

Bewerkelijkheid nader bekeken

Een poging tot kwantificering van een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk

G. VAN DER WAL EN R. C. J. SMEENK*

In dit artikel wordt een poging gedaan greep te krijgen op een tweetal bewerkelijkheidsfactoren in de huisartspraktijk; een aanzienlijke migratie en een sterke oververtegenwoordiging van patiënten van „buitenlandse” afkomst. Uit een onderzoek in de eigen praktijk blijkt dat de contactfrequentie van respectievelijk recent verhuisde en Turkse/Marokkaanse patiënten aanzienlijk hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. De consequenties voor het dagelijks werk worden goed duidelijk, als men die hogere contactfrequentie omrekent in „extra” patiënten. Op grond hiervan wordt gepleit voor een differentiëring binnen het bestaande systeem van abonnementshonoraria.

Inleiding

Vijf jaar geleden beschreven Querido en Voorn in *Medisch Contact* hun respectieve bewerkelijke praktijkjes.^{1 2} Sindsdien heeft het thema bewerkelijkheid nog aan actualiteit gewonnen, vooral vanwege de toegenomen verschillen in bewerkelijkheid. Zoals bekend, wordt aan deze verschillen geen recht gedaan in het huidige uniforme abonnementssysteem.

Ook wij zijn werkzaam in een bewerkelijke praktijk. Twee aspecten van die bewerkelijkheid, de sterke migratie en het grote aantal „buitenlanders”, komen in dit artikel aan de orde.

1. Landelijk neemt het aantal verhuizingen al jaren toe, maar in de grote steden speelt dit verschijnsel een aanzienlijk grotere rol dan daarbuiten, en dat geldt nog eens a fortiori in een stadsvernieuwingswijk als de onze, de Amsterdamse Kinkerbuurt. Onze praktijk wordt dan ook gekenmerkt door een sterk verloop: een groot aantal vertrekkende en een groot aantal nieuwe patiënten. Onze subjectieve ervaring was, dat dit gegeven ons dagelijks werk nogal verzwaarde.

In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden voor een verband tussen mobiliteit en gezondheid c.q. gezondheidsge-drag. Thomassen vond dat patiënten, na

een verandering van woon- en leefomgeving, in de eerste achttien maanden gemiddeld 35 procent meer contacten met hun huisarts hadden dan daarvoor. Bovendien hadden zij gemiddeld 40 procent meer contacten dan patiënten die al langer gevestigd waren.

Deze verschillen konden niet verklaard worden door variabelen als gezinsgrootte, leeftijd van de gezinsleden, huisarts, verzekeringsvorm, woning en woonomgeving; kennelijk speelde de verandering van woonomgeving hierbij wél een belangrijke rol. Vooral allerlei op het totale functioneren betrokken klachten, zowel van psychische als van somatische aard, kwamen kort na de verhuizing frequent voor. Daarbij viel op dat de contactfrequentie en het aantal geuite klachten vanaf ongeveer twee maanden na de verhuizing begonnen toe te nemen. Na verloop van tijd volgde dan een daling van de contactfrequentie en na anderhalf jaar was tenslotte het „normale” peil weer bereikt.³

2. Behalve door een sterke migratie wordt onze praktijk gekenmerkt door een groot aantal (25-30 procent) „buitenlanders”. De indruk bestond dat buitenlandse werknemers en hun gezinsleden de huisarts vaker consulteren dan de „gemiddelde” patiënt. Ook hiervoor was in de literatuur steun te vinden. Buitenlandse – en in het bijzonder Turkse en Marokkaanse – patiënten zijn veelal geneigd de vaak in ruime mate bestaande psychosociale

problemen te individualiseren en te somatiseren. Bovendien zijn er talrijke lichamelijke stoornissen, vooral van het houdings- en bewegingsapparaat, ten gevolge van het zware werk dat buitenlandse werknemers hier verrichten. Afgezien daarvan wordt de bewerkelijkheid van deze groep nog versterkt door taal- en communicatiestoornissen en allerlei culturele en religieuze verschillen.^{4, 5}

In ons onderzoek hebben wij gepoogd de twee genoemde bewerkelijkheidsfactoren te kwantificeren voor onze eigen praktijk.

Methode

1. In 1981 hebben wij uit ons kaart-systeem alle ziekenfondspatiënten geselecteerd, die in de periode december 1975 - december 1977 door verhuizing in onze praktijk waren gekomen en daarna minstens drie jaar tot de praktijk hadden behoord. Voor deze 82 patiënten hebben wij de contactfrequentie in de eerste drie jaar na de verhuizing vastgesteld.

2. Het tweede deel van het onderzoek is beperkt tot onze Turkse en Marokkaanse patiënten; deze maken tezamen 15,2 procent van de totale patiëntenpopulatie uit, en 56,7 procent van het „buitenlandse” aandeel daarin.

Voor de maanden mei, augustus en november 1979 en februari 1980 hebben wij de contactfrequentie van deze patiënten vastgesteld. Daarbij zijn telefonische contacten en visites buiten beschouwing gelaten.

Resultaten

1. Uit de tabel blijkt dat de contactfrequentie in het eerste jaar 43 procent hoger was dan in het tweede jaar. Een vergelijking van het eerste met het derde jaar levert zelfs 67 procent meer contacten in het eerste jaar op. Het omslagpunt ligt omstreeks de achttien maanden: vóór dat tijdstip bedroeg

Tabel 1. Migratie en contactfrequentie (n=82).

Aantal maanden na verhuizing	Totaal aantal contacten	Gemiddeld aantal contacten op jaarbasis
0 - 12	514	6,3
0 - 18	719	5,8
12 - 18	205	5,0
12 - 24	359	4,4
18 - 24	154	3,8
18 - 36	461	3,7
24 - 36	307	3,7

* Beide auteurs zijn huisarts in het Dirk van Nimwegen Centrum te Amsterdam.

de contactratio 5,8 (tegen een landelijk gemiddelde van 3,5), in de volgende anderhalf jaar was dat 3,7.

Onze bevindingen zijn dus een bevestiging van de conclusie van Thomassen³ dat patiënten na een verandering van woon- en leefomgeving een extra beroep doen op de huisarts.

2. Het aandeel in de contacten van de Turkse en Marokkaanse patiënten bedroeg in de onderzochte periode 21,5 procent, tegen een aandeel in de praktijk van 15,2 procent. De contactratio bedroeg 4,9 (landelijk gemiddelde 3,5). De aanwezigheid van een groot aantal Turkse en Marokkaanse patiënten betekent dus inderdaad een duidelijke bewerkelijkheidsfactor.

Overigens hebben wij het vermoeden dat slechts een bepaald deel van de Turkse en Marokkaanse patiënten verantwoordelijk is voor deze hoge cijfers. Wij zullen dit nog nader onderzoeken.

Beschouwing

Contactfrequentie en praktijkgrootte

1. De bewerkelijkheid ten gevolge van een hogere contactfrequentie wordt duidelijk zichtbaar, als we de hogere contactfrequentie omrekenen in „extra” patiënten.

Het percentage verhuisde patiënten – afkomstig uit een andere wijk of stad of provincie – bedraagt in onze praktijk 30 procent per jaar. Dit percentage is sinds 1980 stabiel gebleven. In de onderzoeksperiode was het gemiddelde landelijke migratiecijfer 4 procent, een verschil dus van 26 procent.

Nemen we als uitgangspunt de gemiddelde contactfrequentie in onze praktijk in het eerste jaar ná de verhuizing (6,3)

en de landelijk gemiddelde contactfrequentie (3,5), dan hebben wij, bij een aantal van 2000 ziekenfondspatiënten in onze praktijk ten tijde van het onderzoek, als het ware 416 ziekenfondspatiënten „extra” (*figuur*).

Opgemerkt moet worden dat dit nog hoger zou uitvallen, als we ook de hogere contactfrequentie van de eerste helft van het tweede jaar zouden meerekenen.

We hebben dit niet gedaan, omdat ook weer een – onbekend – aantal patiënten binnen één jaar de praktijk verlaat: een gegeven dat het aantal „extra” patiënten zou drukken. Verder is buiten beschouwing gebleven, dat zowel nieuwe als vertrekkende patiënten extra tijd kosten, in verband met het opvragen, bestuderen en archiveren van hun dossier, c.q. het opsturen (bij voorkeur met een „ontslagbriefje”) van hun gegevens naar de nieuwe huisarts.

2. In 1980 telde de gemiddelde Nederlandse huisartspraktijk 1,3 procent Turken en Marokkanen, tegen onze praktijk 15,2 procent, een verschil van 13,9 procent.

Vertalen we de hogere contactfrequentie weer in patiënten, dan levert dat 111 „extra” patiënten op (*figuur*).

Deze rekenmethode zou niet geoorloofd zijn als onze gemiddelde contactratio lager zou zijn dan het landelijk gemiddelde. Dit is echter niet het geval. Onze contactfrequentie is 4,4 (ziekenfonds + particulier) per jaar, bij een verhouding ziekenfonds: particulier van 5:1. Het landelijk gemiddelde is 3,5 voor ziekenfondspatiënten en 2,5 voor particulier verzekerden. Deze hogere contactfrequentie wordt voor circa 70

procent veroorzaakt door de twee onderzochte bewerkelijkheidsfactoren.

Het is ook niet zo dat onze contactratio is opgestuwd door een kortere consultduur. Deze is bij ons gemiddeld 12,5 minuut. Ter vergelijking: de LHV vond, op basis van enquêtemateriaal, een gemiddelde consultduur van zes minuten en beschouwt tien minuten als wenselijk.

Differentiatie abonnementssysteem

Extra bewerkelijkheid dient naar onze mening te leiden tot een financiële tegemoetkoming.

Voor ziekenfondspatiënten zou dit een differentiatie van het abonnementshonorarium betekenen, bijvoorbeeld op basis van het aantal „extra” patiënten. In de *figuur* is ook een algemene formule gegeven waarmee dat aantal „extra” patiënten berekend zou kunnen worden. De extra honorering zou kunnen bestaan uit een toeslag ter grootte van het honorariumdeel van het abonnementsbedrag per „extra” patiënt per jaar.

Omdat het niet haalbaar lijkt om in alle praktijken contactfrequenties te meten, zou landelijk, zo nodig op grond van meer onderzoek, een standaardnorm per bewerkelijkheidsfactor voor het quotiënt d/e moeten worden vastgesteld. In ons onderzoek is dat voor migratie 1,8 en voor buitenlandse werknemers/Turken en Marokkanen 1,4.

Uiteraard zijn verschillen in bewerkelijkheid pas financieel hanteerbaar – dat wil zeggen te gebruiken voor een differentiatie in het abonnement – wanneer het om aanzienlijke verschillen gaat. Dit betreft het verschil in grootte van de bewerkelijkheidsfactor zelf (b-c) en het verschil in bewerkelijkheid c.q. de contactratio (d-e). Veel extra bewerkelijke groepen zijn ongeveer gelijk over alle praktijken verdeeld zodat ze in dit kader niet meetellen (bijvoorbeeld vrouwen, chronisch zieken).

Het is ook denkbaar dat bepaalde groepen in een praktijk ondervertegenwoordigd zijn. In onze praktijk gaat dat op voor een vaak genoemde bewerkelijkheidsfactor, namelijk bejaarden. Met dezelfde formule is dan een aantal „extra” patiënten in negatieve zin te berekenen.

Stellen we dat bejaarden tweemaal zoveel op het spreekuur komen, dan betekent dit bij ons dat er 102 „extra” patiënten moeten worden afgetrokken. De netto extra bewerkelijkheid van onze praktijk zou dan 425 zijn.

Figuur. De formules.

1. Berekening van het aantal „extra” patiënten ten gevolge van de migratie:

$$2000 \times \frac{26}{100} \times \left(\frac{6,3}{3,5} - 1 \right) = 416$$

2. Berekening van het aantal „extra” patiënten ten gevolge van de hogere contactfrequentie van Turkse en Marokkaanse patiënten

$$2000 \times \frac{13,9}{100} \times \left(\frac{4,9}{3,5} - 1 \right) = 111$$

3. Algemene formule ter berekening van het aantal „extra” patiënten:

$$a \times \frac{(b-c)}{100} \times \left(\frac{d}{e} - 1 \right)$$

a = aantal ziekenfondspatiënten;
b = percentage bewerkelijkheidsfactor in betreffende praktijk;
c = percentage bewerkelijkheidsfactor in gemiddelde praktijk;
d = contactratio gemeten bewerkelijkheidsfactor
e = gemiddelde landelijke contactfrequentie.