De gevolgen voor de huisarts van de substitutie van verpleeghuiszorg

C.P. VAN LINSCHOTEN
B. MEYBOOM-DE JONG
P. MOORER
E.W. WOLFFENSPERGER

Van Linschoten CP, Meyboom-de Jong B, Moorer P, Wolffensperger EW. De gevolgen voor de huisarts van de substitutie van verpleeghuiszorg. Huisarts Wet 1996; 39(4): 162-4.

Samenvatting Wat zijn de gevolgen van de introductie van extramurale verpleeghuiszorg voor de huisarts? Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van een onderzoek in Zuid-Oost Groningen. Het budget voor 30 verpleeghuisbedden werd besteed aan verpleeghuisvervangende thuiszorg, psychogeriatrische groepsverzorging en individuele somatische meerzorg in het verzorgingshuis. Gedurende één jaar werden alle contacten tussen huisartsen en oudere patiënten in het experiment geregistreerd. De uitkomsten zijn vergeleken met gegevens uit de Nationale Studie en het Autonomieproject. De werkbelasting voor huisartsen bleek bij thuiswonende verpleeghuispatiënten beduidend hoger dan bij gemiddelde thuiswonenden van 75 jaar en ouder (67 procent meer per patiënt per jaar). De tijdsbesteding aan patiënten in het verzorgingshuis was echter lager dan gemiddeld (30 procent minder per patiënt per jaar).

Dr. C.P. van Linschoten, psycholoog, ARGO/NCG, Rijksuniversiteit Groningen. Prof.dr. B. Meyboom-de Jong, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen. Drs. P. Moorer en Drs. E.W. Wolffensperger, beiden socioloog, NCG, Rijksuniversiteit Groningen.
Correspondentie: Dr. C.P. van Linschoten, ARGO/NCG, Postbus 4073, 9701 EB Groningen.

Inleiding

In de regio Zuid-Oost Groningen (49.000 inwoners), bestaande uit de gemeenten Stadskanaal en Vlagtwedde, hebben sinds de jaren tachtig ingrijpende verschuivingen in de zorg voor ouderen plaatsgevonden.[1] Daardoor is het gebruik van somatische verpleeghuiszorg en van het verzorgingshuis hier relatief laag, terwijl het gebruik van thuiszorg juist hoger is dan in de rest van Nederland. In het kader van het plan 'Verpleeghuiszorg in Perspectief' is het budget dat is gemoeid met de exploitatie van 30 verpleeghuisbedden, besteed aan drie varianten van extramurale verpleeghuiszorg: verpleeghuis-vervangende thuiszorg, psychogeriatrische groepsverzorging in verzorgingshuizen, en individuele somatische zorg in verzorgingshuizen.[2] Het plan maakt het mogelijk dat sterk hulpbehoevende ouderen thuis of in het verzorgingshuis verzorgd worden. Een van de consequenties van deze ontwikkeling is dat de huisartsen geconfronteerd worden met een nieuwe patiëntengroep, met andere – wellicht intensievere – hulpvragen. Wat dit concreet betekent voor de werkzaamheden van de huisartsen, is echter nog niet duidelijk. Daarom is een onderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstelling: wat zijn de gevolgen van vervangende verpleeghuiszorg thuis of in het verzorgingshuis voor de werkbelasting van de huisarts met betrekking tot de tijdsbesteding per contact, de tijdsbesteding per patiënt per jaar, en de extra tijdsbesteding in vergelijking met reguliere oudere patiënten?

Methode

Gedurende één jaar werden alle contacten tussen huisartsen en cliënten in vervangende verpleeghuiszorg geregistreerd. Criterium daarbij was een HADL-score ≥20; dit criterium is gebaseerd op de gemiddelde zorgbehoefte van ouderen in de regio die naar het verpleeghuis gaan.[3] In de verzorgingshuizen werden de contacten geregistreerd met bewoners in somatische meerzorg of psychogeriatrische groepsverzorging.

Voor de registratie werden twee formulieren ontwikkeld: een basiskenmerken- en een contactregistratieformulier. Het basiskenmerkenformulier diende om de persoonsgegevens en de chronische problemen bij aanvang van de registratie vast te leggen. Het werd ingevuld op het moment dat de patiënt werd opgenomen in de registratie. Het contactregistratieformulier werd ingevuld bij elk contact. De aard van het contact (visite, consult, indirect), de diagnosen die in het contact aan de orde kwamen, en de tijdsduur werden vastgelegd. Indirecte contacten (vooral overleg) werden ook geregistreerd, zij het dat daarbij een ondergrens van 5 minuten werd gehanteerd.

De uitkomsten van de registratie zijn vergeleken met gegevens uit het Autonomieproject en de Nationale Studie.[4-6]

Het bestand van het Autonomieproject bevat gegevens over een periode van één jaar van 5500 ingeschreven huisartspatiënten van 65 jaar en ouder, onder wie een groep van 1162 thuiswonende ouderen van 80 jaar en ouder, en een groep van 310 bewoners van het verzorgingshuis.[4,5] De verschillen tussen Zuid-Oost Groningen en het Autonomieproject zijn getoetst aan de hand van 95%-betrouwbaarheidsintervallen.

Om uitspraken te kunnen doen over de aard van de contacten bij hoogbejaarden *in het algemeen* is een vergelijking gemaakt met gegevens van de Nationale Studie van het Nivel.[6] Hieruit is een groep van 5482 personen van 75 jaar en ouder, woonachtig in (verstedelijkte) plattelandsgebieden geselecteerd. Dit bestand is gebruikt voor de schatting van de tijdsbesteding per contact. De tijdsduur per bezoek is vastgesteld door de middelste tijd per categorie in de Nationale Studie te nemen (3, 8, 13, 18 en 30 minuten). Dit levert een gemiddelde contacttijd op van 7,1 minuten voor een spreekuurcontact en 10,5 minuten voor een visite.

Door combinatie van de gegevens van de Nationale Studie, het Autonomieproject en onze studie in Zuid-Oost Groningen werd een beeld verkregen van de extra tijdsbesteding per patiënt in Zuid-Oost

Groningen. Daarvoor werd de op grond van de Nationale Studie berekende contacttijd toegepast op het bestand van het Autonomieproject. In dit bestand zijn de contacten op jaarbasis bekend. Voor de schatting van de reistijd werden de gegevens uit Zuid-Oost Groningen gebruikt.

Resultaten

Twee van de 19 huisartsen uit de regio deden niet mee aan het onderzoek. De registratie onder de 17 huisartsen leverde 1343 contacten op van 202 patiënten op (*tabel 1*). Zoals te verwachten was, waren de patiënten met verpleeghuiszorg in de thuissituatie gemiddeld ouder dan de gemiddelde huisartspatiënt van 75 jaar of ouder. Vanwege de aard van de problemen bestonden de contacten bijna uitsluitend uit visites. De redenen voor het bezoek hingen relatief vaak samen met respectievelijk dementie en CVA (thuis) en diabetes mellitus, urineweginfectie en dementie (verzorgingshuis).

De contacten in de thuissituatie vergden gemiddeld significant meer tijd (circa 30 procent) dan de contacten in het verzorgingshuis. Dat gold zowel voor de totale tijd als voor de visitetijd, de reistijd en de indirecte tijd. De visites aan thuiswonenden in ons onderzoek duurden iets langer dan in de Nationale Studie (11,1 versus 10,6 minuten); de visites aan bewoners van verzorgingshuizen duurden daarentegen iets korter (8,5 versus 9,1 minuten).

Uit *tabel 2* blijkt dat de huisartsen ongeveer 2,5 uur per jaar aan een patiënt met vervangende verpleeghuiszorg in de thuissituatie besteedden. Hiervan was 1,5 uur visitetijd. Een patiënt in groepsverzorging of somatische meerzorg in het verzorgingshuis kostte ongeveer de helft van deze tijd.

Ten aanzien van de tijdsbesteding per patiënt per jaar concluderen we allereerst dat de huisartsen beduidend meer – 67 procent – tijd besteedden aan contacten met patiënten in verpleeghuisvervangende thuiszorg dan gewoonlijk het geval is bij hoogbejaarde patiënten. Op jaarbasis bedroeg het verschil ongeveer één uur aan reistijd en visitetijd. Hierbij is de indirecte tijd niet meeberekend, omdat hiervoor niet kan worden vergeleken met de andere bestanden. Verondersteld mag echter worden dat de patiënten in het experiment meer overlegtijd vragen. De bijna 30 minuten indirecte tijd per patiënt zal voor een groot deel bestaan uit *extra* tijd in vergelijking met de benodigde tijd bij een gemiddelde patiënt van 75 jaar en ouder.

Daarnaast concluderen we dat aan patiënten met vervangende verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis 30 procent minder tijd werd besteed dan gebruikelijk is. Het verschil was 29 minuten per patiënt per jaar.

Tabel 1 Leeftijd, geslacht en verblijfplaats van de onderzoekspopulatie in Zuid-Oost Groningen. Aantallen

	Verzorgingshuis	Thuiswonend
65-74	5	13
75-85	44	37
85+	59	40
Missing	4	–
Vrouwen	85	50
Mannen	22	31
Missing	5	9

Tabel 2 Aantal contacten en bestede tijd in minuten per patiënt per jaar, Zuid-Oost Groningen (ZOG) en Nederland (NL)

	Aantal contacten	Contacttijd	Reistijd	Totaal*	Per patiënt
Thuiswonend (ZOG)					
Visites	8†	11†	7†	146	146
Spreekuur	–	–	–	–	
Thuis (NL)					
Visites	5‡	11§	7†	78	88
Spreekuur	1‡	7§	–	9	
Verzorgingshuis (ZOG)					
Visites	5†	9†	5†	74	74
Spreekuur	–	–	–	–	
Verzorgingshuis (NL)					
Visites	7‡	9§	5†	100	103
Spreekuur	0‡	7§	–	3	

* Door afronding op gehele aantallen/minuten is de totale tijd niet gelijk aan het produkt van het aantal contacten en de tijd per contact.
† gebaseerd op de huisartsregistratie in zuidoost Groningen.
‡ gebaseerd op het Autonomieproject.[4,5]
§ gebaseerd op de Nationale Studie.[6]

Beschouwing

De werkbelasting voor de huisarts was vooral hoger bij de thuiswonende ouderen. Ouderen die verpleeghuiszorg thuis ontvingen, deden een groter beroep op de huisarts dan gemiddeld. De grotere tijdsbesteding per patiënt per jaar van de huisarts aan de thuiswonenden is volledig toe te schrijven aan het grotere aantal visites.

Visites vormen voor de huisarts een relatief tijdrovende vorm van contact. Het verschil is groot, bijna een factor 2, wanneer wordt vergeleken met de gegevens van de Nationale Studie en het Autonomieproject.

De ouderen die in het kader van 'Verpleeghuiszorg in Perspectief' worden verzorgd, hebben complexe problematiek. Toch zijn er in de visitetijd zélf minieme verschillen met de situatie elders in Nederland aangetroffen. Er wordt echter vaak een beroep op de huisartsen gedaan om te participeren in overlegvormen. De extra tijdsbesteding heeft in de regio geleid tot een discussie over extra honorering. Onder de huidige regelgeving is dit echter onmogelijk.

Het project in Zuid-Oost Groningen zal worden gecontinueerd. Betrokkenheid van huisartsen bij deze groep is noodzakelijk, wil multidisciplinaire verpleeghuiszorg op verantwoorde wijze in de thuissituatie plaatsvinden. Verpleeghuiszorg thuis vraagt om geregeld overleg tussen medische en verzorgende disciplines en wederzijdse aansturing. Het is juist voor deze groep van groot belang dat schotten tussen 'cure' en 'care' worden opgeheven.

Literatuur

1 Van Linschoten CP, Wolffensperger EW. Substitutie-effecten in de zorg voor ouderen in Zuid-Oost Groningen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1992, 23: 171-8.

2 Anoniem. Verpleeghuiszorg in Perspektief. Funktionele invulling van verpleeghuiszorg in Zuid-Oost Groningen. Stadskanaal/Vlagtwedde: ROOB, 1990.

3 Zijlstra WO, Wolffensperger EW, Te Velde BP. Registratie van verschuivingen in de zorg voor ouderen. Groningen: STYX, 1991.

4 Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken. Lelystad: Meditekst, 1989.

5 Van der Molen T, Meyboom-De Jong B, Smith RJA. Hoogbejaarden in en buiten het verzorgingshuis. Huisarts Wet 1991, 34: 377-82.

6 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapporten I en III. Utrecht: Nivel, 1991.

7 Wouters L, Van Limbeek L. Power-analyse. Sampling Techniques, 1988.

■

Abstract

Van Linschoten CP, Meyboom-de Jong B, Moorer P, Wolffensperger EW. Outpatient nursing home care: consequences for the general practitioner. Huisarts Wet 1996; 39(4): 162-4.

What are the consequences of outpatient nursing-home care for the general practitioner? This question was adressed in an evaluation research into the effects of an experiment in South-East Groningen (The Netherlands). 30 nursing home beds were not build; the budget was used for elderly living at home or in a home for the aged with a need for care that normally justifies admission at a nursing home. All contacts (n=1343) between patients in the project (n=202) and their GP's (n=17) were registered during one year. Comparisons are made with two representative studies. The results show that the workload of the GP for nursing-home patients at home is 67 per cent higher per patient per year, compared to a representative population of people aged 75 years and over. On the other hand, GP's spend less time (30 per cent less) on patients receiving nursing-home care in a home for the aged compared to a representative sample of elderly living in such institutions.

Key words Aged; Family practice.

Correspondence Dr. C.P. van Linschoten, ARGO/NCG, PO Box 4073, 9701 EB Groningen, The Netherlands.