

Praktijkverkleining en de tijdsbesteding van de huisarts

Een literatuurstudie

P. VAN DER MEULEN EN C. SPREEUWENBERG

Leidt praktijkverkleining tot een betere uitvoering van de taken door de huisarts? In deze literatuurstudie is onderscheid gemaakt tussen structurele en inhoudelijke kenmerken van de tijdsbesteding. Op grond van het beschikbare onderzoek kan geen uitspraak gedaan worden over de relatie tussen praktijkomvang en tijdsbesteding. De verwachting dat verkleining van de normpraktijk zal leiden tot een betere uitvoering van het Basistakenpakket, is ongefundeerd. Hiermee is niet gezegd dat de 'model'-huisarts met een normpraktijk het Basistakenpakket kan uitvoeren. Maatregelen op het gebied van de structuur van de praktijkorganisatie en de honorering zijn eveneens een voorwaarde.

Inleiding

Een van de belangrijkste vragen in het kader van de discussie over de honorering van de huisarts, is de vraag bij welke praktijkgrootte de huisarts in staat is het *Basistakenpakket* verantwoord uit te voeren.

In dit kader is een literatuuronderzoek verricht naar de volgende aspecten:

- de relatie tussen enerzijds de praktijkomvang en een aantal *structurele* kenmerken van de tijdsbesteding door de huisarts;
- de relatie tussen de praktijkomvang en een aantal *inhoudelijke* taken van de huisarts;
- het *effect van praktijkverkleining op de tijdsbesteding* van de huisarts.

Structurele kenmerken

Onderzoek waarin het accent ligt op de relatie tussen praktijkomvang en de tijdsbesteding van de huisarts, is uitermate schaars. De twee belangrijkste publikaties zijn afkomstig uit Groot-Brittannië; in Nederland ontbreekt onderzoek op deze schaal. De Britse situa-

tie in de eerste lijn is echter goed te vergelijken met de situatie in Nederland.

De eerste publikatie is de omvangrijke *literatuurstudie* van *Butler* over de vraag wat een redelijke omvang voor een huisartspraktijk is. Volgens *Butler* ontbreekt het aan empirisch onderzoek waarop opvattingen over een redelijke praktijkomvang kunnen worden gebaseerd. Veel onderzoek is gedaan door individuele huisartsen in hun eigen praktijk. Er is daardoor een groot verschil in definities van begrippen, onderzochte perioden, praktijksamenstelling, enz., waardoor deze onderzoeken slecht met elkaar te vergelijken zijn.¹

De tijd besteed aan directe *patiëntenzorg*, meestal weergegeven in het aantal uren per week, loopt zeer sterk uiteen. Gegevens over de praktijkgrootte ontbreken in de meeste onderzoeken en op grond van het beschikbare materiaal is geen uitspraak te doen over een verband tussen praktijkomvang en tijd besteed aan patiëntenzorg.¹

De *consultduur* varieert sterk en hiervoor worden twee met elkaar samenhangende verklaringen gegeven. De belangrijkste is de rol die de inhoud van het consult speelt: psychosociale en psychiatrische problemen kosten de meeste tijd. Ook uit Nederlands onderzoek blijkt dat consulten met psychosociale problematiek gemiddeld twee keer zo lang duren als andere consulten. Bovendien gaat het vaker om herhaalconsulten.² De tweede verklaring is dat huisartsen met een grote(re) praktijk de gemiddelde consultduur korter houden; hiervoor zijn in het beschikbare onderzoeksmateriaal echter geen bewijzen gevonden. Er valt, aldus *Butler*, niets met zekerheid te zeggen over enige samenhang tussen praktijkomvang en consultduur.¹

Er zijn tamelijk sterke aanwijzingen dat een toename van de praktijkomvang gepaard gaat met een afname van de *consultfrequentie* (meestal gedefinieerd als het aantal consulten per 1000 patiënten per jaar). Dit geldt het sterkst voor visites. Een deel van de lagere consultfrequentie in grote praktijken is

waarschijnlijk een gevolg van het feit dat een geringer deel van de patiëntenpopulatie de huisarts bezoekt. Hiermee zou een kwart van het verschil in consultfrequentie tussen artsen met meer dan 3000 patiënten en artsen met minder dan 1500 patiënten kunnen worden verklaard. De rest van het verschil wordt verklaard door een geringer aantal contacten per consulterende patiënt. Of dit een gevolg is van het terugbestelgedrag van de huisarts, is niet met zekerheid te zeggen.¹

Uit een analyse van gegevens uit het tweede National Morbidity Survey blijkt, dat het aantal contacten op initiatief van de patiënt niet wordt beïnvloed door de praktijkomvang, maar het aantal contacten op initiatief van de huisarts wel.³ In een Nederlands onderzoek werd eveneens gevonden dat de praktijkomvang geen invloed had op de beslissing van de patiënt om naar de huisarts te gaan.⁴

De literatuurstudie van *Butler* is voor *Wilkin and Metcalfe* aanleiding geweest een uitgebreid *empirisch onderzoek* te doen naar de relatie tussen praktijkomvang en patiëntencontacten.⁵ Het onderzoek is verricht onder 199 huisartsen met meer dan 1000 geregistreerde patiënten per huisarts. Oudere huisartsen met kleine praktijken waren enigszins ondervetegenwoordigd. De registratie heeft plaatsgevonden gedurende vijftien dagen verdeeld over verschillende perioden, zodat een representatief beeld werd verkregen.

- Er werd een positieve correlatie gevonden tussen praktijkomvang en het *aantal consulten* per week; bij een praktijkomvang van 2000-2750 patiënten was dit verband echter heel gering. Bovendien was er over de hele linie genomen een grote variatie.

- Er was een matige negatieve correlatie tussen de *consultfrequentie* en de praktijkgrootte, zeker bij een praktijkomvang van meer dan 2500 patiënten.

- Verder was er een positieve correlatie tussen de praktijkomvang en de gemiddelde *tijd* die per week aan *patiëntencontacten* werd besteed, zij het dat ook dit verband bij een praktijkomvang van 2000-2750 patiënten heel gering was.

- Er was een negatief verband tussen praktijkomvang en de gemiddelde *tijd* die per jaar *per patiënt* werd besteed, vooral bij een praktijkgrootte van meer dan 2250 patiënten. Praktijkomvang en gemiddelde *consultduur* vertoonden bij een praktijkomvang tot 2750 patiënten nauwelijks enig verband; daarboven

P. van der Meulen, huisarts te Heerhugowaard; Prof. dr. C. Spreeuwenberg, hoogleraar huisartsgeriatrie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Correspondentie: P. van der Meulen, Vecht 10, 1703 KM Heerhugowaard.

lijkt er een zeer geringe negatieve correlatie te zijn.

De gemiddelde waarden camoufleren het feit dat er binnen de verschillende groepen van een bepaalde praktijkomvang een grote variatie in de onderzochte variabelen bestond. Deze variatie was het grootst in de kleinere praktijken.

De onderzoekers achten hun studie door zijn omvang en gestandaardiseerde opzet betrouwbaarder dan tot nu toe verricht onderzoek op dit gebied. Hun voornaamste conclusie is dat het verband tussen enerzijds praktijkomvang en anderzijds frequentie en duur van de patiëntencontacten gering is bij praktijken met minder dan 2500 patiënten. Het totaal aantal consulten en de tijd besteed aan spreekuur en vooral visites, dalen zonder dat de contactfrequentie en de beschikbare tijd per patiënt toenemen. Nader onderzoek op dit terrein is nodig. Overigens is bekend dat Butler bezig is met een zeer groot empirisch vervolgonderzoek.

Inhoudelijke taakaspecten

Er is weinig empirisch onderzoek over het verband tussen de praktijkomvang en de inhoudelijke tijdsbesteding van de huisarts. In veel gevallen gaat het om over beschrijvingen door huisartsen van hun eigen praktijkvoering.

In Nederland is een omvangrijk onderzoek gedaan naar de taken die huisartsen werkelijk uitvoeren, onder 93 voor het hele land als representatief te beschouwen huisartsen.^{6,7} Ruim de helft van de werktijd werd besteed aan patiëntgebonden activiteiten: diagnostiek, therapie, begeleiding, preventie en verwijzen. Er waren zeer grote verschillen in de tijd die aan de verschillende activiteiten werd besteed. Uit de analyse van de factoren die met deze grote verschillen kunnen samenhangen, blijkt dat er geen direct en eenvoudig verband is tussen praktijkomvang en de inhoud van de hulpverlening.

Eén van de meest besproken taken van de huisarts is het *verwijzen*. Door het toenemen van de beschikbare tijd ten gevolge van praktijkverkleining kan het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afnemen, zo wordt verondersteld.

Onderzoek op dit gebied heeft uitsluitend betrekking op ziekenfondspatiënten; over verwijzingen van particuliere patiënten is niets bekend. Onderzoek naar het verband tussen praktijkomvang en verwijsgedrag levert echter volstrekt tegenstrijdige resultaten op,

afhankelijk van de gevolgde methode van onderzoek.⁸ In de meeste gevallen wordt geen enkel verband gevonden.⁹⁻¹² In een recent onderzoek is echter een zeer gering negatief verband gevonden, zonder dat de auteur zich uitlaat over de mogelijke oorzaken hiervan.¹³

Ook ten aanzien van het *voorschrijfgedrag* van de huisarts wordt verondersteld dat een vermindering van de werkdruk door praktijkverkleining zal leiden tot een volumedaling. Er is vrij veel onderzoek gedaan naar het voorschrijfgedrag van (huis)artsen waaruit vooral blijkt dat er grote verschillen zijn. Zo schrijft in het werkgebied van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle de meest voorschrijvende huisarts 2,6 zoveel medicamenten voor als de minst voorschrijvende huisarts.¹⁴ Dergelijke verschillen worden eveneens door anderen gevonden. De meeste onderzoekers vinden echter geen verband met de praktijkgrootte.⁸ Bovendien interfereert de praktijkomvang met factoren als het aantal consulten per patiënt en het verwijsgedrag. Voorschrijven en verwijzen kunnen elkaars substituut vormen.¹⁵

Een belangrijk onderzoek naar het voorschrijfgedrag is verricht onder 118 niet-apotheekhoudende huisartsen in Twente.¹⁶ Hierin wordt een beeld gegeven van de 'veel', de 'weinig', de 'goedkoop' en de 'duur' voorschrijvende huisarts. Geen van deze huisartsen kenmerkt zich door het voeren van een kleine of grote praktijk. Wel heeft de 'veel' voorschrijvende huisarts relatief veel – vooral telefonische – contacten. Het omgekeerde geldt voor de 'weinig' voorschrijvende huisarts.

Andere taakaspecten zoals laboratorium- en röntgenonderzoek, preventie, screening, begeleiding (chronisch zieken, stervenden) en herkenning en behandeling van psychosociale problemen, zijn veelvuldig onderzocht.⁸ De verschillen in werkwijze en uitvoering van deze taken zijn groot.⁶⁻⁸ Het is niet mogelijk om op grond van het bestaande onderzoek een uitspraak te doen over een verband tussen het uitvoeren van deze taken en de praktijkomvang.

Praktijkverkleining en tijdsbesteding

Onderzoek naar het effect van praktijkverkleining op de tijdsbesteding door de huisarts is eveneens schaars. De enige ons bekende omvangrijke studie is een onderzoek naar het effect van een drastische verkleining van een aantal ziekenfondspraktijken op de hoogte

van de verwijscijfers.¹⁷ Verkleining kwam tot stand door overname van een deel van de praktijk door een andere huisarts ('echte' verkleining), door associatie of door opvolging door meer dan één huisarts.

Bij een 'echte' verkleining blijkt een significante stijging van het verwijscijfer op te treden. Dit is overeenkomstig de vooronderstelling, dat bij een forse praktijkverkleining het aantal contacten per verzekerde zal moeten stijgen, terwijl het aantal verwijzingen per contact gelijk blijft. Dit laatste was al bekend uit eerder onderzoek, waaruit bleek dat het aantal verwijzingen per contact in de tijd niet of nauwelijks varieerde, ook niet als het aantal contacten zelf wel veranderde.¹⁸ In de andere situaties doen zich geen significante wijzigingen voor, doordat samenwerking het effect van praktijkverkleining waarschijnlijk neutraliseert.

De conclusie is dat praktijkverkleining op zichzelf geen belangrijke effecten heeft ten aanzien van het verwijscijfer. Praktijkverkleining zal gepaard moeten gaan met het bevorderen van samenwerking. Recent is aangetoond dat onderlinge samenwerking van huisartsen inderdaad tot een verlaging van het aantal verwijzingen leidt.¹³

Beschouwing

De relatie tussen praktijkverkleining en de tijdsbesteding van de huisarts laat zich niet eenvoudig beschrijven. Het onderzoek op dit gebied is schaars en moeilijk vergelijkbaar, ten gevolge van grote methodologische verschillen. Voor zover er uitspraken mogelijk zijn, worden deze hierdoor in hun waarde beperkt. Voorzichtig kan de conclusie worden getrokken dat er een gering negatief verband is tussen praktijkomvang en consultfrequentie. Bij een praktijkgrootte tussen de 2000 en 2500 patiënten bestaat echter vrijwel geen enkele relatie meer met de structurele kenmerken van de tijdsbesteding van de huisarts. Verder lijkt het erop dat het vooral de huisarts zelf is die – door het reguleren van het aantal herhaalcontacten – probeert de werkdruk binnen de perken te houden. Ook tussen praktijkomvang en inhoudelijke taakaspecten blijkt geen eenduidig verband te bestaan. De praktijkomvang speelt geen significante rol ten aanzien van de taakuitoefening van de huisarts.

De mogelijkheid om een gefundeerde uitspraak te doen over het effect van praktijkverkleining op de tijdsbesteding van de huisarts wordt beperkt door het

feit dat er vrijwel uitsluitend *cross-sectioneel* onderzoek beschikbaar is. Uit een longitudinaal onderzoek naar het effect van praktijkverkleining op de verwijscijfers blijkt dat het simpelweg afstoten van een groot aantal patiënten een stijging van het aantal verwijzingen tot gevolg heeft. Praktijkverkleining zal gepaard moeten gaan met aandacht voor andere factoren, zoals samenwerking.

De verwachting 'dat huisartsen onderdelen van het Basistakenpakket, die bij de huidige praktijkomvang in onvoldoende mate of in onvoldoende kwaliteit kunnen uitvoeren, na de normpraktijkverlaging wel in voldoende mate en kwaliteit zullen uitvoeren' is bij het huidige voorstel van stapsgewijze verkleining ongefundeerd. Deze wellicht harde conclusie betekent niet dat de modelhuisarts met een normpraktijk het Basistakenpakket in zijn geheel kan uitvoeren. Als overheid en beroepsorganisaties werkelijk willen dat de huisarts het *Basistakenpakket* geheel uitvoert, dan zullen drastische maatregelen genomen moeten worden ten aanzien van zowel de praktijkverkleining als de structuur van de praktijkorganisatie en de honorering.

- ¹ Butler JR. How many patients? Occasional papers at social administration, 64. London: Bedford Square Press, 1980.
- ² Bensing JM, Sluijs EM. Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg; NHI-bijdrage aan de nieuwe nota geestelijke volksgezondheid. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1984.
- ³ Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. [Dissertatie]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ⁴ Neven EJJ. Uitsteluur en praktijkvoering: een onderzoek in een aantal huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1980.
- ⁵ Wilkin D, Metcalfe DHH. List size and patient contact in general medical practice. Br Med J 1984; 289: 1501-5.
- ⁶ Boots MJM. Het werk van de huisarts: resultaten van een functie-analyse in 93 huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983.
- ⁷ Van Zutphen WM. De taken van de huisarts: resultaten van een analyse in 91 huisartspraktijken [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
- ⁸ Sluijs EM, Dopheide JP, Van der Zee J. red. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1985.
- ⁹ Posthuma BH, Van der Zee J. Tussen eerste en tweede echelon: over praktijkgrootte en productiecijfers van huisartsen, deel II. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1978.

- ¹⁰ Posthuma BH, Van der Zee J. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving 1980; 1: 59-68.
- ¹¹ Dopheide JP. Verwijzingen door de huisarts. Gezondheid en Samenleving 1982; 3: 141-51.
- ¹² Boots MJM. Verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving 1984; 1: 11-8.
- ¹³ Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: NIVEL, 1986.
- ¹⁴ Post D. Verwijzen en prescriptie, een paar apart. Zwolle: Regionaal Ziekenfonds Zwolle, 1984.
- ¹⁵ Toenders WGM, Blom ATG, Kuyvenhoven MM. Het voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts: mogelijkheden tot beïnvloeding door de apotheker. Pharm Weekbl 1985; 119: 612-9.
- ¹⁶ Haayer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar factoren, die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
- ¹⁷ Wijkel D, Van der Zee J. Drastische verkleining van de ziekenfondspraktijk en de hoogte van het verwijscijfer: cijfers uit de periode 1976-1978. Tijdschr Soc Gezondh 1984; 11: 428-32.
- ¹⁸ Bensing JM, Verhaak PFM. Konsultatieproject Eindhoven, deel 3, Verwijscijfers. Utrecht: NHI, 1980.

Struikelblok

R/

R/Rohypnol 2 mg/d. 120/s. 4 dd.
R/Valium 10 mg/d. 180/s. 6 dd.
per week afleveren.

Je bent gek zegt mijn doktersassistente, wanneer ze ziet welk recept ik aan Gerda B heb meegegeven. Morgen staat ze op het Centraal Station de pillen te verhandelen à f 2,50 per stuk en vervolgens koopt ze zelf Smek.

De assistente is jong, ze komt dagelijks langs het Centraal Station op weg naar ons dorp en ze heeft dus meer verstand van drugs dan ik, dat moet ik toegeven. Wat is trouwens Smek? Zelf heb ik het gevoel een goede daad te verrichten.

Gerda meldde zich vanmorgen als nieuwe dorpsbewoner en als nieuwe patiënte. Ze zag er vreselijk uit met een groot perioculair hematoom, een opgezwollen neus, striemen in de hals en bloedkorsten in het haar. Ik

schrok al toen ik haar in de wachtkamer zag zitten, tussen de moeders met kinderen.

Het verhaal is duidelijk. Sinds drie jaar is Gerda cliënt bij een methadonprogramma. Daarnaast gebruikt ze veel tranquillizers. De Rohypnol en Valium heeft ze werkelijk nodig, anders slaapt ze niet, raakt ze in paniek, vernielt ze het huisraad en zo meer. De behoefte aan deze pillen heeft haar in de stad een rondgang doen maken als patiënt van verschillende huisartsen die haar allen op den duur de prescriptie weigerden.

Om op de zwarte markt geneesmiddelen te kunnen kopen, is ze in de prostitutie gegaan. Dit heeft haar al verschillende malen in een gevaarlijke situatie gebracht met twee dagen geleden de climax, toen ze in handen viel van een maniak, die haar op een hotelkamer zwaar mishandelde. Een inmiddels gehechte jaap van twaalf centimeter en een geluxeerde neus zijn het zichtbare sou-

venir. Begrijpelijkwijls durft Gerda niet weer de baan op en of ik nu maar een recept wil afgeven.

Later hoor ik in de apotheek dat het recept is ingewisseld door een magere jongen met een baardje, zich noemende Gerda's vriend. Staat hij er nu vanavond mee op het station? Toch een lastig dilemma waar je als huisarts niet aan gewend bent. Er is een duidelijke hulpvraag waaraan gemakkelijk te voldoen is en het rendement is direct zichtbaar, medisch (patiënt voelt zich beter) en vooral maatschappelijk (prostitutie niet meer nodig). Help je de patiënt van de wal in de sloot? Op den duur misschien wel, maar de patiënt heeft een heel andere opvatting over 'op den duur' dan jij als dokter en wie heeft er dan gelijk?

Een goed recept, een slecht recept. Wie het weet mag het zeggen.