

Continuïteit van zorg bij part-time werkende huisartsen

E.M. TER BRAAK
R.J.A. SMITH

In de huisartsengroepspraktijk Antonius Deusinglaan werd bij vier half-time werkende huisartsen met behulp van de gegevens uit het Registratie Netwerk Groningen de door hen geleverde continuïteit gedurende drie jaar geanalyseerd. Het gemiddelde percentage vis-à-vis contacten per patiënt met de eigen huisarts is 78 procent, het gemiddelde percentage contacten per patiënt per episode met de eigen huisarts is 82 procent. Het continuïteitspercentage is vrijwel constant gedurende de drie jaren. Bij chronische episoden wordt een continuïteitspercentage gevonden dat hoger ligt dan het gemiddelde. Ook bij part-time werkende huisartsen kan dus een hoge continuïteit worden bereikt.

Ter Braak EM, Smith RJA. Continuïteit van zorg bij part-time werkende huisartsen. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 47-9.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.

E.M. ter Braak, huisarts, Huisartsengroepspraktijk Antonius Deusinglaan; R.J.A. Smith, psycholoog, medewerker Registratie Netwerk Groningen.

Correspondentie: E.M. ter Braak, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Inleiding

Kan een part-time werkende huisarts evenveel continuïteit van zorg leveren als full-time werkende collega's? In onze groepspraktijk zijn vier huisartsen werkzaam, ieder voor 50 procent van de werktijd. Wij onderzochten hoe het in deze praktijken is gesteld met continuïteit van de zorg.

IJzermans & Oskam onderscheiden drie vormen van continuïteit:

- continuïteit in de *persoon*: de patiënt ziet bij de bezoeken aan de huisarts in een bepaalde tijdsperiode steeds *dezelfde arts*;
- continuïteit in de *tijd*: dezelfde huisarts is gedurende een *groot aantal jaren* beschikbaar voor de patiënt;
- continuïteit in de *zorg*: de patiënt ziet binnen *één ziekte-episode* steeds dezelfde huisarts.¹

IJzermans & Oskam vonden in acht huisartspraktijken die deelnamen aan het Monitoringproject, een hoge continuïteit in de persoon voor het eerste jaar, en een daling in het tweede jaar. Bovendien constateerden zij een relatief lage continuïteit bij sommige ernstige chronische episoden, zoals Cara en kanker; de lange duur van de episode zou daarvoor een mogelijke verklaring zijn. Aangezien bij een gelijkblijvende praktijkorganisatie ons inziens geen systematisch effect van de beschouwde tijdsduur op de continuïteit valt te verwachten, waren wij benieuwd naar vergelijkbare continuïteitscijfers uit onze praktijk gedurende drie registratiejaren, en dan met name voor enkele klinisch relevante (chronische) diagnosegroepen.

De vraagstelling van ons onderzoek luidt:

- Hoe groot is in onze praktijk de continuïteit in de persoon, in de tijd, en in de zorg.
- Hoe groot is in onze praktijk de continuïteit voor een aantal klinisch relevante diagnosegroepen?

Methoden

De Huisartsengroepspraktijk Antonius Deusinglaan is gevestigd in het centrum

van de stad Groningen. De vier huisartsen werken in deeltijd (50 procent, voornamelijk 's ochtends), ieder in een eigen praktijk met circa 1200 patiënten. Door de week heeft één van de vier artsen dienst voor spoedgevallen gedurende de middag, avond en nacht. De vrijdagavond- en de weekenddienst zijn geregeld met een waarnemingsgroep met nog zes andere huisartsen. In de vakantiemaanden en tijdens andere drukke perioden wordt samengewerkt met een vaste waarnemer.

De groepspraktijk voert sinds juli 1989 een episodegebonden morbiditeitsregistratie ten behoeve van het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Van alle patiëntencontacten (ook die tijdens de waarneming) worden onder meer de volgende gegevens vastgelegd: patiënt, huisarts, episode (nieuw of bestaand), diagnose (ICPC-code), verstrekte medicatie (ook telefonisch) en verwijzingen.

Het onderzoek heeft betrekking op de vis-à-vis contacten die in de periode van 1 juli 1989 t/m 30 juni 1992 hebben plaatsgevonden met een huisarts. Behalve de patiënten die gedurende de gehele onderzoeksperiode in een van de praktijken waren ingeschreven, zijn ook alle nieuwgeborenen en overledenen in het onderzoek opgenomen; dit is gebeurd in verband met de belangrijke huisartsgeneeskundige zorg die deze twee categorieën veelal vragen.

Voor iedere patiënt die in de onderzoeksperiode minimaal twee contacten met een huisarts van de groepspraktijk had gehad, werd een tweetal scores voor de continuïteit in *persoon* berekend:

- de u1-index is het percentage contacten met de meest geconsulteerde huisarts;
- de u2-index is het percentage contacten met de eigen huisarts.

Vervolgens is voor iedere patiënt die in de onderzoeksperiode minimaal één complete episode (dus vanaf het eerste tot en met het laatste contact) met minimaal twee contacten had gehad, een tweetal scores voor de continuïteit in *zorg* berekend:

- de u1-episode-index is het percentage contacten per episode met de meest bezochte huisarts;

– de u2-episode-index is het percentage contacten per episode met de eigen huisarts.

Deze percentages zijn vervolgens per periode, per praktijk en per leeftijdsgroep gemiddeld.

Enkele door ons klinisch relevant gevonden chronische diagnosegroepen zijn apart geanalyseerd. Daarvoor zijn alle contacten van een diagnosegroep, bestaande uit een aantal ICPC-codes, per patiënt geaggregeerd tot een 'episode'. Vandaaruit zijn episode-indices berekend.

Resultaten

In eerste aanleg werden 3537 patiënten geselecteerd. Na correctie voor de periode waarin nieuw-geborenen en overledenen geen deel hadden uitgemaakt van de praktijk, komt dit overeen met 10.189 mensen.

Met 305 patiënten (9 procent) had geen enkel vis-à-vis contact plaatsgevonden, en met 306 patiënten slechts één; 70 procent van deze groep had bij die gelegenheid contact met de eigen huisarts.

De resterende 2926 patiënten hadden minimaal twee vis-à-vis contacten; het totaal aantal contacten bedroeg 25.709. Het totaal aantal episoden bedroeg 22.997; hiervan bestonden er 5875 uit minimaal twee vis-à-vis contacten (gemiddeld 6,1 per episode).

De indices voor de meest geconsulteerde huisarts en voor de eigen huisarts liggen zeer dicht bij elkaar: 79 en 78 procent (tabel 1). Uit tabel 2 blijkt dat de continuïteit toeneemt met de leeftijd van de patiënt.

De continuïteit in de tijd is hoog: de indices voor de volledige onderzoeksperiode zijn nauwelijks lager dan die voor het eerste jaar (tabel 1).

Ook op episode-niveau is de continuïteit groot: 86 tot 90 procent van de contacten vond plaats met dezelfde arts, en meestal was dat de eigen huisarts (tabel 3).

Tabel 4 laat tenslotte zien dat ook de continuïteit bij de op hun klinische relevantie geselecteerde, doorgaans chronische aandoeningen zeer hoog was.

Tabel 1 Continuïteit in persoon: één-, twee- en driejaarscontinuïteit voor de totale groepspraktijk, en driejaarscontinuïteit voor de afzonderlijke praktijken. Gemiddelde percentages

	u1	u2
<i>Groepspraktijk als geheel</i>		
– over 1 jaar	83	80
– over 2 jaar	79	77
– over 3 jaar	79	78
<i>Afzonderlijke praktijken</i>		
I	79	77
II	78	76
III	80	79
IV	81	79

u1-index: meest bezochte huisarts; u2-index: eigen huisarts.

Tabel 2 Continuïteit in persoon: driejaarscontinuïteit per leeftijdsgroep. Gemiddelde percentages

Leeftijd in jaren	Aantal patiënten	u1	u2
0- 4	202	68	64
5-14	219	73	69
15-24	310	76	74
25-34	883	80	78
35-44	658	82	81
45-54	197	80	79
55-64	126	84	81
≥65	331	86	86

u1-index: meest bezochte huisarts; u2-index: eigen huisarts.

Tabel 3 Driejaarscontinuïteit in de zorg binnen een episode. Gemiddelde percentages

	u1	u2
Groepspraktijk als geheel	88	82
<i>Afzonderlijke praktijken</i>		
I	89	84
II	86	80
III	87	80
IV	90	85

u1-index: meest bezochte huisarts; u2-index: eigen huisarts.

Tabel 4 Driejaarscontinuïteit in de zorg binnen een episode, naar klinisch relevante diagnosegroep.* Gemiddelde percentages.

	Aantal patiënten	Gemiddeld aantal contacten/patiënt	u1	u2
Hypertensie (K86, K87)	129	7	95	95
Cara (R91, R95, R96.1, R96.2†)	102	3	89	84
Bronchitis (R78)	151	3	82	76
Diabetes mellitus II (T90.11†)	34	6	96	96
(Chron.) ischemische hartaandoeningen (K74, K75, K76)	49	3	89	86
TIA/CVA (K89, K90)	19	5	82	82
Arthrosis deformans (L84, L88, L89, L90, L91)	67	4	90	90
Carcinomen (uit alle ICPC-hoofdstukken)	38	7	93	93
Probleemgedrag (alle Z-codes, alle P-codes minus P70, P71, P73, P85, P89)	699	3	93	91

u1-episode-index: meest bezochte huisarts; u2-episode-index: eigen huisarts.

* Afgezien van de carcinomen zijn alle contacten van een diagnosegroep per patiënt geaggregeerd tot één episode. Vandaaruit zijn de episode-indices berekend.

† R96 en T90 hebben binnen de RNG-registratie een extensie: R96.1 astma, controle; R96.2 astma, acute exacerbatie; T90.10 diabetes mellitus, insuline-afhankelijk; T90.11 diabetes mellitus, niet-insuline-afhankelijk.

Beschouwing

Ons onderzoek maakt duidelijk dat ook bij part-time werkende huisartsen een hoge mate van continuïteit mogelijk is. Op episode-niveau ligt de continuïteit van de zorg in onze groepspraktijk zelfs wat hoger dan de 86 procent die voor het Monitoringproject werd berekend.¹ Ook blijkt in onze praktijken de continuïteit nauwelijks af te nemen met de tijd – dit in tegenstelling tot wat in het Monitoringproject werd gevonden.

Opmerkelijk is verder dat de episodegebonden continuïteit voor de geselecteerde (chronische) aandoeningen hoger ligt dan het gemiddelde percentage voor alle aan-

doeningen. Deze uitkomst staat haaks op de bevindingen uit het Monitoring- en het Transitieproject.^{1,2}

Deze gegevens ondersteunen de veronderstelling dat de beschouwde tijdsduur geen systematisch effect op de continuïteit heeft. Het al dan niet acute karakter van een aandoening heeft dat wel.

Het ligt voor de hand dat de praktijkorganisatie grote invloed heeft op de continuïteit. Aspecten die in onze groepspraktijk een rol zouden kunnen spelen, zijn:

- de patiënten staan op naam ingeschreven;
- afgezien van vakanties en nascholing, is de eigen huisarts dagelijks aanwezig;

- de patiënten worden al jaren gestimuleerd zoveel mogelijk de eigen huisarts te consulteren; dit gebeurt onder meer door voorlichting (praktijkfolder) en door het (telefoon)beleid van de assistentes.

Tijdens de onderzoeksperiode werd aan in totaal 6332 patiënten huisartsgeneeskundige zorg verleend. Dat betekent dat in ons onderzoek 2795 patiënten buiten beschouwing zijn gebleven, omdat zij niet de volle drie jaar in de praktijk waren ingeschreven. Het sterke verloop dat hieruit blijkt, is een bekend grotestads-fenomeen.³ Daarnaast speelt een rol dat aan de groepspraktijk drie tehuizen met een snel wisselende populatie zijn verbonden: een 'Blijf van mijn Lijf'-huis, een residentieel hulpverleningscentrum voor vrouwen en hun kinderen, en een tehuis voor daklozen.

Wanneer voor deze komende en gaande patiënten de continuïteit wordt berekend voor de tijd dat zij in de praktijk waren ingeschreven, vinden we echter vrijwel dezelfde indices als voor de driejaars-onderzoeksgroep. Dat betekent dat de discontinuïteit in de huisartsgeneeskundige zorg vrijwel uitsluitend wordt bepaald door het veranderen van huisarts.

Dankbetuiging

Met dank aan G.Th. van der Werf voor het kritisch lezen van het manuscript.

Literatuur

- 1 IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de huisartspraktijk gemeten. *Huisarts Wet* 1990; 33: 51-6.
- 2 IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 50-3.
- 3 Querido J. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988. ■