

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/2066/24523>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-20 and may be subject to change.

werking volgens verschillende regelingen. Van deze centra wordt 64% volgens het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra (BSG) gesubsidieerd, de overige centra ontvangen minder geld volgens de regeling voor Zwaarder Gestructureerde Samenwerkingsverbanden (ZGS). In het kader van een evaluatie van het BSG heeft het NIVEL onderzoek uitgevoerd naar het functioneren van gezondheidscentra. Het onderzoek richt zich zowel op kwaliteitsaspecten als kostenaspecten van de zorg in Nederland.

Door middel van semi-gestructureerde interviews onder gezondheidscentra (n=121) is onderzocht in hoeverre gezondheidscentra voldoen aan de twintig kwaliteitskenmerken zoals die door de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) zijn geformuleerd. Deze kenmerken richten zich op systematische samenwerking, opstelling naar buiten toe, en organisatie. Het kostenaspect van gezondheidscentra is onderzocht met behulp van productiecijfers (het aantal verwijzingen, voorschriften, verrichtingen, verpleegdagen en de kosten hiervan) van huisartsen in het werkgebied van negen ziektekostenverzekeraars.

Gezondheidscentra voldoen in hoge mate aan de kwaliteitskenmerken. Ze scoren met name goed op kenmerken die betrekking hebben op samenwerking binnen het centrum, zoals het gebruik maken van bi- of multidisciplinaire protocollen, onderlinge toetsing en overleg. De mogelijkheid nauwer samen te werken met de tweede lijn wordt nog weinig benut. Op organisatiekenmerken wordt relatief minder goed gescoord. Er bestaat verschil in het voldoen aan de kenmerken tussen gezondheidscentra die volgens het BSG en de regeling ZGS gesubsidieerd worden. Extra financiële middelen worden aangewend voor beleids-ondersteuning, ontwikkeling van kwaliteitssystemen en betere organisatie van het centrum. Gezondheidscentra in het algemeen genereren minder kosten op het gebied van voorschrijven en verwijzen dan huisartsen in andere praktijkvormen. Bij het aantal verpleegdagen en verrichtingen is dit minder duidelijk. Er bestaat weinig verschil tussen de BSG- en ZGS-centra.

Bij het voldoen aan kwaliteitskenmerken is van belang volgens welke regeling de centra subsidie ontvangen. Bij het realiseren van besparingen is van belang of hulpverleners samenwerken.

Correspondentie-adres

C.C. Ros, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946, e-mail: c.ros@nivel.nl

22 Richtlijnen voor zorg

Richtlijnontwikkeling voor drie behandelmethoden van depressie

Schene A.H.

Zie: Rubriek Spectrum in dit nummer van TSG.

30 Organisatie van zorg

Huisartsenzorg buiten kantooruren in een grote stad

Schuller R., D.H. de Bakker

De waarneming buiten kantooruren wordt door huisartsen meer en meer als een belasting ervaren, zeker in de grote stad waar de omstandigheden om het huisartsenvak te beoefenen zwaar zijn. Tegen deze achtergrond is in Rotterdam en omstreken een onderzoek uitgevoerd waarin de

wenselijkheid en haalbaarheid van aanpassing van de bestaande regeling teneinde de belasting te verminderen centraal stond. Het onderzoek behelsde een beschrijving van de bestaande waarnemingsituatie, knelpunten en het oordeel over alternatieve (grootschalige) organisatievormen.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een schriftelijke enquête gehouden onder alle huisartsen in Rotterdam en omstreken (respons 77%).

De waarneming in Rotterdam is georganiseerd in 29 waarnemingsgroepen, in grootte variërend van vier tot meer dan 12 huisartsen. De huisartsen draaien gemiddeld negen maal per vier weken dienst, met een gemiddelde contactfrequentie van 14 per avond en vier per nacht. In de weekenden liggen deze frequenties nog hoger.

Knelpunten die door de huisartsen worden ervaren, zijn er voornamelijk op het gebied van de hoge dienstbelasting, de beschikbaarheid van patiëntengegevens en doorverwijzing naar andere voorzieningen. Er is geen verband tussen de omvang van de waarnemingsgroep en de mate van ervaren dienstbelasting. In kwalitatief opzicht komen de Rotterdamse waarnemingsregelingen op een aantal punten niet overeen met de LHV- en NHG-standaarden op dit gebied.

Aanpassing van de waarnemingsregeling in de vorm van een grootschaliger organisatie wordt door een derde van de huisartsen wenselijk geacht. De grootschaliger waarnemingsmodellen die in Denemarken en Den Bosch gehanteerd worden, worden door een meerderheid als aantrekkelijke alternatieven gezien.

De hulpverlening buiten kantooruren wordt door huisartsen als een grote belasting ervaren. De efficiëntie van de waarnemingsregeling laat bovendien te wensen over: 33 huisartsen zijn wakker ten behoeve van ruim 100 contacten. Het draagvlak voor een grootschaliger waarnemingsmodel is aanwezig. Zo'n grootschaliger regeling zal wel aan een aantal voorwaarden moeten voldoen, zoals de voorwaarde dat de waarneming moet blijven worden uitgevoerd door huisartsen en dat de bereikbaarheid van de waarnemingsregio's in het oog gehouden moeten worden.

Correspondentie-adres

R. Schuller, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-2319946, fax 030-2319290, e-mail: r.schuller@nivel.nl

P 11

'Gezonder Zorgen', een gezondheidsbevorderingsprogramma voor verplegenden en verzorgenden in verpleeghuizen: effectevaluatie van een integraal bedrijfsgezondheidsprogramma

Senden Th.F., S. Maes, J.A. Engels, M. van der Doef, J.W.J. van der Gulden, F. Kittel, W. Gebhardt

In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre een integraal bedrijfsgezondheidsprogramma bij het verzorgend personeel in verpleeghuizen, met interventies gericht op bevordering van individueel gezondheidsgedrag en de kwaliteit van de arbeid, positieve effecten heeft op gezondheid, welzijn en ziekteverzuim.

De doelgroep van het project bestaat uit het verzorgend en verplegend personeel van zeven verpleeghuizen, ver-

spreid over het land. De effecten van het interventieprogramma worden gemeten door middel van een quasi-experimentele onderzoeksopzet. Aan drie experimentele huizen wordt een integraal gezondheidsbevorderingsprogramma aangeboden, bestaande uit interventies gericht op gezonde leefgewoonten (stoppen met roken, lichaamsbeweging, gezond eten), ergonomisch werken, en verbetering van de inhoud en organisatie van de arbeid. In twee verpleeghuizen, die dienen als vergelijkingsgroep, worden slechts interventies op het gebied van vermindering van fysieke overbelasting (training ergonomisch werken en verbetering ergonomische werkomstandigheden) uitgevoerd. Twee controle-huizen krijgen vanuit het project geen enkele interventie aangeboden.

Op drie meetmomenten (een voormeting en nametingen na één, respectievelijk twee jaar) worden gegevens verzameld over leefgewoonten, gezondheid, kwaliteit van de arbeid en ziekteverzuim. Sociaal-demografische kenmerken, leefgewoonten, (psycho)somatische klachten, kwaliteit van de arbeid en verloopintentie worden gemeten met behulp van een vragenlijst, grotendeels samengesteld uit bestaande schalen en deels uit zelf ontwikkelde en gevalideerde schalen. Met betrekking tot de gezondheid worden tevens een aantal biomedische variabelen gemeten (bloeddruk, serum cholesterol en de Body Mass Index). Ziekteverzuim- en verloopgegevens worden gegeneerd uit de registraties van de verpleeghuizen.

Correspondentie-adres

Th.F. Senden, Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel. 024-3613112/3615400, fax 024-3548612, e-mail: t.senden@amd.azn.nl

42 Preventie en beleid

Consequenties van de introductie van een nieuwe screeningtest op prostaatkanker

Spapen S.J.J.C., R.A.M. Damhuis, W.J. Kirkels

In het begin van de jaren 90 is een nieuwe methode voor de diagnostiek van prostaatkanker geïntroduceerd: van serum naar Prostaat-Specifiek-Antigeen (PSA). In afwachting van de resultaten van prospectief gerandomiseerd onderzoek wordt het gebruik van PSA als screeningmethode afgeraden. Als onderdeel van een Europese trial is in 1992 een onderzoek naar screening gestart in de gemeente Rotterdam.

In deze studie wordt onderzocht welke consequenties de introductie van PSA heeft gehad op de incidentie, stadiumdistributie en behandeling van patiënten met prostaatkanker in het centrale deel van de regio van het Integraal Kankercentrum Rotterdam. De gebruikte gegevens zijn afkomstig van de regionale kankerregistratie.

In de periode 1989-1995 is de incidentie van prostaatkanker (per 100.000, gestandaardiseerd volgens Europese standaard) toegenomen van 60 naar 100. De incidentiestijging wordt waargenomen in alle leeftijdsgroepen en kan slechts voor een deel verklaard worden door de lopende screeningstudie. De toegenomen incidentie betreft vrijwel alleen niet-gemetastaseerde tumoren. Het aantal patiënten dat jaarlijks een radicale prostatectomie onderging

nam toe van 17 tot 152. Behandeling door middel van radiotherapie is gestegen van 80 naar 257 patiënten.

Het is zeer waarschijnlijk dat de toename van de incidentie in deze periode het gevolg is van opportunistische screening. Ditzelfde verschijnsel is onder andere waargenomen in de Verenigde Staten. Het blijkt dat vroeg-diagnostiek wordt ingevoerd zonder dat het nut hiervan overtuigend is aangetoond. Gezien de mogelijkheid dat het in een deel van de gevallen om klinisch insignificante tumoren gaat, en het gebrek aan informatie over het natuurlijk beloop van deze lesies, bestaat er een risico op overbehandeling.

De consequenties die deze trend heeft voor de gezondheidszorg zijn onder andere een toenemende behoefte aan chirurgische en radiotherapeutische behandeling en een verandering van zowel de prognostische betekenis van bestaande stagerings- en graderingssystemen als het risicoprofiel van patiënten. Verder neemt de behoefte aan gedegen informatie en onderzoek toe. De belangrijkste conclusie is echter dat, zolang het nut van screening niet is aangetoond, het gebruik van PSA beperkt dient te blijven.

Correspondentie-adres

S.J.J.C. Spapen, Integraal Kankercentrum Rotterdam, Postbus 289, 3000 AG Rotterdam, tel. 010-440 5823, fax 010-4364784, e-mail: canreg@ikr.nl

23 Richtlijnen voor zorg

De ontwikkeling van richtlijnen voor de behandeling van ernstige psoriasis

Spuls P.I., L. Witkamp, P.M.M. Bossuyt, J.D. Bos

Zie: Rubriek Spectrum in dit nummer van TSG.

7 Ziektelast en kosten

Wegingsfactoren voor levensverwachting

Stouthard M.E.A., M.L. Essink-Bot, G.J. Bonsel,

P.J. van der Maas, L.J. Gunning-Schepers

Informatie over de toestand van de volksgezondheid in Nederland is een belangrijke bron ter ondersteuning van het volksgezondheidsbeleid. Levensverwachting gebaseerd op sterfte, gespecificeerd naar oorzaak, is één van de maten waarop een beschrijving van de volksgezondheid wordt gebaseerd. Alom wordt echter onderkend dat sterfte alléén niet voldoende informatief is. Een groot deel van de ziektelast van de bevolking wordt veroorzaakt doordat geleefde jaren in niet-perfecte gezondheid moeten worden doorgebracht. Om daarmee rekening te kunnen houden zou men willen beschikken over een samenhangende set factoren om geleefde jaren te kunnen 'wegen' voor de toestand waarin ze worden doorgebracht. De beschrijving van de volksgezondheid wordt dan op voor ziekte gewogen levensverwachting gebaseerd. Dergelijke wegingsfactoren spelen een belangrijke rol zowel in het beschrijven en modelleren van de volksgezondheid als in het evaluatieonderzoek van curatieve en preventieve interventies.

Het doel van het onderhavige onderzoek kan omschreven worden als: wegingsfactoren voor levensverwachting afleiden die de relatieve wenselijkheid van ongelijksoortige gezondheidstoestanden als gevolg van ziekte weergeven. Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 1997.