

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

2^e interimrapport

J. P. Dopheide
F. P. Nijhout

maart 1984

INHOUDSOPGAVE

	<u>pag.</u>	
1	INLEIDING	1
2	VERWIJZEN	3
2.1.	<u>Inleiding</u>	3
2.2.	<u>De hoogte van de verwijscijfers</u>	5
2.2.1.	<u>Cijfers van het Regionale Ziekenfonds Zwolle</u>	5
2.2.2.	<u>Cijfers uit 'eigen' verwijsregistratie</u>	9
2.2.3.	<u>De volledigheid van de gegevens uit de eigen verwijsregistratie</u>	11
2.3.	<u>Veranderingen in het verwijspatroon</u>	14
2.4.	<u>Enkele kenmerken van de verwezen patiënten</u>	18
2.5.	<u>Samenvatting</u>	26
3	MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK	29
3.1.	<u>Inleiding</u>	29
3.2.	<u>Het aantal arts-patiënt contacten</u>	31
3.3.	<u>Spreekuurconsulten nader bekeken</u>	33
3.4.	<u>Visites nader bekeken</u>	38
3.5.	<u>Samenvatting</u>	41
4	DE MENINGEN VAN DE BEVOLKING OVER HET VERWEZEN WORDEN NAAR DE SPECIALIST	43
5	SAMENVATTING	57

1. INLEIDING

Het onderzoek 'Een ziekenhuis op nieuw land' gaat de gevolgen na, die de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad (augustus 1982) heeft gehad voor de medische consumptie in die regio.

Aandacht wordt besteed aan de volgende vragen:

- Welke veranderingen zijn er na de opening van het ziekenhuis vast te stellen in het aantal en de soort verwijzingen van huisarts naar specialist?
- Welke veranderingen zijn er vast te stellen in de medische consumptie in de huisartspraktijk en met name in die consumptie die als substituut voor een verwijzing naar de tweedelij n kan worden opgevat?
- Welke veranderingen zijn er te constateren in de opvattingen van de bevolking over de taakverdeling tussen huisarts en specialist, en in het gedrag van de bevolking wat betreft het aandringen bij de huisarts op verwijzing naar de specialist?
- Verandert de taakopvatting van de huisarts en diens taakafbakening t.o.v. de specialist?
- Welke gevolgen heeft de komst van het Lelystadse ziekenhuis voor de medische consumptie in de regio als geheel?
- Op welke wijze proberen eerste en tweede lijn tot een goede taakverdeling en aansluiting van zorg te komen, en in welke mate slagen zij daarin?

In het eerste interimrapport (januari 1983) zijn uitvoerig de opzet en de achtergronden van het onderzoek weergegeven; we veronderstellen deze hier als bekend. Dit tweede interimrapport behandelt de eerste drie vragen (verwijzen, medische consumptie, bevolkingsonderzoek). Daarbij moet nadrukkelijk gesteld worden dat het hier voorlopige conclusies betreft. Voorlopig, omdat het slechts de korte termijn-effecten van de komst van het ziekenhuis betreft: een meting in het voorjaar van 1983.

Voorjaar '84 wordt een tweede nameting gehouden. Bovendien zijn nog niet alle ter beschikking staande gegevens volledig geanalyseerd. De resultaten zullen dan ook in vrij simpele vorm worden weergegeven. In het bevolkingsonderzoek bijvoorbeeld worden veranderingen in bepaalde variabelen wél

voor onderscheiden subgroepen gepresenteerd, maar het model dat aan de variabelen ten grondslag ligt (gebaseerd op de theorieën over attitude-meting van Fishbein) wordt niet behandeld.

2. VERWIJZEN

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we de eerste gegevens, die over het verwijzen van huisartsen sinds de opening van het ziekenhuis vergaard zijn, vergelijken met cijfers van voor de opening. De gegevens, die hier beschreven worden zijn grotendeels ontleend aan de verwijsregistraties die wij zelf in 1982 en in 1983 hielden. Bovendien zijn gegevens gebruikt over de periode augustus 1981 tot en met januari 1983, die afkomstig zijn van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle.

Jammer genoeg waren op het moment dat dit rapport geschreven werd, nog geen ziekenfondsgegevens beschikbaar over het voorjaar van 1983 waardoor vergelijking van de door ons berekende verwijscijfers met die op basis van materiaal van het ziekenfonds over dezelfde periode nog niet mogelijk is. Zolang nog niet bekend is in welke mate het aantal door ons geregistreerde verwijzingen achterblijft bij het werkelijke aantal - enige onderrapportage is nu eenmaal onvermijdelijk - hebben uitspraken, die op de hier gepubliceerde cijfers zijn gebaseerd, een voorlopig karakter. Doel van de verwijsregistratie is in de eerste plaats veranderingen in het verwijspatroon vast te stellen. Nemen huisartsen en patiënten vaker het initiatief tot verwijzing nu het ziekenhuis zo dichtbij is? Zijn andere hulpverleners, zoals schoolartsen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten eerder geneigd patiënten te adviseren een specialist te bezoeken? Dergelijke vragen hopen wij door middel van de verwijsregistratie te kunnen beantwoorden. Tevens biedt de registratie de mogelijkheid veranderingen in enkele kwalitatieve aspecten van de door huisarts en patiënt geïnitieerde verwijzingen te signaleren, te weten in het diagnostische niveau (hoe zeker is de arts van zijn diagnose), het doel (diagnose of behandeling) en de medische noodzaak van de verwijzing in de ogen van de arts. Tenslotte is ook een aantal kenmerken van de verwijzingen geregistreerd, die ons in staat stellen eventuele veranderingen in het verwijspatroon en de kwaliteit van de verwijzing te relateren aan geslacht, de verzekeringsvorm, leeftijd en plaats van herkomst van de

patiënt alsmede aan het specialisme en de plaats waarheen verwezen wordt. De ziekenfondsgegevens zijn veel minder gedetailleerd en zijn in de eerste plaats (en beter) geschikt voor het vaststellen van de absolute verwijscijfers. Ziekenfondsen kennen immers het probleem van de onderreportage van verwijzingen niet omdat specialisten alleen door middel van de verwijskaart de kosten van behandeling bij het ziekenfonds kunnen declareren.

De gegevens over het verwijzen zijn in 1983 op dezelfde manier en in dezelfde periode als in 1982 verzameld. Gedurende negen achtereenvolgende weken, van 14 februari tot en met 19 april, zijn door alle huisartsen en hun assistentes in Lelystad de verwijzingen in die periode geregistreerd. Voor de verantwoording van de registratie door de huisartsen zelf en de wijze waarop daarbij te werk is gegaan, wordt verwezen naar het eerste interimrapport (pag. 17 tot en met pag. 19).

Omdat in het jaar dat sinds de eerste registratieperiode verstreek drie nieuwe huisartspraktijken in Lelystad werden geopend, is er nu niet door 18 maar door 21 huisartsen geregistreerd. Eén reeds langer bestaande praktijk is halverwege de registratieperiode overgedragen aan een andere arts.

Om de vergelijkbaarheid van de resultaten van de eerste en de tweede registratie zo optimaal mogelijk te maken, zijn de nieuw gevestigde artsen voorlopig niet in de vergelijking betrokken. De resultaten hebben dus betrekking op 18 praktijken. Van de beide artsen die ieder een deel van de registratieperiode aan het onderzoek hebben meegewerkt, zijn de gegevens bij elkaar opgeteld. Zij worden samen dus als één praktijkhoudende huisarts door ons opgevat.

In paragraaf 2.2. worden verwijscijfers van voor en na de opening van het ziekenhuis met elkaar vergeleken. Eerst gebeurt dat aan de hand van RZZ-gegevens (2.2.1) en vervolgens op basis van de eigen verwijsregistratie (2.2.2). Tenslotte worden in deze paragraaf de verwijscijfers op basis van de (eerste) verwijsregistratie in 1982 vergeleken met de RZZ-cijfers over dezelfde periode om een indruk te krijgen van de 'underreporting' in ons materiaal (2.2.3).

Paragraaf 2.3 behandelt de veranderingen in het verwijspatroon sinds de komst van het ziekenhuis, zoals die uit de verwijsregistratie blijkt.

In paragraaf 2.4 komen de eerder genoemde kwalitatieve aspecten en enkele andere kenmerken van patiënten en verwijzingen aan de orde.

2.2. De hoogte van de verwijscijfers

2.2.1. Cijfers van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle

Om een scherp beeld te krijgen van de veranderingen in het aantal verwijzingen per 1000 patiënten over een bepaalde periode is het noodzakelijk ziekenfondsgegevens te raadplegen. Een ziekenfonds registreert alle verwijzingen van zijn leden, omdat de financiële administratie zonder een dergelijke registratie eenvoudig incompleet zou zijn.

Ongeveer 85 procent van de Lelystadse ziekenfondsverzekerden is aangesloten bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle. Een analyse van de aantallen verwijzingen per 1000 verzekerden van dit fonds moet derhalve een tamelijk betrouwbaar beeld opleveren van de hoeveelheid verwijzingen onder ziekenfondspatiënten, omdat het niet aannemelijk is dat de RZZ-verzekerden op essentiële kenmerken, zoals leeftijd en geslacht, belangrijk van de totale populatie ~~f~~ondsverzekerden zullen afwijken. De gegevens waarover wij tot dusver de beschikking hebben, beslaan een periode van ruim één jaar voor de opening van het ziekenhuis tot en met januari 1983, dat is 5 maanden na de opening. De periode waarop de gegevens betrekking hebben, omvat dus wèl de verwijzingen, die wij van februari tot en met april 1982 zèlf in Lelystad registreerden, maar nog niet die van de tweede registratieperiode in het voorjaar van 1983.

Voor een voorlopige indruk van de veranderingen die de opening van het ziekenhuis in de hoeveelheid verwijzingen heeft teweeggebracht zullen we in deze paragraaf allereerst de ontwikkeling van het totale aantal verwijzingen per maand bij het merendeel van de Lelystadse huisartsen beschrijven. Vervolgens zullen we van elk van deze artsen afzonderlijk twee verwijscijfers berekenen: één over het jaar voor de opening van het ziekenhuis en één over de eerste vijf maanden daarna.

De hier gepubliceerde cijfers hebben betrekking op veertien Lelystadse huisartsen. Vier huisartsen die ook al in september 1981, dat wil zeggen 1 jaar voor de opening van het ziekenhuis, in Lelystad gevestigd waren, blijven hier buiten beschouwing. Drie van hen hadden een zeer snel groeiende praktijk, zodat geen redelijke schatting te maken was van het aantal

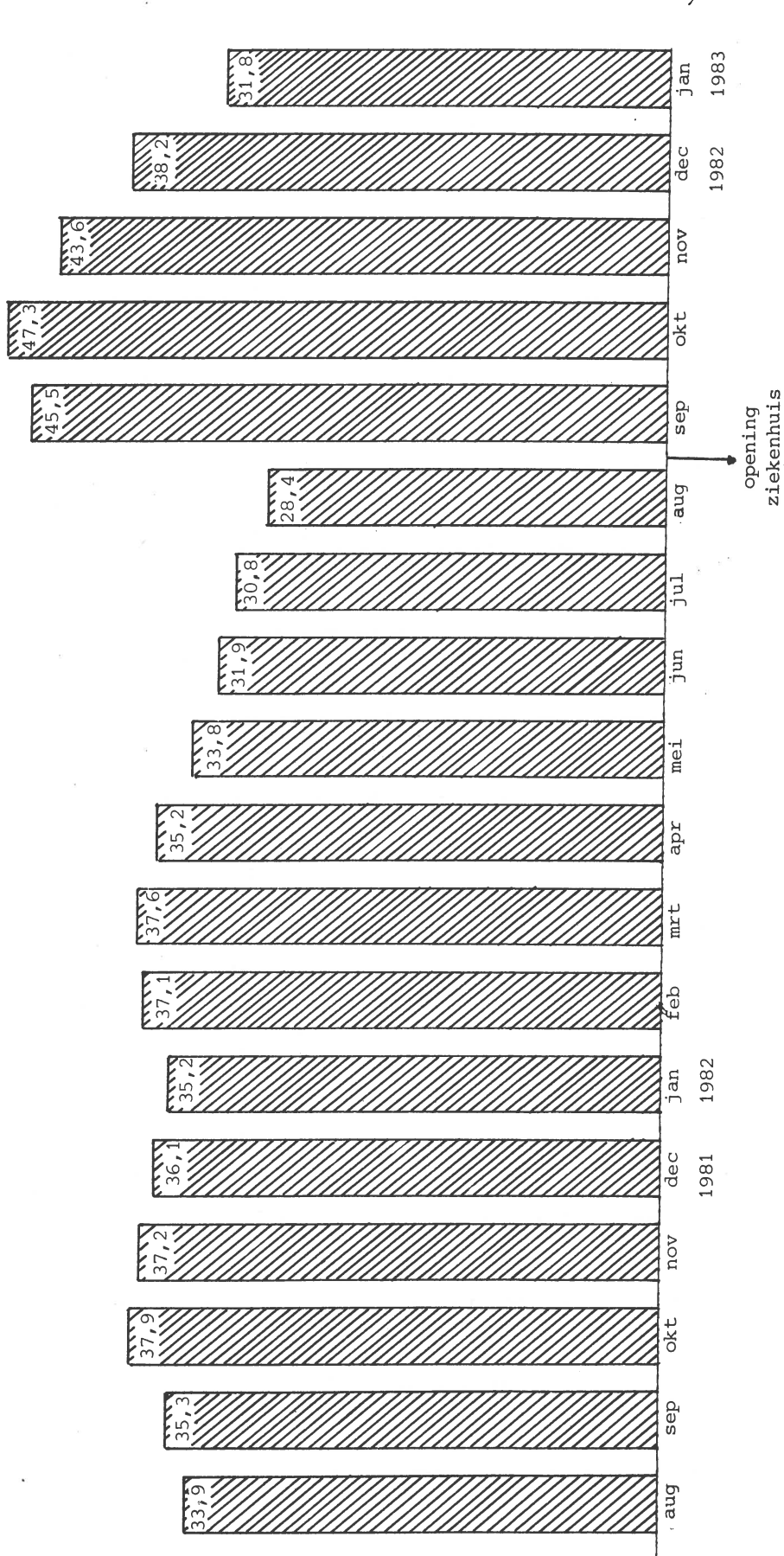
patiënten in de praktijk op andere momenten dan de tijdstippen waarop twee praktijkstellingen door ons zijn gedaan. Zeker bij relatief kleine praktijken kan dat een zeer onnauwkeurig verwijscijfer opleveren. Van een vierde arts zijn helemaal geen gegevens over het aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk bekend.

De praktijken werden door ons geteld in april 1982 en in april 1983. De geconstateerde groei van het totaal aantal RZZ-verzekerden in de 14 praktijken in deze periode van 22.341 naar 24.606 in april 1983 wordt geacht regelmatig -elke maand met ongeveer 113 patiënten- te hebben plaatsgevonden. Ook van september '81 tot april '83 wordt een toename van 113 patiënten per maand verondersteld. Gezien de gestage aanwas van de bevolking in Lelystad is de veronderstelde lineaire toename van het aantal RZZ-verzekerden een redelijke aanname. Met behulp van deze schatting van het aantal RZZ-verzekerden per maand en met de beschikbare gegevens over het aantal door deze 14 artsen verwezen RZZ-patiënten per maand (de verwijzingen zijn door het ziekenfonds gedateerd naar de dag waarop de behandeling door de specialist plaatsvond) is voor elke maand in de periode september '81 tot en met januari '83 een verwijscijfer per 1000 patiënten berekend. Deze maandelijkse verwijscijfers zijn omgerekend tot zogenaamde voortschrijdende gemiddelden. Het voortschrijdende gemiddelde verwijscijfer over een maand wordt verkregen door de verwijscijfers te middelen van die maand en van de maanden die daar direct aan grenzen. Zo worden toevallige verschillen in het aantal verwijzingen per maand, bijvoorbeeld als gevolg van een uiteenlopend aantal werkdagen per maand, genivelleerd. In figuur 2.1 is het verloop van deze verwijscijfers in twee fasen weergegeven: van september '81 tot en met augustus '82, de maand waarin het ziekenhuis geopend werd en vervolgens de fase na de opening van september '82 tot en met januari '83.

Het voortschrijdende gemiddelde over augustus '82 is alleen berekend op basis van de cijfers van juli en augustus, dat van september alleen op basis van de cijfers van september en oktober. De perioden voor en na de opening van het ziekenhuis zijn dus strikt gescheiden gehouden.

De laatste maanden voor de opening van het ziekenhuis geven een geleidelijke daling van het aantal verwijzingen per maand te zien. De eerste 4 maanden na de opening is er een abrupte stijging van het aantal verwijzingen, maar de vijfde maand na de opening (januari '83) daalt het aantal drastisch tot zelfs beneden het niveau dat ruim voor de opening van het

Figuur 2: Aantal RRZ-verwijzingen per 1000 patiënten per maand in 14 Lelystadse huisartspraktijken van augustus '81 tot en met januari 1983. Voortschrijdende gemiddelden.



ziekenhuis gebruikelijk was. Dit zou er op kunnen wijzen dat de aanvankelijke toename van het aantal verwijzingen (per 1000 patiënten) alleen het gevolg is geweest van twee effecten:

1. een inhaaleffect; gezien de daling van het verwijsniveau voor de opening hebben veel artsen en patiënten een verwijzing uitgesteld tot het ziekenhuis er was;
2. het overstappen van patiënten die al onder behandeling van een specialist waren naar een specialist in het Lelystadse ziekenhuis.

Beide effecten zorgen ongetwijfeld voor een groot deel van de toename van het aantal verwijzingen. Of er daarnaast niet ook sprake is van een reële verhoging van het verwijscijfer doordat mensen meer van tweedelijnsvoorzieningen gebruik zijn gaan maken kan op grond van deze cijfers niet geconcludeerd worden. Daarvoor moeten de verwijzingen over een langere periode na de opening van het ziekenhuis worden gezien.

De verhoging van het aantal verwijzingen komt in een ander licht te staan als we de individuele verwijscijfers van de huisartsen gebaseerd op de RZZ-verwijzingen gedurende 1 jaar voor de opening vergelijken met de tot jaarcijfers omgerekende verwijzingen over de eerste 5 maanden na de opening. Deze cijfers zijn van 14 artsen weergegeven in tabel 2.1. In de derde kolom is de stijging van het verwijscijfer in procenten vermeld. Uit deze cijfers blijkt dat de toename van het aantal verwijzingen per 1000 patiënten uiteen loopt van 2,4 procent bij arts H tot 33,2 procent bij arts N. De gemiddelde toename is ongeveer 18 procent. De verschillen doen vermoeden dat bij de praktijken die een relatief grote toename van het verwijscijfer te zien geven, meer aan de hand is dan een tijdelijke verhoging als gevolg van overstapverwijzingen en het inhaaleffect. Als de oorzaak van de groei tot dergelijke verwijzingen beperkt zou zijn gebleven, zou een regelmatigere verdeling van de toename verwacht mogen worden. Blijkbaar hebben de huisartsen zelf nogal verschillend op de komst van het ziekenhuis gereageerd. De ziekenfondsgegevens kunnen daarover echter geen uitsluitsel geven. Om inzicht te krijgen in de veranderingen in de verdeling van de diverse soorten verwijzingen moeten wij ons wenden tot de zelf in het voorjaar van 1983 geregistreerde gegevens. Daarbij dient opgemerkt te worden dat deze cijfers moeilijk vergelijkbaar zijn met de thans beschikbare ziekenfondsgegevens, omdat ze enige maanden na

Tabel 2.1.: aantallen verwezen RZZ-patiënten per 1000 RZZ-verzekerden bij 14 huisartsen gedurende 1 jaar voor de opening van het ziekenhuis en gedurende 5 maanden na de opening (omgerekend tot jaarcijfers)

	voor opening	na opening	stijging in procenten
arts B	490	564	15,1
arts C	568	674	18,7
arts E	430	510	18,6
arts F	437	455	4,1
arts G	390	461	18,2
arts H	373	382	2,4
arts I	486	523	7,6
arts J	326	416	27,6
arts K	433	551	27,3
arts L	365	428	17,3
arts M	412	527	27,9
arts N	356	474	33,2
arts Q	441	456	3,4
arts R	383	507	32,4

januari '83 zijn verzameld, terwijl, zoals we hebben gezien juist deze maand een scherpe daling in het aantal verwijzingen te zien geeft.

2.2.2. Cijfers uit de 'eigen' verwijsregistratie

Het aantal verwezen ziekenfondspatiënten dat in de periode van 9 weken is geregistreerd varieert in 1983 van 26 tot 216. Op basis van dit aantal geregistreerde ziekenfondsverwijzingen is van elke arts het verwijscijfer per 1000 ziekenfondspatiënten per jaar berekend. Daarbij is dezelfde methode gebruikt als bij de vaststelling van de verwijscijfers over 1982. Er is gecorrigeerd voor het aantal vakantie- en waarneemdagen in de registratieperiode en tevens voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijk volgens de gegevens van Posthuma (Posthuma, 1976). Voor een exactere beschrijving van de gevolgde procedure wordt verwezen naar het eerste interimrapport (Dopheide en Nijhout, 1983, pag. 19). Allereerst zullen we in deze paragraaf net als we met de ziekenfondsge-

gevens hebben gedaan, de verwijscijfers berekend op basis van onze registratie in het voorjaar van 1983, dus na de opening van het ziekenhuis, vergelijken met die van 1982, d.w.z. vóór de opening.

In tabel 2.2. staan de berekende verwijscijfers van 17 huisartsen over 1982 en 1983 met in de derde kolom de verschillen tussen beide jaren. Uit een vergelijking van de berekende verwijscijfers over 1982 met de officiële ziekenfondsverwijscijfers over 1980 bleek in het eerste rapport al dat deze voor de artsen afzonderlijk tamelijk ver uiteen konden lopen.

Tabel 2.2.: berekende (jaar)verwijscijfers op basis van eigen registratie en eigen praktijk telling in 1982 en 1983

Huisarts	Berekend verwijscijfer		Verskil
	1982	1983	
A	411	361	- 50
B	497	299	-198
C	362	555	+193
D	386	488	+102
E	354	341	- 9
F	348	192	-156
G	195	222	+ 27
H	312	299	- 13
I	250	247	- 3
J	272	256	- 16
K	235	198	- 37
L	297	383	+ 86
M	346	344	- 2
N	408	482	+ 74
O	- ^a	- ^u	-
P	323	343	+ 20
Q	276	360	+ 84
R	205	224	+ 19
Totaal	306	317	

Ziekenfondspraktijk niet bekend

Ook de over 1983 berekende verwijscijfers verschillen per arts soms aanzienlijk van het door ons in 1982 vastgestelde cijfer. Zou daarin een duidelijke trend te herkennen zijn, dan mag men wellicht concluderen dat de verwijscijfers gestegen zijn. Dit is echter geenszins het geval. Bij 9 van de 17 huisartsen is het verwijscijfer gedaald, bij de 8 anderen

gestegen. De grote verschillen in de individuele verwijscijfers over beide jaren doen vermoeden dat deze individuele cijfers niet allemaal even betrouwbaar zijn. In de volgende paragraaf zullen we daar nader op ingaan. Het totale verwijscijfer voor dezelfde 17 artsen als in 1982 is weliswaar gestegen van 306 naar 317, maar de groei is zo gering dat men daaruit onmogelijk kan concluderen dat het verwijscijfer in Lelystad met de komst van het ziekenhuis gestegen is.

Ook het aantal particulieren patiënten dat volgens onze gegevens werd verwezen is niet drastisch gewijzigd. In 1983 is het totale verwijscijfer van dezelfde 17 artsen als van welke het ziekenfondsverwijscijfer werd berekend 101, terwijl dat vóór de opening van het ziekenhuis 96 per 1000 particuliere patiënten bedroeg.

2.2.3. De volledigheid van de gegevens uit de eigen verwijsregistratie

In het eerste interimrapport zijn de overwegingen vermeld die een rol hebben gespeeld bij de keuze van de gebruikte registratiemethode, te weten registratie door de huisartsen zelf. Daarbij is gewezen op de mogelijkheid van onderreporting, die deze methode met zich meebrengt en is beschreven hoe wij te werk zijn gegaan om de onderreporting tot een minimum te beperken. Een zekere onderreporting van de verwijzingen van ziekenfondsverzekerden is acceptabel, omdat wij voor het vaststellen van de verwijscijfers beschikken over de nauwkeurige RZZ-gegevens. De verwijsregistratie is in de eerste plaats opgezet om inzicht te krijgen in de verhouding tussen de diverse soorten verwijzingen en de veranderingen daarin door de opening van het ziekenhuis. Als de onderreporting van geregistreerde verwijzingen niet systematisch is, krijgt men in combinatie met de volledige ziekenfondsgegevens toch een goed beeld en hoogte van het verwijscijfer en van de wijze waarop dit is samengesteld.

Door het aantal door de huisartsen gedurende 9 weken zelf geregistreerde verwijzingen te vergelijken met de verwijskaarten die door het Regionaal Ziekenfonds Zwolle over die periode zijn ontvangen, kunnen we een indruk krijgen van de onderreporting in onze verwijsregistratie. Voor de registratieperiode in 1983 is dat nog niet mogelijk, maar de gegevens van de verwijsregistratie in 1982 kunnen wel vergeleken worden met de gegevens van het RZZ. Bij deze vergelijking doen zich twee problemen voor. In de eerste plaats zijn de door de huisartsen zelf geregistreerde verwijzingen

gedateerd op de dag dat deze de verwijzing heeft uitgeschreven, terwijl het ziekenfonds de verwijzingen heeft geregistreerd op de door de specialist opgegeven behandeldatum. Afhankelijk van de wachttijden die voor een bepaald specialisme gelden en van de mate waarin een klacht snel behandeling of onderzoek vereist, kan de tijd die verstrijkt tussen de verwijzing en bezoek aan de specialist variëren van enkele uren tot verscheidene weken. Onze verwijsregistratie loopt dus niet synchroon in de tijd met de registratie door het ziekenfonds.

In de tweede plaats is uit onze gegevens niet te achterhalen bij welk fonds de ziekenfondsverzekerden zijn aangesloten. De gegevens uit onze registratie hebben betrekking op alle ziekenfondsverzekerden, terwijl de RZZ-gegevens 85 procent van de fondspatiënten betreffen. Wij zijn dus genoodzaakt de verwijzingen tot vergelijkbare grootheden om te rekenen. Dat doen wij door de verwijzingen in de periode van 9 weken om te rekenen tot verwijscijfers per 1000 verzekerden per jaar.

In tabel 2.3. zijn per huisarts drie verschillende verwijscijfers weer-
gegeven:

1. Een verwijscijfer gebaseerd op de verwijzingen die tijdens onze registratieperiode van 9 weken door het RZZ zijn geregistreerd. Deze verwijzingen zijn gedateerd op de dag dat de patiënt door de specialist is behandeld.
2. Een verwijscijfer gebaseerd op de verwijzingen die door het RZZ zijn geregistreerd in een periode van 9 weken, die 6 weken later begon dan onze registratieperiode, eveneens gedateerd op behandeldag.
3. Een verwijscijfer gebaseerd op de verwijzingen, die de huisartsen gedurende 9 weken zelf registreerden, gedateerd op de dag van verwijzing. De registratie betreft verzekerden van beide fondsen die in Lelystad vertegenwoordigd zijn.

In de 4e kolom van tabel 2.3. staat het geschatte percentage onderreporting. Dit is het gemiddelde van de beide afwijkingen tussen het verwijs-
cijfer op basis van onze registratie en de verwijscijfers op basis van de RZZ-gegevens.

Over het totaal van 14 artsen bedraagt de geschatte onderrapportage 23 procent. Hoewel dit percentage aanzienlijk is en hoger dan wij hadden gehoopt, mag er toch van worden uitgegaan dat registratie van 77 procent van alle verwijzingen een goed beeld geeft van de aspecten van het

verwijzen waarover informatie is verzameld. Een hoge systematische onderrapportage van bepaalde soorten verwijzingen op het totaal aantal verwijzingen is niet waarschijnlijk. Daarvoor zou in een groot aantal praktijken systematisch dezelfde 'fout' bij de registratie gemaakt moeten zijn.

Tabel 2.3.: Vergelijking van de verwijscijfers gebaseerd op eigen verwijzingsregistratie en die op basis van RZZ-gegevens (14 huisartsen)

	RZZ-verwijzingen tijdens reg. periode '82	RZZ-verwijzingen 6 weken later	onze verwijzingsregistratie	geschatte onderrapportage in procenten
arts B	462	416	408	7
arts C	579	437	362	27
arts E	411	370	272	30
arts F	376	397	285	26
arts G	369	424	345	13
arts H	367	316	347	0
arts I	446	420	313	28
arts J	337	282	303	1
arts K	422	342	261	31
arts L	382	285	297	9
arts M	415	412	266	36
arts N	397	364	357	6
arts Q	451	392	195	59
arts R	319	402	229	36
Totaal	410	376	303	23

Er is geen reden om aan te nemen dat dat gebeurd is. Als we de gegevens per praktijk zouden willen analyseren moeten we meer op onze hoede zijn. De geschatte onderrapportage in de afzonderlijke praktijken varieert van nul tot maar liefst 59 procent. De teleurstellend hoge onderrapportage in een aantal praktijken (in 4 praktijken is deze meer dan 30 procent, in 1 praktijk 30 procent) leidt ertoe, dat deze bij een analyse naar praktijk wellicht beter buiten beschouwing kunnen blijven. Een dergelijke analyse zal pas in het eindrapport aan de orde komen.

2.3. Veranderingen in het verwijspatroon

In de door ons gehanteerde typologie van verwijzingen staat het onderscheid tussen actieve en administratieve verwijzingen centraal. Bij de actieve verwijzing gaat het initiatief tot de verwijzing uit van de huisarts, de patiënt of beiden. Op het uitschrijven van verwijzingen met een administratief karakter is de invloed van de huisarts en patiënt aanmerkelijk minder groot. De beslissing is in feite al genomen, zij dient alleen nog door de huisarts bekrachtigd te worden door het uitschrijven van een verwijskaart of -brief. Zo'n formele verwijzing kan om verschillende redenen noodzakelijk zijn. Als ziekenfondspatiënten bijvoorbeeld de behandeling bij een specialist na een jaar willen voortzetten eist het ziekenfonds een nieuwe verwijskaart. We spreken dan van een verlengingsverwijzing. Een tweede type administratieve verwijzingen doet zich voor indien ziekenfondsverzekerden de oogarts willen bezoeken voor een periodieke controle van de sterkte van de brilleglazen: de refractie-verwijzing. Particulier verzekerden wordt door de verzekeringsmaatschappijen in de regel toegestaan één keer per jaar zonder tussenkomst van de huisarts deze controle te laten verrichten. Ook komt het voor dat patiënten reeds onder behandeling van een specialist zijn, maar nog een verwijskaart nodig hebben om ervan verzekerd te kunnen zijn dat de kosten vergoed worden: de 'achteraf'-verwijzing. Ten slotte zijn er ook nog de verwijzingen op initiatief van een specialist en dit op initiatief van andere hulpverleners (schoolartsen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten), waarop huisartsen en patiënten als regel weinig invloed uitoefenen. Bij de actieve verwijzingen hebben wij als gevolg van de opening van het ziekenhuis vooral een forse toename voorspeld van de verwijzingen die hoofdzakelijk aan de patiënt toegeschreven moeten worden. Juist patiënten zouden naar onze mening de nabijheid van specialisten aangrijpen om voor klachten, die eerder niet vervelend of ernstig genoeg werden gevonden om een lange reis naar de specialist voor te maken, nu wel op een specialistisch consult of behandeling aan te dringen. Ook het aantal verwijzingen, dat vooral door de huisarts wordt geïnitieerd, zou volgens ons toenemen, zij het in mindere mate dan de verwijzingen op initiatief van de patiënt. Voor een huisarts kan het immers verleidelijk zijn wat sneller te verwijzen als patiënten veel minder moeite voor een bezoek aan de specialist

hoeven te doen. Bij twijfel over een juiste diagnose bijvoorbeeld kan dit argument van doorslaggevende betekenis zijn.

In tabel 2.4. is het aandeel van elk van de verschillende soorten verwijzingen in 1982 en in 1983 weergegeven. Omdat administratieve verwijzingen onder particuliere patiënten weinig voorkomen heeft de tabel alleen betrekking op ziekenfondsverzekerden.

Tabel 2.4.: verschillende soorten verwijzingen in 1982 en 1983
alleen ziekenfondsverzekerden

	1982		1983	
	Abs.	%	Abs.	%
Verlengingsverwijzing	417	24.1	381	19.8
Refractieverwijzing	306	17.7	433	22.5
Achterafverwijzing	78	4.5	88	4.6
Initiat. andere hulpverl.	45	2.6	64	3.3
Verzoek specialist	36	2.1	57	3.0
Initiatief geheel of vooral bij huisarts	552	31.9	557	29.0
Initiatief geheel of vooral bij patiënt	295	17.1	343	17.8
Totaal	1729	100.0	1923	100.0

Zoals uit tabel 2.4. blijkt, is het aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt inderdaad toegenomen, namelijk met 16 procent. Nemen wij echter de groei van 10 procent van het aantal patiënten in de betreffende praktijken in acht, dan is er slechts sprake van een reële toename van 6 procent. Als we bovendien veronderstellen dat de onderrapportage in '83 niet ernstig afwijkt van die in '82, zodat de geconstateerde groei van 6 procent overeenkomt met de werkelijkheid, dan moeten we concluderen, dat, zeker gezien op het totaal aantal verwijzingen, de door ons voorspelde forse stijging van de verwijzingen op initiatief van de patiënt achterwege is gebleven. Zolang de feitelijke onderrapportage over '83 niet bekend is heeft zo'n conclusie evenwel een zeer voorlopig karakter. Ook de geringe toename van het aandeel van dit type verwijzingen op het totaal (van 17,1 naar 17,8 procent) wijst echter niet in de richting van een sterke groei.

Het aandeel van de verwijzingen die vooral op initiatief van de huisarts tot stand komen is afgenomen van 31,9 tot 29,0. Wat de actieve verwijzingen betreft, kan dus wel van een lichte accentverschuiving in de richting van de patiënt gesproken worden. In verhouding tot het aantal patiënten in de praktijk nam het aantal geregistreerde verwijs-beslissingen dat vooral van de huisarts uitging zelfs met 9 procent af. Maar ook hier geldt natuurlijk dat het juiste percentage pas vastgesteld kan worden, als we inzicht hebben in de mate waarin van onderrapportage sprake is. Van de administratieve verwijzingen is door ons als gevolg van de komst van specialisten naar Lelystad, op korte termijn een daling van het aantal verlengingsverwijzingen voorspeld. Deze voorspelling is zo goed als zeker uitgekomen. Per 1000 patiënten zijn 20 procent minder verlengingsverwijzingen geregistreerd. Het aandeel op het totaal aantal geregistreerde verwijzingen daalde van 24,1 tot 19,8 procent. De verklaring ligt voor de hand. Veel patiënten zijn met de komst van het ziekenhuis in Lelystad overgestapt naar een specialist in hun woonplaats, zodat de verlengingsverwijzing, nodig bij voortzetting van de behandeling na een jaar, wordt uitgesteld. Het is bovendien waarschijnlijk dat zulke 'overstapverwijzingen' voor het overgrote deel niet lang na de opening van het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. De patiënten die regelmatig een specialist bezoeken hebben er weinig baat bij om gedurende 6 maanden - de periode tussen de opening en de registratie - voor elk bezoek een lange reis te maken, als zij toch al van plan waren zich verder in Lelystad te laten behandelen. De 'overstapverwijzingen' die wel in de registratieperiode voorkomen, zijn niet als zodanig geregistreerd. Zij zijn door de registrerende huisartsen en assistentes bij andere categorieën ingedeeld. Er kan niets vastgesteld worden of ze systematisch bij een bepaald type administratieve verwijzingen zijn ondergebracht, danwel over meerdere categorieën zijn verdeeld.

Een evenzeer vermoede verandering in het verwijzingspatroon, die bevestigd wordt door de cijfers, is de toename van het aantal refractieverwijzingen. Deze verwijzingen komen per 1000 patiënten in de registratie van '83 30 procent vaker voor dan in '82. Hiervoor zijn twee plausibele verklaringen te geven. Enerzijds kan de oogarts patiënten aantrekken, die voorheen met een advies van de opticien tevreden waren. Anderzijds leent

juist dit soort minder dringende verwijzingen zich bij uitstek voor uitstel tot een gunstig tijdstip. Veel patiënten hebben hun bezoek aan de oogarts waarschijnlijk opgeschort tot deze makkelijker bereikbaar werd. Hoewel verwacht werd dat het aantal achteraf-verwijzingen enigszins zou toenemen is dit nauwelijks het geval. Per 1000 patiënten zijn er 2 procent meer achteraf-verwijzingen geregistreerd. Ook op het totaal aantal geregistreerde verwijzingen is het aandeel van de achteraf-verwijzingen nauwelijks gegroeid: van 4,5 naar 4,6 procent. Blijkbaar is het een half jaar na de opening van het ziekenhuis niet eenvoudiger een specialist direct te benaderen, dus zonder eerst de huisarts te raadplegen.

Opvallend en onverwacht is de groei van het aantal verwijzingen op verzoek van de specialist en van de verwijzingen op initiatief van andere hulpverleners. Hoewel het om kleine percentages van het totaal aantal verwijzingen gaat, is de reële groei (dus per 1000 patiënten) van 48 procent (op verzoek specialist) en van 32 procent (andere hulpverleners) niet te verwaarlozen. De toename van de verwijzingen op verzoek van de specialist zou het gevolg kunnen zijn van de hausse van verwijzingen die kort na de opening van het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Een specialist kan immers pas na een aanvankelijke verwijzing door de huisarts zelf een nieuwe verwijzing noodzakelijk achten. Andere hulpverleners, zoals fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, schoolartsen lijken met de komst van de specialisten naar Lelystad sneller geneigd om naar de tweede lijn te verwijzen.

Tot dusver zijn in deze beschrijving alleen de verwijzingen van ziekenfondsverzekerden aan bod gekomen. Om een beeld te krijgen van de verhouding tussen de verwijscijfers van ziekenfonds- en particuliere patiënten zijn in tabel 2.5. de berekende verwijscijfers van 1982 en 1983 bij zowel ziekenfonds- als bij particulier verzekerden stapsgewijs ontgaan van de administratieve verwijzingen. In de voorlaatste regel van tabel 2.5. staat dus het aantal verwijzingen per 1000 patiënten dat in Lelystad op initiatief van huisarts of patiënt tot stand is gekomen, de actieve verwijzingen dus. In de laatste regel zijn deze verwijscijfers gecorrigeerd voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de betreffende categorie patiënten. Om de cijfers van particulier en ziekenfondsverzekerden optimaal te kunnen vergelijken zijn alle oogheeskundige verwijzingen buiten beschouwing gelaten. Particulieren kunnen in het algemeen één keer per

per jaar zonder verwijfsbrief naar de oogarts, hetgeen ziekenfondspatiënten niet is toegestaan. Zoals uit de tabel blijkt, komen administratieve verwijzingen onder particuliere patiënten sporadisch voor. Het aantal

Tabel 2.5.: stapsgewijze reductie van de verwijfscijfers van ziekenfonds- en particulier verzekerden in 1982 en 1983

	Ziekenfonds		Particulier	
	1982	1983	1982	1983
Totaal niet gecorrigeerd	300	311	96	101
Min oogheekunde	221	220	87	90
Min verlengingsverwijzing	158	172	87	90
Min 'op verzoek special.'	153	163	87	89
Min 'achterafverwijzingen'	141	149	87	88
Min initiatief andere hulpverlener	135	141	85	86
Gecorrigeerd voor leeftijd/geslacht	138	143	90	91

actieve verwijzingen is desondanks per 1000 patiënten bij ziekenfondspatiënten aanmerkelijk hoger dan bij particulieren. De meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden nam met de opening van het ziekenhuis nog met 6 procent toe van 53 tot 59 procent.

2.4. Enkele kenmerken van de verwezen patiënten en de verwijzing

In het 1e interimrapport is gebleken dat administratieve verwijzingen dikwijls op het spreekuur na een contact tussen huisarts en patiënt worden uitgeschreven en dat lang niet in alle gevallen zulke verwijzingen telefonisch of via de assistente worden geregeld. Onder ziekenfondsverzekerden kwam 22 procent van de verlengingsverwijzingen en 34 procent van de refractieverwijzingen op het spreekuur tot stand. Na de opening van het ziekenhuis stegen deze percentages tot respectievelijk 38 en 49 procent. Met name door deze ontwikkeling steeg het aandeel van de op het spreekuur tot stand gekomen verwijzingen van 58 naar 66 procent van alle ziekenfondsverwijzingen. Het percentage anders dan tijdens spreekuur, visite of een telefonisch contact genomen verwijfsbeslissingen daalde

dienovereenkomstig van 34 naar 25 procent. De meest plausibele verklaring voor dit verschijnsel lijkt ons dat veel patiënten sinds de komst van de specialisten in Lelystad hun keuze tussen een nieuwe specialist, die dichtbij gevestigd is en de vertrouwde, maar ver van Lelystad gevestigde specialist, in overleg met de huisarts hebben gemaakt.

In tabel 2.6. is de verdeling van de verwijzingen van ziekenfondspatiënten over de diverse specialismen weergegeven voor zowel 1982 als 1983. Hoewel moeilijk te zeggen is welke betekenis aan deze cijfers gehecht moet worden, zouden specifieke en van het algemene patroon afwijkende veranderingen bij een bepaald specialisme er op kunnen wijzen dat de (plotselinge) nabijheid van tweede lijnsvoorzieningen bij sommige specialismen andere consequenties voor het verwijscijfer heeft, dan bij andere. Zo valt het op dat van de grotere specialismen bij interne geneeskunde het aantal geregistreerde verwijzingen zowel relatief als absoluut is gedaald. Daartegenover staat een relatief sterke groei van het aantal verwijzingen bij oogheelkunde, gynaecologie/verloskunde en vooral bij orthopedie. Nadere analyse van ziekenfondsgegevens zal duidelijk kunnen maken of deze waarnemingen overeenkomen met de werkelijkheid en zo ja of deze trends zich over een langere periode voortzetten. Voorlopig kunnen we wel iets meer zeggen over de oorzaken van de gesignaleerde afwijkende veranderingen door per specialisme de verdeling over de diverse soorten verwijzingen te bekijken. De daling van het aantal verwijzingen naar interne geneeskunde is behalve aan de vermindering van het aantal verlengingsverwijzingen vooral te wijten aan het feit dat naar dat specialisme minder patiënten op initiatief van de huisarts werden verwezen. In '82 registreerden wij 66 verwijzingen naar de internist op initiatief van de huisarts, in '83 waren dat er slechts 50. Bij geen enkele van de andere specialismen kwam een daling in deze mate voor.

Bij orthopedie valt, geheel tegen de algemene tendens in, een toename van het aantal verlengingsverwijzingen te constateren, zowel absoluut (van 31 naar 53), als relatief (van 27 naar 30 procent). Daarnaast steeg het aantal verwijzingen naar orthopedie ook door meer initiatieven van patiënten.

In 1983 is 15 procent van de verwijzingen naar verloskunde en gynaecologie

Tabel 2.6. verwijzingen naar specialisten in 1982 en 1983
alleen ziekenfondsverzekerden

	1982		1983	
	n	%	n	%
Oogheelkunde	474	27.8	565	29.5
KNO	176	10.3	183	9.6
Chirurgie	196	11.5	227	11.9
Plastische chirurgie	7	0.4	16	0.8
Orthopaedie	116	6.8	177	9.3
Urologie	40	2.3	25	1.3
Verlok./Gynaecologie	154	9.0	195	10.2
Neurochirurgie	4	0.2	3	0.2
Neurologie	80	4.7	98	5.1
Dermatologie	96	5.6	97	5.1
Interne geneeskunde	151	8.8	130	6.7
Kindergeneeskunde	61	3.6	57	3.0
Maagdarmziekten	6	0.4	2	0.1
Cardiologie	51	3.0	56	2.9
Longziekten	32	1.8	41	2.1
Reumatologie	9	0.5	6	0.3
Psychiatrie	26	1.5	26	1.4
Revalidatie	9	0.5	6	0.3
Mond-/kaakchirurgie	6	0.4	2	0.1
Overige special.	14	0.8	1	0.1
Totaal	1708	100.0	1913	100.0

geïnitieerd door een andere hulpverlener, dat zijn 29 verwijzingen. Vóór de opening van het ziekenhuis waren dat er slechts 12 (8 procent). Ook de actieve verwijzingen, zowel op initiatief van huisarts als van patiënt, namen echter flink toe, zodat over de gehele linie sprake lijkt van een grotere geneigdheid tot verwijzing naar dit specialisme.

Een verschijnsel dat niet ongenoemd mag blijven is de groei van het aantal achteraf-verwijzingen bij chirurgie. Vóór de opening deed zich dat tijdens de registratie-periode 20 keer voor (10%) na de opening 42 keer (18.5%). Mogelijk is de komst van een eerste hulppost die verbonden

is aan het ziekenhuis, daarvan de oorzaak.

Van de verwezen ziekenfondsverzekerden ging in 1983 (als we de oogheeskundige verwijzingen buiten beschouwing laten) 85% naar het ziekenhuis in Lelystad. De 5 plaatsen die voor de komst van het ziekenhuis het merendeel van de verwijzingen voor zich opeisten (Emmeloord, Amsterdam, Kampen, Zwolle Harderwijk) krijgen nu nog slechts 12% van de verwijzingen 71% van deze 202 verwijzingen komt op rekening van Amsterdamse ziekenhuizen. Meer dan de helft van de verwijzingen naar plaatsen buiten Lelystad zijn verleningsverwijzingen (56%), terwijl dat in 1982 26% was. Nog slechts in 54 gevallen (27%) ging het initiatief tot een verwijzing naar een ziekenhuis buiten Lelystad van huisarts of patiënt uit.

Op het totaal aantal ziekenfondsverwijzingen (zonder oogheeskunde) is dat 6%. Hieruit blijkt dat de animo om naar een specialist buiten Lelystad te gaan gering is. Het aandeel van de omliggende plaatsen zal, gezien het grote aantal verlengingsverwijzingen op het totaal van de verwijzingen naar deze plaatsen, in de toekomst nog verder teruglopen.

Voordat het ziekenhuis er was bleken de ex-Amsterdammers bij een verwijzing vooral op Amsterdam georiënteerd te zijn (50%), terwijl de patiënten die uit andere plaatsen afkomstig waren slechts in 13% van de gevallen in Amsterdam terecht kwamen. Tabel 2.7. geeft aan hoe de verhoudingen nu liggen. De voormalige bewoners van Amsterdam zijn nog steeds het meest op de stad georiënteerd. In het geheel worden zij echter nauwelijks meer naar ziekenhuizen buiten Lelystad verwezen.

Tabel 2.7. plaats waarheen verwezen wordt, naar plaats van herkomst van de patiënt in hele procenten. Alleen ziekenfondsverzekerden, exclusief oogheeskunde.

Herkomst	Plaats waarheen verwezen wordt			n
	Amsterdam	Niet Amsterdam en niet Lelystad	Lelystad	
Amsterdam	14	2	84	827
Elders	6	8	86	466

De oververtegenwoordiging van vrouwen is in 1983 nog wat sterker dan in 1982: 57.0% van alle verwijzingen betreft vrouwen, tegen 55.2% vóór de opening van het ziekenhuis. Laten we de verwijzingen naar gynaecologie buiten beschouwing dan hebben nog 52.8% van de verwijzingen betrekking op vrouwelijke patiënten. In 1982 was dat 50.9%. Het percentage vrouwen in de Lelystadse bevolking ligt iets onder de 50%.

Tabel 2.8. toont de geslachtsverdeling van de verwezen patiënten (exclusief gynaecologie) per verzekeringssoort.

Tabel 2.8. geslachtsverdeling per verzekeringssoort exclusief gynaecologie, in hele procenten (horizontaal gepresenteerd)

		n	Mannen	Vrouwen	
Ziekenfonds	82	1557	48%	52%	100
	83	1731	47%	53%	100
Particulier	82	200	59%	41%	100
	83	251	53%	47%	100

Bij de ziekenfondspatiënten is de verdeling in 1983 gelijk aan die van de totale groep. Vrouwen zijn iets sterker vertegenwoordigd dan voor de komst van het ziekenhuis. De sterke oververtegenwoordiging van mannen onder de particuliere verwijzingen, waarvan in 1982 sprake was, is voor een belangrijk deel verdwenen.

Tot slot van dit hoofdstuk besteden we enige aandacht aan enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzing. De tabellen 2.9. t/m 2.11. beschrijven het oordeel van de artsen over de medische noodzaak, het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzing, zowel vóór als na de komst van het ziekenhuis. Het gaat dan alleen om niet-administratieve verwijzingen, dus verwijzingen op initiatief van huisarts of patiënt. Ook de oogheelkundige verwijzingen zijn niet in deze tabellen opgenomen.

Tabel 2.9. medische noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts in '82 en '83. Alleen niet-administratieve verwijzingen, exclusief oogheelkunde

	1982		1983	
	Abs.	%	Abs.	%
Zeer noodzakelijk	152	16	130	12
Noodzakelijk	586	61	651	60
Eigenlijk niet echt noodzakelijk	176	18	239	22
Niet noodzakelijk	43	5	75	7
Niet ingevuld	1	-	-	-
Totaal	958	100	1095	100

Tabel 2.10. diagnostisch niveau van de verwijzing in 1982 en 1983. Alleen niet-administratieve verwijzingen, excl. oogheelkunde

	1982		1983	
	Abs.	%	Abs.	%
Diagnose gesteld	496	52	605	56
Beperkt aantal mogelijkheden	367	39	418	38
Groot aantal mogelijkheden	65	7	47	4
Geen idee	24	2	18	2
Niet ingevuld	6	-	7	-
Totaal	958	100	1095	100

Tabel 2.11. doel van de verwijzing volgens de huisartsen in '82 en '83. Alleen niet-administratieve verwijzingen, excl. oogheelkunde

	1982		1983	
	Abs.	%	Abs.	%
Louter diagnose	99	10	75	7
Ter behandeling	412	44	492	45
Diagnose en eventueel behandeling	439	46	526	48
Niet ingevuld	8	-	2	-
Totaal	958	100	1095	100

In het eerste interimrapport is het vermoeden uitgesproken dat bij een toename van het aantal verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt - aangenomen dat deze toename niet veroorzaakt wordt door een verhoogde morbiditeit, maar doordat de specialisten makkelijker bereikbaar zijn - de medische noodzaak van zulke verwijzingen in de ogen van de arts zal verminderen. Gemeten naar het aantal patiënten in de praktijken is er een geringe toename van de verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt geregistreerd (daarbij zijn dan wel alle oogheeskundige verwijzingen buiten beschouwing gebleven). Het aandeel van de verwijzingen dat volgens de huisartsen niet of niet 'echt' noodzakelijk is geweest, is gestegen van 23 procent in 1982 tot 29 procent na de opening van het ziekenhuis. Eerder dan aan de groei van het aantal door huisarts en patiënt geïnitieerde verwijzingen, is dit wellicht te wijten aan de lichte verschuiving van het initiatief in de richting van de patiënt (in '82 was 34,8 procent van de actieve verwijzingen toe te schrijven aan de patiënt, in '83 was dat 38,1 procent). De huisarts liet immers blijken dat verwijzingen die vooral of geheel op initiatief van de patiënt tot stand kwamen in zijn ogen relatief vaak niet of niet 'echt' noodzakelijk zijn. Dat was in '82 zo en daar is weinig verandering in gekomen. De huisarts vindt in 1983 nog steeds meer dan 90 procent van de verwijzingen noodzakelijk als de arts zelf het grootste aandeel in de verwijsbeslissing heeft gehad; 46 procent als de patiënt iets meer dan de huisarts op een verwijzing aanstuurde en nog slechts 19 procent als de patiënt alleen tot dat besluit was gekomen.

Het geslacht van de patiënt en de verzekeringswijze waren vóór de opening niet van invloed op de mate waarin de arts een verwijzing noodzakelijk vond. In 1983 rapporteren de artsen wat meer niet-noodzakelijke verwijzingen onder vrouwen (8.0%) dan onder mannen (5.4%). Zo is ook het percentage niet of niet echt noodzakelijke verwijzingen bij particulieren (30.3%) wat hoger dan bij ziekenfondspatiënten (28.3%).

Het in 1982 geconstateerde verband tussen de leeftijd en de noodzaak blijft globaal hetzelfde: relatief veel niet (echt) noodzakelijke verwijzingen bij de patiënten tussen de 20 en 40 jaar en betrekkelijk weinig bij de jongste en de oudere patiënten.

Kijken we per specialisme naar de noodzaak van de verwijzing, dan blijken

evenals in 1982 bij dermatologie veel minder noodzakelijke verwijzingen voor te komen (in 1983-46%, in 1982-36%). Opvallend is de toename van deze verwijzingen bij orthoepadie van 23 naar 40%. Dit gegeven wijst erop dat de explosieve groei van het totaal aantal verwijzingen naar dit specialisme (zie par.2.3.) niet in de eerste plaats aan een verandering in de morbiditeit onder de Lelystadse bevolking hoeft te worden geweten.

Als er een groter aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt zou voorkomen, werd door ons een daling van het diagnostisch niveau voorspeld. Er zouden meer patiënten met vage klachten bij de arts om een verwijzing kunnen vragen, zodat deze zelf ook minder in staat is een scherpe diagnose te stellen. In tegenstelling tot deze verwachtingen was het niveau van deze diagnose in 1983 iets hoger dan in 1982. Het percentage verwijzingen, waarbij de arts een groot aantal diagnostische mogelijkheden zag, nam af van 7 tot 4%. Het percentage verwijzingen waarbij de arts reeds een diagnose had gesteld was na de opening 56% tegen 52% voor de opening van het ziekenhuis. Het is mogelijk dat het hogere niveau van de diagnose veroorzaakt wordt doordat sommige patiënten met duidelijke klachten een bezoek aan de arts hebben uitgesteld tot de komst van het ziekenhuis om zich een lange reis naar de specialist te besparen.

Afgezet tegen de noodzaak van de verwijzing blijven evenals in 1982 de verwijzingen met een beperkt aantal diagnostische alternatieven volgens de artsen de meest noodzakelijke (79% noodzakelijk of zeer noodzakelijk). Geen idee over de diagnose of een groot aantal mogelijkheden (n=65) betekent in bijna de helft van de gevallen dat de verwijzing volgens de artsen niet (echt) noodzakelijk is. In 1982 was dat 32%. De tabel over het doel van de verwijzing leert dat het aantal patiënten dat alleen voor het stellen van een diagnose is verwezen, gedaald is van 10 tot 7% van alle niet-administratieve verwijzingen. Deze bevinding komt overeen met het feit dat de artsen ook in meer gevallen zelf een diagnose hebben gesteld. In het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzing blijken bij een analyse per specialisme geen wezenlijke veranderingen voor te komen. Wel is het van belang te melden dat de extreme uitschieters die de leeftijdsgroepen 0-9 en 20-39 jaar qua diagnostisch niveau in 1982 te zien geven (hoge percentages verwijzingen waarbij een diagnose was gesteld) in 1983 goeddeels verdwenen zijn. Alleen onder de 1-19 jarigen komt nog een hoger aantal gestelde diagnoses voor dan gemiddeld.

2.5. Samenvatting

Op dit moment kunnen nog geen definitieve uitspraken worden gedaan over de hoogte van het verwijscijfer per 1000 ziekenfondspatiënten na de opening van het ziekenhuis. Weliswaar is de eerste 4 maanden na de opening een verhoging van het RZZ-verwijscijfer met 18% geconstateerd, maar de maand daarop -de laatste maand waarover op dit moment ziekenfondsgegevens beschikbaar zijn- is het verwijscijfer zelfs gedaald tot onder het niveau van het jaar daarvoor. De eigen verwijsregistratie, die anderhalve maand daarna van start ging, geeft in vergelijking met de registratie vóór de opening van het ziekenhuis slechts een verhoging van het verwijscijfer met 3,6% te zien. Dit cijfer is evenwel voorlopig, omdat het percentage niet-gerapporteerde verwijzingen in de tweede registratieperiode nog niet bekend is. De gegevens die in de verwijsregistratie over particulier verzekerden zijn verzameld, wijzen in het geheel niet op een verhoging van het verwijscijfer.

Ook het aantal geregistreerde ziekenfondsverwijzingen per 1000 patiënten dat op initiatief van huisarts en patiënt tot stand kwam, steeg met 3,6%. Wel was bij deze 'actieve' verwijzingen het aandeel van de verwijzingen die vooral aan het initiatief van de patiënt te danken waren, groter dan voor de opening (38,2 tegen 34,8%).

Het percentage verlengingsverwijzingen daalde van 24,1 naar 19,8% van het totale aantal verwezen ziekenfondspatiënten. Oorzaak is het in de tijd opschuiven van deze verwijzingen als gevolg van de zogenaamde 'overstap'-verwijzing. Veel patiënten die onder behandeling waren, zetten deze behandeling in Lelystad voort niet lang nadat het ziekenhuis daar geopend werd. De daarvoor benodigde verwijskaart maakt dat de eventuele verlengingsverwijzing wordt uitgesteld tot één jaar na de 'overstap'. De refractieverwijzingen namen na de opening zowel absoluut als relatief (van 17,7 tot 22,5%) toe. Vermoedelijk hebben zowel het uitstellen van dit type niet dringende verwijzingen tot na de komst van het ziekenhuis, als het vervangen van adviezen door de opticiën door die van een oogarts tot deze ontwikkeling bijgedragen.

Hoewel het om kleine aantallen gaat, valt er toch een behoorlijke toename van de verwijzingen op initiatief van de specialist en van die op initiatief van andere hulpverleners te constateren.

De toegenomen geneigdheid van specialisten om door te verwijzen kan deels of geheel de nawerking zijn van de golf van verwijzingen kort na de opening van het ziekenhuis. Voor de andere hulpverleners geldt dit argument niet. Zij lijken meer in te spelen op de betere bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen.

Per specialisme bekeken (en weer alleen naar fondspatiënten) is er een opvallende daling van het aantal verwijzingen naar interne geneeskunde, terwijl de verwijzingen naar orthopedie en gyneacologie meer dan proportioneel zijn toegenomen. De vermindering bij interne geneeskunde is voornamelijk onduidelijk. Over de toename bij orthopedie en gyneacologie is iets meer te zeggen als we naar de verschillende soorten verwijzingen kijken. Bij orthopedie nam -tegen de algemene tendens in- het aantal verlengingsverwijzingen toe, terwijl ook de patiënten meer initiatief toonden. Bij gyneacologie veroorzaken huisartsen, patiënten en andere hulpverleners gezamenlijk het intensiever gebruik van dit specialisme. Er lijkt dus in het algemeen een grotere geneigdheid tot verwijzing naar gyneacologie te zijn ontstaan.

85% van de verwezen patiënten ging volgens de registratie in '83 naar het ziekenhuis in Lelystad. Gezien de geringe animo bij huisartsen en patiënten om naar een specialist buiten Lelystad te verwijzen respectievelijk verwezen te worden, zal dit percentage in de toekomst waarschijnlijk hoger worden.

Ex-Amsterdammers zijn niet of nauwelijks meer geneigd dan Lelystedelingen die van andere plaatsen afkomstig zijn om specialistische hulp buiten Lelystad te zoeken. Het was denkbaar dat beide groepen in dat opzicht verschilden, omdat veel ex-Amsterdammers nog in hun vorige woonplaats werken en derhalve de voorkeur zouden kunnen geven aan een specialist in de buurt van hun werk.

De verwijzingen die volgens de huisartsen niet of niet echt noodzakelijk zijn geweest, namen overeenkomstig de verwachtingen toe (van 23 tot 29% van de actieve verwijzingen). Een belangrijk deel van deze verandering is te wijten aan de verschuiving van het initiatief in de richting van de patiënt. Een zeer groot deel van door patiënten geïnitieerde verwijzingen is in de ogen van de huisarts minder noodzakelijk.

In strijd met onze verwachtingen, is het gestegen niveau van de diagnose sinds de opening van het ziekenhuis.

De huisartsen hebben na de opening bij 56% van de verwijzingen zelf al een diagnose gesteld. Voor de opening was dat percentage 52. Het komt na de opening dan ook minder vaak voor dat artsen alleen verwijzen, omdat zij een diagnose gesteld willen zien. Als voorlopige verklaring is de mogelijkheid geopperd, dat het hogere niveau van de diagnose is veroorzaakt doordat sommige patiënten met duidelijke doch niet-ernstige klachten een bezoek aan de arts hebben uitgesteld tot de komst van het ziekenhuis.

3. MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK

3.1. Inleiding

Ook in 1983 zijn op 10 dagen door alle Lelystadse huisartsen de spreekuur- en visite consulten geregistreerd. Dat gebeurde tussen 14 februari en 29 april.

Doel van de contactregistratie is om na te gaan of zich onder invloed van de komst van het ziekenhuis en de eventueel daarmee samenhangende verhoging van de verwijscijfers veranderingen voordoen in het patroon van medische consumptie in de huisartspraktijken. Behalve op het verwijzen is de aandacht daarbij gericht op het terugbestellen van patiënten, het aanvragen van laboratorium- of röntgenonderzoek en het uitschrijven van recepten. Zulke handelingen hebben niet altijd alleen een therapeutisch of diagnostisch doel. Zij kunnen voor de arts ook een middel zijn om de onzekerheid te reduceren of een manier om het spreekuur te reguleren. Bij het 'managen' van een spreekuur, bijvoorbeeld het beëindigen van een consult, kunnen alle vier genoemde handelingen een rol spelen. Om een vermoeden te bevestigen en twijfel weg te nemen over de klachten van een bepaalde patiënt, zal een arts niet in de eerste plaats kiezen voor het uitschrijven van een recept, maar voor een verwijzing naar een specialist of laboratorium of het besluit nemen de patiënt terug te bestellen. De extra functies, die de genoemde aspecten van medische consumptie gemeen hebben, maken zulke handelingen tot op zekere hoogte substitueerbaar. Als een verwijzing niet echt noodzakelijk is, maar de arts zich voor alle zekerheid wil overtuigen van de juistheid van een vermoeden zijn er meerdere mogelijkheden waaruit hij kan kiezen. Een verhoging van het verwijscijfer door oorzaken die buiten de arts liggen, kan dan bijvoorbeeld de behoefte om patiënten terug te bestellen doen afnemen. Overigens zullen, gezien de relatief geringe frequentie waarmee verwijzingen op het totaal aantal arts-patiënt contacten voorkomen, de substitutie-effecten die wij verwachten, niet bijzonder sterk zijn. De contactregistratie is ook aangegrepen om de verzoeken om een verwijzing van patiënten te registreren. Zo krijgen we een beeld van de

verhouding tussen gehonoreerde en niet-gehonoreerde verzoeken om een verwijzing en van de mogelijke verandering die zich daarna met de komst van het ziekenhuis heeft voorgedaan.

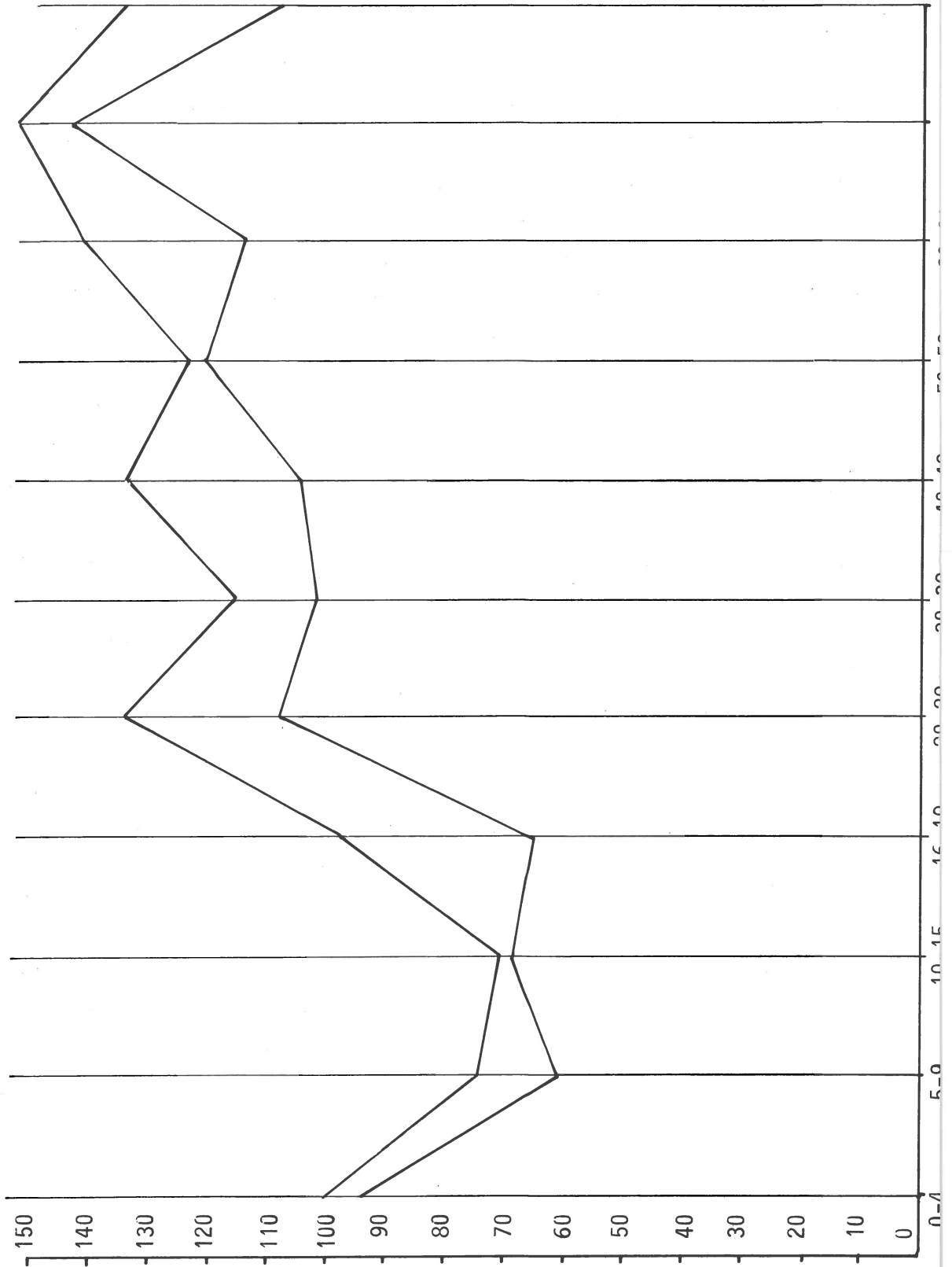
Voor de werkwijze bij het verzamelen van de gegevens en de verantwoording daarvan wordt weer verwezen naar het 1e interimrapport (pag. 41). Verder geldt voor de hier beschreven gegevens hetzelfde als voor de geregistreerde verwijzingen: de gegevens van de huisartsen, die zich sinds de vorige registratie vestigden blijven buiten beschouwing. De praktijk die tijdens de registratie aan een andere huisarts is overgedragen, doet wel mee met de analyses.

3.2. Het aantal arts-patiënt contacten

Er waren bij de aanvang van dit onderzoek geen redenen om aan te nemen dat door de komst van het ziekenhuis de frequentie van het bezoek aan de huisarts zou veranderen. Hoewel het aantal registratiedagen klein is, zullen we toch bekijken of de aantallen geregistreerde contacten per patiënt in beide registraties van elkaar verschillen. Wanneer grote verschillen blijken, is het onwaarschijnlijk dat deze aan de keuze van de dagen, waarop geregistreerd is, te wijten zijn. Ook omdat deze in beide jaren in dezelfde periode zijn gepland.

De registratie in dezelfde 18 praktijken als in 1982 vond in 1983 plaats op 165 van de 180 mogelijke registratiedagen (in 1982:167). Het aantal contacten dat is geregistreerd bedraagt 5198 (in 1982:5109), waarvan 4704 spreekuurconsulten (in 1982:4540) en 494 visites (in 1982:569). Hoewel het totaal aantal registratiedagen met 2 afnam en 164 contacten meer werden geregistreerd, is het aantal geregistreerde contacten op het aantal patiënten in de praktijk in 1983 veel kleiner dan in 1982. De praktijken groeiden namelijk aanzienlijk. In 14 van de 18 praktijken, waarvan in beide jaren ziekenfonds- en particuliere patiënten zijn geteld, groeide het totaal aantal patiënten met 13%. Als we het aantal geregistreerde dagen in 1983 kunstmatig gelijk maken aan dat van 1982 door vermenigvuldiging van de contacten met de factor $\frac{167}{165}$, dan komt het aantal geregistreerde contacten in 1983 op 5261, hetgeen slechts 3% hoger is dan in 1982. Deze globale schatting geeft aan dat het aantal contacten per patiënt op basis van de registratie in 1982 ongeveer 10% hoger lag dan in 1983. Als de geregistreerde vermindering in het aantal arts-patiëntcontacten met de werkelijkheid overeenkomt, dringt zich de vraag op, welke rol de opening van het ziekenhuis daarbij gespeeld kan hebben. Er zijn meerdere verklaringen denkbaar, maar we zullen daarop in dit rapport niet ingaan. Eén mogelijkheid willen we echter toch noemen omdat hierover met het beschikbare materiaal wel iets gezegd kan worden. Wellicht zijn particuliere patiënten, nu het ziekenhuis zo dicht bij is, nog sneller geneigd hun huisarts te passeren als zij naar een specialist willen. Particulieren krijgen van hun ziektekostenverzekering nu eenmaal vaker toestemming om zonder tussenkomst van de huisarts een specialist te raadplegen.

Figuur 3.1.: Spreekuurconsulten per 1000 patiënten per leeftijdscategorie in 1982 en 1983.
Bovenste lijn: 1982, onderste lijn 1983.



Dit zou misschien een (gering) deel van de verminderde frequentie kunnen verklaren. Feit is dat de in 1982 gevonden meerconsumptie van ziekenfondspatiënten ten opzichte van particuliere patiënten (40% voor wat betreft de spreekuurcontacten en 33% bij de visites), na de komst van het ziekenhuis nog groter is geworden. In 1983 registreerden wij 46% meer bezoeken aan de huisarts bij ziekenfondspatiënten en ging de huisarts maar liefst 58% vaker bij ziekenfondspatiënten op bezoek.

Het verschil in consumptieniveau tussen mannen en vrouwen is bij de spreekuurcontacten even groot als vóór de opening: vrouwen gingen 36% vaker naar het spreekuur dan mannen. Bij de visites daalde het verschil van 50% in 1982 tot 36% in 1983. Verwijdering van de pilconsulten levert uiteindelijk een meerconsumptie van vrouwen op van 26% (inclusief visites). In 1983 was dat 28%.

In figuur 3.1 zijn de spreekuurcontacten per 1000 patiënten per leeftijdscategorie voor zowel 1982 als 1983 weergegeven. Het beeld is globaal hetzelfde, al is er over vrijwel de hele linie een daling in het aantal contacten per 1000 patiënten.

3.3. Spreekuurconsulten nader bekeken

De 4704 consulten die in 1983 in 18 praktijken werden geregistreerd zijn als volgt onder te verdelen (tussen haakjes staan steeds de in 1982 gevonden percentages):

- 197 pilconsulten, d.i. 4.2% (was 4.6%);
- 1185 consulten voor een chronische klacht, d.i. 25.3% (was 19.4%);
- 3308 consulten voor andere klachten, d.i. 70.5% (was 76%).

Hoewel het relatieve aantal pilconsulten over het geheel genomen iets afnam, steeg dit percentage bij de categorie vrouwen die het vaakst voor een pilconsult bij de huisarts komen. Bij de vrouwen tussen 16 en 19 jaar was 20.1% van de consulten een pilcontrole (tegen 15.9% in 1982).

Bij de 20 tot 29 jarige vrouwelijke patiënten was dit 14,8% (tegen 13,6% in 1982).

Er heeft zich een opvallende verschuiving voorgedaan in de verhouding tussen chronische en 'andere' klachten. Voor de toename van het aantal consulten voor chronische klachten is echter niet zondermeer een verklaring te vinden. Mogelijk kan een analyse van de veranderingen in de taakopvattingen van de artsen, die in dit rapport niet aan de orde komt, hier uitkomst brengen.

De contactregistratie biedt de mogelijkheid vast te stellen hoe vaak verwijzingen op het spreekuur van de huisartsen voorkomen. Naar onze mening zou het aantal verwijzingen per 100 spreekuurcontacten door de opening van het ziekenhuis toenemen. De verwachting van een groter aantal verwijzingen per patiënt en eenzelfde aantal contacten per patiënt na de opening leidt logischerwijs tot deze veronderstelling. Wat zeggen de cijfers hierover? Van alle 4704 spreekuurconsulten werd 318 keer tot een verwijzing besloten, dat wil zeggen dat per 100 contacten 6,76 keer werd verwezen. In 1982 was dit contactenverwijscijfer 5,90. Dit betekent dat het verwijscijfer per 100 contacten volgens onze registratie met 15% is gestegen.

Uit de verwijsregistratie kon ook met oudere gegevens bepaald worden hoe vaak op 100 contacten verwezen wordt. Van 12 huisartsen beschikken wij over een telling van deze contacten. Het aldus berekende verwijscijfer per 100 spreekuurconsulten is 8,00 (op 13364 contacten werd 1069 keer verwezen). Dezelfde berekeningswijze leidde voor de opening van het ziekenhuis tot 6,09 verwijzingen per 100 contacten. Deze cijfers wijzen zelfs op een verhoging van het contactenverwijscijfer met 30%.

Hoewel het aantal verwijzingen per 100 contacten dus overeenkomstig onze verwachtingen is toegenomen, komt dit niet alleen en zelfs niet voornamelijk doordat patiënten vaker worden verwezen. Weliswaar nam volgens de gegevens uit de verwijsregistratie het aantal verwijzingen per 1000 patiënten met 3 à 4% toe, maar belangrijker is de geconstateerde daling van het aantal contacten met 10%. Beide gegevens tezamen leiden tot een verhoging van het aantal verwijzingen per 100 contacten met 13 à 14%, hetgeen dicht in de buurt komt van de eerder gevonden 15% op basis van de contactregistratie.

Zoals echter ook al in het 1e interimrapport werd gesteld, gaat het bij dit verwijscijfer niet alleen om 'echte' verwijzingen, die op initiatief van huisarts en patiënt tot stand zijn gekomen. Op het spreekuur worden

ook regelmatig administratieve verwijzingen uitgeschreven. Wil men een indruk krijgen van het aantal echte verwijsbeslissingen per 100 contacten, dan moeten deze administratieve verwijzingen van het totale contactverwijscijfer worden afgetrokken. Uit de verwijsregistratie van 1983 blijkt dat de administratieve verwijzingen 28% van de op het spreekuur tot stand gekomen verwijzingen uitmaken. Het 'echte' verwijscijfer zou dan ongeveer 4,9 zijn (als we uitgaan van een 'totaal' verwijscijfer van 6,76). Dat is iets hoger dan in 1982 (4,7), toen het aandeel van de administratieve verwijzingen op het spreekuur geringer was (22,5%). Het geringe verschil tussen beide jaren in de verwijzingen per 100 contacten die op initiatief van huisarts en patiënt tot stand komen, relativeert -zeker in het licht van de daling van het aantal contacten- de verhoging van het totale contactenverwijscijfer.

Na de opening van het ziekenhuis werd er door patiënten vaker om een verwijzing gevraagd, namelijk 213 keer, dat is 4,5% van het aantal contacten. In 1982 bedroeg dat percentage 3,9. Huisartsen reageerden echter niet anders op dergelijke verzoeken dan voor de komst van het ziekenhuis. Werd er om een verwijzing gevraagd dan leidde dat in 72% van de gevallen ook tot een verwijzing. In 1983 was dat 75%. Van de verwezen patiënten had evenals in 1982, iets minder dan de helft volgens de huisarts om een verwijzing gevraagd. Geen drastische veranderingen dus in dit opzicht bij de huisartsen.

Als we ons de vraag stellen of de toename van het aantal verwijzingen per 100 contacten ook consequenties heeft gehad voor enkele andere aspecten van medische consumptie in de huisartspraktijk, dan zijn de administratieve verwijzingen evenzeer van belang als de verwijzingen op initiatief van huisarts en patiënt.

Een administratieve verwijzing kan net als een 'actieve verwijzing', het uitschrijven van een recept, een aanvraag voor laboratorium- of röntgenonderzoek en het terugbestellen van een patiënt helpen de onzekerheid van de arts te reduceren of fungeren als middel om een consult te beëindigen. De vraag echter of de verhoging van het (totale) aantal verwijzingen per 100 contacten nu heeft geleid tot een vermindering van die vormen van gedrag, die voor de huisarts soms dezelfde functie kunnen vervullen als het verwijzen, is niet eenvoudig te beantwoorden.

Uiteindelijk heeft het verhoogde contactenverwijscijfer slechts gevolgen voor 1 à 2% van de contacten en is het mogelijke effect daarvan verspreid over drie alternatieve, door de arts te maken keuzes- moeilijk meetbaar. Bovendien hebben naast de verhoging van het aantal verwijzingen per 100 contacten nog een aantal factoren mogelijk invloed gehad op het aantal malen dat door de arts voor één van deze alternatieven is gekozen. Zo betekende de komst van het ziekenhuis dat laboratorium- en röntgenonderzoek dichterbij huis mogelijk werd. Een vervelende bijkomstigheid was ook de invoering van de eigen bijdrage van een rijksdaalder per recept voor ziekenfondspatiënten enige maanden voor de aanvang van de tweede registratieperiode, die het zicht op de veranderingen in het voorschrijfgedrag van de artsen mogelijk heeft vertroebeld. Om al deze redenen moeten wij zeer voorzichtig zijn met de interpretatie van geconstateerde verschillen in de frequentie waarmee patiënten zijn terugbesteld, recepten voorgeschreven en lab- of röntgenonderzoek is aangevraagd.

Tijdens de registratie van 1983 werden minder recepten uitgeschreven dan vóór de opening van het ziekenhuis (48% tegen 54%). Met name de consulten voor chronische klachten werden minder vaak besloten met het uitschrijven van een recept (47% tegen 60%), maar ook bij pilconsulten (85% tegen 89%) en bij consulten voor andere klachten (46% tegen 51%) verminderde het percentage, waarbij een recept werd voorgeschreven.

Zoals gezegd heeft de eigen bijdrage voor elk uitgeschreven recept het beeld waarschijnlijk vertroebeld. Vermoedelijk heeft deze maatregel er toe geleid dat artsen meer dan voorheen per recept meerdere medicijnen of grotere hoeveelheden van één medicijn uitschreven om patiënten extra kosten te besparen. Hoe dan ook de vermindering van het percentage recepten is te groot om uit de toename van het aantal verwijzingen verklaard te kunnen worden.

Als we de pilcontrole buiten beschouwing laten, krijgen mannen even vaak een recept mee als vrouwen. In 1982 verlieten vrouwen iets vaker de praktijk met een recept.

Ook na de komst van het ziekenhuis is er een lichte stijging van het percentage consulten dat met een recept wordt besloten met het toenemen van de leeftijd. De 0-4 jarigen vormen hierop een uitzondering. Voor hen worden meer recepten uitgeschreven dan voor de patiënten tussen de 5 en 40 jaar.

Ziekenfondspatiënten en particulieren onderscheiden zich niet van elkaar met betrekking tot het percentage recepten. Dat gold ook vóór de komst van het ziekenhuis.

Laboratorium- of röntgenonderzoek werd in 1983 -gerelateerd aan het aantal geregistreerde consulten- wat vaker aangevraagd dan in 1982 (12.7% tegen 10.0%). Vóór de opening van het ziekenhuis was er sprake van een duidelijke stijging van het aangevraagde onderzoek per leeftijdscategorie, tot de leeftijd van 50 jaar. Deze verschillen zijn nu deels genivelleerd. Voor de leeftijdscategorieën boven de 20 schommelt het percentage aangevraagde onderzoeken rond de 13%. Bij de 5-19 jarigen is het ongeveer 11%. Voor de 0-4 jarigen werd slechts in 5% van de consulten besloten tot een laboratorium- of röntgenonderzoek.

Evenals in 1982 komt zulk onderzoek ook nu wat vaker voor bij vrouwen (13.2%) dan bij mannen (10.7%). De pilconsulten zijn daarbij niet meegeteld. Ook worden de particulieren (13.5%) wat meer naar het laboratorium verwezen dan de ziekenfondsverzekerden (11.6%). Het verschil van 2% was er ook een jaar eerder al.

De patiënten werden in 1983 wat vaker terugbesteld; 20% werd onvoorwaardelijk terugbesteld (was 18%), 27% voorwaardelijk (was 25%) en 53% werd niet terugbesteld (was 57%). Wat de pilconsulten en de consulten voor de chronische klachten betreft zijn er in dit opzicht weinig veranderingen te constateren. Patiënten met andere klachten werden in 1983, bij 60% van de consulten niet gevraagd terug te komen. Vóór de opening van het ziekenhuis was dat 50%. De duidelijke relatie tussen terugbestellen en leeftijd blijft bestaan. Ook nu komt dat vooral door de toename van het aantal onvoorwaardelijke terugbestellingen naarmate de patiënten ouder worden. In 1982 was er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen in de mate waarin zij terugbesteld werden. Nu, na de opening van het ziekenhuis, worden vrouwen aanzienlijk vaker terugbesteld (50%) dan de mannen (43%). Het verschil wordt vooral verklaard door het hogere percentage voorwaardelijke terugbestellingen onder vrouwen (21.0% tegen 16.5% bij mannen).

Daarentegen is het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, dat in 1982 gesignaleerd werd, nu zo goed als geheel verdwenen. Particuliere patiënten worden nauwelijks nog vaker terugbesteld dan ziekenfondspatiënten.

De onverwachte toename van de terugbestellingen en van de aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek is nog moeilijker te interpreteren dan de veranderingen van het voorschrijfgedrag. De mogelijk door patiënten afgedwongen vermindering van het aantal recepten kan natuurlijk net als de verhoging van het verwijscijfer gevolgen hebben voor het management van de praktijk en zo de neiging van de artsen hebben versterkt om patiënten terug te bestellen of laboratorium- of röntgenonderzoek aan te vragen. Of een dergelijke substitutie ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden is op dit moment nog onduidelijk.

3.4. Visites nader bekeken

Het aantal geregistreerde visites over 18 praktijken in 1983 bedroeg 494. Bij de vorige registratie waren dat 569 visites. De niet geringe daling van het aantal visites is, zeker als we deze relateren aan de groei van de praktijken met ruim 10% moeilijk te verklaren. Het geringe aantal waarnemingen kan mogelijk een deel van het verschil verklaren, maar omdat ook de frequentie van het aantal spreekuurcontacten per 1000 patiënten afgenomen is, is er wellicht sprake van een algehele -en misschien tijdelijke?- vermindering van de medische consumptie in de Lelystadse huisartsenpraktijken om vooralsnog onduidelijke redenen. Desalniettemin is de verhouding van het aantal spreekuurconsulten op het aantal visites gestegen van 8.0 tot 9.5; 78% van de visites betrof in 1983 een ziekenfonds-patiënt, terwijl de spreekuurconsulten in dat jaar voor 75% waren gewijd aan fondspatiënten. In 1982 was er geen verschil in de verhouding ziekenfonds-particulier. Bij consulten en visites zorgden ziekenfondsverzekerden voor 77% van de contacten.

29% van de contacten buiten de praktijk betrof een patiënt met een chronische klacht. In 1982 was dat 25%. Net als toen liep ook in 1983 het percentage visites voor chronische klachten op naarmate de leeftijd hoger werd.

Het percentage vrouwen onder de patiënten die thuis door de huisarts werden bezocht is even hoog als het percentage vrouwen onder degenen die op het spreekuur kwamen: 57%. Ook in 1982 waren de vrouwen met 60% sterker bij de visites vertegenwoordigd dan de mannen. Vrouwen werden ook in 1983

relatief vaak voor een chronische klacht bezocht: 32% tegen 26% van de mannen. In 1982 waren de percentages respectievelijk 27 en 20.

Chronische klachten zijn ook, net als vóór de opening van het ziekenhuis, vaker de reden voor een bezoek van de huisarts onder ziekenfondspatiënten dan onder particulieren: 33 tegen 17% in 1983. In 1982 was dat 28 versus 13%.

Het onvoorwaardelijk terugbestellen van patiënten komt tijdens de visites (27%) vaker voor dan op het spreekuur (20%). Daarentegen zijn er wat minder voorwaardelijke afspraken voor een vervolcontact: 24% tegen 27% van de spreekuurconsulten.

Vrouwen worden aanzienlijk vaker onvoorwaardelijk terugbesteld dan mannen, zoals ook uit de gegevens over het spreekuur bleek: 30% tegen 24% van de mannen. Het voorwaardelijk terugbestellen komt echter bij mannen meer voor (27%) dan bij vrouwen (23%). Met ziekenfondspatiënten werd tijdens 52% van de visites een nieuwe afspraak gemaakt, met particulieren in 49%. In 1982 was er in dit opzicht geen verschil tussen beide verzekeringsvormen.

Niet alleen tijdens de spreekuurconsulten werden minder recepten uitgeschreven dan vóór de komst van het ziekenhuis, ook tijdens de visites kwam het receptenboekje wat minder vaak tevoorschijn: 51% tegen 54% in 1982. Kregen in 1982 ziekenfondspatiënten beduidend vaker een recept mee dan particulieren, nu is dat verschil geheel verdwenen.

Mannelijke patiënten ontvingen in 1983 tijdens 59% van de visites een recept. Dat is aanzienlijk meer dan van de visites aan vrouwen: 46%.

Verzoeken om een verwijzing (16 keer-3%) en verwijzingen als zodanig (21 keer-4%) kwamen iets minder frequent voor dan op het spreekuur.

De aantallen zijn overigens te gering om een uitsplitsing naar geslacht of verzekeringsvorm te rechtvaardigen. Hetzelfde geldt voor het aangevraagde laboratorium- en röntgenonderzoek. Hiervan dient echter wel te worden opgemerkt dat de visites (5%) veel minder tot zulk onderzoek leidden dan de consulten (13%).

3.5. Samenvatting

Een verrassend resultaat van de contactregistratie is de daling van het aantal contacten per patiënt in vergelijking met de registratie voor de opening van het ziekenhuis. Er werden, gerelateerd aan het aantal patiënten in de praktijken, 10% minder spreekuurconsulten en 28% minder visites geregistreerd. Een klein deel van de lagere contactfrequentie is mogelijk te verklaren als we veronderstellen dat particuliere patiënten nog vaker dan voorheen op eigen initiatief naar de specialist gaan, dus zonder eerst de huisarts te raadplegen. In ieder geval is het verschil in de contactfrequentie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden na de opening van het ziekenhuis nog groter dan voorheen. Fondspatiënten kwamen 46% vaker op het spreekuur (was 40%) en werden 58% meer door de huisarts bezocht (was 33%). Ook is het mogelijk dat de geringere frequentie van het bezoek aan de huisarts deels een reactie is op de hausse aan verwijzingen die zich kort na de opening van het ziekenhuis voordeed en die ook een verhoging van het aantal contacten met zich meegebracht moet hebben. Beide verklaringen schieten echter tekort om het verschil van 10% te kunnen overbruggen. Bij nadere analyse van het materiaal zal, gezocht worden naar andere oplossingen en zal moeten blijken of onze veronderstellingen juist zijn of dat zich op de registratiedagen toevallig minder patiënten bij hun huisarts hebben gemeld.

Het verwijscijfer per 100 spreekuurcontacten is in 1983 ruim 10% hoger dan tijdens de registratie in 1982. Het aantal echte verwijsbeslissingen per 100 consulten is nauwelijks gestegen. De groei van het totale contactenverwijscijfer, dus inclusief de administratieve verwijzingen is vooral het gevolg van de vermindering in het aantal contacten en niet in de eerste plaats van vaker verwijzen.

Op het aantal spreekuurconsulten was het aantal verzoeken om een verwijzing in 1983 (4,5%) slechts iets hoger dan een jaar daarvoor (3,9%). Zeker als men de lagere contactfrequentie in aanmerking neemt, is deze toename minder drastisch dan wij hadden verwacht. Artsen reageerden sinds de komst van het ziekenhuis niet anders op de vraag naar een verwijzing. Zowel daarvoor als daarna werd ruim 70% van de verzoeken gehonoreerd.

Dat zich door een toegenomen aantal verwijzingen substitutie-effecten zouden hebben voorgedaan, die tot uiting komen in het teruglopen van de aantallen voorgeschreven recepten, terugbestellingen en aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek, blijkt niet uit de gegevens. Ze zijn in elke geval niet herkenbaar. Het percentage consulten, waarbij een recept werd voorgeschreven nam wel af, maar daar heeft de invoering van de eigen bijdrage voor ziekenfondspatiënten vermoedelijk meer invloed op gehad, dan de toename van het aantal verwijzingen. Aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek kwamen na de opening van het ziekenhuis zelfs vaker voor. Misschien is hierin wel een substitutie-effect te zien, maar dan niet door meer verwijzen, maar door het minder voorschrijven van recepten. De betere bereikbaarheid van laboratorium- en röntgenfaciliteiten kan bovendien de vraag daarnaar vergroot hebben.

Om onduidelijke redenen hadden de klachten waarover patiënten hun huisarts raadpleegden in 1983 veel vaker een chronisch karakter. Ook in dit geval hopen wij door een nadere analyse van het materiaal tot een verklaring van dit verschijnsel te komen.

4. DE MENINGEN VAN DE BEVOLKING OVER HET VERWEZEN WORDEN NAAR DE SPECIALIST

De meningen van de Lelystedelingen over de taakverdeling tussen huisarts en specialist in het algemeen en over verwezen worden in het bijzonder worden in dit onderzoek bij drie steekproeven vastgelegd, op 3 tijdstippen. Eén groep (aangeduid als de 'panel-groep') krijgt de bijbehorende vragenlijst medio '82, medio '83 en medio '84. Om te voorkomen dat door sterke uitval onder deze groep van 1200 personen slechts weinig mensen over zouden blijven voor de follow-up metingen, én omdat er gecorrigeerd moet worden voor de wijziging in de samenstelling van de snel groeiende Lelystadse bevolking, wordt een tweede groep van 1200 personen (uit het bevolkingsregister getrokken op 1 april '83) in '83 en '84 ondervraagd, en een derde groep alleen in '84. In dit interimrapport worden alleen de resultaten van de panel-groep weergegeven. Van deze groep respondeerden in 1982 877 personen (73,1%); deze 877 werden in 1983 opnieuw aangeschreven, dit maal met een respons van 72,7% (638). In het vorige rapport zijn de resultaten beschreven van 763 personen: personen met een huisarts buiten Lelystad, zij die hun huisarts nog nooit bezocht hadden en zij die niet hadden ingevuld wie de huisarts was werden toen uit de analyse gelaten. 565 van deze personen vinden we weer terug in de in 1983 ondervraagde groep; op deze groep hebben de nu volgende cijfers betrekking. De 565 personen wijken op de belangrijkste achtergrondgegevens niet af van de 763; de lichte ondervertegenwoordiging in de leeftijdsgroep tot 30 jaar die kenmerkend was voor de 763 vinden we ook terug in de 565 twee maal ondervraagde personen.

De hier weergegeven analyse heeft een globaal karakter; hij is uitsluitend bedoeld om een eerste indruk te krijgen van wat er in de opvattingen van de patiënten wel of niet is veranderd. Deze veranderingen worden allereerst op geaggregeerd niveau weergegeven: gemiddelden en spreiding van de gehele groep. Daarna worden zij weergegeven in individueel verschilscores en geanalyseerd voor verschillende subgroepen.

In tabel 4.1. zijn de verwachte gevolgen en de waardering van die gevolgen van 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' weergegeven.

Tabel 4.1. verwachtingen en waarderingen van verschillende mogelijke gevolgen van 'de huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil'

MIJN HUISARTS LATEN MERKEN DAT IK NAAR DE SPECIALIST WIL:		Verwachting		Waardering	
		\bar{X}	St.dev	\bar{X}	St.dev
Betekent dat mijn huisarts mij naar de specialist zal verwijzen	1982	4.83	1.78	2.15	.63
	1983	5.08	1.53	2.08	.69
Betekent dat ik behandeld zal worden door een arts die op een bep. gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts	1982	5.89	1.39	2.36	.63
	1983	5.96	1.23	2.34	.65
Betekent dat ik te weten kom of mijn klachten ernstig zijn	1982	5.23	1.51	2.15	.93
	1983	5.39	1.40	2.24	.78
Betekent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij onpersoonlijk behandelt	1982	3.43	1.63	-1.95	1.31
	1983	3.35	1.50	-1.97	1.29
Betekent dat door de special. echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden	1982	5.37	1.36	2.44	.67
	1983	5.45	1.25	2.46	.66
Betekent dat mijn huisarts mij zelf zal laten beslissen of ik naar de spec. moet	1982	3.99	1.82	.72	1.67
	1983	4.25	1.67	.90	1.51
Betekent dat ik veel moet regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist	1982	4.37	2.00	-1.37	1.01
	1983	3.99	1.93	-1.35	1.04
Betekent dat mijn huisarts geïrriteerd raakt	1982	2.86	1.67	-2.33	.82
	1983	2.88	1.59	-2.30	.79
Betekent dat ik hoge kosten moet maken voor het reizen naar de specialist	1982	4.86	1.88	-2.14	.97
	1983	3.34	1.89	-2.16	.91
Betekent dat ik veel tijd kwijt ben met reizen naar de specialist	1982	5.42	1.73	-2.18	.98
	1983	3.42	1.91	-2.15	.94
Is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst	1982	4.37	1.92	X	
	1983	4.38	1.87		
Is mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald	1982	4.77	1.98		
	1983	4.63	1.89		

1):1= zeer onwaarschijnlijk, 7 = zeer onwaarschijnlijk

2):-3 = zeer slecht, resp. heel vervelend, 3 = zeer goed

Er blijkt in de verwachte gevolgen en de waardering daarvan niet veel veranderd. Uiteraard zijn de verwachte reiskosten en reistijd afgenomen, wat overigens in veel mindere mate het geval is voor het 'veel moeten regelen'. De kans dat de huisarts het verzoek honoreert is volgens de respondenten een fractie toegenomen, evenals de kans dat hij het aan de patiënt zelf overlaat om de beslissing te nemen, een beleid dat iets hoger wordt gewaardeerd dan een jaar tevoren.

Evenals in 1982 is de respondenten gevraagd hoe goed, nuttig, aanvaardbaar en wenselijk zij het vinden om de huisarts te laten merken dat zij naar de specialist willen. In deze waarderingen kwamen geen noemenswaardige veranderingen.

De geneigdheid om de huisarts daadwerkelijk te laten merken dat men naar de specialist wil (de 'gedragsintentie') onderging evenmin grote veranderingen, zie tabel 4.2. Evenals in 1982 laden de klacht-specifieke gedragsintenties op twee factoren (zie tabel 4.3.).

De 12 maanden voorafgaande aan de enquête liet 78% niet aan de huisarts merken dat men naar de specialist wilde, tegen 76 % in 1982. Daarbij moet bedacht worden dat voor deze groep ook het bezoek aan de huisarts iets is teruggelopen; zo had 50% de laatste 3 maanden geen contact met de huisarts, tegen 44% in 1982.

Naast deze variabelen die rechtstreeks betrekking hebben op het verwijzen door de huisarts en de invloed die de patiënt daarop kan uitoefenen, zijn een aantal vragen gesteld die de globale preferentie voor huisarts of specialist trachten vast te stellen. Evenals bij de vorige meting blijkt, bij het toepassen van een factor-analyse op deze items, dat er niet zo zeer sprake is van een keuze voor óf huisarts óf specialist, maar dat er twee onafhankelijke dimensies achter deze items schuilgaan, die als 'appreciatie van de huisarts' respectievelijk 'appreciatie van de specialist' kunnen worden aangeduid. Tabel 4.5. geeft de gemiddelde scores op deze vragen. Er blijken nauwelijks veranderingen; opvallend is echter wel dat nog slechts 31% het er volledig mee eens is dat de huisarts, als hij twijfelt of je iets mankeert, meteen moet doorverwijzen naar de

Tabel 4.2. algemene en specifieke gedragsintenties (in hele procenten);
1 = zeer onwaarschijnlijk, 7 = zeer waarschijnlijk

		\bar{x}
1. Dat ik mijn huisarts zal laten merken dat ik naar de specialist wil, vind ik	1982	5.3
	1983	5.4
2a. U denkt dat U misschien wel iets ernstigs heeft. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	5.6
	1983	5.7
2b. 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?	1982	5.3
	1983	5.3
2c. 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?	1982	5.4
	1983	5.4
2d. U heeft het gevoel dat U steeds slechter gaat horen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	5.7
	1983	5.7
2e. U heeft sinds drie dagen een lelijk ontstoken oog. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	4.6
	1983	4.7
2f. U heeft plotseling stekende pijn in de borst. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	4.9
	1983	5.0
2g. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	4.5
	1983	4.7
2h. U ontdekt een knobbeltje op Uw hand. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	4.3
	1983	4.5
2i. U heeft, vooral 's nachts, last van kortademigheid. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	1982	4.8
	1983	4.8
2j. U heeft al een week of vier pijn in Uw rug. De huisarts heeft een foto laten maken, waarop alles normaal is. Toch gaat de pijn niet over. Zult U dan Uw h.a. laten merken dat U naar de special. wilt?	1982	5.4
	1983	5.3

Tabel 4.3. factor-analyse op de specifieke gedragsintenties.
Varimax-rotatie met twee factoren. Enquête 1983

	Factor 1	Factor 2
Eczeem	.31961	<u>.61214</u>
Hersenschudding	.20964	<u>.83474</u>
Slechter horen	.34558	<u>.61510</u>
Borstpijn	<u>.72085</u>	.35136
Bloed in ontlasting	<u>.71691</u>	.29666
Knobbeltje op hand	<u>.75962</u>	.27999
Kortademigheid	<u>.74388</u>	.32499
Rugpijn	.31545	<u>.54276</u>
Percentage gebonden variantie, per factor	55.3%	12.9%

Tabel 4.4. aantal malen in de laatste 12 maanden dat respondenten de huisarts hebben laten merken naar de specialist te willen in hele procenten

	1983	1982
Niet	78	76
1 maal	19	19
2 maal	3	3
Meer malen	0	2
Niet ingevuld	-	-
Totaal	100	100

specialist, tegen 43% vorig jaar. De afwezigheid van gemakkelijk bereikbare specialistische zorg heeft blijkbaar geleid tot een zeker gevoel van ongerustheid, dat bij de komst van het ziekenhuis voor een deel is verdwenen. In overeenstemming met die ongerustheid is het feit dat de belangrijkste reden die men in 1982 opgaf waarom men het vervelend vindt dat er geen ziekenhuis in Lelystad is, is dat je in noodgevallen niet op tijd in het ziekenhuis bent (36%). In dezelfde lijn ligt de constatering dat de tevredenheid over de huisarts en over zijn verwijsbeleid zijn toegenomen: 45% is nu zeer of buitengewoon tevreden tegen 40% in 1982;

17% is tamelijk of minder tevreden versus 23% in 1982. Dat de huisarts als regel op het goede moment verwijst meent nu 78% (was 71%); wie er over de verwijzing behoort te beslissen is nog steeds 'de huisarts in overleg met de patiënt' (75%), met 'de patiënt in overleg met de huisarts' als tweede (19%).

Tabel 4.5. meningen van respondenten over de plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening (in hele procenten);

1 = volledig mee eens, 5 = volledig mee oneens

		\bar{X}	St.dev
A. De huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel doorverwijzen naar special.	1982	3.57	1.06
	1983	3.59	1.00
B. Bij een overschot aan dokters kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen	1982	2.76	1.19
	1983	2.70	1.13
C. Ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts	1982	2.48	1.11
	1983	2.52	1.06
D. Huisartsen hebben een belangrijker taak in de gezondheidszorg dan specialisten	1982	3.40	1.20
	1983	3.35	1.13
E. Voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist	1982	3.48	1.08
	1983	3.48	1.02
F. Als de huisarts twijfelt of je iets mankeert, moet hij je meteen doorverwijzen naar de specialist	1982	4.06	1.07
	1983	3.85	1.06
G. Bij een specialist ben je in betere handen dan bij een huisarts	1982	2.98	1.07
	1983	2.92	1.01
I Het belang van de specialistische hulpverlening wordt meestal overdreven: de meeste ziekten kan de huisarts zelf behandelen	1982	2.84	1.10
	1983	2.95	1.10

Een eerste indruk van de veranderingen die de komst van het Zuiderzee-ziekenhuis heeft teweeggebracht in de opvattingen van de Lelystedelingen is dat de mensen een iets groter gevoel van 'veiligheid' hebben gekregen, gepaard gaande met een grotere tevredenheid over hun huisarts. In hun waardering van de mogelijke gevolgen van het aandringen op verwijzing

naar de specialist is geen verandering gekomen; in de geschetste kans dat die gevolgen optreden evenmin, afgezien van de gevolgen die rechtstreeks te maken hebben met de verkleinde afstand tot het ziekenhuis. De geneigdheid om, als men klachten over de gezondheid heeft, op een verwijzing aan te dringen is evenmin veranderd.

Tot zover hebben we het veranderen resp. het constant blijven van de opvattingen van de Lelystedelingen weergegeven met gemiddelden over de hele groep. Een manier van analyseren die wat gedetailleerdere uitspraken toelaat is het berekenen van individuele verschilcores. Het gelijkblijven van het groepsgemiddelde behoeft immers niet noodzakelijkerwijs te betekenen dat ook de individuen onveranderd zijn gebleven: een verandering in de ene richting van één persoon kan teniet gedaan worden door een verandering in de andere richting van een ander. Daarom zijn van de belangrijkste variabelen individuele verschilcores berekend. Bij het interpreteren van deze verschillen moet bedacht worden dat het feitelijk gegeven antwoord op een vraag opgebouwd is uit twee delen: het 'echte' antwoord (iemand's 'echte' mening) plus een hoeveelheid 'ruis'. Mensen zetten per ongeluk een kruisje in een verkeerd hokje (lezen in de haast 'eens' in plaats van 'oneens') hebben de ene dag een wat zonniger kijk op het leven dan de andere, etc. Daarnaast kan het feit alleen al dat men over een bepaald onderwerp ondervraagd is, de mening over dit onderwerp enigszins wijzigen. Voor dit laatste effect zal t.z.t. gecontroleerd worden door de resultaten van de panelgroep te vergelijken met die van de 'verse steekproef'; over de grootte van de ruis is verder geen uitspraak te doen. Men realiseert zich dat kleine individuele verschuivingen niet veel betekenis hebben, en dat weinig voorkomende grote individuele verschillen veroorzaakt kunnen zijn door invulfouten. Wat betreft de waardering van de verschillende mogelijke gevolgen van 'laten merken dat men naar de specialist wil' blijkt ook op individueel niveau van weinig verandering sprake. Meer dan 80% (vaak zelfs meer dan 90) is gelijkgebleven of wijkt op de zeven mogelijke antwoordcategorieën slechts één punt af van 1982. Een kleine uitzondering vormt het 'zelf beslissen of ik naar de specialist moet': 14% is hier over minder gunstig gaan denken (twee of meer punten verschil), 18% gunstiger, terwijl 68% (vrijwel) gelijk bleef.

Iets meer veranderingen zien we als we kijken naar de mogelijke gevolgen als men zijn huisarts laat merken dat men naar de specialist wil, zie tabel 4.6. Afgezien van de wijzigingen die direct te maken hebben met de verminderde afstand tot het ziekenhuis, blijkt dat de huisarts volgens relatief veel mensen meer zal verwijzen dan vroeger, en de beslissing tot raadplegen van de specialist ook meer aan de patiënt zelf zal overlaten. Een aantal mensen meent dat het waarschijnlijker dan een jaar geleden is, dat zij onpersoonlijk door een specialist behandeld zullen worden. Dit is echter niet veroorzaakt door negatieve ervaringen met de Lelystadse specialisten, integendeel. Van de 136 personen die in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête een bezoek aan de Lelystadse polikliniek hebben bezocht acht 12% de kans op onpersoonlijke behandeling sinds de komst van het ziekenhuis toegenomen, van hen die een polikliniek elders hebben bezocht is dit 23%. Mensen die geheel niet naar de specialist zijn geweest, achten het in 21% waarschijnlijk dat zij onpersoonlijk behandeld zullen worden; voor de groep die op het moment van enquêteren niet onder specialistische behandeling is, is dit 20%. 18% acht de kans op onpersoonlijke behandeling afgenomen, tegen 29% van hen die wél onder specialistische behandeling zijn. Wie minder behoefte aan specialistische gezondheidszorg heeft, beziet de komst van een tweedelijns voorziening blijkbaar met wat meer scepsis. Met deze wat meer gedetailleerde analyse lopen we overigens al enigszins vooruit op de analyse waarin we zullen nagaan of er voor verschillende subgroepen verschillende veranderingen zijn te constateren.

Iets meer mensen zijn wat minder 'martial' geworden in hun opstelling: 22% vindt nu minder dat aandringen op een verwijzing 'hun goed recht' is, tegen 17% die dit méér vindt dan in 1982. Dit is in overeenstemming met het hiervoor gesuggereerde algemene gevoel van 'onveiligheid': men vindt minder dan in 1982 dat de huisarts bij twijfel meteen moet verwijzen, is tevredener over de huisarts en zijn verwijsbeleid en staat minder op zijn strepen. Ook blijkt dat 16% aandringen op een verwijzing minder wenselijk vindt, dan in 1982, tegen 12% wenselijker. In de mate waarin men dit gedrag goed, matig, aanvechtbaar of gemakkelijk vindt, is overigens weinig verandering gekomen. De mening van de 'significante anderen' is voor 70% niet veranderd.

Tabel 4.6. Individuele veranderingen in de waarschijnlijkheden van gevolgen van 'mijn huisarts laten merken dat ik naar een specialist wil', in hele procenten.

	Onwaarschijnlijk	(vrijwel) gelijk	Waarschijnlijk
Huisarts zal verwijzen	15	64	21
Behandeld door arts met meer kennis	10	79	11
Te weten komen of de klacht ernstig is	14	70	16
Onpersoonlijke behandeling door specialist	19	62	19
Echt wat aan de klachten gedaan	13	73	14
Huisarts zal patiënt zelf laten beslissen	16	59	25
Veel regelen	26	57	17
Huisarts wordt geïrriteerd	15	68	17
Hoge reiskosten	46	45	9
Veel reistijd	56	39	5
Is noodzakelijk als hij te laat verwijst	18	60	22
Is mijn goed recht	22	61	17

Wat betreft de gedragsintenties voor afzonderlijke klachten, zien we het langzamerhand vertrouwde beeld; het percentage gelijkgebleven personen is hoog (65-75%). Duidelijke verschuivingen doen zich niet voor, wat evenzeer geldt voor de individuele verschillen wat betreft de preferentie voor eerste of tweede lijn. Slechts de uitspraak dat de huisarts bij twijfel meteen moet verwijzen vindt iets minder aanhang (13% minder versus 7% méér mee eens), terwijl ook de stelling dat je bij de specialist in betere handen bent dan bij de huisarts iets minder bijval ontmoet (11% minder mee eens, 6% méér). Wat het/laten/merken/dat/men/naar/de/specialist/wil betreft tenslotte bleek dat 75% dit evenveel had gedaan als vóór

de opening van het ziekenhuis, 15% minder vaak en 15% vaker.

In het volgende zullen we nagaan in hoeverre het totaalbeeld verandert als we de gegevens van de eerste nameting vergelijken met die van de voor-meting voor verschillende subgroepen. We zullen deze vergelijking alleen maken voor de personen wier gezondheidstoestand op de tweede meetmomenten hetzelfde was: als mét de komst van het ziekenhuis ook de gezondheids-toestand verandert, kunnen deze twee effecten niet goed worden onderschei-den.

Achtereenvolgens komen aan de orde: leeftijd, geslacht, werksituatie, verzekeringsvorm, opleiding, urbanisatie-graad van vorige woongemeente en leeftijd jongste thuiswonende kind. Daarbij is de 'afhankelijke' varia-bele (de verwachte gevolgen van het verwezen worden en de verandering daarvan, de mate waarin men 'laten merken dat ik naar de specialist wil' wenselijk, goed, enz. vindt, de gedragsintentie met levensbedreigende of minder ernstige aandoeningen en de appreciatie van respectievelijk huis-arts en specialist) steeds in drie groepen verdeeld. Bij de gevolgen en hun waardering is onderscheiden: 'onveranderd' (geen enkel verschil), waarschijnlijk en onwaarschijnlijk, resp. meer en minder waardering. Doordat we ook kleine veranderingen ten volle meerekenen is deze methode iets 'gevoeliger' voor veranderingen, maar neemt uiteraard ook meer 'ruis' mee. De continue variabelen zijn, voor de gehele groep respondenten, gedichotomiseerd: 'gedaald' (eerste kwartiel), 'onveranderd' (tweede en derde kwartiel), en 'gestegen' (vierde kwartiel). Doordat de kwartiel-verdeling bij de geselecteerde groep met een onveranderde gezondheids-toestand niet altijd precies overeenkomt met die van de gehele groep, zijn hierin kleine afwijkingen mogelijk.

Niet alle vermelde verschillen zijn significant; vooral het kleine aantal eenheden in de cellen is daarvan de oorzaak. De significante verschillen zijn expliciet als zodanig aangegeven; wanneer is vermeld dat een verschil niet significant is, is meestal sprake van een chi-kwadraat met een p-waarde rond .20.

De leeftijd van de respondenten verandert het algemene beeld niet: 65-plussers zijn iets vaker gestegen in hun appreciatie van de specialist dan anderen (34% versus 20% van de overigen), maar significant afwijkend is slechts hun sterker geworden afkeuring voor onpersoonlijk behandeld worden door een specialist (53% grotere afkeuring versus 22% voor de rest). De kans op onpersoonlijk behandeld worden is voor hen echter niet meer of minder veranderd dan voor de anderen. Ook irritatie bij de huisarts vinden zij vaker vervelender dan de anderen (33% vindt dit vervelender dan in 1982, tegen 18% van de rest). De kans op een verwijzing is bij hen, volgens eigen zeggen vaker toegenomen, evenals trouwens van 16-25 jarigen (beide ruim de helft 'waarschijnlijker').

De variabele 'geslacht' geeft in een aantal gevallen significante verschillen. Voor vrouwen is de kans op hoge reiskosten bijna significant ($p < .10$) meer afgenomen dan voor mannen en de kans op veel reistijd als gevolg van het vragen van een verwijzing significant meer afgenomen ($p < .01$). Waarschijnlijk is dit veroorzaakt doordat voor mannen die buiten Lelystad (b.v. Amsterdam) werken een bezoek aan de specialist te Lelystad gepaard gaat met reistijd tussen werk en specialist.

Achteraf is het een omissie dat niet gevraagd is naar de plaats waar men werkt; in de 2e nameting zal dit (ook retrospectief) hersteld worden. Vrouwen zijn in hun geneigdheid om op verwijzing naar de specialist aan te dringen sterker gestegen dan mannen (van beide soorten aandoeningen; de verschillen zijn niet significant ($p < .13$). Wel significant maar moeilijk interpreteerbaar is het feit dat mannen in hun appreciatie van de huisarts zowel sterker gedaald als sterker gestegen (dus minder vaak gelijk zijn gebleven) dan vrouwen. Hetzelfde geldt voor de verandering van 'behandeld worden door een arts met meer kennis dan mijn huisarts' en 'als er echt iets aan mijn klachten gedaan wordt' en 'als mijn huisarts geïrriteerd wordt', een gevolg dat bij mannen vaker in sterkere mate verwacht wordt dan bij vrouwen.

Bij de variabele 'werksituatie' hebben we niet alleen degenen buiten beschouwing gelaten wier gezondheidstoestand is veranderd, maar ook degenen wier werksituatie niet meer dezelfde is. Vanwege de relatief kleine aantallen van de categorieën vrij beroep, werkloos, arbeidsongeschikt en studierend hebben we de vergelijking toegespitst op huisvrouwen en in loondienst werkenden. Huisvrouwen blijken meer gestegen te zijn in hun

geneigdheid om, met potentieel levensbedreigende klachten, op verwijzing naar een specialist aan te dringen ($p < .01$).

Het in dezelfde richting aanwezige verschil voor onschuldige klachten is niet significant.

Significant is het verschil in de mate waarin men anders is gaan oordelen over veel moeten regelen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist: vinden huisvrouwen dit in 26% vervelender dan vorig jaar, in loondienst werkenden vinden dit in bijna de helft van de gevallen vervelender ($p < .01$). De verwachting dat aandringen op verwijzing resulteert in hoge reiskosten is voor huisvrouwen sterker gedaald dan voor in loondienst werkenden (60% versus 40% gedaald, $p < .01$), de reistijd ook wel (80 versus 69% gedaald, $p < .10$). Hier zal de plaats waar de arbeid verricht wordt, zeker een rol spelen.

Voor de huisvrouwen alleen hebben we vervolgens nog een onderscheid gemaakt in de groep die in beide jaren thuiswonende kinderen onder de 4 jaar had ('handenbinders'), en de groep die dit beide jaren niet had.

Huisvrouwen met handenbinders zijn het in 47% waarschijnlijker gaan vinden dat de huisarts een verzoek van verwijzing zal honoreren (andere: 38%, $p < .10$), achten het vaker waarschijnlijker dat ze te weten zullen komen of hun klachten ernstig zijn (57 versus 33%, $p < .10$), en dat er echt wat aan hun klachten gedaan gaat worden (46%-27%, h.s.). Dat zij het ook meer waarschijnlijk zijn gaan achten dat ze als gevolg van een verzoek om verwijzing veel moeten regelen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist ($p < .10$) hangt waarschijnlijk samen met de vergrote kans dat de huisarts hun verzoek om verwijzing zal honoreren. In tegenspraak hiermee is echter dat voor huisvrouwen met handenbinders de kans op hoge reiskosten en veel reistijd meer is

afgenomen dan voor huisvrouwen zonder handenbinders (p resp. $< .10$ en $< .05$). Afgezien van deze laatste twee verschillen wijzen de veranderingen erop dat de huisarts vooral voor huisvrouwen met jonge thuiswonende kinderen vóór de opening minder geneigd was op een verzoek om verwijzing in te gaan. (Het niet-significante verschil ($p < .20$) in afname van de kans op irritatie bij de huisarts: 50% voor huisvrouwen met handenbinders en 31% voor de overige) wijst ook in deze richting). Deze interpretatie past goed in een 'agentschapsmodel', waarin de huisarts bij zijn beslissing om al of niet te verwijzen als een soort 'zaakwaarnemer' van de patiënt

optreedt. De negatieve bij-effecten van een verwijzing waren toen het ziekenhuis er nog niet stond, groter voor de groep met handenbinders, maar zijn nu het ziekenhuis op zeer korte afstand is, niet meer zeer verschillend.

Wat betreft de urbanisatiegraad van de gemeente waar men vóór vestiging te Lelystad woonde, werd verondersteld dat mensen uit sterker geürbaniseerde gebieden een sterkere gerichtheid op de tweede lijn zouden hebben, wat bij de eerste meting ook grotendeels juist bleek te zijn. Voorzover deze variabele resulteert in verschillende effecten van de veranderde afstand tot het ziekenhuis, lopen deze verschillen doorgaans langs de lijn (verstedelijkt) platteland versus de overige categorieën. Voormalige plattelanders zijn, in tegenstelling tot de anderen, achteruitgegaan in hun waardering van zelf mogen beslissen of ze naar de specialist moeten: 53% versus 27% ($p < .001$) heeft daarvoor minder waardering dan in 1982. Zij

achten dit ook vaker minder waarschijnlijk (42% versus 30% minder waarschijnlijk, $p < .10$) dan in 1982). 34% van de plattelanders versus 22% van de rest ($p < .10$) vindt het minder vervelend als de huisarts geïrriteerd raakt. De gepercipieerde kans op succes bij een verzoek om een verwijzing is bij plattelanders veel minder vaak gestegen (21% versus 39%, gedaald 49% versus 30%, $p < .01$) dan bij de rest. Ook wat de veronderstelde kans op veel tijd aan reizen kwijt zijn als ze de huisarts laten merken dat ze naar de specialist wilden, onderscheiden ze zich: voor 5% is de kans gestegen versus 12% van de rest ($p < .10$)

Wellicht is de plaats waar de arbeid gewoonlijk wordt uitgeoefend (voor de rest vaker Amsterdam met bijbehorende toegenomen reistijd werk-ziekenhuis) hiervoor verantwoordelijk.

Het enige significante verschil wat betreft opleidingsniveau is dat mensen met een lagere of middelbare opleiding het vaker waarschijnlijker zijn gaan achten dat de huisarts een verzoek om verwijzing zal honoreren (39% versus 14%, $p < .01$).

Wat betreft de verzekeringsvorm van de patiënten is er slechts een bijna significant verschil ($p < .10$) in de mate waarin men veranderd is, in de verwachting dat de huisarts de beslissing om naar een specialist te gaan zal overlaten aan de patiënt: 41% ziekenfondsverzekerden acht dit waarschijnlijker (versus 32% particulieren) en 28% onwaarschijnlijker (versus 40% particulieren)

Ook als we de veranderingen nagaan voor verschillende subgroepen (waarbij we, door ook kleine veranderingen volledig mee te tellen, nog 'naar onszelf toe rekenen'), overheerst het beeld 'constant blijven' toch boven 'veranderen'. Voorzover we differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis hebben kunnen vaststellen, zijn deze in een aantal gevallen tamelijk op zichzelf staand en moeilijk interpreteerbaar. Interpreteerbare differentiële effecten zijn echter wél te constateren tussen mannen en vrouwen, welk onderscheid voor een deel parallel loopt met loondienst-huisvrouw. Vrouwen blijken sterker gestegen in hun geneigdheid op ver-wijzing aan te dringen, wat mede veroorzaakt kan zijn door het feit dat voor mensen die werken in een plaats ver van hun woonplaats en daar ook de specialist bezoeken, de opening van het Zuiderzeeziekenhuis (en daar-mee gepaard gaande een oriëntatie op dát ziekenhuis) juist betekent dat voor hen de variabele 'afstand tot het ziekenhuis' veel groter in plaats van veel kleiner is geworden. Iemand die in Amsterdam werkt kan gemakke-lijk een uurtje van zijn werk weg, om een bezoek aan een Amsterdamse specialist te brengen; een bezoek aan een Lelystadse specialist geeft, zeker midden op de dag, veel meer inconveniënten. Dit probleem hebben wij niet voorzien (ondanks het feit dat beide auteurs zelf lange-afstand-forensen zijn); in de tweede nameting zal echter een aantal vragen over dit onderwerp (ook over de situatie in het verleden) worden opgenomen. Een tweede variabele die consistente differentiële effecten oplevert is de urbanisatiegraad van de gemeente van herkomst. 'Plattelanders' hebben op de komst van het ziekenhuis wat kritischer, terughoudender gereageerd.

5. SAMENVATTING

De verhoging van het verwijscijfer van de huisartsen na de komst van het ziekenhuis (+ 15%) is niet zeer hoog te noemen. Opvallend daarbij is dat de verwijzingen op verzoek van de patiënt er qua stijging niet uitspringen. Een eerste schatting onzerzijds (die zelfs aanleiding gaf tot een krantebericht waarin een stijging van 70% werd gemeld) was duidelijk te zeer beïnvloed door een golfje opgespaarde klachten. Afgezien van dit golfje is er geen aantoonbaar 'shokeffect' van het ziekenhuis geweest. Tussen huisartsen lijken overigens wel aanzienlijke verschillen te bestaan in de mate waarin hun verwijscijfer is veranderd.

Het bezoek aan de huisarts nam in de geregistreerde periode af met zo'n 10%. Hoewel ook de tweemaal ondervraagde steekproef uit de bevolking volgens eigen zeggen minder vaak naar de huisarts was geweest dan het jaar daarvoor (een gegeven dat we nog niet apart hebben vermeld), willen we deze vermindering van contacten met de huisarts voorlopig kritisch bekijken.

Onder de bevolking heeft de komst van het ziekenhuis vooralsnog geleid tot een verhoogd gevoel van 'veiligheid'. De geneigdheid om er gebruik van te maken is niet sterk vergroot; sommige groepen lijken zelfs wat 'kritischer' geworden. De afname van de afstand tot het ziekenhuis is overigens niet voor iedereen in dezelfde mate het geval geweest: met name voor Lelystedelingen werkzaam in Amsterdam betekent een bezoek aan het Zuiderzeeziekenhuis vaak méér tijdverlies dan een bezoek aan een Amsterdams ziekenhuis.