

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.

per tijdseenheid, zonder dat deze betrokken werden op de omvang van de praktijkpopulatie.

Andere moeilijkheden dienden zich aan voor de Nederlandse huisartsen, die nog nauwelijks het stadium van de individuele morbiditeitsonderzoekingen in eenmanspraktijken waren ontwassen. De National Morbidity Survey bleek erg duur en gaf geen inzicht in het ziektebe- loop. Nog jaren was het opzetten van een morbiditeitsonderzoek een punt van aanhoudende zorg, blijkens de jaar- verslagen van de CWO.

In 1960 toonde het Centrum Friesland van het Genootschap belangstelling voor een morbiditeitsonderzoek, de CWO verklaarde zich bereid tot actieve ondersteuning, en met het NIPG werd opnieuw contact opgenomen om over de statistische problemen te praten. Besprekingen van de CWO volgden met de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en met de afdeling Gezondheidsstatistiek van het CBS, waarvan De Groot hoofd was gewor- den. In hetzelfde jaar (1963) verrichtte de CWO enkele proefonderzoekingen naar de morbiditeit met gebruikmaking van de *mark-sensing* kaart.

Tot een doorbraak kwam het echter niet. In de loop van 1964 dreigde het schip te stranden.

De tweede fase van het NHG

Intussen was de geest van de Woudscho- ten-conferentie (1959) minder vaardig geworden over het NHG. Tijdens de con- ferentie van 1964 op de Pietersberg nam de top van het Genootschap met enige weemoed afscheid van de grootse visie en idealen, zich realiserend dat veldon- derzoek en experimenten waren gebo- den om de ontwikkelingen vaart te ge- ven. De tweede fase van het NHG was hiermee ingeluid.

Nadat duidelijk was geworden dat een landelijke, continue registratie van de totale morbiditeit niet was te verwezen- lijken, koos de CWO uiteindelijk voor een serie deelonderzoekingen. Door achtereenvolgens verschillende (groe- pen) „ziekten” te belichten hoopte men het probleem van een te grote belasting van de registrerende huisartsen te om- zeilen en op den duur een mozaïek van de gehele morbiditeit in de huis- artspraktijk te verkrijgen. In samenwer- king met het Nederlands Huisartsen In- stituut, dat in 1964 zijn activiteiten was begonnen, kwamen verschillende deel- onderzoekingen tot stand, zoals over hart- en vaatziekten en over de meno- pauze. Tot een volledig mozaïek kwam

het echter niet. Een andere benadering was nodig.

Reeds in 1959 had Bos, destijds huisarts in Vlaarding en lid van de CWO, geop- perd een morbiditeitsonderzoek niet te laten steunen op een groep dagelijkse medewerkers, maar op een groot aantal huisartsen die bij toerbeurt gegevens zouden registreren (1959) *Huisarts en Wetenschap* 3, 19-21. De idee lag ten grondslag aan het zogenaamde *intermit- terende morbiditeitsonderzoek* (IMO), dat in december 1966 begon en een jaar zou duren.

Het IMO was een gemeenschappelijk project van CWO en NHI. De deelnemen- de huisartsen vormden een selecte groep, samengesteld uit tweeënvijftig vrijwilligers die al enige ervaring had- den opgedaan met morbiditeitsregistra- tie. De deelnemers waren echter zodanig gekozen dat de praktijkpopulaties qua regio en urbanisatiegraad een rede- lijke weerspiegeling gaven van de Ne- derlandse bevolking, zij het met een ondervertegenwoordiging van de grote steden. Iedere deelnemer registreerde één week per kwartaal de morbiditeit, zodat na een jaar het equivalent van vier huisartsenjaren was geregistreerd. Het NHI verrichtte een praktijk telling vol- gens het kaartsysteem om de grootte van de onderzoekpopulatie (ruim 150.000 patiënten) en de samenstelling naar leeftijd en geslacht weer te geven. Ongeveer tezelfdertijd verrichtten vijf van de huisartsen die deelnamen aan het IMO, een continue morbiditeitsregistra- tie (bijna 19.000 patiënten) gedurende ten minste één jaar.

Beide onderzoekingen vormden de ba- sis voor een drietal publikaties in *Huis- arts en Wetenschap* – (1969) 12, 309-324; (1970) 13, 24-28; (1970) 13, 354-362 – van de hand van de Haagse huisarts Oliemans en het toenmalige NHI-staflid De Waard, en van het proefschrift van Oliemans, *Morbiditeit in de huis- artspraktijk*, dat in 1969 verscheen in de NHG-serie *Bouwstenen voor de huis- artsgeneeskunde*. De talloze verwijzin- gen naar deze publikaties illustreren het belang van het morbiditeitsonderzoek voor de ontwikkeling van de huisartsge- neeskunde, maar maken het tevens wein- ig zinvol de resultaten hier nog eens te releveren. Het materiaal is inmiddels ook verouderd.

De waarde van het onderzoek van 1966- 67 lijkt ook niet zo zeer – of althans niet uitsluitend – te liggen in de directe resul- taten als wel in een aantal neveneffec- ten. Een voorbeeld hiervan is het op gang komen van de discussie over de fundamentele vraag hoe een voor de

huisarts aanvaardbaar classificatiesys- teem voor problemen in de eerstelijns gezondheidszorg er uit zou moeten zien. Lamberts werkt op basis van zijn morbi- diteitsanalyse van 1972 in Ommoord het concept probleemgedrag uit. Verder in- troduceerde hij in Nederland de *Inter- national classification of health prob- lems in primary care* en de *Reasons for contact classification*.

Een tweede, gedeeltelijk aan de eerste parallel lopende ontwikkeling is te be- speuren in de verschuiving van het den- ken over „morbiditeit”. Leek aanvan- kelijk het probleem slechts te zijn hoe de met de patiënt binnenwandelede „morbiditeit” op uniforme wijze te rubriceren en in te passen in een classi- ficatiesysteem, om vervolgens de ver- schillende codenummers te turven, al- lens werd sterker de aandacht gericht op vraagstukken zoals het „labelings- proces”, de „interdokter-variantie” en het „valuta-wisselverkeer” (Lamberts).

De zeventiger jaren

Tot een herhaling van het nationaal morbiditeitsonderzoek, zoals in het Verenigd Koninkrijk, is het in Neder- land niet gekomen. Uit haar jaarversla- gen blijkt ook niet dat de CWO dit ooit serieus heeft overwogen. Wel is er een lijn van het IMO naar de *Continue morbi- diteits registratie* in peilstations. Deze CMR wordt sinds 1970 verzorgd door ruim vijftig huisartsen, verspreid over geheel Nederland (dertig van de oor- spronkelijke deelnemers participeerden ook in het IMO). Het project ontstond op initiatief van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezond- heid, waarvoor sinds 1962 een aantal huisartsen reeds als peilstation fungeer- de voor het melden van enkele besmet- telijke ziekten. Pogingen van de GHI om het bestaande netwerk van peilstations een voor Nederland representatief ka- rakter te geven, sloten goed aan bij ini- tiatieven die in dit verband door NHG en NHI werden geëntameerd. De eerste projectleider werd door de GHI ter be- schikking gesteld. De registratie zou gaan geschieden vanuit het NHI en de computerbewerking op de GHI. Het Praeventiefonds zorgde voor de finan- cierung. Een programmacommissie on- der voorzitterschap van de directeur van het NHI werd belast met het samenstel- len van een programma van wekelijks te rapporteren „ziektebeelden”. Het doorgaans tot een achttal onderwerpen beperkte programma kon jaarlijks wor- den bijgesteld. De registratie is niet per- soonsgebonden. Een samenvatting van

het jaarverslag wordt telkenjare gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*.

Naast de beperkte morbiditeitsregistratie vanuit het landelijk netwerk van peilstations ontstonden op initiatief van de GG en GD's plaatselijke peilstationsprojecten in Rotterdam (1965), 's-Gravenhage (1968) en Amsterdam (1979). De rubriek *Epidemiologische notities* in dit tijdschrift is voor een belangrijk deel gebaseerd op gegevens uit de Rotterdamse peilstations.

In 1971 startte het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met een continue morbiditeitsregistratie. Motieven waren het besef dat zowel het onderwijs in de klinische geneeskunde als de medische literatuur vrijwel geheel zijn gebaseerd op het morbiditeitspectrum in academische ziekenhuizen, en het besef dat de eerste stap in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde een omschrijving van het eigen terrein en de eigen taak zou moeten zijn. De registratie vindt plaats in vier praktijken in en om Nijmegen met in totaal 12.000 patiënten. De morbiditeitsregistratie wordt aangevuld met eveneens continu bijgehouden databestand met betrekking tot een aantal kenmerken van de in de vier praktijken ingeschreven patiënten en gezinnen. De hieruit verkregen informatie vormt de basis voor een groot aantal artikelen, zoals de serie

Huisartsgeneeskundige conferenties, voor een aantal dissertaties en voor het onderwijs in de basisopleiding en de beroepsopleiding. Het databestand vormde een van de grondslagen voor het in 1978 verschenen boek van Huygen, *Family medicine. The medical life history of families*, een indrukwekkend longitudinaal onderzoek van familiepatronen met behulp van gegevens van gezinnen uit de eigen praktijk, verzameld over een periode van bijna dertig jaren!

In 1974-75 verscheen een drietal artikelen van Lamberts over de morbiditeitsanalyse in de groepspraktijk Ommoord. Deze knappe analyse berust op één jaar (1972) morbiditeitsregistratie in vier praktijken met in totaal bijna 11.000 patiënten, en betekende een karwei van ruim zes jaar, waarvan het resultaat door de auteur werd omschreven als „de haardos waaraan de glibberende en af en toe wegzakkende vernieuwer zichzelf uit de modder moet trekken”. Lamberts bracht een fundamentele wijziging aan in het door Oliemans en het NUHI gehanteerde classificatiesysteem, de aan de Nederlandse situatie aangepaste en vertaalde *E-list* van het Britse zuster-genootschap, door de classificatie van probleemgedrag mogelijk te maken. Van de gehele populatie vertoonde 18 procent manifest probleemgedrag geba-

seerd op een expliciet naar voren gebracht leefprobleem; 29 procent leefde in gezinsverband met iemand die met zijn huisarts leefproblematiek besprak. De gespletenheid van het referentiekader van de huisartsgeneeskunde kwam hiermee duidelijk aan het licht. Verder bleek dat de persoon van de huisarts een duidelijke en omvangrijke rol speelt in het tot stand komen van ziekte- en probleemgedrag (interdoctor-variatie) „Diagnosen” konden meer zeggen over de huisarts dan over de patiënt. Nadien heeft Lamberts nog belangrijke bijdragen geleverd aan onder meer het *Monitoring project*. De publikaties hierover zullen de regelmatige lezer van *Huisarts en Wetenschap* nog vers in het geheugen liggen.

Tot besluit

Deze historische schets van het morbiditeitsonderzoek in Nederland geeft duidelijk aan met hoeveel inzet en volharding door velen is (en wordt) gewerkt aan het funderen van de huisartsgeneeskunde. Deze arbeid blijkt weinig gemeen te hebben met wat oorspronkelijk, deels uit onervarenheid door het ontbreken van een wetenschappelijke traditie, werd gezien als een simpelweg registreren en tellen van „aangeboden morbiditeit”.

Capita selecta uit de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en het voorontwerp Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)

Regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (Wet voorzieningen gezondheidszorg)

DERDE NADER GEWIJZIGD ONTWERP VAN WET
26 mei 1981

HOOFDSTUK III. KWALITEIT

Artikel 5

Ter waarborging van een goede hulp- of dienstverlening worden bij algemene maatregel van bestuur eisen vastgesteld waaraan krachtens artikel 1, tweede lid, aangewezen voorzieningen, uitgaande van instellingen voor gezondheidszorg, moeten voldoen. Deze eisen kunnen ten aanzien van verschillende categorieën van voorzieningen verschillend worden vastgesteld.

Artikel 6

1. De in artikel 5 bedoelde eisen hebben in elk geval betrek-

king op de benodigde personele bezetting en materiële middelen en de zorg voor hygiëne en veiligheid, alsmede op de zorg voor het goed en doelmatig functioneren.

2. Zij bevatten bovendien de nodige waarborgen ten behoeve van degenen die van de voorzieningen gebruik maken en hebben daartoe in ieder geval betrekking op:

- het recht op informatie omtrent de eigen gezondheidstoestand en de te volgen behandeling;
- het beginsel dat een behandeling slechts plaatsvindt met toestemming van de betrokkene;
- de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
- het recht op bescherming bij wetenschappelijk onderzoek;
- een onafhankelijke behandeling van klachten.

3. Zij hebben ter bevordering van het democratisch functioneren van de instellingen betrekking op:

- de evenwichtige vertegenwoordiging van de gebruikers, het personeel, de vrijwilligers en de overigen in het bestuur;
- de spreiding van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- de openheid bij de werving van bestuursleden;
- de periodieke openbare verslaglegging en de openbaarheid van vergaderingen en documenten;
- de bescherming van de belangen van de gebruiker.