

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23334>

Please be advised that this information was generated on 2021-04-17 and may be subject to change.

state anxiety inventory'. Tevens is in beide onderzoeken de 'Health locus of control'-lijst afgenomen.

Resultaten. De base line-gegevens van 164 patiënten uit de huisartspraktijkpopulatie en van 120 poliklinische patiënten zijn bekend. Enige gegevens uit beide populaties: van de huisartspraktijkpopulatie heeft 82,4% langer dan 0,5 jaar klachten tegen 70% van de poliklinische populatie; 28% van de huisartspraktijkpopulatie heeft heftige tot niet te verdragen pijnklachten en 35% heeft dagelijks klachten, tegen respectievelijk 44% en 56% in de poliklinische populatie; 19% van de huisartspraktijkpopulatie tegen 43% van de poliklinische populatie wordt sterk beperkt door de klachten; 51,9% van de huisartspraktijkpopulatie tegen 68% van de poliklinische populatie vertoont in meer of mindere mate vermijdingsgedrag.

E.H.van de Lisdonk en H.Bor (Nijmegen), *Veranderingen in verwijspatronen naar medisch specialisten; meer druk op de ketel tussen 1971 en 1993?*

De gezondheidszorg veranderde sterk tussen 1971 en 1993. De bevolking van Nederland groeide met 14% van 13,3 naar 15,2 miljoen mensen; het aantal huisartsen met 55% van 4504 naar 6969; het aantal medisch specialisten met 120% van 5909 naar ongeveer 13.000. Tegen deze achtergrond wordt de vraag gesteld naar kwantitatieve en kwalitatieve veranderingen in het verwijspatroon van huisartsen.

Methoden. In de 'Continue morbiditeitsregistratie Nijmegen' wordt sinds 1971 de aan de gezondheidszorg aangeboden morbiditeit vastgelegd (ongeveer 12.000 patiënten, 4 huisartspraktijken), alsmede het aantal verwijzingen, per specialisme en gekoppeld aan de uiteindelijke diagnose. Herhaalverwijzingen naar hetzelfde specialisme binnen dezelfde ziekte-episode worden niet geregistreerd. Het verwijscijfer (het aantal nieuwe verwijzingen per 1000 patiëntjaren) wordt in 5 perioden (1971-1975, 1976-1980, 1981-1985, 1986-1990, 1991-1993) en per specialisme geanalyseerd. Het procentuele aandeel van de onderscheiden ziekten binnen diezelfde perioden geeft de kwalitatieve veranderingen van het verwijspatroon weer.

Resultaten. De analyses betroffen 35.387 nieuwe verwijzingen, gemiddeld 1539 per jaar. Het verwijscijfer daalde tussen 1971 en 1980 sterk met ruim 31% en bleef stabiel in de jaren daarna op een niveau van rond de 110 nieuwe verwijzingen per 1000 patiëntjaren. Ongeveer 37% van de verwijzingen betrof de chirurgische vakken (inclusief hart-vaat-, plastische, kaak-, neuro-, orthopedische, thorax-, kinderchirurgie en urologie) en hiervoor daalde het verwijscijfer tussen 1971 en 1993 met 40% van 62 naar 37 nieuwe verwijzingen per 1000 patiëntjaren; 29% van de nieuwe verwijzingen betrof de 'kleine vakken' (KNO, oogheelkunde, dermatologie) en hiervoor daalde het verwijscijfer met 32% van bijna 50 naar ruim 30 nieuwe verwijzingen per 1000 patiëntjaren; bijna 13% van de verwijzingen betrof de interne vakken (inclusief longarts, cardioloog, reumatoloog, hematoloog, nefroloog, gastro-enteroloog, endocrinoloog) en hiervoor daalde het verwijscijfer met 17% van 20 naar 16. Voor gynaecologie/obstetrie (10% van de verwijzingen) werd een daling gevonden van 18%, voor neurologie en psychiatrie (7% van de verwijzingen) bleef het verwijscijfer constant op bijna 10, voor kindergeneeskunde (3% van de verwijzingen) daalde het met 26%. Enkele specialismen met een gering verwijscijfer groeiden (anesthesie, revalidatiegeneeskunde, geriatrie). Het patroon van de aandoeningen gekoppeld aan de verwijzingen veranderde op enkele punten opmerkelijk. Zo daalde in de verwijzingen naar de oogarts het aandeel van refractieafwijkingen sterk tussen 1971 en 1993, bij KNO dat van hypertrofie van tonsillen, bij dermatologie dat van wratten, bij orthopedie dat van platvoeten en bij chirurgie dat van kleine verwondingen.

P.M.J.H.Smeets, E.W.C.C.Derckx, C.A.M.Wolters, G.H.M.I. Beusmans, H.F.J.M.Crebolder en P.Pop (Maastricht), *Project 'Infuusbehandeling thuis'*

Het project 'Infuusbehandeling thuis' bestudeert de toepassing van infuusbehandeling in de thuissituatie. Het werkgebied beslaat binnen Zuid-Limburg de regio Heuvelland (gemeenten Eysden, Gulpen, Maastricht, Margraten, Meerssen, Vaals, Valkenburg, Wittem). Het 4-jarig project is in oktober 1992 gestart en wordt uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg, het Diagnostisch Coördinerend Centrum van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en de stichting Groene Kruis Heuvelland en gesubsidieerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het 'Stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie'. De algemene doelstelling van het onderzoek is: het exploreren van voorwaarden voor, en mogelijkheden tot implementatie van infuusbehandeling in de thuissituatie en valt uiteen in drie subdoelen: het formuleren van de voorwaarden waaronder infuusbehandeling in de thuissituatie deel uitmaken van het zorgaanbod; het op basis van een experiment invoeren van infuusbehandeling in de thuissituatie in de regio Heuvelland en het beschrijven van aanpassingen in de Nederlandse gezondheidszorg die nodig zijn om infuusbehandeling in de thuiszorgsituatie te implementeren.

In overleg met diverse intra- en extramurale disciplines en organisaties wordt bij diverse patiëntgroepen de haalbaarheid onderzocht van infuusbehandeling in de thuissituatie. Voor de betreffende patiëntgroepen wordt een protocol gemaakt met transmurale zorgverlening als uitgangspunt. Voor de directe zorg rondom het infuus worden 'transmurale verpleegkundigen' ingeschakeld, die een brugfunctie vervullen tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. Verder wordt ernaar gestreefd om zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande professionele zorgverlening.

M.van den Akker, F.Buntinx en A.Knottnerus (Maastricht), *Multimorbiditeit in de huisartspraktijk*

De huisarts wordt vaak geconfronteerd met een combinatie van verschillende chronische aandoeningen. Deze zogenaamde multimorbiditeit komt met name veel voor bij ouderen. Het aantal ouderen in onze samenleving zal de komende decennia sterk toenemen. Daarnaast heeft er een verschuiving plaatsgevonden van acute naar chronische aandoeningen; de puntprevalentie van chronische aandoeningen neemt toe. Ten gevolge daarvan zal het aantal mensen met multimorbiditeit toenemen. Dit heeft ernstige consequenties voor de maatschappelijke 'burden of illness' (sociale prevalentie) en voor de werklast van de huisarts. Met gegevens van het Registratienet Huisartspraktijken, waarin momenteel al meer dan 60.000 patiënten zijn opgenomen, is het vóórkomen van multimorbiditeit bestudeerd. Daarnaast is ook de invloed van sociaal-demografische determinanten geanalyseerd.

De prevalentie van multimorbiditeit, wanneer bekeken voor 36 chronische aandoeningen, varieert van 4% bij 0-19 jarigen tot 51% bij 80-plussers. Het gemiddeld aantal aandoeningen per patiënt bedraagt 0,52. Er blijkt een groter risico op multimorbiditeit te bestaan voor ouderen, ziekenfondsverzekerden, lager opgeleiden, mannen en alleenstaanden.

C.P.M.Broekman, A.K.Slob en J.J.van der Werff ten Bosch (Rotterdam), *Patiënten met erectieproblemen in de huisartspraktijk; een inventarisatie onder 90 huisartsen*