen kanaliseert probleemgedrag waarschijnlijk vooral via de bovenste luchtweginfecties.

In *tabel IV* wordt duidelijk dat de gemiddelde ziekteduur in Ommoord veel lager ligt dan in de beide andere

*Tabel III. Diagnosegroepen verzuim voor de ziektewet (in procenten)*

|                                   | Ommoord | Alexanderpolder | Crooswijk/<br>Kralingen |
|-----------------------------------|---------|-----------------|-------------------------|
| Psychosociale problemen . . . . . | 19      | 11              | 6                       |
| Ademhalingswegen . . . . .        | 16      | 17              | 51                      |
| Spijverteringsorganen . . . . .   | 15      | 13              | 9                       |
| Bewegingsorganen . . . . .        | 19      | 24              | 17                      |
| Ongevallen . . . . .              | 10      | 14              | 9                       |

*Tabel IV. Gemiddelde ziekteduur voor de ziektewet in dagen*

|                            | Ommoord | Alexanderpolder | Crooswijk/<br>Kralingen | Ommoord<br>percentuele winst<br>ten opzichte van |                         |
|----------------------------|---------|-----------------|-------------------------|--|-------------------------|
|                            |         |                 |                         | Alexanderpolder                                  | Crooswijk/<br>Kralingen |
| Tot 24 jaar . . . . .      | 5,4     | 5,9             | 7,0                     | 8  | 22                      |
| 25 - 44 jaar . . . . .     | 7,0     | 11,6            | 11,0                    | 34   | 36                      |
| 45 jaar en ouder . . . . . | 11,5    | 19,6            | 15,7                    | 41   | 27                      |
| Gemiddeld . . . . .        |         |                 |                         | 28   | 28                      |

wijken. (Dit berust niet op een extra groot aantal ziektegevallen met een zeer kort verzuim, zoals uit de gegevens over de snelheid van herstel welke *Tan* geeft, blijkt). Deze verschillen zijn zo groot dat alleen al bij de uitvoering door het G.A.K. van de Ziektewet er in Ommoord per jaar 10.000 ziektewetdagen minder zijn in vergelijking tot het verzuimgedrag in de Alexanderpolder en 8000 dagen minder vergeleken met Crooswijk/Kralingen. Tel uit je winst, een half miljoen gulden is tenminste met dit opmerkelijke verschil gemoeid. Het is voorbarig om deze winst zonder meer op rekening te schrijven van het team in Ommoord. Wel kan worden gezegd dat er sprake is van een afwijkende doelstelling bij de hulpverlening — welke volgens *tabel II* ook in de praktijk wordt gebracht — en een afwijkend ziekte(wet)gedrag. De causaliteit van deze relatie zal in nader onderzoek moeten blijken.

Ook *Van Praag, Van der Gaag en Rutten* vinden een relatie tussen het werk en de aanwezigheid van de huisarts en het ontstaan van kosten in de hogere echelons. Zij komen in hun zeer belangrijke rapportage over vraag-aanbod relaties in de gezondheidszorg tot de conclusie, dat de huisarts alleen al door zijn „naakte”

*Tabel V. Belangrijkste conclusie uit: Vraag-aanbod relaties in de sector gezondheidszorg (Van Praag, Van der Gaag en Rutten).*

- 10 procent toename van de huisartsendichtheid leidt tot 2,3 procent minder verwijskaarten, tot 3,9 procent minder herhalingskaarten en tot 1,2 procent minder opnamen;
- de daling van het aantal opnamen bij een grotere huisartsendichtheid komt geheel ten goede aan de particuliere patiënten;
- bij een toename van het aantal specialisten per bed bestaat de tendens meer particuliere patiënten op te nemen;
- de substitueerbaarheid van huisartsenhulp voor specialistische hulp is duidelijk aangetoond;
- de invloed van de huisartsendichtheid is afwezig ten opzichte van de keel-, neus- en oorarts, is het kleinst bij de snijdende specialismen en het grootst bij de niet-snijdende specialismen.

aanwezigheid (huisartsendichtheid respectievelijk de gemiddelde praktijkgrootte) een belangrijke invloed heeft op het ontstaan van kosten in ziekenhuizen en poliklinieken.

*Tabel V* vat de belangrijkste conclusies samen. Het is verheugend dat de substitueerbaarheid van hulp door de huisarts voor specialistische hulp een tastbare omvang heeft. Immers, indien er in 1969 10 procent meer huisartsen waren geweest, dan zou dat op basis van de gevonden relaties hebben betekend dat het aantal verwijskaarten ongeveer 83.250 stuks minder was (ongeveer f 3.127.000,—) en dat het aantal herhalingskaarten

verminderde met ongeveer 154.000 (ongeveer f 2.700.000,—). De berekende afname van het aantal ziekenhuisopnamen is ruim 10.000 (in 1969 was in de ziekenfondssector daarmee ongeveer f 12.500.000,— gemoeid). Uit *tabel VI* blijkt wel dat het effect niet gelijkmatig over ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden is verdeeld.

*Tabel VI* geeft een samenvatting van de belangrijkste relaties, welke *Van Praag en medewerkers* hebben gevonden. De lezer late zich niet afschrikken door de getalletjes. Deze getalletjes vormen zo geheten elasticiteiten. In de eerste kolom staan

*Tabel VI. Samenvatting van de belangrijkste relaties, welke Van Praag, Van der Gaag en Rutten vinden tussen het werk en de aanwezigheid van de huisarts en het ontstaan van kosten in de hogere echelons.*

|  | Totaal aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoner | Aantal verpleegbedden per 1000 inwoner | Het percentage 65 + | Aantal specialisten per 100 bedden | Huisartsendichtheid per 1000 inwoner | Percentage ziekenfonds-verzekerden | Opname-coëfficiënt | Bevolkingsdichtheid | Verklaarde variantie (procentueel) |
|--|---|--|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------------------|
| 1. Opname-coëfficiënt ziekenfonds-sector (aantal opnamen per 100 inwoners) . . . . .     | = 0,60  | 0,004                                  | —0,01               | —0,12                              | 0,02                                 | —0,36                              | —                  | —                   | 42,8                               |
| 2. Opname-coëfficiënt particuliere sector .. . . .                                       | = 0,54  | 0,012                                  | —0,05               | 0,17                               | —0,45                                | —0,08                              | —                  | —                   | 16,9                               |
| 3. Totaal van 1 + 2 . . . . .  | = 0,58  | 0,006                                  | —0,02               | —0,02                              | —0,13                                | —0,25                              | —                  | —                   | 50                                 |
| 4. Aantal verwijskaarten per duizend verzekerden . . . . .                               | =   |  | 0,35                | —                                  | —0,23                                | 0,10                               | —                  | 0,10                | 47,1                               |
| 5. Aantal herhalingskaarten/verwijskaarten =   |   |  | 0,10                | 0,08                               | —0,39                                | —                                  | —                  | 0,04                | 15                                 |
| 6. Declaratie poliklinische en klinische verrichtingen bij ziekenfondspatiënten .. . . . | =   |  | —0,21               | 0,13                               | 0,14                                 | —0,11                              | 0,13               | —0,08               | 43                                 |
| 7. Chirurgie verwijzingen . . . . .  | =   |  | 0,40                | —                                  | —0,29                                | 0,17                               | —                  | 0,12                | 51                                 |
| 8. Interne geneeskunde verwijzingen . . . . .  | =   |  | 0,53                | 0,14                               | —0,57                                | —                                  | —                  | 0,01                | 43                                 |
| 9. K.N.O.-verwijzingen . . . . .   | =   |  | —0,22               | 0,15                               | —                                    | —                                  | —                  | —0,05               | 29                                 |

negen variabelen, die voor een deel voorspeld en verklaard kunnen worden door de gegevens in de verdere kolommen. Elke regel van links naar rechts houdt een formule in, die in getallen aangeeft in welke mate de variabelen in de eerste kolom (links van het = - teken in de formule dus) op en neer gaat met de gegevens rechts van het = - teken. Wanneer bijvoorbeeld in de eerste vergelijking (opnamecoëfficiënt in de ziekenfondssector) staat dat het aantal bedden per 1000 inwoners een elasticiteit 0.60 heeft, betekent dit dat 10 procent meer bedden leidt tot 6 procent meer opname. Het lage getal voor de verpleegbedden (0.004) toont aan dat het al dan niet aanwezig zijn van verpleegbedden praktisch geen invloed heeft op de opname-coëfficiënt.

De huisartsendichtheid (0.02) heeft geen betekenis voor de opnamecoëfficiënt van ziekenfondspatiënten. In de tweede vergelijking is echter af te lezen dat 10 procent meer huisartsen 4,5 procent minder opnamen van particuliere patiënten inhoudt. De laatste kolom getallen geeft aan hoeveel procent van alle spreiding in de verklaarde variabele door de andere informatiebronnen in de tabel wordt verklaard. De opnamecoëfficiënt van alle patiënten (vergelijking 3) wordt voor 50 procent verklaard door de getallen die verder op de derde regel staan. Deze tabel is waard om met aandacht te worden gelezen en er goed over na te denken. Het feit dat blijkt dat de praktijkgrootte van de huisarts zo'n duidelijke maar ook zo'n discriminerende invloed heeft, maakt het mogelijk een meer realistisch beleid te voeren ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De Nederlandse huisartsen zullen er goed aan doen veel meer aandacht te besteden aan een cijfermatige benadering van hun doen en laten. Dat betreft niet alleen de huisartsengroep maar ook de individuele huisarts. Zoals het de gewoonste zaak van de wereld is, dat iedere huisarts elk jaar een gedetailleerde opgave

maakt voor de inkomstenbelasting, zo is een jaarverslag over zijn doen en laten in de praktijk even goed mogelijk. Daarmee zou trouwens een onmiskenbare aanzet worden gegeven voor de onderlinge toetsing.

#### GETALSMATIGE VERSLAGGEVING

*Huygen en De Melker* hebben daartoe uit hun praktijk reeds een aanzet gegeven. Uit Ommoord kunnen daaraan de gegevens in *tabel VII* en *tabel VIII* worden toegevoegd.

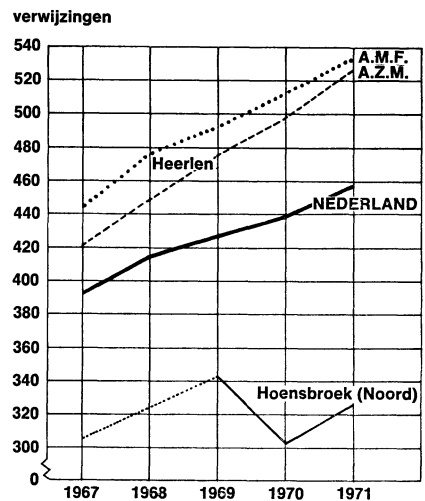
In *tabel VII* blijkt dat ook ons opnamecijfer niet slecht ligt. Daarbij moet het voorbehoud worden gemaakt dat nog geen correctie voor de leeftijdsopbouw heeft plaatsgevonden. Doch het is zeer onwaarschijnlijk dat de opname-coëfficiënt daarna zelfs de 70 opnamen per 1000 mensen maar zou benaderen. Wanneer op een praktijk met ongeveer 11.000 mensen per jaar 350 ziekenhuisopnamen minder plaatsvinden is daarmee in elk geval tenminste een half miljoen gulden gemoeid.

*Tabel VIII* laat zien dat het er op lijkt of in Ommoord de particuliere patiënt iets minder aan zijn trekken komt, althans er is geen sprake van dat hij meer aandacht heeft gekregen dan de ziekenfondspatiënt.

*Huygen en De Melker* geven verwijspersentages in hun praktijk, die evenzeer duidelijk maken hoeveel invloed een bewust werkende huisarts heeft op het patroon van de totale hulpverlening. De verwijspersentages in Ommoord zijn nog niet bekend, maar zijn wel verzameld.

*Grafiek 1* toont onder meer het

**Grafiek 1**



aantal verwijskaarten in de groepspraktijk Hoensbroek. De grafiek spreekt voor zich: een opmerkelijk laag verwijsperscentage bestond reeds voordat het gezondheidscentrum werd betrokken en het verwijsgedrag bleef praktisch stabiel. Alleen het topje in 1969 — voorafgaand aan het betrekken van het centrum — vraagt enige aandacht. Hebben de huisartsen toen soms extra stress ervaren? Stress beïnvloedt het gedrag van de huisarts natuurlijk net zo goed als van ieder ander.

**Tabel VII. Gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen per 1.000 inwoners in Ommoord.**

| Nederland | Ommoord* |
|-----------|----------|
| 1971      | 1972     |
| 100,1     | 60       |

\* Berekend over 5.186 patiënten, tweede helft 1972

**Tabel VIII. Gemiddeld aantal verrichtingen en „cases” in Ommoord in 1972.**

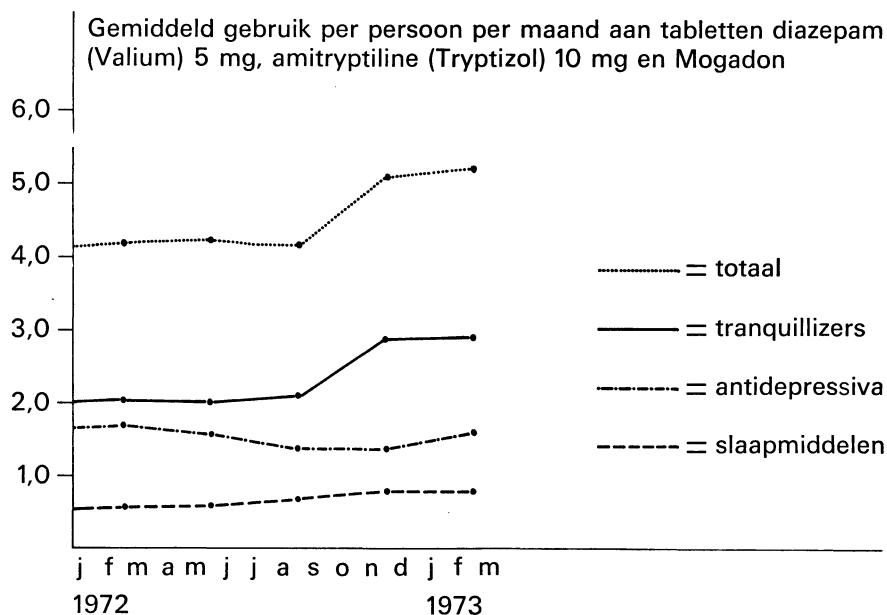
|  | Per 100<br>ziekenfonds-<br>patiënten | Per 100<br>particuliere<br>patiënten |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Aantal cases . . . . .                               | 291,4                                | 245,2                                |
| Aantal verrichtingen . . . . .                       | 292,2                                | 259,0                                |
| Aantal psychosociale problemen . . . . .             | 24,5                                 | 22,4                                 |
| Aantal ingeschrevenen zonder een verrichting in 1972 | 24,0                                 | 30,6                                 |

## KOSTEN DOOR STRESS VAN DE HUISARTS

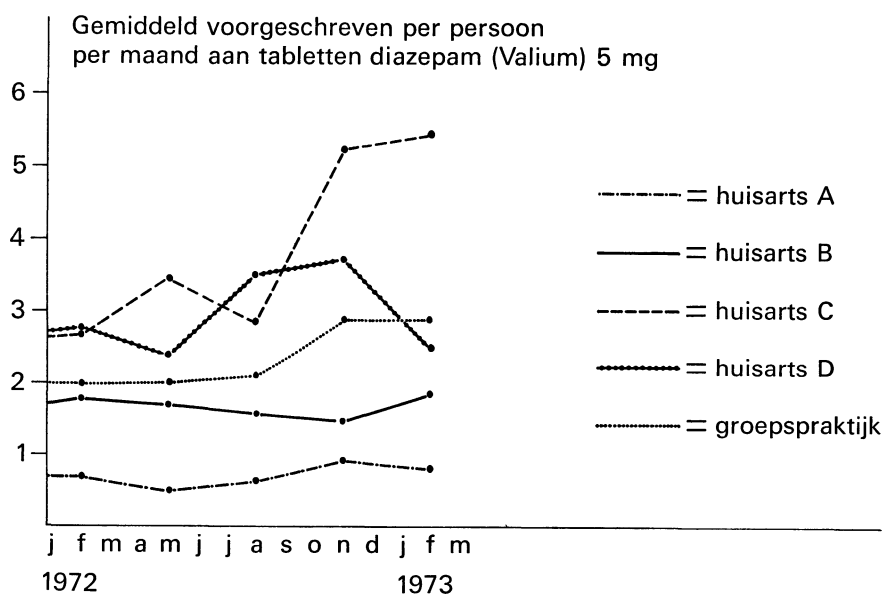
Tot nu toe is de aandacht gericht op factoren die het werk van de huisarts in gunstige zin beïnvloeden. Het is aannemelijk dat er evenzeer factoren zijn, die een ongunstige invloed hebben en het heeft zin om ook aan deze factoren aandacht te besteden. *Grafiek 2* en *grafiek 3* laten zien welke invloed stress kan hebben op het voorschrijfgedrag van individuele huisartsen, waar het psychofarmaca betreft. Eveneens wordt duidelijk dat er ook in een homogene groep als de groepspraktijk in Ommoord grote individuele verschillen in voorschrijven bestaan. In 1972 is zeer gedetailleerd de zogenaamde A.B.-receptuur van de ziekenfondsverzekerden uitgerekend door het uitrekenbureau van de Rotterdamse apothekers. Speciale aandacht hebben wij gegeven aan het gebruik van de psychofarmaca. Dit gebruik is uitgedrukt per maand per ingeschrevene als equivalent van een tablet met 5 mg diazepam (Valium) voor de tranquillizergroep, als equivalent van een tablet met 10 mg amitryptiline (Tryptizol) voor de antidepressivagroep en als equivalent van 1 tablet Mogadon voor de slaapmiddelen. Het totaal gebruik per persoon per maand is de som van de tabletten Valium 5, Tryptizol 10 en Mogadon. *Grafiek 2* laat zien dat van januari tot augustus 1972 alle groepen en dus ook het totaal een stabiel verloop te zien geven. Dan treedt een plotselinge stijging op en dat nog wel in de zomer welke soms wordt beschouwd als een „slappe” tijd. De gehele stijging in het totale verbruik blijkt op rekening te kunnen worden geschreven van het tranquillizerverbruik. In plaats van rond twee tabletten Valium 5 per patiënt per maand heeft de groepspraktijk er bijna drie nodig. Een stijging van bijna 50 procent.

*Grafiek 3* laat zien waar deze stijging is gelokaliseerd. Deze grafiek geeft het tranquillizergebruik per huisarts weer. De huisartsen A en B bewegen zich op een stabiel, zij het

*Grafiek 2. Gemiddeld voorgeschreven per ziekenfondsverzekerde per maand aan (of equivalent aan) tabletten diazepam 5 mg, amitryptiline 10 mg en Mogadon (of equivalent daarvan) door de huisartsen in de groepspraktijk Ommoord gedurende 1972 en het eerste kwartaal 1973.*



*Grafiek 3. Gemiddeld voorgeschreven per ziekenfondsverzekerde per maand aan tabletten diazepam 5 mg (of equivalent daarvan door respectievelijk huisarts, A. B. C. D en de groep in totaal).*



belangrijk van elkaar verschillend niveau. Huisarts D vertoont in het voorjaar 1972 een stijging, die begin 1973 weer is verdwenen. Huisarts C blijkt voornamelijk verantwoordelijk voor het gestegen tranquillizergebruik van de groep en in februari 1973 zijn

oude vorm nog niet te hebben gevonden.

Uiteraard zijn deze opmerkelijke verschillen in onze groep besproken. Een verklaring was voor ons, gelet op de moeilijkheden die onze groepspraktijk in 1972 en 1973 ontmoette,

gemakkelijk te vinden. Over het teamfunctioneren in Ommoord is recent verslag gegeven in (1974) huisarts en wetenschap 18, 15.

Grafiek 3 laat zien dat persoonlijke problemen en werkproblemen direct hun weerslag vinden in het voorschrijfgedrag. Voor huisarts D betekende de aanloop naar het betrekken van het gezondheidscentrum en de daarmee samenhangende problemen zo'n grote belasting, dat de weerslag daarvan in zijn voorschrijfgedrag, waar het tranquillizers betreft, is terug te vinden. De problemen werden echter goeddeels opgelost, de aanpassing aan het nieuwe gebouw lukte snel, de curve van het tranquillizer-verbruik daalt weer.

Met huisarts C ligt het anders. In het voorjaar 1972 werd hij door de andere huisartsen geconfronteerd met de noodzaak zijn praktijkomvang drastisch te vergroten en op een vergelijkbaar niveau te brengen. Alleen op die basis zou begin 1973 een maatschapscontract kunnen worden gesloten. C zat in een dwangpositie en kon weinig anders doen dan in vlot tempo, tegen zijn eigen werkstijl in, de praktijk te laten groeien en aanzienlijk harder en sneller te gaan werken. Uit grafiek 3 is niet af te lezen dat hij zich aan die nieuwe situatie heeft aangepast en hij schrijft nu vijfmaal meer tranquillizers voor dan huisarts A. Het is juist de bedoeling, althans één van de bedoelingen van de morbiditeitsanalyse, uit te pluizen welke invloed de individuele huisarts heeft op het ziekte- en probleemgedrag in zijn praktijk.

## CONCLUSIE

Tot nu toe zijn een reeks fragmenten informatie en een aantal nogal persoonlijk gekleurde opvattingen op een rij gezet. Welke conclusies kunnen daaruit worden getrokken? De belangrijkste is wel dat als een paal boven water staat dat de huisarts sterk invloed kan uitoefenen op de structuur en de kosten van de gezondheidszorg en waarschijnlijk evenzeer op de structuur en de kosten van de sociale verzekeringen.

Aannemelijk is gemaakt, dat door de groepspraktijk in Ommoord in 1972 tenminste een miljoen gulden is bespaard.

Maar zijn het nu juist „goede” huisartsen, die „goedkoper” zijn? En is het toeval dat in de hier genoemde voorbeelden vooral de huisarts, die met anderen samenwerkt, de heldenrol speelt? Zijn huisartsen in groepspraktijken betere huisartsen, willen (en durven) betere huisartsen nu juist in een groepspraktijk of zijn er tal van solo-huisartsen, die zeer bewust van hun eigen functioneren consciëntieus werken en evenzeer kosten besparen? Ik denk dat het laatste het geval is.

Er is tot op heden geen aanleiding om te menen dat er zeer specifieke besparingen zijn gekoppeld aan het functioneren van groepspraktijken en gezondheidscentra, die niet evenzeer door de solo-huisarts kunnen worden bewerkstelligd. Het lijkt echter wel waarschijnlijk dat een moderne wijkgezondheidszorg het niet alleen gemakkelijk maakt voor de werkers om kostenbewust te zijn maar hen ook dwingt om verantwoording over hun werkwijze aan de andere teamleden af te leggen. Evenzeer ligt het voor de hand, dat het al dan niet meedoen aan een groepspraktijk c.q. daartoe bereid te zijn, een selectie inhoudt ten aanzien van bewust werken, toegankelijk zijn voor kritiek en de mogelijkheid tot veranderen. Maar als een groepspraktijk niet tot stand komt is daarmee geenszins gezegd dat de deelnemers-in-spe slechter werken. Veel wezenlijker zijn de uitkomsten van het onderzoek van Van Praag, Van der Gaag en Rutten. Hun uitkomsten gaan iedere huisarts en iedere specialist aan. Wanneer de eerste ruwe omtrekken, die zij ons laten zien, bij verdere verfijning inderdaad de structuur aangeven van de wijze waarop in Nederland gezondheidszorg wordt bedreven, behoort dat in elk geval voor de huisartsen gevolgen te hebben. Het minste wat nu kan worden gedaan is dat zoveel mogelijk cijfermatige informatie wordt verzameld en ter beschikking komt van iedereen, die

meent met die informatie iets zinvol te kunnen doen. Laten wij maar opschieten om naast ons belastingbiljet ook een opgave te doen van wat zich in onze praktijkvoering afspeelt. Anders wordt de Nederlandse huisarts straks misschien in het wilde weg te hoog aangeslagen of krijgt hij zelfs een naheffing.

*Summary. District health care and expenditure caused by illness and problem behaviour. The question whether the family practitioner can actually influence expenditure (or its absence) in health care, is answered in the affirmative. This affirmative answer is based on a number of findings culled from recent reports and from the study of morbidity by the Ommoord group practice in 1972. Moreover, it is believed to be likely that general practitioners or those engaged in first-line health care may influence expenditure in the field of social security.*

*The difference between illness behaviour and problem behaviour occupies an important place in the paper. Problem behaviour is essential to the work of the general practitioner. The general practitioner himself is a factor in the appearance or absence of problem behaviour. The view is adopted that converting illness behaviour into problem behaviour is desirable and should be an objective of modern primary health care.*

*Finally, the effect of stress on the work of the individual practitioner is illustrated in the prescribing activities of four general practitioners associated with the group practice.*

Huygen F. J. A. & R. A. de Melker (1973) Medisch Contact 28, 1299-1302.

Lamberts H. (1973) huisarts en wetenschap 16, 256-260.

Lamberts H. (1974) huisarts en wetenschap 17, 15.

Oliemans A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. H. E. Stenfert Kroese n.v., Leiden, (1969).

Praag, B. M. S. van, J. van der Gaag en F. F. H. Rutten. Vraag-aanbod relaties in de sector gezondheidszorg. Economisch Instituut R.U. Leiden, oktober 1973.

Tan T. B. Drie wijken in Rotterdam verzekeringsgeneeskundig gezien. Scriptie cursus sociale geneeskunde Utrecht, september 1973.

Vermeulen C. A. Het verwijzen in het gezondheidscentrum Hoensbroek Noord. Stafafdeling epidemiologie en informatica ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, mei 1973.