

De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Achtergronden en methoden

J.M. BENSING
M. FOETS
J. VAN DER VELDEN
J. VAN DER ZEE

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' is een grootschalige studie die antwoord moet geven op beleidsvragen rond de positie en het functioneren van de Nederlandse huisarts tussen enerzijds zelfzorg en mantelzorg en anderzijds het overige deel van de professionele zorg. Zowel aan de aanbodzijde (de huisartspraktijk) als aan de vraagzijde (de bevolking) is veel informatie verzameld over het gebruik dat van de huisarts wordt gemaakt. Uitgangspunt voor de Studie was een aselecte, gestratificeerde, niet-proportionele steekproef van 161 huisartsen. Deze huisartsen voerden gedurende drie maanden een volledige contactregistratie van de gepresenteerde morbiditeit en de daarmee samenhangende activiteiten. Van (in beginsel) alle patiënten zijn de gebruikelijke sociaal-demografische achtergrondgegevens vastgelegd, terwijl bij een beperkte steekproef van 100 patiënten per huisarts aanvullende informatie is verzameld via een gezondheidsenquête. De Nationale Studie is opgezet rond een aantal deelprojecten. Daarnaast is het materiaal geschikt voor secundaire analyses.

Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Achtergronden en methoden*. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.

Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; telefoon: 030-319.946; fax: 030-319.290.

Drs. J.M. Bensing, socioloog, directeur Nivel; Dr. M. Foets, arts; J. van der Velden, arts-epidemioloog; Prof. dr. J. van der Zee, socioloog.

Correspondentie: Dr. Marleen Foets.

Inleiding

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waarin de huisarts voor zijn ziekenfondsverzekerden een vast bedrag per patiënt ontvangt, terwijl transacties voor particuliere patiënten niet centraal worden verrekend, is een extra inspanning vereist voor het verzamelen van gegevens over gebeurtenissen in de huisartspraktijk (om het even of het om klachten, problemen of ziekten van patiënten gaat, of om interventies van de huisarts). In Engeland heeft men dit probleem opgelost door eens in de tien jaar een nationaal morbiditeitsonderzoek uit te voeren, gekoppeld aan een volkstelling.¹⁻³

In Nederland heeft de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG in de tweede helft van de jaren zestig gezorgd voor eenmalige landelijke cijfers over de totale morbiditeit in de huisartspraktijk.⁴ Sindsdien worden op enkele plaatsen in Nederland in een beperkt aantal praktijken morbiditeitsgegevens (en soms interventiegegevens) verzameld, zoals in de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (vier praktijken), het Monitoringproject (twaalf praktijken; registratieduur twee jaar), het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg (elf praktijken), en het Transitieproject van de Universiteit van Amsterdam (veertien praktijken; registratieduur minimaal één jaar).⁵⁻⁸ Door de selectie van de deelnemende huisartspraktijken en de grote mate van inter-doktervariatie zijn de gegevens uit deze projecten niet zonder meer generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie (wat overigens ook nooit de bedoeling is geweest). De Continue Morbiditeitsregistratie 'Peilstations Nederland' levert wel jaarlijks landelijke gegevens op, maar slechts met betrekking tot een beperkt aantal hulpvragen.⁹

Landelijke cijfers met betrekking tot de verrichtingen van de huisarts komen routinematig slechts beschikbaar voor zover er op verrichtingenbasis wordt gehonoreerd (verwijskaarten, machtigingen fysiotherapie, e.d.);¹⁰ bovendien is deze informatie niet bijzonder geschikt voor beleidsgericht onderzoek.¹¹

Een ander probleem is het feit dat de informatievoorziening meestal eenzijdig óf op de patiënt óf op de huisarts(praktijk) is gericht.¹² Zo wordt jaarlijks door het Centraal Bureau voor de Statistiek aan circa 10.000 personen gevraagd naar hun gezondheid(sbeleving) en de mate waarin zij gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen. Daarbij worden wel allerlei gegevens over de respondenten verzameld, maar over de aard van de voorzieningen waarvan gebruik wordt gemaakt, krijgt men slechts beperkte en indirecte informatie. In ander onderzoek (praktijkonderzoek), waarin men wel het nodige over de voorzieningen te weten komt, zijn daarentegen als regel slechts leeftijd, geslacht en – soms – verzekeringsvorm van de patiënten bekend.

Door al deze factoren bestaat een opmerkelijk contrast tussen het belang dat sinds de 'Structuurnota' wordt gehecht aan het werk en de positie van de huisarts, en de beschikbare informatie om het gezondheidszorgbeleid in dezen voor te bereiden, te onderbouwen en te evalueren. Voor de beantwoording van talrijke beleidsvragen ontbreekt de meest elementaire informatie.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (voorheen: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) is zich sedert lang bewust van deze lacune in de informatievoorziening.¹³⁻¹⁵ Dit heeft uiteindelijk geleid tot de subsidiëring (via een ministeriële aanwijzing voor het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'. Overigens is aan dit besluit een lange periode van voorstudies, overleg en voorbereidingen voorafgegaan,¹⁶⁻¹⁸ en is het definitieve besluit pas genomen nadat de contouren van het project waren uitgezet in een Haalbaarheidsstudie, en duidelijk was gebleken dat een grootschalig informatieproject in de huisartspraktijk haalbaar en betaalbaar was.^{16 10}

Doelstelling en referentiekader

De doelstelling van de Nationale Studie is als volgt omschreven: 'Het verkrijgen van inzicht op nationale schaal in de presentatie

van ziekten, klachten en problemen in de huisartspraktijk, de door huisartsen naar aanleiding van deze gepresenteerde problematiek ondernomen acties, en tevens in de factoren die de presentatie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk als ook de sterk variërende reacties van huisartsen op de hen aangeboden problematiek beïnvloeden. De verkregen informatie moet kunnen dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het beleid in de gezondheidszorg in ruime zin.¹⁰

De Nationale Studie is opgezet vanuit het perspectief van het gezondheidszorgonderzoek ('health services research').^{19 20} De hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk worden (apart, maar nadrukkelijk ook in hun onderlinge samenhang) bestudeerd onder invloed van randvoorwaarden als wetgeving, regulering en financiering (*schema*). Essentieel is dat aan twee zijden wordt gezocht naar verklaringen voor het gebruik dat van de huisartsenzorg wordt gemaakt:

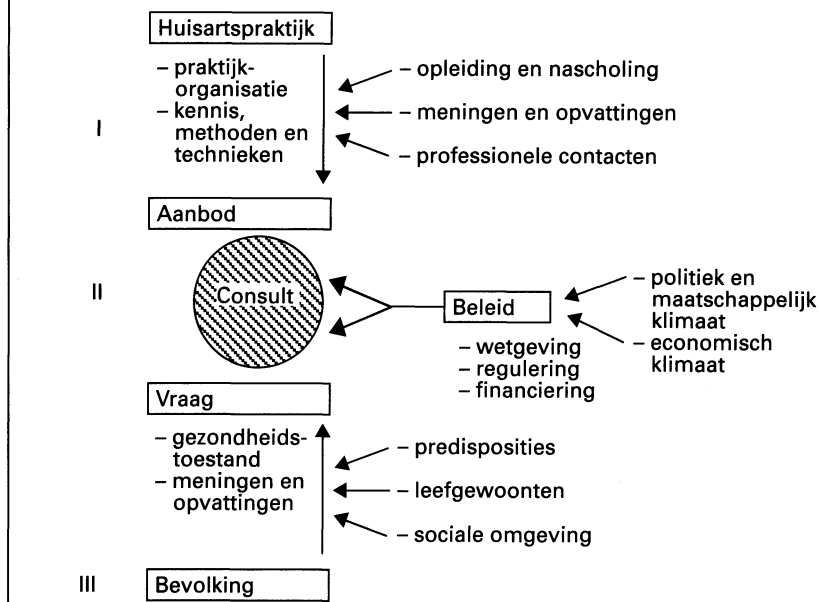
- Welke factoren aan *patiëntenzijde* (sociaal-demografische kenmerken, verzekeringsvorm, gezondheidstoestand, neiging tot zelfzorg, sterkte van de mantelzorg, waardering van de huisartsenzorg) beïnvloeden de presentatie van de gezondheidsproblemen aan de huisarts?
- Welke factoren aan de *aanbodzijde* (organisatie, praktijkgrootte, praktijkvoering, taakopvatting, taakuitoefening van de huisarts en de plaats van de betreffende huisartspraktijk in de gezondheidszorg ter plaatse) beïnvloeden de reacties van huisartsen op de aangeboden problematiek?

Essentieel is ook dat de antwoorden op beide categorieën vragen met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Beleidsvragen (afkomstig uit het rechtergedeelte van het *schema*) kleuren de wijze waarop het onderzoeksmateriaal wordt geanalyseerd en beschreven, en geven een dynamisch karakter aan de Studie. De Nationale Studie is met andere woorden opgezet als een onderzoeksproject dat antwoord moet kunnen geven op concrete beleidsvragen.

In de tijd dat de Nationale Studie werd voorbereid, lag het accent van de beleids-

Schema Gezondheidszorgonderzoek in de huisartspraktijk



Samenwerking

De 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de Huisartspraktijk' is opgezet en uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het Nivel. De patiëntenenquête is door het Nivel uitbesteed aan de NSS. Voor de uitvoering van twee deelprojecten zijn samenwerkingsovereenkomsten afgesloten met universitaire huisartseninstituten:

- het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut voor het deelproject 'Huisarts en chronische aandoeningen';
- het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit voor het deelproject 'Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk'.

Daarnaast zijn met enkele instituten samenwerkingsovereenkomsten afgesloten voor nader onderzoek op basis van materiaal van de Nationale Studie. We noemen:

- het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut ('Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk');
- het Interuniversitair Centrum voor Theorievorming en Methodenontwikkeling in de Sociologie (ICSU) te Utrecht ('Werkbelasting');
- het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde ('Vergelijking van enkele verrich-

tingengegevens met landelijke gegevens uit de Nationale Studie ten behoeve van een onderzoek naar de honoreringsstructuur van de huisarts');

- de Vakgroep Kinderpsychiatrie van de Rijksuniversiteit Utrecht ('Kinderpsychiatrische problematiek');
- de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap ('De doktersassistente');
- het Nederlands Huisartsen Genootschap ('Protocolen en standaarden');
- het Bureau Bijwerkingen van het Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ('Bijwerking van geneesmiddelen').

Versillende aanvragen voor informatie en/of samenwerkingsprojecten met het Nivel op basis van gegevens uit de Nationale Studie zijn in behandeling. Materiaal uit de Nationale Studie kan (onder voorwaarden en tegen vergoeding) ter beschikking worden gesteld, tenzij de onderzoeksvraag valt binnen het beleidsterrein van het Nivel zelf; in die gevallen zijn in beginsel samenwerkingsprojecten met het Nivel mogelijk.

voering in de gezondheidszorg nog sterk op de aanbodzijde (de bovenste helft van het *schema*): substitutie van zorg van intramuraal naar extramuraal, van specialistisch naar generalistisch, en van professionele zorg naar mantelzorg, en het bevorderen van coördinatie en samenhang.²¹ Daardoor bestond vooral belangstelling voor zaken als praktijkverkleining, veranderingen in het honeringssysteem, eigen bijdragen van patiënten en andere mogelijkheden om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. De huisarts speelt in dit beleid een bijzondere rol, doordat hij in beginsel veel invloed kan uitoefenen op kosten die ook elders in de gezondheidszorg worden gegeneerd.

De laatste jaren is in het gezondheidszorgbeleid meer accent komen te liggen op de vraagzijde (de onderste helft van het *schema*): sociale ongelijkheid, risicogroepen, e.d. Tevens is meer aandacht ontstaan voor inhoudelijke vraagstukken als preventie en kwaliteit van zorg. Ook in dit beleid is de huisarts belangrijk vanwege zijn laagdrempelige contacten met vrijwel de gehele bevolking: nagenoeg alle Nederlanders staan ingeschreven in een huisartspraktijk; bijna driekwart van de Nederlanders ziet jaarlijks zijn huisarts, de meesten meer dan één keer (gemiddeld 3,6 keer);²² de huisarts is in zijn algemeenheid de eerste hulpverlener aan wie een specifiek probleem wordt gepresenteerd (medisch, psychisch of sociaal). De huisartspraktijk is daarmee een belangrijke bron voor sociaal-epidemiologische informatie.

In overleg met de opdrachtgever zijn twaalf deelstudies ontworpen rond concrete beleidsvragen:

- Een Nationale Studie van morbiditeit in de huisartspraktijk;
- Huisarts en chronische aandoeningen (naast cross-sectioneel deels longitudinaal);
- Huisarts en preventie;
- Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk;
- Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk;
- Verloskundige zorg door de huisarts;
- Huisarts en fysiotherapeutische zorg;
- Psychosociale problematiek in de huis-

artspraktijk en de relatie huisarts/(A)GGZ/AMW (naast cross-sectioneel deels longitudinaal);

- Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten;
- Nazorg en continuïteit van zorg;
- Werkbelasting in de huisartspraktijk;
- Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg.¹⁰

De opzet van de Studie en de keuze van meetinstrumenten zijn bepaald door deze deelprojecten. Secundaire analyses van het materiaal zijn mogelijk binnen de grenzen van de onderzoeksopzet en de meetinstrumenten.

Opzet

Bij de opzet van de Studie is rekening gehouden met de volgende eisen en uitgangspunten:

- een landelijk, representatief registratieproject;
- een zo getrouw mogelijke weergave van wat er in de huisartspraktijk gebeurt; dus niet een selecte groep van hoog gemotiveerde huisartsen en zo weinig mogelijk inbreuken op de dagelijkse routines;
- voldoende variatie aan de aanbodzijde om de inter-doktervariatie te kunnen bestuderen;
- voldoende informatie aan de vraagzijde om determinanten van gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te kunnen bepalen;
- de registratie van het arts-patiënt contact vormt de kern; daarin opgenomen gegevens over de hulpvraag (morbiditeit) en het hulpaanbod (verrichtingen) moeten gerelateerd kunnen worden aan: (1) achtergrondinformatie over huisarts en huisartspraktijk; (2) achtergrondgegevens over de patiënt en zijn leefomgeving; (3) relevante gegevens met betrekking tot de overige delen van het gezondheidszorgsysteem van huisarts en patiënt;
- voldoende waarborgen voor de privacy van patiënt en huisarts.

Op basis van deze uitgangspunten is op drie niveaus informatie verzameld:

- Het niveau van de *huisarts* of *huisartspraktijk*: door middel van een enquête onder alle deelnemende huisartsen, als-

mede een gedurende één week bij te houden dagboek over de tijdsbesteding.

- Het niveau van het *contact*: door middel van een contactregistratie waarin zowel de hulpvraag (morbiditeit), het hulpaanbod (verrichtingen) als de contacten met andere hulpverleners zijn vastgelegd.
- Het niveau van de *bevolking*, door middel van (1) de registratie van enkele (vooral sociaal-demografische) kenmerken van de gehele praktijkpopulatie; (2) een uitvoerige enquête onder een aselechte steekproef van 100 patiënten per participerende huisarts en een gedurende drie weken bij te houden gezondheidsdagboek.

De eerste stap in het onderzoek bestond uit het werven van een groep huisartsen. Deze huisartsen hebben gedurende een beperkte periode al hun contacten met patiënten geregistreerd. Tegelijkertijd is basisinformatie verzameld over hun gehele patiëntenpopulatie, alsmede gedetailleerde informatie bij een random steekproef uit deze populatie.

In de volgende paragrafen zal per niveau worden ingegaan op de steekproeven en de meetinstrumenten. Wij beperken ons daarbij tot de rompstudie: enkele deelprojecten hebben extra meetinstrumenten of een afzonderlijke steekproeftrekking binnen de Nationale Studie, gekoppeld aan een langere registratieperiode. De onderzoeksopzet hiervan zal worden verantwoord in de publikaties over deze deelprojecten. Voor een gedetailleerde beschrijving van de meetinstrumenten en procedures kan verder worden verwezen naar het moederrapport, dat begin 1990 is verschenen.²³

De huisartsen

Wij hebben gekozen voor een aselechte, niet-proportionele, gestratificeerde steekproef²⁴ van 150 huisartsen, te trekken uit alle huisartsen die op 1 januari 1985 in Nederland waren gevestigd (n=5826).

Stratificatie was gewenst om zeker te stellen dat er in de steekproef voldoende spreiding zou zijn van variabelen waarvan bekend is dat zij de morbiditeit en/of verrichtingen beïnvloeden:

- regio (noord, midden, zuid);
- urbanisatiegraad (A: platteland; B: mid-

delgrote steden; C: grote steden exclusief D; D: Amsterdam, Rotterdam en Den Haag);

- afstand tot ziekenhuis (ziekenhuis in eigen gemeente; ziekenhuis op minder dan 15 km; ziekenhuis verder dan 15 km).^{11 25-29}

Theoretisch ontstaan er op deze manier $3 \times 4 \times 3 = 36$ steekproefcellen, die echter in werkelijkheid niet alle voorkomen; iedere grote stad heeft bijvoorbeeld een ziekenhuis in de eigen gemeente. De 24 steekproefcellen die wél voorkwamen, zijn alle in de Nationale Studie opgenomen.

Een *niet-proportionele verdeling* was nodig om ervoor te zorgen dat de huisartsen gelijkmatig over de verschillende 'cellen' in het stratificatieschema zouden zijn verdeeld.

Door deze wijze van steekproeftrekking is het mogelijk verschillen tussen regio's, stad en platteland en afstand tot tweedelijns voorzieningen te analyseren, en bovendien een nauwkeurige schatting te maken van de totaalcijfers. De consequentie van de gevolgde procedure is echter dat in voorkomende gevallen een weging moet plaatsvinden om tot landelijke, representatieve cijfers te komen. Alleen als er (zoals bij sommige vraagstellingen) geen belangrijke verschillen zijn tussen huisartsen onderscheiden naar regio, afstand tot ziekenhuis en urbanisatiegraad, is weging niet nodig. En uiteraard is weging niet nodig wanneer het verstrekken van landelijke cijfers niet het hoofddoel van de onderzoeksvraagstelling vormt.

Om tot een totaal van 150 huisartsen te komen, zijn drie steekproeven van elk 150 huisartsen (met teruglegging) getrokken uit het totale huisartsenbestand per 1-01-1985.³⁰ Aan alle huisartsen uit deze drie steekproeven ($n=408$) is een schriftelijk verzoek tot deelname gericht. Dit verzoek ging vergezeld van een aanbeveling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Ook verscheen in de week van verzending een artikel over de Nationale Studie in *Medisch Contact*, vergezeld van een hoofdredactioneel commentaar.³¹

Een deel van de aangezochte huisartsen reageerde direct op onze oproep. De overige

huisartsen uit de steekproeven werden telefonisch benaderd, waarbij steeds voorrang werd gegeven aan de eerste steekproef. Er werd net zo lang gebeld tot de betreffende 'cel' uit het stratificatieschema voldoende was gevuld. Daarbij werd gestreefd naar zes tot negen artsen per cel.

Er meldde zich een beperkt aantal vrijwilligers ($n=6$). Daarnaast brachten artsen die werkzaam waren in een samenwerkingsverband, in hun kielzog soms andere artsen mee, omdat de afzonderlijke pa-

tiëntenpopulaties niet goed te waren onderscheiden. Medewerking van deze artsen was overigens noodzakelijk, omdat wij niet alleen contacten maar ook episoden wilden kunnen bestuderen. Hierdoor wijkt de samenstelling van de uiteindelijke onderzoeksgroep af van de samenstelling van de totale Nederlandse huisartsenpopulatie: de artsen die aan de Nationale Studie hebben meegewerkt, komen vaker uit een samenwerkingspraktijk, zijn wat jonger en vaker van het vrouwelijk geslacht.

Overzicht data nationale studie (afgeronde cijfers)

Huisartsen	
Meetinstrument	enquête
Aantal	161
(Type) data	achtergrond opleiding nascholing praktijkorganisatie professionele contacten attitudes en opvattingen werkwijze
Contacten	
Meetinstrument	registratie (door huisarts en assistent)
Aantal	386.000
(Type) data	episodes (300.000) problemen (420.000) diagnostiek (36.000) prescripties (275.000) verwijzingen (32.000) opnames (8.000)
Patiënten	
Meetinstrument	registratie (door patiënt)
Aantal	305.000
(Type) data	leeftijd geslacht verzekeringsvorm burgerlijke staat opleiding beroep inkomstenbron ethniciteit woonsituatie
Meetinstrument	
Aantal	interview 13.000
(Type) data	gezondheidstoestand medische consumptie leefstijl sociale netwerken attitudes en opvattingen

Toen op deze manier in totaal 161 huisartsen* waren geworven, is de werving gestaakt, aangezien anders de materiaalverzameling (de grootste kostenpost van de Nationale Studie) niet meer te bekostigen zou zijn.

De tabellen 1 en 2 bevatten gegevens over de deelnemende huisartsen, samen

met vergelijkbare gegevens over de totale Nederlandse huisartsenpopulatie per 1-1-1985. Deze huisartsen vormen de kern van de Nationale Studie. Zij hebben de gehele contactregistratieperiode geregistreerd, met uitzondering van één huisarts, die halverwege de registratieperiode moest stoppen wegens gezondheidsredenen.

In het onderzoek waren verder nog enkele andere artsen betrokken: negen huisarts-assistenten, tien waarnemers en dertien huisartsen-in-opleiding. Deze artsen hebben geparticipeerd in de contactregistratie (onder meer noodzakelijk om tot een goede episode-constructie te komen). Bij de meeste analyses worden zij buiten beschouwing gelaten, maar in enkele gevallen worden hun gegevens expliciet in het onderzoek betrokken.

De contacten

Op basis van de Haalbaarheidsstudie is geconstateerd dat registratie van alle contacten in een periode van drie aaneensluitende maanden voldoende materiaal zou opleveren voor het beantwoorden van de vraagstellingen van de meeste deelprojecten. Hierdoor waren wij in staat een episode-georiënteerde registratie uit te voeren, waarbij contacten geordend werden tot 'zorgepisoden'. Een ziekte-episode is een periode van ziek-zijn, van het ontstaan tot het einde van de ziekte; een zorg-episode is de fase waarin gebruik wordt gemaakt van de hulp van de huisarts.²³

Voor twee deelprojecten bleek een langere registratieperiode noodzakelijk, hetgeen (voor een beperkt deel van de huisartsen) ook is gerealiseerd.

In verband met mogelijke seizoensinvloeden is de registratie gespreid over één jaar (1-4-1987 t/m 31-3-1988). De huisartsen zijn evenwichtig verdeeld over de vier registratieperioden (respectievelijk 41, 39, 41 en 40).

Alle contacten werden geregistreerd, dus niet alleen de spreekuurconsulten, maar ook de contacten met de doktersassistente, telefonische consulten (voor zover resulterend in een prescriptie of verwijzing), visites, bijzondere spreekuren, keuringen, enz. (tabel 3). Voor de contacten met de doktersassistente werd een beperkt registratieformulier gebruikt. Voor de overige typen contacten werden alle gegevens die nodig waren voor de diverse deelprojec-

* In feite waren het 162 huisartsen. Eén huisarts is echter uitgesloten van het onderzoek, toen kort na het begin van de registratie bleek, dat zijn wijze van registreren sterk te wensen overliet.

Tabel 1 Deelnemende huisartsen (N=161) en Nederlandse huisartsenpopulatie per 1 januari 1985 (tussen haakjes, N=5,826) naar stratificatievariabelen.

Regio/Afstand ziekenhuis	Urbanisatieraad			
	A	B	C	D
Noord				
0 km	6 (71)	6 (71)	7 (101)	
0-15 km	6 (204)	11 (99)		
>15 km	6 (94)	6 (15)		
Midden				
0 km	3 (254)	3 (247)	9 (830)	10 (742)
0-15 km	8 (564)	10 (885)	6 (73)	
>15 km	8 (185)	3 (112)		
Zuid				
0 km	8 (58)	5 (203)	6 (315)	
0-15 km	8 (275)	12 (300)	1 (26)	
> km	7 (57)	6 (45)		

Urbanisatiegraden A = (verstedelijkt) platteland (<30.000 inwoners); B = middelgrote steden; forensenge-meenten (30.000-50.000 inwoners); C = grote steden exclusief Amsterdam, Rotterdam, Den Haag (>50.000 inwoners); D = Amsterdam, Rotterdam, Den Haag.

Tabel 2 Leeftijd- en geslachtsverdeling en praktijkvorm van de deelnemende huisartsen, vergeleken met die van de Nederlandse huisartsenpopulatie per 1 januari 1985. Afgeronde percentages.

	Nederlandse huisartsen (n=5826)	Deelnemende huisartsen (n=161)
Geslacht		
man	92	85
vrouw	8	15
Leeftijd in jaren		
< 35	9	32
35-39	27	30
40-44	23	12
45-49	11	12
50-54	8	7
55-59	9	6
60+	12	0,6
Praktijkvorm		
solo	56	32
duo	30	37
groepspraktijk	7	19
gezondheidscentrum	7	11

ten, gedurende de gehele periode geregistreerd. Hierop is één uitzondering gemaakt, omdat de registratie van herhaalreceptuur in de eerste periode zeer veel materiaal opleverde. Om logistieke redenen is toen besloten de herhaalreceptuur gedurende de overige perioden slechts de helft van de tijd te laten registreren: de helft van de huisartsen registreerde gedurende de eerste zes weken, de andere helft gedurende de laatste zes weken.

De patiënten

Op het niveau van de bevolking werd globale informatie vastgelegd van – in beginsel – alle patiënten van de deelnemende huisartsen; daarnaast werd gedetailleerde informatie verkregen van een steekproef patiënten uit iedere praktijk.

De totale praktijkpopulatie van alle 161 huisartsen bestond uit 334.449 patiënten.

Uit tabel 4 blijkt dat de leeftijdsopbouw in de Nationale Studie maximaal 1 procent afwijkt van de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking. Er is een geringe oververtegenwoordiging van personen onder de 14 jaar en een geringe ondervertegenwoordiging van personen boven de 45 jaar. Ook de verdeling van de patiëntenpopulatie van de Nationale Studie naar geslacht is vrijwel identiek aan die van de Nederlandse bevolking.

Hoewel het verzamelen van basisinformatie over alle bij de huisarts ingeschreven patiënten zeer tijdrovend bleek, is uiteindelijk voor 91 procent van de patiënten een patiëntenregistratieformulier ingevuld ($n=305.100$). De volledigheid van de informatie is ook tamelijk groot: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn nagenoeg altijd bekend; het minst volledig zijn de gegevens over de sociaal-economische status, met als negatieve uitschieter het beroep, dat op 89 procent van de patiëntenregistratieformulieren is ingevuld (81 procent van de totale praktijkpopulatie).

Voor de gezondheidsenquête is een *random* steekproef getrokken van 100 patiënten per huisarts. Er zijn bij de enquête geen leeftijdsgrenzen gehanteerd. Bij patiënten onder de 15 jaar is gewerkt met proxy-interviews.

De mensen zijn thuis geïnterviewd. De respons bedroeg gemiddeld 77 procent; er waren geen noemenswaardige verschillen tussen de vier registratieperioden. Het totaal aantal ingevulde patiëntenquêtes komt daarmee op 13.066.

In het rechtergedeelte van tabel 4 zien we dat het aantal respondenten van middelbare leeftijd licht is oververtegenwoordigd, terwijl er wat minder 65+-ers onder de respondenten zijn. De verschillen zijn echter klein.

Aan het eind van de enquête is de patiënten gevraagd om gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bij te houden.

Bijna 93 procent van de respondenten met wie een gesprek is gevoerd, heeft een dagboek ingevuld; ongeveer 88 procent heeft dit gedurende drie weken volgehouden. Dit betekent dat er 12.139 dagboeken voor analyse beschikbaar zijn, waarvan 11.485 over de volledige periode.

De huisartsenenquête

Bij de samenstelling van de huisartsenquêtes stonden ons twee doelstellingen voor ogen:

- het verzamelen van informatie over de niet-patiëntgebonden aspecten van de

Tabel 3 Soorten contacten in de huisartspraktijk. Percentages.

<i>Spreekuur</i>	
vrij spreekuur	8,8
afsprakespreekuur	49,0
tussendoor	10,7
spreekuur bijz. instelling	0,4
<i>Visite</i>	
spontaan	1,9
afpraak	9,5
spoed	1,4
Telefoon	11,1
Ziekenhuisbezoek	0,5
Keuringen	1,2
Consultatiebureau	1,0
Overige (bijv. op straat)	2,4
Niet ingevuld	2,1

Tabel 4 Leeftijd- en geslachtsverdeling van de praktijkpopulatie van de 161 huisartsen van de Nationale Studie en van de respondenten op de patiëntenenquête, vergeleken met die van de Nederlandse bevolking per 31 december 1987. Percentages.

Leeftijd in jaren/ Geslacht	Nederlandse bevolking N = 14.615.125	Patiëntenpopulatie Nationale Studie n = 334.449	Respondenten patiëntenenquête n = 13.066
0-14	18,8	19,3	17,0
15-24	17,1	17,1	16,1
25-44	31,5	32,0	34,7
45-64	20,3	19,3	20,9
65+	12,3	11,8	10,8
onbekend		0,5	0,4
man	49,4	48,1	49,5
vrouw	50,6	51,8	50,1
onbekend		0,1	0,4

huisarts(praktijk), zoals praktijkorganisatie;

- het verzamelen van informatie over factoren waarmee verschillen in het functioneren van huisartsen kunnen worden verklaard, zoals taakopvattingen en andere attitudes.

Bij het opstellen van de enquête is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij eerder onderzoek: waar mogelijk zijn in ander onderzoek geteste vragenlijsten in de enquête opgenomen.

De enquête telde acht rubrieken (de referenties hebben betrekking op aan eerder onderzoek ontleende vragenlijsten).

- *Praktijkorganisatie en werkwijze*, met onder andere vragenlijsten over de taken van de doktersassistente³³ en over medische technieken.¹¹
- *Preventie*.³⁴
- *Psychosociale problematiek*.^{35 36}
- *Voorschrijven van geneesmiddelen*.^{37 38}
- *Fysiotherapie*.³⁹
- *Overleg met collegae en andere hulpverleners*.⁴⁰
- *Professionele contacten, interesses, nascholing en nevenfuncties*.
- *Attitudes en opvattingen*, met name:
 - taakopvatting;^{36 41}
 - omgang met onzekerheid;³⁶
 - opvattingen over de relatie huisarts-specialist;¹¹
 - attitudes ten aanzien van de huisarts-patiënt relatie;³⁶
 - zelfbeeld en beleving van het werk.^{42 36 43 44}

Naast deze enquête hebben de huisartsen gedurende één week een dagboek bijgehouden waarin zo nauwkeurig mogelijk werd geregistreerd hoe een werkweek er uitzag, dat wil zeggen hoeveel tijd werd besteed aan welke zaken.

Tenslotte heeft ook de doktersassistente (n=193) een enquête ingevuld met vragen over de eigen achtergrond, opleiding, kwalificaties, taken en attitude ten aanzien van een aantal zaken.

De contactregistratie

Geregistreerd zijn alle contacten, ongeacht het tijdstip waarop ze plaatsvonden. Voor al deze contacten is een contactregistratieformulier ingevuld door de huisarts of –

in voorkomende gevallen – door de doktersassistente.

Op het registratieformulier konden zowel de contactredenen als de geïnitieerde interventies worden genoteerd; daarbij is gebruik gemaakt van de principes van de probleemgeoriënteerde registratie (SOEP),^{45 46} waardoor achteraf episodeconstructie mogelijk was.^{16 47 48} Voorts is erop gelet dat het formulier voldoende gebruikersvriendelijk was.

Ten behoeve van de privacybescherming is een reglement opgesteld dat deel uitmaakte van het contract tussen het Nivel en de participerende huisartsen. In dit reglement was geregeld op welke wijze de patiënt op de hoogte zou worden gesteld van de deelname van zijn huisarts aan de Nationale Studie, op welke wijze de dataverwerking en -analyse binnen het Nivel zou plaatsvinden, en aan welke voorwaarden met betrekking tot de privacy van patiënt, huisarts en praktijkassistente publikaties en gegevensverstrekking aan derden zouden moeten voldoen.

Op het contactregistratieformulier waren de volgende rubrieken opgenomen:

- *Artscode*.
- *Patiëntgegevens* (patiëntencode, aantal patiënten, eigen patiënt?)
- *Contactgegevens*, noodzakelijk voor inzicht in werkbelasting (duur, tijdstip, setting,), dan wel voor de episodeconstructie (soort, initiatief, sequentie)
- *Morbiditeitsgegevens*. Opgenomen zijn de redenen voor contact, werkhypothese of waarschijnlijkheidsdiagnose (inclusief een zekerheidsscore) en onderliggende ziekte. Daarnaast is per reden voor contact een schaal opgenomen over het psychosociale karakter en over de mate van ernst (op de dimensies 'invalidierend' en 'levensbedreigend'). De morbiditeitsgegevens zijn centraal gecodeerd volgens de ICPC,⁴⁹ die ten behoeve van de Nationale Studie op enkele punten is verbijzonderd.⁵⁰
- *Interventiegegevens*:

A Aangevraagde of uitgevoerde diagnostiek, zowel binnen als buiten de huisartspraktijk. Rubricering vond plaats op basis van de gebruikelijke indeling op aanvraagformulieren van (huisarts)laboratoria en de verwachte aantallen.⁵¹ De uitslagen van de extern uitgevoerde

diagnostiek werden op een afzonderlijk formulier verwerkt.

B Behandeling (exclusief prescriptie en verwijzing). Het gaat hier met name om activiteiten op het vlak van voorlichting, gespreksactiviteiten, kleine chirurgie en vaccinaties.

C Prescriptie. Vanwege de grote beleidsrelevantie is de prescriptie van medicatie gedetailleerd geregistreerd (handelsnaam, of – in geval van magistrale receptuur – de samenstellende componenten, sterkte, dagdosering en voorgeschreven hoeveelheid). Op basis van deze informatie zijn enkele maten te construeren voor de omvang van het geneesmiddelengebruik: via de databank van de KNMP en de ATC-classificatie⁵²⁻⁵⁴ 'defined daily dosis' (ddd) en 'prescribed daily dosis' (pdd). Op het registratieformulier is onderscheid gemaakt naar nieuwe recepten en herhaalrecepten, en naar recepten op initiatief van de huisarts en van de specialist.

D Verwijzing (inclusief opname). Ook deze informatie is gedetailleerd vastgelegd vanwege de hoge beleidsrelevantie. Vastgelegd zijn het doel van de verwijzing, het initiatief tot de verwijzing en het soort verwijzing (nieuw/herhaal/achteraf).⁵⁵ Onderscheid is gemaakt tussen verwijzingen naar de tweede en naar de eerste lijn. Ook de alternatieve genezers zijn afzonderlijk op het formulier opgenomen. Over de verwijzingen naar de fysiotherapeut is een aantal aanvullende vragen gesteld.

- *Overleggegevens*. Over overleg tussen hulpverleners gevoerd direct naar aanleiding van een arts-patiëntcontact is nog weinig bekend. Deze informatie kan inzicht geven in de continuïteit van zorg, zorgcoördinatie en case-management. Vastgelegd is met wie overleg werd gevoerd en waarom.

- *Vervolgafspraken*, van belang in verband met de episode-constructie, alsook om inzicht te krijgen in substitutiemogelijkheden binnen het gedrag van de huisarts (de huisarts als manager van zijn consult).

Per registrerende huisarts werd een veldwerker aangesteld, die de materiaalverzameling opzette, coördineerde, ondersteunde en begeleidde door wekelijkse be-

zoeken. Deze veldwerkers waren vrijwel allen (para)medisch geschoold en werden speciaal voor dit werk getraind. De kwaliteit van de morbiditeitsregistratie door de huisartsen werd gecontroleerd met behulp van 30 papieren patiënten, terwijl de veldwerkers de morbiditeitsgegevens wekelijks op hun juistheid en volledigheid controleerden en zo nodig – in overleg met de huisarts – corrigeerden.

Het coderen gebeurde door de veldwerkers. In de Nationale Studie is dus afgezien van het classificeren en toepassen van diagnostische criteria door de deelnemende huisartsen zelf. Een eerste reden ligt in de opzet van de studie als een gezondheidszorgonderzoek waarbij inter-doktervariatie met betrekking tot de morbiditeit een apart onderwerp van studie vormt. Verder is het toepassen van diagnostische criteria en het classificeren zo tijdrovend, dat een decentrale opzet de medewerking van een grote groep huisartsen onwaarschijnlijk zou maken. Afgezien daarvan zou het ook praktisch onmogelijk zijn geweest om overal in Nederland regelmatig trainings- en toetsingsbijeenkomsten voor het gebruik van diagnostische criteria te organiseren.

De centrale codering van de Nationale Studie heeft, voor zover wij hebben kunnen nagaan, niet geleid tot duidelijk andere resultaten dan bij de morbiditeitsregistraties waarbij de huisarts zelf classificeert. Bovendien zijn tussen de vier registratieperiodes geen grote verschillen gevonden ten aanzien van de niet-seizoensgebonden morbiditeit.

Het coderen werd gecontroleerd door middel van aanvankelijk wekelijkse en later maandelijks uniforme tests op weinig voorkomende en/of gecompliceerde klachten en diagnoses. De gemiddelde overeenstemming bedroeg bij de klachten 85 procent en bij de diagnoses 80 procent (tabel 5). Overigens varieerde het percentage correcte coderingen aanzienlijk tussen de veldwerkers. Slecht scorende veldwerkers werden extra getraind en gecontroleerd. Ook bestond er een – uit de literatuur bekende – aanzienlijke variatie in de betrouwbaarheid tussen de verschillende soorten (papieren) problemen, waarbij vooral vage klachten moeilijk te scoren bleken.

Een extra kwaliteitscontrole vond plaats door het steekproefsgewijs teruglezen van ingevoerde data. De uiteindelijk geconstrueerde episoden zijn alle gecontroleerd en bij twijfel voorgelegd aan de betreffende huisarts.

Onder bepaalde voorwaarden werd een aantal contacten rond één gezondheidsprobleem aan elkaar gekoppeld tot één zorg-episode, die dan genoemd werd naar de diagnose tijdens het laatste contact. Deze episode-constructie vond plaats op basis van de volgende gegevens: contactreden, diagnose, patiëntcode, datum contact, en eerste of vervolg-contact.

Met betrekking tot de episode-constructie kunnen zich vier situaties voordoen:

- de episode neemt *voor* de registratieperiode een aanvang, en wordt beëindigd *in* de registratieperiode;
- de episode neemt *voor* de registratieperiode een aanvang, en wordt beëindigd *na* de registratieperiode;
- de episode begint *in* de registratieperiode en wordt beëindigd *in* de registratieperiode.
- de episodes begint *in* de registratieperiode en wordt beëindigd *na* de registratieperiode.

Voor de berekening van *incidentie*cijfers komen alleen episoden in aanmerking waarvan het begin gesitueerd is *in* de registratieperiode. Voor de berekening van *prevalentie*cijfers – waarin dus veel voor de huisartspraktijk kenmerkende ‘onaffe’ diagnoses voorkomen – zijn alle episode-typen gebruikt.

De incidentie- en prevalentiecijfers zijn per drie maanden berekend. Omrekening naar jaarcijfers is voor de incidentiecijfers mogelijk door vermenigvuldiging met vier. Voor de prevalentiecijfers bestaat die mogelijkheid niet, aangezien chronische gezondheidsproblemen over de registratieperiode heenlopen, waardoor vermenigvuldiging tot onbetrouwbare jaarcijfers zou leiden. Per aandoening zal eerst een gemiddelde ziekte duur berekend moeten worden, alvorens omrekening naar een jaarcijfer (of andere tijdsspanne) mogelijk is.

De patiëntgegevens

Op patiëtniveau zijn drie meetinstrumenten gebruikt: een patiëntenregistratieformulier, een patiëntenenquête en een gezondheidsdagboek.

De volgende rubrieken zijn opgenomen op het *patiëntenregistratieformulier*:

- demografische gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat);
- sociaal-economische gegevens (beroep, opleiding, inkomstenbron, verzekeringsvorm (inclusief informatie over eigen risico en het meeverzekerd zijn van huisartsenhulp bij particuliere patiënten);
- etniciteit (nationaliteit, geboorteland, aantal jaren in Nederland, geboorteland ouders);
- woonsituatie (samenlevingsvorm, type woning, eigendomssituatie woning, mobiliteit).

De beroepen zijn geassocieerd volgens

Tabel 5 Betrouwbaarheid classificatie morbiditeit van een wisselende collectie papieren patiënten in de ICPC.

Controlepunt	Aantal veldwerkers	Gemiddelde overeenstemming	
		bij klachten	bij diagnoses
1	38	87%	69%
2	32	84%	81%
3	35	87%	77%
4	38	78%	83%
5	34	89%	80%
6	32	82%	88%

* Alleen de eerste zes controlepunten zijn opgenomen in deze betrouwbaarheidstest. Toen na zes metingen bleek dat de betrouwbaarheid voldoende was, zijn de uniformiteitstests verder vooral gebruikt in het kader

de (nominale) Beroepenclassificatie 1984 van het CBS.⁵⁶ Via omcodeersleutels is een transformatie mogelijk naar het EGP-klas-senschema⁵⁷ en is een prestigescore te bere-kenen.⁵⁸ Voor de overige classificaties is zoveel mogelijk rekening gehouden met het voorlopig voorstel van het 'werkoverleg niet-medische gegevens' van het Interuni-versitair Overleg Huisartsgeneeskunde⁵⁹ en met de voorstellen voor uniformering van vraagstellingen naar achtergrondken-merken van de Vereniging van Onderzoeks Instituten.⁶⁰ Waar beknoptere registratie plaatsvond, is gelet op de mogelijkheid om fijnmazige classificaties om te coderen naar grovere classificaties.

Aan een beperkte (random) steekproef uit de praktijkpopulatie van iedere huisarts is een uitgebreide *gezondheidsenquête* voor-gelegd. Het doel hiervan was tweeledig. Enerzijds werd het van belang geacht om informatie te verzamelen over de subjectief ervaren gezondheidstoestand en andere factoren die een rol kunnen spelen bij de overgang van een klacht naar een hulp-vraag. In het kader van de discussie over substitutie tussen professionele zorg en zelf- en mantelzorg is het daarnaast van belang om kennis te verwerven over de klachten en problemen waaraan mensen niets doen, die ze zelf oplossen, of waarmee ze naar andere hulpverleners gaan (bij-voorbeeld alternatieve genezers). Qua op-bouw en formulering van een groot aantal vragen is de enquête zoveel mogelijk afge-stemd op de CBS-gezondheidsenquête.⁶¹ Daarnaast zijn extra vragen (of vragenlijst-ten) toegevoegd, waarbij zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van lijsten die hun bruikbaarheid in eerder onderzoek hebben bewezen.

De patiëntenenquête was samengesteld uit zes hoofdcomponenten:

- *Sociaal-demografische variabelen*, gro-tendeels gelijk aan de CBS-enquête.
- *Morbiditeitsindicatoren*, waaronder de inschatting van de eigen gezondheidstoe-stand,⁶²⁻⁶⁴ acute klachten (eigen lijst), chro-nische aandoeningen,⁶⁵ lengte en ge-wicht,⁶⁶ beperkingen in het normale func-tioneren (OESO-indicator⁶¹), de General Health Questionnaire (GHQ-30, Nijmeeg-

se vertaling),⁶⁷ en de Biografische Pro-bleeminventarisatielijst (BIOPRO).⁶⁸

- *Ziektegedrag en medische consumptie*, waaronder contacten en ervaringen met een groot aantal verschillende hulpverle-ners in eerste en tweede lijn (waaronder ook alternatieve genezers), ziekenhuisop-name, en geneesmiddelengebruik (op dok-tersrecept en zelfmedicatie).

- *Indicatoren van gezondheids-attent ge-drag* (vragen rond roken, alcoholgebruik, voedingsgewoonten, slapen, sportbeoefe-ning).

- *Meningen en attitudes*, waaronder het gedrag van de huisarts zoals beleefd door de patiënt,⁶⁹ bereikbaarheid van de huis-arts, meningen over specifiek gedrag van de huisarts (verwijzen, voorschrijven van medicijnen), preferentie voor hulpverle-ners (bij zwangerschap/bevalling, bij psy-chosociale problemen), Health Locus of Control⁷⁰ en verwachtingen van de medi-sche hulpverlening bij alledaagse aandoe-ningen.⁷¹

- *Netwerken, sociale steun en life events*, waaronder samenstelling van de huishou-ding, familiegegevens, lidmaatschappen van verenigingen, sociale contacten, ken-nissen in de gezondheidszorg en stressvolle levensgebeurtenissen.

De patiëntenenquête werd mondeling afgenomen door getrainde interviewers van het marktonderzoeksbureau NSS. Een interview duurde ongeveer anderhalf uur.

Het doel van het *gezondheidsdagboek* was het verzamelen van informatie over ge-zondheidsklachten die niet resulteren in een contact met een huisarts of andere professionele hulpverlener (het ijsbergfe-nomeen), en over andere vormen van ziektegedrag dan het consulteren van pro-fessionele hulpverleners (zelfhulp en man-telzorg). Bij de samenstelling van het ge-zondheidsdagboek is vooral gesteund op de ervaringen van *Van de Lisdonk*.⁷¹ Ge-vraagd is voor iedere dag op een afzonder-lijke bladzijde te noteren hoe men zich die dag heeft gevoeld, of men klachten over de gezondheid heeft gehad, hoe men deze klachten heeft beleefd (bijvoorbeeld er zich zorgen over maken), en wat men eraan heeft gedaan.

Ter motivatie en ter voorkoming van

ernstige fouten bij de invulling hebben de enquêteurs tussentijds tweemaal telefo-nisch contact opgenomen met de respon-denten. Na drie weken werden de dagboe-ken opgehaald en op volledigheid gecon-troleerd.

Literatuur

- ¹ Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, second National Study 1970-1971. Studies on medical and population subjects, no. 2b. Lon-don: HMSO, 1974.
- ² Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, second National Study 1970-1971. Studies on medical and population subjects, no. 36. Lon-don: HMSO, 1979.
- ³ Office of Population Censuses and Surveys. Morbidity statistics from general practice, so-cioeconomic analysis. Studies on medical and population subjects, no. 46. London: HMSO, 1982.
- ⁴ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartsprak-tijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.
- ⁵ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schelle-kens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices, 1979-1982. Nij-megen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁶ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁷ Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, Kocken RJJ, Limonard ChBG. Het Registratienet huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg. Een geautomati-seerd steekproefbestand voor huisartsgenees-kundig onderzoek. Huisarts Wet 1990; 33: 66-9.
- ⁸ Marinus AMF. Interdoktervariatie in het Transitieproject. Huisarts Wet 1990; 33: 4-8.
- ⁹ Bartelds AIM, Fracheboud J, Van der Zee J. The Dutch Sentinel Practice Network; rele-vance for public health policy. Utrecht: Nivel, 1990.
- ¹⁰ Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrich-tingen in de huisartspraktijk. Projectvoorstel. Utrecht: Nivel, 1986.
- ¹¹ Dopheide JPD. Verwijzingen door de huis-arts. Enkele determinanten van het verwijscij-fer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en forensengemeenten. Gezond-heid en Samenleving 1982; 3: 141-51.
- ¹² Van der Zee J. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht: NHI/Nivel, 1982.
- ¹³ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhy-

- giëne. Structuurnota. 's Gravenhage: SDU, 1974.
- ¹⁴ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's Gravenhage: SDU, 1980.
 - ¹⁵ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnszorg. 's Gravenhage: SDU, 1983.
 - ¹⁶ Crombie DL, Van der Zee J. The feasibility of a national general practice morbidity and intervention survey in the Netherlands; report of a symposium. Utrecht: NHI, 1982.
 - ¹⁷ Schellevis F, Severien R, Van der Zee J. Registratie/classificatie in de huisartspraktijk, deel V: Eindrapport. Utrecht: NHI/NUHI, 1984.
 - ¹⁸ Van der Zee J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NHI, 1984.
 - ¹⁹ Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's Gravenhage: SDU, 1986.
 - ²⁰ Bensing JM, Van Duyne WMJ, Van der Grinten TED, Van der Meer D. De eigen aard van het gezondheidsonderzoek. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1987; 18: 606-10.
 - ²¹ Dopheide JPD. Overheidsbeleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JPD, Van der Zee J, red. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: Nivel, 1985.
 - ²² Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-1988. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1989; 9: 5-24.
 - ²³ Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
 - ²⁴ Philipsen H. Steekproeven. Leiden: Universitaire Pers, 1969.
 - ²⁵ Posthuma BH, Van der Zee J. Tussen eerste en echelon I: Onderzoek op macro-niveau naar verwijz-, opname- en verpleegduurcijfers. Utrecht/Groningen: NHI/ISMW, 1977.
 - ²⁶ Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ²⁷ Van Sonsbeek JLA. Gezondheidsenquêtes: (On)gezonde steden. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1989; 1: 5-8.
 - ²⁸ Van Sonsbeek JLA. Gezondheidsenquêtes: Gezondheidsverschillen in regionaal perspectief. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1987; 1: 4-11.
 - ²⁹ Frenken FJM. Regionale gegevens uit de gezondheidsenquête 1985/1988. Maandberichten Gezondheidsstatistiek 1990; 1: 4-20.
 - ³⁰ Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Statistische gegevens per 1 januari 1985 over huisartsen, adspirant-huisartsen en verloskundigen. Utrecht: Nivel, 1985.
 - ³¹ Van der Velden J. Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een Nationale Studie. Med Contact 1986; 41: 603-6.
 - ³² Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistiek van de bevolking oktober 1988. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988: 21-5.
 - ³³ De Haan J. De doktersassistente. Lelystad: Meditext, 1986.
 - ³⁴ Verhaak PFM, de Vries PJ. Meningen over preventie: ideeën en taakopvattingen van huisartsen gerelateerd aan hun gedrag. Utrecht: Nivel, 1987.
 - ³⁵ Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ³⁶ Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. deel 5. Eindrapportage. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
 - ³⁷ Haayer-Ruskamp FM. Het voorschrijfgedrag van de huisarts. Een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in het voorschrijfgedrag verklaren [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
 - ³⁸ Cannoodt L. Determinanten van het voorschrijfgedrag van huisartsen in Vlaanderen. Analyse op basis van patiëntensimulaties. Antwerpen: SESO, 1985.
 - ³⁹ Kerssens JJ, Groenewegen PP, Curfs M. Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1986.
 - ⁴⁰ Boerma W. Het werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: Nivel, 1987.
 - ⁴¹ De Ridder D, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg nader onderzocht. Utrecht: NcGv/Nivel, 1987.
 - ⁴² De Jong H. Verslag van de ontwikkeling van een schaal voor het meten van de 'locus of control' voor huisartsen [Doctoraalscriptie]. Nijmegen, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.
 - ⁴³ Mechanic D. The organization of medical practice an practice orientations among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings. Med Care 1975; 13: 189-204.
 - ⁴⁴ McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey. J Fam Pract 1982; 14: 1107-14.
 - ⁴⁵ Anoniem. Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. Huisarts Wet 1979; 22: 1-47.
 - ⁴⁶ Van der Horst F, Vierhout W, Meulders W. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. Analyse van een consult. Huisarts Wet 1981; 24: 325-31.
 - ⁴⁷ Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, Plagge H, Von Höfen R. Registratie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1985; 28: 229-34.
 - ⁴⁸ Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 292-6.
 - ⁴⁹ Lamberts H, Wood M, eds. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
 - ⁵⁰ Van der Velden J, Schellevis F, Van der Steen J. ICPC. International Classification of Primary Care. Tabulaire lijst ten behoeve van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1989.
 - ⁵¹ Wijkkel D, Van der Grijn D. Huisarts en diagnostisch centrum. Utrecht: NHI(Nivel)/NZI, 1982.
 - ⁵² Nordic Council on Medicines. Nordic statistics on medicines 1981-1983, Parts I-III. Uppsala: Nordic Council, 1985.
 - ⁵³ World Health Organization. Studies in drug utilization, methods and applications. Copenhagen, WHO, 1979.
 - ⁵⁴ Werkgroep Classificatie en Coderingen. Advies inzake drie standaard-codesystemen voor geneesmiddelen (farmacotherapeutische groepen, toedieningswegen, farmaceutische groepen). Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1983.
 - ⁵⁵ Posthuma BH, Van der Zee J. Verwijzen op micro-niveau. Voorstel betreffende een onderzoek naar de relatie tussen praktijkgrootte, arts-patiënt contacten en verwijzingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Groningen: NHI(Nivel)/ISMW, 1980.
 - ⁵⁶ Centraal Bureau voor de Statistiek. Beroepenclassificatie 1984. Voorburg: CBS, 1985.
 - ⁵⁷ Erikson R, Goldthorpe JH, Portocarero L. Intergenerational class mobility in three west european countries: England, France & Sweden. Br J Sociology 1979; 10: 415-41.
 - ⁵⁸ Sixma H, Ultee W. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. Mens en Maatschappij 1983; 4: 360-82.
 - ⁵⁹ IOH. Voorlopig voorstel van het werkoverleg niet-medische gegevens van de werkgroep 'classificatie en codering'. Utrecht: IOH, 1986.
 - ⁶⁰ De Bie S. Standaardvragen 1987. Voorstellen voor uniformering van vraagstellingen naar achtergrondkenmerken in interviews. Leiden: VOI, 1987.
 - ⁶¹ Van Sonsbeek JLA, Stronkhorst LH. Methodische aspecten van de gezondheidsenquête. Statistische onderzoeken M22. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
 - ⁶² Adriaanse H, Drop MJ, Halfens R, Philipsen H. Leeft Nederland oké? Verslag van een

- onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1981.
- ⁶³ Fürer JW, Tax B, red. Somatische klachten, psychiatrische symptomen en psychosociale problemen. Eindrapportage van het Regio-project Nijmegen. Nijmegen: ISG, Katholieke Universiteit, 1987.
- ⁶⁴ Programmatie van het Wetenschapsbeleid. Nationaal Programma Sociale Wetenschappen, Project Eerstelijnszorg. Brussel, Programmatie van het Wetenschapsbeleid, z.j.
- ⁶⁵ Van den Bosch GAM, Mohrs J, Habbema JDF, et al. Chronische aandoeningen, hulpbehoefte en zorggebruik. Amsterdam/Rotterdam: ISG/IMG, 1986.
- ⁶⁶ Kok FJ, Matroos AW, Vandenbroucke JP. Te zwaar of niet te zwaar? Voeding 1981; 42: 262-9.
- ⁶⁷ Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- ⁶⁸ Hodiamont PR. Het zoeken van zieke zielen. Een onderzoek omtrent diagnostiek, epidemiologie en hulpzoekgedrag in het kader van de sociale psychiatrie. ISG-publikatie, no 16.
- ⁶⁹ Cassee ETh. Naar de dokter. Enkele achter-

gronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Meppel: Boom, 1973.

- ⁷⁰ Halfens RJG. Locus of control: de beheersingsoriëntatie in relatie tot ziekte en gezondheidsgedrag [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1985.
- ⁷¹ Van der Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985. ■

Abstract

Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. The National Study of illnesses and interventions in general practice. Background and methods. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.

The 'National Study of illnesses and procedures in general practice' is a large-scale study designed to supply answers to questions of policy concerning the position and function of the general practitioner between, on the one hand, self-help and care by family and community and, on the other hand, care by other representatives of professional health services. The study is unique in that a lot of information is gathered on both

the supply side (the doctor's practice) as on the demand side (the population): information which should give insight into how the general practitioner is used.

On the basis of the available knowledge, a random, stratified, non-proportional sample of doctors has been chosen. The 161 participating doctors made a complete record of all contacts of presenting morbidity and all associated activities. Socio-demographic background data of (in principle) the whole population of these doctors' practices were recorded. Supplementary information on a limited random sample of 100 patients per doctor was obtained via a health questionnaire. The National Study has been set up around a number of part projects which have been carried out by the Netherlands Institute of Primary Health Care, sometimes in collaboration with a university department of general practice. The information obtained also lends itself to answering many other research questions.

Key words Family practice; Morbidity; Statistics.

Correspondence Dr. M. Foets, Netherlands Institute of Primary Health Care, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.