

Het somatisch dagbehandelingscentrum in een verpleeghuis

DRS. H. W. NELL*

Dagbehandeling is bestemd voor personen met een somatische aandoening die zijn aangewezen op de diensten van een verpleeghuis, maar daar niet vierentwintig uur per etmaal behoeven te verblijven. In dit artikel zijn de uitkomsten van de behandeling in zo'n centrum geconfronteerd met de door de overheid geformuleerde doelstellingen.

Inleiding

Aan dit onderzoek hebben vierendertig patiënten** en zevenentwintig familieleden deelgenomen. Idealiter geschiedt een evaluatieonderzoek middels een gecontroleerd experiment. Dit bleek in dit geval onmogelijk. Ondanks de kleine populatie kan de uitkomst echter belangwekkend zijn voor andere dagbehandelingscentra.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van voorgestructureerde interviews, analyse van patiëntengegevens en stukken met betrekking tot het beleid en de financiën van de inrichting.

Het dagbehandelingscentrum

Het onderzochte dagbehandelingscentrum maakt deel uit van een gecombineerd somatisch-psychogeriatrisch verpleeghuis in het centrum van het land. Dit verpleeghuis heeft 204 plaatsen voor somatisch zieken, tachtig plaatsen voor psychogeriatrische patiënten en twee dagbehandelingscentra, een voor somatisch zieken en een voor psychogeriatrische patiënten. Bij de bouw van het somatisch verpleeghuis is reeds rekening gehouden met ruimtelijke voorzieningen als een aparte ingang, huiskamer, toilet/doucheruimte, een dienkeuken en kantoorruimte. Het centrum is op 6 juli 1979 geopend.

Het centrum heeft twintig plaatsen en is te vergelijken met een van de negen

verpleegafdelingen; net als de verpleegafdelingen ressorteert het onder het hoofd verpleging. Vanuit de patiënt gezien is het centrum echter, in tegenstelling tot de verpleegafdelingen, te beschouwen als een tijdelijk sociaal systeem. Het aantal dagen per week dat de patiënt in dagbehandeling komt, is van tevoren met hem afgesproken. De totale duur van het verblijf wordt bepaald door de machtiging die krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt afgegeven. Deze machtiging heeft over het algemeen een looptijd van drie maanden tot een half jaar. Als daarvoor gronden aanwezig zijn, is verlenging mogelijk.

Patiënten kunnen zelf het initiatief nemen om opgenomen te worden in het centrum. Ook kan een specialist, huisarts, wijkverpleegkundige maatschappelijk werkende of andere relatie iemand aanmelden. Een medicus moet echter altijd het aanmeldingsformulier invullen.

Na aanmelding wordt de patiënt bezocht door een maatschappelijk werker om eventuele plaatsing voor te bereiden. In overleg met de aanvrager/patiënt wordt in het opnameteam beoordeeld of en voor hoeveel dagen de patiënt in aanmerking komt voor opname. Het opnameteam bestaat uit werkers van het centrum, een arts, een maatschappelijk werkende, een verpleegkundige en een fysiotherapeut. Criteria voor opname zijn dat:

- de aandoening van de patiënt een somatische oorzaak heeft;
- de benodigde hulp niet door extramurale hulpverleners kan worden gegeven;
- het thuisfront de patiënt buiten de dagbehandelingsuren voldoende kan

opvangen, eventueel met extramurale hulp;

- de patiënt voor minimaal twee vormen van behandeling/begeleiding in aanmerking komt, bijvoorbeeld fysiotherapie en verpleegkundige zorg;

- van dagbehandeling een langere handhaving thuis verwacht kan worden. Op grond van deze criteria worden de volgende patiënten opgenomen:

- reactiveringspatiënten die een kortdurende behandeling behoeven, bijvoorbeeld na ontslag uit een ziekenhuis;
- chronische patiënten die gedurende een bepaalde periode intensieve therapie nodig hebben;

- patiënten wier familie lichamelijk en/of geestelijk dreigt te decompenseren, onder de last van de continue verzorging;

- patiënten die door hun somatische handicap in isolement raken en tevens een bepaalde behandelingsvorm behoeven;

- patiënten die ontslagen worden uit het verpleeghuis en nabehandeling behoeven;

- patiënten met irreversibele stoornissen, berustend op lichamelijke stoornissen; te verwachten is dat deze patiënten blijvend in dagbehandeling zijn.

Met betrekking tot de aanmelding worden de meeste werkzaamheden verricht door een part-time maatschappelijk werkster. Ze werkt zeven uur per week voor het centrum (COZ-norm); in die tijd doet ze voornamelijk huisbezoeken.

De dagen dat de patiënt het dagbehandelingscentrum bezoekt, wordt hij opgehaald en teruggebracht met een rolstoelbusje van een taxibedrijf. Dit busje biedt plaats aan zes mobiele patiënten en twee rolstoelpatiënten. De maximale rijtijd per patiënt bedraagt één uur. Patiënten moeten wonen in een straal van 15 kilometer van het verpleeghuis. Naast de chauffeur zit er een ziekenverzorger in de bus. Deze heeft tot taak in noodgevallen op te treden; hij kan een belangrijke schakel vormen met het thuisfront.

Dagelijks rijden drie bussen voor beide dagbehandelingscentra. Om acht uur 's morgens vertrekken de bussen; ze maken over het algemeen twee ritten, een in de directe omgeving en een voor patiënten die verder weg wonen. Psychogeriatrische en somatische patiënten zitten samen in één bus. Dit geeft weinig problemen. Om half vier 's middags vertrekken de eerste patiënten. Het gemiddelde aantal patiënten dat per uur gehaald of thuisgebracht kan worden is zes.

* Fysiotherapeut en medisch socioloog, verbonden aan het verpleeghuis Rosendaal te Utrecht.

** Hoewel het wellicht beter is te spreken van bezoekers van het dagbehandelingscentrum wordt hier steeds gesproken van patiënten. Het begrip bezoeker is namelijk niet in iedere context bruikbaar.

Dagindeling

De patiënten worden bij aankomst ontvangen door de dienstdoende ziekenverzorgende en/of het verpleegkundig hoofd van het dagbehandelingscentrum. Doordat de busjes verschillende ritten maken, komen de patiënten geleidelijk binnen. Voor de aanvang van het dagprogramma kunnen de patiënten koffie of thee gebruiken.

De dagindeling blijkt voor de meeste patiënten uit de samenstelling van het behandelingen/begeleidingsplan, dat in overleg is vastgesteld. Ook extramurale werkers, als huisarts en wijkverpleegkundige, kunnen een inbreng hebben in dit plan. De verschillende onderdelen hiervan zijn: activiteitenbegeleiding, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, verpleegkundige en medische handelingen.

De activiteitenbegeleiding vindt plaats in de huiskamer van het centrum onder leiding van een bezigheidstherapeute, die van 9 tot 4 uur aanwezig is. Het doel is vooral de patiënten (weer) leren op zinvolle wijze hun tijd te besteden. Vanuit de huiskamer gaan de patiënten volgens schema naar de fysiotherapie, ergotherapie of logopedie. De therapieën verschillen niet wezenlijk van de therapieën die binnen het verpleeghuis worden toegepast. Alleen de ergotherapeut richt zich, onder meer door het geven van adviezen inzake huisaanpassingen, meer op het thuismilieu dan in het verpleeghuis gebruikelijk is. De COZ-norm voor fysiotherapie inclusief ergotherapie is één kracht op twintig dagbehandelingsplaatsen. Op grond van eerdere ervaringen is deze tijd door het verpleeghuis uitgebreid met twaalf uur. In totaal is er nu veertig uur beschikbaar voor fysiotherapie en twaalf uur voor ergotherapie.

Het verpleegkundig personeel (een verpleegkundig hoofd en twee ziekenverzorgenden) verricht weinig specifiek verpleegkundige handelingen. Vooral wordt hulp geboden bij ADL-handelingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen), als toiletbezoek en eten. Incidenteel wordt iets gedaan aan wondverzorging. Ook de arts van het dagbehandelingscentrum verricht weinig specifiek medische handelingen. Hiervoor gaat de patiënt naar zijn huisarts. De arts van het dagbehandelingscentrum heeft als taak een overzicht te houden van de toestand van de patiënt, vooral door het coördineren van de inbreng van de verschillende disciplines. Hiervoor is acht uur per week beschikbaar. Omdat veel contacten met de AWBZ via

de arts lopen, heeft deze een belangrijke inbreng in het opname- en ontslagbeleid.

Het dagbehandelingscentrum maakt gebruik van voorwaarden-scheppende diensten uit het verpleeghuis, zoals personeel van de keuken, receptie, administratie, technische dienst en schoonmaakdienst. Hiervoor is geen extra personeel aangetrokken.

Vraagstelling

De expliciet gestelde vragen in dit onderzoek zijn afgeleid van de doelstellingen van de overheid en luiden:

- kunnen de patiënten door dagbehandeling langer in het eigen milieu verblijven c.q. draagt de aanwezigheid van dagbehandeling bij aan een eerder ontslag uit een verpleeghuis of ziekenhuis?
- wordt door dagbehandeling het rendement van het verpleeghuis verhoogd?
- wordt door dagbehandeling de kwaliteit van de zorg verhoogd?

• *Het eigen milieu.* De belangrijkste doelstelling van de overheid is dat patiënten door dagbehandeling langer in het eigen milieu kunnen verblijven. Verondersteld wordt dat de patiënt langer in het eigen milieu kan verblijven, indien hij óf later in het verpleeghuis terecht komt dan zonder dagbehandeling het geval zou zijn geweest, óf eerder uit het verpleeghuis of ziekenhuis wordt ontslagen dan wanneer geen mogelijkheid tot dagbehandeling zou hebben bestaan.

Uitgegaan is van de volgende redenering. Er is sprake van uitstel van opname in het verpleeghuis voor die patiënten die, gezien de hoogte van hun ADL-score, een verpleeghuisindicatie hebben. De hoeveelheid hulp die zij nodig hebben, is van dien aard, dat zij zonder dagbehandeling zeker in het verpleeghuis zouden zijn opgenomen. Het is te danken aan de inspanningen van de huisgenoten en de mogelijkheid van dagbehandeling, dat het nog niet zo ver gekomen is.

Om vast te stellen of de overige dagbehandelingspatiënten langer in het eigen milieu kunnen verblijven, is van de volgende veronderstelling uitgegaan. Patiënten komen in dagbehandeling, omdat zij zich in onvoldoende mate thuis kunnen handhaven. Dit gaat enerzijds niet meer doordat de zelfredzaamheid van de patiënt achteruit gaat, anderzijds doordat men thuis de problemen die ontstaan door ziekte en verzorging, niet meer aankan. Wanneer nu de zelfredzaamheid toeneemt en de patiënt en

diens huisgenoten beter tegen hun situatie zijn opgewassen sinds het begin van de dagbehandeling, mag men veronderstellen dat zij zich langer in het eigen milieu kunnen handhaven.

Het probleem-oplossend vermogen van mensen geeft aan of zij beter opgewassen zijn tegen hun situatie en de daaruit ontstane problemen. In geval van ziekte van een van de huisgenoten zal men zijn gedrag er op moeten richten deze veranderingen te hanteren. De veranderingen hebben zowel betrekking op het geestelijk functioneren van de patiënt (bijvoorbeeld de mate waarin hij zijn ziekte heeft verwerkt) als op de onderlinge relaties tussen de huisgenoten. Of de leden van het gezin in staat zijn de consequenties van deze psychosociale veranderingen het hoofd te bieden, hangt af van hun probleem-oplossend vermogen, of wel van die factoren die iemand in staat stellen tot probleem-oplossend gedrag (*Var Eijk*).

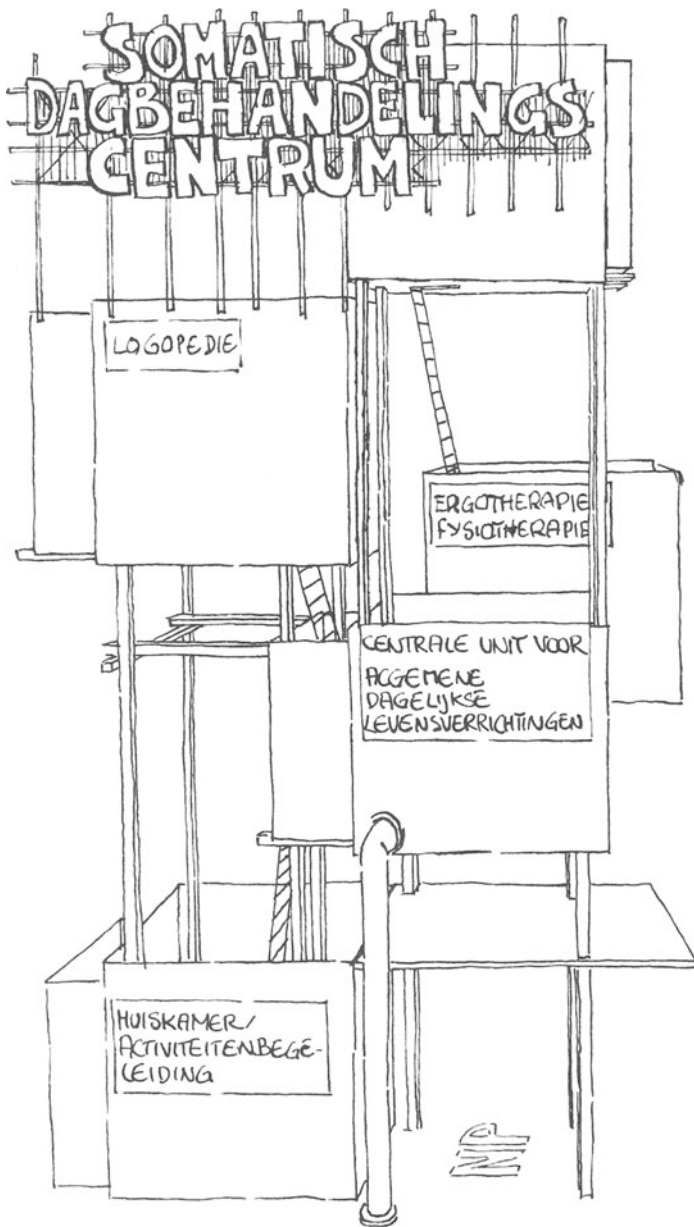
De onderzochte factoren met betrekking tot de zelfredzaamheid en het probleem-oplossend vermogen zijn bij de uitwerking van de verschillende doelstellingen nader aangegeven.

Van de patiënten die vanuit het verpleeghuis of ziekenhuis in dagbehandeling zijn gekomen, kan men stellen dat een deel eerder in het eigen milieu is teruggekeerd; dit geldt voor degenen die nog niet ontslagen zouden zijn als er geen mogelijkheid tot dagbehandeling zou zijn geweest. Van de patiënten die uit het dagbehandelingscentrum in het verpleeghuis zijn opgenomen, mag men aannemen dat zij zonder dagbehandeling eerder in het verpleeghuis zouden zijn opgenomen.

• *Het rendement.* Het gaat hierbij om of door de aanwezigheid van dagbehandeling het rendement van het verpleeghuis wordt verhoogd. Dit rendement zal beter worden als:

- beter en efficiënter gebruik wordt gemaakt van het instrumentarium;
- een efficiënter gebruik wordt gemaakt van de in het verpleeghuis aanwezige personeelsleden met handhaving van hun overige werkzaamheden in kwantitatief en kwalitatief opzicht;
- de exploitatie van het verpleeghuis gunstiger wordt dan voorheen.

• *De kwaliteit van de zorg.* Nieuwe richtingen in de gezondheidszorg worden niet zonder reden geopend. Een van de redenen is meestal dat er iets dat noodzakelijk wordt geacht, aan de zorg ontbreekt. Men kan stellen dat als de patiënt nu de behandeling krijgt, die hij



'T IS NATUURLIJK WÈL 'N HEEL INZICHTELIJKE STRUCTUUR

zonder dagbehandeling niet zou kunnen krijgen, de kwaliteit van de zorg is verhoogd.

Een andere maat voor de kwaliteit van de zorg is het totaal aantal contacten dat de patiënt en/of diens huisgenoten hebben met de extramurale hulpverleners. Ervan uitgaande dat extramurale hulpverleners alleen contacten onderhouden als zij deze van wezenlijke beteke-

nis vinden, mag men aannemen dat een toename van het aantal contacten een verhoging van de kwaliteit betekent. Het gaat hierbij zowel om het aantal contacten van extramurale hulpverleners met patiënten/familieleden als om contacten met de werkers van het dagbehandelingscentrum.

Naast deze vrij objectieve criteria met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

kan er een verhoging van de „kwaliteit van het bestaan” optreden. Men kan hierbij denken aan de sociale contacten die gedurende de dagbehandeling worden opgebouwd, het kunnen gebruiken van de warme maaltijd, het er eens uit zijn, etcetera. Van belang hierbij is de beleving van de situatie van de patiënt sinds hij in dagbehandeling is. Zowel het verwachtingspatroon, als de baat die men ondervindt van dagbehandeling, spelen hierbij een rol.

Tot slot is het van belang of er door het bestaan van een dagbehandeling meer patiënten geholpen kunnen worden. Het verpleeghuis kan nu meer en/of eerder nieuwe patiënten opnemen. Dit is echter alleen van belang als er geen wachtlijst is.

Het verblijf in eigen milieu

De belangrijkste factoren of de patiënt wel of niet in staat is in het eigen milieu te verblijven zijn de mate van zelfredzaamheid en het probleem-oplossend vermogen.

- *Zelfredzaamheid.* De aard en de ernst van de aandoening bepalen in eerste instantie of de patiënt in zijn eigen milieu kan blijven. Als zodanig betreft het de diagnose en de verpleegbehoefte. De grootste diagnosegroep wordt gevormd door patiënten met een cerebrovasculair accident (vijftien). Overige aandoeningen als multiple sclerose, M. Parkinson, gewrichtsklachten en amputaties zijn gelijk vertegenwoordigd. Uit de verpleegbehoefte-scores tijdens de opname bleek dat er dertien patiënten waren die een verpleeghuisindicatie hadden. Het is te danken aan de bijzondere inspanningen van het thuismilieu, dat deze patiënten, die geen van allen zelfstandig wonen, niet in het verpleeghuis zijn opgenomen.

De gemiddelde bezoekfrequentie van patiënten is 2,6 maal per week. De oorzaak van deze lage bezoekfrequentie is vooral vermoeidheid; men kan het eenvoudig niet opbrengen vaak te komen. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen is 70,6 jaar, met als standaard deviatie 11,1. Voor de mannen zijn deze cijfers respectievelijk 68,2 en 8,8. Tussen de mannen en vrouwen die een verpleeghuisindicatie hebben, zijn de verschillen veel groter. De gemiddelde leeftijd van de mannen is 64,6 jaar en van de vrouwen 72,8 jaar. De standaardafwijkingen zijn respectievelijk 10,6 en 10,5.

Vrijwel alle patiënten geven aan baat te hebben bij dagbehandeling. Zij vinden dat ze door de therapie lichamelijk vooruit zijn gegaan. De indruk bestaat

echter dat de patiënten geneigd zijn hun problemen op te hangen aan een lichamelijke gebrek. Men is immers vaak reeds jaren ziek, de gemiddelde duur sinds de patiënten worden verzorgd is 3,9 jaar, terwijl men in die tijd of achteruit of nauwelijks vooruit is gegaan. Volgens het dagbehandelingsteam, bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende disciplines die direct bij de behandeling/begeleiding zijn betrokken, zijn slechts tien patiënten sinds dagbehandeling vooruit gegaan. Zij schrijven de „vooruitgang” bij de overige patiënten toe aan een combinatie van psychosociale en lichamelijke veranderingen.

De meeste patiënten denken dat zij het thuis zonder dagbehandeling minder goed zouden kunnen redden. Merkwaardig is echter dat een aantal patiënten met een verpleeghuisindicatie zegt dat het helemaal niets uit zou maken. Kennelijk vertrouwen zij ten volle op de continuïteit van de verzorging door het thuismilieu. De familieleden zijn allemaal voor voortzetting van dagbehandeling, anders zouden zij het niet meer redden. Als redenen geven zij op dat de patiënt er baat bij heeft, wat afleiding heeft en er zelf meer plezier in heeft, en dat zij zelf wat meer tot rust kunnen komen.

De verbetering van de zelfredzaamheid van de patiënten heeft vooral betrekking op lichamelijke aspecten. Het gaat hier vooral om kleine veranderingen, die voor de familie nauwelijks zichtbaar zijn. Wel vindt de familie dat het aantal initiatieven duidelijk is toegenomen, hetgeen zowel te maken heeft met veranderingen in de zelfredzaamheid als met het zich „actiever” opstellen in de thuissituatie.

● *Probleem-oplossend vermogen.* Of de patiënten en zijn familieleden/huisgenoten in staat zijn de psychosociale veranderingen die ontstaan door de ziekte/handicap van de patiënt, op te vangen, hangt af van hun probleemoplossend vermogen. De steun die zij hierbij ondervinden vanuit de omgeving is erg belangrijk.

De steun die patiënten ondervinden vanuit de naaste omgeving, zoals van burens en kennissen, is nihil. Veel meer komt deze steun van familieleden en kinderen. Bij veel patiënten blijkt de onderlinge spanning als gevolg van de ziekte/handicap afgenomen sinds het begin van de dagbehandeling, terwijl verschillende familieleden zeggen dat hun relatie met de patiënt sindsdien is verbeterd; zij hebben over het alge-

meen een positievere kijk op de situatie dan voorheen.

Met andere patiënten wordt niet of nauwelijks gepraat over de onderlinge problemen. Men vindt dat anderen hier niets mee te maken hebben, dat deze zelf al genoeg problemen hebben en dat het ook niet helpt met andere patiënten over de eigen problematiek te praten. Wel tobt men over zijn ziekte/handicap en vooral over de toekomst: word ik ooit nog beter; kan ik wel „zelfstandig” thuis blijven wonen?

Het rendement van het verpleeghuis

Efficiënter en beter wordt het instrumentarium van het verpleeghuis nauwelijks gebruikt. Door de vraag vanuit het dagbehandelingscentrum naar technische aanpassingen voor patiënten ontstaat er in het verpleeghuis achterstallig onderhoud. De belasting van de personeelsleden die met dagbehandeling te maken hebben, is groter geworden. Veelal is dit echter niet in harde cijfers uit te drukken. Het aantal overlegvergaderingen is met name voor diensthoofden en stafleden toegenomen.

Geprobeerd is na te gaan wat de opbrengst en de kosten zijn van de exploitatie van het dagbehandelingscentrum, waarbij is uitgegaan van het boekjaar 1979.

De inkomsten aan verpleeggeld bedragen voor het dagbehandelingscentrum per maand f 44.166,-. Kosten bestaan uit salarissen, schoonmaak, voeding, telefoon, administratie, afschrijving gebouw/inventaris, etcetera. De totale kosten komen op f 49.059,- per maand. Het tekort per maand bedraagt derhalve f 4.893,-. Per jaar betekent dit f 58.716,-. Uitgaande van het bedrag van f 49.049,-, bedraagt de verpleegprijs voor het dagbehandelingscentrum per dag f 117,75. Dit tarief is 11 procent hoger dan het uitgekeerde tarief door de AWBZ.

Op welke wijze deze cijfers geïnterpreteerd moeten worden, is echter de vraag. Indien het verpleeghuis niet was gestart met dagbehandeling, was een deel van de kosten eveneens aanwezig geweest. Daarnaast worden veel van de genoemde kosten niet doorberekend naar het dagbehandelingscentrum, maar komen zij ten laste van het verpleeghuis. Hierdoor lijkt de exploitatie van het dagbehandelingscentrum nauwelijks uit de pas te lopen. Een dagprijs van f 117,75 is beduidend lager dan de verpleegprijs bij opname; deze bedroeg in 1979 zonder de verliezen van het verpleeghuis mee te rekenen f 174,32. In-

dien de dagbehandelingspatiënten opgenomen zouden moeten worden, zouden de kosten daardoor veel hoger zijn. Een deel van de verliezen wordt niettemin overduidelijk veroorzaakt door het dagbehandelingscentrum, waar met name de post van het vervoer debet aan is. Tekorten ontstaan eveneens door onderbezetting van het dagbehandelingscentrum. Patiënten zeggen hun bezoek om verschillende redenen af. Zij moeten naar de specialist, zijn jarig, gaan een week met vakantie, etcetera. Zelfs als de patiënten binnen minder dan 24 uur afzeggen, mogen de kosten niet worden doorberekend naar de AWBZ. Deze kosten komen direct ten laste van het verpleeghuis. Zelfs door een overbezetting van patiënten wordt dit probleem niet opgelost.

De kwaliteit van de zorg

Niet een bepaalde soort van therapie geeft een verhoging van de kwaliteit van de zorg, maar de combinatie van verschillende behandelings- en begeleidingsvormen, waardoor de patiënt „beter” geholpen wordt: therapieën die als het ware ingebed liggen in een „activerend milieu”, waardoor de patiënt langer in het eigen milieu kan verblijven. Zonder het verblijf van de patiënt in het dagbehandelingscentrum is de kans groot dat hij opgenomen moet worden in het verpleeghuis.

De geboden hulp komt niet alleen tot uitdrukking in het feit dat de patiënten lichamelijk en geestelijk beter gaan functioneren, ook de „kwaliteit van het bestaan” gaat er op vooruit. Het gaat hierbij om de sociale contacten die men legt tijdens zijn verblijf in het centrum, het kunnen gebruiken van de warme maaltijd en het niet de deur uit hoeven om een fysiotherapeut te bezoeken. Vooral voor de alleenwonenden is dit van enorm belang.

De meeste contacten met extramurale hulpverleners komen tot stand op initiatief van het dagbehandelingsteam. Veel contact wordt telefonisch gelegd. Het zijn voornamelijk de maatschappelijk werkende en de wijkverpleegkundige die de patiëntenbesprekingen bezoeken. Familieleden en huisgenoten hebben het gevoel dat extramurale werkers geïnteresseerd zijn in het centrum. Door de contacten tussen het team en de extramurale werkers is het mogelijk beter in te spelen op het behoeftenpatroon van de patiënt.

Sinds de opening van het dagbehandelingscentrum zijn er 141 patiënten opgenomen en 100 ontslagen. Van de opge-

nomen patiënten kwam 23 procent uit een verpleeg- of ziekenhuis, zodat dit in staat was sneller nieuwe patiënten op te nemen.*

Afsluitend kan men stellen dat, met uitzondering van het rendement, de doelstellingen van de overheid door middel van dagbehandeling worden verwezenlijkt. Hierbij is vooral het langer kunnen verblijven in het eigen milieu van onschatbare waarde.

Samenvatting. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste kenmerken van een somatisch dagbehandelingscentrum in een verpleeghuis. Vervolgens is onderzocht of de resultaten van dit centrum in overeenstemming zijn met de doelstellingen van de overheid. Het blijkt dat de patiënt langer in staat is in het eigen milieu te functioneren, doordat zijn „zelfredzaamheid” toeneemt en hij de problemen die voortkomen uit zijn ziektehandicap beter kan verwerken. Ook het feit dat hij regelmatige sociale contacten heeft, speelt een gunstige rol. Voor het verpleeghuis is het somatisch dagbehandelingscentrum echter een verliespost.

Summary. A day centre for somatic therapy in a nursing home.

The principal characteristics of a day centre for somatic therapy in a nursing home are outlined. An attempt is then made to establish whether the results obtained in the centre correspond with the authorities' objectives. It was found that patients can function longer in their familiar environment both because their „ability to cope” increases, and because they are able better to deal with the problems arising from their illness or handicap. Regular social contacts also exert a favourable influence. In financial terms, however, the day centre for somatic therapy is a loss for the nursing home.

Derde advies verpleeghuizen. *Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 's-Gravenhage, 1976.*

Eindrapport commissie dagbehandeling in verpleeghuizen. *College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht, 1974.*

Eyk, J. van. De verwerking van enkele levensgebeurtenissen en de steun uit sociale netwerken. (1980) *Gezondheid en Samenleving* 1, 83-101.

W. A. VAN VEEN

Morbiditeitsonderzoek

Pas in 1966, tien jaar na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap, ging in ons land het eerste grote morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk van start. Het bleek niet van het type waarnaar officiële instanties reikhalzend uitzagen om een beter inzicht te krijgen in de volksgezondheid. Morbiditeitsonderzoek was in die jaren vooral een eerste, noodzakelijke stap in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

De initiatief-fase

Morbidity is what we choose it to mean.
J. N. Morris, 1975

Centraal georganiseerde, continue morbiditeitsregistratie in de algemene praktijk is van belang voor de volksgezondheid.
H. Roelink, 1965

Reeds kort na de oprichting van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG op 6 april 1957 in Utrecht, ontstond het plan een onderzoek te doen naar „de morbiditeit der Nederlandse bevolking met annex de problemen die dit stelt aan de huisartsgeneeskunst”. De lijst van bij het NHG ingediende aanvragen voor onderzoek vermeldt als nummer twee het onderwerp *Morbiditeitsstatistiek*.

Het initiatief ging uit van M. J. W. de Groot, destijds werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden, en werd ingegeven door de behoefte aan inzicht in de volksgezondheid, dat met onder meer de doodsoorzakenstatistiek en de registratie van infectieziekten waarvoor aangifteplicht gold, nog zeer gebrekkig was. De belangstelling van de huisartsen voor een morbiditeitsonderzoek kan worden gezien tegen de achtergrond van de destijds al sterk toenemende verschillen in morbiditeitspectrum tussen de setting waarin de huisarts werd opgeleid en zijn dagelijks werkelijkheid in de praktijk. Op deze verschillen had de Engelse huisarts Keith Hodgkin reeds in 1956 gewezen. Aangevoeld werd dat voor het bestaansrecht van de huisartsgeneeskunde het beschrijven en

analyseren van de morbiditeit in de huisartspraktijk een fundamentele voorwaarde is.

Een belangrijke stimulans vormden de morbiditeitsonderzoekingen in Britse huisartspraktijken. Na enkele individuele exercities, zoals die van Will Pickles (1939) en John Fry (1947), was Logan in 1953 erin geslaagd gegevens over de morbiditeit te verkrijgen uit acht praktijken, gedurende twee jaren, en was in 1951 het General Register Office begonnen uittreksels uit de medische dossiers van tien huisartsen te verzamelen en te analyseren. Deze onderzoekingen leidden tot het opzetten van de First National Morbidity Survey, een gemeenschappelijk project van het GRO en het College of General Practitioners, waarbij 171 huisartsen uit 106 praktijken gedurende één jaar (1955-56) gegevens verzamelden over de morbiditeit van bijna 400.000 patiënten in Engeland en Wales.

Met het morbiditeitsonderzoek deed vanuit Groot-Brittannië de epidemiologische benadering schuchter haar intrede in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Een bijzonder gunstige omstandigheid hierbij was en is, dat iedere Nederlandse huisarts, evenals zijn Britse collega, in zijn praktijk met een redelijk goed omschreven gedeelte van de bevolking te maken heeft. Dientengevolge hoefde het *denominator-problem* hier te lande geen belangrijke rol te spelen en kon de morbiditeit direct worden herleid tot de *population at risk*. In 1964 werd nog slechts bij uitzondering een morbiditeitsonderzoek in dit tijdschrift gepresenteerd in termen van absolute aantallen nieuwe gebeurtenissen

* Deze gegevens hebben betrekking op de periode juli 1979-eind 1980.