

# Contacten in achterstandswijken

Dinny de Bakker, Christel van Dijk, Robert Verheij

Reeds in 1988 beschreef Querido op indringende wijze de problematiek van de huisarts in grootstedelijke achterstandswijken. Sociaal-economische achterstand, culturele diversiteit, veel verhuizingen en beperkte sociale cohesie leidden tot een grote en complexe zorgvraag, vaak ook gepaard gaande met achterliggende sociale problematiek. Die problematiek is nog even actueel. Minister Vogelaar heeft zich voorgenomen veertig van de meest ernstige achterstandswijken te transformeren tot 'prachtwijken'. Diezelfde minister stond als bemiddelaar aan de basis van het zogenoemde Vogelaar-akkoord, waarin afspraken zijn gemaakt over de honorering van huisartsen sinds de stelselwijziging. Een element in het akkoord is de mogelijkheid om een dubbel consult te declareren voor consulten die langer dan twintig minuten duren. Gezien de bewerkelijkheid van consulten in achterstandswijken (complexe problematiek, taal- en cultuurverschillen, sociale achtergronden) is te verwachten dat extra lange consulten relatief veel voorkomen bij patiënten in achterstandswijken. Wij onderzochten dit met gegevens uit LINH over het jaar 2006. Op [www.nivel.nl/linh](http://www.nivel.nl/linh) is de gebruikte methodiek verantwoord.

Het aantal gedeclareerde consulten en visites is voor patiënten beneden de 65 jaar uit achterstandswijken hoger (tabel 1). Dat geldt echter vooral voor de korte consulten en visites. Het aantal langere consulten van patiënten in achterstandswijken is maar weinig hoger dan dat van patiënten daarbuiten en het verschil in aantal lange visites is niet statistisch significant.

Ook bij de 65-plussers ligt het totaal van consulten en visites van patiënten uit achterstandswijken hoger. De aantallen lange consulten en visites liggen echter lager. De verschillen zijn niet statistisch significant. *Figuur 1* illustreert het een en ander nog eens duidelijk. De proportie lange contacten ligt voor patiënten uit achterstandswijken lager dan daarbuiten. Opmerkelijk is dat dit voor visites meer geldt dan voor consulten en dan vooral voor ouderen. En visites zijn juist zo belangrijk voor de zorg aan ouderen.

Onze verwachting dat in achterstandswijken meer lange contacten zouden plaatsvinden, komt dus niet uit. Patiënten uit achterstandswijken hebben wel meer, maar geen langere contacten. Over de oorzaken van het uitblijven van het verwachte verband kunnen we alleen speculeren. Mogelijk is het vooral de goed

opgeleide, geïnformeerde patiënt die weinig naar de huisarts gaat maar als hij gaat een boodschappenlijstje heeft en daarom vraagt om een lang consult. Mogelijk ook zijn allochtone patiënten niet op de hoogte van de mogelijkheid om een lang consult te vragen. Oorzaken kunnen echter ook liggen aan de kant van de huisartsenpraktijk. Mogelijk leidt hoge werkdruk in

achterstandswijken tot een terughoudender beleid in het aanbieden van lange consulten. Nadere analyse wijst uit dat er grote variatie bestaat tussen huisartsenpraktijken in aantallen consulten. Uit video-observaties in het kader van de tweede nationale studie kwam ook naar voren dat de consultduur niet langer is voor allochtonen patiënten.

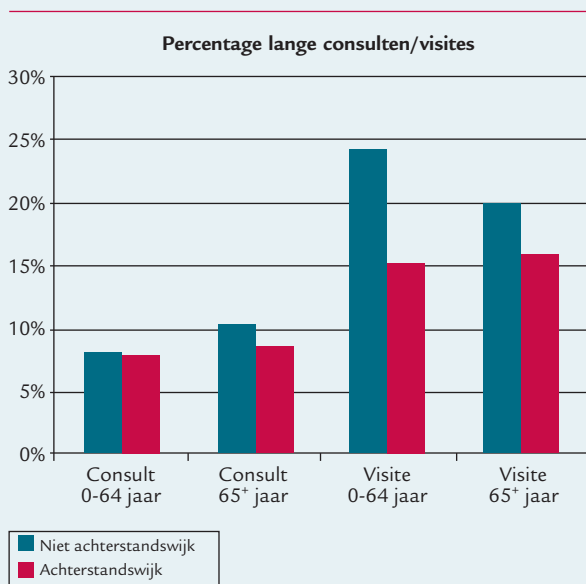
Draagt het Vogelaarakkoord bij aan de transformatie van Vogelaarwijken tot prachtwijken? Niet als het gaat om lange consulten waarbij meer tijd meer aandacht betekent. Patiënten uit niet-achterstandswijken krijgen in verhouding meer aandacht van de huisarts in de vorm van lange consulten. Patiënten in achterstandswijken hebben wel vaker contact met de huisarts.

**Tabel 1** Aantal gedeclareerde consulten per 1000 ingeschreven patiënten in 2006

Type verrichting	0-64 jaar niet-achterstandswijk	0-64 jaar achterstandswijk	65+ jaar niet-achterstandswijk	65+ jaar achterstandswijk
Consult <20 minuten	1877	2201***	3174	3404
Consult >20 minuten	168	183*	365	319
Visite <20 minuten	34	72***	973	1146
Visite >20 minuten	11	13	245	216
Totaal	2090	2469	4757	5085

Statistisch significante verschillen: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

**Figuur 1** Consulten en visites langer dan twintig minuten als percentage van het totaal aantal consulten en visites



De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het landelijk informatienetwerk huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van huisartsen die deelnemen aan het LINH. De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis 'productiegegevens' over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen.