

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

25 JAN. 1983

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUISARTSEN INSTITUUT
POSTBUS 2570 - 3500 GN UTRECHT
1568 - 319946

22 AUG 1986

EEN ZIEKENHUIS OP NIEUW LAND

Een onderzoek naar de gevolgen van de opening
van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad
voor de medische consumptie in die regio

1^e interimrapport

J. P. Dopheide
F. P. Nijhout

januari 1983

| INHOUDSOPGAVE | Blz. |
|--|------|
| Overzicht van tabellen, schema's en figuren | III |
| 1. Inleiding | 1 |
| 2. Het onderzoek 'Ziekenhuis Lelystad' in grote lijnen | 1 |
| 2.1. Globale schets van het onderzoeksontwerp | 1 |
| 2.2. De vier onderdelen nader beschouwd | 6 |
| 2.2.1. Verwijspatronen | 6 |
| 2.2.2. Medische consumptie in de huisartspraktijk | 9 |
| 2.2.3. Taakafbakening huisarts-specialist | 9 |
| 2.2.4. Opvattingen van patiënten | 10 |
| 3. Verwijspatronen | 17 |
| 3.1. Inleiding | 17 |
| 3.2. De volledigheid van het zelf verzamelde materiaal | 17 |
| 3.3. Enkele problemen | 18 |
| 3.4. Eerste, voorlopige resultaten | 20 |
| 3.4.1. Nadere uitsplitsingen | 24 |
| 3.5. Samenvatting | 40 |
| 4. Medische consumptie in de huisartspraktijk | 41 |
| 4.1. Inleiding | 41 |
| 4.2. Eerste, voorlopige resultaten | 41 |
| 4.3. Nadere uitsplitsingen | 44 |
| 4.3.1. Consulten | 44 |
| 4.3.2. Visites | 47 |
| 4.4. Samenvatting | 48 |
| 5. Taakopvatting huisarts | 49 |
| 5.1. Inleiding | 49 |
| 5.2. Resultaten | 50 |
| 6. Het bevolkingsonderzoek | 56 |
| 6.1. Inleiding | 56 |
| 6.2. Steekproef en respons | 61 |
| 6.3. Eerste, voorlopige resultaten | 63 |
| 6.3.1. Rechte tellingen | 63 |
| 6.3.2. Nadere ordening van het materiaal | 71 |
| 6.4. Analyse | 84 |
| 6.4.1. Het model | 84 |
| 6.4.1.1. De Fishbein-variabelen | 84 |
| 6.4.1.2. De toegevoegde componenten: appreciatie van eerste en tweede lijn en de specifieke gedragsintenties | 85 |
| 6.4.1.3. De werking van het model bij gezonde en ongezonde mensen | 87 |

| | Blz. | |
|----------|--|-----|
| 6.4.2. | De samenhang van enkele demografische en persoonlijkheidskenmerken met de 'modelvariabelen' | 91 |
| 6.4.3. | De samenhang van andere achtergrondvariabelen met de variabelen uit het model | 101 |
| 6.4.3.1. | De tijd die een bezoek aan de specialist kost | 101 |
| 6.4.3.2. | Gezondheidstoestand en medische consumptie | 102 |
| 6.4.3.3. | Enkele meningen van de respondenten | 106 |
| 6.4.4. | Subjectieve gezondheidstoestand en medische consumptie opgesplitst naar demografische en persoonlijkheidskenmerken | 108 |
| 6.4.5. | Bij welke categorieën van de bevolking bepaalde meningen prevaleren | 112 |
| 6.4.6. | De (relatieve) tijd die een bezoek aan de specialist kost | 114 |
| 6.5. | Samenvatting | 116 |
| 7. | Samenvatting | 119 |

| | |
|------------|-----|
| Literatuur | 112 |
|------------|-----|

Bijlage 1 : Verwijsregistratieformulier

Bijlage 2a: Consultregistratieformulier

Bijlage 2b: Visiteregistratieformulier

Bijlage 3 : Vragenlijst taakopvatting huisarts-specialist

Bijlage 4 : Vragenlijst bevolkingsonderzoek

| OVERZICHT VAN TABELLEN, SCHEMA'S EN FIGUREN | | Blz. |
|---|---|------|
| Tabel 3.1 | Berekend verwijscijfer en ziekenfondsverwijscijfer 1980 | 21 |
| Tabel 3.2 | De verschillende soorten verwijzingen | 25 |
| Tabel 3.3 | Wijze van tot stand komen van de verwijzing naar soort verwijzing | 26 |
| Tabel 3.4 | Soort verwijzing naar specialisme | 27 |
| Tabel 3.5 | Soort verwijzing naar plaats waarheen verwezen wordt | 28 |
| Tabel 3.6 | Plaats waarheen verwezen wordt naar initiatief tot de verwijzing | 29 |
| Tabel 3.7 | Plaats waarheen verwezen wordt naar plaats van herkomst van de patiënt | 29 |
| Tabel 3.8 | Plaats waarheen verwezen wordt naar plaats van herkomst; alleen niet-administratieve verwijzingen | 30 |
| Tabel 3.9 | Geslachtsverdeling verwezen patiënten per verzekeringssoort | 30 |
| Figuur 3.1 | Leeftijdsspecifieke verwijscijfers voor mannen | 32 |
| Figuur 3.2 | Leeftijdsspecifieke verwijscijfers voor vrouwen | 33 |
| Tabel 3.10 | Soort verwijzing per leeftijdsklasse | 34 |
| Tabel 3.11 | Niet-administratieve verwijzingen per leeftijdsklasse | 34 |
| Tabel 3.12 | Medische noodzaak van de verwijzing | 35 |
| Tabel 3.13 | Diagnostisch niveau van de verwijzing | 36 |
| Tabel 3.14 | Doel van de verwijzing | 36 |
| Tabel 3.15 | Noodzaak van de verwijzing naar diagnostisch niveau | 37 |
| Figuur 3.3 | Percentage verwijzingen waarbij een diagnose is gesteld, naar leeftijd | 38 |
| Figuur 4.1 | Consulten en visites per 1000 patiënten per leeftijdsklasse | 43 |
| Tabel 5.1 | Diagnostiek en therapie van 39 aandoeningen | 51 |
| Tabel 5.2 | In de eigen praktijk uitgevoerde technieken | 52 |
| Tabel 5.3 | Taakafbakening ten opzichte van de specialist | 53 |
| Schema 6.1 | Het voor dit onderzoek aangepaste Fishbein-model | 58 |
| Figuur 6.1 | Samenstelling van bevolking, steekproef en respons naar leeftijd | 62 |
| Tabel 6.3.1 | Werk situatie van de respondenten | 63 |
| Tabel 6.3.2 | Opleiding van de respondenten | 63 |
| Tabel 6.3.3 | Verzekeringsvorm van de respondenten | 64 |
| Tabel 6.3.4 | Tijd dat men in Lelystad woont | 64 |
| Tabel 6.3.5 | Urbanisatiegraad van vorige woonplaats | 65 |

| | | Blz. |
|------------------|---|------|
| Tabel 6.3.6 | Afstand tot ziekenhuis in vorige woonplaats | 65 |
| Tabel 6.3.7 | Subjectief ervaren gezondheidstoestand | 66 |
| Tabel 6.3.8 | Bezoek aan of van de huisarts in de laatste 3 maanden | 66 |
| Tabel 6.3.9 | Bezoek aan specialist en ziekenhuisopname in laatste jaar | 66 |
| Tabel 6.3.10 | Onder behandeling bij specialist? | 67 |
| Tabel 6.3.11 | Wie behoort te beslissen over een verwijzing? | 67 |
| Tabel 6.3.12 | Tevredenheid met de huisarts | 68 |
| Tabel 6.3.13 | Mening over het verwijsbeleid van de huisarts | 68 |
| Tabel 6.3.14 | Vervelend dat in Lelystad geen ziekenhuis is? | 68 |
| Tabel 6.3.15 | Belangrijkste reden dat geen ziekenhuis in Lelystad vervelend is | 69 |
| Tabel 6.3.16 | Tijd besteed aan bezoek specialist | 69 |
| Tabel 6.3.17 | Tijd besteed aan bezoek huisarts | 70 |
| Tabel 6.3.18 | Moeite voor bezoek specialist | 70 |
| Tabel 6.3.19 | Moeite voor bezoek huisarts | 71 |
| Tabel 6.3.20 | Evaluatie van de mogelijke gevolgen van laten merken dat men naar de specialist wil | 72 |
| Tabel 6.3.21 | Waarschijnlijkheid van mogelijke gevolgen van laten merken dat men naar de specialist wil | 73 |
| Tabel 6.3.22 | Mogelijke gevolgen van het laten merken dat men naar de specialist wil | 74 |
| Tabel 6.3.23 | Algemene en specifieke gedragsintenties | 76 |
| Tabel 6.3.24 | Factoranalyse op de specifieke gedragsintenties | 77 |
| Tabel 6.3.25 | Hoe vaak laten merken dat men naar de specialist wil? | 78 |
| Tabel 6.3.26 | De plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening | 80 |
| Tabel 6.3.27 | Factoranalyse op de items van tabel 6.3.26 | 81 |
| Tabel 6.3.28 | Tijd voor bezoek aan huisarts en specialist vergeleken | 82 |
| Tabel 6.3.29 | Moeite voor bezoek aan huisarts en specialist vergeleken | 82 |
| Schema 6.4.1.1.1 | Correlaties tussen de modelvariabelen | 85 |
| Tabel 6.4.1.2.1 | Correlaties van 'appreciatie huisarts' en 'appreciatie specialist' met de modelvariabelen | 86 |
| Tabel 6.4.1.2.2 | Correlaties van de gedragsintenties met de overige modelvariabelen | 87 |

| | Blz. |
|---|------|
| Schema 6.4.1.3.1 De werking van het model bij verschillende gezondheidstoestanden | 88 |
| Tabel 6.4.1.3.1 Gedragsintentie naar gezondheidstoestand | 90 |
| Tabel 6.4.2.1 Feitelijk gedrag naar geslacht | 91 |
| Tabel 6.4.2.2 Opleiding en gedragsintentie | 94 |
| Tabel 6.4.2.3 Gedragsintentie en feitelijk gedrag voor 3 opleidingsniveau's | 94 |
| Tabel 6.4.2.4 Modelvariabelen naar werksituatie | 95 |
| Tabel 6.4.2.5 Feitelijk gedrag naar werksituatie | 96 |
| Tabel 6.4.2.6 Feitelijk gedrag naar urbanisatiegraad vorige woonplaats | 98 |
| Tabel 6.4.2.7 Feitelijk gedrag naar urbanisatiegraad naar huisartsenbezoek | 98 |
| Tabel 6.4.2.8 Feitelijk gedrag naar verzekeringswijze tegen specialist | 100 |
| Tabel 6.4.2.9 Feitelijk gedrag naar verzekeringswijze tegen huisarts | 100 |
| Tabel 6.4.3.1 Feitelijk gedrag naar relatieve tijd voor bezoek aan specialist | 101 |
| Tabel 6.4.3.2 Modelvariabelen met gezondheidstoestand | 102 |
| Tabel 6.4.3.3 Feitelijk gedrag naar huisartsenbezoek en gezondheidstoestand | 104 |

1. Inleiding.

Dit rapport is het eerste interimrapport van het project 'Ziekenhuis Lelystad', een onderzoek naar de effecten van een plotselinge toename van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen (de bouw van een ziekenhuis) op de medische consumptie in een gebied dat voorheen op ver weg gelegen voorzieningen was aangewezen.

Dit rapport, dat als belangrijkste functie heeft de direct betrokkenen bij het onderzoek (waaronder in de eerste plaats de subsidiënt, het Praeventiefonds) te informeren over voortgang en eerste resultaten, heeft een beperkte opzet. In hoofdstuk 2.1. wordt globaal de opzet van het onderzoek geschetst, waarna in hoofdstuk 2.2. een iets gedetailleerdere beschrijving wordt gegeven van het onderzoeksmateriaal dat in dit rapport behandeld wordt (verwijspatronen, medische consumptie in de huisartspraktijk, taakopvatting van huisartsen, opvattingen van de bevolking). De eerste bewerkingen van dat materiaal worden beschreven in de hoofdstukken 3 t/m 6: deze geven een beeld van de situatie te Lelystad vóór de opening van het ziekenhuis op die gebieden, waarop wij veranderingen verwachten als het ziekenhuis eenmaal geopend is. Deze gebieden hebben bovendien met elkaar gemeen dat voor het beantwoorden van de belangrijkste vragen eigen materiaalverzameling noodzakelijk was; onderzoeksvragen die beantwoord worden met behulp van secundair materiaal (bijv. het verloop van verwijs- en opnamecijfers in de omliggende gemeenten, verzorgingsgebieden van omliggende ziekenhuizen) komen in dit rapport niet aan de orde.

Een tweede beperking die is aangebracht is de gescheiden analyse en presentatie van de vier hier te behandelen onderwerpen. Analyse van het gehele ter beschikking staande materiaal is, gelet op het karakter van dit rapport en op de benodigde tijd daarvoor, niet opportuun.

Theoretische beschouwingen tenslotte zijn zoveel mogelijk vermeden; van literatuurverwijzingen is een spaarzaam gebruik gemaakt.

2. Het onderzoek 'Ziekenhuis Lelystad' in grote lijnen.

2.1. Globale schets van het onderzoeksontwerp.

Vraag en aanbod staan in de gezondheidszorg in een bijzondere relatie tot elkaar: voor een groot deel bepaalt het aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen het gebruik dat ervan gemaakt wordt. In de relatie tussen eerste en tweede lijn bijvoorbeeld zien we dat afstand tot en omvang van de tweedelijnsvoorzieningen een belangrijke invloed hebben op het aantal patiënten dat de huisarts naar de specialist verwijst. Bij deze relatie is een aantal vragen te plaatsen: vragen de patiënten een huisarts die dichtbij een ziekenhuis praktizeert zélf vaker om een verwijzing (en als dus de patiën-

ten verder van een ziekenhuis minder vaak op een verwijzing aandringen, komt dat dan doordat ze tegen de reis naar het ziekenhuis opzien, of zijn ze meer 'georiënteerd' op de huisarts dan op de specialist?), heeft de huisarts ver van een ziekenhuis een bredere taakopvatting dan zijn collega dichtbij het ziekenhuis, of gaat er op één of andere wijze een beïnvloeding van de specialist uit, waaraan de huisarts die vlakbij het ziekenhuis zit zich maar moeilijk kan onttrekken?

Deze vragen zouden op zichzelf wel te beantwoorden zijn in een onderzoek waarin cross-sectioneel een groot aantal huisartspraktijken met elkaar worden vergeleken. Problematisch daarbij is echter de causaliteit: er kan sprake zijn van een zekere mate van zelf-selectie van huisartsen (zo kan men veronderstellen dat vooral huisartsen met een brede taakopvatting zich bij voorkeur vestigen op het platteland). De situatie te Lelystad (waar in augustus '82 een ziekenhuis is geopend, terwijl de stad tot dat moment aangewezen was op afgelegen voorzieningen) bood de mogelijkheid om het gebruik dat mensen maken van een voorziening in twee situaties te vergelijken: als de voorziening ver weg is (zeg maar: een gering aanbod), en als hij dichtbij is (een hoog aanbod). Behalve het vergrote aanbod aan voorzieningen verandert er niets*: de patiënten blijven hetzelfde, hun klachtenpatroon verandert niet, hun huisarts verandert evenmin. Een goede situatie dus om het 'mechanisme' dat vraag en aanbod op elkaar afstemt op het spoor te komen. We gaan dus kijken wat er verandert in het gedrag van de belangrijkste actoren (patiënt, huisarts en, in principe, specialist**) als het aanbod aan voorzieningen plotseling toeneemt, waarbij we ons uiteraard concentreren op gedrag dat te maken heeft met het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Daarbij zullen we gebruik maken van een veel genoemde typologie van zorgverlening, namelijk die van Feldstein. Deze ordent de verschillende types zorg naar degene die de beslissing neemt dat die zorg verleend moet worden. Hij onderscheidt:

Type 1 - Zorg verstrekt op initiatief van de patiënt.

Type 2 - Zorg verstrekt door de ene arts, op initiatief van een andere (bijv. het eerste contact van een door de huisarts verwezen patiënt met een specialist).

Type 3 - Zorg verstrekt door een arts, op zijn eigen initiatief (bijv. een herhalingscontact met huisarts of specialist).

*Al moeten we ons realiseren dat het te openen ziekenhuis in alle opzichten nieuw is en niet zonder meer vergelijkbaar met de ziekenhuizen die nu de zorg leveren.

**Daar de persoon van de specialist verandert, is er aan veranderingen in zijn gedrag niet veel te onderzoeken.

Vanuit deze typologie zullen we de centrale vraagstelling van dit onderzoek benaderen. Deze vraagstelling luidt:

Wat zijn de effecten van een sprongsgewijze vergroting van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen (in casu de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis in Lelystad) op de totale medische consumptie van de inwoners van de regio?

De veranderingen die het gevolg zijn van het vergrote aanbod zullen geanalyseerd worden vanuit de vraag wie de beslissing tot die consumptie neemt: de patiënt zelf, dan wel de huisarts of specialist.

Enkele termen uit de centrale vraagstelling vragen nadere toelichting. Allereerst is de vraag wat verstaan zou moeten worden onder 'de inwoners van de regio'. Wij hebben daarvoor een pragmatische oplossing gekozen. De gevolgen van de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis zijn, naar men verwacht mag, vooral merkbaar te Lelystad. Het grootste doel van de onderzoeksarbeid zal dan ook gewijd zijn aan het beschrijven van veranderingen in de medische consumptie van Lelystedelingen, en aan pogingen om de manier waarop de komst van het ziekenhuis deze veranderingen tot stand brengt, op het spoor te komen.

Ook buiten Lelystad is wel iets van het nieuwe ziekenhuis te merken. Vooral Emmeloord, waar het plaatselijke ziekenhuis ongeveer een kwart van zijn bedbezetting uit Lelystad haalt, zal ruimer in het aanbod komen te zitten, wat zou kunnen betekenen dat ook de inwoners van deze gemeente een ruimer gebruik van deze voorzieningen gaan maken, terwijl het Emmeloordse ziekenhuis wellicht een ruimer verzorgingsgebied te zien zal gaan geven. Eventuele veranderingen op dit punt zullen echter slechts door inspectie van het verloop van ruwe parameters op basis van secundair materiaal worden beschreven (verwijs- en opnamecijfers per gemeente, herkomst patiënten per ziekenhuis). Dit geldt a fortiori voor Kampen en Harderwijk, die voor een geringer percentage (<10) afhankelijk zijn van Lelystedelingen. Een tweede term die kort moet worden toegelicht is 'medische consumptie'. Hieronder wordt begrepen dat gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen waarvan te verwachten is dat het gevoelig is voor de toename van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen. Zelf- en mantelzorg, tandartsbezoek, diensten van alternatieve genezers, zelfmedicatie vallen daarbuiten. Wel onder medische consumptie vallen in dit onderzoek bezoeken aan en van de huisarts, gebruik van laboratorium- en röntgenfaciliteiten op verwijzing van de huisarts, gebruik van op recept verkrijgbare geneesmiddelen, bezoeken aan de specialist, opnamen in algemene of academische ziekenhuizen.

Als we aan de hand van de genoemde typologie van Feldstein de verschillende typen medische consumptie onderscheiden en ons afvragen welke soort consumptie in belangrijke mate door de komst van het ziekenhuis beïnvloed zal worden, dan zijn dat vooral de eerste bezoeken aan een specialist. Voorlopig laten we even in het midden of dit rechtstreekse bezoeken zijn (waarvoor de huisarts achteraf een verwijskaart of, voor de particuliere patiënt, een verwijsbriefje voor de verzekering, moet geven), verwijzingen op verzoek van de patiënt, verwijzingen op initiatief van de huisarts of een ander soort verwijzingen, duidelijk is dat een forse stijging van het verwijscijfer verwacht mag worden. Op de mogelijke veranderingen in dit verwijscijfer zullen we in 2.2.1. iets nader ingaan.

Wat betreft de bezoeken aan de huisarts zijn de verwachte veranderingen minder duidelijk. We hebben geen redenen om aan te nemen dat het aantal eerste contacten met de huisarts zal toenemen, wél is denkbaar dat de huisarts na komst van het ziekenhuis de patiënt minder vaak zal terugbestellen: verwijzen en terugbestellen zijn tot op zekere hoogte substitueerbaar, namelijk in die gevallen waarin de huisarts niet geheel zeker van zijn zaak is. Onzekerheidsreductie kan dan zowel plaatsvinden door een 'second opinion' te vragen, als door te besluiten zelf enige tijd later nog eens naar de patiënt te kijken. Het effect zal, gezien de relatief geringe frequentie waarmee een verwijzing voorkomt, niet sterk zijn.

Behalve terugbestellen en verwijzen is het aanvragen van aanvullend laboratorium- of röntgenonderzoek een methode om de onzekerheid te reduceren. Volgens de bovenstaande redenering zou in deze vormen van door de huisarts aangevraagde consumptie ook een bescheiden afname zijn te verwachten. Naast onzekerheidsreductie kunnen verwijzingen, terugbestellen, verwijzen voor lab. of röntgen, alsmede het meegeven van een recept, ook gezien worden als instrumenten om het spreekuur te 'managen': het zijn handelingen waarmee een arts een consult tot een einde kan brengen. Ook in die zin kan verwijzen als substituut worden opgevat.

Zijn de verwachte veranderingen van de medische consumptie in de huisartspraktijk al klein en wellicht niet aantoonbaar, over de overige vormen van consumptie laten zich geen voorspellingen formuleren. Het terugbestellen door de specialist zou weliswaar kunnen samenhangen met de afstand tussen ziekenhuis en woonhuis van de patiënt, maar als dit al zo zou zijn dan zal toch het feit dat behalve deze afstand ook de persoon van de specialist verandert een dergelijke tendens versluieren. Ook over de klinische consumptie laten zich geen uitspraken vooraf formuleren. Uiteraard zullen opnamecijfers wel gevolgd worden; een opvallende ontwikkeling daarin (die we niet verwachten) zal echter alleen door raadpleging van de betrokkenen verklaard kunnen worden.

Verwijspatronen en medische consumptie in de huisartspraktijk zijn twee van de vier onderdelen die met eigen materiaalverzameling onderzocht worden en waarvan de eerste resultaten hier gepresenteerd worden.

De andere twee onderdelen houden zich vooral bezig met de vraag hoe de verkleinde afstand tot het ziekenhuis nu precies 'inwerkt' op het verwijscijfer. Daarbij gaat één onderdeel over veranderingen in het gedrag van patiënten, en één over wijzigingen in het gedrag van de huisarts.

Hierboven is al gesteld dat we een forse stijging verwachten van het verwijscijfer van de huisarts. Hoewel gegevens daarover schaars zijn, is duidelijk dat een deel van de verwijzingen door de huisarts tot stand komt op verzoek van de patiënt. Het zijn vooral déze verwijzingen die naar men mag aannemen gevoelig zijn voor de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Onbekend is of vooral factoren die verband houden met de afstand als zodanig (reistijd, slechte verbinding, tijdprijs) ervoor zorgen dat patiënten ver van een ziekenhuis minder op een verwijzing naar de specialist aandringen, of dat patiënten die wonen in een gebied met een relatief gering aanbod aan specialistische voorzieningen in het algemeen minder 'specialist-minded' zijn. Kort gezegd: denkt de patiënt dichtbij het ziekenhuis 'Alleen als je écht niets ernstigs hebt kan de huisarts het wel af', terwijl de patiënt ver van het ziekenhuis meent: 'Alleen als je echt wat ernstigs hebt, moet je naar de specialist'? Het relatieve belang van deze afstandsfactoren en deze meer algemene preferentie voor eerste of tweede lijn voor de vraag of men de huisarts om een verwijzing zal vragen, en de veranderingen in deze factoren na komst van het ziekenhuis, worden vastgesteld door drie maal een steekproef uit de bevolking hierover te enquêteren.

Ook de werkwijze van de huisarts zou kunnen veranderen. Daarbij moet vooral gedacht worden aan de taakafbakening tussen huisarts en specialist. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een huisarts die zichzelf een brede taak toemeet in verhouding tot de specialist, en die relatief veel ingrepen (kleine chirurgie, diagnostische verrichtingen) zélf verricht, minder verwijst. Vooral deze laatste factor hangt samen met de afstand tot het ziekenhuis: hoe verder van het ziekenhuis, hoe meer men zelf doet. Door de huisartsen te Lelystad drie maal over dit onderwerp te enquêteren, wordt nagegaan of de komst van het ziekenhuis betekent dat zij een deel van hun werkzaamheden voortaan door de specialist laten verrichten.

Deze vier onderdelen (verwijspatronen en medische consumptie in de huisarts-

praktijk, opvattingen van de bevolking en taakafbakening huisarts-specialist) vormen de hoofdmoot van het onderzoek en worden in dit rapport nader behandeld. Op deze gebieden vinden drie metingen plaats: voorjaar 1982 (voormeting), voorjaar 1983 (metingen korte termijn-veranderingen), en voorjaar 1984 (meting langere-termijn-veranderingen). Dit rapport geeft de resultaten van de voormeting.

In een meer kwalitatief deel van het onderzoek wordt nagegaan of en zo ja hoe eerste en tweede lijn erin slagen om tot een goede verdeling van taken en verantwoordelijkheden te komen. De opening van het ziekenhuis is immers in veel opzichten een 'steen in de vijver', waardoor de taakverdeling tussen huisarts en specialist onder druk komt te staan. Het vinden van een bevredigende taakafbakening blijkt (o.a. uit onderzoek te Hoogeveen) een zeer moeilijke zaak. Door het houden van kwalitatieve interviews bij een groep sleutelpersonen (huisartsen, medische staf, ziekenhuisdirectie, wellicht gemeente), zal gepoogd worden dit proces te beschrijven. Deze interviews zullen in de loop van 1983 worden gehouden. Een poging om de 'uitgangspositie' wat betreft de taakafbakening tussen huisarts en specialist in kaart te brengen door de specialisten een deel van de genoemde huisartsenenquête te laten invullen is helaas mislukt: de medische staf wilde in meerderheid deze enquête niet invullen. Deze weigering, die overigens geen rampzalige gevolgen heeft, was mede te wijten aan onvoldoende vooroverleg over deze materie van de kant van de onderzoekers. Aan dit deel van het onderzoek, dat geheel los staat van het overige deel, zal in dit rapport geen aandacht worden besteed.

2.2. De vier onderdelen nader beschouwd.

2.2.1. Verwijspatronen.

Uit onderzoek naar verwijscijfers* van huisartsen komt altijd een sterk verband naar voren tussen het verwijscijfer en de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis: hoe groter die afstand, hoe lager het verwijscijfer. Als we het totale verwijscijfer uiteen leggen in de drie typen zorg van de typologie van Feldstein, dan blijkt het een 'paramorf' karakter te hebben: het is samengesteld uit een aantal verschillende zorgtypen (zie Posthuma & v.d. Zee, 1977, p. 31). We zullen ze eens op een rij zetten.

*Het gaat hier om het ZF-verwijscijfer: het aantal afgegeven verwij斯卡arten per 100(0) ziekenfondsverzekerden. Over particulieren is vrijwel niets bekend.

* 'Actieve' verwijzingen door de huisarts.

Dit betreft alle gevallen waarin de huisarts de beslissing neemt dat de patiënt specialistische zorg behoeft. Dit type verwijzingen zou betrokken moeten worden op het aantal contacten tussen huisarts en patiënt: een actieve verwijsbeslissing kan immers alleen genomen worden als de huisarts op één of andere wijze in contact is gekomen met de patiënt. We verwachten een stijging: het is waarschijnlijk dat de huisarts als hij zich afvraagt of hij de patiënt al of niet zal verwijzen, vooral in de niet strikt noodzakelijke gevallen rekening houdt met de inconveniënten van een lange reis naar het ziekenhuis.

* Verwijzingen op verzoek van de patiënt.

Een aanzienlijk deel van de verwijzingen (20 tot 50 %) komt tot stand op verzoek van de patiënt. Zoals gezegd verwachten we voor dit type een sterke stijging.

* Achterafverwijzingen.

Dit type verwijzingen betreft de gevallen waarin de patiënt zich met voorbijgaan van de huisarts rechtstreeks tot de specialist wendt, en achteraf de huisarts om een verwijskaart of verwijsbrief vraagt, omdat hij anders de kosten niet vergoed krijgt. De afstand tot het ziekenhuis is op deze verwijzingen hoogstwaarschijnlijk wel van invloed.

* Verlengingsverwijzingen (alleen voor ZF-verzekerden).

Door een administratieve eigenschap van het ZF-systeem (als de specialist na een jaar behandeling deze wil voortzetten, dient de huisarts een nieuwe verwijskaart uit te schrijven) is een (onbekend) deel van de verwijskaarten van de huisarts uitgeschreven op verzoek van de specialist. We verwachten op de lange duur voor dit deel van de verwijzingen geen sterke stijging of daling. Op korte termijn is een daling te voorzien: voor langdurig onder behandeling zijnde patiënten die overgaan van een 'externe' naar een Lelystadse specialist wordt immers een nieuwe (geen verlengings-)kaart afgegeven.

* Refractie-verwijzingen.

Hieronder verstaan we alle verwijzingen naar een oogarts wegens refractie-afwijkingen, behalve de nieuw geconstateerde gevallen. Wellicht gaat de verminderde afstand tot het ziekenhuis gepaard met een substitutie van oogarts voor opticien, zodat een toename mogelijk is.

* Verwijzingen op verzoek van specialist naar specialist, via huisarts.

Een klein aantal specialisten heeft de gewoonte de doorverwijzing naar een ander specialisme via de huisarts te laten lopen, die dan een nieuwe verwijskaart voor dat specialisme moet afgeven.

Ook komt het voor dat de specialist, na verhuizing van de patiënt naar Lelystad, van de nieuwe huisarts een nieuwe verwijskaart wil hebben. We verwachten geen verandering.

* Verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener.

Dit betreft vooral school- of keuringsartsen die, al of niet na rechtstreeks contact met de huisarts, suggereren dat een specialist moet worden ingeschakeld. We verwachten geen verandering.

Hiermee is het verwijscijfer van de huisarts in zijn componenten uiteengelegd. Willen we onze hypothese dat het verwijscijfer stijgt, en dat deze stijging vrijwel uitsluitend aan de patiënt toe te schrijven is, toetsen, dan moeten we zodanig registreren dat het onderscheid in verschillende typen verwijzingen is te maken. De ziekenfondsverwijskaart maakt dit onderscheid namelijk niet. Bijlage 1 geeft het verwijsregistratieformulier dat gedurende 9 weken door alle Lelystadse huisartsen bij iedere verwijzing (ook van particuliere patiënten) is ingevuld. Met behulp van dit formulier kunnen de verwijzingen onderscheiden worden in de 7 bovengenoemde typen. In 1983 en 1984 zullen de huisartsen in dezelfde periode de registratie herhalen.

Daarnaast werd het Regionaal Ziekenfonds Zwolle bereid gevonden voor dit onderzoek een type verwijskaart in te voeren, waarop het soort verwijzing kan worden aangekruist. Verwerking hiervan heeft nog niet plaatsgevonden.

De verwachte toename van het aantal verwijzingen op verzoek van de patiënt zou gedeeltelijk verklaard kunnen worden door de gestage toename van het aantal ex-Amsterdammers in Lelystad, met een 'steedse' (specialist-georiënteerde) mentaliteit. Hiervoor is enigszins te controleren door van alle patiënten na te gaan vanuit welke plaats zij zich in Lelystad gevestigd hebben, en hoe lang zij al in Lelystad wonen. Het betrekken van deze gegevens op de Lelystadse populatie heeft echter tot op heden niet opgeloste problemen gegeven: met het veranderen van een deel van het Openbaar Lichaam ZYP in de gemeente Lelystad per 1-1-1980 kregen alle daar op dat moment woonachtige personen in het bevolkingsregister als vorige woonplaats 'ZYP', en als datum van vestiging te Lelystad: 1-1-1980.

Uitgaande van de veronderstelling dat het vooral de patiënt is die het verwijscijfer omhoog brengt, nemen we aan dat de *medische* noodzaak tot de verwijzing niet zal veranderen. Dit wordt getoetst met vraag 7. (bijlage 1). Vraag 9 behandelt het 'diagnostisch niveau'. We veronderstellen dat bij een toenemend aantal verwijzingen op verzoek van de patiënt het gemiddelde diagnostisch niveau van de verwijzing zal dalen, wat ook tot uiting komt in een dalend relatief aantal verwijzingen ter behandeling (vraag 10).

Als laatste onderdeel van de verwijsregistratie is aan de huisarts gevraagd met welke klachten of diagnose de patiënt is verwezen, dit om ook kwalitatieve veranderingen in het verwijspatroon te kunnen vaststellen.

Gedurende 9 weken in het voorjaar van 1982 hebben de 18 Lelystadse huisartsen bij alle verwijzingen, zowel voor ziekenfonds- als voor particuliere patiënten, een dergelijk formulier ingevuld. Meer details daarover en een overzicht van de eerste resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 3.

2.2.2. Medische consumptie in de huisartspraktijk.

Bijlage 2a en 2b geven de registratieformulieren, die in het voorjaar van 1982 gedurende 10 dagen door alle huisartsen zijn ingevuld. De toelichting bij de, hierboven al behandelde, rubrieken, spreekt voor zichzelf.

In rubriek 5 worden de consulten onderscheiden in pilcontroles, consulten voor chronische klachten en andere consulten, dit om na te gaan of het substitutie-effect van verwijzen voor terugbestellen vooral voor bepaalde soorten consulten optreedt (we verwachten geen effect voor pilcontroles).

Rubriek 6 geeft het aantal malen dat een patiënt om een verwijzing vraagt of anderszins laat merken dat hij of zij naar de specialist wil. Hiermee zijn, naast de gehonoreerde verzoeken om een verwijzing, die in de verwijsregistratie vallen, ook de niet gehonoreerde in kaart gebracht.

Meer details en eerste resultaten staan in hoofdstuk 4.

2.2.3. Taakafbakening huisarts-specialist.

Over dit onderdeel zullen we kort zijn. In eerder onderzoek was gebleken dat de taak die de huisarts voor zichzelf claimt in verhouding tot de taak die hij aan de specialist toekent, van invloed is op zijn verwijscijfer. Huisartsen die véél aandoeningen, zowel qua diagnostiek als qua therapie, tot het terrein van de huisartsgeneeskunde rekenen, die veel therapeutische ingrepen en diagnostische verrichtingen zelf doen, en die zich enigszins 'strijdbaar' opstellen tegenover de specialist, in die zin dat zij voor zichzelf een grote invloed claimen op wat er, ook in de tweede lijn, met de patiënt gebeurt, verwijzen minder dan hun col-

legae, die voor zichzelf op deze gebieden een minder grote taak weggelegd zien.

Deze taakafbakening ten opzichte van de specialist hangt in bescheiden mate samen met de afstand tot het ziekenhuis: hoe dichterbij het ziekenhuis, hoe 'smaller' de taak van de huisarts.

Aan de huisarts is een lijstje voorgelegd (bijlage 3) met de vraag om 39 aandoeningen, die zich alle op het grensgebied van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde bevinden, te scoren op een dimensie 'voor de huisarts versus voor de specialist'. Diagnostiek en therapie werden afzonderlijk gescoord.

Daarnaast werden 19 items van het Likert-type voorgelegd over de taak van de huisarts ten opzichte van die van de specialist. Deze waren alle in eerder onderzoek gebruikt. Tenslotte werd de huisartsen gevraagd van een aantal therapeutische ingrepen en diagnostische verrichtingen aan te geven of ze deze in de eigen praktijk plegen uit te voeren.

2.2.4. Opvattingen van patiënten.

Als we ons afvragen of door de komst van het ziekenhuis de opvattingen van patiënten over de wenselijkheid van specialistische behandeling versus behandeling door de huisarts veranderen, en of deze veranderingen resulteren in een veranderd gedrag wat betreft het aandringen op of vragen om een verwijzing door de huisarts, zouden we onze metingen idealiter moeten verrichten aan patiënten voor wie de keuze 'huisarts of specialist' geen abstracte zaak is. Patiënten in de wachtkamer van een huisarts, met zodanige klachten dat het gedrag 'vragen om verwezen te worden' in ieder geval de moeite van het overwegen waard is, zouden dan het meest in aanmerking komen. Om verschillende redenen hebben wij van pogingen om aan deze groep de meting te verrichten afgezien. De belangrijkste daarvan was dat een dergelijke vorm van materiaalverzameling de gang van zaken in de huisartspraktijk zeer ingrijpend zou verstoren. Dit niet alleen door de aanwezigheid van een interviewer in de wachtkamer, maar ook door de noodzaak het interview te houden vóór het consult met de huisarts, en het feit dat het interview zelf het daaropvolgende contact met de huisarts sterk kan beïnvloeden. Als men dan nog bedenkt dat een groot deel van de klachten waarmee men zich tot de huisarts wendt weinig of geen aanleiding geeft om zich überhaupt af te vragen of men naar de specialist wil, zodat omvangrijke aantallen patiënten geïnterviewd zouden moeten worden, zal het duidelijk zijn dat met reden van zo'n poging werd afgezien. Het feit dat alle 18 Lelystadse huisartsen en hun assistentes reeds bereid waren tot verwijs- en consultregistratie (en dit, om even vooruit te lopen op de resultaten, op een naar het lijkt zeer

betrouwbare wijze hebben gedaan), was nog een bijkomende reden om ze niet te overvragen en eventueel de bestaande goodwill te verspelen met het verzoek om langdurig chaos in de praktijk te mogen veroorzaken.

Als minder optimale, maar wel haalbare oplossing is gekozen voor het enquêteren middels een postenquête (dit laatste om budgettaire redenen) van een steekproef uit de Lelystadse bevolking van 16 jaar en ouder. Deze steekproef werd at random getrokken uit het bevolkingsregister.

Dit betekent dat het in de huisartspraktijk gemeten gedrag (patiënt vraagt om verwijzing, huisarts verwijst op verzoek patiënt) en de opvattingen die aan dat gedrag ten grondslag liggen, niet aan dezelfde groep patiënten gemeten zijn. Dit is echter geen doorslaggevend bezwaar.

Wat betreft de steekproeftrekking is de volgende opzet gekozen: een steekproef van 1200 personen wordt geënquêteerd in voorjaar 1982; de responderende personen wederom in 1983, en de wederom responderende ten derde male in 1984. Daarnaast wordt in 1983 een nieuwe steekproef van 1200 personen geënquêteerd, en in 1984 nogmaals een nieuwe van 1200. Voor deze wat merkwaardig ogende opzet hebben wij de volgende overwegingen.

Uiteraard ging onze voorkeur uit naar het verrichten van een panel-study: door het verrichten van herhaalde metingen aan dezelfde personen kunnen individuele verschillen berekend worden. Aan deze opzet zijn echter twee nadelen verbonden: in de eerste plaats dient gecompenseerd te worden voor het feit dat Lelystad tijdens de looptijd van het experiment snel groeit. Denkbaar is dat eventuele veranderingen in het patroon van de medische consumptie vooral op rekening komen van de recent gevestigden. Om deze veranderingen te kunnen koppelen aan de opvattingen van de bevolking zou dus bij elke nameting een extra steekproefje van recent gevestigden getrokken moeten worden. Een zuivere opzet met herhaalde metingen aan dezelfde representatieve steekproef was dus niet mogelijk.

Een tweede nadeel is dat drie keer enquêteren van dezelfde personen kan leiden tot kwantitatief en kwalitatief ernstige non-respons bij de nametingen: de onderzoeker loopt het risico bij de nameting nog slechts een kleine, selecte groep respondenten over te houden.

Om aan deze bezwaren het hoofd te kunnen bieden is besloten 'op safe te gaan spelen', en zowel een panel-achtige opzet te kiezen, als een opzet waarbij drie maal een dwarsdoorsnede van de bevolking wordt geënquêteerd. Op de inhoud van de enquête zullen we hierna iets nader ingaan.

In de aan de bevolking voorgelegde vragenlijst (bijlage 4) is een belangrijk deel ingeruimd voor de meting van een attitude op de wijze als gesuggereerd door Fishbein (1980). Fishbein, erop wijzend dat de op de 'klassieke' wijze gemeten attitudes doorgaans slecht in staat zijn gedrag te voorspellen, stelt dat mensen over het algemeen rationeel te werk gaan en op een logische manier gebruik maken van de informatie die hen ter beschikking staat. Mensen doen niet zomaar wat, maar houden over het algemeen rekening met de positieve en/of negatieve gevolgen die hun gedrag voor hen heeft. Willen we kunnen voorspellen of mensen een bepaald gedrag al of niet zullen vertonen, dan zullen we dus inzicht moeten hebben in de gevolgen die mensen van dat gedrag verwachten, en in de evaluatie van die gevolgen.

Een belangrijke oorzaak van de geringe voorspellende waarde van attitude is verder volgens Fishbein het feit dat ten onrechte vaak de attitude ten opzichte van een object wordt gemeten, en niet de attitude ten opzichte van een gedrag. Als we derhalve in Lelystad willen weten of het vragen om een verwijskaart zal toenemen, en of de attitude van de patiënten wat dat betreft veranderd is, zullen we dus niet de attitude ten opzichte van 'de huisarts' of 'de specialist' (objecten) moeten meten, maar de attitude ten opzichte van 'het vragen om een verwijskaart' (gedrag). Dit gedrag moet zo specifiek mogelijk omschreven worden.

Het scala van positieve en negatieve gevolgen die iemand verwacht als hij zich op een bepaalde manier gedraagt, brengt hem tot een bepaalde gedragsintentie, die op zijn beurt leidt tot een bepaald gedrag.

Behalve deze positieve en negatieve gevolgen is ook de sociale omgeving van het individu van invloed op zijn gedragsintentie. Zo kan bijvoorbeeld zijn echtgenote vinden dat hij zich op een bepaalde manier moet gedragen; trekt hij zich met betrekking tot dat gedrag veel van zijn echtgenote aan, dan leidt dat tot die bepaalde gedragsintentie.

In schema ziet de theorie van Fishbein, die hij aanduidt als 'a theory of reasoned action', er als volgt uit:

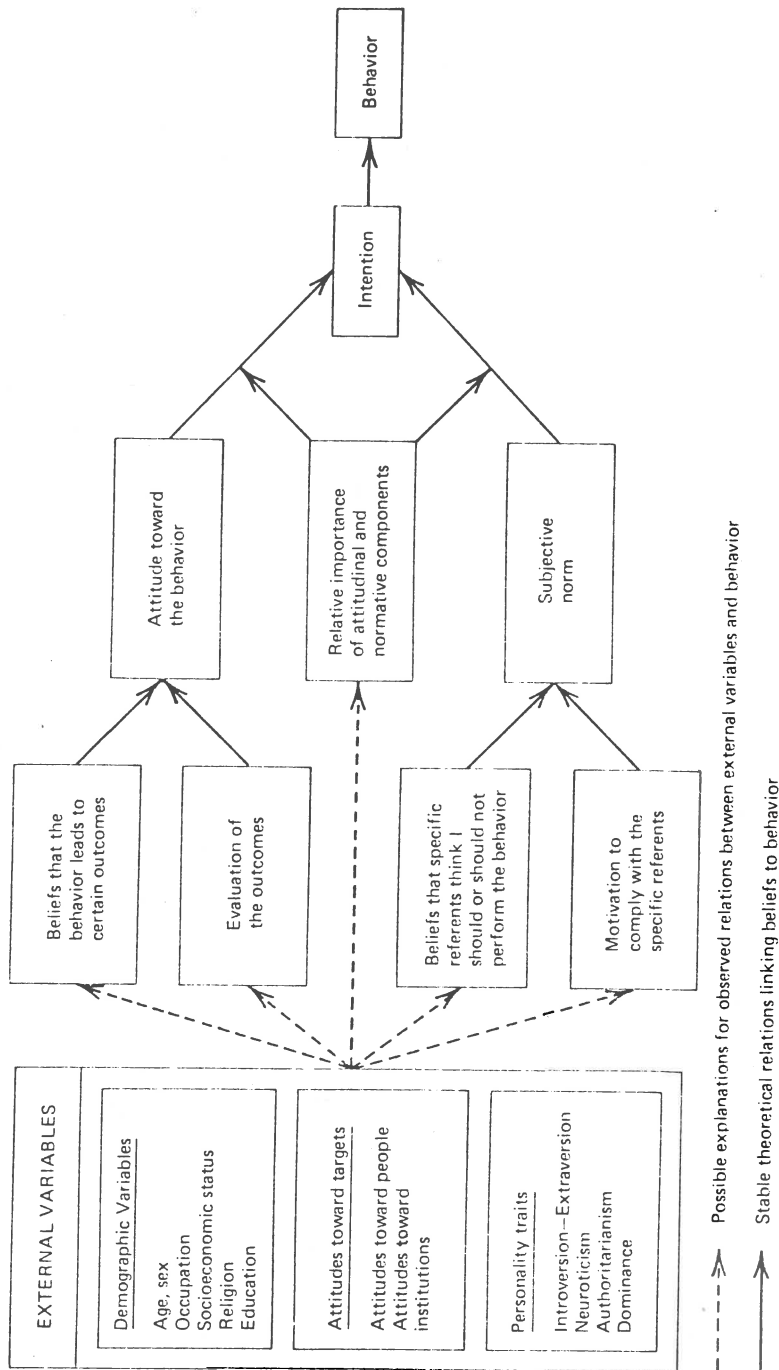
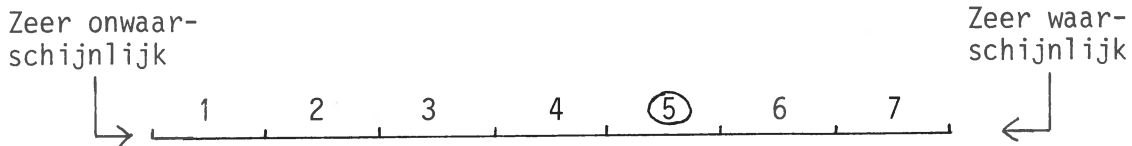


FIGURE 7.1
Indirect effects of external variables on behavior.

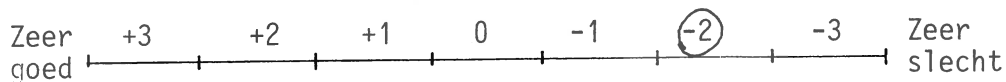
Wat Fishbein 'beliefs' noemt (welk woord doorgaans onvertaald wordt gelaten) zijn de waarschijnlijkheden waarmee men bepaalde gevolgen van zijn gedrag verwacht. De evaluatie van dat belief geeft aan of men het verwachte gevolg goed of slecht vindt.

Zonder dat hij het al te zeer onderbouwt geeft Fishbein aan dat de attitude gemeten moet worden door de producten van beliefs en evaluaties te sommeren. Bijvoorbeeld: "*Energiebesparing leidt tot werkloosheid*"



De evaluatie van een belief is de waardering van een kenmerk of gevolg van een gedrag in termen van goed of slecht. Bijvoorbeeld:

"Werkloosheid vind ik



De bijdrage van dit belief aan iemands attitude ten opzichte van energiebesparing is: $5 \times -2 = -10$. Door van alle beliefs de waarschijnlijkheden te vermenigvuldigen met de bijbehorende evaluatie en door vervolgens deze producten op te tellen, kan men op indirecte wijze iemands attitude vaststellen. Daarnaast wordt de directe attitude vastgesteld door de respondenten op een semantische differentiaal te laten scoren (energiebesparing vind ik goed-slecht, nuttig-nutteloos, verstandig-onverstandig, etc.).

Op een met de indirecte attitude vergelijkbare wijze komt de mening van wat Fishbein noemt de 'subjectieve norm' tot stand: deze is opgebouwd uit normatieve beliefs. Deze kenmerken zich door een normatieve waarschijnlijkheid.

Bijvoorbeeld:

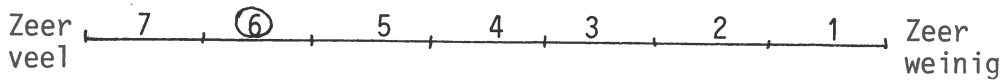
"Mijn man vindt dat ik



aan energiebesparing moet doen."

Daarnaast kenmerken normatieve beliefs zich door een bepaalde mate van instemming ('motivation to comply'). Bijvoorbeeld:

"Met betrekking tot energiebesparing trek ik mij



aan van de mening van mijn man".

De bijdrage van dit normatieve belief aan iemands subjectieve norm is $6 \times 6 = 36$. Door van alle normatieve beliefs de waarschijnlijkheden te vermenigvuldigen met de bijbehorende mate van instemming en door vervolgens deze producten op te tellen kan men op indirecte wijze iemands subjectieve norm vaststellen.

Het gedrag ten opzichte waarvan wij willen meten of de komst van het ziekenhuis leidt tot een attitude-verandering is omschreven als 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil', dit om het hele scala van mogelijkheden die de patiënt heeft om de huisarts op dit punt te beïnvloeden onder het gedrag te kunnen laten vallen.

Het voordeel van toepassing van het model van Fishbein is dat men 'redeneerlijnen' kan volgen: per individu, maar ook per groep kan men aangeven waarom men handelt zoals men handelt. Men kan nagaan of de 'beliefstructuur' voor verschillende groepen (leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand) verschillend is en/of op een verschillende wijze beïnvloed wordt door de komst van het ziekenhuis.

Het model heeft voor toepassing in de Lelystadse situatie ook een aantal nadelen. In de eerste plaats betreft het gedrag dat niet voor iedereen in aanmerking komt. De vraag naar de gedragsintentie ('Hoe waarschijnlijk vindt U het dat U Uw huisarts zult laten merken dat U naar de specialist wilt?') doet zeer gekunsteld aan, en zal bij veel respondenten de reactie oproepen 'dat hangt ervan af'. Daarom is de gedragsintentie ook vastgesteld voor een aantal specifieke klachten (zie vraag 7). Het gedrag is bovendien slechts retrospectief en volgens opgave van de respondent te meten.

Verder doet een vragenlijst à la Fishbein wat gekunsteld aan; met name kan het moeten evalueren van overduidelijk negatieve gevolgen bij de respondent irritaties veroorzaken (bijv. 'hoge kosten moeten maken voor een bezoek aan de specialist': de respondent die ziet dat hij dat ook 'zeer goed' kan vinden, be-

twijfelt of de onderzoekers hem wel serieus nemen). Op basis van een proefafname van de vragenlijst is daarom besloten de evaluatiemogelijkheden van dit soort beliefs te beperken tot de neutrale en negatieve categorieën. Deze Nieuw-Vennep afgenomen proef-vragenlijst leverde echter zo'n hoge respons op (76 %) dat afname per post, ondanks de wat merkwaardig aandoende opzet van de vragenlijst, geen grote problemen leek op te leveren. Wel bleek in de proefafname dat de subjectieve norm vrijwel uitsluitend bepaald wordt door de partner van de respondent. Van pogingen om dit sociale netwerk in kaart te brengen werd dan ook afgezien: de subjectieve norm werd alleen rechtstreeks gemeten.

Tot zover een beschrijving van de vragenlijst voor zover deze gebruik maakt van de theorie van Fishbein.

Hoewel, zoals gezegd, de belangstelling vooral uitgaat naar veranderingen in concreet gedrag, en de vragenlijst dus voor een belangrijk deel daarop gericht is, is tevens de vraag of de komst van het ziekenhuis leidt tot een algemene preferentie voor behandeling door de specialist versus behandeling door de huisarts. Deze is gemeten door een aantal Likert-items (vraag 20).

De vragenlijst wordt gecompleteerd met vragen over gezondheidstoestand, medische consumptie, subjectief ervaren moeite voor het bereiken van huisarts en specialist, mening over de vraag wie de beslissing tot verwijzen moet nemen, tevredenheid met de huisarts en zijn verwijsgewoonten, mening over de afwezigheid van een ziekenhuis te Lelystad, en enkele achtergrondgegevens.

3. Verwijspatronen.

3.1. Inleiding

Bij het schrijven van dit interimrapport kan nog niet beschikt worden over volledig materiaal om het verwijspatroon van de Lelystadse huisartsen voorafgaande aan de komst van het ziekenhuis te beschrijven. Wat de ziekenfondsgegevens betreft is het laatst beschikbare jaar waarover wij gegevens hebben 1980 (bron: Regionaal Ziekenfonds Zwolle). Met het verwerken van de speciaal voor dit project aangepaste verwijskaart van het ziekenfonds RZZ, die vanaf februari 1982 door de Lelystadse huisartsen is gebruikt, zal begin 1983 door het fonds een begin worden gemaakt.

Wél ter beschikking staat het materiaal dat door de huisartsen zelf is verzameld in de periode 15 februari-16 april 1982. In deze periode zijn alle verwijzingen van zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten geregistreerd. Met uitzondering van de klachten of diagnose waarvoor de huisarts de patiënt verwees (classificatie daarvan dient nog plaats te vinden), wordt dit materiaal in dit interimrapport beschreven.

3.2. De volledigheid van het zelf verzamelde materiaal.

Het zelf verzamelen van gegevens over verwijzingen door de huisarts door middel van zelfregistratie door de huisarts is een methode die een groot risico van fikse onderreporting met zich meebrengt (zie bijv. Bensing en Verhaak 1980). Alternatieven voor deze methode zijn echter niet eenvoudig. Eigen materiaalverzameling door observatie of video-opname levert veel overtollig materiaal tegen hoge kosten en veel moeite en overlast (+ 85 % van de contacten tussen huisarts en patiënt eindigt zonder verwijzing). Een overwogen methode, namelijk het dagelijks aan het einde van de werkdag opbellen van de huisarts om samen met hem de dan nog vers in het geheugen liggende verwijzingen vast te leggen levert nogal wat praktische problemen op: in korte tijd moeten alle huisartsen benaderd worden, wat betekent dat véél mensen voor slechts korte tijd per dag nodig zijn. Bovendien is voor een aantal gegevens (hoe lang woont patiënt al in Lelystad, waar woonde hij vroeger) de aanwezigheid van de patiënt op het moment van registratie gewenst.

Wij hebben derhalve besloten ondanks alle nadelen de methode van zelfregistratie toe te passen. Op de volgende manieren is gepoogd de onderreporting tot een minimum te beperken:

- de assistente werd in alle gevallen om medewerking gevraagd. Vragen als 'hoe lang woont de patiënt al in Lelystad?' en 'waar woonde de patiënt vroeger?' werden door haar aan de patiënt gesteld of door raadpleging van de patiëntenkaart beantwoord. Verwijskaarten worden in een aantal gevallen door haar afgegeven. Particuliere (en veelal ook ziekenfonds-) pa-

tiënten moeten in veel praktijken 's middags of de volgende dag even langs de assistente om de verwijsbrief te halen. In de praktijken waar dit niet gebeurde verklaarde de arts zich bereid verwezen particuliere patiënten voor het verlaten van het praktijkpand even langs de assistente te sturen.

- de huisartsen werden allen persoonlijk bezocht en gemotiveerd door nog eens te wijzen op het unieke karakter van de situatie te Lelystad. Het verwijsregistratieformulier werd uitvoerig met de artsen besproken. Door drie huisartsen werd enige tijd proef gedraaid; hun positieve ervaringen konden ook de collegae motiveren om naar beste kunnen te gaan registreren.
- eens per week werden alle praktijken bezocht door een medewerkster van het NHI, die de formulieren controleerde op volledigheid wat betreft de ingevulde rubrieken. Na eventuele aanvullingen werd de daartoe genoteerde naam van de patiënt van het formulier afgescheurd. Deze bezoeken die alle plaatsvonden daags na een dag waarop de spreekuur- en visitecontacten werden geregistreerd (zie hoofdstuk 4), en waarvoor tevoren nog eens telefonisch een afspraak werd gemaakt, hebben het gevoel van betrokkenheid van huisartsen en assistentes bij het project zeker versterkt en de rapportage in gunstige zin beïnvloed.

Een geringe underreporting heeft, althans wat betreft ZF-verzekerden, geen dramatische gevolgen zolang hij maar niet systematisch is. Bovendien is de periode waarover materiaal is verzameld (9 weken) wel voldoende om een betrouwbare opsplitsing van de verwijzingen te maken naar type verwijzing (achteraf, refractie-verwijzing etc.) maar aan de korte kant als het gaat om extrapolatie van de cijfers naar een verwijspercentage op jaarbasis. Toevallige fluctuaties in het materiaal kunnen dan een rol gaan spelen. De combinatie van een, eventueel asystematisch licht ondergerapporteerde, gedetailleerde 9-weeks-verwijsregistratie in de huisartspraktijk en de in principe volledige overzichten van de ZF-verwijskaarten geeft echter een goed beeld van de absolute hoogte van het verwijscijfer voor ZF-verzekerden als van de samenstellende onderdelen daarvan.

Voor particuliere patiënten is de 9-weeks-registratie echter de enige manier om het aantal van de verwijzingen te achterhalen. Underreporting zal dus vooral van invloed zijn op deze verwijzingen.

3.3. Enkele problemen.

- De registratie van verwijzingen diende alle dagen van de week, 24 uur per dag plaats te vinden. Als tijdens de weekenddienst of anderszins tijdens een waarneming een patiënt van een andere huisarts verwezen werd

diende vermeld te worden wie de huisarts van de patiënt was; de aan de dienstverlenende huisarts onbekende gegevens konden dan alsnog door de assistente van de huisarts worden ingevuld. Aangezien in 5 van de 8 weekends volgens de 9-weeks-registratie niemand werd verwezen, is het de vraag of in de weekends wel consequent geregistreerd is.

In de volgende tabellen zal als 'huisarts' steeds de verwijzende huisarts worden genomen. Dit betekent dat individuele verwijscijfers, gebaseerd op de 9-weeks-registratie met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Het waarnemen voor een afwezige collega kan immers resulteren in een hoger aantal contacten en een navenant hoger aantal verwijzingen. Anderzijds kan deze tendens gecompenseerd worden doordat sommige patiënten met doktersbezoek wachten totdat hun eigen huisarts weer terug is. Daarnaast betekent de afwezigheid van een huisarts nog niet dat er geen verwijskaarten kunnen worden uitgeschreven: met name de 'administratieve' verwijzingen (refractieverwijzingen, verlengingsverwijzingen) kunnen door de assistente worden afgedaan.

Van alle huisartsen is bekend hoeveel dagen in de 9-weeks-registratie zij afwezig waren en in vrijwel alle gevallen ook wie er voor hen waarnam. Per huisarts is, ondanks de daaraan klevende bezwaren, het verwijscijfer gewogen met een factor waarin het aantal dagen dat hij afwezig was respectievelijk waarnam zijn verwerkt. Weekenden en feestdagen (Tweede Paasdag) zijn daarbij buiten beschouwing gelaten, zodat maximaal 44 registratiedagen resulteren. Als nu van de associatie dokter A-dokter B A 15 dagen afwezig was en dokter B 7, wordt het verwijsperscentage van dokter A gewogen met $\frac{44}{44-15+7} = 1.2$, dat van dokter B met $\frac{44}{44+15-7} = .9$.

Aangezien de praktijkgroottes van de voor elkaar waarnemende huisartsen elkaar niet veel ontlopen, is hiermee bij de wegingsfactor geen rekening gehouden. De wegingsfactoren lopen uiteen van .8 tot 1.3.

- De correctie voor leeftijd en geslacht van de praktijkpopulatie. Door Posthuma zijn in 1976 leeftijds-geslachtsspecifieke verwijscijfers gepubliceerd voor een aantal groepen specialismen. Hoewel dit materiaal zijn beperkingen kent (het betreft slechts gegevens van één ziekenfonds over één jaar, 1973), is waar nodig het verwijscijfer op basis van deze gegevens gecorrigeerd voor de opbouw van de praktijk naar leeftijd en geslacht.
- De 9-weeks-gegevens zijn geëxtrapolleerd tot jaarcijfers door ze, na weging, te vermenigvuldigen met 5.3 (52 weken minus vier weken waarin we aannemen dat er geen verwijzingen plaatsvinden, gedeeld door 9).

3.4. Eerste, voorlopige resultaten

Het aantal verwijzingen in de 9-weekse registratie loopt uiteen van 32 tot 156. In tabel 3.1. staat het door ons berekende verwijscijfer en het 'officiële' verwijscijfer over 1980.

Gegeven het feit dat verwijscijfers over het algemeen in de tijd vrij stabiel zijn, stemt de perfecte overeenstemming van het berekende verwijsniveau van voorjaar 1982 met dat van 1980 tot grote tevredenheid. Per huisarts zijn er echter wel afwijkingen, naar beide kanten uiteraard. Deze kunnen uiteraard verband houden met onjuistheden in de constructie van de wegingsfactoren om te compenseren voor afwezigheid resp. waarneming voor een afwezige collega. Aggregatie van de gegevens per waarneemgroep blijft echter afwijkingen te zien geven. Een tweede mogelijkheid is het optreden van fluctuaties in de tijd, die in een relatief korte periode van negen weken een vrij aanzienlijke rol kunnen spelen. Tenslotte zouden de verschillen tussen het berekende verwijsniveau over 1982 en het officiële verwijscijfer over 1980 uiteraard ook gewoon juist kunnen zijn. Analyse van de ziekenfondsgegevens over de betreffende periode (thans nog niet ter beschikking) zal hierover uitsluitel moeten geven.

Het aantal verwijzingen voor particuliere patiënten is te gering om per huisarts een uitspraak te doen over de hoogte van het aantal verwijzingen per 1000 particulieren. Van vier huisartsen is bovendien het aantal particuliere patiënten onbekend: zij waren van mening dat dit aantal niet op betrouwbare wijze kon worden vastgesteld (niet bekende mutaties)

Tabel 3.1. Berekend (jaar)verwijscijfer op basis van eigen registratie (9 weken) en eigen praktijktelling februari-april 1982, en verwijscijfer 1980 (alleen ziekenfondsverzekerden).

| Huisarts | Verwijscijfer (berekend) | Verwijscijfer 1980 | Vershil |
|----------|-----------------------------|--------------------|---------|
| 01 | 250 | 317 | - 67 |
| 02 | _*) | 195 | - |
| 03 | 235 | 369 | -134 |
| 04 | 297 | 273 | + 24 |
| 05 | 205 | 325 | -120 |
| 06 | 408 | 296 | +112 |
| 07 | 497 | 398 | + 99 |
| 08 | 348 | 349 | - 1 |
| 09 | 195 | 309 | -114 |
| 10 | 411 | _+) | - |
| 11 | 323 | 318 | + 5 |
| 12 | 346 | 358 | - 12 |
| 13 | 312 | 296 | + 16 |
| 14 | 362 | 438 | - 76 |
| 15 | 272 | 247 | + 25 |
| 16 | 354 | 322 | + 32 |
| 17 | 386 | _+) | |
| 18 | <u>276</u> | <u>_+)</u> | |
| Totaal | 306 | 305 | |

*) Zf-praktijk thans nog niet bekend

+) Nog niet gevestigd

De 14 resterende huisartsen verwezen in 9 weken 162 particuliere patiënten op een totaal aantal van 8904, wat op jaarbasis zou neerkomen op 96 verwijzingen per 1000. Als we letten op het waarschijnlijk vrij betrouwbare verwijdsniveau van de ziekenfondspatiënten (ongeveer 300), dan is dit cijfer opvallend laag. Een nadere analyse van de verschillen in verwijzpatronen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten zal aangeven in hoeverre wellicht sprake is van onderrapportage van particuliere verwijzingen en in hoeverre het geconstateerde verschil slechts een artefact is.

Niet onverwacht is het zeer geringe aantal oogheeskundige verwijzingen voor particulieren: van de in totaal 223 particuliere verwijzingen waren er slechts 20 (9 %) naar de oogarts, tegen 28 % van de ziekenfondsverwijzingen. Dit is een illustratie van het feit dat de meeste particuliere ziektekostenverzekeraars hun verzekerden toestaan éénmaal per jaar zonder tussenkomst van de huisarts de oogarts te raadplegen. Als we de oogheeskundige verwijzingen buiten beschouwing laten wordt het verschil in verwijdsniveau tussen ziekenfondspatiënten en particulieren wel minder: het ziekenfondscijfer daalt van 305 tot 221; het particuliere cijfer van 96 tot 87. Een ander verschil in verwijdsniveau dat in feite kunstmatig is, is de voor ziekenfondsverzekerden benodigde nieuwe verwijskaart, die de huisarts moet afgeven als de specialist de behandeling langer dan een jaar na de verwijzing wil voortzetten. 417 van de ziekenfondsverwijskaarten betroffen een dergelijke verlenging (24 %). Als we naast de oogheeskundige verwijzingen ook de (gedeeltelijk daarmee samenvallende) verlengingsverwijzingen verwijderen, wordt het verschil in verwijdsniveau nog iets kleiner: 158 per duizend voor ziekenfondsverzekerden, tegen nog steeds 87 per duizend particuliere patiënten. Een derde categorie verwijzingen, waarin ziekenfonds- en particuliere patiënten op vooral administratieve gronden kunnen verschillen, is de categorie 'op verzoek van de specialist'. Bij particulieren komt deze categorie slechts tweemaal voor (men denke aan situaties waarin de huisarts de specialist telefonisch om raad vraagt inzake een bepaalde patiënt, waarop de specialist de huisarts mededeelt de patiënt toch wel even te willen zien). Bij ziekenfondsverzekerden zien we deze categorie 36 maal. Een onbekend maar waarschijnlijk aanzienlijk deel van deze verwijzingen heeft een administratief karakter: het betreft dan ófwel de situatie waarin specialist X de patiënt mededeelt dat hij bij specialist Y moet wezen en de patiënt vertelt dat hij 'dus' bij zijn

huisarts een verwijskaart voor specialist Y moet halen (een bij de huisartsen niet zeer populaire gewoonte die overigens slechts door een minderheid van de specialisten wordt gevolgd), ofwel de situatie waarin de patiënt door verhuizing naar Lelystad een nieuwe huisarts heeft gekregen, en de behandelende specialist van deze nieuwe Lelystadse huisarts een verwijskaart vraagt.

Een vierde categorie, waarin het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten voor een deel een administratief karakter zou kunnen hebben, zijn de achterafverwijzingen. Bij ziekenfondsverzekerden zien we deze categorie 78 maal, bij particulieren slechts één maal. Dit zou kunnen betekenen dat particulieren zich slechts zelden rechtstreeks tot een specialist wenden, maar een andere verklaring is dat de particuliere ziektekostenverzekeraars niet in alle gevallen een 'verwijsbrief' van de huisarts verlangen, voordat zij tot vergoeding van de specialistische declaraties overgaan. Hoewel hierover geen exacte gegevens bekend zijn bestaat de indruk dat de particuliere ziektekostenverzekeraars hiermee inderdaad zeer grote soepelheid betrachten. De wetenschap van de patiënt op dit punt zou het zeer geringe aantal achterafverwijzingen van particulieren kunnen verklaren. Ervan uitgaande dat de huisarts als regel het achteraf gevraagde verwijsbriefje wel afgegeven zou hebben (wat hij, zij het soms met enige tegenzin, als regel bij de ziekenfondspatiënt ook doet), moeten wij dus om de verwijsniveau's goed te kunnen vergelijken ook de achterafverwijzingen nog verwijderen. Wat tenslotte resulteert zijn dan de verwijzingen (vooral) op initiatief van de huisarts, de verwijzingen (vooral) op initiatief van de patiënt en de verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener. De verwijsniveau's worden dan 141 respectievelijk 87. Als we ook nog de verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener verwijderen (ook op dat punt hebben de particulieren, vanwege de soepelheid van de ziektekostenverzekeraars inzake het eisen van een verwijsbriefje, een veel grotere vrijheid om de huisarts te passeren), komen de niveau's uit op 135 resp. 85. De 'geschoonde' verwijscijfers voor ZF-verzekerden liggen daarmee toch nog een 60 % hoger dan die voor particulieren. Daarbij is nog geen rekening gehouden met eventuele verschillen in de opbouw van ziekenfonds- en particuliere praktijk naar leeftijd en geslacht. De leeftijds-geslachtsindex, berekend op basis van de gegevens van Posthuma (1976, zie ook Rutten 1978, p. 205) bedraagt voor de totale Lelystadse ziekenfondspraktijk .98, voor de totale particuliere praktijk (14 artsen) .95. De voor leeftijd en geslacht van de populatie gecorrigeerde cijfers komen dan te liggen op 138 resp. 90. Met deze laatste, bescheiden correctie hebben we de onderlinge vergelijkbaarheid van de particuliere en ziekenfondsverwijscijfers zo groot gemaakt als mogelijk.

Het bestaande verschil (ZF-verzekerden worden ruim anderhalf maal zoveel verwezen als particulieren) is weliswaar hoog, maar zeker niet zo hoog dat we beslist tot onderraportering van particuliere verwijzingen zouden moeten concluderen. Bestaand onderzoek op dit gebied is zeer schaars: Van de Ven e.a. geven in hun overzichtsartikel welgeteld twee bronnen, die verschillen van resp. 20 en 30 % geven. Toevalsfluctuaties in ons materiaal over 9 weken kunnen er zeer wel de oorzaak van zijn dat het verschil tussen ZF-verzekerden en particulieren wat hoger uitkomt dan het zou zijn als er een veel langere periode was geregistreerd. De conclusie van een eerste inspectie van de geregistreerde aantallen verwijzingen kan derhalve luiden dat de gevolgde methode van materiaalverzameling, mits onder voortdurende 'supervisie' door of namens de onderzoeker, betrouwbare informatie kan opleveren (en op geaggregeerd niveau waarschijnlijk ook opgeleverd heeft) over het aantal verwijzingen van zowel ziekenfondsverzekerden als particuliere patiënten. Het Lelystadse verwijsniveau is laag: ongeveer 300 verwijzingen per 1000 ZF-patiënten tegen landelijk 508 (LISZ, 1980). Het nog lagere particuliere verwijscijfer is globaal in overeenstemming met eerdere bevindingen.

3.4.1. Nadere uitsplitsingen

Het verzamelde materiaal laat zich op vele manieren nader beschrijven. Sommige nadere onderverdelingen zijn slechts interessant als bekend is hoe deze veranderd zijn na de opening van het ziekenhuis (bijvoorbeeld de verdeling van de patiëntenstromen over de verschillende centra van intramurale zorg), andere zijn op zichzelf al interessant omdat ze informatie geven die tot op heden niet of vrijwel niet beschikbaar is (bijvoorbeeld de nadere onderverdeling van het ziekenfondsverwijscijfer en de verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten). Onderlinge verschillen tussen huisartsen (op zichzelf een onderwerp dat een gedegen nadere analyse meer dan waard is) zullen in dit rapport slechts terloops aan de orde komen.

Tabel 3.2. geeft allereerst een onderverdeling van de ziekenfondsverwijzingen in verlengingsverwijzingen, refractieverwijzingen, achterafverwijzingen, verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener, op verzoek van de specialist, (vooral) op initiatief van de huisarts en (vooral) op initiatief van de patiënt. De derde kolom geeft de bevindingen van Van Es en Pijlman (1970).

Tabel 3.2. De verschillende soorten verwijzingen.
Alleen ZF-verzekerden.

| | Abs. | Percentage | Van Es en Pijlman |
|--|------|------------|----------------------|
| Verlengingsverwijzing | 417 | 24.1 % | 25.1 % |
| Refractieverwijzing | 306 | 17.7 % | |
| Achterafverwijzing | 78 | 4.5 % | 5.4 % |
| Initiatief andere hulp.verl. | 45 | 2.6 % | |
| Verzoek specialist | 36 | 2.1 % | 1.0 ^{*)} |
| Initiatief geheel of vooral bij huisarts | 552 | 31.9 % | |
| Initiatief geheel of vooral bij patiënt | 295 | 17.1 % | 14.2 % ^{*)} |
| | 1729 | 100.0 % | |

Onbekend: 14.

^{*)} Door ons berekend op basis van een tabel waarin Van Es en Pijlman 30 % van de verwijskaarten (administratieve en achterafverwijzingen) hebben weggelaten.

Over het algemeen blijken de resultaten goed overeen te stemmen met de gegevens van Van Es en Pijlman. Al te veel betekenis moet men hieraan overigens niet toekennen, want de 18 Lelystadse huisartsen zijn zeker niet zonder meer vergelijkbaar met de 122, voor Nederland min of meer representatieve huisartsen van Van Es en Pijlman. Bovendien zit er 13 jaar tussen de tijdstippen van materiaalverzameling. De ook al door Pe1 (1975) gedane veronderstelling dat de huisarts slechts op een minderheid van de verwijzingen invloed kan uitoefenen, wordt in ieder geval bevestigd.

Uit tabel 3.3. blijkt dat de gedachte dat voor een administratieve verwijzing geen contact tussen huisarts en patiënt nodig is niet altijd juist is. Van de verlengingsverwijzingen komt 22 % tot stand tijdens het spreekuur; Of de categorie 'refractieverwijzing' betrouwbaar is ingevuld, is de vraag: waarschijnlijk is toch een aantal malen 'refractieverwijzing' aangekruist als het een nieuwe verwijzing wegens een refractie-afwijking betref.

Tabel 3.3. Wijze van tot stand komen van de verwijzing en soort verwijzing. Alleen ZF-verzekerden. Absolute aantallen en percentages (cursief).

| Soort verwijzing | WIJZE VAN TOT STAND KOMEN | | | | |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | Op spreekuur | Bij visite | Telefonisch | Anders | Totaal |
| Verlenging | 93 ²² 9 | 4 ¹ 10 | 29 ⁷ 26 | 291 ⁷⁰ 51 | 417 ¹⁰⁰ 24 |
| Refractie | 104 ³⁴ 10 | 2 ¹ 5 | 41 ¹³ 37 | 158 ⁵² 28 | 305 ¹⁰⁰ 18 |
| Achteraf | 6 ⁸ 1 | 0 ⁰ 0 | 6 ⁸ 5 | 65 ⁸⁴ 11 | 77 ¹⁰⁰ 5 |
| Initiatief andere hulpverlener | 27 ⁶⁰ 3 | 0 ⁰ 0 | 4 ⁹ 4 | 14 ³¹ 2 | 45 ¹⁰⁰ 3 |
| Verzoek specialist | 18 ⁵⁰ 2 | 0 ⁰ 0 | 5 ¹⁴ 5 | 13 ³⁶ 2 | 36 ¹⁰⁰ 2 |
| Vooraf op initiatief huisarts | 481 ⁸⁸ 48 | 32 ⁶ 80 | 10 ² 9 | 26 ⁴ 5 | 549 ¹⁰⁰ 31 |
| Vooraf op initiatief patiënt | 269 ⁹¹ 27 | 2 ¹ 5 | 16 ⁵ 14 | 8 ³ 1 | 295 ¹⁰⁰ 17 |
| Totaal | 998 ⁵⁸ 100 | 40 ² 100 | 111 ⁶ 100 | 575 ³⁴ 100 | 1724 ¹⁰⁰ 100 |

In tabel 3.4. zijn de verschillende specialismen uitgesplitst naar soort verwijzing. Waar vergelijking met het materiaal van Van Es en Pijlman mogelijk is, is dit gedaan (percentages tussen haakjes).

Tabel 3.4. Soort verwijzing naar specialisme, in hele procenten. Tussen haakjes: de percentages van Van Es en Pijlman. Alleen ziekenfondsverzekerden.

| Specialisme | Soort verwijzing | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------|----------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|------|-----|
| | Verlenging | Achteraf | Initiatief andere hulpverl. | Verzoek specia- list | Initia- tief huisarts | Initia- tief patiënt | n | |
| KNO | 21 (9) | 2(2) | 2 | 1 | 51 | 23 | 176 | |
| Chirurgie | 10 (12) | 10(13) | 2 | 2 | 45 | 31 | 196 | |
| Plast. chirurgie | 14 | 14 | - | - | 29 | 43 | 7 | |
| Orthopaedie | 27 | 3 | 4 | 4 | 39 | 23 | 116 | |
| Urologie | 32 | 3 | 3 | 5 | 52 | 5 | 40 | |
| Verl./gynaec. | 27 (14) | 5(4) | 8 | 2 | 35 | 23 | 154 | |
| Neurochirurgie | 25 | - | - | - | 50 | 25 | 4 | |
| Neurologie | 38 (31) | 5(7) | 1 | 1 | 36 | 19 | 80 | |
| Dermatologie | 27 (21) | 2(3) | 1 | 4 | 42 | 24 | 96 | |
| Interne geneesk. | 33 (35) | 3(5) | 2 | 3 | 44 | 15 | 151 | |
| Kindergeneeskunde | 33 (18) | 10(7) | - | 2 | 32 | 23 | 61 | |
| Maagdarmziekten | 66 | 17 | - | - | 17 | - | 6 | |
| Cardiologie | 63 | 8 | - | 2 | 23 | 4 | 51 | |
| Longziekten | 44 | - | - | 9 | 34 | 13 | 32 | |
| Reumatologie | 56 | - | - | - | 11 | 33 | 9 | |
| Psychiatrie | 34 | 8 | 8 | - | 23 | 27 | 26 | |
| Revalidatie | 45 | - | 11 | 33 | 11 | - | 9 | |
| Mondkaakchirurg. | 17 | 33 | - | - | 33 | 17 | 6 | |
| Overige special. | 50 | 7 | - | 7 | 36 | - | 14 | |
| Totaal exclusief oogheelkunde | 28 | 5 | 3 | 3 | 40 | 21 | 1234 | |
| Oogheelkunde | 13 | 64 | 2(2) | 2 | 1 | 10 | 8 | 474 |

Opvallend is dat, in vergelijking met het materiaal van Van Es en Pijlman, het relatieve aantal achterafverwijzingen gelijk is, maar het percentage verlengingsverwijzingen, met uitzondering van chirurgie en interne geneeskunde, fors hoger ligt.

Zeer in het oog springend zijn de verschillen tussen Amsterdam en de overige plaatsen waarnaar verwezen wordt als het gaat om de soort verwijzing (tabel 3.5.). Bijna de helft van de verwijzingen naar Amsterdam betreft een verlengingsverwijzing. Emmeloord springt er met 9.2 % aan de andere kant van de verdeling uit. Niet na te gaan is of de relatief lange specialistische behandelduur te Amsterdam gelijkelijk over alle ziekenhuizen is verdeeld, of dat sommige (met name de academische ziekenhuizen, waar de meer complexe morbiditeit wordt behandeld) vooral voor dit verschil verantwoordelijk zijn. De categorieën 'initiatief huisarts' en 'initiatief patiënt' worden door de grote verschillen in aantallen verlengingsverwijzingen uiteraard wel wat vertekend.

Tabel 3.5. Soort verwijzing naar plaats waarheen verwezen wordt.
Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde.
Hele procenten; 5 'grootste' plaatsen.

| Plaats | Verlenging | Achteraf | Iniatief andere hulpverl. | Verz. specia- list | Initiat. huisarts | Initiat. patiënt | n |
|------------|------------|----------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|------|
| Emmeloord | 9 | 5 | 3 | 1 | 52 | 30 | 380 |
| Amsterdam | 47 | 6 | 2 | 4 | 27 | 14 | 412 |
| Kampen | 23 | 3 | - | 3 | 55 | 16 | 40 |
| Zwolle | 27 | 6 | 4 | 1 | 48 | 14 | 85 |
| Harderwijk | 20 | 5 | 4 | 3 | 45 | 23 | 223 |
| Totaal | 26 | 5 | 3 | 3 | 42 | 21 | |
| n | 304 | 56 | 29 | 29 | 478 | 244 | 1140 |

Als we alleen naar deze twee categorieën kijken (samen de niet-administratieve verwijzingen vormend), worden de verdelingen als in tabel 3.6. We hebben daarin horizontaal gepercenteerd.

Tabel 3.6. Plaats waarheen verwezen wordt, naar initiatief tot de verwijzing. Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde. Hele procenten; 5 'grootste' plaatsen.

| Initiatief | Plaats | | | | | n |
|------------------|-----------|-----------|--------|--------|------------|-----|
| | Emmeloord | Amsterdam | Kampen | Zwolle | Harderwijk | |
| (Vooral)huisarts | 41 | 24 | 5 | 9 | 21 | 478 |
| (Vooral)patiënt | 46 | 25 | 3 | 5 | 21 | 244 |

Er blijken geen grote verschillen te bestaan: de patiëntenstromen die vooral of geheel op initiatief van de huisarts tot stand komen, gaan naar dezelfde plaatsen als de patiëntenstromen als gevolg van een verzoek van de patiënt. Wel blijkt de herkomst van de patiënt (de plaats waar hij gewoond heeft voordat hij zich in Lelystad vestigde) van invloed te zijn op de plaats waar de poliklinische zorg aan hem verleend wordt, zie tabel 3.7.

Tabel 3.7. Plaats waarheen verwezen, naar plaats van herkomst van de patiënt; hele procenten. Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde; 5 'grootste' plaatsen.

| Herkomst | Plaats waarheen verwezen wordt | | | | | n |
|-----------|--------------------------------|-----------|--------|--------|------------|-----|
| | Emmeloord | Amsterdam | Kampen | Zwolle | Harderwijk | |
| Amsterdam | 27 | 49 | 3 | 4 | 17 | 732 |
| Elders | 45 | 13 | 5 | 13 | 24 | 394 |

Ex-Amsterdammers zijn duidelijk meer in Amsterdam te vinden dan mensen die van elders komen. Het beeld wordt enigszins vertekend doordat Amsterdam zo'n hoog aantal verlengingsverwijzingen heeft, maar ook als we ons beperken tot de niet-administratieve verwijzingen blijft Amsterdam een belangrijke plaats innemen, zij het dat Emmeloord ook voor ex-Amsterdammers net iets 'aantrekkelijker' is. Zie tabel 3.8. (Tussen verwijzingen op initiatief van de huisarts en op initiatief van de patiënt zijn in dit opzicht geen grote verschillen). Als we kijken naar het aantal jaren dat de ex-Amsterdammers in Lelystad wonen, (tabel niet weergegeven), dan blijkt dat Amsterdam nog lang blijft 'trekken': voor hen die twee tot vijf jaar in Lelystad wonen, is Amsterdam zelfs 'eerste keus'. Pas na vijf jaar wordt de

Amsterdammer een echte Lelystedeling en komt hij merendeels voor zijn poliklinische zorg in Emmeloord terecht.

Tabel 3.8. Plaats waarnaar verwezen wordt naar plaats van herkomst. hele procenten. Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde, alleen niet-administratieve verwijzingen (initiatief huisarts of patiënt).

| Herkomst | Plaats waarnaar verwezen | | | | | n |
|-----------|--------------------------|-----------|--------|--------|------------|-----|
| | Emmeloord | Amsterdam | Kampen | Zwolle | Harderwijk | |
| Amsterdam | 37 | 36 | 3 | 5 | 9 | 423 |
| Elders | 53 | 7 | 5 | 10 | 25 | 284 |

Analyse van de samenstelling van de verwezen populatie naar leeftijd en geslacht levert allereerst de verwachte oververtegenwoordiging van vrouwen. Van de totale groep is 55.2 % van het vrouwelijk geslacht. Aangezien de particuliere praktijken niet van alle artsen bekend zijn is dit gegeven niet op praktijkniveau bekend; de gemeente Lelystad als geheel telde 15 april 1982 echter slechts 49.85 % vrouwen, zodat zeker van een oververtegenwoordiging gesproken kan worden. Als we de verwijzingen voor gynaecologie en verloskunde buiten beschouwing laten, daalt het percentage vrouwen echter tot 50.9 %, zodat vrijwel de gehele oververtegenwoordiging verdwenen is. Dit resultaat is in overeenstemming met de leeftijds-geslachtsspecifieke ZF-verwijscijfers, cijfers van Posthuma (1976). Kijken we naar de geslachtsverdeling per verzekeringssoort, dan blijken zich opmerkelijke verschillen voor te doen, zie tabel 3.9.

Tabel 3.9. Geslachtsverdeling verwezen patiënten per verzekeringssoort; exclusief gynaecologie. Horizontaal gepercenteerd, hele procenten.

| | Man | Vrouw | n |
|-------------|-----|-------|------|
| Ziekenfonds | 48 | 52 | 1557 |
| Particulier | 59 | 41 | 200 |

Deze tabel geeft aan dat bij particuliere patiënten een sterke oververtegenwoordiging van mannen zou bestaan. Nu is de geslachtsverdeling van de 14 op dit punt bekende praktijken wel wat afwijkend (52.6 % mannen tegen 47.4 % vrouwen, waarschijnlijk vooral veroorzaakt door part-time werkende en dus verplicht verzekerde echtgenotes van particulier verzekerde mannen),

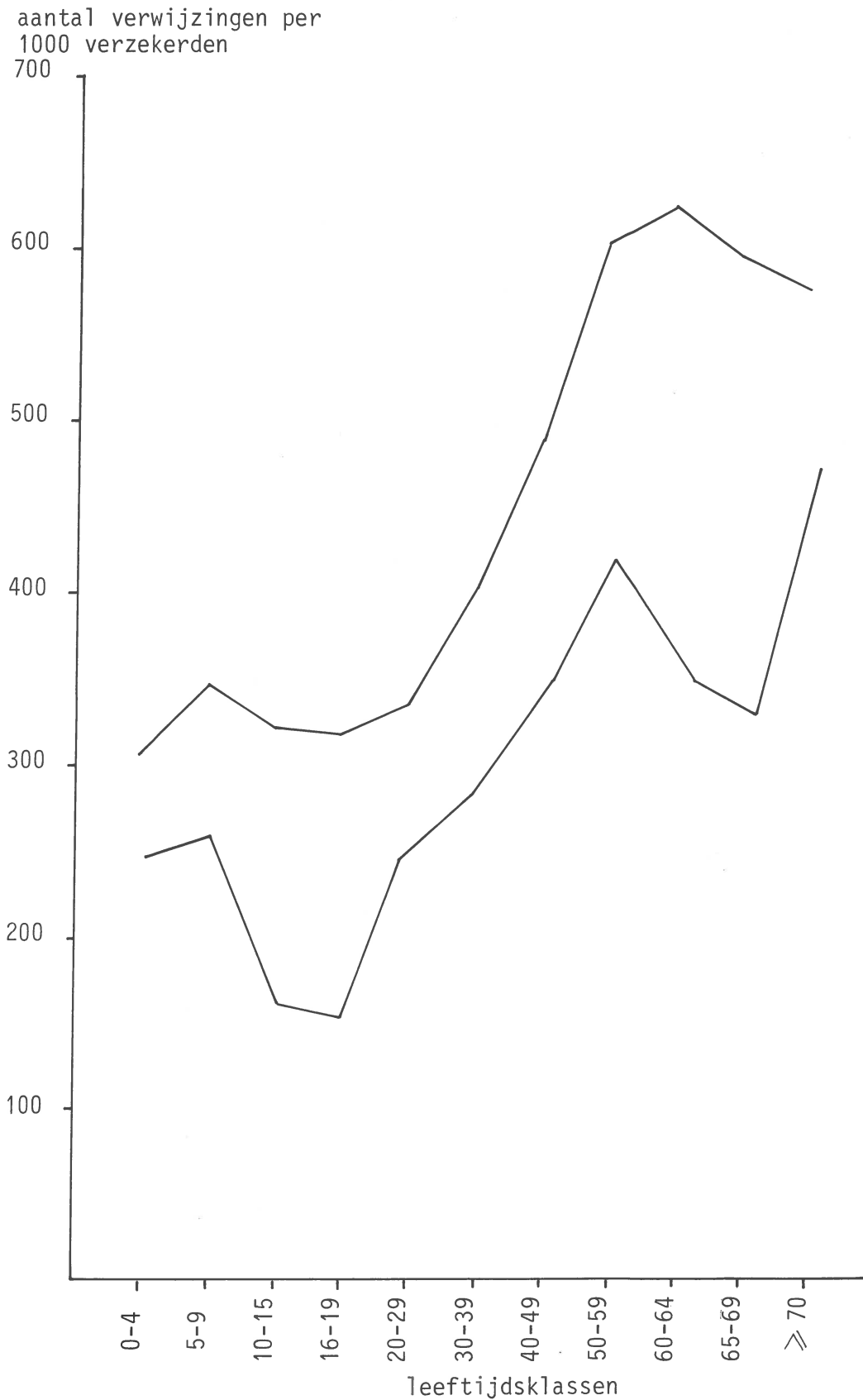
maar dit kan niet het hele verschil verklaren.

De figuren 3.1. en 3.2. geven van de ZF-verzekerden (17 praktijken) de leeftijds- en geslachtsspecifieke verwijscijfers voor alle specialismen. Tevens is daar ingetekend de grafiek die door Posthuma is opgesteld aan de hand van zijn gegevens. Globaal komen de vormen van de grafieken overeen, al zijn er bij de mannen enkele afwijkingen. Men bedenkte dat het aantal waarnemingen in Lelystad bescheiden is; wanneer het complete ziekenfonds-materiaal beschikbaar is kunnen eventuele verschillen betrouwbaarder worden vastgesteld.

Het aantal verwezen particuliere patiënten is te gering om een betrouwbare uitsplitsing naar leeftijd te kunnen maken, te meer niet daar in dit geval slechts 14 praktijken in beschouwing kunnen worden genomen.

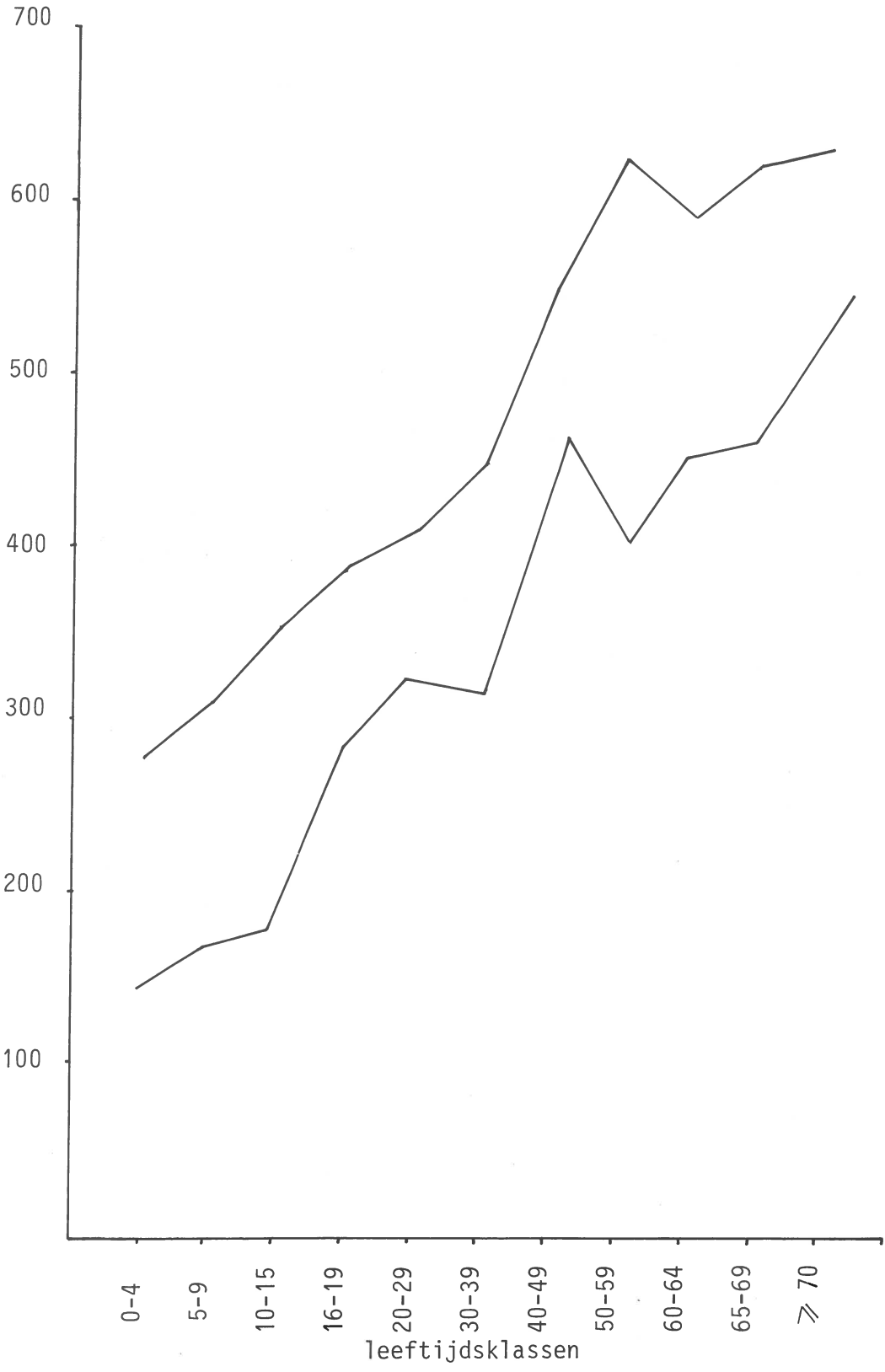
Uit tabel 3.10. blijkt dat de soorten verwijzingen niet gelijkmatig over de leeftijdsgroepen verdeeld zijn. De relatief onbelangrijke categorieën 'initiatief andere hulpverlener', en 'verzoek specialist' zijn daarbij weggelaten, evenals de oogheekundige verwijzingen. Nemen we alleen de niet-administratieve verwijzingen in beschouwing, dan worden de percentages als vermeld in tabel 3.11.

Figuur 3.1.: Verwijzingen naar klinische specialismen voor mannelijke verzekerden in 1974. Ziekenfonds BAZ, Nijmegen, (bovenste lijn), resp. Lelystad 1982 (onderste lijn).



Figuur 3.2: Verwijzingen naar klinische specialismen voor vrouwelijke verzekerden in 1974. Ziekenfonds BAZ Nijmegen (bovenste lijn), resp. Lelystad 1982 (onderste lijn).

aantal verwijzingen per
1000 verzekerden



Tabel 3.10. Soort verwijzing per leeftijdsklasse. Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde. Hele procenten.

| LEEFTIJD- KLASSE | SOORT VERWIJZING | | | | n |
|---------------------|------------------|----------|--------------------|-------------------|------|
| | Verlenging | Achteraf | Vooraf huisarts | Vooraf patiënt | |
| 0 - 4 jaar | 17 | 12 | 59 | 12 | 75 |
| 5 - 9 jaar | 35 | 8 | 37 | 20 | 60 |
| 10-15 jaar | 32 | 2 | 35 | 31 | 60 |
| 16-19 jaar | 39 | 4 | 44 | 13 | 46 |
| 20-29 jaar | 25 | 12 | 31 | 32 | 244 |
| 30-39 jaar | 27 | 5 | 39 | 29 | 247 |
| 40-49 jaar | 29 | 2 | 50 | 19 | 130 |
| 50-59 jaar | 46 | 4 | 36 | 14 | 121 |
| 60-64 jaar | 52 | 0 | 40 | 8 | 65 |
| 65-69 jaar | 50 | 6 | 36 | 8 | 53 |
| 70 ⁺ | 41 | 7 | 42 | 10 | 70 |
| Totaal | 33 | 6 | 39 | 22 | 1171 |

Tabel 3.11. Niet-administratieve verwijzingen per leeftijdsklasse. Alleen ZF-verzekerden, exclusief oogheelkunde. Hele procenten.

| LEEFTIJD- KLASSE | SOORT VERWIJZING | | n |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----|
| | Initiatief (vooral) huisarts | Initiatief (vooral) patiënt | |
| 0 - 4 jaar | 83 | 17 | 53 |
| 5 - 9 jaar | 65 | 35 | 34 |
| 10-15 jaar | 53 | 47 | 40 |
| 16-19 jaar | 77 | 23 | 26 |
| 20-29 jaar | 49 | 51 | 156 |
| 30-39 jaar | 58 | 42 | 168 |
| 40-49 jaar | 72 | 28 | 89 |
| 50-59 jaar | 72 | 28 | 61 |
| 60-64 jaar | 84 | 16 | 31 |
| 65-69 jaar | 83 | 17 | 23 |
| 70 ⁺ | 81 | 19 | 36 |
| Totaal | 64 | 36 | 717 |

Het vooral na het vijftigste levensjaar stijgende aantal verlengingsverwijzingen geeft aan dat vanaf deze levensfase een toenemend aantal mensen een min of meer continue relatie met de specialistische gezondheidszorg heeft. In tabel 3.11. valt het hoge percentage verwijzingen op verzoek van de patiënt op in de groep 20-39-jarigen. Waarschijnlijk zijn dit voor een groot deel verwijzingen 'ter geruststelling'. Juist deze groep verwijzingen zou na opening van het ziekenhuis sterk kunnen toenemen.

We zullen tot slot van dit hoofdstuk enige aandacht besteden aan enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzing. Daarbij zijn alle administratieve verwijzingen buiten beschouwing gelaten, evenals de oogheelkundige verwijzingen (dit laatste vanwege de verwarring die is opgetreden rond het begrip 'refractie-verwijzing').

De tabellen 3.12. t/m 3.14. geven de door de verwijzende huisarts geschatte medische noodzaak van de verwijzing, het diagnostisch niveau van de verwijzing, en het doel van de verwijzing.

De door de huisarts gepercipieerde noodzaak van de verwijzing blijkt per specialisme wel enkele verschillen te vertonen. Voegen we de categorieën 'niet noodzakelijk' en 'eigenlijk niet echt noodzakelijk' samen, en beschouwen we alleen de specialismen met tenminste 50 verwijzingen, dan scoort dermatologie het hoogste met 36 % niet (echt) noodzakelijke verwijzingen. Neurologie geeft 29 % van deze minder noodzakelijke verwijzingen, chirurgie 27, orthopaedie en interne geneeskunde 23, KNO 18 en gynaecologie en verloskunde 17 %.

Tabel 3.12. Medische noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts.
Alleen niet-administratieve verwijzingen, excl. oogheelkunde.

| | Abs. | % |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| Zeer noodzakelijk | 152 | 16 |
| Noodzakelijk | 586 | 61 |
| Eigenlijk niet echt noodzakelijk | 176 | 18 |
| Niet noodzakelijk | 43 | 5 |
| Niet ingevuld | 1 | - |
| | <hr/> 958 | <hr/> 100 |

Tabel 3.13. Diagnostisch niveau van de verwijzing. Alleen niet-administratieve verwijzingen, excl. oogheelkunde.

| | Abs. | % |
|------------------------------|-------|-------|
| Diagnose gesteld | 496 | 52 |
| Beperkt aantal mogelijkheden | 367 | 39 |
| Groot aantal mogelijkheden | 65 | 7 |
| Geen idee | 24 | 2 |
| Niet ingevuld | 6 | - |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 958 | 100 |

Tabel 3.14. Doel van de verwijzing volgens de huisartsen. Alleen niet-administratieve verwijzingen, excl. oogheelkunde.

| | Abs. | % |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Louter diagnose | 99 | 10 |
| Ter behandeling | 412 | 44 |
| Diagnose en eventueel behandeling | 439 | 46 |
| Niet ingevuld | 8 | - |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 958 | 100 |

Het geslacht van de patiënt en de verzekeringswijze zijn niet van invloed op de gepercipieerde noodzaak, de leeftijd hangt daarmee wel samen. Het percentage niet (echt) noodzakelijke verwijzingen loopt op van 13 % in de categorie 0-4-jarigen tot 30 % in de groep tussen 20 en 40, om daarna weer te dalen tot 8 % in de groep ouder dan 70 jaar.

Niet onverwacht is het verband tussen de initiatiefnemer tot de verwijzing en de gepercipieerde noodzaak. Ligt het initiatief uitsluitend bij de huisarts, dan is 98 % volgens hem (zeer) noodzakelijk, ligt het méér bij de huisarts, dan 95 %, als het méér bij de patiënt ligt 48 % en ligt het initiatief uitsluitend bij de patiënt dan is volgens de huisarts nog slechts 15 % van de verwijzingen medisch gezien (zeer) noodzakelijk.

Tabel 3.15. geeft het verband tussen het diagnostisch niveau en de gepercipieerde noodzaak van de verwijzing.

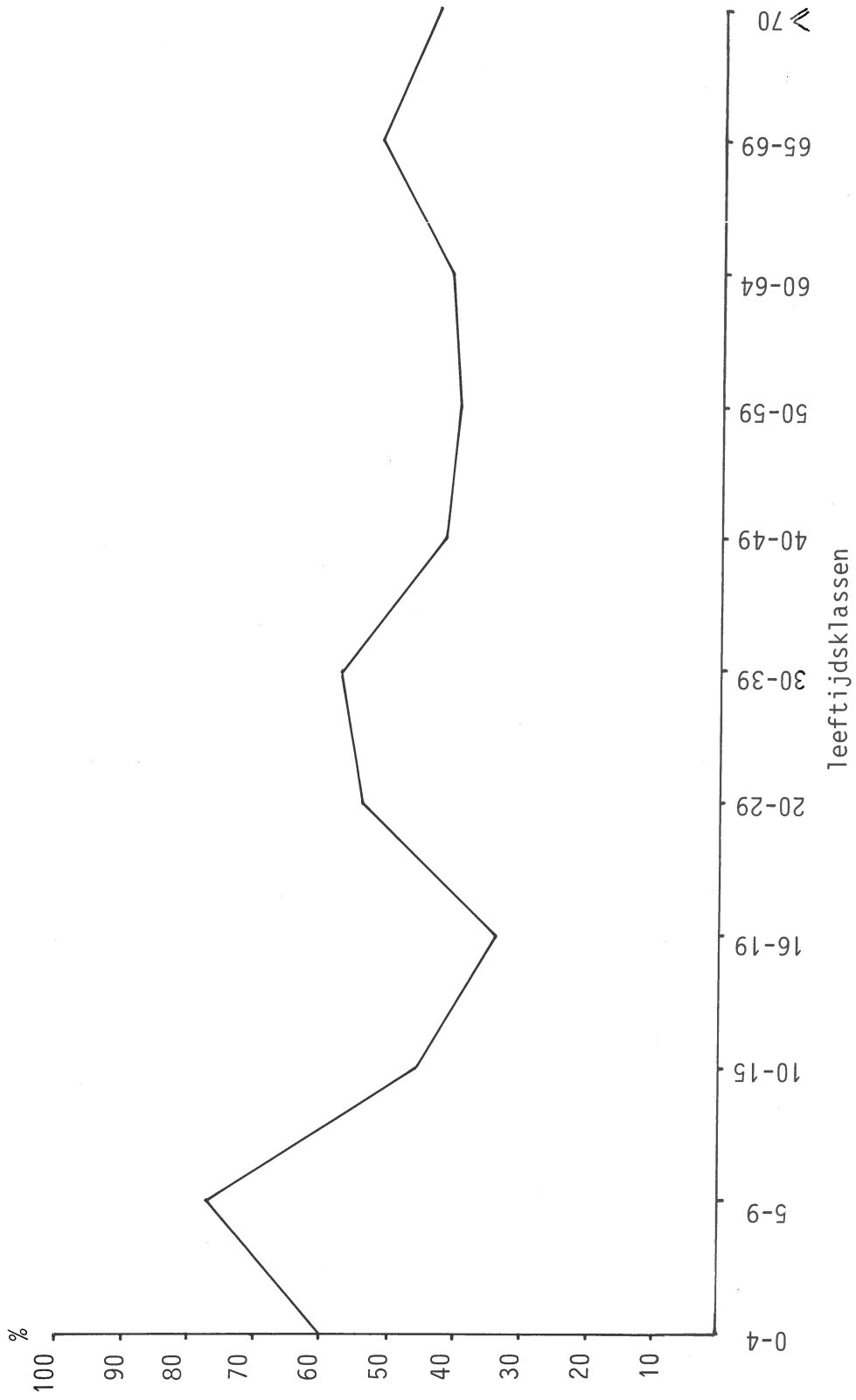
Tabel 3.15. Noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts naar diagnostisch niveau. Hele procenten.

| Niveau | Noodzaak | | n |
|------------------------------|--------------------|--------------------------|-----|
| | (zeer)Noodzakelijk | Niet (echt) noodzakelijk | |
| Diagnose gesteld | 74 | 26 | 496 |
| Beperkt aantal mogelijkheden | 83 | 17 | 367 |
| Groot aantal mogelijkheden | 75 | 25 | 65 |
| Geen idee | 46 | 54 | 24 |

'Geen idee' betekent blijkens deze tabel dat de huisarts een mogelijk ernstige oorzaak van de klachten in elk geval heeft uitgesloten, althans bij 54 %. Behalve het diagnostisch niveau hangt ook het doel van de verwijzing samen met de gepercipieerde noodzaak: de verwijzingen 'louter ter diagnose' (waarin uiteraard de categorie 'geen idee' vaak voorkomt), zijn in meer dan de helft van de gevallen volgens de huisarts niet (echt) noodzakelijk; de verwijzingen ter behandeling in een kwart, de verwijzingen ter diagnose en eventuele behandeling in 18 % niet (echt) noodzakelijk.

Wat betreft het diagnostisch niveau van de verwijzing zijn er duidelijke verschillen per specialisme te constateren. We beperken ons weer tot de specialismen met tenminste 50 verwijzingen. De chirurg ontvangt in driekwart van de gevallen een patiënt bij wie de diagnose al is gesteld (al wordt dit percentage iets geflatteerd door een, nog niet gekwantificeerd, aantal diagnoses luidende 'sterilisatiewens'). Een beperkt aantal mogelijkheden levert een kwart van de chirurgische patiënten, waarmee de chirurg duidelijk als een 'uitvoerend' specialisme omschreven kan worden. De KNO-arts is een goede tweede met 66 % diagnoses en 29 % beperkt aantal mogelijkheden. Daarmee volgen de gynaecoloog (52, resp. 40 %), de orthopaed (46 % diagnoses, 49 % beperkt aantal mogelijkheden), de dermatoloog (44 resp. 51 %), de neuroloog (27 resp. 56 %), en tenslotte de specialist die het dichtst bij de huisarts staat, de internist. Deze treft nog maar 27 % ge-diagnostiseerde gevallen aan, 46 % gevallen met een beperkt aantal mogelijkheden, en 24 % patiënten met een volgens de huisarts groot aantal mogelijke oorzaken van de klachten. Vooral op dit laatste punt onderscheiden de verwijzingen naar hem zich van de verwijzingen naar andere specialismen.

Figuur 3.3.: Percentage verwijzingen waarbij een diagnose is gesteld, naar leeftijd



De kinderarts hoort met 42 verwijzingen eigenlijk niet in dit rijtje thuis, maar past met 40 % diagnoses, 36 % beperkt aantal mogelijkheden, 12 % groot aantal mogelijkheden en 12 % 'geen idee' goed in het beeld: hoe generalistischer het specialisme, hoe lager het diagnostisch niveau.

Grafiek 3.3. geeft aan dat twee leeftijdsgroepen er qua diagnostisch niveau uitspringen: de 0-9-jarigen en de 20-39-jarigen. Deze groepen zijn qua verwijzingspatronen echter geheel niet vergelijkbaar. In de groep 0-9 jaar neemt vooral de huisarts het initiatief tot de verwijzing (75 %, zie voor uitsluitend ZF-verzekerden tabel 3.10; het betreft hier zoals overal in deze paragraaf de gehele groep van 958 niet-administratieve niet-oogheelkundige verwijzingen), in de groep 20-39-jarigen is het echter maar in 57 % van de gevallen de huisarts die het initiatief neemt. Van de 0-9-jarigen acht de huisarts 17 % van de verwijzingen niet (echt) noodzakelijk, van de 20-39-jarigen 30 %. Is er bij een 0-9-jarige een diagnose gesteld, dan neemt de huisarts in 71 % van de gevallen het initiatief tot de verwijzing; bij 20-39 jarigen, bij wie een diagnose is gesteld slechts in 48 %. Sterk overdrijvend kunnen we dus stellen dat een verwezen patiënt tussen de 20 en de 39 zelf een diagnose heeft gesteld en de huisarts duidelijk heeft gemaakt dat hij daarmee naar de specialist wil, terwijl de huisarts dit niet altijd nodig vond maar (naast een in dit materiaal niet op te sporen aantal weigeringen) toch wel verwees, terwijl de 0-9-jarige, die verwezen is met klachten (en een ouder) op het spreekuur kwam die door de huisarts zodanig werden gediagnostiseerd dat hij verwijzing noodzakelijk achtte.

Het doel van de verwijzing vertoont verschillen tussen de specialismen, die globaal overeenkomen met de specialisme-gebonden verschillen in diagnostisch niveau. De chirurg ontvangt 67 % van de verwezen patiënten ter behandeling, de KNO-arts 58 %, de gynaecoloog 51 %, de dermatoloog 41 %, de orthopaed 31 %, de internist 13 % en de neuroloog 11 %.

De categorie 'louter ter diagnose' bestaat voor ongeveer de helft uit niet-noodzakelijke verwijzingen. Van de 46 noodzakelijke verwijzingen, waarbij de huisarts de specialist vraagt alleen de diagnose te stellen en de therapie aan de huisarts over te laten, gaat een kwart naar de internist.

3.5. Samenvatting.

Samenvattend kunnen we van de omvang en de samenstelling van de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn te Lelystad het volgende zeggen:

- het ziekenfondsverwijscijfer is in Lelystad laag in vergelijking met de landelijke cijfers.
- het particuliere verwijscijfer ligt daar nog beduidend onder.
- afziende van oogheeskundige verwijzingen neemt de huisarts in ongeveer 40 % van de gevallen het initiatief tot verwijzing; de patiënt in 20 %, terwijl bijna 30 % verlengingsverwijzingen betreft.
- na verhuizing naar Lelystad blijven de ex-Amsterdammers (thans \pm 60 % van de bevolking) nog geruime tijd op Amsterdam georiënteerd.
- als we gynaecologie en verloskunde buiten beschouwing laten worden vrouwelijke ziekenfondspatiënten niet vaker verwezen dan mannen, vrouwelijke particuliere patiënten minder vaak dan mannen.
- het verwijscijfer stijgt voor vrouwen min of meer monotoon met de leeftijd; voor mannen begint de stijging pas na het twintigste levensjaar.

Van de kwalitatieve aspecten van de patiëntenstroom naar de specialist kunnen we samenvattend het volgende zeggen: (alleen niet-administratieve verwijzingen, exclusief oogheeskunde):

- in de helft van de gevallen is een diagnose gesteld;
- een kwart van de gevallen acht de huisarts niet (echt) noodzakelijk;
- de verwijzing 'louter ter diagnose' komt weinig voor, en is dan nog voor de helft niet noodzakelijk, en vooral op initiatief van de patiënt;
- hoe generalistischer een specialisme is, hoe minder vaak de huisarts bij verwijzing een diagnose heeft gesteld;
- de door de huisarts gepercipieerde noodzaak tot verwijzing is lager als het initiatief meer bij de patiënt ligt;
- het diagnostisch niveau van de verwijzing verschilt niet per geslacht, en ligt voor ZF-verzekerden niet anders dan voor particulieren;
- verwijzingen met een diagnose komen vooral voor in de groep 0-9-jarigen (diagnose gesteld door huisarts), en in de groep 20-39-jarigen (diagnose nogal eens gesteld door de patiënt, die zelf om een verwijzing vraagt).

4. Medische consumptie in de huisartspraktijk.

4.1. Inleiding.

Gedurende tien dagen hebben alle huisartsen hun spreekuur- en visitecontacten geregistreerd. Niet geregistreerd werden telefonische contacten. Deze tien dagen vielen in de periode 17 februari-4 mei 1982, en wel zodanig dat iedere dag van de week twee maal voorkwam. Begonnen werd op woensdag 17 februari, vervolgens donderdag 25 februari, vrijdag 5 maart, enzovoort. In de weekends werd niet geregistreerd. Uiteraard kwam het wel eens voor dat een arts op een registratiedag afwezig was door vakantie, ziekte of andere redenen. Zo mogelijk haalde hij deze dag dan in op eenzelfde dag van de week, bij voorkeur tijdens de registratieperiode, desnoods kort daarna; op 11 mei werd de registratie geheel beëindigd. Daags voor een registratiedag werd de assistente er nog eens telefonisch aan herinneerd dat er de volgende dag geregistreerd zou worden; tevens werd dan afgesproken op welk tijdstip op de dag volgend op de registratiedag de formulieren door de NHI-medewerkster te Lelystad konden worden opgehaald. Door de contacten te registreren in dezelfde volgorde als in het afsprakenboek c.q. visitelijst (spoedconsulten tussendoor werden apart geregistreerd om te zorgen dat deze volgorden parallel bleven lopen) konden eventuele omissies of onduidelijkheden in de registratie hersteld worden door, samen met de assistente, het afsprakenboek te controleren. Op deze dag werden tevens de geregistreeerde verwijzingen van de voorafgaande 5 dagen op volledigheid gecontroleerd (de perforatiestrook met de naam van de patiënt werd na controle verwijderd) en vervoerd naar het NHI. De indruk bestaat dat deze werkwijze geresulteerd heeft in een goed contact tussen assistenten, huisartsen en onderzoeksinstituut, en de volledigheid van het materiaal zeker in gunstige zin heeft beïnvloed.

Om eventuele onderlinge verschillen tussen huisartsen goed te kunnen interpreteren is per spreekuur gevraagd of de huisarts wellicht waarnam voor een collega. Als dat het geval was, werd in de meeste gevallen het aantal patiënten van die collega dat op het spreekuur werd gezien genoteerd. We zullen hieraan in dit rapport nog geen aandacht besteden, en ons beperken tot de contacten van alle huisartsen tezamen.

4.2. Eerste, voorlopige resultaten.

Acht van de 18 huisartsen registreerden 10 dagen, zeven registreerden 9 dagen en drie 8 dagen. Het totaal komt daarmee op 167 van de 180 potentiële dagen.

Het totaal aantal contacten in deze periode bedraagt 569 visites en 4540 consulten, totaal 5109. Het aantal registratiedagen is te klein om op be-

trouwbare wijze het aantal contacten per patiënt per jaar vast te stellen. Dat is ook niet het doel van dit onderdeel van het onderzoek.

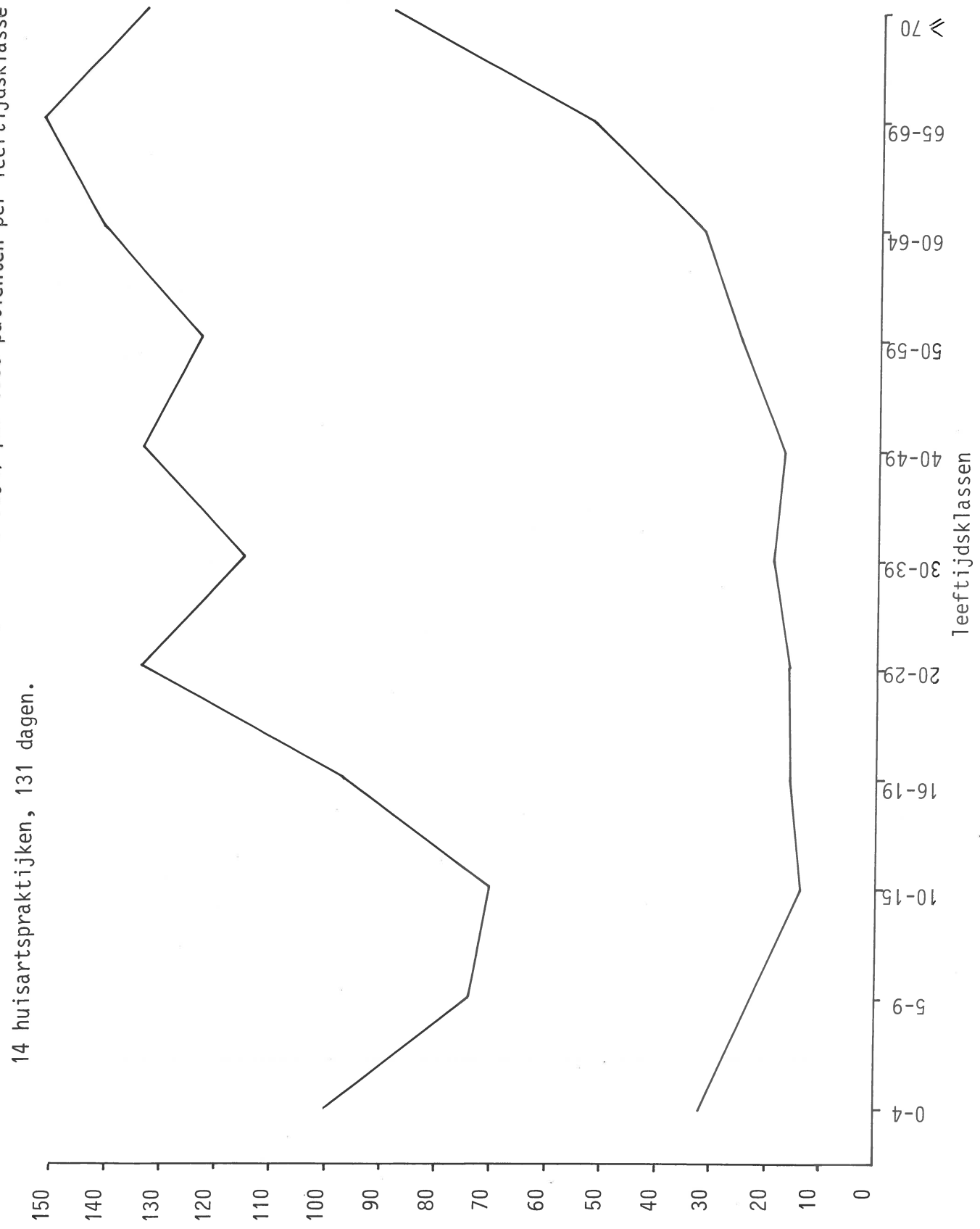
Wél kunnen we, zonder ons vast te leggen op de exacte waarde van bepaalde parameters, enkele uitspraken doen over de ondelinge verhouding van consumptievariabelen binnen verschillende groepen.

Zo blijkt allereerst dat het aantal contacten voor ZF-patiënten hoger ligt dan voor particulieren. Voor spreekuurcontacten vinden we een 40 % hogere ziekenfondsconsumptie (14 huisartspraktijken; van 4 huisartsen is het aantal particulieren onbekend), voor visites 33 %, totaal 39 %. De verschillen blijven bestaan als we de berekende frequenties van doktersbezoek respectievelijk visite wege met de samenstelling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht (evenals Van de Ven e.a. gebruiken wij de bevolkingssamenstelling van 1976 om een goede vergelijking met hun gegevens mogelijk te maken).

Van de Ven e.a. geven in hun overzicht een verschil van 10 à 20 % (hoogste: 27 % in Ommoord 1975/1976, niet gepubliceerd). Evenals op het gebied van de verwijscijfers moet de conclusie luiden dat het verschil tussen de ziekenfondsconsumptie en de particuliere consumptie in ons materiaal groter is dan in de meeste onderzoeken wordt aangetroffen. Het geringe aantal waarnemingen kan hieraan debet zijn.

Het door ons gevonden geslachtsgebonden verschil in consumptieniveau stemt overeen met de algemene bevindingen op dit punt: vrouwen hebben vaker contact met de huisarts dan mannen. Voor spreekuurcontacten 36 % meer, voor visites 50 % meer, totaal 37 % meer. Als we uit de spreekuurcontacten alle 'pilconsulten' (208) verwijderen, daalt het verschil tot 25 % voor de spreekuurcontacten, totaal (inclusief visites) 28 %. Controle voor consulten die betrekking hebben op zwangerschap is in dit materiaal niet mogelijk.

Zoals fig. 4.1. aangeeft is er een duidelijk verband met leeftijd. De toppen in de consultgrafiek bij 0-4 en bij 65-69 jaar komen globaal overeen met bestaande gegevens. Tellen we de visites er bij op, dan blijkt de daling in aantal contacten met de huisarts voor de groep alleroudsten, die vaak wordt aangetroffen, in ons materiaal afwezig. Te zijner tijd zal worden nagegaan of een te Lelystad afwijkende situatie wat betreft verpleeghuizen en vergelijkbare inrichtingen hiervan de oorzaak kan zijn.



4.3. Nadere uitsplitsingen.

In het volgende zullen we, afzonderlijk voor consulten en visites, een nadere beschrijving van de medische consumptie in de huisartspraktijk geven.

4.3.1. Consulten.

Van de 4540 consulten betreffen er 208 (4.6 %) een pilconsult, 879 (19.4 %) een consult in verband met een chronische klacht, en 3449 (76 %) een consult voor iets anders. Het relatieve aantal pilconsulten is het hoogst in de groep 16-19 en 20-29: van het totaal bestaat 9.7 respectievelijk 9.3 % uit pilconsulten; bekijken we alleen de vrouwen dan blijkt 15.9 respectievelijk 13.6 % van de consulten van deze groepen een pilconsult te zijn. Deze consulten, die een enigszins aparte plaats innemen, zijn in het merendeel van de navolgende analyses buiten beschouwing gelaten.

In 269 van de 4540 consulten (5.9 %) werd de patiënt door de huisarts verwezen. Over deze verwijzingen werden verder geen gegevens verzameld; het is echter duidelijk dat we dit 'verwijspercentage' (het aantal op het spreekuur genomen beslissingen om een patiënt te verwijzen per 100 spreekuurcontacten) niet moeten verwarren met het door ons berekende 'echte' verwijspercentage (het aantal afgegeven verwijskaarten per 100(0) ZF-verzekerden). Toch is via een omweg wel na te gaan of de conclusie uit dit materiaal, namelijk dat de Lelystadse huisarts van iedere 100 consulten er bijna 6 met een verwijzing besluit, strookt met de bevindingen uit de verwijsregistratie. Van 12 huisartsen namelijk kon door de assistente nog worden nagegaan hoeveel spreekuurcontacten de huisarts tijdens de periode 15 februari-4 mei had gehad. Op het verwijsregistratieformulier werd tevens genoteerd of de verwijzing op het spreekuur, tijdens een visite, telefonisch of op andere wijze tot stand was gekomen. Deze 12 artsen registreerden tijdens de verwijsregistratie 811 verwijzingen tijdens het spreekuur, op een totaal van 13.326 spreekuurcontacten, oftewel 6.09 per 100. Zes verwijsbeslissingen per 100 spreekuurcontacten lijkt dus een zeer betrouwbaar getal. Uiteraard betreft het hier voor het grootste deel niet-administratieve verwijzingen: de administratieve verwijzingen komen grotendeels tot stand buiten het spreekuur om: contact met de huisarts is niet nodig.

Van de 269 patiënten die verwezen werden hadden er 134 (50 %) om een verwijzing gevraagd of anderszins laten merken dat ze graag naar de specialist wilden. Vergelijken we dit met de verwijsregistratie, dan zien we een verschil: van de gehele groep niet-administratieve verwijzingen (dus inclusief oogheelkunde) neemt de patiënt in 35 % van de gevallen het initiatief tot de verwijzing. Zoals al in het hoofdstuk 'Verwijspatronen' is ge-

bleken, komt bij een aantal als 'administratief' aangeduide verwijzingen wél een contact tussen huisarts en patiënt tot stand (zie tabel 4.3.). Voor deze verwijzingen werd de vraag wie het initiatief tot de verwijzing nam niet ingevuld; het is denkbaar dat als dat wél was gebeurd, de patiënt als belangrijkste initiatiefnemer zou zijn aangekruist (zij het dat de patiënt dan vooral namens de specialist optreedt). Als we bedenken dat de vrijheid van de huisarts om een aangevraagde verlengingsverwijskaart of een refractieverwijzing te weigeren in theorie groot, maar in de praktijk vrij klein is, dan is het boven aangehouden getal van 6 'verwijsbeslissingen' per 100 contacten nog aan de hoge kant. Een aantal van deze verwijsbeslissingen is immers vooral een administratieve handeling. Rekenen we alle verlengingsverwijzingen, refractieverwijzingen, achterafverwijzingen, verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener, en verwijzingen op verzoek van de specialist die op het spreekuur tot stand komen mee, dan blijkt deze groep samen 22 %* van de op het spreekuur tot stand gekomen verwijzingen uit te maken. Van de zes verwijzingen zouden na aftrek van 22 % nog slechts 4.7 echte beslissingen om te verwijzen per 100 contacten overblijven.

Van de 177 personen die om een verwijzing vroegen werd 75 % ook door de huisarts verwezen; één kwart van de verzoeken (impliciet of expliciet) werd dus niet gehonoreerd. Géén verschil in dit opzicht tussen mannen en vrouwen, het geringe verschil tussen ziekenfondspatiënten (76.4 % gehonoreerd) en particulieren (69.7 %) is niet significant en kan bovendien veroorzaakt zijn door bovengenoemde administratieve verwijzingen. Een duidelijk verband tussen het vragen om een verwijzing en de leeftijd van de patiënt is niet aanwezig; datzelfde geldt voor het percentage niet-gehonoreerde verzoeken om een verwijzing. Op basis van de uitkomsten van de verwijsregistratie, waarbij bleek dat vooral in de leeftijdsgroep 20-49-jarigen het initiatief tot de verwijzing relatief vaak van de patiënt kwam en de huisarts de verwijzing niet altijd even noodzakelijk vond, hadden we wel een verband met leeftijd verwacht.

Een recept werd voorgeschreven in 54 % van de gevallen. De pilconsulten scoren, niet onverwacht, het hoogste met ruim 89 %, consulten voor chronische klachten en andere consulten halen 60 respectievelijk 51 %. Vrouwen krijgen vaker een recept mee dan mannen (56 versus 51 %), maar dit verschil is niet meer significant als de pilconsulten buiten beschouwing worden gelaten (53 versus 51%).

*Voor alleen ZF-verzekerden geeft tabel 3.3. 25 %; 22 % geldt voor de gehele groep

In het aantal consulten dat eindigt met een recept is een lichte stijging met de leeftijd te zien. Spectaculair zijn de verschillen echter niet. Géén verschil is aanwezig tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren

Laboratorium- of röntgenonderzoek werd in 10 % van alle consulten aangevraagd. Er is van een duidelijke stijging met de leeftijd sprake: in de groep 0-4-jarigen wordt 6 % verwezen voor lab. of röntgen, wat geleidelijk stijgt tot ruim 11 % in de groep 40-49-jarigen, om daarna constant te blijven (zonder pilconsulten). Bij vrouwen wordt vaker dit soort diagnostisch onderzoek gedaan dan bij mannen (11.9 versus 8.7 %); verwijdering van de pilconsulten verandert dit beeld niet. Géén significant verschil is aanwezig tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren.

Het laatste onderdeel dat aan de medische consumptie in de huisartspraktijk werd onderscheiden was het terugbestellen van de patiënt. Van alle consulten bij elkaar werd de patiënt in 18 % onvoorwaardelijk terugbesteld, in 25 % voorwaardelijk, en in 57 % niet. Pilconsulten werden in 45 % afgesloten met een onvoorwaardelijke terugbestelling, in 11 % met een voorwaardelijke, en in 44 % zonder terugbestelling. Dit onverwacht hoge percentage wekt enige bevreemding; nagegaan zal worden of het begrip 'terugbestellen' wellicht in deze gevallen niet goed is toegepast. Patiënten met chronische klachten werden slechts in 36 % niet terugbesteld, anderen in 62 %.

Er is een duidelijke relatie met leeftijd: het percentage niet-terugbestelden daalt van 64 % in de groep 0-9-jarigen via 50 % in de groep 40-59-jarigen tot 40 % in de groep 70 en ouder. Deze verschillen worden vooral veroorzaakt door het met de leeftijd van de patiënt toenemende aantal onvoorwaardelijke terugbestellingen.

Geen grote verschillen zijn te vinden tussen mannen en vrouwen: pilconsulten buiten beschouwing gelaten worden mannen in 15.8 % onvoorwaardelijk terugbesteld, vrouwen in 18.2 %; mannen in 57.7 % niet, vrouwen in 56.3 % niet. Het verschil is net niet significant.

Wél significant is het verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren. De categorieën onvoorwaardelijk, voorwaardelijk en niet terugbesteld luiden voor ZF-patiënten 16.3, 25.8 en 57.9 % en voor particulieren 19.6, 27.0 en 53.3 % (exclusief pilconsulten).

Kijken we naar dit verschil tussen ziekenfondspatiënten en particulieren binnen verschillende leeftijdsklassen, dan blijkt het zich met name voor te doen in de categorie 20-39-jarigen. Ook het verschil binnen de groep 10-15-jarigen is significant. Wat de sexen betreft blijkt dat het ver-

schil voor mannen niet significant is, doch voor vrouwen zeer sterk significant (uiteraard alles exclusief pilconsulten). Bezien we de verschillen binnen de gecombineerde leeftijds-geslachtsgroepen dan worden de aantallen geringer, waardoor nog slechts de groep vrouwelijke particulieren van 20-29 jaar significant vaker wordt terugbesteld dan hun leeftijd- en sexegenoten die via het ziekenfonds verzekerd zijn. Het is niet uitgesloten dat dit verschil vooral verklaard wordt door zwangerschapscontroles: ziekenfonds-verzekerden bevallen als regel bij de verloskundige.

4.3.2. Visites.

Tijdens de 167 registratiedagen werden 569 visites afgelegd. De consult-visite-ratio komt daarmee op 8.0.

De verdeling van de visites over de verzekeringsvormen is gelijk aan de verdeling van de spreekuurcontacten over de verzekeringsvormen (77 % ZF, 23 % particulier), zodat de meerconsumptie van ZF-verzekerden gelijkelijk verdeeld is over visites en consulten. De vrouwen zijn, met 60 % van de visites, sterk in de meerderheid (de man-vrouw-verdeling van de consulten bedraagt 58-42 %, exclusief pilconsulten 56-44). Een kwart van de visites betreft een chronische klacht; niet verbazingwekkend is dat dit percentage oploopt met de leeftijd van de patiënt. Vrouwen worden significant vaker wegens een chronische klacht bezocht dan mannen (27 versus 20 %); ziekenfondspatiënten veel vaker dan particulieren (28 % versus 13 %). Dit wordt echter veroorzaakt door het feit dat in de oudere leeftijdsklassen vooral ziekenfondspatiënten worden aangetroffen (slechts 15 visites werden afgelegd bij particulieren ouder dan 59 jaar). Uiteraard wordt met patiënten met een chronische klacht vaker een vervolgvizite c.q. vervolggconsult afgesproken dan met andere patiënten (42 versus 14 %); een voorwaardelijke afspraak ('als het over niet over is, belt U me dan nog eens of komt U even op het spreekuur.') wordt met beide groepen in een kwart van de gevallen gemaakt. Het totale 'terugbestelpatroon' wijkt niet sterk af van dat op het spreekuur, afgezien van de op het spreekuur aangetroffen verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulieren; deze verschillen treffen we bij de visites niet aan.

Wat medicatie betreft zien we evenmin verschillen met het spreekuur: voor beide typen contacten geldt dat 54 % met een recept wordt beëindigd.

Opvallend is dat particulieren significant vaker een recept krijgen dan ziekenfondspatiënten: 62 versus 51 %.

Ook met leeftijd is er een verband: hoe ouder men is, hoe minder vaak een recept wordt voorgeschreven. Wellicht hebben oudere patiënten, van wie er meer een tamelijk duurzame relatie met de gezondheidszorg hebben, in grotere mate de beschikking over door de specialist verstrekte geneesmiddelen.

Het vragen om een verwijzing komt tijdens visites weinig voor (9 maal, nog geen 2 %), verwijzingen zelf meer (31, ruim 5 %). Het laatste getal, hoewel gebaseerd op kleine aantallen, is in overeenstemming met de bevindingen uit de consultregistratie.

4.4. Samenvatting.

Samenvattend kan de medische consumptie in de huisartspraktijk als volgt worden beschreven:

- ziekenfondspatiënten zien hun huisarts vaker dan particuliere, maar worden minder vaak terugbesteld, althans op het spreekuur. Zwangerschapscontroles zouden dit kunnen verklaren.
- vrouwen zien hun huisarts vaker dan mannen, maar worden slechts weinig vaker terugbesteld.
- zeer jonge kinderen en ouderen zien de huisarts vaker; hoe ouder men is, hoe vaker men wordt terugbesteld.
- ongeveer zes van elke 100 spreekuurcontacten eindigen met een verwijzing, waarvan ongeveer één vijfde deel een administratief karakter heeft.
- verzoeken om een verwijzing worden in één kwart van de gevallen niet gehonoreerd.
- ruim de helft van de spreekuurconsulten eindigt met een recept, 10 % met aanvraag voor laboratorium- of röntgendiagnostiek; dat laatste meer bij vrouwen dan bij mannen.

5. Taakopvatting van de huisarts.

5.1. Inleiding.

Uit eerder onderzoek bleek een zwakke positieve relatie tussen de afstand tot het ziekenhuis en de taakopvatting van de huisarts: hoe verder van een ziekenhuis de arts praktizeert, hoe breder zijn taakopvatting. Deze relatie bleek het sterkst voor de kwestie of men bepaalde therapeutische en diagnostische verrichtingen als regel zelf doet of overlaat aan de specialist.

Als we deze transversaal gevonden samenhang longitudinaal 'vertalen' zouden we door de komst van het ziekenhuis een versmalde taakopvatting van de huisartsen verwachten. Het is echter de vraag of deze verwachting realistisch is. In de eerste plaats is de taakopvatting van de huisarts naar alle waarschijnlijkheid een fenomeen dat langzaam gestalte krijgt, en als de huisarts eenmaal een bevredigend evenwicht heeft gevonden tussen zijn taakopvatting en zijn feitelijk functioneren (waarbij we de richting van de causaliteit in het midden laten) niet zo gemakkelijk verandert. De effecten van een sprongsgewijze afname van de afstand tot het ziekenhuis op de taakopvatting van de huisarts zullen dan ook pas op langere termijn zichtbaar worden. Daar komt nog bij dat ook nog een verbredende invloed op de taakopvatting denkbaar is. De komst van het ziekenhuis betekent immers dat de huisarts, mede of vooral door aandringen van de patiënten, de 'aanzuigende' werking van een nabij ziekenhuis gaat ondervinden, en een stukje terrein zal moeten prijsgeven aan de tweede lijn. Het lijkt onwaarschijnlijk dat de huisarts dit zonder slag of stoot zal doen. Onder veel huisartsen, en de Lelystadse lijken daarop geen uitzondering te maken, leeft sterk het ideaal van een 'sterke' eerste lijn, die veel problemen zelf kan oplossen. In een niet onaanzienlijk aantal gevallen rekent de huisarts het daarbij tot zijn taak de patiënt uit de tweede lijn te houden (men denke bijv. aan het gevaar van 'somatische fixatie', een proces waarbij de huisarts, mede door zijn verwijsbeleid, een sleutelrol kan spelen). Het nieuwe ziekenhuis zal dit aspect van het functioneren van de huisarts er niet gemakkelijker op maken. Het is niet denkbeeldig dat de huisarts zich daarbij enigszins 'afzet' tegen de tweede lijn en nadrukkelijk een breed veld voor zichzelf claimt.

Ondanks de derhalve niet zeer duidelijke verwachtingen die we op dit punt hebben, is het toch zinvol enig materiaal over de taakopvatting van de huisartsen te verzamelen.

Allereerst kan kennis van de taakopvatting van de huisarts ons in staat stellen tot het doen van conditionele uitspraken over de gevolgen van de

komst van het nieuwe ziekenhuis. Denkbaar is dat de gevolgen vooral merkbaar zullen zijn in de praktijken met een relatief smalle taakopvatting. Daarnaast is dat deel van de taakopvatting van de huisarts dat vooral is op te vatten als een taakafbakening ten opzichte van de specialist van belang om na te gaan in hoeverre de komst van het ziekenhuis aanleiding geeft tot het ontstaan van gebieden tussen eerste en tweede echelon waarin zowel huisarts als specialist de eerste verantwoordelijkheid claimen (zie het al eerder genoemde onderzoek te Hoogeveen, Swinkels en Dopheide 1982). Het vergelijken van huisartsen en specialisten vóór de komst van het ziekenhuis bleek zoals in hoofdstuk 2 al gesteld, niet mogelijk.

5.2. Resultaten.

Tabel 5.1. geeft de mening van de Lelystadse huisartsen over de vraag of diagnostiek respectievelijk therapie van een aantal aandoeningen werk voor de huisarts of voor de specialist is. Voor 25 van deze aandoeningen (alle geselecteerd op het feit dat ze zich op het grensvlak van eerste en tweede lijn bevinden), is een vergelijking mogelijk met 350 solo-artsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten (Dopheide, 1982).

Op slechts 5 aandoeningen (colitis ulcerosa, acuut longoedeem, orthostatische albuminurie, lupus erythematoses en M. Parkinson) scoren de Lelystadse huisartsen wat de diagnostiek betreft lager dan de landelijke steekproef (de score is hoger, maar dat komt door de wijze van scoren). Hun totale geclaimde terrein is zo'n 10 % breder. Voor de therapie zijn geen verschillen aanwezig.

Uit tabel 5.2. blijkt dat ook in 'technisch' opzicht de Lelystadse huisartsen zich onderscheiden van dezelfde 350 landelijke collegae. Met uitzondering van het aanmeten van een pessarium scoren ze op alle vergeleken technieken hoger.

Tabel 5.3. tenslotte geeft de mening van de huisartsen over een aantal items betreffende de taakafbakening tussen huisarts en specialist. Omdat de formulering nogal eens wat is aangepast, is vergelijking met de genoemde 350 huisartsen (die een aantal items eveneens voorgelegd kregen) niet goed mogelijk.

Aangezien deze taakopvattingvariabelen vooral van belang zijn bij de behandeling van verschillen tussen huisartsen (die in dit rapport niet aan de orde komen) zullen we ze hier verder niet behandelen.

Tabel 5.1. Diagnostiek en therapie van 39 aandoeningen; 1 = huisarts 4 = specialist

| | LELYSTAD | | LANDELIJK | |
|---|-------------|----------|-------------|----------|
| | Diagnostiek | Therapie | Diagnostiek | Therapie |
| glottitis | 1.53 | 3.72 | 1.86 | 3.14 |
| laryngosclerose | 2.00 | 3.67 | - | - |
| leukoplakie (incl. slijmvlies) | 2.35 | 2.94 | 2.16 | 2.55 |
| laryngitis | 2.06 | 3.56 | - | - |
| hyperthyreoïdie | 1.67 | 3.44 | 2.15 | 3.51 |
| keratoconjunctivitis | 2.78 | 2.67 | 3.04 | 2.79 |
| eczema cruris | 1.22 | 1.83 | - | - |
| glomerulonefritis | 1.89 | 3.11 | 2.08 | 3.19 |
| glaucoom | 1.18 | 2.29 | 1.35 | 2.97 |
| fractuur | 1.72 | 3.44 | - | - |
| hemofilie | 2.89 | 3.89 | 3.37 | 2.87 |
| lesnier Boeck | 3.00 | 3.67 | - | - |
| metastase t.g.v. kanker (metastasen) | 2.17 | 2.78 | 2.83 | 3.18 |
| maxillaire sinusitis | 1.94 | 3.56 | 2.03 | 3.64 |
| otitis media acuta | 1.39 | 3.33 | - | - |
| otitis media chronica | 2.11 | 3.22 | 2.32 | 3.02 |
| otitis media in actieve fase | 1.41 | 2.94 | 1.66 | 3.02 |
| otitis media chronica | 2.83 | 3.22 | 2.77 | 3.08 |
| otitis externa | 2.33 | 3.17 | - | - |
| oedeem (incl. longoedeem) | 1.82 | 2.83 | 1.60 | 2.52 |
| osteomyelitis | 1.50 | 2.22 | - | - |
| pericarditis | 2.61 | 3.72 | 2.88 | 3.82 |
| peritonitis media chronica | 1.22 | 3.06 | - | - |
| peritonitis | 1.89 | 3.00 | 1.92 | 2.88 |
| pernitiële purpura | 1.50 | 2.50 | 1.67 | 2.23 |
| pericarditis | 1.22 | 3.94 | - | - |
| keratoconjunctivitis | 2.06 | 3.44 | 2.14 | 3.39 |
| pericarditis | 2.00 | 3.61 | - | - |
| postnatale albuminurie | 2.00 | 1.88 | 1.37 | 1.39 |
| pericarditis erythematodes | 3.00 | 3.44 | 2.91 | 3.59 |
| tonsillair abces | 1.33 | 2.94 | 1.43 | 3.30 |
| otitis media | 1.83 | 3.28 | - | - |
| otitis media regionalis | 2.61 | 3.33 | 3.00 | 3.49 |
| pericarditis plasmose | 1.61 | 2.17 | 2.35 | 2.71 |
| pericarditis coma simplex | 2.28 | 3.61 | - | - |
| pericarditis metriose | 2.33 | 2.94 | 2.78 | 3.02 |
| pericarditis usio cerebri | 1.67 | 3.50 | 2.06 | 2.92 |
| pericarditis oratie trommelvlies | 1.11 | 1.72 | - | - |
| pericarditis room van Parkinson (atrofische vorm) | 1.78 | 2.33 | 1.68 | 2.16 |
| TOTAAL | 50.96 | 75.80 | 55.41 | 74.38 |

Tabel 5.2. In de eigen praktijk uitgevoerde technieken te Lelystad
(eerste kolom, percentage) en landelijk (tweede kolom, percentage)

| TECHNIEK | LELYSTAD | LANDELIJK |
|---------------------------------------|----------|-----------|
| Panaritiumincisie | 78 | 62 |
| Tonsilabcesincisie | 39 | 18 |
| Wigexcisie | 39 | 36 |
| Atheroom verwijderen | 94 | 67 |
| Nagelextractie | 100 | 88 |
| Wrat verwijderen | 100 | 95 |
| Inzetten IUD | 100 | 38 |
| Aanmeten pessarium | 33 | 58 |
| Corpus alienum van cornea verwijderen | 100 | 97 |
| Roestring van cornea verwijderen | 83 | 62 |
| Funduscopie | 78 | 65 |
| Gewrichtspunctie | 78 | 53 |
| Oogboldrukmeting | 33 | - |
| Stemvorkproef | 89 | - |
| Paracentese tympani | 67 | - |
| Incideren abces gehoorgang | 72 | - |
| Inbrengen Dauerkatheter | 100 | - |

Tabel 5.3. Taakafbakening ten opzichte van de specialist in hele procenten.
(n = 18)

| | Vol- ledig eens | Groten- deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten- deels oneens | Vol- ledig oneens |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen. | 33 | 17 | 17 | 27 | 6 |
| 2. Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijzkaart af te geven, behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen. | 6 | 27 | 28 | 33 | 6 |
| 3. Een groot deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou beter door huisartsen gedaan kunnen worden. | 11 | 28 | 22 | 33 | 6 |
| 4. Controle van chronische patiënten hoort plaats te vinden door de huisarts. | 17 | 55 | 28 | 0 | 0 |
| 5. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven. | 6 | 6 | 38 | 44 | 6 |
| 6. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts. | 44 | 44 | 12 | 0 | 0 |
| 7. De huisarts blijft in hoge mate verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis. | 0 | 33 | 22 | 28 | 17 |
| 8. De huisarts die de status van een ziekenhuispatiënt wil inzien, dient de specialist daarvoor toestemming te vragen. | 11 | 34 | 11 | 22 | 22 |

| | Vol- ledig eens | Groten- deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten- deels oneens | Vol- ledig oneens |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 9. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is. | 17 | 55 | 28 | 0 | 0 |
| 10. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt. | 0 | 17 | 44 | 11 | 28 |
| 11. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte, is geheel de taak van de specialist. | 6 | 11 | 17 | 44 | 22 |
| 12. De specialist die een patiënt wil laten behandelen door een collega van een ander specialisme, dient eerst de mening van de huisarts van die patiënt daarover te vragen. | 33 | 55 | 6 | 6 | 0 |
| 13. De vraag of tussentijds bericht over een ziekenhuispatiënt wenselijk is, kan het beste beoordeeld worden door de specialist. | 12 | 28 | 24 | 24 | 12 |
| 14. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten. | 22 | 50 | 17 | 11 | 0 |
| 15. Bij een verwijzing komt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt volledig bij de specialist te liggen. | 17 | 33 | 11 | 22 | 17 |
| 16. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist. | 6 | 0 | 17 | 60 | 17 |

| | Vol- ledig eens | Groten- deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten- deels oneens | Vol- ledig oneens |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 17. Als de patiënt om een ver- wijskaart of verwijzing vraagt, behoort de huis- arts in principe aan dat verzoek te voldoen. | 0 | 22 | 44 | 17 | 17 |
| 18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak wat betreft de zorg voor zijn patiënten. | 6 | 66 | 22 | 6 | 0 |
| 19. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt. | 6 | 66 | 22 | 6 | 0 |

6. Het bevolkingsonderzoek.

6.1. Inleiding.

Dit hoofdstuk behandelt de eerste resultaten van de voormeting onder de bevolking van Lelystad. Doel van het bevolkingsonderzoek is het aandeel dat patiënten hebben in de verwijsbeslissing in kaart te brengen om de na opening van het ziekenhuis verwachte veranderingen te kunnen registreren. Paragraaf 6.2 besteedt aandacht aan de steekproef en de respons. In paragraaf 6.3 worden de rechte tellingen beschreven. Daarbij komen ook de representativiteit van de respondenten en de reductie van het oorspronkelijke materiaal door de constructie van nieuwe variabelen aan de orde. Paragraaf 6.4 geeft de voorlopige resultaten van de analyse van dit onderzoek. Deze blijft in dit rapport voornamelijk beperkt tot de beschrijving van verbanden tussen twee variabelen. Alleen als dit absoluut noodzakelijk was om te voorkomen dat een vertekend beeld van het gedrag van de respondenten werd geschetst, werd de werking van een derde variabele gecontroleerd. Een grondiger analyse zal in de komende tijd moeten uitmaken welke relaties tussen variabelen overeind blijven bij controle van andere relevante variabelen en in welke mate de gezamenlijke invloed van meerdere variabelen tot betere voorspelbaarheid van bepaalde afhankelijke variabelen leidt. Ook is nog niet gekeken naar de betekenis die de afzonderlijke items van de indirecte attitude (de beliefs en de evaluaties) hebben voor diverse categorieën van de bevolking. Om al deze redenen zullen de conclusies en interpretaties in dit hoofdstuk zeer summier blijven.

Om het lezen van dit hoofdstuk te vergemakkelijken zullen wij hier in het kort het door ons aangepaste Fishbein-model (zie 2.2.4) beschrijven. Alle uit het Fishbein-model afkomstige variabelen hebben betrekking op de centrale vraag van dit onderzoek: laat men de huisarts merken dat men naar de huisarts verwezen wil worden? De variabele die aangeeft of respondenten dit werkelijk hebben gedaan zal in de tekst dikwijls omschreven zijn als 'het feitelijk gedrag'.

De indirecte attitude geeft aan in welke mate het geheel van relevante aspecten, die een rol kunnen spelen bij overwegingen om een keuze te maken uit één van beide gedragalternatieven (het wél of niet laten merken) bijdragen tot het doorslaan van de balans ten gunste van één van beide alternatieven.

De indirecte attitude dient als voorspeller van de directe attitude. Deze variabele geeft, los van de overwegingen die daarbij een rol spelen, aan in hoeverre er sprake is van een positieve of negatieve houding jegens 'het laten merken' in termen van aanvaardbaarheid, wenselijkheid, nut en hoe goed of slecht men dat vindt. Als respondenten twifelen of zij er toe moeten overgaan bij de huisarts op een verwijzing aan te dringen, kan de mening van belangrijke personen in de omgeving van de respondent van doorslaggevende betekenis zijn. De waarschijnlijkheid waarmee anderen vinden dat de respondent om een verwijzing moet 'vragen' wordt uitgedrukt in de subjectieve norm. Subjectieve norm en directe attitude fungeren als voorspelers van de gedragsintentie, dat wil zeggen de geneigdheid van de respondenten om hun huisarts te laten merken dat ze verwezen willen worden.

Wij onderscheiden in dit hoofdstuk drie vormen van deze intentie: Een algemene gedragsintentie en twee specifieke gedragsintenties. De algemene gedragsintentie behelst de vraag hoe waarschijnlijk men het vindt dat men de huisarts wil laten merken dat men naar de specialist wil. De specifieke gedragsintenties hebben betrekking op dezelfde vraag maar nu gerelateerd aan een bepaald soort klachten dat de respondent is voorgelegd, nl.

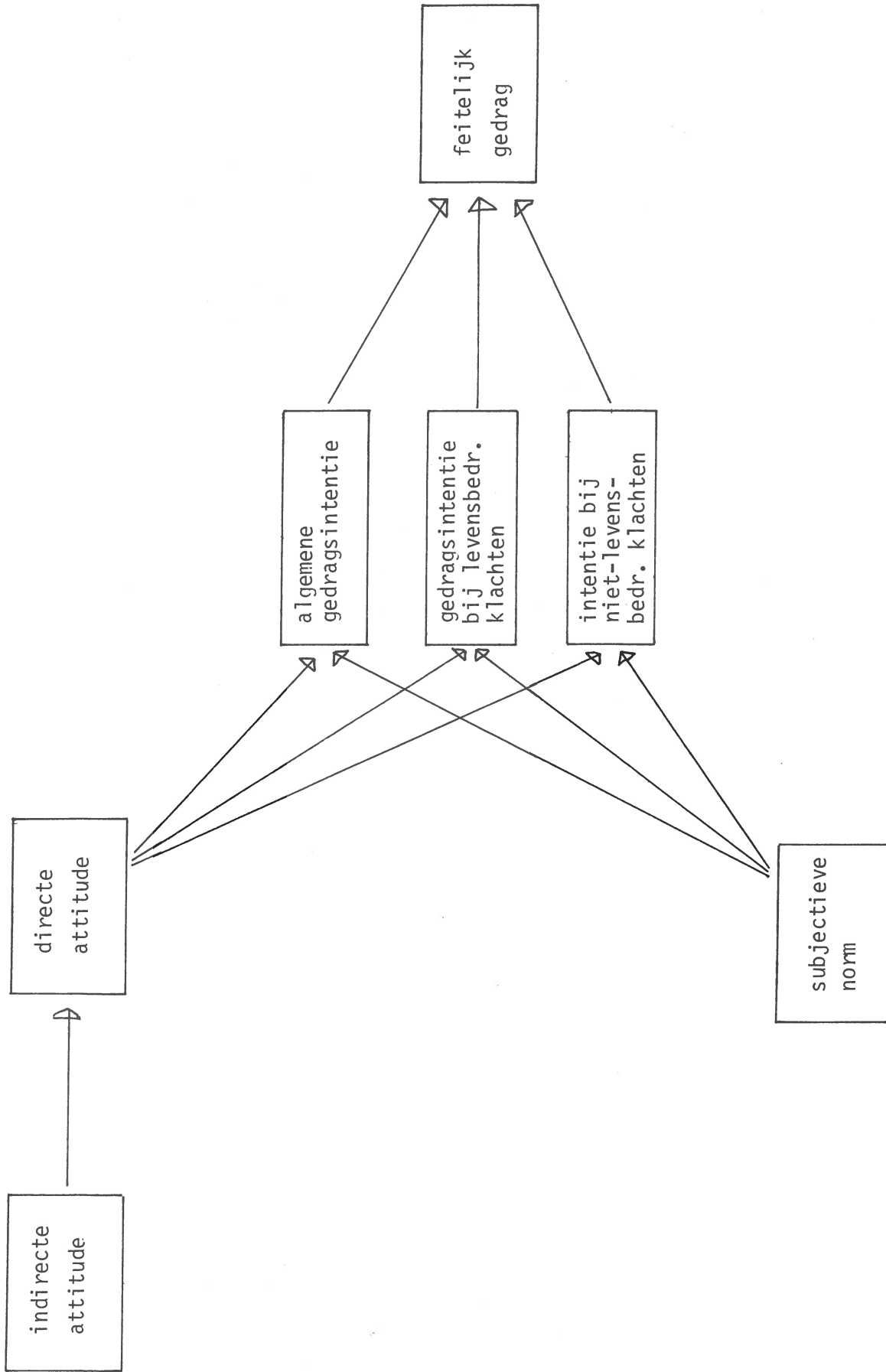
1. klachten die een levensbedreigend risico zouden kunnen inhouden en
2. klachten die in principe geen levensbedreigend risico behelzen*

In de tekst spreken wij kortweg van levensbedreigende en niet-levensbedreigende klachten.

Daarmee heeft het Fishbein-model de volgende aangepaste schematische vorm gekregen (zie schema 6.1.).

*Van deze twee specifieke gedragsintenties zijn wij niet uitgegaan bij de opzet van het onderzoek. Zij zijn het resultaat van een factoranalyse op de gedragsintenties bij tien verschillende klachten (zie 6.3.).

Schema 6.1.1. Het voor dit onderzoek aangepaste Fishbein-model.



Naast deze, direct uit het model van Fishbein afkomstige variabelen hebben wij ook gekozen voor meting van de attitude die de respondenten hebben ten opzichte van het beroep van huisarts en dat van specialist. Zo hopen wij onafhankelijk van de variabelen in het Fishbeinmodel de invloed van deze algemene houding jegens de eerste en de tweede lijn op het feitelijk gedrag vast te kunnen stellen. Bij de analyse leverde dit twee variabelen op die de 'appreciatie van de huisartsengeneeskunde' en de 'appreciatie van specialistische geneeskunde' weergeven (kortweg: 'appreciatie van de huisarts' en 'appreciatie van de specialist').

Buiten deze 'modelvariabelen' besteden we ook aandacht aan de medische consumptie: de frequentie van het bezoek aan de huisarts; de vraag of men gedurende de twaalf maanden voor het onderzoek bij de specialist is geweest; of men in die periode werd opgenomen en of men op het moment van het onderzoek onder behandeling van een specialist was. De variabelen met betrekking tot de medische consumptie hebben twee functies. Enerzijds fungeren zij als afhankelijke variabelen ten opzichte van een aantal persoonlijke en demografische variabelen. Zij bieden ons de mogelijkheid te bezien, hoe de medische consumptie van respondenten met bijvoorbeeld verschillende opleidingsniveaus zich tot elkaar verhouden. Anderzijds dienen de consumptievariabelen als controlemiddel op de werking van het model voor in consumptief gedrag verschillende categorieën van de bevolking. (De frequentie van het bezoek aan de huisarts is vooral van belang om te kunnen bepalen hoe het vóórkomen van het feitelijk gedrag zich verhoudt tot de frequentie van dit bezoek). Ook de vraag naar de gezondheidstoestand van de respondenten heeft beide zo juist genoemde functies.

De overige variabelen in dit onderzoek zijn in de terminologie van Fishbein achtergrondvariabelen. Zij kunnen niet direct het feitelijk gedrag verklaren, maar wel door de samenhang met attitudes en intenties, inzicht geven in de beweegredenen van diverse groepen van de bevolking die zich in hun feitelijk gedrag onderscheiden. De keuze van een aantal van deze variabelen ligt voor de hand en behoeft geen uitleg: leeftijd, geslacht en opleidingsniveau zijn in relatie tot de gezondheidszorg belangrijke variabelen gebleken. Over de keuze van een aantal andere achtergrondvariabelen moet iets meer gezegd worden:

- de tijd die respondenten aan een bezoek aan de specialist moeten besteden en de moeite die het kost om tijd vrij te maken.

Te verwachten is dat respondenten die naar verhouding veel tijd kwijt zijn en deze moeilijk kunnen vrij maken minder op een verwijzing aandringen dan degenen die relatief weinig tijd in een bezoek aan de specialist hoeven te investeren.

- de 'werksituatie'.

In samenhang hiermee verwachten we dat respondenten die door hun werksituatie veel tijd beschikbaar hebben (bv. werklozen) verwijsgeneigder zullen zijn dan respondenten die met moeite tijd vrij kunnen maken (bv. in loondienst werkenden).

- de urbanisatiegraad van de gemeente van herkomst, de tijd dat men in Lelystad woont en de afstand tot het ziekenhuis in de vorige woonplaats. Uit onderzoek is gebleken dat het verwijsperscentage op het platteland beïnvloedend lager is dan in de stedelijke gebieden. Een van de oorzaken zou kunnen zijn dat de stadsbewoner meer geneigd is om op verwijzing aan te dringen. Aangezien ongeveer de helft van de bevolking in Lelystad afkomstig is uit Amsterdam, is het interessant om na te gaan of deze voormalige Amsterdammers zich in hun verwijsgeneigdheid en hun feitelijk gedrag onderscheiden van de overige respondenten. Omdat mensen na enige tijd in Lelystad gewoond te hebben wellicht aan de situatie zonder ziekenhuis gewend raken, is ook gevraagd naar het jaar waarin men in Lelystad is komen wonen. Zoals de urbanisatiegraad van de vorige woonplaats in Lelystad door kan werken, kan ook de afstand tot het ziekenhuis in de gemeente van herkomst van invloed zijn op de verwijsgeneigdheid van de respondenten.

- de verzekeringsvorm

In de eerste plaats zullen we trachten verschillen in de verwijsgeneigdheid van particuliere en ziekenfondspatienten op te sporen. Daarnaast zijn we ook geïnteresseerd in de vraag of particulieren die (een deel van) de kosten van specialistische hulpverlening zelf moeten opbrengen, minder verwijsgeneigd zijn dan patienten die daarvoor geheel verzekerd zijn. Om iets te weten te komen over de motieven van de respondenten om hun huisarts om een verwijzing te vragen, is ten slotte naar een aantal meningen over de zorg voor hun gezondheid gevraagd:

- de tevredenheid over hun huisarts

- de mening over het moment van doorverwijzen (te vroeg, te laat of juist goed)

- wie moet er over de verwijzing beslissen: (vooral) de patiënt of (vooral) de huisarts?

- hoe vervelend is het dat er geen ziekenhuis in Lelystad is en waarom is dat zo vervelend?

6.2. Steekproef en respons.

Op 15 april 1982 is uit het bevolkingsregister van de gemeente Lelystad een steekproef van 1200 personen van 16 jaar en ouder getrokken. De enquêtes zijn op 6 juni 1982 verzonden; een week later kreeg de gehele steekproef een herinneringsbrief, weer een week later werden degenen van wie nog niets vernomen was opnieuw benaderd met een verzoek om mee te doen. Deze maal was wederom een vragenlijst bijgevoegd (zie Dillman 1978).

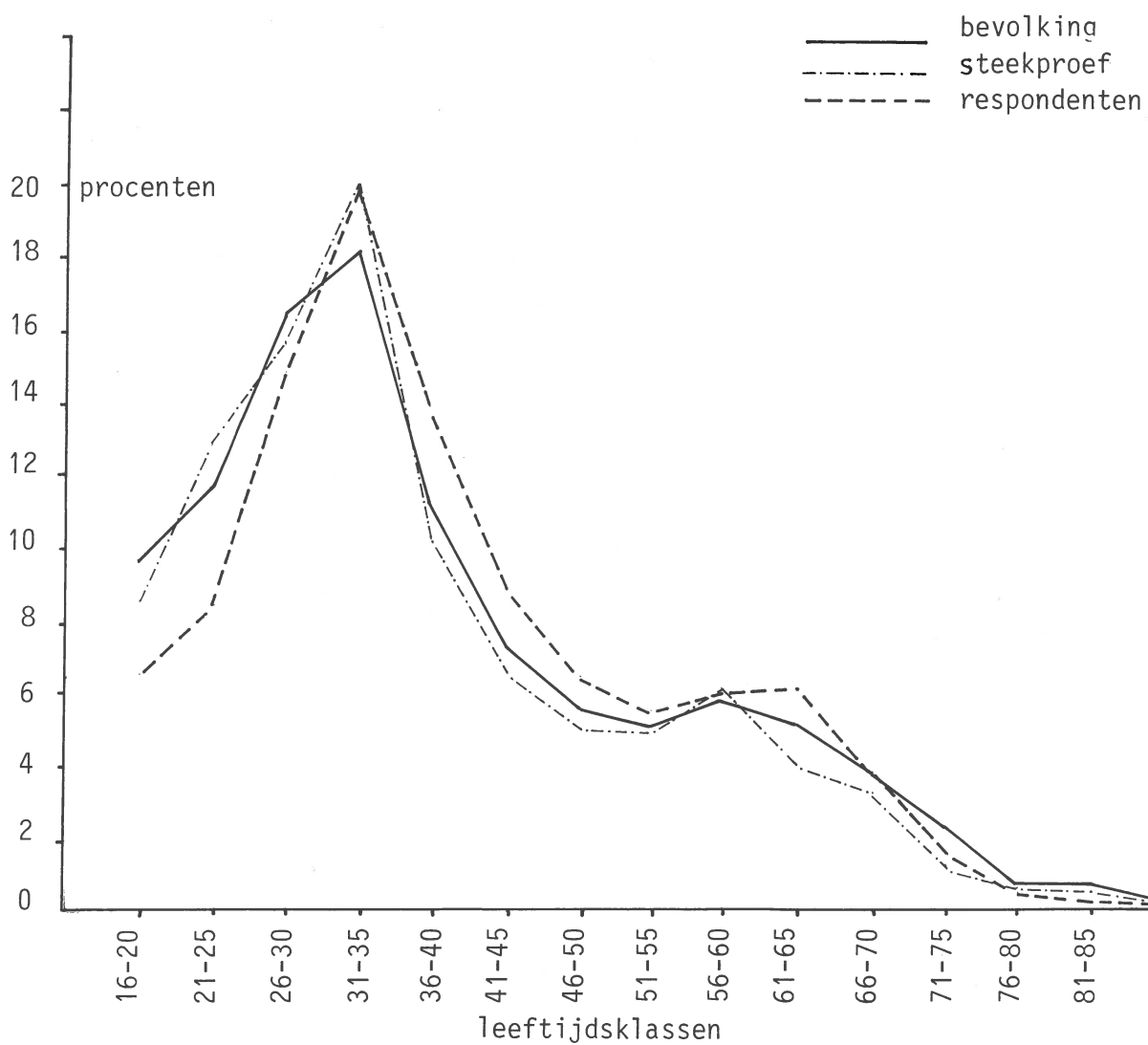
Uiteindelijk hebben 877 personen uit de steekproef de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd. Dit betekent een respons van 73.1 %.

De in dit hoofdstuk weergegeven analyses hebben betrekking op 763 personen. Verwijderd zijn: de personen die een huisarts buiten Lelystad bleken te hebben (5), de personen die nog nooit bij hun Lelystadse huisarts waren geweest, en de personen die niet hadden ingevuld wie hun huisarts was. Dit betekent overigens niet dat deze personen geheel uit alle analyses worden weggelaten. Uit praktische overwegingen hebben wij ons echter beperkt tot analyse van genoemde 763 personen. Ook bij de vergelijking van bevolking, steekproef en respons is deze groep gebruikt; te zijner tijd zullen ook de kenmerken van de gehele respons worden vergeleken met bevolking en steekproef. Op enkele punten is de kennis over de samenstelling van de steekproef helaas incompleet. Dit betreft met name het aantal jaren dat men al in Lelystad woont en de gemeente waar men woonde voordat men zich in Lelystad vestigde. Personen die in Lelystad woonden op het moment dat dit een zelfstandige gemeente werd (1 januari 1980) kregen als jaar van vestiging te Lelystad '1980', en als vorige woonplaats 'Zuidelijke IJsselmeerpolders', conform de gegevens uit het bevolkingsregister. Of deze minder gelukkige ingreep in het bevolkingsregister nog is te herstellen, is thans niet bekend; voor de steekproef is kennis over vestigingstijdstip en vorige woongemeente in ieder geval niet meer te achterhalen.

De vrouwen (50.2 % van de bevolking van 16 jaar en ouder) zijn zowel in de steekproef (51.5 %) als in de respons (55.4 %) wat oververtegenwoordigd. De verdeling van de respondenten over de leeftijdscategorieën toont bij vergelijking met de totale bevolking van Lelystad een ondervertegenwoordiging van de groep tot 30 jaar. Deze maakt 37.3 % van de bevolking uit, doch vormt slechts 29.0 % van de onderzoeksgroep. De daarmee gepaard gaande oververtegenwoordiging van de ouderen is tamelijk regelmatig over de leeftijdscategorieën boven de 30 verdeeld (zie figuur 6.1.).

Wat de verdeling van ziekenfonds- en particuliere patiënten betreft kunnen we de respons (steekproef onbekend) slechts met de bevolking vergelijken voor patiënten van de 14 huisartsen van wie de totale praktijk geteld is.

Figuur 6.1.: Samenstelling van bevolking, steekproef en respons naar leeftijd.



27 % van de patiënten van deze huisartsen is particulier patiënt; in de respons (van 763 patiënten) van dezelfde 14 huisartsen is dat 29 %. Niet meer dan een geringe oververtegenwoordiging dus.

De patiënten zijn van alle huisartsen relatief even sterk in de respons vertegenwoordigd.

6.3. Eerste, voorlopige resultaten.

6.3.1. Rechte tellingen.

In de tabellen 6.3.1. t/m 6.3.6. volgt allereerst enige informatie over de achtergrondgegevens van de respondenten.

Tabel 6.3.1. Werksituatie van de respondenten*)

| | Abs. | % |
|---------------------------|-------|-------|
| In loondienst | 306 | 40.1 |
| Vrij beroep, eig. bedrijf | 25 | 3.3 |
| Huisvrouw | 259 | 33.9 |
| Werkloos | 28 | 3.7 |
| Arbeidsongeschikt | 53 | 6.9 |
| Gepensioneerd | 49 | 6.4 |
| Studerend | 37 | 4.8 |
| Niet ingevuld | 6 | 0.8 |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 763 | 100.0 |

*) Gevraagd is de situatie aan te kruisen die het meest van toepassing is.

Tabel 6.3.2. Opleiding van de respondenten

| | Abs. | % |
|--|-------|-------|
| LO/VGLO of LAVO | 152 | 20.1 |
| ULO of MAVO | 368 | 48.7 |
| Middelbaar of MBO | 156 | 20.7 |
| Hooger beroepsonderwijs of semi-universitair | 58 | 7.6 |
| Universiteit of hogeschool | 21 | 2.9 |
| Niet ingevuld | 8 | 1.0 |
| | <hr/> | <hr/> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.3. Verzekeringsvormen van de respondenten

| | Abs. | % |
|---------------|----------|------------|
| Ziekenfonds | 508 | 66.6 |
| Particulier | 247 | 32.4 |
| Niet ingevuld | <u>8</u> | <u>1.0</u> |
| | 763 | 100.0 |

→ waarvan:

| | Abs. | % |
|---------------------------------|-----------|-------------|
| Geheel verzekerd tegen huisarts | 42 | 17.0 |
| Met eigen risico | 149 | 60.3 |
| Niet tegen huisarts verzekerd | <u>56</u> | <u>22.7</u> |
| | 247 | 100.0 |

en:

| | Abs. | % |
|---------------------------------|----------|-----------|
| Geheel verzekerd tegen special. | 150 | 60.7 |
| Met eigen risico | 96 | 38.9 |
| Niet tegen specialist verzekerd | <u>1</u> | <u>.4</u> |
| | 247 | 100.0 |

Tabel 6.3.4. Tijd dat men in Lelystad woont

| | Abs. | % |
|------------------|----------|-----------|
| 1 jaar of minder | 83 | 10.9 |
| 2 jaar | 91 | 11.9 |
| 3 jaar | 75 | 9.8 |
| 4 jaar | 97 | 12.7 |
| 5 jaar | 78 | 10.2 |
| 6 of 7 jaar | 137 | 18.0 |
| 8-10 jaar | 113 | 14.8 |
| langer dan 10 jr | 82 | 10.7 |
| niet ingevuld | <u>7</u> | <u>.9</u> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.5. Verdeling van de respondenten naar de graad van urbanisatie van de gemeente van herkomst (indeling CBS 1979)*

| Gemeenten | Abs. | % |
|---|------|-------|
| Plattelandsgemeenten | 61 | 8.0 |
| Gemeenten verstedelijkt platteland | 38 | 5.0 |
| Specifieke forensengemeenten | 68 | 8.9 |
| Stadjes met minder dan 30.000 inw. | 82 | 10.7 |
| Steden met 30.000-100.000 inw. | 70 | 9.2 |
| Grote steden behalve Amsterdam/Rotterdam/Den Haag | 38 | 5.0 |
| Drie grote steden (waaronder 47.7% A'dam) | 384 | 50.3 |
| Onbekend of buitenland | 22 | 2.9 |
| Totaal | 763 | 100.0 |

*Omdat de oorspronkelijke categorieën van de CBS-indeling vaak slechts een gering aantal respondenten bevatten, zijn enkele opeenvolgende categorieën hier samengevoegd.

Tabel 6.3.6. Ziekenhuis in vorige woonplaats (bron: NZI), en afstand tot ziekenhuis in vorige woonplaats

| | Afstand tot ziekenhuis in vorige woonplaats | | | | |
|-----------------|---|----------|-----------|---------|--------|
| | 0-5 km. | 6-10 km. | 11-20 km. | >20 km. | Totaal |
| Geen ziekenhuis | 17 | 40 | 58 | 25 | 140 |
| Wel ziekenhuis | 471 | 99 | 19 | 9 | 598 |
| Totaal | 488 | 139 | 77 | 34 | 738 |

In de tabellen 6.3.7. t/m 6.3.10. staan de gegevens betreffende de subjectief ervaren gezondheidstoestand, huisartsbezoek, bezoek aan specialist en opname in ziekenhuis. In de kolom 'Medische Consumptie' staan de vergelijkbare gegevens van een representatieve steekproef van 1622 Nederlanders uit 1970 (16 jaar en ouder), beschreven in het onderzoek 'Medische Consumptie' (Jessen e.a., 1974). In de kolom LS0'77 staan de gegevens van het 'Leef Situatie Onderzoek' 1977 (15 jaar en ouder, CBS, 1978, n = 4159).

Tabel 6.3.7. Subjectief ervaren gezondheidstoestand.

| | | | 'Medische Consumptie' | LSO'77 % |
|--------------|------------|-------------|--------------------------|-------------|
| | Abs. | % | % | |
| Slecht | 10 | 1.3 | 1.2 | 1 |
| Niet zo best | 44 | 5.8 | 7.2 | 5 |
| Gaat wel | 144 | 19.0 | 12.6 | 18 |
| Goed | 414 | 54.6 | 50.9 | 44 |
| Zeer goed | <u>146</u> | <u>19.3</u> | <u>28.1</u> | <u>31</u> |
| Totaal | 758 | 100.0 | 100.0 | 199 |

Tabel 6.3.8. Bezoek aan of van de huisarts in de laatste 3 maanden.

| | LSO'77 | | |
|-------------------|----------|------------|-----|
| | Abs. | % | |
| Niet | 338 | 44.6 | 50 |
| Een keer | 220 | 29.0 | 50 |
| Twee keer | 102 | 13.5 | |
| Drie of vier keer | 76 | 10.0 | |
| Vijf of zes keer | 13 | 1.7 | |
| Meer dan zes keer | <u>9</u> | <u>1.2</u> | |
| Totaal | 758 | 100.0 | 100 |

Tabel 6.3.9. Bezoek aan specialist en ziekenhuisopname in laatste jaar.

| | Abs. | % |
|---|----------|-----------|
| Niet bij specialist geweest | 481 | 63.0 |
| Wel bij specialist maar niet opgenomen | 211 | 27.7 |
| Opgenomen | 65 | 8.5 |
| Onbekend | <u>6</u> | <u>.8</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.10. Onder behandeling bij specialist?
(i.e. afspraak voor consult hebben, of weten dat over enige tijd een afspraak gemaakt moet worden).

| | Abs. | % |
|---------------|------|-------|
| Ja | 183 | 24.0 |
| Nee | 572 | 75.0 |
| Niet ingevuld | 8 | 1.0 |
| Totaal | 703 | 100.0 |

Over het algemeen heeft de Lelystadse bevolking een relatief matige subjectief ervaren gezondheidstoestand (gezondheidsbeleving) als zij vergeleken wordt met landelijke representatieve steekproeven. Ook het bezoek aan of van de huisarts lijkt iets hoger te liggen. Volgens opgave van de respondenten zou de opname-coëfficiënt (8.5) onder het landelijk gemiddelde liggen (dit blijkt zowel voor ZF-verzekerden als particulieren het geval te zijn). Helaas ontbreekt Lelystad in LISZ'80, maar LISZ'79 geeft voor de gehele Zuidelijke IJsselmeerpolders een opname-coëfficiënt van 11.9, zodat een onderrapportering vrij waarschijnlijk is.

Aangezien gedetailleerde analyse van de medische consumptie buiten het bestek van dit interimrapport valt, zullen we met deze globale beschrijving volstaan.

In de tabellen 6.3.11. t/m 6.3.15. geven we de opvattingen van de respondenten over de vraag wie er moet beslissen of een patiënt naar de specialist moet, de mening over het verwijzbeleid van de huisarts, de tevredenheid met de huisarts en de vraag hoe vervelend het is dat er in Lelystad geen ziekenhuis is.

Tabel 6.3.11. Wie behoort te beslissen of een patiënt naar de specialist moet?

| | Abs. | % |
|----------------------------------|------|-------|
| Uitsluitend huisarts | 33 | 4.4 |
| Huisarts, in overleg met patiënt | 569 | 75.5 |
| Patiënt, in overleg met huisarts | 146 | 19.4 |
| Uitsluitend patiënt | 5 | .7 |
| Geen mening | 7 | - |
| Niet ingevuld | 3 | - |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.12. Tevredenheid met de huisarts.

| | Abs. | % |
|-----------------------|----------|-----------|
| Buitengewoon tevreden | 114 | 7.2 |
| Zeer tevreden | 185 | 15.7 |
| Tevreden | 282 | 37.0 |
| Tamelijk tevreden | 120 | 24.2 |
| Ontevreden | 55 | 14.9 |
| Niet ingevuld | <u>7</u> | <u>.9</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.13. Mening over het verwijzbeleid van de huisarts.

| | Abs. | % |
|--|----------|----------|
| Huisarts verwijst soms wel eens wat te vlug | 3 | .5 |
| Huisarts verwijst op het goede moment | 367 | 70.8 |
| Huisarts wacht soms wel eens wat te lang met verwijzen | 148 | 28.7 |
| Geen mening | 237 | - |
| Niet ingevuld | <u>8</u> | <u>-</u> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.14. Vervelend dat in Lelystad geen ziekenhuis is?

| | Abs. | % |
|--------------------|----------|-----------|
| Niet vervelend | 30 | 3.9 |
| Tamelijk vervelend | 84 | 11.0 |
| Vervelend | 154 | 20.2 |
| Zeer vervelend | 491 | 64.4 |
| Niet ingevuld | <u>4</u> | <u>.5</u> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.15. Belangrijkste reden dat geen ziekenhuis in Lelystad vervelend is.

| | Abs. | % |
|---|-----------|----------|
| Het is vervelend als je iemand wilt opzoeken in het ziekenhuis | 19 | 2.5 |
| Het is vervelend als je moet worden opgenomen in een ziekenhuis ver van je woonplaats | 250 | 32.8 |
| Het is vervelend als je naar een specialist moet ver van je woonplaats | 130 | 17.0 |
| In noodgevallen kom je niet op tijd in het ziekenhuis | 273 | 35.8 |
| Andere redenen | 52 | 6.8 |
| Niet ingevuld | 9 | - |
| Niet van toepassing | <u>30</u> | <u>-</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

In de tabellen 6.3.16. t/m 6.3.19. staat de (subjectief ervaren) tijd en de moeite die een bezoek aan huisarts respectievelijk specialist kost.

Tabel 6.3.16. Vindt U dat een bezoek aan de specialist veel of weinig tijd kost?

| | Abs. | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Heel weinig tijd | 6 | .8 |
| Tamelijk weinig tijd | 20 | 2.6 |
| Niet veel, niet weinig tijd | 116 | 15.3 |
| Tamelijk veel tijd | 413 | 54.6 |
| Heel veel tijd | 201 | 26.6 |
| Niet ingevuld | <u>7</u> | <u>-</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.17. Vindt U dat een bezoek aan de huisarts veel of weinig tijd kost?

| | Abs. | % |
|-----------------------------|----------|----------|
| Heel weinig tijd | 78 | 10.3 |
| Tamelijk weinig tijd | 313 | 41.3 |
| Niet veel, niet weinig tijd | 270 | 35.7 |
| Tamelijk veel tijd | 83 | 11.0 |
| Heel veel tijd | 13 | 1.7 |
| Niet ingevuld | <u>6</u> | <u>-</u> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.18. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist?

| | Abs. | % |
|-------------------------------|----------|----------|
| Heel weinig moeite | 174 | 23.0 |
| Tamelijk weinig moeite | 211 | 27.9 |
| Niet veel, niet weinig moeite | 160 | 21.2 |
| Tamelijk veel moeite | 168 | 22.3 |
| Heel veel moeite | 42 | 5.6 |
| Niet ingevuld | <u>8</u> | <u>-</u> |
| | 763 | 100.0 |

Tabel 6.3.19. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts?

| | Abs. | % |
|----------------------------------|------|-------|
| Heel weinig moeite | 291 | 38.3 |
| Tamelijk weinig moeite | 248 | 32.7 |
| Niet veel, niet weinig moeite | 148 | 19.5 |
| Tamelijk veel moeite | 60 | 7.9 |
| Heel veel moeite | 12 | 1.6 |
| Niet ingevuld | 4 | - |
| Totaal | 763 | 100.0 |

6.3.2. Nadere ordening van het materiaal.

Alvorens het materiaal nader te analyseren, zullen we in enkele onderdelen van de gegevens enige nadere ordening aanbrengen. Het betreft vooral de gegevens die te maken hebben met de opvattingen van de respondenten over het gedrag dat in de vragenlijst staat, namelijk 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil'.

Eerst zullen we de 'beliefs' en evaluaties beschouwen (zie de tabellen 6.3.20. en 6.3.21.

Tabel 6.3.20. Evaluatie van de mogelijke gevolgen van laten merken dat men naar de specialist wil, in hele procenten.

| | Ze er sle cht | S le cht | T a m e l i j k s l e c h t | N i e t s l e c h t e n n i e t g o e d | T a m e l i j k g o e d | G o e d | Z e e r g o e d |
|---|---|---|---|--|--|------------------|--------------------------------------|
| Als mijn huisarts mij verwijst naar de specialist vind ik dat in het algemeen | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 | 69 | 27 |
| Behandeld worden door een arts die op een bepaald gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts, vind ik in het algemeen | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 54 | 42 |
| Te weten komen of mijn klachten ernstig zijn vind ik in het algemeen | 1 | 1 | 1 | 4 | 6 | 53 | 34 |
| Onpersoonlijk behandeld worden door een specialist vind ik in het algemeen | 43 | 34 | 9 | 8 | 1 | 4 | 1 |
| Als er door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden, vind ik dat | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 45 | 51 |
| Als mijn huisarts mij zelf laat beslissen of ik naar de specialist moet, vind ik dat in het algemeen | 3 | 10 | 12 | 18 | 13 | 33 | 11 |
| | Z e e r v e r v e l e n d | V e r v e l e n d | T a m e l i j k v e r v e l e n d | N i e t v e r v e l e n d | | | |
| Veel moeten regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist vind ik in het algemeen | 13 | 34 | 26 | 27 | | | |
| Als mijn huisarts geïrriteerd raakt vind ik dat in het algemeen | 50 | 35 | 11 | 4 | | | |
| Hoge kosten moeten maken voor het reizen naar de de specialist vind ik in het algemeen | 45 | 31 | 14 | 10 | | | |
| Veel tijd kwijt zijn met reizen naar de specialist vind ik in het algemeen | 51 | 27 | 13 | 9 | | | |

Tabel 6.3.21. Waarschijnlijkheid waarmee mogelijke gevolgen van 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' worden verwacht, in hele procenten.

| | Ze er on wa ars ch ijn lijk | On wa ars ch ijn lijk | Ta me lijk on wa ars ch ijn lijk | Ev en on wa ars ch ijn lijk als wa ars ch ijn lijk | Ta me lijk wa ars ch ijn lijk | Wa ars ch ijn lijk | Ze er wa ars ch ijn lijk |
|---|--|--------------------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|
| <i>HUISARTS LATEN MERKEN DAT IK NAAR DE SPECIALIST WIL:</i> | | | | | | | |
| te kent dat mijn huisarts mij naar de specialist zal rwijzen. | 7 | 8 | 6 | 17 | 14 | 32 | 16 |
| te kent dat ik behandeld zal worden door een arts die een bep. gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts. | 2 | 3 | 3 | 6 | 9 | 36 | 41 |
| te kent dat ik te weten kom of mijn klachten ernstig jn. | 2 | 6 | 5 | 15 | 15 | 38 | 19 |
| te kent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij persoonlijk behandelt. | 13 | 21 | 14 | 33 | 7 | 8 | 4 |
| te kent dat door de specialist echt iets aan mijn achten gedaan gaat worden. | 3 | 3 | 1 | 19 | 19 | 37 | 18 |
| te kent dat mijn huisarts mij zelf zal laten beslissen ik naar de specialist moet. | 10 | 17 | 12 | 22 | 10 | 22 | 7 |
| te kent dat ik veel moet regelen om mij vrij te maken or een bezoek aan de specialist. | 11 | 15 | 7 | 14 | 15 | 22 | 16 |
| te kent dat mijn huisarts geïrriteerd raakt. | 23 | 33 | 10 | 18 | 5 | 8 | 3 |
| te kent dat ik hoge kosten moet maken voor het reizen r de specialist. | 6 | 11 | 7 | 14 | 17 | 21 | 24 |
| te kent dat ik veel tijd kwijt ben met reizen naar specialist. | 4 | 7 | 4 | 11 | 13 | 26 | 35 |
| noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat ver st. | 8 | 16 | 7 | 21 | 10 | 23 | 15 |
| mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald. | 11 | 7 | 4 | 25 | 7 | 20 | 26 |

In de eerste vijf evaluaties zit vrij weinig spreiding. De kwestie om al of niet zelf te beslissen of men naar de specialist moet, wordt verschillend beoordeeld, evenals de vier beliefs die uitsluitend negatief of neutraal gescoord konden worden.

In de verwachte gevolgen (tabel 6.3.21.) zitten meer verschillen tussen de respondenten, zodat ook de indirecte attitude, zijnde de som van de producten van de beliefs en de evaluaties, een redelijke spreiding vertoont (de evaluatie van de beliefs 'is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst' en 'is mijn goed recht want ik heb er premie voor betaald' is op +2 gezet). Gemiddelden en spreiding van de afzonderlijke producten en de gesommeerde indirecte attitude zijn te vinden in tabel 6.3.22. Op de, zeer interessante, vraag of de beliefstructuur voor verschillende groepen respondenten verschillend is zal in dit rapport nog niet worden ingegaan.

Tabel 6.3.22. Mogelijke gevolgen van het 'laten merken dat men naar de specialist wil'.

| | Gemiddelde produktscore | Stand. deviatie |
|---|----------------------------|--------------------|
| a. Huisarts zal naar specialist verwijzen. | + 10.4 | 5.3 |
| b. Zal behandeld worden door arts die op bepaald gebied meer kennis heeft dan huisarts. | + 14.0 | 5.3 |
| c. Zal te weten komen of klachten ernstig zijn. | + 11.4 | 6.0 |
| d. Zal bij specialist komen die mij onpersoonlijk behandelt. | - 6.4 | 6.0 |
| e. Zal door specialist echt iets aan mijn klachten gedaan worden. | + 13.2 | 5.1 |
| f. De huisarts zal mij zelf laten beslissen of ik naar de specialist moet. | + 4.0 | 7.5 |
| g. Zal veel moeten regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist. | - 6.1 | 6.0 |
| h. Huisarts zal geïrriteerd raken. | - 6.6 | 4.7 |
| i. Zal hoge kosten moeten maken voor het reizen naar de specialist. | - 10.9 | 7.0 |
| j. Zal veel tijd kwijt zijn met reizen naar de specialist. | - 12.3 | 7.1 |
| k. Is noodzakelijk als de huisarts naar mijn mening te laat verwijst. | + 8.7 | 3.8 |
| l. Is mijn goed recht omdat ik er premie voor heb betaald. | + 9.5 | 4.0 |
| Gemiddelde som = gemiddelde indirecte attitudescore | + 29.2 | 25.4 |

Met de afzonderlijke beliefs en evaluaties zal in dit rapport niet verder gewerkt worden; voor iedere respondent wordt gewerkt met zijn score op de nieuwe variabele 'indirecte attitude'.

De directe attitude is vastgesteld door de respondenten het gedrag 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' te laten scoren op 5 dimensies van een semantische differentiaal: wenselijk-onwenselijk, aanvaardbaar-onaanvaardbaar, goed-slecht, nuttig-nutteloos, makkelijk-moeilijk. Factoranalyse op de 5 variabelen levert één factor op met een eigenwaarde groter dan 1, maar de lading van de dimensie makkelijk-moeilijk is relatief laag (.36 versus .80 à .90). De variabele 'directe attitude' is daarom geconstrueerd door sommering van de vier eerstgenoemde dimensies; de dimensie moeilijk-makkelijk is als aparte variabele gehandhaafd. De verdeling van de directe attitude is overigens scheef naar rechts: op de schaal die kan variëren van 4 tot 28 ligt het gemiddelde op 21.7.

Zoals in de inleiding al gezegd wordt de subjectieve norm (de vraag wat belangrijke anderen vinden dat de respondent moet doen) alleen rechtstreeks vastgesteld.

Volgens maar liefst 74 procent van de respondenten is het op zijn minst 'waarschijnlijk' dat de meeste belangrijke mensen in hun omgeving vinden dat de respondent in geval van twijfel moet laten merken dat hij of zij naar de specialist wil. Slechts 11 procent acht dit onwaarschijnlijk.

De volgende variabele in het model van Fishbein is de gedragsintentie. Deze behoort gemeten te worden door de respondent te vragen naar zijn intentie om het gedrag in kwestie te gaan vertonen. Deze vraag ('Hoe waarschijnlijk vindt U het dat U Uw huisarts zult laten merken dat U naar de specialist wilt?') is ook gesteld, maar heeft als nadeel dat de respondent bij de beantwoording ervan sterk rekening zal houden met de waarschijnlijkheid dat hij überhaupt zijn huisarts zal bezoeken met een klacht waarbij men zou kunnen overwegen of er niet een specialist aan te pas zou moeten komen. Om dit bezwaar te ondervangen is, naast deze algemene gedragsintentie, de gedragsintentie vastgesteld voor een aantal met name genoemde klachten. Deze zijn zodanig gekozen dat ze over een groot aantal medische specialismen gespreid zijn. In een proefafname van de vragenlijst was gebleken dat deze 10 specifieke gedragsintenties onderling hoog correleerden, en dus gezamenlijk indicatief geacht konden worden voor een meer algemene gedragsintentie. Zoals verderop zal blijken, is dit laatste in de onderzochte groep Lelystedelingen niet het geval.

De frequentieverdelingen van de algemene en de specifieke gedragsintenties worden gegeven in tabel 6.3.23.

Tabel 6.3.23. Algemene en specifieke gedragsintenties, in hele procenten.

| | Zeer onwaarschijnlijk | Onwaarschijnlijk | Tamelijk onwaarschijnlijk | Even onwaarschijnlijk als waarschijnlijk | Tamelijk waarschijnlijk | Waarschijnlijk | Zeer waarschijnlijk | Gemiddelde |
|---|-----------------------|------------------|---------------------------|--|-------------------------|----------------|---------------------|------------|
| * Dat ik mijn huisarts zal laten merken dat ik naar de specialist wil, vind ik | 3 | 5 | 5 | 12 | 15 | 32 | 28 | 5.4 |
| * U denkt dat U misschien wel iets ernstigs heeft. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 3 | 3 | 4 | 10 | 14 | 30 | 35 | 5.6 |
| * U heeft een week of drie eczeem op het lichaam en de zalf van de huisarts lijkt niet te helpen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 3 | 7 | 8 | 10 | 11 | 29 | 32 | 5.3 |
| * U bent gevallen. De huisarts heeft een lichte hersenschudding geconstateerd. Zes weken later heeft U nog regelmatig hoofdpijn. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 2 | 6 | 8 | 13 | 15 | 26 | 30 | 5.3 |
| * U heeft het gevoel dat U steeds slechter gaat horen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 2 | 4 | 5 | 9 | 13 | 29 | 38 | 5.7 |
| * U heeft sinds drie dagen een lelijk ontstoken oog. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 8 | 13 | 11 | 19 | 10 | 18 | 21 | 4.5 |
| * U heeft plotseling stekende pijn in de borst. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 4 | 11 | 10 | 19 | 10 | 21 | 25 | 4.8 |
| * U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 6 | 13 | 12 | 20 | 11 | 20 | 18 | 4.5 |
| * U ontdekt een knobbeltje op Uw hand. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 6 | 14 | 12 | 22 | 13 | 17 | 16 | 4.3 |
| * U heeft, vooral 's nachts, last van kortademigheid en benauwdheid. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 4 | 9 | 10 | 21 | 14 | 22 | 20 | 4.8 |
| * U heeft al een week of vier pijn in Uw rug. De huisarts heeft een foto laten maken, waarop alles normaal. Toch gaat de pijn niet over. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt? | 3 | 5 | 6 | 12 | 15 | 29 | 30 | 5.4 |

Een factoranalyse op de items, teneinde de bruikbaarheid van een schaal met alle items te onderzoeken, leidt tot twee factoren, waarbij de items 'iets ernstigs' en 'ontstoken oog' uit de boot vallen. 'Ontstoken oog' laadt op beide factoren ongeveer even hoog en 'iets ernstigs' blijkt bij nader onderzoek op een derde factor te laden. Weglating van beide items levert uiteindelijk twee factoren, die tezamen 64.8 procent van de totale variantie verklaren. Na varimax-rotatie ziet het factorpatroon er als volgt uit (zie tabel 6.3.24):

Tabel 6.3.24. Factor-analyse op de specifieke gedragsintenties.
Varimax-rotatie met 2 factoren.

| | Factor 1 | Factor 2 |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Eczeem | .18585 | <u>.69962</u> |
| Hersenschudding | .22605 | <u>.78578</u> |
| Slechter horen | .29310 | <u>.50403</u> |
| Borstpijn | <u>.68944</u> | .32624 |
| Bloed in ontlasting | <u>.76997</u> | .24104 |
| Knobbeltje op de hand | <u>.73729</u> | .20948 |
| Kortademigheid | <u>.69827</u> | .33410 |
| Rugpijn | .29803 | <u>.51993</u> |

Percentage gebonden
variantie, per factor 50.3 % 14.5 %

Dit resultaat is anders dan wat gevonden werd bij een proefafname van de lijst in Nieuw-Vennep. Het benoemen van de factoren is wel mogelijk: de eerste factor is te interpreteren als de gedragsintentie bij klachten die kunnen wijzen op een levensbedreigende aandoening (pijn op de borst en kortademigheid wat betreft cardio-vasculaire aandoeningen, bloed in de ontlasting en een knobbeltje op de hand als voorboden van potentiële maligniteiten), terwijl de tweede factor indicatief is voor de gedragsintentie bij klachten die weliswaar hinderlijk zijn, maar niet levensbedreigend. Bij deze benoeming moeten we dan wel accepteren dat de geneigdheid om naar de specialist te gaan geringer is bij de potentieel levensbedreigende klachten: de gemiddelde gedragsintentie voor pijn op de borst, bloed in de ontlasting, knobbeltje op de hand en kortademigheid is 4.6, tegen 5.4 voor de niet-levensbedreigende klachten.

Er is overigens nog een tweede kenmerk dat de klachten eczeem, hersenschudding en rugpijn gemeen hebben, en dat is het feit dat de huisarts er al iets aan gedaan heeft of een diagnose gesteld heeft (deze niet-succesvolle pogingen van de huisarts zijn na raadpleging van enkele huisartsen aan de klachten toegevoegd omdat ze anders niet 'erg' genoeg waren om verwijzing naar een specialist serieus te overwegen. In de proefafname, waarin alle klachten op één factor laadden, kwam de eventueel vertekende werking van deze toevoegingen niet aan het licht). Het benoemen van de tweede factor als 'gedragsintentie bij klachten die maar niet over gaan' is dan ook zeker te overwegen.

De verdere analyses zijn uitgevoerd met (voorlopig) als 'gedragsintentie bij mogelijk levensbedreigende klachten' en 'gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten' aangeduide nieuwe variabelen, geconstrueerd door aan elke respondent de factorscores op de twee factoren toe te kennen.

De laatste variabele in het door Fishbein opgestelde model is het feitelijke gedrag. Dit is, retrospectief, vastgesteld door de respondenten te vragen hoe vaak zij de laatste 12 maanden hun huisarts hebben laten merken dat ze naar de specialist willen. De frequentieverdeling daarvan staat in tabel 6.3.25.

Tabel 6.3.25. Aantal malen in de laatste 12 maanden dat respondenten de huisarts hebben laten merken dat ze naar de specialist wilden.

| | Abs. | % |
|---------------|----------|------------|
| Niet | 577 | 75.6 |
| 1 maal | 145 | 19.0 |
| 2 maal | 26 | 3.4 |
| Meer malen | 12 | 1.6 |
| Niet ingevuld | <u>3</u> | <u>0.4</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Op de vraag of de huisarts toen inderdaad verwees zeggen 27 respondenten dat dat niet het geval was; 3 anderen, die vaker op verwijzing hebben aangedrongen, zeggen dat dit 'soms' gebeurde. Dit betekent dat volgens deze respondenten ruim 15 % van de 'verzoeken' om een verwijzing niet werd gehonoreerd. Terzijde brengen we in herinnering dat het percentage niet-gehonoreerde verzoeken om een verwijzing in de door de huisarts geregistreerde spreekuurcontacten en visites hoger lag (25 %).

Hiermee hebben we de in het volgende te gebruiken variabelen uit het door Fishbein gesuggereerde model voorlopig afdoende beschreven. Alvorens over te gaan tot analyse van de onderlinge samenhang van deze variabelen en hun relatie met andere variabelen moeten we nog aandacht schenken aan enkele andere variabelen. Het betreft hier de items die de globale preferentie voor behandeling door de huisarts of door de specialist moeten meten, de relatieve moeite en tijd voor bezoeken aan huisarts en specialist (relatief ten opzichte van elkaar) en wat we zullen noemen de 'objectieve' gezondheidstoestand.

Naast de attitude ten opzichte van het gedrag 'laten merken dat ik naar de specialist wil' is op meer 'klassieke' wijze getracht vast te stellen of de respondenten in het algemeen een voorkeur hebben voor behandeling door de huisarts of voor behandeling door de specialist. Aan de respondenten zijn 9 uitspraken voorgelegd over de plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening. Uitspraak h ('huisartsen sturen je maar voor elk wissewasje naar de specialist') hoort daarin strikt genomen niet thuis, maar is opgenomen om na te gaan of er in de algemene appreciatie van het verwijzen van de huisarts (een thema waarvan de indruk bestaat dat het in Lelystad nogal gevoelig ligt) na de komst van het ziekenhuis verandering komt. De frequentieverdelingen van de resterende 8 uitspraken zijn te vinden in tabel 6.3.26. Factoranalyse van deze uitspraken* levert in eerste instantie twee factoren op met een eigenwaarde groter dan 1. Na varimax-rotatie ontstaat het factorpatroon als beschreven in tabel 6.3.27.

*Deze uitspraken maakten geen deel uit van de proef-vragenlijst.

Tabel 6.3.26. Meningen van respondenten over de plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening, in hele procenten.

| UITSPRAAK | Volledig eens | Grotendeels eens | Niet eens, niet oneens | Grotendeels oneens | Volledig oneens | n |
|--|---------------|------------------|------------------------|--------------------|-----------------|-----|
| a. De huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel doorverwijzen naar de specialist. | 19 | 41 | 23 | 13 | 4 | 757 |
| b. Bij een overschot aan dokters kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen. | 8 | 16 | 33 | 23 | 20 | 752 |
| c. Ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts. | 7 | 11 | 27 | 36 | 19 | 759 |
| d. Huisartsen hebben een belangrijker taak in de gezondheidszorg dan specialisten. | 21 | 27 | 33 | 9 | 10 | 758 |
| e. Voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist. | 19 | 32 | 32 | 12 | 5 | 758 |
| f. Als de huisarts twijfelt of je iets mankeert dan moet hij je meteen doorverwijzen naar de specialist. | 43 | 33 | 14 | 7 | 3 | 758 |
| g. Bij een specialist ben je in betere handen dan bij een huisarts. | 10 | 17 | 46 | 17 | 10 | 756 |
| i. Het belang van de specialistische hulpverlening wordt meestal overdreven: de meeste ziekten kan de huisarts zelf behandelen. | 8 | 19 | 34 | 27 | 12 | 754 |

Tabel 6.3.27. Factoranalyse op de items over de plaats van huisarts en specialist. Varimax-rotatie met 2 factoren.

| UITSPRAAK | Factor 1 | Factor 2 |
|---|----------|----------|
| a. Huisarts moet zoveel mogelijk zelf behandelen. | .41679 | -.31523 |
| b. Beter minder specialisten dan minder huisartsen. | .43750 | -.23646 |
| d. Huisartsen belangrijker. | .61557 | .01179 |
| e. Beter bij huisarts terecht. | .64882 | -.02800 |
| i. Belang specialist overdreven. | .52747 | -.00778 |
| c. Ook als niet ernstig beter bij specialist. | -.11891 | .39837 |
| f. Huisarts: bij twijfel meteen verwijzen. | -.03244 | .27512 |
| g. Bij specialist in betere handen. | .06903 | .66099 |
| Percentage gebonden variantie per factor: | 27.9 % | 17.6 % |

Het blijkt dat we niet kunnen spreken van een *voorkeur* van de respondenten voor huisarts of specialist: de eerste factor wijst duidelijk op de appreciatie van de functie van een behandeling door de huisarts, de tweede factor, die overigens geringer van gewicht is, duidt op de daarvan losstaande appreciatie van de functie van een behandeling door de specialist. Onze veronderstelling dat mensen in het algemeen gesproken een globale voorkeur voor óf de huisarts óf de specialist zouden hebben is kennelijk niet juist. Ook als deze twee hulpverleners met elkaar vergeleken worden, wordt toch de één onafhankelijk van de ander gewaardeerd.

We zullen in de volgende analyses verder werken met de variabelen 'appreciatie van de huisarts' en 'appreciatie van de specialist', geconstrueerd door elke respondent zijn score op de beide factoren toe te kennen.

Belangrijke factoren bij de verwachte toename van de consumptie van specialistische hulp in Lelystad zijn vanzelfsprekend de relatief geringe tijd en moeite die het de meeste inwoners zal kosten om na de opening van het ziekenhuis naar de specialist te gaan. Daarom is de respondenten gevraagd hoeveel tijd en moeite zij naar hun gevoel in de bezoeken aan de

huisarts en de specialist moeten investeren. Zo kunnen relatieve maatstaven geconstrueerd worden, die aangeven in welke mate het bezoek aan één van beide hulpverleners meer tijd of moeite kost. Het verschil in te investeren tijd en moeite tussen de bezoeken aan de huisarts en specialist lijkt een goede maat om de veranderingen weer te geven, die de opening van het ziekenhuis teweegbrengt, als het erom gaat verbanden op te sporen tussen de kosten, uitgedrukt in tijd en moeite, en de mate waarin men op hulpverlening in de tweede lijn is gericht.

Tabel 6.3.28. geeft een beeld van de relatieve subjectief ervaren tijd die het bezoek aan de specialist in vergelijking met dat aan de huisarts kost.

Tabel 6.3.28. Frequentieverdeling van de relatieve tijd, die een bezoek aan de specialist kost in vergelijking met een bezoek aan de huisarts.

| Relatieve tijd | Abs. | % |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Beiden niet veel tijd | 69 | 9.0 |
| Beiden veel tijd | 54 | 7.1 |
| Iets meer tijd specialist | 248 | 32.5 |
| Aanzienlijk meer tijd special. | 255 | 33.4 |
| Veel meer tijd specialist | <u>123</u> | <u>16.1</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Wat betreft de moeite die het kost om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de ene of de andere arts, zijn de verschillen tussen huisarts en specialist, niet onverwacht, minder groot, zie tabel 6.3.29.

Tabel 6.3.29. Frequentieverdeling van de relatieve moeite die een bezoek aan de specialist kost in vergelijking met een bezoek aan de huisarts.

| Relatieve moeite | Abs. | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Beiden weinig moeite | 309 | 40.5 |
| Beiden nogal veel moeite | 135 | 17.7 |
| Iets meer moeite specialist | 176 | 23.1 |
| Veel meer moeite specialist | 126 | 16.5 |
| Onbekend | <u>17</u> | <u>2.2</u> |
| Totaal | 763 | 100.0 |

Tot slot de 'objectieve' gezondheid. Deze variabele is samengesteld uit drie variabelen: huisartsbezoek in de laatste drie maanden, thans al of niet onder behandeling van een specialist en bezoek aan specialist en/of ziekenhuisopname gedurende het laatste jaar.

Het spreekt vanzelf dat deze maat in zekere mate arbitrair is: het laat zich niet zonder meer vaststellen of een ziekenhuisopname in de laatste twaalf maanden nu op een slechtere gezondheid wijst dan bijvoorbeeld drie contacten met de huisarts in de laatste drie maanden. Een zekere mate van externe validering van de gekozen indeling wordt gevonden door per gezondheidscategorie de gemiddelde gezondheidsbeleving te berekenen: als deze hoger wordt naarmate de 'objectieve' gezondheid beter is, is dit een aanwijzing voor een redelijk valide ordening. Bij het ordenen van het materiaal bleken de grootste verschillen in gezondheidsbeleving aanwezig tussen personen die verschillend scoren op huisartsbezoek en onder behandeling zijn van een specialist. In de laatste twaalf maanden contact gehad met een specialist is bijna altijd 'ja' voor de groep die thans onder behandeling is; de vraag of men al of niet is opgenomen levert binnen de verschillende categorieën óf geen verschil in de subjectieve gezondheidstoestand, óf een betere subjectieve gezondheidstoestand. We hebben ons bij de gekozen indeling dus laten leiden door de variabelen 'huisartscontacten in de laatste drie maanden' en 'thans onder behandeling van een specialist'.

Er werden vijf groepen onderscheiden:

- heel goede gezondheid: niet bij de huisarts geweest, niet onder behandeling specialist (n = 291).
- goede gezondheid: één keer bij huisarts, niet onder behandeling specialist (n = 163).
- matige gezondheid: twee of meer keer bij huisarts, niet onder behandeling specialist (n = 115).
- slechte gezondheid: niet of één keer bij huisarts, thans onder behandeling specialist (n = 102).
- heel slechte gezondheid: twee of meer keer bij huisarts, thans onder behandeling specialist (n = 81).

De subjectieve gezondheid van deze vijf groepen is respectievelijk 4.2, 4.0, 3.9, 3.5 en 2.8, zodat we van een redelijk valide indeling kunnen spreken, al is met name de indeling van de middencategorieën enigszins arbitrair. Tot zover een beschrijving van het materiaal van het bevolkingsonderzoek en een eerste ordening van de variabelen tot nieuwe variabelen. De onderlinge relaties tussen de variabelen zullen in de volgende paragrafen aan de orde komen.

6.4. Analyse.

De analyse van het bevolkingsonderzoek, zoals die in de volgende paragrafen wordt beschreven, blijft voornamelijk beperkt tot een weergave van de directe verbanden tussen de variabelen. Een diepgaander analyse aan de hand van partiële en multipele correlaties zal nog worden uitgevoerd op basis van de resultaten die tot dusver zijn verkregen.

Zoals in het eerste deel van dit hoofdstuk reeds werd verduidelijkt, spelen externe variabelen, zoals persoonlijkheid en demografische kenmerken in de theorie van Fishbein een ondergeschikte rol. Zij kunnen wel invloed uitoefenen op het te verklaren gedrag, daar wel mee samenhangen, doch alleen doordat bepaalde beliefs, attitudes of intenties met zulke eigenschappen als leeftijd, geslacht, attitudes jegens mensen of instanties etc. verband houden (Azjen, Fishbein, 1980 p. 82 e.v.). Daarom zullen wij ons bij de beschrijving van de analyse van het bevolkingsonderzoek eerst beperken (in par. 6.4.1.) tot de samenhangen in het, enigszins door ons aangepaste Fishbein-model. Voor de overzichtelijkheid beperken wij ons in het eerste deel van paragraaf 6.4.1. tot de typische Fishbein-variabelen in ons model. Daarna zullen we de relaties van deze variabelen met de door ons aan het model toegevoegde variabelen bespreken.

Het derde deel van deze paragraaf vergelijkt de werking van het model voor twee verschillende subgroepen: ongezonde en (zeer) gezonde respondenten. In 6.4.2. en 6.4.3. komen de relaties tussen de achtergrondvariabelen en de modelvariabelen aan de orde. Par. 6.4.4. behandelt tenslotte enkele kenmerken van diverse categorieën uit de bevolking met betrekking tot hun gezondheidstoestand, de medische consumptie en een aantal meningen over de zorg voor hun gezondheid.

6.4.1. Het model.

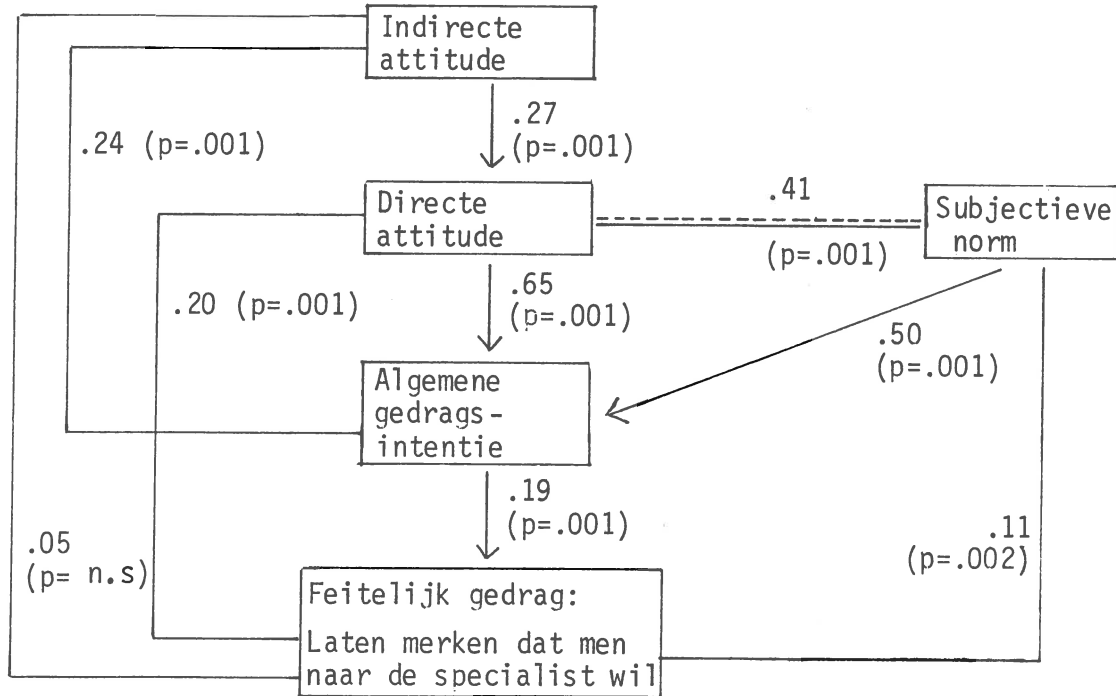
6.4.1.1. De Fishbein-variabelen.

De correlaties tussen de centrale variabelen van het Fishbein-model zijn met de significantieniveau's weergegeven in schema 6.4.1.1.1.

De correlaties tussen variabelen die in de causale keten van het model op elkaar volgen horen idealiter hoger te zijn dan de correlaties tussen de variabelen die verder van elkaar staan. In één geval gaat deze stelling niet op voor onze gegevens, zoals uit schema 1 blijkt. Het verband tussen de directe attitude en het feitelijk gedrag (0.20) is ongeveer even sterk als dat tussen de gedragsintentie en het feitelijk gedrag (0.19). De algemene gedragsintentie blijkt geen betere voorspeller van het feitelijk gedrag (0.19) dan de directe attitude (0.20). Gezien het zeer sterke verband tussen de directe attitude en de algemene gedragsintentie is dat niet zo

verbazingwekkend. Daar staat tegenover dat men op grond van het Fishbein-model en de samenhang tussen 'de mening van significante anderen' en de gedragsintentie (0.50) zou verwachten dat de laatste een betere voorspeller van het gedrag zou zijn. Dat dit niet het geval is, is te wijten aan het sterke verband tussen de directe attitude en de mening van anderen.

Schema 6.4.1.1.1. Correlaties tussen de modelvariabelen.



Ook het verband tussen de indirecte en de directe attitude blijft enigszins beneden de verwachtingen ($.27$). Bij een vooronderzoek in Nieuw-Vennep was dit $.35$; zie Jansen e.a., pag. 58).

6.4.1.2. De toegevoegde componenten: appreciatie van eerste en tweede lijn en de specifieke gedragsintenties.

We zullen nu bekijken hoe de door ons aan het model toegevoegde variabelen zich verhouden tot de typische Fishbein-variabelen. De 'appreciatie van de huisarts' correleert, zoals verwacht, negatief met de andere variabelen uit het model (zie tabel 6.4.1.2.1.).

Tabel 6.4.1.2.1. Correlaties van de variabelen 'appreciatie huisarts' en 'appreciatie specialist' met de andere 'modelvariabelen'.

| | Appreciatie Huisarts | | Appreciatie Specialist | |
|---|----------------------|---------------|------------------------|---------------|
| | correlatie | significantie | correlatie | significantie |
| Indirecte attitude | -.11 | .002 | .18 | .001 |
| Directe attitude | -.19 | .001 | .17 | .001 |
| Subjectieve norm | -.14 | .001 | .16 | .001 |
| Alg. gedragsintentie | -.15 | .001 | .11 | .001 |
| Gedragsintentie bij bedreigende klachten | -.07 | .023 | .26 | .001 |
| Gedragsintentie bij niet-levensbedr. klachten | -.03 | .228 | .25 | .001 |
| Appreciatie huisarts | - | - | -.07 | .021 |
| Appreciatie specialist | -.07 | .021 | - | - |
| Feitelijk gedrag | -.07 | .021 | .12 | .001 |

Weliswaar zijn enkele verbanden zeer zwak en is er zelfs geen relatie met de 'gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten', toch kan men stellen dat mensen die de huisarts hoog waarderen in het algemeen minder gericht zijn op verwijzing naar de tweede lijn.

Dit komt ook, zij het met mate, in het feitelijk gedrag tot uiting.

De 'appreciatie van de specialist' is naar verwachting positief gecorreleerd met de andere variabelen. De correlaties zijn met uitzondering van die met de directe attitude en de algemene gedragsintentie ook wat hoger dan bij de 'appreciatie van de huisarts'. Een hoge waardering van de specialist zegt dus meer over de gerichtheid op verwijzing naar de tweede lijn, dan een lage waardering van de huisarts.

De specifieke gedragsintenties correleren redelijk hoog met de andere variabelen, afgezien van het verband met 'appreciatie van de huisarts'. Ter vergelijking zijn in tabel 6.4.1.2.2. ook nog de correlaties met de algemene gedragsintentie vermeld.

al 6.4.1.2.2. Correlaties van de gedragsintenties met de overige 'modelvariabelen'.

| | GEDRAGSINTENTIES | | | | | |
|--|--------------------|------|-------------------------|------|----------|------|
| | Bedreigende klacht | | Niet bedreigende klacht | | Algemeen | |
| | r | p | r | p | r | p |
| Indirecte attitude | .10 | .004 | .20 | .001 | .24 | .001 |
| Directe attitude | .15 | .001 | .26 | .001 | .65 | .001 |
| Subjectieve norm | .17 | .001 | .13 | .001 | .50 | .001 |
| Alg. gedragsintentie | .21 | .001 | .32 | .001 | - | - |
| Gedragsintentie bij bedreigende klachten | - | - | | | .21 | .001 |
| Gedragsintentie bij niet-levensbedr. kl. | | | - | - | .32 | .001 |
| Appreciatie huisarts | -.07 | .023 | -.03 | .228 | -.15 | |
| Appreciatie specialist | .26 | .001 | .25 | .001 | .11 | |
| Feitelijk gedrag | .10 | .003 | .18 | .001 | .19 | |

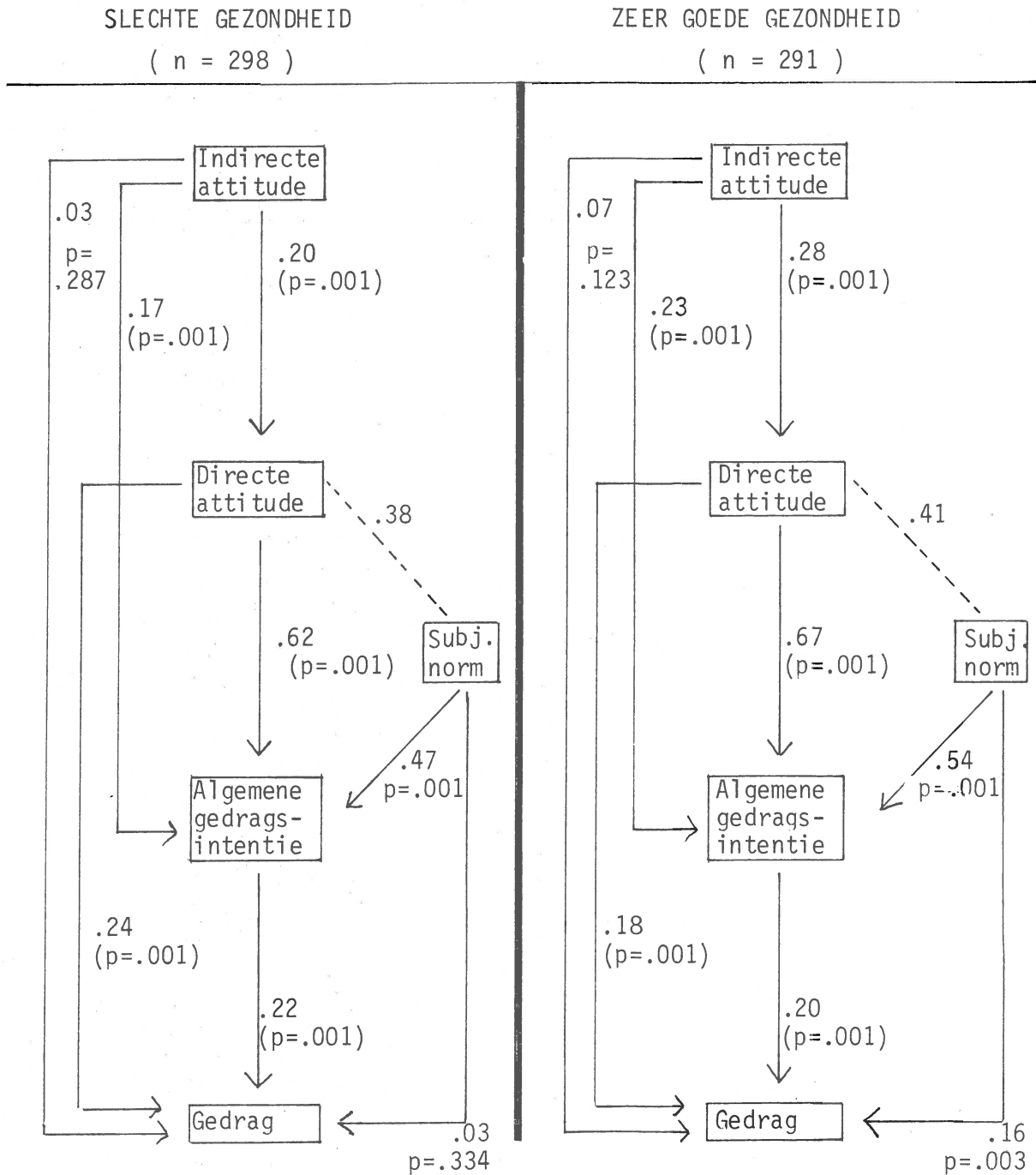
Dat van de specifieke gedragsintenties de 'intentie bij niet-levensbedreigende klachten' in bijna alle gevallen tot sterkere verbanden met de andere variabelen leidt, dan de intentie bij bedreigende klachten, hoeft ons niet te verbazen. Juist de intentie om ook met niet direct levensbedreigende klachten naar de specialist te willen, duidt op een in het algemeen sterkere behoefte aan specialistische hulp. De subjectieve norm (d.i. de mening van belangrijke personen als de respondent twijfelt of hij bij de arts op verwijzing zal aandringen) houdt slechts matig verband met de specifieke gedragsintenties (.17 en .13). Zeker als we deze correlaties vergelijken met die tussen de subjectieve norm en de algemene gedragsintentie (.50). De relatief veel zwakkere verbanden tussen de subjectieve norm en de specifieke gedragsintenties worden ongetwijfeld vooral veroorzaakt doordat de twijfel over de keuze 'wel of niet naar de specialist' voor een belangrijk deel zal verdwijnen, als men met een duidelijk omschreven klacht wordt geconfronteerd. Men zal zich dan minder van de mening van anderen aantrekken.

6.4.1.3. De werking van het model bij gezonde en ongezonde respondenten.

Bij de voorbereidingen van het onderzoek is op het gevaar gewezen dat schuilt in een vragenlijst over het verwijzen, die wordt afgenomen bij een aselechte steekproef van de gehele bevolking. Daaronder bevinden zich vanzelfsprekend veel mensen met een goede gezondheid, die zelden of nooit bij de huisarts komen en voor wie de vragen slechts een hypothetisch karakter hebben. Het probleem is nu of de attitudes en gedragsintenties, die we bij de populatie vaststellen, ook gelden voor de patiënten in de wachtkamer.

Daarom is het nuttig te bezien hoe het model zich gedraagt bij zeer gezonde mensen en bij mensen met een slechte gezondheid (zie schema 6.4.1.3.1).

Schema 6.4.1.3.1. De werking van het model bij verschillende gezondheidstoestanden.



De categorieën zeer gezonde mensen en mensen met een slechte gezondheid zijn ontleend aan de variabele 'objectieve gezondheidstoestand' (zie 6.3). De categorie 'slechte gezondheid' in schema 6.4.1.3.1. is een samenvoeging van de mensen met een zeer slechte, een slechte en een matige gezondheid. Respondenten met een goed gezondheid (n = 163) blijven in het schema buiten beschouwing.

Het is denkbaar dat het model juist bij deze categorie respondenten optimaal werkt, omdat zij wellicht meer dan de 'ongezonden' en de 'zeer gezonden' bij de huisarts op verwijzing aandringen. Ongezonde respondenten hebben immers toch al vaak contact met een specialist en zouden daardoor minder behoefte kunnen hebben om zich te 'laten' verwijzen. Er blijkt uit onze gegevens echter een sterk negatief verband tussen de 'objectieve' gezondheidstoestand en het feitelijk gedrag: hoe ongezonder mensen zijn, des te groter de kans dat zij de huisarts lieten merken naar de specialist te willen ($r = -.35$). Ten opzichte van de 'zeer gezonden' gaat de redenering in zoverre op dat dezen wel wat minder op verwijzing hebben aangedrongen dan de 'gezonden'. Desalniettemin werkt het model bij deze middencategorie in het algemeen slechter. De belangrijke correlaties tussen de gedragsintenties en het feitelijk gedrag zijn zelfs niet significant.

Zoals uit het schema valt op te maken is er geen sprake van dat het Fishbein-model voor mensen met een slechte gezondheid beter zou werken. Eerder is het tegendeel het geval. Weliswaar is er een lichte verhoging van de voorspellende waarde van de algemene gedragsintentie voor het gedrag (.22 tegen .20), maar de directe attitude is minder af te leiden uit de indirecte (.20 tegen .28). Ook de algemene gedragsintentie laat zich minder goed voorspellen uit de directe attitude (.62 tegen .67) en de mening van anderen (.47 tegen .54). Het grootste en meest in het oog springende verschil geven de verbanden tussen de 'mening van anderen' en het gedrag te zien. Geen verband bij de respondenten met een slechte gezondheid, terwijl de correlatiecoëfficiënt bij de 'zeer gezonden' .16 is. Ongezonde mensen lijken ongevoelig voor de mening van anderen in hun omgeving, als het er om gaat al dan niet bij de huisarts op verwijzing aan te dringen. Ook als we de appreciatie voor de eerste en tweede lijn en de specifieke gedragsintenties, dus de geneigdheid om zich te laten verwijzen bij klachten met een al of niet levensbedreigend karakter, in deze vergelijking betrekken, blijken de samenhangen binnen het model in het algemeen zwakker bij ongezonden. In sommige gevallen zelfs aanzienlijk. Zo blijkt met name de relatie tussen de specifieke gedragsintenties en de directe attitude ernstig aangetast (bij niet-levensbedreigende klachten van .33 naar .15; bij bedreigende klachten van .20 naar .14). Het belangrijke verband tussen de specifieke intenties en het feitelijke gedrag wordt echter iets sterker bij de ongezonden (bij niet-levensbedreigende klachten .20 tegen .16; bij levensbedreigende klachten .10 ($p = .046$) tegen .09 ($p = .070$)).

Uit de hier beschreven verschillen in de werking van het model voor twee in gezondheidstoestand extreme subgroepen, zou men voorzichtig kunnen concluderen dat de attitudes en de subjectieve norm bij mensen met een slechte gezondheid minder in staat zijn de gedragsintenties te voorspellen, maar dat deze op hun beurt iets beter correleren met het feitelijk gedrag. Op grond van deze gegevens is het aannemelijk te veronderstellen dat ongezonden hun intentie minder door die motieven laten bepalen, die in de attitudes en de subjectieve norm tot uitdrukking komen. Het ligt voor de hand dat deze enigszins naar de achtergrond verdwijnen als men werkelijke klachten heeft. We kunnen deze veronderstelling toetsen door na te gaan of en hoe de scores van de ongezonden op de diverse gedragsintenties zich onderscheiden van de scores van de overige respondenten. De resultaten van de T-toetsen van de scores op de diverse gedragsintenties bij de ongezonden en bij de rest van de steekproef zijn in tabel 6.4.1.3.1. weergegeven.

Tabel 6.4.1.3.1. Gedragsintentie naar gezondheidstoestand

| | | Gem. score | T-waarde | Sign. niveau | n |
|---|----------------------------|-----------------|----------|--------------|-----|
| Algemene gedragsintentie | Slechte gezondheid Rest | 5,5 5,3 | -1,58 | .114 | 744 |
| Gedragsintentie bij bedreigende klachten | Slechte gezondheid Rest | .1186 -.0775 | -2,94 | .003 | 741 |
| Gedragsintentie bij niet-levensbedr. klachten | Slechte gezondheid Rest | .0754 -.0652 | -2,13 | .034 | 741 |

De gemiddelde scores op de algemene gedragsintentie van beide subgroepen verschillen niet significant. De verschillen op de specifieke gedragsintenties zijn wel significant (op .05 en op .005 niveau). Ongezonde mensen zijn in algemene zin niet eerder geneigd om op de verwijzing bij de huisarts aan te dringen, maar als zich duidelijke klachten aandienen, die levensbedreigend of gewoon erg lastig kunnen zijn, dan blijken zij wel eerder geneigd om zich te laten verwijzen.

De T-toetsen op de andere variabelen uit het model, uitgezonderd het gedrag, leveren alleen significante verschillen op bij de appreciatie van de specialist. De ongezonden tonen aanmerkelijk meer waardering voor het werk van de specialist, maar daarbij dient erop gewezen te worden dat objectieve ongezondheid deels is gedefinieerd als bezoek aan of onder behandeling bij een specialist zijn (zie 6.3.) (T= -3,63; sig. = 0,00). Dat ongezonden veel vaker hebben laten merken verwezen te willen worden, spreekt vanzelf.

6.4.2. De samenhang van enkele demografische en persoonlijkheidskenmerken met de 'modelvariabelen'.

- Geslacht

Dat mannen kleinzieliger zijn dan vrouwen lijkt in dit onderzoek nog eens bevestigd te worden: mannen zijn aanmerkelijk meer geneigd om, als ze klachten hebben die in het algemeen niet levensbedreigend zijn, de huisarts voor te stellen om de hulp van een specialist in te roepen ($T = 3,43$; $p = .001$). Wat de andere gedragsintenties betreft onderscheiden mannen zich niet van vrouwen.

De hogere gedragsintentie van mannen bij de niet-levensbedreigende klachten komt niet direct tot uiting in het feitelijk gedrag. Het percentage mannen dat de huisarts laat merken dat ze naar de specialist willen is niet groter dan het percentage vrouwen (23,6 % tegen 24,5 % van de vrouwen). Maar vrouwen bezoeken de huisarts veel vaker dan mannen: 61,5 procent: van de vrouwen bezocht gedurende de laatste drie maanden de huisarts, terwijl slechts 47,5 procent van de mannen dit deed. Als we dan ook de relatie tussen geslacht en feitelijk gedrag bekijken, terwijl we daarbij de frequentie van het bezoek aan de huisarts constant houden (met andere woorden het voorkomen van het feitelijke gedrag niet absoluut meten, maar tegen de frequentie van het aantal contacten met de huisarts afzetten) dan komt de sterkere gedragsintentie van mannen wel tot uiting (zie tabel 6.4.2.1.). In de categorieën die de laatste drie maanden niet of één keer naar de huisarts zijn geweest, is er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen. Binnen de groep die twee keer of vaker de huisarts heeft bezocht, blijken mannen aanmerkelijk vaker op verwijzing aan te dringen (45,5 % tegen 36,7 % van de vrouwen).

Tabel 6.4.2.1. Feitelijk gedrag naar geslacht; huisartsenbezoek als controlerende variabele.

| Bezoek huisarts laatste 3 maanden | FEITELIJK GEDRAG | | | |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|------------------|---------------|
| | | Niet laten merken | Wel laten merken | |
| Niet | Man | 84,8 | 15,2 | 100 % (n=178) |
| | Vrouw | 83,3 | 16,7 | 100 % (n=162) |
| 1 keer | Man | 78,3 | 21,7 | 100 % (n= 83) |
| | Vrouw | 76,6 | 23,4 | 100 % (n=137) |
| 2 keer of meer | Man | 54,5 | 45,5 | 100 % (n= 77) |
| | Vrouw | 63,3 | 36,7 | 100 % (n=120) |

Bij de andere variabelen uit het model, te weten de diverse attitudes en de subjectieve norm, komen geen significante verschillen tussen de beide sexen voor. De wat sterkere gedragsintentie van mannen blijkt noch uit 'verwijsattitudes' (de directe en de indirecte attitude), noch uit hun waardering voor de specialist en de huisarts.

- Leeftijd

De leeftijd van de respondenten vertoont een zwak positief verband met de indirecte attitude ($r = .09$; $p = .007$). Nadere bestudering van de scores op de afzonderlijke 'beliefs' en de daarbij behorende evaluaties zal moeten verduidelijken of bepaalde 'beliefs + evaluaties' daarin een doorslaggevende rol spelen, of dat er sprake is van een 'iets hogere' score op alle of vrijwel alle items.

Ook is er een zwak positief verband tussen leeftijd en subjectieve norm ($r = .08$; $p = 0.16$). Naarmate men ouder is lijken mensen in de omgeving volgens de respondent wat meer geneigd tot de mening dat deze in geval van twijfel moet aandringen op een verwijzing naar de specialist. Ouderen ervaren blijkbaar meer dan jongeren bezorgdheid bij familie en vrienden over hun gezondheid.

Aanmerkelijk sterker zijn de correlaties tussen leeftijd en de specifieke gedragsintenties. Hoewel er geen enkel verband is tussen leeftijd en de algemene gedragsintentie, blijken ouderen zowel bij mogelijke levensbedreigende klachten ($r = .16$; $p = .001$) als bij klachten die geen directe levensbedreiging vormen ($r = .14$; $p = .001$) eerder geneigd het initiatief tot verwijzing te nemen. Men zou vermoeden dat deze verbanden voor het grootste deel te herleiden zijn tot de veel slechtere gezondheidstoestand van de oudere respondenten (leeftijd en subjectieve gezondheidstoestand: $r = -.32$; $p = .001$); leeftijd en 'objectieve' gezondheidstoestand: $r = -.21$; $p = .001$). Dit is niet het geval. Als we de gezondheidstoestand controleren, blijven de correlaties met de specifieke gedragsintenties even sterk.

Evenals bij mannen vinden we de sterkere specifieke gedragsintenties van ouderen in eerste instantie niet terug in het feitelijk gedrag ($r = .01$; niet significant). Hiervoor is echter moeilijker een verklaring te vinden, omdat ouderen niet minder maar juist méér dan jongeren de huisarts bezoeken. Drie alternatieve verklaringen lijken ons het overwegen waard. Het is denkbaar dat huisartsen de ouderen als het ware hun initiatieven tot verwijzing ontnemen, omdat zij zelf sneller tot verwijzing van ouderen overgaan. In de tweede plaats zijn relatief veel ouderen al bij een specialist onder behandeling, zodat verwijzing overbodig is. In de derde plaats is het mogelijk dat ouderen eerder geneigd zijn zich bij een voorstel van

de arts neer te leggen en hun thuis bedachte plan om zich te laten verwijzen, eenmaal op het spreekuur gekomen, weer inslikken. Dit idee vindt steun in de hoge waardering die ouderen tonen voor de huisarts ($r = .22$; $p = .001$) en voor de specialist ($r = .21$; $p = .001$). De appreciatie van beide hulpverleningsvormen lijkt respect voor de 'medische stand' in z'n geheel uit te drukken en getuigt van de opvatting dat men niet graag de hulp van één van beide beknot ziet.

- Opleiding.

Het opleidingsniveau vertoont geen significant verband met de indirecte attitude, subjectieve norm en de algemene gedragsintentie. Een zwak negatief verband is er met de directe attitude ($r = -.06$; $p = .045$). Naarmate de opleiding hoger is, zijn de specifieke gedragsintenties wat zwakker ($r = -.10$ en $p = .001$ bij mogelijke levensbedreigende klachten; $r = -.13$ en $p = .001$ als de klachten niet meteen aan zeer ernstige stoornissen gerelateerd hoeven te worden). Het zwak negatieve verband tussen opleidingsniveau en feitelijk gedrag ($r = -.07$; $p = .027$), wordt voornamelijk veroorzaakt doordat de categorie, die hoger beroeps- of universitair onderwijs heeft gevolgd zich daarin sterk onderscheidt. 12,7 procent van hen liet de huisarts in de 12 maanden die vooraf gingen aan het onderzoek, wel eens merken dat men naar de specialist wilde. Van de overige respondenten bedraagt dat percentage 25,4.

Opnieuw dienen we bij de interpretatie van deze gegevens alert te zijn op de gezondheidstoestand. Zowel de 'objectieve' gezondheidstoestand ($r = .18$; $p = .000$) als de subjectieve ($r = .25$; $p = .000$) hangen samen met het opleidingsniveau. Ook bezoeken hoger opgeleiden minder vaak de huisarts ($r = -.15$; $p = .000$). In tabel 6.4.2.2. staan de correlatiecoëfficiënten van opleidingsniveau met de gedragsintenties en het feitelijk gedrag als we de gezondheidstoestand niet en als we die wél constant houden.

Het constant houden van de gezondheidstoestand levert één verandering van betekenis op. Het zwakke negatieve verband tussen opleidingsniveau en feitelijk gedrag verdwijnt geheel. De negatieve verbanden tussen de specifieke gedragsintenties blijven echter staan. Zijn hoger opgeleiden (zwakkere specifieke gedragsintenties, maar naar hun gezondheidstoestand gemeten even vaak bij de huisarts op verwijzing aandringend) meer geneigd of in staat om hun bedoelingen in daden om te zetten? Als dat zo is, moet bij hoger opgeleiden een sterker positief verband tussen gedragsintenties en feitelijk gedrag aantoonbaar zijn. Tabel 6.4.2.3. geeft deze correlaties voor drie opleidingsniveau's.

Tabel 6.4.2.2.

| <u>Correlatie van opleiding met de gedragsintenties en het feitelijk gedrag van de nulde en eerste orde met object. en subject. gezondheids-toestand als controlerende variabelen.</u> | <u>Correlaties van gedragsintenties met het feitelijk gedrag voor drie opleidingsniveau's</u> | | | |
|--|---|---|--|-------------------------|
| | <i>Algemene gedragsintentie</i> | <i>Gedragsintentie bij levensbedreigende klachten</i> | <i>Gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten</i> | <i>Feitelijk gedrag</i> |
| Opleidingsniveau | .05 ns | -.10 p=.004 | -.13 p=.001 | -.07 p=.027 |
| Opleiding gecontroleerd voor objectieve gezondheid | .07 p=.04 | -.09 p=.011 | -.11 p=.001 | -.01 ns |
| Opleiding gecontroleerd voor subjectieve gezondheid | .07 p=.034 | -.08 p=.013 | -.11 p=.002 | -.02 ns |

Tabel 6.4.2.3.

| <u>Correlaties van gedragsintenties met het feitelijk gedrag voor drie opleidingsniveau's</u> | | <u>Correlaties van gedragsintenties met het feitelijk gedrag voor drie opleidingsniveau's</u> | | |
|---|-------|---|---|--|
| | | <i>Algemene gedragsintentie</i> | <i>Gedragsintentie bij levensbedreigende klachten</i> | <i>Gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten</i> |
| LO/VGLO of LAVO | n=152 | .18 p=.016 | .10 ns | .08 ns |
| ULO of MAVO | n=368 | .28 p=.001 | .13 p=.006 | .22 p=.001 |
| Middelb., MBO * hogerber. of univ. | n=235 | .07 ns | .05 ns | .15 p=.011 |
| n=755 | | | | |

In zekere zin is onze veronderstelling juist, maar het zijn niet de hoogst opgeleiden, maar de mensen met een ULO- of MAVO-opleiding, die relatief vaak hun intenties verwerkelijken.

Tenslotte wijzen we op de lagere waardering voor huisarts ($r = -.11$; $p = .001$) en specialist ($r = -.17$; $p = .001$) naarmate het opleidingsniveau hoger is.

Naast het feit dat hoger opgeleiden van deze hulpverleners - door hun betere gezondheid - wat minder afhankelijk zijn, kan ook de kleinere sociale afstand tot de hulpverleners hieraan debet zijn.

- Werksituatie.

Tabel 6.4.2.4. geeft een overzicht van de significante T-waarden op de variabelen uit het model, behalve het feitelijk gedrag, bij vergelijking van de scores van elk van de categorieën van de variabele werksituatie met die van de overige respondenten.

Tabel 6.4.2.5. geeft de percentages van de respondenten die daadwerkelijk lieten merken naar de specialist verwezen te willen worden.

Tabel 6.4.2.4. Modelvariabelen naar werksituatie.

| | Loon- dienst n=306 | Zelf- stand. n=25 | Huis- vrouw n=259 | Werk- loos n=28 | Arbeids- ongesch. n= 53 | Gepen- sion. n=49 | Stude- rend n=37 |
|--|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Indirecte attitude | ns | ns | ns | ns | ns | 2.34 $p = .000$ | ns |
| Directe attitude | ns | ns | ns | ns | ns | -2.56 $p = .011$ | ns |
| Subjectieve norm | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns |
| Alg. gedragsintentie | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ns |
| Intentie bij levens- bedreigende klachten | ns | ns | ns | ns | 2.89 $p = .004$ | ns | ns |
| Intentie bij niet- levensbedr. klachten | -2.69 $p = .007$ | ns | ns | 2.75 $p = .006$ | 3.03 $p = .006$ | ns | ns |
| Appreciatie huisarts | -2.63 $p = .009$ | ns | 2.97 $p = .003$ | ns | ns | 2.85 $p = .005$ | ns |
| Appreciatie specialist | ns | ns | ns | ns | ns | 3.05 $p = .002$ | ns |

Tabel 6.4.2.5. Feitelijk gedrag (= de huisarts laten merken dat men naar de specialist wil) naar de werksituatie.

| | Wél laten merken | Niet laten merken | |
|-------------------|------------------|-------------------|---------------|
| In loondienst | 23.0 | 77.0 | 100 % (n=306) |
| Zelfstandig | 28.0 | 72.0 | 100 % (n= 25) |
| Huisvrouw | 23.6 | 76.4 | 100 % (n=259) |
| Werkloos | 21.4 | 78.6 | 100 % (n= 28) |
| Arbeidsongeschikt | 48.1 | 51.2 | 100 % (n= 53) |
| Gepensioneerd | 18.4 | 81.6 | 100 % (n= 49) |
| Studerend | 13.5 | 86.5 | 100 % (n= 37) |

De meest in het oog springende groep is die van de arbeidsongeschikten: sterke specifieke gedragsintenties en een hoog percentage dat de huisarts heeft laten merken dat men naar de specialist verwezen wil worden. Het vermoeden rijpt dat de combinatie van een slechte gezondheidstoestand en veel beschikbare tijd de arbeidsongeschikten meer dan anderen tot verwijsgeneigde mensen maakt. Deze conclusie is voorbarig. Als we het percentage arbeidsongeschikten dat de huisarts om een verwijzing vraagt voorspellen op basis van hun 'objectieve gezondheidstoestand', dan komen we op 39.6 procent, ofwel 21 respondenten. Het verschil met het feitelijke gedrag, zoals dat zich in werkelijkheid voordoet (48.1 % of 25 respondenten) is op een aantal van 53 niet significant. De sterke mate waarin arbeidsongeschikten bij de huisarts op verwijzing aandringen wordt dus voornamelijk bepaald door hun slechte gezondheidstoestand.

Overigens blijkt ook bij de gepensioneerden het samengaan van een (relatief) slechte gezondheid en veel beschikbare tijd niet te leiden tot een sterke gedragsintentie, maar evenmin tot een hoge frequentie van de pogingen de huisarts tot een verwijzing te bewegen. De gepensioneerden onderscheiden zich vooral in hun attitudes van de andere respondenten. Evenals voor de oudere respondenten geldt ook voor de gepensioneerden onder hen dat zij een sterkere indirecte attitude hebben en de huisarts zowel als de specialist zeer waarderen. Daarnaast kenmerken zij zich bovendien door een zwakke directe attitude: men vindt het dus minder vanzelfsprekend om bij de huisarts op verwijzing aan te dringen.

Een derde categorie die in ruime mate over tijd beschikt, wordt gevormd door de werklozen. Hoewel hun aantal onder de respondenten zeer klein is (n=28), tonen zij toch een significant hoge gedragsintentie bij de niet-levensbedreigende klachten. Dit is vooral interessant omdat degenen die

in loondienst werkzaam zijn juist blijk geven van een lage intentie om zich bij zulke klachten te laten verwijzen.

Wat de waardering voor de huisarts betreft zijn de in loondienst werkenden en de huisvrouwen elkaars tegenpolen. Hoewel de vrouwen als gehele groep niet van een hogere waardering voor de huisarts blijk geven, doen de huisvrouwen (61 procent van alle vrouwen uit de geanalyseerde groep) dit, in tegen stelling tot de in loondienst werkenden, wel.

- De tijd dat men in Lelystad woont, de urbanisatiegraad van de gemeente van herkomst, de afstand tot en de aanwezigheid van een ziekenhuis in de gemeente van herkomst.

Er is geen lineair verband tussen de tijd dat men in Lelystad woont en de variabelen uit het model. Wél blijkt bij nadere bestudering van de afzonderlijke categoriën dat de respondenten die hoogstens 1 jaar in Lelystad wonen een hogere indirecte attitude hebben dan de overige respondenten ($T=2,47$; $p= .015$). Waarschijnlijk zien zij de grote afstand tot de specialist minder als een bezwaar, dan degenen die al langer in Lelystad wonen en daar meer praktische ervaring mee hebben. Ook hebben zij minder vaak laten merken dat ze verwezen willen worden, maar dit gegeven is niet relevant, omdat zij nog geen 12 maanden in Lelystad wonen (dat is de periode waarop de vraag naar het feitelijk gedrag betrekking heeft). Interessanter is het lage percentage dat bij de huisarts op verwijzing aandrong, van degenen die langer dan 10 jaar in Lelystad wonen (19.5 % tegen 24.5 % van de totale groep). Voordat we hieraan conclusies verbinden, wijzen we erop dat van de mensen die langer dan 10 jaar in Lelystad wonen slechts 20 % uit de drie grote steden (voornamelijk Amsterdam) afkomstig is. Voor de totale groep is het percentage 'Amsterdammers' 51.6. Juist de 'Amsterdammers' vragen, zo blijkt als we de urbanisatiegraad van de gemeente van herkomst aan het feitelijk gedrag relateren, aanmerkelijk vaker om een verwijzing (29.1 % tegen 19.0 % van de overigen, zie tabel 5.4.2.6.).

De samenhang tussen urbanisatiegraad en het gebruik van en de vraag naar tweedelijnsvoorzieningen is al vaker aangetoond. Zij blijkt ook in dit onderzoek aanwezig. Niet alleen het feitelijk gedrag, maar ook de gedragsintenties houden verband met de urbanisatiegraad van de vorige woonplaats. Het verband met de algemene gedragsintentie ($r= .09$; $p = .007$) komt gedeels voor rekening van de respondenten uit de plattelandsgemeenten (gemiddelde score 4.7 tegen een gemiddelde score van 5.4 voor de gehele groep - schaal 1 tot 7 - $T= -3.43$; $p = .001$). Daarentegen zijn de verbanden met de specifieke gedragsintenties ($r= .08$ en $p = .017$, bij levensbedrei-

gende klachten; $r = .13$ en $p = .001$ bij niet-levensbedreigende klachten) juist het gevolg van de, zoals ook bij het feitelijk gedrag het geval is, hoge score van de 'Amsterdammers'.

Tabel 6.4.2.6. Percentages respondenten die bij de huisarts op verwijzing aandrongen naar urbanisatiegraad van gemeente van herkomst.

| | Wél laten merken | Niet laten merken | |
|--|------------------|-------------------|---------------|
| Plattelandsgemeenten | 24.6 | 75.4 | 100 % (n= 61) |
| Verstedelijkt platteland | 13.2 | 86.8 | 100 % (n= 38) |
| Specifieke forensengemeenten | 16.2 | 83.8 | 100 % (n= 68) |
| Stadjes tot 30.000 inwoners | 17.1 | 82.9 | 100 % (n= 82) |
| Steden 30.000-100.000 inwoners | 22.9 | 77.1 | 100 % (n= 70) |
| Grote steden behalve A'dam, R'damen Den Haag | 18.4 | 81.6 | 100 % (n= 38) |
| Drie grote steden | 29.1 | 70.9 | 100 % (n=381) |

Het aanmerkelijke verschil in het vóórkomen van het feitelijk gedrag tussen de ex-bewoners van de drie grote steden en de overige respondenten blijft bestaan als we de frequentie van het bezoek aan de huisarts constant houden (zie tabel 6.4.2.7.).

Tabel 6.4.2.7. Feitelijk gedrag bij ex-bewoners van 3 grote steden en bij de overige respondenten met bezoek aan de huisarts als controlerende variabele.

| FEITELIJK GEDRAG | | | | |
|------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Huisartsenbezoek laatste 3 maanden | Urbanisatiegraad | Niet laten merken | Wel laten merken | |
| NIET | 3 grote steden | 80.1 | 19.9 | 100% (n=146) |
| | rest | 86.3 | 13.7 | 100% (n=183) |
| 1 KEER | 3 grote steden | 75.9 | 24.1 | 100% (n=112) |
| | rest | 79.0 | 21.0 | 100% (n=100) |
| 2 OF MEER KEER | 3 grote steden | 55.3 | 44.7 | 100% (n=123) |
| | rest | 69.1 | 30.9 | 100% (n= 71) |

Er bestaat een zwak positief verband tussen de afstand tot het ziekenhuis in de vorige woonplaats en de indirecte attitude ($r = .07$; $p = .03$). Een grotere afstand tot het ziekenhuis gaat gepaard met een sterkere indirecte attitude. Vermoedelijk hebben deze respondenten minder moeite met de grote afstand tot de specialist, die in Lelystad voor de opening van het ziekenhuis gold. Desalniettemin zijn de respondenten die vroeger ver van een ziekenhuis woonden, als we op de algemene gedragsintentie afgaan, toch minder geneigd de huisarts om een verwijzing te vragen ($r = -.09$; $p = .007$). De specifieke gedragsintenties in het feitelijk gedrag hangen niet samen met de afstand.

Overeenkomstig de sterkere indirecte attitude van de mensen die vroeger verder van een ziekenhuis woonden, hebben ook de ex-bewoners van gemeenten waar geen ziekenhuis aanwezig is een hogere score op de indirecte attitude-schaal ($T = 2.47$; $p = .014$) en een lagere algemene gedragsintentie ($T = -2.15$; $p = .033$). Bovendien worden zij gekenmerkt door een aanmerkelijk lagere gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten ($T = -2.66$; $p = .008$). In het feitelijke gedrag weerspiegelt de zwakke gedragsintentie van de respondenten uit de ziekenhuisloze gemeenten: 19.0 % van hen liet de huisarts merken verwezen te willen worden tegen 25.5 % van degenen die uit een gemeente met ziekenhuis afkomstig zijn.

- Verzekeringsvorm.

Particulieren hebben een sterkere indirecte attitude ($T = -3.51$; $p = .000$) en een sterkere algemene gedragsintentie ($T = -3.13$; $p = .002$) dan ziekenfondsverzekerden. Toch laten particulieren minder merken dat ze naar de specialist verwezen willen worden (20.6 % tegen 26.1 % van de ziekenfondsverzekerden). Ook onder degenen die de huisarts de laatste drie maanden bezochten, dus als we de frequentie van het bezoek aan de huisarts constant houden blijven de particulieren in het feitelijk gedrag achter op de ziekenfondspatiënten (22.2 % tegen 35.1 %).

Nadere bestudering van de particulieren naar de mate waarin zij tegen de kosten van huisarts en specialist verzekerd zijn levert geen bewijzen voor de stelling dat wie niet of niet geheel tegen de kosten van de één is verzekerd, de voorkeur zou geven aan behandeling door de ander. De tabellen 6.4.2.8. en 6.4.2.9. laten zien welke percentages van de diverse subgroepen onder de particulieren de huisarts tot een verwijzing trachtten te bewegen.

Tabel 6.4.2.8. Feitelijk gedrag naar verzekeringswijze tegen specialist.

| Verzekering tegen kosten specialist | FEITELIJK GEDRAG | | |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|---------------|
| | Niet laten merken | Wél laten merken | |
| Geheel verzekerd | 81.6 | 18.4 | 100 % (n=152) |
| Met eigen risico | 76.0 | 24.0 | 100 % (n= 96) |
| | | | (n=248) |

Tabel 6.4.2.9. Feitelijk gedrag naar verzekeringswijze tegen huisarts.

| Verzekering tegen kosten huisarts | FEITELIJK GEDRAG | | |
|-----------------------------------|-------------------|------------------|---------------|
| | Niet laten merken | Wél laten merken | |
| Geheel verzekerd | 85.7 | 14.3 | 100 % (n= 42) |
| Met eigen risico | 75.2 | 24.8 | 100 % (n=149) |
| Niet verzekerd | 86.9 | 13.1 | 100 % (n= 61) |
| | | | (n=252) |

6.4.3. Samenhang van andere achtergrondvariabelen met de variabelen uit het model.

6.4.3.1. De tijd die een bezoek aan de specialist kost.

De relatieve (en subjectief ervaren) tijd die een bezoek aan de specialist kost, dat wil zeggen de tijd die dat bezoek naar het gevoel van de respondent meer kost dan een bezoek aan de huisarts, houdt nauwelijks verband met de modelvariabelen. Er zijn alleen zwakke negatieve verbonden met de indirecte attitude ($r = -.08$; $p = .012$), de gedragsintentie bij levensbedreigende klachten ($r = -.07$; $p = .012$) en met het feitelijk gedrag ($r = -.09$; $p = .009$).

Als we echter alleen de categorie respondenten in ogenschouw nemen, die minstens 2 keer naar de huisarts is geweest (en die absoluut en relatief gezien de meeste respondenten bevat die het feitelijk, gedrag vertoonden) dan blijkt de relatieve tijd veel sterker van invloed op het feitelijk gedrag (zie tabel 6.4.3.1.).

Tabel 6.4.3.1. Feitelijk gedrag naar de relatieve tijd van respondenten die de laatste 3 maanden minstens 2 x de huisarts bezochten.

| | niet laten merken | wel laten merken | |
|-----------------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| evenveel tijd | 45 % | 55 % | 100 % (n = 40) |
| iets meer tijd specialist | 52 | 48 | 100 % (n = 56) |
| aanzienlijk meer tijd spec. | 68 | 32 | 100 % (n = 72) |
| veel meer tijd specialist | 81 | 19 | 100 % (n = 26) |
| | | | n = 194 |

$r = -.25$
 $p = .0002$

De relatieve moeite, die het kost om tijd vrij te maken voor de specialist, vertoont weer een betekenisloze samenhang met de indirecte attitude, omdat de indirecte attitude ook al betrekking heeft op de tijd die een bezoek aan de specialist kost. Daarnaast blijkt meer moeite om tijd vrij te maken samen te gaan met een lagere waardering voor de specialist (relatieve moeite: $r = -.14$; $p = .001$).

Het is begrijpelijk dat men zegt meer moeite te hebben om tijd voor een bezoek aan de specialist vrij te maken, naarmate men daar minder belang in stelt. Verder constateren we een zwak negatief verband van de "relatieve moeite" met de gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten ($r = -.07$; $P = .027$)

We moeten concluderen dat, naarmate men meer tijd aan een bezoek aan de specialist moet besteden, dit niet in de eerste plaats de intentie vermindert om zich te laten verwijzen, maar vooral de kans verkleint dat men dit ook daadwerkelijk zal doen.

6.4.3.2. Gezondheidstoestand en medische consumptie.

Tabel 6.4.3.2. geeft de correlatiecoëfficiënten van de 'objectieve' en de 'subjectieve' gezondheidstoestand met de variabelen uit het model, behalve met het feitelijk gedrag.

Tabel 6.4.3.2. Modelvariabelen met gezondheidstoestand.

| | indir. attitude | directe attitude | subj. norm | alg. gedrags-intentie | intentie bij bedreig klacht | intentie bij niet bedreig klacht | appreciatie huisarts | appreciatie specialist |
|-----------------------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------|
| "objectieve" gezondheidstoestand. | -.06 ns | -.04 ns | -.08 $p=.019$ | -.07 $p=.022$ | -.10 $p=.004$ | -.11 $p=.022$ | .04 ns | -.13 $p=.001$ |
| subjectieve gezondheidstoestand | .01 ns | -.07 $p=.032$ | -.12 $p=.001$ | -.08 $p=.016$ | -.08 $p=.012$ | -.10 $p=.004$ | .00 ns | -.14 $p=.001$ |

Het verband tussen de objectieve gezondheidstoestand, en het feitelijk, gedrag ($r = -.35$; $p = .001$) is niet relevant, omdat de variabele "objectieve gezondheidstoestand" is geconstrueerd aan de hand van het bezoek aan de huisarts. Maar ook de relatie tussen subjectieve gezondheidstoestand en het bezoek aan de huisarts is zodanig dat beoordeling van het effect van de gezondheid op het feitelijk gedrag alleen mogelijk is, als we de frequentie van het bezoek constant houden.

De correlaties van de beide variabelen met betrekking tot de gezondheidstoestand geven geen verschillen van betekenis te zien in relatie tot de modelvariabelen en zijn nogal laag. Naarmate de gezondheid beter is, wordt de intentie om op verwijzing aan te dringen minder, hoewel niet opzienbarend. Gezonde mensen houden blijkbaar ook terdege rekening met de mogelijkheid dat zij in de toekomst de huisarts om een verwijzing zullen verzoeken. Frappant is het dat de ongezonden de specialist in het algemeen meer waarderen, maar dat de gezondheidstoestand niet van invloed is op de waardering voor de huisarts: men lijkt het de huisarts niet kwalijk te nemen dat men het gevoel heeft, dat men met bepaalde klachten bij de specialist beter op zijn plaats is.

De subjectieve gezondheidstoestand hangt nauw samen met het bezoek aan de huisarts ($r = -.36$; $p = .0000$). Daarom bezien we de samenhang tussen subjectieve gezondheidstoestand en feitelijk gedrag ($r = -.23$; $p = .001$) voor elk van de categorieën van de variabele huisartsen-bezoek. In alle drie de categorieën blijft een negatief verband tussen gezondheidstoestand en feitelijk gedrag (zie tabel 6.4.3.3.).

Tabel 6.4.3.3. Feitelijk gedrag naar huisartsenbezoek en gezondheidstoestand.

| | | Feitelijk | gedrag | |
|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Huisarts bezoek afgelopen 3 maanden | gezondheidstoestand (subjectief) | niet laten merken | wel laten merken | |
| niet | niet goed | 74 % | 26 % | 100 % n = 46 |
| | goed of heel goed | 86 | 14 | 100 % n = 292 |
| 1 keer | niet goed | 57 | 43 | 100 % n = 53 |
| | goed of heel goed | 84 | 16 | 100 % n = 167 |
| 2 keer of meer | niet goed | 50 | 50 | 100 % n = 97 |
| | goed of heel goed | 69 | 31 | 100 % n = 100 |

De variabelen die iets zeggen over de medische consumptie van de respondenten, zoals het bezoek aan huisarts en specialist en de vraag of men het afgelopen jaar opgenomen is in een ziekenhuis, zijn natuurlijk ten opzichte van de variabelen uit het model niet als onafhankelijke variabelen te beschouwen. Wel is de sterkte van een verband tussen een bepaalde vorm van medische consumptie, bijvoorbeeld huisartsenbezoek, en een modelvariabele, bijvoorbeeld het feitelijk gedrag, een indicatie voor de mate waarin een bepaald verschijnsel bv. laten merken dat je verwezen wil worden, zich voordoet ten opzichte van het gebruik dat mensen van medische voorzieningen, in dit geval de huisarts, maken. Daarom zullen we hier toch aandacht aan besteden.

Naarmate mensen de afgelopen 3 maanden vaker bij de huisarts zijn geweest, hebben meer van hen vanzelfsprekend het afgelopen jaar ook laten merken dat ze naar de specialist verwezen willen worden ($r = .22$; $p = .001$). Ook hangen de specifieke gedragsintenties positief samen met het bezoek aan de huisarts ($r = .11$; $p = .001$ bij levens bedreigende klachten en $r = .09$; $p = .009$ bij niet-levensbedreigende klachten).

Deze verbanden zijn te beschouwen als het effect van de specifieke gedragsintenties op het bezoek aan de huisarts: wie van plan is zich vanwege een bepaalde klacht naar de specialist te laten verwijzen, zal daarvoor eerst naar de huisarts moeten.

De algemene gedragsintentie, de directe en de indirecte attitude hangen niet samen met het bezoek aan de huisarts.

De gezondheidstoestand van de respondenten bleek, zoals we hebben gezien, niet van invloed op hun waardering voor de huisarts, terwijl ongezonden wel van meer waardering voor de specialist blijk geven. Op dezelfde wijze houden de appreciaties van huisarts en specialist verband met het bezoek aan de huisarts: frequenter bezoek van de huisarts verhoogt niet de significante waardering voor de huisarts, maar wel die voor de specialist ($r = .08$; $p = .012$). Dit verband komt echter volledig voor rekening van de gezondheidstoestand. Daarvoor gepartialiseerd is de correlatie $.03$ en niet significant.

Dat het bezoek aan de specialist zou samenhangen met het feitelijk gedrag staat als een paal boven water. 50 procent van de patiënten die tijdens de twaalf maanden vóór invulling van de vragenlijst bij de specialist zijn geweest, heeft de huisarts in dat jaar minstens één keer laten merken naar de specialist te willen.

Dat degenen die bij de specialist zijn geweest sterkere gedragsintenties t.a.v. het "vragen" om een verwijzing hebben spreekt, evenals hun hogere waardering voor de specialist, weliswaar vanzelf, maar is toch een bevestiging van de veronderstelling dat deze variabelen inderdaad effect hebben op het gebruik van tweede lijn voorzieningen.

Alleen de indirecte attitude, de subjectieve norm en de appreciatie van de huisarts zijn niet afhankelijk van de vraag of men bij de specialist is geweest.

6.4.3.3. Enkele meningen van de respondenten.

De meningen van de respondenten over een aantal zaken met betrekking tot de zorg voor hun gezondheid in het algemeen (tevredenheid over de huisarts; oordeel over het tijdstip waarop de huisarts verwijst; wie moet er over de verwijzing beslissen) en tot de situatie in Lelystad in het bijzonder (hoe vervelend is het ontbreken van een ziekenhuis en waarom?) zijn in verhouding tot de modelvariabelen niet als onafhankelijke variabelen te beschouwen. Zo kan ontevredenheid met de huisarts een sterkere gedragsintentie tot gevolg hebben, maar evenzeer kan een sterke gedragsintentie tot ontevredenheid leiden: "de huisarts wil me niet verwijzen".

We veronderstellen dat bepaalde meningen met bepaalde attitudes, intenties en gedragingen samengaan, zonder dat er van een direct causaal verband gesproken kan worden. Hieronder zullen we beschrijven in welke mate deze verbanden aanwezig zijn.

- De tevredenheid met de huisarts.

Respondenten hebben geen zwakkere intentie om op verwijzing aan te dringen, naarmate ze tevredener over de huisarts zijn. Toch laten tevreden patiënten hun huisarts in de praktijk minder merken dat ze verwezen willen worden. ($r = -.11$; $p = .0012$) Als we de frequentie van het bezoek aan de huisarts constant houden, blijkt dit verband alleen aanwezig bij de respondenten die de laatste drie maanden bij hun huisarts zijn geweest. ($r = -.23$ bij degenen die één keer de huisarts bezochten; $r = -.14$ voor degenen die twee keer of vaker bij de huisarts zijn geweest). Er is geen verband tussen de frequentie van het bezoek en de tevredenheid met de huisarts.

Gezien het negatieve verband tussen tevredenheid en directe attitude ($r = -.12$; $p = .001$) vinden tevreden patiënten het ook minder vanzelfsprekend om de huisarts tot een verwijzing aan te zetten.

Naarmate men tevredener is over zijn eigen huisarts, slaat men het belang van de huisartsgeneeskunde ook hoger aan ($r = .18$; $p = .001$), terwijl men de specialismen aanzienlijk minder apprecieert ($r = -.22$; $p = .001$)

- de mening over het tijdstip van verwijzen.

Het feit dat mensen vinden, dat de huisarts te lang wacht met verwijzen komt slechts matig in hun intenties tot uitdrukking. Alleen in het geval van niet-levensbedreigende de klachten zijn zij meer geneigd op verwijzing aan te dringen, dan degenen die vinden dat de huisarts op het juiste moment verwijst. ($T = -2,54$; $p = .011$).

Uit het feitelijk gedrag blijkt echter weer dat de intenties niet altijd betrouwbare voorspellers van dat gedrag zijn: 40,8 % van degenen met kritiek op het tijdstip van verwijzen liet de huisarts merken verwezen te willen worden, tegen 24.9 % van de respondenten die het met het verwijsmoment eens waren. Behalve de sterkere directe attitude is van de critici vooral hun zeer hoge appreciatie van de specialist opvallend ($T = -6.78$; $p = .000$) en een lagere waardering voor het huisartsenvak: ($T = 3.25$; $p = .001$) Dit pleit voor de stelling dat hun kritiek op het moment van verwijzen niet in de eerste plaats uit de ernst van hun klachten voortkomt, maar vooral uit een uitdrukkelijke voorkeur voor behandeling door de specialist boven behandeling door de huisarts.

- Wie moet (vooral) over de verwijzing beslissen.

Respondenten die vinden dat de beslissing over een verwijzing in de eerste plaats ligt bij de patient beantwoorden geheel aan het patroon dat bij deze mening past. Alleen hun gedragsintentie bij levensbedreigende klachten verschilt niet significant van die van de responden, die het zwaartepunt van de verwijsbeslissing bij de huisarts leggen. Zij hebben aanzienlijk sterkere attitudes (indirect : $T = -4,27$; $p = .000$; direct: $T = -5,14$; $p = .000$), een sterke algemene gedragsintentie ($T = - 5,70$; $p = .000$) en een sterkere gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten. ($T = -2.00$; $p = .047$).

32,7 procent van hun probeerde de huisarts tot een verwijzing te bewegen, tegen 22.2 procent van de passievere patiënten.

Ook niet onverwacht zijn de relatief lage waardering van de huisarts ($T = 2.88$; $p = .004$) en de hoge waardering van de specialist ($T = 2.57$; $p = .011$).

- Hoe vervelend is het ontbreken van een ziekenhuis in Lelystad.

Naarmate men de afwezigheid van een ziekenhuis meer betreurt, hebben de respondenten een zwakkere indirecte attitude ($r = -.07$; $p = .027$). Dit verband heeft echter geen betekenis, omdat de indirecte attitude voor een deel bestaat uit items, die de moeite meten die men met de grote afstand tot de specialist heeft.

Meer voor de hand liggen de sterkere directe attitude ($r = .09$; $p = .006$), de sterkere specifieke gedragsintenties ($r = .10$, $p = .004$ bij levensbedreigende klachten; $r = .12$ en $p = .001$ bij niet - levensbedreigende klachten) en het frequenter vöörkomen van het feitelijk gedrag ($r = .11$; $p = .001$) naarmate het ziekenhuis sterker wordt gemist. Dat de specifieke gedragsintenties en het feitelijk gedrag wèl positief samenhangen met de onvrede over de afwezigheid van een ziekenhuis en de (meer hypothetische) algemene gedragsintentie niet, duidt erop dat men, verwijst naar praktische ervaringen in het (recente) verleden. Dit vermoeden wordt bevestigd als we kijken naar de relatie tussen het bezoek aan de specialist in het afgelopen jaar en de onvrede die men over het gebrek aan tweede-lijnsvoorzieningen voelt. Van de respondenten die het 'zeer vervelend' vinden ($n = 491$) bezocht 41 procent de specialist, terwijl van de overigen (vervelend, tamelijk vervelend, niet vervelend; $n = 268$) slechts 29 procent dit deed.

6.4.4. Subjectieve gezondheidstoestand en medische consumptie opgesplitst naar demografische en persoonlijkheidskenmerken.

- Geslacht.

Mannelijke respondenten geven vaker aan dat zij hun gezondheid niet goed vinden: 27.9 % van de mannen doet dat tegen 24.7 % van de vrouwen.

Toch bezochten vrouwen aanzienlijk vaker (voor zichzelf) de huisarts: 61,5 procent van de vrouwen ging de laatste drie maanden minstens één keer naar de huisarts tegen 47,5 procent van de mannen. De hogere frequentie van het bezoek aan de huisarts bij vrouwen leidt niet tot meer bezoek aan de specialist: 35,7 procent van de vrouwen bezocht tijdens de twaalf maanden voorafgaand aan het onzerzoek een specialist tegen 38,5 procent van de mannen.

Wel werden vrouwen iets vaker opgenomen: 9,0 procent van de vrouwen en 7,9 procent van de mannen.

- Werksituatie.

De 'werksituaties', zoals wij die hebben onderscheiden impliceren grote verschillen in de beleving van de gezondheid. De arbeidsongeschikten zijn bijna per definitie ongezond: 90 procent van hen ervaart de persoonlijke gezondheidstoestand niet als goed. (categoriën: niet goed, goed, zeer goed). Zij maken dan ook, zeer frequent gebruik van medische diensten: 82 procent ging de 'afgelopen' drie maanden minstens één keer naar de huisarts (van de totale groep is dat 55 procent); 78 procent van de arbeidsongeschikten bezocht tijdens de twaalf maanden, die aan het onderzoek voorafgingen de specialist (voor de totale groep is het percentage 37 procent.) Driekwart van hen was op het moment van onderzoek onder behandeling bij een specialist (totale groep : 24 procent).

Ook de gepensioneerden voelen zich, als gevolg van hun hoge leeftijd, slechter dan de gemiddelde respondent: 40 procent heeft geen goede gezondheid (totale groep: 26 procent), maar zij bezochten de huisarts slechts weinig meer dan gemiddeld: 61 procent (totale groep: 55 procent). Wel gingen zij aanmerkelijk meer naar de specialist (59 procent tegen 37 procent van de gehele groep) en waren ook veel vaker onder behandeling van de specialist (47 procent tegen 24 procent van de totale groep). 18 procent van de gepensioneerden werd opgenomen, dat is meer dan van welke andere categorie dan ook. (totale groep: 8,5 procent).

Van de andere categorieën zijn de werklozen, (n= 28), de zelfstandigen (n = 25) en de studerende(n) (n = 37) te zwak in aantal vertegenwoordigd om de percentages nog enige betrouwbaarheid te kunnen toekennen.

In twee opzichten zijn twee andere categorieën namelijk de 'in loondienst werkende' en de 'huisvrouwen ' wel interessant. Zij vertegenwoordigen een groot deel van de respondenten (respectievelijk 40 en 34 procent) en bovendien zijn geen van beide categorieën per definitie of door ouderdom ongezonder.

Er zijn aanmerkelijk meer huisvrouwen, die hun gezondheid 'niet goed' noemen (26,5 procent) dan 'in loondienst werkenden' (15,4 procent).

Daarbij speelt natuurlijk een rol dat de 'in loondienst werkenden' door de afvloeiing van arbeidsongeschikten een relatief goede gezondheid hebben.

Huisvrouwen gingen ook meer naar de huisarts: (62,7 procent tegen 48,2 procent van de in loondienst werkenden) en meer naar de specialist dan degenen die in loondienst zijn (34,6 tegen 30,9 procent) en werden vaker opgenomen (8,9 tegen 6,9 procent). Tenslotte waren ook meer huisvrouwen onder behandeling bij een specialist (20,9 procent tegen 16,4 procent)

- Leeftijd.

Het zal weinig opzien baren dat mensen naarmate ze ouder zijn, zich ook ongezonder voelen ($r = -.21$; $p = .001$). Bovendien bezoeken ze vaker de huisarts ($r = .13$; $p = .001$), hoewel er tussen de categorieën van 56-65 jaar en die boven de 65 geen verschil van betekenis is. In de jongste categorie 16-25 jaar bezocht 44,5 procent minstens één keer de huisarts. Van respondenten ouder dan 55 jaar is dat 66 procent.

Met de leeftijd nemen ook het bezoek aan de specialist en het aantal respondenten dat onder behandeling is toe. Van de 16-25 jarigen bezocht 27,3 procent een specialist en was 14,5 procent onder behandeling. Voor de categorie boven de 65 zijn deze percentages 54,5 en 45,5 procent.

Het opnamepercentage houdt weinig verband met de leeftijd tot het 65ste jaar. Dan gaat het drastisch omhoog: 14,5 procent van de 65-plussers werd opgenomen. (van de gehele groep 8,3 procent);

Bij het verband tussen leeftijd en medische consumptie moet een kanttekening gemaakt worden. De groep 36-45 jarigen past niet in de zojuist beschreven trends. Zij gaan minder naar de huisarts, minder naar de specialist, zijn minder onder behandeling en worden minder opgenomen dan de respondenten tussen 26 en 35 jaar.

- Verzekeringsvorm.

Particulieren vinden zichzelf gezonder dan ziekenfondsverzekerden. 15,4 procent van de particulier verzekerden vinden dat zij geen goede gezondheid hebben tegen 31,2 procent van de ziekenfondsverzekerden. De fondspatienten gingen dan ook wat vaker naar de huisarts: 57,4 procent was minstens één keer bij de huisarts tegen 51,0 procent van de particulieren. Ziekenfondspatienten gingen meer naar de specialist (39,2 procent tegen 31,2) en waren vaker onder behandeling (28,2 tegen 16,4 procent). Het opnamepercentage daarentegen ligt bij particulieren iets hoger dan bij fondspatienten (8,9 tegen 8,5 procent).

- Opleiding.

Naarmate het opleidingsniveau hoger is, laten de respondenten zich gunstiger uit over hun gezondheidstoestand ($r = .25$; $p = .000$) en gaan zij minder naar de huisarts ($r = -.15$; $p = .0000$). Vooral veel mensen met een lagere opleiding (L.O., VGLO, of LAVO) vinden hun gezondheid niet goed (52,3 procent tegen 26,0 procent van de totale groep).

Relatief het minst naar de huisarts gingen de respondenten met middelbaar onderwijs of een middelbare beroepsopleiding (44,9 procent tegen 55,1 procent van de totale groep).

Ook het percentage dat een specialist bezocht neemt af bij een hoger opleidingsniveau: van 43,9 procent van de respondenten met een lagere opleiding tot 30,4 procent van degenen met een hogere beroeps- of universitaire opleiding. Nog groter zijn de verschillen als we bekijken wie er onder behandeling van een specialist zijn: 35,1 procent van de laagst opgeleiden; 25,2 procent van mensen met ULO of MAVO; 15,4 procent van de middelbaar opgeleiden en 14,1 procent van de hoger opgeleiden. De opnamepercentages voor deze categorieën zijn respectievelijk: 12,2; 7,6; 8,3 en 6,3 procent.

- Urbanisatiegraad van de vorige woonplaats.

Mensen uit de drie grote steden voelen zich aanmerkelijk ongezonder dan de overige respondenten; 32,6 % van hen zegt geen goede gezondheid te hebben tegen 20,1 % van de overige respondenten. Zij gaan dan ook meer naar de huisarts (62,0 procent van de 'ex-Amsterdammers' bezocht minstens één keer de huisarts tegen 48,0 procent van de overigen), meer naar de specialist (41,7 tegen 32,8 procent), en waren meer onder behandeling (30,5 tegen 18,4 procent).

Deze verschillen komen niet tot uiting in het opnamepercentage. Van de voormalige bewoners uit de drie grote steden werd 7,3 procent opgenomen tegen 9,5 procent van de overige respondenten.

6.4.5. Bij welke categorieën van de bevolking bepaalde meningen prevaleren.

- Tevredenheid over de huisarts.

De mate van tevredenheid over de huisarts hangt noch samen met de (subjectieve) gezondheidstoestand noch met de frequentie van het bezoek aan de huisarts. Ook de vraag of men bij de specialist is geweest beïnvloedt niet de waardering voor de eigen huisarts.

De meeste invloed op de tevredenheid heeft de leeftijd ($r = .14$; $p = .001$). Hoe ouder, des te tevredener men is over de huisarts.

Vrouwen schijnen iets ontevredener dan mannen ($r = -.06$; $p = .04$) en een hogere opleiding doet de ontevredenheid ook toenemen ($r = -.07$; $p = .02$). Verzekeringsvorm en urbanisatiegraad van de vorige woonplaats spelen geen rol in de tevredenheid over de huisarts. De belangrijkste categorieën van de variabele 'werksituatie' t.w. de in loondienst werkenden en de huisvrouwen onderscheiden zich niet van elkaar in hun tevredenheid over de huisarts.

- Het moment waarop de huisarts verwijst*.

Of men van mening is dat de huisarts te lang wacht met verwijzen of dat men juist vindt dat de huisarts op het goede moment verwijst, hangt niet af van de gezondheidstoestand en de frequentie van het bezoek aan de huisarts. Wel kwamen de critici wat minder bij de specialist (39,9 procent) dan degenen die het verwijsgedrag van de huisarts goedkeurden (44,6 procent). Ook werden zij minder opgenomen (7,4 tegen 10,0 procent).

Vrouwen vinden vaker dan mannen dat de huisarts te laat verwijst (30,4 tegen 26,5 procent).

Ziekenfondspatiënten hebben die kritiek ook meer (30,7 procent) dan particulieren (23,9 procent).

Lelystedelingen afkomstig uit de drie grote steden vinden dat meer (29,2%) dan de overigen (25,8 procent).

- Mensen met een lagere opleiding (LO, VGLO of LAVO) zijn in dit opzicht minder ontevreden (21,7 %) dan de overige respondenten (30,0 procent).

* Deze resultaten hebben betrekking op ongeveer 520 respondenten. Degenen die geen mening gaven ($n = 237$) en degenen die vonden dat de huisarts te snel verwijst ($n = 3$) zijn buiten beschouwing gebleven.

Hoe ouder de respondenten zijn, des te minder wordt gezegd dat de huisarts te laat doorverwijst. Van respondenten tussen 16 en 45 jaar is 33,0 procent van mening dat de huisarts te lang wacht met verwijzen. Bij de oudere respondenten neemt dit percentage gestaag af tot 13,6 procent van de 65-plussers.

In loondienstwerkenden hebben die kritiek vaker (33,0 procent) dan huisvrouwen (28,3 procent). Hoewel 75 procent van de arbeidsongeschikten onder behandeling is bij een specialist vindt toch nog 18,2 procent dat de huisarts te lang wacht met verwijzen.

- Wie moet (vooral) over de verwijzing beslissen?

Respondenten die vinden dat de patiënt het grootste aandeel in de verwijzingsbeslissing moet hebben, zeggen vaker dat ze geen goede gezondheid hebben dan degenen die van mening zijn dat vooral de huisarts daarover moet beslissen (31,1 procent tegen 25,1 procent). Zij gingen desalniettemin minder naar de huisarts: 49,0 procent van hen bezocht minstens één keer de huisarts tegen 56,8 procent van de meer op de arts gerichte patiënten. Toch bezochten zij juist wat vaker de specialist: 39,1 procent van de respondenten die vinden dat vooral de patiënt moet beslissen tegen 35,9 procent van de anderen. Degenen die van mening zijn dat de beslissing vooral bij de patiënt ligt, worden dus, afgemeten aan de frequentie van het bezoek aan de huisarts, relatief vaak verwezen. Dit resulteert echter niet in een belangrijk hoger verwijzingspercentage (9,3 tegen 8,5 procent).

Of men van mening is, dat vooral de patiënt moet beslissen, wordt in belangrijke mate bepaald door het opleidingsniveau van de respondenten. Slechts 13,3 procent van de mensen met een lagere opleiding is die mening toegedaan; 16,2 procent van de mensen met ULO of MAVO; 26,6 procent van de middelbaar en 37,2 procent van de hoger opgeleiden.

Vrouwen en mannen vinden even vaak dat de patiënt moet beslissen (respectievelijk 20,4 en 19,6 procent). Ook de leeftijd van de respondenten is niet van invloed op hun mening over dit onderwerp. Relatief veel arbeidsongeschikten vinden dat de patiënt het meest over de verwijzing te zeggen heeft (28,8 procent.) De percentages in loondienst werkenden en huisvrouwen die dat vinden ontlopen elkaar niet veel (20,3 en 18,7 procent.)

Particulieren zijn meer geneigd hun eigen mening over al of niet verwijzen zwaarder te laten wegen (dan die van de huisarts) dan fondspatiënten (25,9 tegen 17,3 procent).

Voormalige 'Amsterdammers' onderscheiden zich in dit opzicht niet van de overige bewoners van Lelystad (19,7 en 20,7 procent).

- Hoe vervelend is het ontbreken van een ziekenhuis in Lelystad?

De afwezigheid van een ziekenhuis is vanzelfsprekend vervelender naarmate men er meer gebruik van moet maken. Hoe ongezonder men zich voelt, des te vervelender wordt het gevonden ($r = -.09$; $p = .005$). Van de mensen die het zeer vervelend vinden dat er geen ziekenhuis in Lelystad is ($n = 490$) heeft 40,7 procent de specialist bezocht. Van de overige respondenten is dat 28,8 procent. Ook het feit dat mensen werden opgenomen draagt bij tot de irritatie over het ontbrekende ziekenhuis. 70,8 procent van de opgenomen respondenten vindt het zeer vervelend ($n = 65$) tegen 64,0 procent van de respondenten die niet in een ziekenhuis werden opgenomen ($n = 692$).

Van de respondenten die zeggen dit niet of alleen tamelijk vervelend te vinden, kwamen zelfs maar 3 van de 114 respondenten voor een opname in een ziekenhuis. Ook neemt de irritatie toe met de frequentie van het bezoek aan de huisarts ($r = .12$; $p = .0003$).

Er is geen verband tussen het geslacht en de mate waarin het ontbreken van een ziekenhuis wordt betreurd. Aanmerkelijk vervelender is de afwezigheid van een ziekenhuis, als men uit een van de drie grote steden afkomstig is: 59,9 procent van hun zegt het zeer vervelend te vinden, tegen 40,2 procent van de overigen. Verder dragen een lagere opleiding ($r = -.17$; $p = .0000$) en een hogere leeftijd ($r = .12$; $p = .001$) bij tot de ergernis. Bovendien vindt men mensen die het zeer vervelend vinden vaker onder ziekenfondspatiënten (66,7 procent) dan onder particulier verzekerden (59,5 procent). Huisvrouwen zeggen wat vaker het zeer vervelend te vinden (65,5 procent) dan in loondienst werkenden (61,6 procent).

6.4.6. De (relatieve) tijd die een bezoek aan de specialist kost.

Respondenten die 'aanzienlijk meer' of 'veel meer' tijd aan een bezoek aan de specialist kwijt zijn dan aan een bezoek aan de huisarts, gingen ook minder naar de specialist dan degenen, die dit evenveel of slechts weinig meer tijd kost (33,9 procent tegen 39,0 procent).

Dit ligt niet aan een betere gezondheid van de mensen die veel tijd moeten investeren. Zij gingen ook niet minder naar de huisarts. Vrouwen kost een bezoek aan de specialist relatief meer tijd dan mannen. Voor 53,8 procent van de vrouwen is de extra tijd ten opzichte van een bezoek aan de huisarts 'aanzienlijk' of 'veel', terwijl dit voor 46,2 procent van de mannen het geval is. Een zelfde verschil is te vinden tussen huisvrouwen (54,7 procent) en in loondienst werkenden (46,5 procent).

Ook loopt de extra te investeren tijd op naarmate men ouder is ($r = .08$; $p = .014$). Naarmate de opleiding hoger is, kost het bezoek aan de specialist relatief minder tijd. Van degenen met een lagere opleiding besteedt 58,6 procent aanzienlijk meer of veel meer tijd aan een bezoek aan de specialist. Dit geldt voor 49,7 procent van de mensen met een ULO of MAVO-opleiding, voor 47,1 procent van de middelbaar opgeleiden en voor 41,7 procent van de hoger opgeleiden. Komt men uit één van de drie grote steden dan is men minder tijd kwijt aan een specialist, dan als men uit een andere woonplaats afkomstig is. (47,5 procent aanzienlijk of 'veel' meer tegen 54,5 procent van de overigen. Particulieren en ziekenfondspatienten onderscheiden zich niet van elkaar in de extra te besteden tijd.

6.5. Samenvatting.

De enquête onder de bevolking van Lelystad had een goede respons (73,1 %). In de groep waarop de analyses zijn uitgevoerd, zijn vrouwen en particulier verzekerden enigszins oververtegenwoordigd. Jongeren tot 39 jaar zijn ondervertegenwoordigd. De verschillen met de populatie zijn echter niet bijzonder groot. De correlaties tussen de variabelen in het Fishbein-model zijn met uitzondering van die van de algemene gedragsintentie met de directe attitude (.65) en de subjectieve norm (.50) niet erg hoog. De correlaties tussen de indirecte en de directe attitude (.27) en tussen de gedragsintenties en het feitelijk gedrag (.20, .18 en .10) bleven enigszins beneden de verwachtingen.

Voor de sterkte van de verbanden in het model maakt het niet veel uit of we het toepassen op gezonde of op ongezonde mensen. Het blijkt tegen de verwachting in, zelfs iets beter te werken bij de gezonde respondenten. De variabelen met betrekking tot de gezondheidstoestand correleren dan ook slechts zwak tot matig met de meeste modelvariabelen. Wel is de subjectieve gezondheidstoestand (ook bij controle van het bezoek aan de huisarts) sterk van invloed op het feitelijk gedrag. Hoe ongezonder, hoe vaker men laat merken naar de specialist verwezen te willen worden. Bij ongezonde respondenten gaan dan ook sterkere gedragsintenties bij zowel levensbedreigende als bij niet-levensbedreigende klachten gepaard aan een hoge waardering voor de specialismen.

De subjectief ervaren gezondheid is vooral beter naarmate de respondenten een hogere opleiding hebben en in de tweede plaats naarmate ze jonger zijn. Bovendien voelen mannen zich wat ongezonder dan vrouwen, voelen ziekenfondspatiënten zich slechter dan particulier verzekerden, zijn huisvrouwen aanmerkelijk minder gezond dan in loondienst werkenden en zijn uit Amsterdam afkomstige bewoners er naar hun gevoel slechter aan toe dan de overige respondenten. In de meeste van deze gevallen betekent ongezonder ook dat in deze groepen meer mensen naar de huisarts gaan, meer naar de specialist, meer onder behandeling van een specialist zijn, en meer mensen worden opgenomen. Op deze reeks zijn een paar uitzonderingen, die de moeite van het vermelden waard zijn:

- vrouwen gingen niet minder maar meer naar de huisarts en werden vaker opgenomen.
- 36-45-jarigen zorgden voor een knik in de leeftijdscurves. Zij zijn gezonder en maken minder gebruik van genoemde medische diensten dan de 26-35-jarigen. Het opname-percentages blijkt tot het 65e jaar constant. Daarboven stijgt het drastisch.

- ziekenfondspatiënten werden niet vaker opgenomen dan particulier verzekerden.
- ex-Amsterdammers werden niet meer, maar minder opgenomen dan de overige respondenten.

Mannen hebben een sterkere gedragsintentie bij niet-levensbedreigende klachten. Dit komt tot uiting in het feitelijk gedrag van de respondenten die de afgelopen drie maanden minstens twee keer naar de huisarts gingen.

De hogere specifieke gedragsintenties van ouderen worden niet weerspiegeld in het feitelijk gedrag. Ouderen laten niet vaker merken dat ze verwezen willen worden. Het is mogelijk dat artsen bij ouderen zelf eerder tot verwijzen overgaan en hen zo als het ware de initiatieven om op verwijzing aan te dringen ontnemen. Bovendien zijn ouderen vaak al onder behandeling van een specialist. Maar er is ook een aantal tendensen, die erop wijzen dat ouderen een conflict met de huisarts eerder uit de weg zullen gaan. Zij hebben een hoge waardering voor huisarts en specialist, zijn tevredener over hun huisarts, en vinden ook minder vaak dat de huisarts te laat doorverwijst.

De specifieke gedragsintenties zijn zwakker naarmate de opleiding hoger is. Het zijn vooral de respondenten op ULO- en MAVO-niveau die hun intentie om op verwijzing aan te dringen vaak in de praktijk uitvoeren, zoals uit de hoge correlaties tussen de gedragsintenties en het feitelijk gedrag voor deze categorie blijkt. Naarmate de opleiding hoger is zijn de waardering voor huisarts en specialist geringer en is men aanmerkelijk meer van mening dat vooral de patiënt over een verwijzing moet beslissen.

Het samengaan van een slechte gezondheid en veel beschikbare tijd, zoals bij arbeidsongeschikten en gepensioneerden het geval is, leidt niet tot sterkere gedragsintenties of tot vaker vragen om een verwijzing dan op grond van de slechte gezondheidstoestand alleen te verwachten is.

De tijd dat men in Lelystad woont heeft in het geheel geen invloed op de variabelen uit het model.

De urbanisatiegraad van de vorige woonplaats daarentegen wel. Ex-Amsterdammers hebben sterkere specifieke gedragsintenties en laten vaker merken dat ze verwezen willen worden. Particuliere patiënten hebben een sterkere indirecte attitude en een sterkere algemene gedragsintentie dan ziekenfondspatiënten, maar laten aanmerkelijk minder vaak merken dat ze verwezen willen worden. Er zijn geen aanwijzingen dat particuliere patiënten, die zelf voor een deel van de kosten van specialistische hulpverlening moeten opdraaien, minder verwijsgeneigd zijn dan geheel tegen die kosten verzekerden.

De relatieve tijd die een bezoek aan de specialist kost ten opzichte van een bezoek aan de huisarts is vooral van invloed op het feitelijk gedrag van de respondenten die minstens 2x de huisarts bezochten. Men liet de huisarts veel minder merken verwezen te willen worden naarmate de te investeren extra tijd opliep. Hoe hoger de opleiding des te minder tijd kostte een bezoek aan de specialist. Ook ex-Amsterdammers zeiden daaraan minder tijd te spenderen dan de overige respondenten.

7. Samenvatting.

In dit rapport worden de eerste resultaten beschreven van een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie. De situatie die te Lelystad bestond vóór de opening van het ziekenhuis wordt beschreven, waarbij vier gebieden worden onderscheiden: het verwijspatroon van de huisartsen, medische consumptie in de huisartspraktijk, opvattingen van patiënten over de plaats van eerste en tweedelijnsgezondheidszorg, en taakopvattingen van huisartsen.

De verzameling van het materiaal vond plaats in de periode februari-juli 1982.

De vier onderscheiden onderdelen worden gescheiden geanalyseerd en gepresenteerd; onderlinge verschillen tussen huisartsen komen nauwelijks aan de orde.

Om gegevens over het verwijspatroon te verkrijgen registreerden de huisartsen gedurende 9 weken alle verwijzingen, en noteerden een aantal gegevens. Dit resulteerde in 1966 vrij gedetailleerd beschreven verwijzingen.

Het verwijscijfer van ziekenfondspatiënten te Lelystad is laag (+ 300 verwijskaarten per 1000 patiënten); het particuliere verwijscijfer ligt daar ruim 30 % onder. Het percentage verwijzingen dat wordt geclassificeerd als 'op initiatief van de huisarts' bedraagt ongeveer 32 % (voor ZF-verzekerden), waarmee de stelling dat de huisarts slechts op een bescheiden deel van de verwijzingen invloed kan uitoefenen weer eens wordt bewezen.

Verwijzingen op verzoek van de patiënt komen vooral voor in de leeftijdsgroep 20-39 jaar. De huisarts acht deze verwijzingen doorgaans iets minder noodzakelijk.

Of de huisarts al een diagnose heeft gesteld als hij een patiënt verwijst, dan wel in het onzekere verkeert over de vraag wat er aan de hand is, hangt niet samen met het geslacht van de patiënt, en evenmin met de verzekeringsvorm. Wél blijken verwijzingen waarbij de huisarts (nog) geen diagnose heeft kunnen stellen vooral voor te komen bij die specialismen die relatief 'generalistisch' zijn: kindergeneeskunde en interne geneeskunde.

De medische consumptie werd vastgesteld doordat alle huisartsen gedurende 10 dagen, gespreid over in totaal 11 weken, alle spreekuurcontacten en visites noteerden en naast enkele achtergrondgegevens van de patiënt, registreerden of de patiënt om een verwijzing had gevraagd, of hij verwezen was, of er lab.- en/of röntgenbepalingen waren aangevraagd, of er een recept was meegegeven, en of de huisarts de patiënt terugbestelde.

Wat de resultaten hiervan betreft is vooral het verschil tussen ziekenfonds-

en particuliere patiënten opvallend: de eerste groep ziet de huisarts vaker, maar wordt minder vaak terugbesteld. De resultaten van dit deel van het onderzoek zijn overigens grotendeels in overeenstemming met reeds bekende gegevens.

Van elke 100 spreekuurcontacten eindigen er 6 met een verwijzing; een kwart van de verzoeken om verwijzing door de patiënt wordt door de huisarts niet gehonoreerd.

De opvattingen van de bevolking werden gemeten door aan een a-selecte steekproef van 1200 personen van 16 jaar en ouder een postenquête toe te zenden. De respons was goed: bijna 75 %.

Een deel van de vragenlijst was gewijd aan de door de patiënt verwachte gevolgen als hij zijn huisarts zou laten merken dat hij eigenlijk liever naar een specialist zou willen, aan de intentie van de patiënt om zich, in het algemeen en bij specifiek omschreven klachten, door de huisarts te laten verwijzen, en aan de vraag hoe vaak hij het laatste jaar feitelijk op een verwijzing had aangedrongen. Daarnaast werden vragen gesteld over de algemene waardering voor huisarts en specialist, de gezondheidstoestand, de medische consumptie en enkele achtergrondgegevens.

De onderlinge relaties tussen de variabelen zijn, hoewel niet zeer sterk, alle in de verwachte richting. Wie sneller geneigd is de huisarts duidelijk te maken dat hij verwezen wil worden heeft dat het afgelopen jaar ook vaker gedaan, evenals degenen die een grote waardering voor het werk van de specialist hebben (de waardering voor het werk van de huisarts is daarop echter niet van invloed). Wie een minder goede gezondheid heeft is sneller geneigd bij zijn huisarts op een verwijzing aan te dringen. Mannen zijn, vooral als het gaat om klachten die niet direct levensbedreigend zijn, eerder geneigd om het 'hogerop te zoeken' dan vrouwen, en doen dit ook vaker, tenminste als men rekening houdt met het feit dat ze in het algemeen veel minder naar de huisarts gaan. Ook ouderen hebben deze neiging sterker, maar doen het in de praktijk niet vaker. Wellicht is dit in hun geval ook minder nodig: veel ouderen 'lopen' al bij een specialist en hoeven dus niet op een verwijzing aan te dringen.

Mensen die, voordat ze naar Lelystad kwamen, in een grote stad (vooral Amsterdam) woonden, bleken veel vaker op verwijzing naar de specialist aan te dringen dan anderen. Particulieren deden dit minder dan ziekenfondsverzekerden.

De tijd die een bezoek aan specialist respectievelijk huisarts kost speelt ook een rol: naarmate de tijd die men voor een bezoek aan de specialist 'extra' nodig heeft (in vergelijking met een bezoek aan de huisarts) langer

is, heeft men minder vaak op een verwijzing aangedrongen.

Bij het bovenstaande moet wel bedacht worden dat de vermelde samenhangen bivariaat zijn: er is dus nog niet gecontroleerd op schijnverbanden, terwijl multivariate analyses geheel ontbreken.

Wat de taakopvatting van de huisarts betreft blijkt dat de Lelystadse huisartsen zich onderscheiden van hun collegae elders: van méér aandoe-ningen zeggen zij dat de diagnostiek huisartsenwerk (en geen specialistenwerk) is, en het aantal diagnostische en therapeutische ingrepen dat zij in de praktijk plegen toe te passen is beduidend hoger.

LITERATUUR

- Azjen, I. en M. Fishbein, Understanding attitudes and predicting social behavior, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1980.
- Bensing, J.M. en P.F.M. Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, Verwijspatronen, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1977. Deel I, Kerncijfers, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1978.
- Dopheide, J.P., Verwijzingen door de huisarts; Enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en forensengemeenten, Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- Dillman, D.A., Mail and telephone surveys; the total design method. John Wiley and sons, New York, 1978.
- Es, J.C. van en H.R. Pijlman. Het verwijzen van ziekenfondspatiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken, Huisarts en Wetenschap, 13, 1970, 433-439.
- Feldstein, M.S., Econometric studies of health economics in M.D. Intrilligator & D.A. Kendrick eds.: Frontiers of quantitative economics, North Holland Publ. Cy, Amsterdam, 1974.
- Jansen, Ton, Adke de Koning, Annelies Loot, Bob van Ooijen en Yvonne Rijs-houwer, Huisarts of specialist: wat vindt de patiënt ervan? R.U. Leiden, Vakgroep Sociale- en Organisationspsychologie, 1982.
- Jessen, J.L. e.a., Medische consumptie, Rijksuniversiteit Groningen, 1974.
- Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ), Jaarboeken 1979 en 1980. Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Zeist, 1981 resp. 1982.
- Pel, J.Z.S., Over de invloed van de huisarts op het verwijsperscentage, Medisch Contact 30, 1975.
- Posthuma, B.H., Invloed van leeftijd en geslacht op verwijscijfers naar medische specialisten. Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap, R.U. Groningen, 1976.
- Posthuma, B.H. en J. van der Zee, Tussen 1e en 2e echelon 1, Onderzoek op macro-niveau naar verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers, Utrecht/Groningen, 1977.
- Rutten, F.F.H., The use of health care facilities in The Netherlands, diss. Leiden, 1978.
- Swinkels, M.A.A. en J.P. Dopheide, Samenwerking tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg te Hoogeveen, Utrecht, NHI, 1982.
- Ven, W.P.M.M. van de, F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet en F.F.H. Rutten, Inventarisatie en achtergronden van consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, Gezondheid en Samenleving, 1 1980, 224-254.

BIJLAGE 1

FORMULIER VOOR DE VERWIJSREGISTRATIE

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht
telefoon 030-31 99 46

naam huisarts:
datum verwijzing:

TOELICHTING: DIT FORMULIER DIENT INGEVULD BIJ EEN VERWIJZING NAAR EEN SPECIALIST.
NIET BIJ AANVRAGEN VOOR LAB. ONDERZOEK, RÖNTGENFOTO'S, FYSIOTHERAPIE,
UITSTRIJKJES, ETC.

DE VRAGEN 1 T/M 6 ZIJN BESTEMD VOOR DE ASSISTENTE

| | | | | | |
|--|---|-----|--------------------------|-------|--------------------------|
| Is dit een verwijzing voor een: -Ziekenfondspatiënt <input type="checkbox"/> (EEN HOKJE AANKRUISEN) | 1B. Geboortjaar patiënt <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | 1 | 9 | | |
| 1 | 9 | | | | |
| -Particulier patiënt <input type="checkbox"/> | 1C. Geslacht <table border="0" style="display: inline-table;"><tr><td style="padding-right: 10px;">Man</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td style="padding-right: 10px;">Vrouw</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | Man | <input type="checkbox"/> | Vrouw | <input type="checkbox"/> |
| Man | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Vrouw | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | |
|--|--|
| Hoe lang woont deze patiënt in Lelystad? (EEN HOKJE AANKRUISEN) | Korter dan een jaar <input type="checkbox"/> |
| | 4-5 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 1-2 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 5-10 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 2-3 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 10-15 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 3-4 jaar <input type="checkbox"/> |
| | 15 jaar of langer <input type="checkbox"/> |

Wat is de woonplaats vanwaaruit de patiënt in Lelystad is gaan wonen?

NIET VAN TOEPASSING: De patiënt is in Lelystad geboren. Zijn/haar ouders woonden, voordat ze zich in Lelystad vestigden, in:

VOOR DE VRAGEN 4 T/M 6 ZAL DE ASSISTENTE SOMS INFORMATIE VAN DE HUISARTS NODIG HEBBEN

| | |
|---|---|
| Specialisme waarnaar is verwezen? ----- | Plaats ziekenhuis? (EEN HOKJE AANKRUISEN) |
| | EMMELOORD <input type="checkbox"/> ZWOLLE <input type="checkbox"/> |
| | AMSTERDAM <input type="checkbox"/> HARDERWIJK <input type="checkbox"/> |
| | KAMPEN <input type="checkbox"/> ANDERE PLAATS, T.W.: <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Verwijzing vond plaats tijdens (EEN HOKJE AANKRUISEN) | Het spreekuur <input type="checkbox"/> |
| | Een visite <input type="checkbox"/> |
| | Een telefonisch contact <input type="checkbox"/> |
| | Anders <input type="checkbox"/> |

Is deze verwijzing een
 (STEEDS AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS)

| | |
|---|---|
| JA NEE | JA NEE |
| VERLENGINGSVERWIJZING (Specialist wil behand. na 1 jr. voortzetten) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INITIATIEF VAN ANDERE HULPVERLENER DAN HUISARTS/WAARNEMER (GEEN SPECIALIST) (Bijv. school-, keurings-, sport- of tandarts, maatsch. werk., verloskundige, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| REFRACTIEVERWIJZING (Oogarts bestelt bril dragers periodiek terug; bij nw. geconst. refr.-afw. nee aankruisen) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INITIATIEF VAN EEN SPECIALIST (Specialist A verwijst naar specialist B via de huisarts. Of: specialist wil opnieuw een verwijskaart wegens verandering van huisarts) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ACHTERAFVERWIJZING (Patiënt komt met nieuwe aandoeningen buiten de huisarts om bij de specialist) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

EEN ALS BIJ VRAAG 6 STEEDS NEE IS GEANTWOORD, DIENT DE HUISARTS DE ACHTERZIJDE IN TE VULLEN.

7. Strikt medisch gezien vind ik deze verwijzing

(EEN HOEJE AANKRUIZEN)

Zeer noodzakelijk

Noodzakelijk

Eigenlijk niet
echt noodzakelijk

Niet noodzakelijk

8. Het initiatief voor deze verwijzing ligt

(N.B. VOOR "HUISARTS" KAN OOK "WAARNEMER" WORDEN GELEZEN)
(EEN HOEJE AANKRUIZEN)

(Bijna) uitsluitend bij de huisarts

Meer bij de huisarts dan bij de patiënt

Meer bij de patiënt dan bij de huisarts

(Bijna) uitsluitend bij de patiënt

9. Hoe is deze verwijzing het beste te karakteriseren?

(EEN HOEJE AANKRUIZEN)

De huisarts heeft een diagnose gesteld en de ziekte/
afwijking benoemd

De diagnose van de huisarts staat niet vast, maar er
is slechts een beperkt aantal mogelijkheden.
Een daarvan lijkt het meest waarschijnlijk.

De diagnose van de huisarts laat nog een groot aan-
tal mogelijkheden open.

De huisarts heeft geen idee welke diagnose gesteld
moet worden.

10. Voor zover nu te overzien is, de verwijzing bedoeld voor

(EEN HOEJE AANKRUIZEN)

Louter diagnose
door de specialist

Behandeling
door de specialist

Diagnose en (zodig)
behandeling door
de specialist

11. Wat is de klacht of de diagnose waarmee U de patiënt verwezen heeft?

(VRAAG ZO SPECIFIEK MOGELIJK)

OPMERKINGEN

Datum: _____
 Naam huisarts: _____
 Aanvang spreekuur: uur min.
 Einde spreekuur: uur min.
 Is het spreekuur langer dan 15 min. onderbroken? JA/NEE* Zo ja, hoe lang in totaal: uur min.
 Waarneming: JA/NEE* Zo ja, voor dokter

TOELICHTING ALGEMEEN

Vilt U voor elk spreekuur een nieuw formulier gebruiken? Op dit formulier worden alleen spreekuur-contacten geregistreerd; voor de visite-registratie kunt U het gele formulier gebruiken.
 Telefonische contacten worden niet geregistreerd. Voor iedere patiënt is één regel beschikbaar. Bij twee patiënten per consult: twee regels gebruiken ("begeleiders" niet registreren).

TOELICHTING PER RUBRIEK

VERWIJZING 'GEVRAAGD' DOOR PATIËNT De patiënt vraagt om verwijzing, als hij direct of indirect bij de huisarts op verwijzing heeft aangedrongen.

7/ VERWIJZEN Hieronder vallen alle typen verwijzingen naar een specialist. Niet: aanvragen voor laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, fysiotherapie, uitstrijkjes, etc.

0/ TERUGBESTELCONTACT Van een terugbestelcontact is sprake, als de patiënt op verzoek van de huisarts nog eens op het spreekuur komt.

- ONVOORWAARDELIJK TERUGBESTELLEN (bijv.: "Komt U over twee weken terug?")
- VOORWAARDELIJK TERUGBESTELLEN (bijv.: "Als het over twee weken niet over is, komt U dan terug?")

Is er geen duidelijke termijn afgesproken door de huisarts (bijv. "U komt nog maar eens terug, als het niet over gaat"), dan is niet sprake van een terugbestelcontact.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--|---------------|--------|--|--------------------------------------|----------------------------------|---------|-------------------------------------|--|
| olgnr.** identiek an af- vraag- tek | Ziek.f.* patiënt/ particu- lier | Geb.- jaar | Gesl.* | Is dit consult voor* - pilcontrole - chronische klacht - anders | Verwijz.* 'gevraagd' door pat. | Huisarts* verwijst patiënt | Recept* | Lab.- en/ of rönt- genonderz. | Is er een* terugb.cont. afgesproken - Onvoorw. - Voorw. - Nee |
| 1 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 2 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 3 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 4 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 5 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 6 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 7 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 8 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 9 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 10 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 11 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 12 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 13 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 14 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 15 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 16 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 17 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 18 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 19 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 20 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |

Omcirkelen wat van toepassing is

Voor spoedconsulten is ruimte op de achterzijde

- Voor vervolg z.o.z.-

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------|--------|--|--------------------------------|----------------------------|---------|-------------------------------|--|
| Volgnr. identiek aan afspraakboek | Ziek.f.-* patiënt/particulier | Geb.-jaar | Gesl.* | Is dit consult voor* - pilcontrole - chronische klacht - anders | Verwijz.* 'gevraagd' door pat. | Huisarts* verwijst patiënt | Recept* | Lab.- en/ * of röntgenonderz. | Is er ee terugb.c afgespro -Onvoorw -Voorw. -Nee |
| 21 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 22 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 23 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 24 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 25 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 26 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 27 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 28 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 29 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 30 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 31 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 32 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 33 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 34 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 35 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 36 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 37 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 38 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 39 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 40 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 41 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 42 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 43 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 44 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 45 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 46 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 47 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 48 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 49 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 50 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 51 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 52 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 53 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 54 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 55 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 56 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 57 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 58 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |

SPOEDCONSULTEN

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|------|----|-----|----------------------|--------|--------|--------|--------|----------|
| 59 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 60 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 61 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 62 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 63 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 64 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 65 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 66 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 67 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |
| 68 | ZF/P | 19 | M/V | Pil/Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voo |

* Omcirkelen wat van toepassing is

datum: _____

naam huisarts: _____

aanvang visiteronde: uur min.

afsluitende visiteronde: uur min.

gemiddelde reistijd per visite: min.

is de visiteronde langer dan 15 min. onderbroken? JA/NEE* Zo ja, hoe lang in totaal: uur min.

naamvermelding: JA/NEE* Zo ja, voor dokter

TOELICHTING ALGEMEEN

Gebruik U voor elke visiteronde een nieuw formulier gebruiken? Op dit formulier worden alleen visites geregistreerd; voor de reekurregistratie kunt U het witte formulier gebruiken.
Telefonische contacten worden niet geregistreerd. Voor iedere patiënt is één regel beschikbaar. Bij twee patiënten per site: twee regels gebruiken.

TOELICHTING PER RUBRIEK

VERWIJZING 'GEVRAAGD' DOOR PATIËNT De patiënt vraagt om verwijzing, als hij direct of indirect bij de huisarts op verwijzing heeft aangedrongen.

7 VERWIJZEN Hieronder vallen alle typen verwijzingen naar een specialist. Niet: aanvragen voor laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, fysiotherapie, uitstrijkjes etc.

VERVOLGAFSPRAAK VOOR VOLGENDE VISITE OF CONSULT

-ONVOORWAARDELIJKE VERVOLGAFSPRAAK (bijv.: "Ik (de huisarts) kom overmorgen nog even langs" of: "Komt U volgende week nog even op het spreekuur")

-VOORWAARDELIJKE VERVOLGAFSPRAAK (bijv.: "Als het over 3 dagen niet beter is, bel dan nog even of kom op het spreekuur")

Is er geen duidelijke termijn afgesproken door de huisarts (bijv. "U komt nog maar eens op het spreekuur als het niet over gaat"), dan is niet sprake van een vervolgfafspraak.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------------------------|---|---------------|--------|---|--------------------------------------|----------------------------------|---------|--------------------------------------|---|
| gnr.** antiek visi- ijst | Ziek.f.*- patiënt/ particu- lier | Geb.- jaar | Gesl.* | Is deze visite voor* - chronische klacht - anders | Verwijz.* 'gevraagd' door pat. | Huisarts* verwijst patiënt | Recept* | Lab.- en/ of rönt- genonderz.* | Is er een* vervolgfaf- spraak met patiënt gemaakt |
| 1 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 2 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 3 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 4 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 5 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 6 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 7 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 8 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 9 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 10 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 11 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 12 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 13 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 14 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 15 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 16 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 17 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 18 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 19 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |
| 20 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/NEE |

* Omcirkelen wat van toepassing is
** Voor spoedvisites is ruimte op de achterzijde

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------------------|------------------------------|-----------|--------|---|--------------------------------------|---------------------------|---------|---------------------------------|--|
| Volgnr. identiek aan visitelijst | Ziek.f.* patiënt/particulier | Geb.-jaar | Gesl.* | Is deze visite voor* - chronische klacht - anders | Verwijz.* 'gevraagd' door pat. | Huisarts verwijst patiënt | Recept* | Lab.- en/* of röntgenonderz. | Is er een* vervolgafpraak met patiënt gemaakt |
| 21 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 22 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 23 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 24 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 25 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 26 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 27 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 28 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 29 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 30 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |

SPOEDVISITES

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----|------|----|-----|------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|
| 31 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 32 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 33 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 34 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 35 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 36 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 37 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 38 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 39 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |
| 40 | ZF/P | 19 | M/V | Chron.kl./Anders | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | JA/NEE | Onvw/Voorw/N |

* Omcirkelen wat van toepassing is

2. De onderstaande lijst bevat een aantal medische technieken.
Zou u willen aangeven welke van deze technieken u zelf in de praktijk toepast en welke niet?

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| Panaritium-incisie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Tonsilabces-incisie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Wigexcisie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Verwijderen atheroom | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Nagelectractie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Wrat verwijderen | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Inzetten IUD | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Aanmeten pessarium | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Corpus alienum op cornea verwijderen | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| 'Roestring' van corpus alienum van cornea verwijderen | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Funduscopie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Gewrichtspunctie | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Oogboldrukmeting | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Stemvorkproef | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Paracentese tympani | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Incideren abces gehoorgang | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |
| Inbrengen Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> doe ik | <input type="checkbox"/> doe ik niet |

| | Vol- ledig eens | Groten- deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten- deels oneens | Vol- ledig oneens |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. De huisarts die dat wil zou in het ziekenhuis sommige van zijn patiënten moeten kunnen meebehandelen. | | | | | |
| 2. Als de specialist de huisarts verzoekt om na een jaar een nieuwe verwijskaart af te geven, behoort de huisarts aan dat verzoek te voldoen. | | | | | |
| 3. Een groot deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door specialisten wordt gedaan, zou beter door huisartsen gedaan kunnen worden. | | | | | |
| 4. Controle van chronische patiënten hoort plaats te vinden door de huisarts. | | | | | |
| 5. Als huisarts en specialist van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenhuisopname, dient het oordeel van de specialist de doorslag te geven. | | | | | |
| 6. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consulenten voor de huisarts. | | | | | |
| 7. De huisarts blijft in hoge mate verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis. | | | | | |
| 8. De huisarts die de status van een ziekenhuispatiënt wil inzien, dient de specialist daarvoor toestemming te vragen. | | | | | |

| | Volledig eens | Groten-deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten-deels oneens | Volledig oneens |
|--|---------------|-------------------|------------------------|---------------------|-----------------|
| 9. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel van de specialist in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is. | | | | | |
| 10. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet te veel op het terrein van de specialist komt. | | | | | |
| 11. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte, is geheel de taak van de specialist. | | | | | |
| 12. De specialist die een patiënt wil laten behandelen door een collega van een ander specialisme, dient eerst de mening van de huisarts van die patiënt daarover te vragen. | | | | | |
| 13. De vraag of tussentijds bericht over een ziekenhuispatiënt wenselijk is, kan het beste beoordeeld worden door de specialist. | | | | | |
| 14. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten. | | | | | |
| 15. Bij een verwijzing komt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt volledig bij de specialist te liggen. | | | | | |
| 16. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist. | | | | | |

| | Vol- ledig eens | Groten- deels eens | Niet eens, niet oneens | Groten- deels oneens | Vol- ledig oneens |
|--|-----------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 17. Als de patiënt om een ver- wijskaart of verwijzing vraagt, behoort de huis- arts in principe aan dat verzoek te voldoen. | | | | | |
| 18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak wat betreft de zorg voor zijn patiënten. | | | | | |
| 19. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen patiënten gebeurt. | | | | | |

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

nederlands huisartsen instituut
postbus 2570 3500 GN utrecht



TOELICHTING :

WIJ VERZOEKEN U DEZE VRAGENLIJST IN TE VULLEN.

HET IS DAARBIJ VAN BELANG DAT U GEEN VRAGEN OVERSLAAT.

LET U VOORAL GOED OP DE AANWIJZINGEN. WILT U EEN KRUISJE

ZETTEN IN HET HOKJE DAT HET MEEST MET UW MENING OVEREENKOMT.

BIJ VOORBEELD:

A = Zeer slecht E = Tamelijk goed

B = Slecht F = Goed

C = Tamelijk slecht G = Zeer goed

D = Niet slecht en
niet goed

A B C D E F G

ROKEN VIND IK

DIT BETEKENT DAT U ROKEN TAMELIJK SLECHT VINDT.

BIJ VOORBAAT ONZE DANK VOOR UW MEDEWERKING.

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerking maken:

Als in een vraag iets gunstigs of ongunstigs over huisartsen of specialisten doorklinkt, wil dat niet zeggen dat wij als onderzoekers die mening delen. Het zijn uitspraken die je soms wel eens hoort van mensen als het over dit soort onderwerpen gaat, en we zijn louter geïnteresseerd in Uw mening.

Hieronder volgt allereerst een aantal zaken waarvan wij graag willen weten of U ze in het algemeen goed of slecht vindt. Ze hebben allemaal te maken met ziekte, gezondheid en dokters. Zet U een kruisje in het hokje dat het meest met Uw mening overeenkomt.

A = Zeer slecht E = Tamelijk goed
B = Slecht F = Goed
C = Tamelijk slecht G = Zeer goed
D = Niet slecht en
niet goed

A B C D E F G

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Als mijn huisarts mij verwijst naar de specialist vind ik dat in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandeld worden door een arts die op een beperkt gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts, vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te weten komen of mijn klachten ernstig zijn vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onpersoonlijk behandeld worden door een specialist vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Als er door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden, vind ik dat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Als mijn huisarts mij zelf laat beslissen of ik naar de specialist moet, vind ik dat in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wat U van de volgende zaken aangeven of U ze in het algemeen vervelend of niet vervelend vindt?

A = Niet vervelend
B = Tamelijk vervelend
C = Vervelend
D = Zeer vervelend

| | A | B | C | D |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Veel moeten regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Als mijn huisarts geïrriteerd raakt vind ik dat in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hoge kosten moeten maken voor het reizen naar de specialist vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Veel tijd kwijt zijn met reizen naar de specialist vind ik in het algemeen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hieronder staan enkele vragen over dokters en over Uw gezondheid.

8. Vindt U dat een bezoek aan de specialist veel of weinig tijd kost?

Heel veel tijd

Tamelijk veel tijd

Niet veel, niet weinig tijd

Tamelijk weinig tijd

Heel weinig tijd

9. Vindt U dat een bezoek aan de huisarts veel of weinig tijd kost?

Heel veel tijd

Tamelijk veel tijd

Niet veel, niet weinig tijd

Tamelijk weinig tijd

Heel weinig tijd

10. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist?

Heel veel moeite

Tamelijk veel moeite

Niet veel, niet weinig moeite

Tamelijk weinig moeite

Heel weinig moeite

11. Kost het U veel of weinig moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de huisarts?

Heel veel moeite

Tamelijk veel moeite

Niet veel, niet weinig moeite

Tamelijk weinig moeite

Heel weinig moeite

12. Sommige mensen vinden dat hun huisarts wel eens wat te vlug doorverwijst. Anderen vinden dat hij wel eens lang wacht. En wéér anderen vinden dat hij meestal op het goede moment doorverwijst. Wat is Uw mening? Eén hokje aankruisen s.v.p.

- Mijn huisarts verwijst soms wel eens wat te vlug
- Mijn huisarts verwijst op het goede moment
- Mijn huisarts wacht soms wel wat lang met verwijzen
- Geen mening

13. Hoe is over het algemeen Uw gezondheid?

- Heel goed
- Goed
- Gaat wel
- Niet zo best
- Slecht

14. Weet U nog hoeveel keer U de afgelopen drie maanden voor Uzelf bij de huisarts bent geweest of de huisarts thuis heeft laten komen?

- Geen enkele keer
- Eén keer
- Twee keer
- Drie of vier keer
- Vijf of zes keer
- Meer dan zes keer

15. Heeft U Uw huisarts in de afgelopen twaalf maanden wel eens laten merken dat U naar de specialist wilde?

Ja

Nee

Zo ja,

a. Hoe vaak? keer

b. Heeft de huisarts U toen ook naar de specialist verwezen?

Ja

Soms

Nee

16. Bent U onder behandeling van een specialist?

Ja

Nee

Toelichting:

Deze vraag met ja beantwoorden, als U op dit moment al een afspraak heeft voor een bezoek aan de specialist, of weet, dat U over enige tijd een afspraak moet maken.

Zo ja, voor welke aandoening?

17. Bent U de laatste twaalf maanden voor Uzelf bij de specialist geweest?

Ja

Nee

Zo ja,
was dit tijdens een opname in het ziekenhuis, of op de polikliniek, of bij een specialist aan huis?

Opname in hetziekenhuis
te(invullen s.v.p.)

Polikliniek in hetziekenhuis
te(invullen s.v.p.)

Bij de specialist thuis

18. Hoe tevreden bent U alles bij elkaar genomen met Uw huidige huisarts?

- Buitengewoon tevreden
- Zeer tevreden
- Tevreden
- Tamelijk tevreden
- Niet zo tevreden
- Ontevreden

19. Op dit moment is er in Lelystad geen ziekenhuis. Hoe vervelend vindt U dat?

- A = Zeer vervelend
- B = Vervelend
- C = Tamelijk vervelend
- D = Niet vervelend
- E = Helemaal niet vervelend

Dat er in Lelystad geen ziekenhuis is, vind ik

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A | B | C | D | E |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Als U hokje A, B, of C heeft aangekruist:

Wat is de belangrijkste reden dat U het vervelend vindt dat er in Lelystad geen ziekenhuis is?

Slechts één hokje aankruisen s.v.p.

Het is vervelend als je iemand wilt opzoeken in het ziekenhuis

Het is vervelend als je moet worden opgenomen in een ziekenhuis ver van je woonplaats

Het is vervelend als je naar een specialist moet ver van je woonplaats

In noodgevallen kom je niet op tijd in het ziekenhuis

Een andere reden, namelijk
.....

20. Hieronder volgen enkele uitspraken over huisartsen en specialisten.

Wilt U bij elke uitspraak door middel van een kruisje aangeven in hoeverre U het ermee eens bent?

| | VOLLE- DIG- EENS | GROTEN- DEELS- EENS | NIET EENS/ NIET ONEENS | GROTEN- DEELS- ONEENS | VOL- LEDIG ON- EENS |
|--|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| a. De huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel doorverwijzen naar de specialist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bij een overschot aan dokters kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Huisartsen hebben een belangrijkere taak in de gezondheidszorg dan specialisten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Als de huisarts twijfelt of je iets mankeert dan moet hij je meteen doorverwijzen naar de specialist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Bij een specialist ben in je in betere handen dan bij een huisarts. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Huisartsen sturen je maar voor elk wissel naar de specialist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Het belang van de specialistische hulpverlening wordt meestal overdreven: de meeste ziekten kan de huisarts zelf behandelen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Wie moet volgens U beslissen of een patiënt naar de specialist moet?
(één hokje aankruisen s.v.p.)

- Uitsluitend de huisarts
- De huisarts (in overleg met de patiënt)
- De patiënt (in overleg met de huisarts)
- Uitsluitend de patiënt
- Geen mening

Tot slot volgen nog enkele vragen over Uzelf.

22. Op welke wijze bent U verzekerd tegen ziektekosten?

Ziekenfonds

Particulier

Als U particulier verzekerd bent:

a. Zijn in Uw verzekering de huisartskosten meeverzekerd?

Ja, geheel

Ja, met eigen risico

Nee

b. Zijn in Uw verzekering de kosten voor specialistische hulp meeverzekerd?

Ja, geheel

Ja, met eigen risico

Nee

23 a. Wanneer bent U in Lelystad komen wonen?

In 19..

b. In welke plaats woonde U voordat U in Lelystad kwam wonen?

In.....

c. Hoe groot was in Uw vorige woonplaats de afstand van Uw huis tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis?

0- 5 km

6-10 km

11-20 km

Meer dan 20 km

24. Wat is Uw geslacht?

Man

Vrouw

25. In welk jaar bent U geboren?

In 19..

26. Wat is de hoogste opleiding die U heeft genoten?

Lager onderwijs, VGLO of LAVO

ULO/MULO/MAVO, Lager beroeps-
onderwijs (LTS, LEAO, huishoud-
school of anders)

Middelbaar onderwijs of middel-
baar beroepsonderwijs (HBS, Gym-
nasium, Atheneum, HAVO, MEAO,
MTS of vergelijkbaar onderwijs

Hoger beroepsonderwijs of semi-
universitair onderwijs (Pedago-
gische Academie, Soc. Academie,
HEAO, HTS, propedeutisch of
kandidaatsexamen, MO-opl.M-akte
of vergelijkbaar onderwijs

Universiteit of Hogeschool

27. Welke van de onderstaande situaties is het meest op U
van toepassing?

(Slechts één hokje aankruisen s.v.p.)

Werkzaam in loondienst

Werkzaam in vrij beroep
of eigen bedrijf

Huisvrouw

Thans werkloos

Thans arbeidsongeschikt

Gepensioneerd

Scholier, student of
ander dagonderwijs volgend

28. In de begeleidende brief werd al gezegd dat er met de komst van het ziekenhuis veel verandert voor patiënten én huisartsen. Daarom is het interessant om de veranderingen in de meningen van de patiënten te kunnen vergelijken met de veranderingen in het werk van de huisarts.
Bijvoorbeeld: als een huisarts na de komst van het ziekenhuis méér patiënten gaat doorverwijzen, vinden zijn patiënten dat dan prettig of juist niet prettig? Bij een andere huisarts verandert er misschien niets in het aantal doorverwijzingen en blijft dan ook de mening van zijn patiënten hetzelfde?

Om dit soort vragen te kunnen beantwoorden is het voor het onderzoek van belang om te weten welke mensen bij welke huisarts horen. Zou U daarom hieronder willen opschrijven wie Uw huisarts is? Uiteraard krijgt Uw huisarts geen inzage in de antwoorden die U op de vragen hebt gegeven. Ook de beantwoording van deze laatste vraag is natuurlijk vrijwillig.

Mijn huisarts is dokter

Bent U sinds U in Lelystad woont al eens bij deze huisarts geweest?

Ja

Nee

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

