

# Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten

C.J. IJZERMANS  
S.K. OSKAM

Een eerder onderzoek naar de continuïteit in de persoon (de patiënt heeft alle contacten bij dezelfde huisarts) en de continuïteit in de zorg (de patiënt heeft alle contacten binnen eenzelfde episode bij dezelfde huisarts) werd herhaald met gegevens van het Transitieproject. De continuïteit in de persoon bij de 'meest bezochte' huisarts bedroeg 80 procent, de continuïteit in de persoon bij de 'eigen' huisarts 73 procent. Voor de continuïteit in de zorg waren deze cijfers respectievelijk 85 en 76 procent. Het vóórkomen in het onderzoeksbestand van opleidings- en duopraktijken drukte de hoogte van de continuïteit. Op episodebasis bleek het effect van part-time werken door huisartsen relatief gering. Een hoge continuïteit werd vooral gevonden bij psychische, sociale en endocriene problemen, terwijl een lage continuïteit vooral voorkwam bij episoden die potentieel een acute fase hebben. Bij chronische episoden bleek de continuïteit, net als in eerder onderzoek, relatief laag.

IJzermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de zorg opnieuw gemeten. *Huisarts Wet* 1993; 36(2): 50-3.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Dr. C.J. IJzermans, socioloog; Dr. S.K. Oskam, mathematicus.

Correspondentie: Dr. C.J. IJzermans.

## Inleiding

In een eerder onderzoek hebben wij het begrip continuïteit in de huisartspraktijk als volgt geoperationaliseerd:

- continuïteit *in de tijd* bestaat wanneer één huisarts gedurende een groot aantal jaren voor de patiënt beschikbaar is;
- continuïteit *in de persoon* bestaat wanneer bij de bezoeken aan de huisarts een patiënt in een bepaalde tijdsperiode steeds een vaste persoon ziet;
- continuïteit *in de zorg* bestaat wanneer een patiënt binnen eenzelfde episode – van de eerste presentatie aan de huisarts totdat de patiënt is genezen – steeds dezelfde huisarts ziet.<sup>1,2</sup>

Niet alle literatuur wordt in deze driedeling gevangen, maar het wordt op deze manier wel mogelijk het begrip continuïteit in de Nederlandse huisartspraktijk te meten.

Bij het kwantificeren van de hoogte van de continuïteit heeft men de keuze tussen patiëntgebonden en contactgebonden indices.<sup>3,4</sup> Patiëntgebonden indices lijken daarbij het meest voor de hand te liggen, maar zij hebben een aantal inhoudelijke nadelen, waarop hier niet nader wordt ingegaan. Contactgebonden indices zijn daarentegen voor de Nederlandse situatie gemakkelijk toe te passen en eenduidig te interpreteren.<sup>1,2</sup>

Voor ons eerdere onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van het materiaal van het Monitoringproject, dat in de jaren 1979-1981 is verzameld in acht huisartspraktijken.<sup>5</sup> Daarbij bleek dat de continuïteit in de persoon en in de zorg zeer hoog was. Wél waren er relatief grote verschillen tussen de acht praktijken; deze waren voornamelijk toe te schrijven aan onregelmatigheden in de praktijkvoering, zoals de aanwezigheid van een arts-assistent of het part-time werken van de huisarts. Tenslotte bleek dat de continuïteit voor enige ernstige chronische episoden relatief laag was.

Op theoretische gronden is bij onderzoek op episode-basis het al dan niet ingeschreven staan bij een bepaalde huisarts minder van belang dan de persoon die daadwerkelijk hulp verleent in een bepaal-

de periode of binnen een bepaalde episode. Daarom werd bij dit onderzoek uitgegaan van de 'meest bezochte' huisarts – waarbij uiteraard werd aangenomen dat dit vaak de 'eigen' huisarts zou zijn.

Voor dit vervolgonderzoek is gebruik gemaakt van de data van het Transitieproject. De vraagstelling luidt als volgt:

- Is de continuïteit in de persoon en in de zorg in de praktijken van het Transitieproject even hoog als vijf jaar tevoren in de praktijken van het Monitoringproject?
- Kan eventuele inter-doktervariatie worden verklaard door onregelmatigheden in de praktijkvoering, en is er een verschil in continuïteit tussen de 'meest bezochte' en de 'eigen' huisarts?
- Kan de bevinding dat de continuïteit in de zorg voor enige chronische episoden lager dan gemiddeld was, worden bevestigd?

## Methoden

Het bestand van het Transitieproject (1985-1990) is gebaseerd op een registratienetwerk van 22 huisartspraktijken op 14 lokaties.<sup>6</sup> De huisartsen registreerden gedurende minimaal een jaar tijdens alle vis à vis contacten (inclusief visites) de contactredenen van de patiënt ('reason for encounter'), de diagnoses van de huisarts en de geneeskundige interventies.

Voor deze secundaire analyse zijn enige praktijken buiten beschouwing gelaten: 2 solopraktijken in de Nederlandse Antillen (in beide gevallen met één huisarts op één eiland), en 6 praktijken waarin uitsluitend bejaarde patiënten zijn geregistreerd. Ons onderzoek heeft betrekking op:

- 14 huisartspraktijken op 7 lokaties;
- 34.995 patiëntjaren;
- 89.882 episoden;
- 91.560 contacten;
- 128.744 diagnosen.

Per contact werd vastgesteld wie de behandelend huisarts was.

Onze operationalisatie van continuïteit in de persoon heeft als consequentie dat uitsluitend patiënten met minstens twee contacten (in de registratieperiode) in het onderzoek konden worden betrokken.

**Tabel 1** Continuïteit in de zorg en het gemiddelde aantal contacten per episode voor de totale populatie (N=34.995), en naar geslacht en leeftijdklasse.

	u-index	Gemiddeld aantal contacten per episode
Totaal	85	2,8
Man	84	2,9
Vrouw	85	2,8
<i>Leeftijdklassen</i>		
0-4	77	2,4
5-14	79	2,4
15-24	83	2,5
25-44	84	2,7
45-64	87	2,9
65-74	86	3,1
75+	86	3,2

**Tabel 2** Continuïteit in de zorg en continuïteit in de persoon bij twaalf huisartsen.

	Continuïteit in de zorg*		Continuïteit in de persoon†	
	'meest bezochte' huisarts	'eigen' huisarts	'meest bezochte' huisarts	'eigen' huisarts
Totaal	85	76	79	73
<i>Huisarts</i>				
1 Full time	91	90	87	86
2 Full time	89	84	83	81
3 Opleider	75	50	63	50
4 Full time	92	91	88	87
5 Full time	88	85	85	84
6 Full time	90	87	89	88
7 Part time (0,7)	83	77	77	75
8 Part time (0,7)	84	77	75	71
9 Part time (0,7)	81	75	77	74
10 Part time (0,7)	77	67	67	60
11 Duo praktijk	84	64	78	67
12 Duo praktijk	84	61	76	53

\* Episoden met twee of meer contacten (n= 37.120). † Alle contacten (n=86.422 contacten).

Evenzo werden voor de continuïteit in de zorg uitsluitend episoden met minstens twee contacten onderzocht; in episoden met één contact is de continuïteit immers per definitie 100 procent. Zo bleven er 20.755 episoden over voor ons vervolgonderzoek, verdeeld over 42.133 contacten.

De vraag naar de consequenties van onregelmatigheden in de praktijkvoering wordt beantwoord aan de hand van de gegevens van slechts 12 huisartsen; 9 huisartsen vielen uit, omdat hun patiënten bij de praktijk staan ingeschreven en niet bij een individuele huisarts.

Als maat werd gekozen voor de contactgebonden u-index: het percentage contacten bij respectievelijk de 'meest bezochte' en de 'eigen' huisarts. De u is dus 100 procent als een patiënt alle contacten in de onderzoeksperiode (continuïteit in de persoon) c.q. binnen één episode (continuïteit in de zorg) bij dezelfde huisarts heeft; de u wordt navenant kleiner, naarmate de patiënt vaker een andere huisarts bezoekt.

De keuze om de 'meest bezochte' huisarts als uitgangspunt te nemen, berust op twee overwegingen. In de eerste plaats kunnen op deze manier ook praktijken waarbij de patiënten niet staan ingeschreven bij de individuele huisartsen, in de analyse worden betrokken; in de tweede plaats kan zo worden vastgesteld in hoeverre patiënten bij vervolcontacten dezelfde huisarts blijven bezoeken, ook al zijn zij niet bij hem ingeschreven. De meest bezochte huisarts werd achteraf bepaald, waarna voor alle contacten de u werd berekend.

Voor de meting van de continuïteit in de zorg werd gebruik gemaakt van de u-index op episodebasis: de waarde van de gemiddelde index is het percentage contacten met de meest bezochte huisarts binnen eenzelfde episode.

Bij het beschouwen van de aard van een episode kan de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol spelen. Daarom is hiervoor gecorrigeerd.

## Resultaten

### Continuïteit in de persoon en in de zorg

De continuïteit *in de persoon* (van de huisarts) bedroeg 79 procent, tegen 82 procent per jaar in het Monitoringproject.

De continuïteit *in de zorg* was 85 procent; binnen episoden met minstens twee contacten ziet een patiënt dus in 85 procent van de contacten dezelfde huisarts. In het Monitoringproject was dat 86 procent.

Op episodebasis is er nauwelijks verschil in continuïteit tussen mannen en vrouwen, maar wel tussen de verschillende leeftijdsgroepen (*tabel 1*). Het gaat hierbij om een verschil van 10 procent tussen enerzijds baby's en kleuters en anderzijds patiënten van middelbare leeftijd en ou-

der. Uit de tabel blijkt verder dat zowel de u-index als het gemiddelde aantal contacten per episode toenemen met de leeftijd.

### Inter-doktervariatie en praktijkkenmerken

Er zijn relatief grote verschillen in de continuïteit in de zorg tussen de 15 praktijken: de kleinste u is 75 procent, de grootste 92 procent (tabel 2). Deze variatie is gedeels te verklaren door de praktijkvorm: de twee opleidingspraktijken hebben een u-index van 75 en 81 procent, en de duo-praktijk heeft een index van 77 procent.

De verschillen tussen de twaalf praktijken naar continuïteit in de zorg en naar 'meest bezochte' versus 'eigen' huisarts kunnen als volgt worden samengevat (tabel 2):

- bij full-time werkende huisartsen verschillen de u-indexen het minst: maximaal 5 procent tussen de 'meest bezochte' en de 'eigen' huisarts;
- in de opleidingspraktijk is de continuïteit 25 procent minder;
- bij de part-time werkende huisartsen is het verschil tussen de 'meest bezochte' en de 'eigen' huisarts 6 à 10 procent;
- bij de twee huisartsen in een duo-praktijk is het verschil (ruim) 20 procent.

### Continuïteit in de zorg en aard van de episode

In tabel 3 zien we dat de ICPC-hoofdstukken P en Z de hoogste continuïteit hebben; ook de continuïteit in hoofdstuk T (waarin diabetes mellitus en obesitas) is relatief hoog. De hoofdstukken R en Y hebben de laagste continuïteit.

De samenhang tussen de hoogte van de u-index en het gemiddelde aantal contacten per episode is hier op het oog kleiner dan eerder bij de leeftijdsgroepen werd gevonden. Bij nader onderzoek (Spearman's correlatiecoëfficiënt) bleek een samenhang tussen de u-index en het aantal contacten per episode niet te bestaan, noch voor de ICPC-hoofdstukken, noch voor de leeftijdsgroepen.

De cijfers per ICPC-hoofdstuk zijn vrij grof. In de tabellen 4 en 5 staan de tien episoden met respectievelijk de hoogste en de laagste continuïteit in de zorg (waar-

**Tabel 3** Continuïteit in de zorg en het gemiddelde aantal contacten per episode naar ICPC-hoofdstuk.

ICPC-hoofdstuk	u-index	Gemiddeld aantal contacten per episode
A Algemeen	86	2,4
B Bloed	86	3,0
D Tractus digestivus	83	2,8
F Oog	83	2,3
H Oor	83	2,4
K Tractus circulatorius	86	3,5
L Bewegingsapparaat	85	2,6
N Zenuwstelsel	87	2,6
P Psychische problemen	87	3,5
R Tractus respiratorius	82	2,7
S Huid	83	2,6
T Endocrien/voeding	89	3,3
U Urinewegen	85	2,6
W Zwang./Bevall./Anticonceptie	83	2,3
X Geslachtsorganen vrouw	87	2,5
Y Geslachtsorganen man	82	2,7
Z Sociale problemen	89	2,7

**Tabel 4** De tien episoden (met elk minstens 100 contacten per jaar) met de hoogste continuïteit in de zorg en het gemiddelde aantal contacten per episode.

Episode	u-index	Gemiddeld aantal contacten per episode
1 Werkproblemen	91	2,9
2 Depressie	91	4,2
3 Artrose	89	2,8
4 Cerumen	89	2,1
5 Moe/ziektegevoel	89	2,3
6 Diabetes mellitus	88	3,6
7 Syndr, cervic. wervelkolom	88	2,6
8 Slapeloosheid	88	2,5
9 Voorbijgaande stressreactie	88	3,1
10 Andere ziekten zenuwstelsel	88	2,9

bij is uitgegaan van episoden met minstens 100 contacten in het onderzoeksjaar). In de top-10 episoden met de hoogste continuïteit staan vijf psychische en sociale problemen.

De top-10 episoden met een lage continuïteit is heterogeen van aard; de mogelijkheid van een acute fase tijdens de waarneming lijkt echter een bindende factor. Bij acute otitis media bijvoorbeeld vindt

10 procent van de contacten buiten de kantooruren plaats; voor alle episoden samen is dat 3 procent. De episode wratten staat in de top-10 doordat in sommige gezondheidscentra wrattensprekuren worden gehouden, waarbij steeds een andere huisarts 'dienst' heeft.

Een relatief lage continuïteit werd voorts gevonden bij een aantal chronische ziekten die door hun lage prevalentie niet

**Tabel 5** De tien episoden (met elk minstens 100 contacten per jaar) met de laagste continuïteit in de zorg, het gemiddelde aantal contacten per episode en het percentage contacten buiten kantooruren.

Episode	u-index	Gem.aantal contacten per episode	Percentage contacten buiten kantooruren
1 Spierpijn	77	2,5	3
2 Acute otitis media	77	2,4	10
3 Astma	78	3,6	5
4 Anticonceptie: IUD	79	2,6	0
5 Hoge luchtweginfectie	79	2,2	4
6 Wratten	79	2,7	0
7 Decompensatio cordis	80	3,8	6
8 Hyperventilatie	80	2,7	7
9 Sinusitis	81	2,5	1
10 Anticonceptie:oraal	82	2,2	0

in tabel 5 voorkomen, zoals epilepsie en huidkanker (beide 74 procent), schizofrenie (77 procent), chronische enteritis en leukemie (beide 78 procent). Bij geen enkele chronische episode werd een continuïteitspercentage gevonden dat boven het gemiddelde van 85 procent uitkwam.

## Beschouwing

Continuïteit *in de tijd* kon in dit vervolgonderzoek niet worden gemeten, omdat een groot deel van het materiaal van het Transitieproject is gebaseerd op één jaar registratie.

De continuïteit *in de persoon* bleek in het Transitieproject iets kleiner dan in het Monitoringproject. Dit verschil is een gevolg van het feit dat het Transitieproject meer opleidings- en duo-praktijken en meer part-time werkende huisartsen telt. Een verschil van 3 procent is bij twee grote populaties uiteraard statistisch significant, maar in dit geval kan daar geen belangrijke betekenis aan worden gehecht, zeker geen klinische. Bij globaal 80 procent van de contacten ziet de patiënt dezelfde huisarts (de 'meest bezochte' huisarts) en bij

73 procent van de contacten de 'eigen' huisarts.

Ook de continuïteit *in de zorg* was in beide bestanden groot: bij 85 procent van de contacten binnen eenzelfde episode ziet de patiënt de 'meest bezochte' huisarts en in 76 procent van de gevallen de 'eigen' huisarts.

De verschillen in percentages continuïteit tussen de 'meest bezochte' en de 'eigen' huisarts geven een indruk van de uitwerking van de waarneming in de Nederlandse situatie. Bovendien wordt een verklaring gevonden in het feit dat een patiënt alle contacten binnen één episode bij dezelfde huisarts heeft, of dat nu de 'eigen' huisarts is of niet.

Hoe buitengewoon hoog de gevonden percentages zijn, blijkt als we tevens rekening houden met de volgende gegevens:

- 3 procent van alle huisarts-patiënt contacten vindt buiten kantooruren plaats (dus in principe in de waarneming);
- de huisarts is jaarlijks gemiddeld vijf weken met vakantie.

De maximale continuïteit in de persoon bedraagt dus zo'n 90 procent. Bovendien is ook de patiënt soms met vakantie.

Continuïteit wordt negatief beïnvloed door de praktijkvorm. Met de 'eigen' huisarts als uitgangspunt blijken opleidingspraktijken en duo-praktijken een duidelijk lagere continuïteit te hebben. Het effect van part-time werken is daarentegen, zeker op episode-basis, relatief gering.

Bij beschouwing van de relatie tussen continuïteit in de zorg en de aard van de episode valt op dat er een lagere continuïteit is als de episode potentieel een acute fase heeft. Een hoge continuïteit bestaat vooral bij psychische en sociale problemen. Dit kan zowel verklaard worden doordat de huisarts afspraken maakt voor een vervolggconsult, als uit de behoefte van patiënten met hun problemen dezelfde huisarts te consulteren.

Continuïteit in de zorg (op episodebasis) is in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem bijna maximaal en ook de continuïteit in de persoon is groter dan waar ook elders. Bij de huidige politieke verwikkelingen dient de Nederlandse samenleving deze verworvenheid te koesteren.

## Literatuur

- 1 IJermans CJ, Oskam SK. Continuïteit in de huisartspraktijk gemeten. *Huisarts Wet* 1990; 33(2): 51-6.
- 2 IJermans CJ, Oskam SK. Clustering, continuïteit en co-morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990.
- 3 Godkin MA, Rice CA. Assessing continuity of physician interaction with patients and their families. *Fam Med* 1984; 16: 181-4.
- 4 Ejlertsson G, Berg G. Continuity of care in health care teams. *Scan J Prim Health Care* 1985; 2: 79-85.
- 5 Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- 6 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 7 Dietrich J, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982; 15: 929-37. ■