

Huisarts & praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

DR. J. W. VAN REE, W. J. H. M. VAN DEN BOSCH EN
G. E. H. M. RUTTEN

Praktijkmanagement en hypertensiebeleid*

Sinds 1980 zijn in *Huisarts en Wetenschap* zo'n twintig verslagen van Nijmeegse „huisartsgeneeskundige conferenties” gepubliceerd. Het volgende artikel wijkt in zoverre af van eerdere afleveringen, dat het nu niet gaat om de diagnostiek en behandeling van een veel voorkomende aandoening of klacht (het *proces*), maar om de *structuur*: de vraag die in deze conferentie aan de orde is, luidt in hoeverre een bepaalde praktijkorganisatie een absolute voorwaarde is voor een effectief hypertensiebeleid door de huisarts.

Inleiding

Het zal duidelijk zijn dat er bij onze maandelijkse samenkomsten over meer wordt gesproken dan alleen over ziekten. Zo houden wij elkaar op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen in ons vak: door „literatuebewakers” wordt steeds bericht over relevante publicaties, en dissertaties van huisartsen en andere voor ons belangrijke proefschriften worden gerefereerd. De commentaren van lezers op gepubliceerde HGH-conferenties worden ook altijd besproken.

Dit soort activiteiten gaf nooit aanleiding tot publiceren, maar in dit geval lag de situatie anders. Steeds opnieuw ontstond er een discussie over het onderwerp praktijkmanagement en hypertensiebeleid, doordat een van de deelnemers herhaaldelijk met onderzoeksgegevens kwam die op dit onderwerp betrekking hadden. Wij besloten uiteindelijk dit onderwerp eens goed uit te praten en wilden proberen tot een soort gezamenlijk standpunt te komen. Dit standpunt zou niet alleen voor onze eigen praktijkvoering van belang zijn, maar ook betekenis moeten hebben voor het onderwijs en de nascholing vanuit ons instituut.

* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen en problemen (zie *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 13-5). De lezer dient zich te realiseren dat het bij deze huisartseneeskundige conferenties meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging, nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

Hypertensiebeleid: schijn en werkelijkheid

Enkele deelnemers was het al vaker opgevallen dat huisartsen over het algemeen hun eigen prestaties erg positief beoordelen. Hypertensie, zegt men, wordt goed bestreden: de bloeddruk wordt bij de meeste mensen gemeten, patiënten komen regelmatig voor controle en het niveau van de bloeddruk is zeer bevredigend ingesteld. In het algemeen natuurlijk. Op de vraag hoe men tot deze opvatting komt, wordt gezegd dat men een goed inzicht kon krijgen in de therapietrouw via het ondertekenen van de herhaalrecepten.

Bij objectieve onderzoeken blijkt echter het tegendeel. Niet alleen bij bevolkingsonderzoeken, maar ook bij onderzoek in de praktijken van NUH-medewerkers bleek de „regel van de helft” te gelden: de helft van de hypertensiepatiënten is bekend, de helft van deze patiënten wordt behandeld, en de helft van de behandelden wordt *goed* behandeld. Opvallend waren de verschillen tussen de praktijken: terwijl in twee van de zes praktijken liefst 75 procent van de ontdekte hypertensieven „nieuwe” patiënten waren (dus voordien niet bekend en dus waarschijnlijk nooit eerder gemeten), bleek deze groep in een andere praktijk beperkt tot minder dan 20 procent. Ook waren er grote verschillen met betrekking tot de behandelingsstatus: het percentage bekende hypertensieven dat onder behandeling stond, varieerde van 2 tot 50 procent. Niet verrassend zal het percen-

tage goed behandelde hypertensieven zijn: dit varieerde van circa 20 tot circa 80 procent. Hoe nutteloos „behandeling” kan zijn, bleek uit het feit dat in een van de praktijken liefst 75 procent van de *medicamenteus* behandelde patiënten nog een te hoge bloeddruk had. Het zal duidelijk zijn dat deze feiten – uit eigen NUHI-onderzoek immers – ter sprake kwamen in onze conferenties. De betrokken artsen waren hierover zeer verbaasd en zij waren beslist van plan hierin verandering te brengen. Dat lukte en door een systematische aanpak verdwenen de grote verschillen tussen de praktijken binnen een jaar geheel.¹ De discussie laaide weer op toen de resultaten bekend werden van een evaluatie-onderzoek in dezelfde praktijken, bij dezelfde hypertensiepatiënten. Tot onze schrik bleek dat het bereikte effect na drie tot vijf jaar voor een groot deel verloren was gegaan. Opnieuw waren er grote verschillen tussen de praktijken ontstaan: terwijl in de ene praktijk de resultaten zelfs nog waren verbeterd, waren in een andere praktijk veel patiënten zelfs uit de controle verdwenen. Zo bleek dat zowel de gemiddelde systolische als de gemiddelde diastolische bloeddrukwaarde van de behandelde patiënten in één praktijk tot *boven* het niveau bij de start van de behandeling waren gestegen. Het percentage dat de behandelings-streefwaarde bereikte, was in één praktijk nog hoger geworden (van 80 naar 90 procent), terwijl in een andere praktijk het oorspronkelijke percentage was gedaald van 70 naar 35 procent.²

Bij nadere analyse bleek dat er in de eerste praktijk een systematische praktijkvoering bestond, terwijl dat in de andere praktijken in het geheel niet of in „onderontwikkelde” vorm het geval was. De praktijkvoering bleek dus een belangrijke rol te spelen voor het langetermijn resultaat bij hypertensie. Opvallend was ook dat juist bij die patiënten die de huisarts wilde blijven controleren, omdat hij nog twijfelde of omdat hij niet meteen medicamenten wilde voorschrijven, de verslechtering van de bloeddruk het ergste was en de uitval het meest massaal (75 procent); juist daar waar continue zorg zou moeten worden verleend, liet men de meeste steken vallen. Hoewel is aangetoond dat de huisarts, eventueel met medewerking van zijn assistente, hypertensie kan opsporen en behandelen³, en dat patiënten ook bereid zijn zich te laten behandelen,⁴ wordt ook nu weer bevestigd dat daar op de een of andere manier in de huisartspraktijk niet veel van te-

recht komt. Zelfs bij degenen die het goed willen doen, gaat het blijkbaar fout, zonder dat zij het in de gaten hebben. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat van specialistische kant steeds weer wordt aangedrongen op behandeling en controle in hypertensiepoliklinieken of in regionale centra.⁵ Dat is echter een doodlopende weg, omdat al jaren bekend is dat alleen de huisarts, eventueel met zijn assistente, in staat is hypertensiepatiënten over langere tijd te behandelen.⁶ En alleen dan kan behandeling effect hebben op morbiditeit en mortaliteit. Er moet dus nogal wat veranderen, wil de huisarts datgene wat hij zegt te moeten doen, ook werkelijk doen en wil hij zijn unieke positie in de gezondheidszorg waarmaken.

Naar een systematische praktijkvoering

In de praktijk met de goede resultaten bestaat een systematische praktijkvoering die gericht is op het „bewaken” van risicogroepen. Dit bewaken, verder beter *surveillance* te noemen, bestaat uit het bijhouden van registers van risicogroepen als hypertensiepatiënten en diabetici, waardoor het mogelijk wordt toezicht te houden op het wel en wee van deze groepen. Dit *surveilleren* van een risicogroep betekent dat inzicht wordt nagestreefd in de (controleerbare) gezondheidssituatie van een individuele patiënt, maar ook in die van de hele groep risicodragers.

Een van de aspecten die daarbij horen, is de consequente controle. Als de arts

met de patiënt tot de *gezamenlijke* beslissing is gekomen om tot (medicamenteuze) behandeling over te gaan, neemt hij de verantwoordelijkheid op zich ervoor te zorgen dat deze behandeling niet de mist ingaat. Dit betekent zowel een regelmatige controle als een goede effectieve behandeling. Daarom wordt bij hypertensiecontroles *altijd* een afspraak gemaakt voor dag en tijd van de volgende controle. Als de afspraak wordt „vergeten”, wordt de patiënt telefonisch benaderd voor een nieuwe afspraak. Meestal blijkt deze overigens zelf op te bellen, vaak nog dezelfde dag. Gemiddeld moet de assistente eenmaal per week opbellen om tot een nieuwe afspraak te komen. Dus eigenlijk een heel simpele procedure. Dat neemt niet weg, dat een dergelijke werkwijze

Stappen in het proces van anticiperende en surveillerende zorg voor hypertensiepatiënten

Essentieel voor het optimaal tot ontwikkeling komen van deze aspecten van zorg van een huisarts voor zijn patiënten is een goed functionerend kaartstelsel.

In dit proces zijn vier belangrijke stappen te onderscheiden:

1. Herkenning van de hypertensiepatiënt („opsporing”)

De anticiperende zorg die de huisarts op zijn lijf is geschreven,⁸ kan hier het meest naar voren komen. Allereerst kan hij beter dan tot nu toe lijkt te gebeuren,⁹ die patiënten meten die de meeste kans hebben op het hebben van hypertensie: familieleden c.q. gezinsleden van hypertensiepatiënten of leden van families met een belastende cardiovasculaire anamnese.¹⁰ Voortgaand kan hij binnen vijf jaar van praktisch 100 procent van zijn populatie de bloeddruk meten. Door deze waarde op de kaart te noteren, weet hij wanneer hermeting nodig is, bijvoorbeeld binnen vijf jaar, binnen één jaar of binnen korte tijd.¹¹ Het is duidelijk dat een actieve surveillerende zorg nodig is voor het vervolgen van de patiënt.

Screening door instanties van buiten de huisartspraktijk is zinloos, omdat altijd:

- slechts een deel van de populatie bereikt kan worden (35-75 procent);
- selectie van bepaalde groepen optreedt (leeftijd, geslacht, beroep);
- een dergelijke onderneming meestal beperkt is; hierdoor kan nooit de hele populatie bereikt worden en kan goede follow-up niet plaatsvinden.^{6, 12}

2. Onder behandeling nemen voor hypertensie

Niet iedere hypertensiepatiënt heeft medicamenteuze behandeling.¹¹ Om een nauwkeurig beeld van het niveau van de bloeddruk te krijgen, moeten verschillende

metingen plaatsvinden; het niveau bepaalt immers meestal de beslissing om wel of niet medicamenteus te behandelen. Zo zijn altijd minstens drie meetmomenten nodig, waarin steeds twee metingen worden gedaan, om een nauwkeurige beslissing te kunnen nemen. Als de bloeddrukverhoging slechts gering is, zijn meer meetmomenten nodig om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen.¹³

Het zal duidelijk zijn dat een surveillerende zorg, met bewaking van dit hele beslissingsproces, vooral in de huisartspraktijk met zijn continue zorgverlening optimaal uitvoerbaar is. Ook is duidelijk dat hiervoor een goede administratieve basis nodig is, die signalering van dreigende uitvallers mogelijk maakt. Een extra argument voor bereiken van een nauwkeuriger diagnostiek in de huisartspraktijk is de geringere kans op *pressor effect* door de vertrouwder omgeving, zeker als een assistente de herhaalmetingen uitvoert!

3. Het voortzetten van de controles

Als na nauwkeurige diagnostiek besloten is de patiënt te behandelen, hetzij met een algemeen advies, hetzij met medicamenten, blijft langdurige controle nodig. In het eerste geval voor het surveilleren van de licht verhoogde bloeddruk, in het tweede geval om het behandelingseffect te beoordelen en om een behandeling eventueel te wijzigen.

In het begin, zeker als het controleschema duidelijk is vastgelegd, geeft dat geen problemen.¹ Als er echter geen speciale surveillerende houding door de arts wordt ingenomen, blijkt op den duur minstens de helft uit de controle te verdwijnen.^{2, 14} In een eerder onderzoek stelden wij vast, dat van de 23 personen met een diastolische bloeddruk boven 115 mm Hg (!) er 11

bekend waren bij de huisarts maar niettemin geheel uit het zicht waren verdwenen en dus al lange tijd niet werden behandeld.¹ In een latere studie vonden wij dat liefst 75 procent van de te vervolgen hypertensiepatiënten zonder medicamenteuze behandeling, binnen vijf jaren na opsporing weer uit de controle was verdwenen. Dit gold in mindere mate ook voor de medicamenteus behandelde. Daarentegen bleek dat bij een actieve *surveillance* 100 procent systematisch werd gecontroleerd, terwijl niet één patiënt zich aan de behandeling onttrok. Waar deze *surveillance* ontbrak werd minder dan 50 procent systematisch gecontroleerd en was al meer dan 50 procent geheel uit de controle verdwenen.

4. Behandeling van de hypertensie („instellen”)

Dat „controle” ook „behandeling” zou betekenen, is een misverstand. Iedereen kent de „regel van de helft”, die zegt dat van de behandelde patiënten slechts de helft goed wordt behandeld, dat wil zeggen een voldoende bloeddrukdaling heeft bereikt.¹² Wij vonden echter ook dat een goede *surveillance* van de risicogroep positief gecorreleerd was met een goed behandelingsresultaat.² Het is overigens verontrustend dat er zoveel *fake*-behandeling bestaat. Zouden onze patiënten dat weten en ook goedkeuren?

Een bewust bezig zijn met een behandelingsbeleid waarin de bovengenoemde stappen bewust worden gezet, vereist een anticiperende en surveillerende zorg. „The reason for the poor control of hypertension in a community, therefore, is more likely to be a failure of doctors to take action on hypertension than a failure to detect it in the first place” (Heller¹⁵).

noodzakelijk lijkt, willen we op den duur enig effect kunnen verwachten.

Wat zijn nu de belemmerende en bevorderende factoren voor een dergelijke praktijkvoering? Wat zijn de consequenties voor de praktijken? Kunnen we tot een gezamenlijk standpunt komen? Waar liggen de verantwoordelijkheden voor behandeling?

Dit zijn enkele van de vragen die naar voren kwamen. Uit de discussies zijn de volgende onderwerpen van belang:

- De deelnemende huisartsen beaamden de noodzaak om hypertensie te behandelen, maar wel genuanceerd en met inachtneming van de ernst van de hypertensie en de eventuele aanwezigheid van andere risicofactoren. Verder is er wat dit betreft niet gediscussieerd, ook niet over de beste wijze van opsporen en de beste wijze van behandelen.

- Een belangrijk en emotioneel onderwerp was de verantwoordelijkheid voor de behandeling: waar ligt deze? We zagen dat het geheel aan de patiënt overlaten van de verantwoordelijkheid tot slechte controle leidde. Eigenlijk bleek hierover nog weinig te zijn nagedacht in de huisartsenwereld.⁷ Wij waren het erover eens dat de patiënt, als deze per se weigert, altijd de eindverantwoordelijkheid heeft. Maar waar eindigt de verantwoordelijkheid van de arts?

Er waren duidelijk twee tegengestelde meningen. Enerzijds een groep die zei: de huisarts kan trachten de patiënt te overtuigen met goede voorlichting, maar de patiënt zal het uiteindelijk zelf moeten doen. Een andere groep had als mening: omdat de patiënt dit niet kan weten en daarom de hulp van een deskundige nodig heeft, moet de huisarts niet alleen zorgen voor een goede bloeddrukbehandeling maar ook voor een praktijkvoering die erop gericht is dit zo goed mogelijk te bereiken. Daartoe moet er altijd sprake zijn van surveillance en is een waterdicht controlestelsel nodig.

De standpunten zijn na een aantal discussies niet geheel bij elkaar gekomen. Het pleidooi voor een actief beleid bleek wel steeds meer terrein te winnen, zeker toen de onderzoeksresultaten zo duidelijk wezen op het belang van een systematisch beleid op dit gebied.

- Een van degenen die dit per se niet wilden, had een totaal andere benadering. Deze had zichzelf „geëvalueerd” en hij vond het een „goed systeem”. Zijn wijze van werken berust op het geregeld

screenen van zijn praktijkbevolking. De personen bij wie een verhoogde bloeddruk is vastgesteld, worden door de praktijkassistente gecontroleerd. Hierbij worden geen vaste afspraken gemaakt, maar kunnen de patiënten te allen tijde bij de assistente binnenlopen om de bloeddruk te laten controleren. Dit systeem zou in de praktijk goed werken.

Doordat systematisch verzamelde gegevens over deze benadering ontbraken, was het niet mogelijk deze beweringen te staven. Daarnaast is het natuurlijk de vraag, of een dergelijke aanpak gemakkelijk getransporteerd zou kunnen worden naar een willekeurige andere praktijk. Dat bezwaar geldt veel minder voor de eerder beschreven methode. Zo blijkt dat in tandartspraktijken al sinds jaar en dag van dergelijke afspraaksystemen gebruik wordt gemaakt.

Ervaringen

In de praktijk waarin het beschreven afsprakensysteem gebruikelijk is, was men uiteraard zeer enthousiast. Als bijkomend voordeel werd vermeld dat een systematisch toepassen van zo'n afsprakensysteem tot gevolg heeft dat er minder telefoontjes voor het maken van herhaalafspraken bij de assistente binnenkomen.

De ervaring van anderen die hetzelfde in hun praktijk probeerden, was echter niet altijd even gunstig. Zo had men de ervaring dat mensen soms afhoudend reageerden. Men had „de agenda niet bij zich”. „Men kon zo lang in het voren niet zeggen of en wanneer men tijd had”. Men „belde liever zelf”, enzovoort. Niet duidelijk is, waarom het in de ene praktijk wel blijkt te gaan en in een andere niet. Zou dat aan verschillen in de aard van de bevolking liggen of misschien ook aan de huisarts zelf? Zouden onbewuste weerstanden bij de arts of bij diens praktijkassistente tegen zo'n benadering de animo van patiënten kunnen beïnvloeden? Duidelijk kwam immers naar voren, dat men aan beide kanten van de balie aan een dergelijk systeem zou moeten wennen.

Een van de deelnemers merkte op dat een belangrijke reden voor huisartsen om hypertensiepatiënten niet op optimale wijze te begeleiden weleens zou kunnen liggen in het honoreringssysteem. Er bestaat immers geen enkele financiële prikkel om extra aandacht aan deze groep te geven.

Hoewel deze reden soms mede oorzaak zal zijn voor het niet optimaal functioneren van huisartsen (in dit kader werd

ook gesproken van het semipermeabele membraan tussen huisarts en specialist), zijn wij op dit punt niet verder ingegaan. Het leek ons een factor die door ons niet is te beïnvloeden. Er zijn bij hypertensie meestal ook geen klachten waardoor een patiënt de arts tot handelen zou kunnen brengen. Artsen zijn echter eerder geneigd op symptomen te reageren dan op een risicofactor die alleen op de lange duur tot ziekte kan leiden.

Consequenties voor het onderwijs

Wat zou de voorgestelde werkwijze betekenen voor het onderwijs, en met name voor de opleiding van de arts-assistent?

Er werd zeer duidelijk gesteld, dat praktijkmanagement in het algemeen een ondergeschoven kind is in de opleiding tot huisarts. Slechts incidenteel wordt aandacht besteed aan een aantal praktische zaken rond de praktijkvoering. Daarbij komt dat de huisarts vooral geleerd wordt naar individuele patiënten te kijken. Te weinig aandacht wordt besteed aan inzicht in de patiëntenpopulatie als geheel, of in bepaalde specifieke patiëntengroepen. De nadruk ligt op: „Waarom komt deze patiënt nu bij mij met deze klacht?” En dan komt de volgende patiënt zijn aandacht vragen. Er is te weinig aandacht voor de vraag: hoe staat het met mijn beleid voor de groep hypertensiepatiënten? Heb ik overzicht over wat er met deze groep aan de hand is? Hoe vaak vallen patiënten uit de boot? Bij hoeveel is de bloeddruk nog te hoog? Hoe staat het met de wijze van behandeling die ik toepas? Is van al mijn patiënten boven de 20 jaar een bloeddrukmeting bekend? Kan ik dat op de kaart terugvinden? Kan ik in een oogopslag zien of een patiënt hypertensie (diabetes, CARA) heeft?

Een dergelijke benadering is geen gemeengoed! Willen we de arts-assistenten hiervan op de hoogte brengen, dan kan dat waarschijnlijk het beste via zijn opleider. In Nijmegen komt de arts-assistent in intensief contact met maar één opleider en deze behoort dan ook bij deze vragen betrokken te worden. Dit zal veranderingen vergen in de praktijkvoering van veel opleiders.

Slot

Uiteindelijk zijn wij niet tot een sluitende, gezamenlijke uitspraak gekomen. Wij waren het er wel over eens dat niet vrijblijvend gezegd kan worden dat de huisarts een belangrijke rol moet spelen

bij de opsporing en behandeling van hypertensie, zonder dat daar consequenties uit getrokken worden. Een van de consequenties zou een waterdicht afsprakensysteem moeten zijn. De afwezigheid van zo'n systeem blijkt in ieder geval tot massale uitval en bloeddrukstijging te leiden.

Er moet worden gekozen. Misschien kunnen wij onze patiënten eens vragen ons met de keuze te helpen. Huisartsen dienen eens te gaan nadenken over de wijze waarop zij hun „winkel runnen” en vooral met welk doel zij dat doen. Het was voor ons een bemoedigende ervaring dat hiermee, althans in onze conferenties, een begin is gemaakt.

¹ Van Ree JW. Assistentie en hypertensiebestrijding. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 49-53.

² Van Ree JW. Resultaten van Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 21-4; 53-8, 77.

³ Van der Feen JAE. Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1977.

⁴ Prins A. Mensen met verhoogde bloeddruk en hun bereidheid deze te laten controleren. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 124: 723-6.

⁵ Man in 't Veld AJ. Het advies inzake hypertensie van de Gezondheidsraad. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 123: 2145-7.

⁶ Podell RN, Gazy LR. Hypertension and compliance: implication for the primary physician. N Eng J Med 1976; 20: 1120-21.

⁷ Vrij A. Verantwoordelijkheden in de medische hulpverlening. Med Contact 1980; 25: 749-51.

⁸ Huygen FJA. Anticiperende geneeskunde: een nieuwe denkwijze voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1971; 14: 447-51.

⁹ Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie Pojekt [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

¹⁰ Anonymous Heridability of blood-pressure [Editorial]. Br Med J 1978; 127-8.

¹¹ Gezondheidsraad. Advies inzake Hypertensie. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

¹² Kasl SV. A social-psychological perspective on successful community control of high blood-pressure: a review. J Behav Med 1978; 4: 347-81.

¹³ Hebel JR, Apostolides AY, et al. Within-person variability in diastolic blood-pressure for a cohort of normotensives. J Chron Dis 1980; 33: 745-50.

¹⁴ Wilbur JA, Barrow JG. Hypertension, a community problem. Am J Med 1972; 52: 653-63.

¹⁵ Heller RF. Detection and treatment of hypertension in an inner London community. Br J Prev Soc Med 1976; 30: 268-72.

Hoeveel kost aanvullend laboratoriumonderzoek?

Resultaten van een kleine enquête onder huisartsen en arts-assistenten

G. WIELINK*

In hoeverre hebben (aanstaande) huisartsen inzicht in de kosten van aanvullend laboratoriumonderzoek? Ter beantwoording van deze vraag werd een enquête gehouden onder twaalf huisartsen en elf arts-assistenten. Uit de resultaten blijkt dat de kosten van veruit de meeste bepalingen te laag worden geschat. Dit is voor een belangrijk deel het gevolg van het volstrekt ondoorzichtige systeem van declaraties en vergoedingen door de ziektekostenverzekeraars. Meer inzicht in de werkelijke kosten zou kunnen bijdragen tot besparingen in de gezondheidszorg.

Inleiding

Bij het voorbereiden van een onderwijsprogramma over laboratoriumonderzoek in het kader van de opleiding tot huisarts kreeg ik de indruk dat men over het algemeen geen idee heeft van de kosten van aanvullend laboratoriumonderzoek. Deze observatie – die wordt bevestigd door de schaarse literatuur op dit gebied¹ – was aanleiding tot een klein onderzoek, dat is uitgevoerd tijdens het normale onderwijsprogramma. Doel was het verkrijgen van inzicht in de kennis van de kosten van laboratoriumonderzoek bij de betrokken huisartsen en arts-assistenten.

Methoden

Voor het onderzoek heb ik in eerste aanleg de twaalf huisartsopleiders en mijn elf mede-arts-assistenten benaderd. Daarna heb ik ook de huisartsbegeleider van de groep en de associés van twee van de opleiders gevraagd mee te doen.

Aan alle deelnemers werd gevraagd een enquêteformulier in te vullen met een aantal algemene en meer specifieke vragen betreffende de kosten van laboratoriumonderzoek. De arts-assistenten vulden het formulier in tijdens een terugkomdag, de huisartsen deden dat thuis (zonder de prijzen na te zoeken). Zoals bekend, worden de kosten van een laboratoriumbepaling uitgedrukt in

* Destijds arts-assistent in opleiding tot huisarts, thans werkzaam in het Wilhelmina ziekenhuis te Assen.

Spaander-punten (zo genoemd naar de geestelijke vader van het systeem), die zijn gebaseerd op de hoeveelheid arbeidstijd per onderzoek. De puntprijs wordt vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg², maar sommige laboratoria berekenen een afwijkende puntprijs (*bijlage*). Terwille van de vergelijkbaarheid heb ik hier een *puntprijs* van f 2,10 aangehouden.

Resultaten

Drie huisartsopleiders leverden hun formulier niet in, zodat er in totaal twaalf formulieren van huisartsen en elf formulieren van arts-assistenten waren.

- De eerste vraag luidde:
 - denkt u de kosten van laboratoriumonderzoek te kennen?
 - weet u van het bestaan van het puntensysteem voor de vergoeding van laboratoriumonderzoek?
 - kent u de prijs per punt?
 - weet u de puntenwaardering per onderzoek?

In tegenstelling tot de arts-assistenten weten alle huisartsen dat er een puntensysteem bestaat; geen van hen kent echter de prijs per punt of de puntenwaardering, terwijl slechts één huisarts denkt de kosten van laboratoriumonderzoek te kennen; in de praktijk blijkt hij echter alle prijzen consequent te laag te schatten (*tabel 1*).

- Vervolgens werd gevraagd of een aantal laboratoriumbepalingen wel of niet onder het abonnementshonorarium van het ziekenfonds vallen. In *tabel 2*