

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

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

W. van der Speld

J.P. Dopheide (red.)
T.J.J.M.T. Kersten
F.P. Nijhout
G.D.J. van der Speld

April 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg (NIVEL)

Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

Nederlands

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Ziekenhuis

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 / J.P. Dopheide (red.) ... et al. . - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - III.

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-018-8

SISO 601.51 UDC 614.2(492.66)

Trefw.: gezondheidszorg ; Flevoland

VOORWOORD

Onder de titel 'Een ziekenhuis op nieuw land' zou men wellicht een gedetailleerde beschrijving verwachten van het wel en wee van het nieuwe Zuiderzeeziekenhuis, dat sinds september 1982 de zorg voor Lelystad en een deel van de omgeving verzorgt. Niets is minder waar. Het ziekenhuis zelf komt slechts zijdelings, en dan alleen door middel van interviews met een aantal specialisten over de samenwerking met de eerste lijn, aan de orde. Centraal in dit rapport staat het verwijzen door de huisarts, en de invloed van huisarts en patiënt op dit verwijsproces.

De eerste jaren van het ziekenhuis zijn tamelijk turbulent geweest; in de interviews met huisartsen en specialisten vindt men daar wel iets van terug. Aangezien het ziekenhuis als zodanig in ons onderzoek slechts een perifere rol speelde, besteden we echter aan deze perikelen geen aparte aandacht.

Het titelblad van dit rapport vermeldt vier auteurs. Van deze vier heeft T.J.J.M.T. Kersten in de eerste negen maanden van het onderzoek zijn bijdrage geleverd. Van hem kwam de suggestie om Ajzen en Fishbein's 'theory of reasoned action' in dit project toe te passen; in de concretisering van het onderzoeksontwerp en in de verzameling van het eerste materiaal had hij een belangrijk aandeel.

Vervolgens is F.P. Nijhout geruime tijd als onderzoeker aan het project verbonden geweest, wat resulteerde in drie interimrapporten waarvan het derde geheel door hem geschreven is. De hoofdstukken over medische consumptie in de huisartspraktijk en taakopvattingen van huisartsen zijn met slechts kleine wijzigingen uit dat laatste interimrapport overgenomen; voor het hoofdstuk over verwijzen geldt, in iets mindere mate, hetzelfde.

G.D.J. van der Speld analyseerde als laatste onderzoeker in zes maanden de gegevens van het bevolkingsonderzoek en schreef hierover een conceptrapport dat, zij het met wat wijzigingen, de basis vormt van het onderdeel 'bevolkingsonderzoek'.

J.P. Dopheide was als projectleider verantwoordelijk voor het onderzoek als geheel, en verzorgde tevens de eindredactie.

1. INLEIDING	1
2. DE OPZET VAN HET ONDERZOEK	4
2.1. Algemeen	4
2.2. Verwijzingen	7
2.3. Medische consumptie in de huisartspraktijk	12
2.4. Medische consumptie in de regio	13
2.5. De taakopvatting van de huisartsen	15
2.6. Het bevolkingsonderzoek	16
3. RESULTATEN: VERWIJZINGEN DOOR DE HUISARTS	24
3.1. Inleiding	24
3.2. De betrouwbaarheid van de eigen verwijsregistratie	24
3.3. Globale analyse van veranderingen in het verwijzen van ziekenfondspatiënten: gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle	26
3.3.1. Het aantal verwijzingen	26
3.3.2. Verwijzingen per huisarts	31
3.3.3. Verwijzingen naar leeftijd en geslacht van de patiënt	31
3.3.4. Verwijzingen per specialisme	35
3.3.5. Verwijzingen naar verschillende gemeenten	35
3.3.6. Samenvatting	37
3.4. Nadere analyse van de verwijzingen: gegevens uit de eigen verwijsregistratie	39
3.4.1. Inleiding	39
3.4.2. Het type verwijzing	40
3.4.3. Enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzingen	49
3.4.3.1. Het initiatief tot de verwijzing	49
3.4.3.2. De noodzaak van de verwijzing volgens de arts	52
3.4.3.3. Het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzing	56
3.4.4. Samenvatting	59
4. RESULTATEN: MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK	61
4.1. Inleiding	61
4.2. Het aantal arts-patiëntcontacten	61

4.3.	Nadere analyse voor de spreekuurconsulten	66
4.3.1.	De aard van het consult	66
4.3.2.	Verwijzingen tijdens het spreekuur	67
4.3.3.	Laboratorium- en röntgenonderzoek	71
4.3.4.	Recepten	72
4.3.5.	Terugbestellen van patiënten	74
4.4.	Voorschrijven, verwijzen en terugbestellen als instrumenten van spreekuurmanagement	75
4.5.	Visites nader bekeken	77
4.6.	Samenvatting	79
5.	RESULTATEN: MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE REGIO	82
5.1.	Inleiding	82
5.2.	Verwijzingen door de huisartsen	83
5.3.	Het aantal bezoeken op de polikliniek	83
5.4.	Het aantal opnamen	86
5.4.1.	De omringende ziekenhuizen	87
5.4.2.	Het Zuiderzeeziekenhuis en de totale hoeveelheid opnamen	87
5.5.	Samenvatting	89
6.	DE TAAKOPVATTINGEN VAN DE HUISARTSEN	91
6.1.	Inleiding	91
6.2.	De vragenlijst; scores per item voor en na de opening	92
6.3.	Constructie van taakopvattingsschalen; verschillen tussen de situatie vóór en na de opening van het ziekenhuis	98
6.4.	Samenvatting	100
7.	RESULTATEN: HET BEVOLKINGSONDERZOEK	101
7.1.	Inleiding	101
7.2.	De respons	102
7.2.1.	Controle op panel-uitval	104
7.2.2.	Representativiteit van de steekproeven	104
7.3.	Globale preferenties; de 'theory of reasoned action'	107
7.3.1.	Globale preferenties voor huisarts of specialist	107

7.3.2.	De variabelen uit het model volgens Ajzen en Fishbein	109
7.3.2.1.	De beliefs en hun evaluaties	109
7.3.2.2.	De direct gemeten attitude	112
7.3.2.3.	De significante anderen	112
7.3.2.4.	De gedragsintentie	112
7.3.2.5.	Het feitelijk vragen om een verwijzing	113
7.3.3.	Reductie van de modelvariabelen	113
7.3.3.1.	Beliefs en evaluaties	113
7.3.3.2.	De direct gemeten attitude	116
7.3.3.3.	De gedragsintentie	116
7.3.3.4.	Het feitelijk gedrag	116
7.3.4.	Tussenbalans	117
7.3.5.	De samenhang van de modelvariabelen	118
7.3.6.	De overige variabelen	121
7.3.6.1.	Achtergrondvariabelen	121
7.3.6.2.	Andere variabelen	123
7.3.7.	De onderlinge relaties tussen de modelvariabelen voor verschillende subgroepen	128
7.3.8.	De achtergrondvariabelen en het model van Ajzen en Fishbein	129
7.3.9.	Differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis	135
7.3.10.	De persoon van de huisarts	136
7.3.11.	Samenvatting	137
8.	RESULTATEN: SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST	139
9.	CONCLUSIE EN DISCUSSIE	148
10.	SAMENVATTING	158
11.	LITERATUUR	162
	Bijlage 1: Formulier voor de verwijsregistratie	
	Bijlage 2: Formulier voor de spreekuurregistratie	
	Bijlage 3: Formulier voor de visiteregistratie	
	Bijlage 4: Vragenlijst taakopvatting huisarts	
	Bijlage 5: Vragenlijst bevolkingsonderzoek	

1. INLEIDING

In september 1982 werd te Lelystad het Zuiderzeeziekenhuis geopend. Tot dat tijdstip waren inwoners van Lelystad voor hun tweedelijnszorg aangewezen op de voor Nederlandse begrippen ver weg gelegen ziekenhuizen van Emmeloord, Amsterdam, Kampen, Harderwijk en Ermelo. Met de komst van dit ziekenhuis deed zich een tamelijk uniek verschijnsel voor: voor de stad Lelystad veranderde de afstand tot het ziekenhuis waarop de bevolking georiënteerd was plotseling van 20 à 30 kilometer tot vrijwel nul. Deze situatie bood een aantal interessante mogelijkheden voor onderzoek. Centraal daarin staat de vraag wat de effecten zijn van deze sprongsgewijze vergroting van het aanbod aan voorzieningen op de totale medische consumptie van de inwoners van de regio. In de gezondheidszorg is immers herhaaldelijk geconstateerd dat het aanbod in zekere mate de vraag bepaalt. Sinds Roehmer zijn bekende artikel over 'bed supply and utilization' (1961) schreef en daarin de wet 'a bed built is a bed filled' formuleerde, is in vele studies aangetoond dat in de economie van de gezondheidszorg vraag en aanbod op een andere manier met elkaar in relatie staan dan in andere sectoren.

Veel van het onderzoek dat probeert om het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (mede) te verklaren uit aanbodfactoren, heeft een cross-sectioneel karakter; de uitkomsten van dit onderzoek kunnen kort samengevat worden als 'waar het aanbod hoger is, is de consumptie hoger'. De ontwikkelingen te Lelystad boden de mogelijkheid deze vraag in een longitudinaal onderzoek te stellen: 'als het aanbod stijgt, stijgt dan ook de consumptie?'. Voordeel van een dergelijke longitudinale analyse is het feit dat alleen de aanbodfactor een wijziging ondergaat; alle overige factoren die van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen blijven constant. Nadeel is dat het slechts één geval betreft, waardoor het mogelijk is dat de wijze waarop de ontwikkelingen zich voltrekken in belangrijke of minder belangrijke mate bepaald worden door allerlei particuliere eigenaardigheden van de casus. Bij de opzet van het onderzoek is er naar gestreefd de gevolgen van het vergrote aanbod voor de medische consumptie en vooral de wijze waarop we ons de 'werking' van aanbod op vraag moeten voorstellen zo goed mogelijk zichtbaar te maken, uitgaande van inzichten ontleend aan algemene wetmatigheden over de relatie tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Daarnaast is echter, gegeven het feit dat we over slechts één casus beschikken,

aandacht geschonken aan een beschrijving van de ontwikkelingen die meer is toegesplitst op de situatie zelf.

Binnen het onderdeel van het onderzoek dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van de medische consumptie staat het verwijzen door de huisarts centraal. Van de hoogte van het huisartsverwijscijfer is immers bekend dat het in aanzienlijke mate bepaald wordt door afstand tot en omvang van de tweedelijnsvoorzieningen. In het verwijscijfer van de Lelystadse huisartsen wordt dan ook een duidelijke stijging voorzien.

Gegeven het feit dat eerste- en tweedelijnszorg ten dele als elkaars substituten kunnen worden beschouwd is ook de consumptie in de huisartspraktijk te Lelystad een aantal jaren gevolgd. Door analyse van reeds bestaand materiaal tenslotte wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen van de medische consumptie in de regio als geheel. Naast verwijscijfers van Lelystadse huisartsen (die d.m.v. eigen materiaalverzameling gedetailleerd zijn onderzocht) worden nu ook de verwijscijfers van de huisartsen in plaatsen die vóór de komst van het ziekenhuis de tweedelijnszorg leverden in het onderzoek betrokken; tevens wordt de ontwikkeling van het totaal aantal opnamen vastgesteld. Deze drie onderdelen vormen het onderzoeksdeel 'medische consumptie'.

Vooruitlopend op een nadere bespreking van de onderzoeksopzet van het onderdeel dat betrekking heeft op de verwijscijfers kunnen we constateren dat twee personen vooral 'verantwoordelijk gehouden kunnen worden' voor een verwachte toename van het verwijscijfer: de huisarts en de patiënt*). Daarom zijn twee onderdelen van het onderzoek gewijd aan de vraag of zich bij huisartsen en patiënten veranderingen voordoen in hun opvattingen over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn. Voor huisartsen betreft het in dit geval veranderingen in hun 'taakopvatting': wellicht is men onder invloed van de komst van het ziekenhuis meer geneigd te menen dat diagnostiek en therapie van bepaalde aandoeningen specialistenwerk is, en neemt het aantal ingrepen dat men zelf uitvoert af. Voor de patiënten zou de drastisch afgenomen afstand tot de specialist kunnen betekenen dat zij, bij klachten over de gezondheid, eerder bij hun huisarts zullen aandringen op een verwijzing naar de specialist. De onderdelen

*) Ook de specialist kan het verwijscijfer beïnvloeden, met name voor ziekenfondspatiënten. Aangezien met de komst van het ziekenhuis ook een nieuwe medische staf meekomt, laten we de specialist voorlopig buiten beschouwing.

'taakopvattingen van huisartsen' en 'bevolkingsonderzoek' houden zich met deze vraagstelling bezig.

Veel meer het karakter van een case-study heeft het laatste onderdeel van het onderzoek. Het nieuwe ziekenhuis is in een aantal opzichten een 'steen in de vijver', die het evenwicht en de taakafbakening tussen eerste en tweede lijn kan verstoren. Vraag is hoe huisartsen en specialisten hierop reageren. Probeert men tot een goede taakafbakening en samenwerking te komen, lukt dat, waar blijven knelpunten zitten, etc. Het onderdeel 'Samenwerking tussen huisarts en specialist' geeft een beschrijving van dit proces.

Wat men in dit rapport niet aantreft is een beschrijving van de gebeurtenissen in het nieuwe ziekenhuis gedurende de eerste jaren van zijn bestaan. Hoewel een dergelijke beschrijving interessante inzichten kan opleveren op het gebied van bijvoorbeeld management en organisatie van ziekenhuizen, staat het te ver af van de centrale vraagstelling van het onderzoek, nl. de vraag naar de ontwikkeling van de medische consumptie.

De hoeveelheid verzameld materiaal is zeer omvangrijk. Om te voorkomen dat de rapporteurs en/of de lezer daarin 'verdrinken' worden de resultaten van het onderzoek eerst per afzonderlijk onderdeel weergegeven; daarna worden de verschillende onderdelen met elkaar in verband gebracht. In het nu volgende hoofdstuk zal het onderzoek nader worden toegelicht en zal op de afzonderlijke onderdelen nader worden ingegaan.

2. DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

2.1. Algemeen

De belangrijkste variabele van dit onderzoek is het verwijscijfer van de Lelystadse huisartsen. In vrijwel al het onderzoek naar verwijzingen door de huisarts blijkt dat afstand tot en omvang van de tweedelijnsvoorzieningen tot de belangrijkste factoren behoren die de hoogte van het verwijscijfer bepalen (Rutten 1978, Posthuma en Van der Zee 1977, Van der Gaag 1978, Dopheide 1982, Wijkel 1983, Posthuma en Van der Zee 1980, Kruidenier 1977, Nuyens 1980). Deze relatie is zo sterk (zeker in verhouding tot de andere variabelen die van invloed zijn) dat in onderzoek naar de hoogte van het verwijscijfer de invloed van andere variabelen als regel bestudeerd wordt onder constant houden van afstands- en aanbodfactoren.

Onderzoek dat zich heeft beziggehouden met de vraag hoe we ons de 'werking' van deze afstands- en aanbodfactoren op het verwijscijfer moeten voorstellen is schaars, wellicht doordat de relatie (op het eerste gezicht) tamelijk voor de hand liggend is. Zo vindt Van der Gaag (1978) het 'not surprising that a general practitioner decides to refer a patient sooner if he knows that ample specialized care is available'; in vele beleidsnota's over versterking van de eerstelijns wordt zonder nadere toelichting gesproken over de 'aanzuigende werking' van een ziekenhuis. De relatie is ook wel voor de hand liggend in die zin dat hij overeenkomt met de in talloze economisch-geografische studies gevonden wetmatigheid, dat het gebruik van een voorziening omgekeerd evenredig is met de afstand tot die voorziening. De interpretatie van dit verband is echter iets anders dan wanneer het gaat om bijvoorbeeld het bezoek aan schouwburgen, warenhuizen of winkelcentra. Immers, het is weliswaar de huisarts die de patiënt verwijst en op wiens conto de verwijskaart komt, maar het is de patiënt voor wie het feit dat het ziekenhuis ver weg is gelegen een lange of inconveniënte reis betekent. Kruidenier (1977) verklaart de door hem gevonden resultaten dan ook door erop te wijzen dat een deel van de verwijzingen plaats vindt op verzoek van de patiënt. Dat is een zinvolle hypothese, die echter tot op heden niet in onderzoek is getoetst. Dopheide (1982), die vond dat huisartsen met een 'brede' taakopvatting minder verwijzen, vergeleek de taakopvattingen van huisartsen op verschillende afstanden van het ziekenhuis, en constateerde dat weliswaar de huisarts die ver van het ziekenhuis prakti-

zeert een wat bredere taakopvatting heeft dan zijn 'stadse' collega, maar dat deze verschillen bij lange na niet toereikend zijn om het verschil in verwijfsniveau te verklaren.

Andere verklaringen voor deze sterke relatie zijn: een andere morbiditeit onder de stadse bevolking, en andere opvattingen over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn. Wellicht is in de stad, waar een veel hoger voorzieningenniveau wordt aangetroffen, de opvatting dat als het om je gezondheid gaat alleen het beste goed genoeg is, sterker en wijder verbreid dan op het platteland. Voorts kan ook het simpele feit dat een lange afstand tot het ziekenhuis betekent dat de patiënt veel tijd kwijt is met een bezoek aan de specialist betekenen dat hij minder snel op een verwijzing zal aandringen; de huisarts ver van het ziekenhuis zou, bij de vraag of hij de patiënt wel of niet zal verwijzen, met de tijd en moeite die een reis naar de specialist voor de patiënt met zich meebrengt rekening kunnen houden.

Overigens is het niet waarschijnlijk dat één van deze factoren als 'de' factor naar voren komt die de relatie tussen afstand tot het ziekenhuis en de hoogte van het verwijfscijfer kan verklaren: waarschijnlijker is dat de verschillende factoren onderling samenhangen en ieder een eigen invloed uitoefenen.

In de Lelystadse situatie speelt een eventueel verschil in morbiditeit tussen stad en platteland*) geen rol: het is althans niet voorstelbaar dat met de komst van het ziekenhuis de morbiditeit van de bevolking verandert (we doelen hier uiteraard op morbiditeit in de zin van objectief aantoonbare pathologie, en niet in de zin van voorzieningengebruik wegens bepaalde aandoeningen, want in dat laatste verwachten we juist wél een verandering). We kunnen ons dan ook concentreren op de andere factoren.

Wat de verwijzingen betreft betekent dit dat we informatie behoeven over de vraag wie tot de verwijzing het initiatief heeft genomen: huisarts of patiënt. Aangezien de ziekenfondsverwijskaart deze in-

*) Daar 'plaatsen die dichtbij een ziekenhuis liggen' en 'plaatsen ver van een ziekenhuis' een nogal omslachtige manier van uitdrukken is wordt in de tekst (ook) gesproken over 'stad' en 'platteland' hoewel dat uiteraard niet altijd samenvalt. Met name Lelystad verandert wel op de afstandsfactor, maar was zonder ziekenhuis geen 'platteland'. Indien in de rapportage verschil moet worden gemaakt tussen afstand tot ziekenhuis en urbanisatiegraad wordt de terminologie uiteraard preciezer aangehouden.

formatie niet geeft (en ook doordat hij, als een verlengingsverwijskaart, opnieuw moet worden uitgeschreven na een jaar specialistische behandeling, waardoor hij überhaupt een slechte maat is voor de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn) moet zelf materiaal over de verwijzingen worden verzameld. Hierbij (en overigens ook bij het bevolkingsonderzoek) houden wij rekening met de mogelijkheid dat er een korte- en een langetermijneffect van de komst van het ziekenhuis is te onderscheiden. Daarom vindt de materiaalverzameling van de verwijzingen plaats op drie tijdstippen: circa een half jaar vóór de opening van het ziekenhuis, een half jaar erna en anderhalf jaar erna. Hetzelfde geldt zoals gezegd voor het bevolkingsonderzoek, en evenzeer voor de (ook door eigen materiaalverzameling verkregen) medische consumptie in de huisartspraktijk.

Hoewel de ziekenfondsverwijskaart als maat voor de patiëntenstromen naar de specialist een aantal nadelen heeft, is hij ook weer niet geheel onbruikbaar (veruit het meeste onderzoek naar het verwijsniveau van de huisarts gebruikt deze verwijskaarten, getotaliseerd per 1000 verzekerden, als verwijsmaat en verklaart toch wel zo'n 30% variantie). Daarom zijn voor de gehele onderzochte periode de ontwikkelingen in de ziekenfondsverwijskaarten bijgehouden voor de verzekerden van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle (RZZ), waarbij circa 85% van de Lelystadse verzekerden is aangesloten.

In het bevolkingsonderzoek wordt nagegaan of de Lelystadse bevolking door de komst van het ziekenhuis is veranderd in zijn globale preferentie voor behandeling in de eerste of juist liever in de tweede lijn. Tevens wordt onderzocht in hoeverre men, als men gezondheidsklachten heeft, meer geneigd is om bij de huisarts op een verwijzing aan te dringen, waarbij gepoogd is de overwegingen in kaart te brengen die mensen zelf hanteren bij de vraag of zij met deze klacht wel of niet naar een specialist willen. Dit laatste onderdeel, dat veel specifiek gericht is op concreet gedrag met betrekking tot verwezen worden, zou idealiter onderzocht moeten worden aan patiënten voor wie de vraag of zij wel of niet naar een specialist willen reële betekenis heeft: bij voorkeur dus patiënten die zich met gezondheidsklachten tot de huisarts wenden. Dat zou echter een aanzienlijke belasting van de huisartspraktijk vergen (men denke bijvoorbeeld aan de maatregelen die genomen moeten worden om te zorgen dat de vragenlijsten op hetzelfde moment worden afgenomen of ingevuld, en niet nu eens vóór het consult en dan weer erna), terwijl de huisartspraktijken (huisartsen zowel als assistentes) door de registratie van verwijzingen en van medische consumptie in de praktijk toch al een aanzienlijke bijdrage aan het onderzoek leverden. Daarom werd

besloten tot enquêtering (middels een post-enquête) van een steekproef uit de bevolking (1200 inwoners van Lelystad van 16 jaar en ouder). Deze groep werd drie keer (één keer voor en twee keer na de komst van het ziekenhuis) onderzocht. Om verschillende redenen werden naast deze groep nog andere groepen aangeschreven. Verlies aan respondenten was één reden, de mogelijkheid dat mensen die bereid zijn drie keer een min of meer identieke post-enquête over gezondheidszorg in te vullen erg afwijken van de gehele bevolking een volgende, terwijl tevens gecorrigeerd moest worden voor het feit dat tussen de verschillende metingen de Lelystadse bevolking toenam in omvang en veranderde van samenstelling (enkele duizenden gemigreerde Amsterdammers per jaar). Bij de nametingen werden derhalve ook 'verse steekproeven' benaderd.

De taakopvattingen van de huisartsen werden slechts twee keer gemeten (vóór en circa anderhalf jaar na de opening). Het proces van naar elkaar toegroeien van eerste en tweede lijn werd vastgesteld door het houden van interviews met een aantal huisartsen en specialisten, circa twee jaar na de opening.

Op de verschillende onderdelen zullen we in de volgende paragrafen nader ingaan.

2.2. Verwijzingen

Posthuma en Van der Zee (1977, p. 31 e.v.) onderscheidden een aantal verschillende 'typen' verwijzingen. We zullen ze, aangevuld met enkele voor de Lelystadse situatie kenmerkende typen, één voor één de revue laten passeren en specificeren wat onze verwachtingen zijn over de ontwikkelingen van deze verwijzingen.

*** 'Actieve' verwijzingen door de huisarts**

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

*** Verwijzingen op verzoek van de patiënt**

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

*** Achterafverwijzingen**

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

*** Verlengingsverwijzingen (alleen voor ZF-verzekerden)**

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

*** Refractie-verwijzingen**

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

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

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

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

*** Verwijzingen op initiatief van een andere hulpverlener**

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

Het is duidelijk dat voor het toetsen van bovengenoemde veronderstellingen meer informatie benodigd is dan de ZF-verwijskaart levert. Gelukkig bleken alle Lelystadse huisartsen bereid gedurende drie maal negen weken (telkens in het voorjaar) een aantal kwalitatieve aspecten van hun verwijzingen te registreren. Dankzij de medewerking van alle assistentes konden tevens alle administratieve verwijzingen geregistreerd worden.

De volgende gegevens werden genoteerd:

- verzekeringsvorm;
- leeftijd en geslacht;
- hoe lang woont patiënt al in Lelystad?
- vorige woonplaats;
- specialisme en plaats waarheen verwezen;
- situatie waarin verwezen (spreekuur, visite, telefoon, anders);
- type verwijzing;
- medische noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts;
- initiatief tot de verwijzing;
- diagnostisch niveau;
- doel van de verwijzing (diagnose, behandeling, beide);
- klachten/diagnose.

(Zie voor het registratieformulier bijlage 1.)

De vragen over de vorige woonplaats van de patiënt en het aantal jaren dat men al in Lelystad woonachtig is gaan uit van de gedachte dat patiënten met een 'stedelijke' achtergrond die nog niet lang in Lelystad wonen vaker op hun eigen initiatief en vaker op niet (geheel) noodzakelijke gronden verwezen worden dan patiënten met een 'plattelands' achtergrond die al langer in Lelystad wonen; de laatste groep wordt verondersteld zowel door hun verleden als door de langere blootstelling aan de Lelystadse situatie minder 'hospital-minded' te zijn dan de eerste. Doordat we in dit materiaal alleen beschikken over feitelijk verwezen patiënten, kunnen we wel uitspraken doen van het type 'ex-Amsterdammers worden vaker op eigen initiatief verwezen', maar niet van het type 'ex-Amsterdammers zijn meer geneigd op een verwijzing aan te dringen'. Dit soort uitspraken kan wel gedaan worden op grond van het bevolkingsonderzoek.

Wat betreft het type verwijzing (dat hiervoor al behandeld is) bleek het ziekenfonds RZZ bereid gedurende de gehele looptijd van het onderzoek op de verwijskaart een extra codering voor het type aan te brengen. Helaas bleek deze slecht ingevuld te worden (en volgens trouwe invullers nogal eens onbetrouwbaar) zodat dit materiaal niet bruikbaar was.

Gegeven de naar verwachting gelijkblijvende morbiditeit onder de bevolking zal over het totaal genomen geen sprake zijn van een toe- of afnemende medische noodzaak om te verwijzen; uitgaande van een stijging van het aantal verwijzingen zal deze vooral te vinden zijn in de niet (echt) noodzakelijke verwijzingen. Daarbij moet bedacht worden dat er in de beoordeling van de medische noodzaak door de arts ook een zeker subjectief element zit, zodat bij gelijkblijvende 'objectieve' morbiditeit ook in de ogen van de verwijzende arts de noodzaak tot verwijzingen wel kan toenemen. Zeker als het verwijsniveau zeer sterk zou stijgen zou de arts de discrepantie die er ontstaat tussen enerzijds gelijkblijvende morbiditeit en anderzijds een toegenomen aantal verwijzingen (onbewust) kunnen reduceren door sneller een zekere noodzaak tot verwijzen aanwezig te achten.

Het initiatief tot de verwijzing is gemeten door middel van een vier-puntsschaal. Deze variabele is in de realiteit eerder continu dan discreet, en laat zich in een dichotomie niet goed weergeven.

Het diagnostisch niveau van de verwijzing ontlenen we aan Bremer (1964). Wij zien geen reden om aan te nemen dat het relatieve aantal malen dat de arts een diagnose kan stellen of tot een differentiaal-diagnose komt onder invloed van de komst van het ziekenhuis zal stijgen (zou er sprake zijn van plannen om tot een intensieve vorm van consultatieve samenwerking tussen huisarts en specialist te komen en schijnen deze plannen ook kansrijk, dan zou een stijging van het relatieve aantal diagnoses te verwachten zijn. Dergelijke plannen zijn er echter niet; bovendien is de invloed van consultatie op aard en aantal van de verwijzingen tot op heden niet aangetoond (Wijkel en van der Grijn, 1982, Van der Grinten, 1981) of gering (Brouwer, Kerkhoff en Pop 1983)). Gegeven de verwachte stijging van het verwijscijfer ligt een toename van het aantal verwijzingen met een laag diagnostisch niveau voor de hand, gepaard gaande met een toename van het aantal verwijzingen 'ter diagnose' of 'ter diagnose en (zonedig) behandeling'. Onze verwachting dat de huisarts in zijn taakafbakening ten opzichte van de specialist na de komst van het ziekenhuis zal veranderen in die zin dat hij meer aandoeningen en verrichtingen 'des specialisten' zal achten, is hiermee in overeenstemmig.

Hierboven is afwisselend gesproken over 'het verwijscijfer', 'het aantal verwijzingen', en 'het verwijsniveau'. Posthuma en Van der Zee (1978) hebben laten zien dat niet alleen de verwijzingen onderscheiden moeten worden in een aantal typen, maar dat ook de noemer waarop het aantal verwijzingen betrokken moet worden per type verwijzing verschilt. Zo moeten 'actieve' verwijzingen door de huisarts betrokken worden op het aantal contacten tussen huisarts en patiënt (immers, wil de huisarts besluiten tot verwijzing dan zal hij toch tenminste een contact met de patiënt moeten hebben), maar bijvoorbeeld het aantal achterafverwijzingen op het aantal ingeschreven patiënten (voor een rechtstreeks bezoek aan de polikliniek is geen contact met de huisarts nodig). Teneinde een schatting te kunnen maken van het aantal verwijzingen per 100 contacten (alleen verwijzingen die daaraan gerelateerd moeten worden uiteraard) is gevraagd om over de perioden waarin geregistreerd werd op te geven hoeveel patiënten de huisarts iedere dag op zijn spreekuur of tijdens de visiteronde zag. Voorts zijn alle praktijken driemaal geteld (de eerste maal ook de ziekenfondspraktijk, verder alleen de particuliere praktijk).

Om in de terminologie enige variatie te kunnen aanbrengen zijn, tenzij anders vermeld, 'verwijscijfer', 'verwijsniveau' en 'aantal verwijzingen' als synoniem gebruikt. Als er aanleiding tot misverstanden ontstaat is de terminologie altijd precies gehouden (b.v. 'aantal verwijzingen per 1000 verzekerden'). Aangezien uit eerder onderzoek (Bensing en Verhaak, 1980) was gebleken dat zelfregistratie van verwijzingen door de huisarts het gevaar van aanzienlijke onder-reportage in zich draagt, werd veel aandacht geschonken aan het verkrijgen van zo compleet mogelijke informatie. Eens per week werden alle praktijken door een medewerkster van het NHI/NIVEL bezocht. Zij controleerde de verwijfsregistratieformulieren op volledigheid; als een formulier onvolledig ingevuld was werd achteraf om aanvullende informatie verzocht. Ter identificatie was door de arts de naam van de verwezen patiënt op een geperforeerde strook genoteerd; werd het formulier in orde bevonden of was duidelijk geworden dat er geen informatie meer geleverd kon worden dan werd deze strook verwijderd en vernietigd. Daags vóór een dag waarop de medische consumptie in de huisartspraktijk werd geregistreerd (éénmaal per week, zie onder) werd de arts gebeld om hem hieraan te helpen herinneren. Door eenmaal per week telefonisch en eenmaal per week persoonlijk contact werd aldus gepoogd een zeker 'rapport' op te bouwen, waardoor de compleetheid van de registratie vergroot zou kunnen worden.

2.3. Medische consumptie in de huisartspraktijk

De mate waarin eerste- en tweedelijnszorg substitueerbaar zijn is niet geheel onomstreden. Door de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid (1985) werd bijvoorbeeld gesteld dat de versterking van de eerste lijn sinds de Structuurnota van 1974 geenszins geleid had tot substitutie van eerstelijns- voor tweedelijnszorg. In een reactie op dit rapport wijst Van der Zee (1985) erop dat, in tegenstelling tot wat de raad meent, de stijging van het verwijscijfer wel degelijk tot stand is gekomen (als men maar rekening houdt met de demografische ontwikkelingen), maar dat de raad er terecht op gewezen heeft dat iedere nieuwe voorziening in zekere mate zijn eigen clientèle aantrekt, zonder dat dat per se ten koste gaat van het gebruik van andere voorzieningen.

Het is dan ook de vraag of een (verwachte) meerconsumptie in de tweede lijn (met name een stijging van het aantal polikliniekbezoeken door een verwachte stijging van het aantal verwijzingen) gepaard zal gaan met een vergelijkbare afname van de consumptie in de eerste lijn. Daarbij moet nog bedacht worden dat een fenomeen als 'verwijzen' weliswaar van cruciaal belang is in de relatie tussen eerste en tweede lijn, maar dat het zich in de huisartspraktijk toch niet vaak voordoet in verhouding tot de problemen die de huisarts zelf oplost. Uitgaande van een landelijk verwijscijfer van 500 verwijskaarten per 1000 ZF-verzekerden en vier contacten per patiënt per jaar doet het zich in 12,5% van de contacten vóór; halen we alle administratieve verwijzingen waarvoor geen contact met de huisarts nodig is eruit dan komen we op ongeveer de helft uit: 6 per 100. Stijgt zo'n verwijsniveau met laten we zeggen 50% dan heeft dat gigantische consequenties voor de tweede lijn, maar voor de huisartspraktijk betekent het dat niet meer dan 3 op de 100 contacten die 'vroeger' zelf werden afgedaan 'nu' verwezen worden. Per dag is dat nauwelijks meer dan één contact.

De mate waarin, naast dit contact waarin 'zelf doen' heeft plaatsgemaakt voor 'verwijzen', sprake is van substitutie hangt af van wat er anders met zo'n contact gebeurt. Resulteert het anders in een groot aantal vervolcontacten met de huisarts (b.v. contrôle van chronische patiënten), dan kan het verwijzen naar de tweede lijn een zekere substitutie met zich meebrengen; is het een eenmalig iets of zijn er weinig vervolcontacten dan betekent verwijzen nauwelijks

substitutie.

Hoewel onze verwachtingen dat de veronderstelde stijging van de verwijzingen tot zichtbare effecten in de eerste lijn leidt niet hoog gespannen zijn, is het voor een zuiver beeld van de ontwikkeling van de medische consumptie noodzakelijk ook aan dit onderdeel aandacht te besteden. Daartoe hebben de Lelystadse huisartsen op 10 dagen, verspreid over 10 weken, het aantal spreekuurcontacten en visites geregistreerd en over ieder contact enkele gegevens genoteerd (zie voor de registratieformulieren bijlagen 2 en 3). De dagen werden zodanig gekozen dat iedere dag van de week twee keer aan bod kwam. Op deze wijze werd informatie verzameld over de volgende onderdelen:

- verzekeringsvorm;
- leeftijd en geslacht;
- soort consult, onderscheiden in consulten voor pilcontrôle, chronische klacht, en anders;
- verwijzing gevraagd door patiënt?
- patiënt verwezen?
- recept geschreven?
- laboratorium- en/of röntgenonderzoek?
- terugbesteld?

Voor een deel behoeven deze variabelen geen toelichting. De vragen over het voorschrijven van geneesmiddelen en het (laten) verrichten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek werden toegevoegd omdat deze handelingen, evenals verwijzen en terugbestellen, zijn op te vatten als methoden om het spreekuur mee te 'managen': loopt een spreekuur ernstig uit, of slaagt de arts er maar niet in het consult op een goede manier af te ronden, dan kunnen verwijzen, terugbestellen, receptuur of laboratorium-/röntgenonderzoek middelen zijn om een einde aan het consult te maken. De handelingen zijn dus ten dele complementair. Nu een stijging van het aantal verwijzingen wordt verwacht, dient nagegaan te worden of dit gepaard gaat met een daling in de 'complementaire' activiteiten.

Bovenstaande gegevens zijn verzameld in drie perioden, samenvallend met de verwijsregistratie.

2.4. Medische consumptie in de regio

De gevolgen van de komst van het Zuiderzeeziekenhuis zullen niet beperkt blijven tot veranderingen in aanbod van tweedelijnsvoorzie-

ningen in Lelystad zelf: ook de omringende plaatsen zullen er het nodige van merken. Met name die ziekenhuizen die vóór de komst van het Lelystadse huis een groot deel van hun patiënten uit Lelystad krijgen zullen, doordat te verwachten is dat deze patiënten voortaan naar het 'eigen' ziekenhuis zullen gaan, geconfronteerd worden met een kleinere patiëntenstroom. Op polikliniek en kliniek komt dus ruimte vrij. Onderzocht zal moeten worden in hoeverre deze vrijkomende ruimte resulteert in een toenemend gebruik.

In principe laat deze vraag zich beantwoorden op een wijze die niet verschilt van de manier waarop wij de ontwikkelingen in het verwijspatroon van de Lelystadse huisartsen hebben onderzocht. Ook hier zou men de medische consumptie uiteen kunnen leggen in verschillende typen, en expliciet aandacht kunnen schenken aan de rol van de patiënt. Het moge duidelijk zijn dat zo'n benadering, die gepaard zou gaan met uitgebreide eigen materiaalverzameling, een te zwaar geschat zou zijn voor het beantwoorden van deze toch wat afgeleide vraagstelling. We hebben ons daarom beperkt tot analyse van secundair materiaal. Hoewel het 'mechanisme' achter eventuele veranderingen daarmee niet goed zichtbaar wordt, levert dit niettemin een globaal inzicht in de omvang van eventuele veranderingen.

Vraag is wat wij in dit verband nu precies onder de 'regio' moeten verstaan. Wij hebben deze kwestie pragmatisch opgelost en gekeken naar de ontwikkeling van de medische consumptie in die gemeenten waarin Lelystadse patiënten vóór de opening een relatief groot deel van de zorg consumeerden. Dáár immers zijn de grootste gevolgen merkbaar van het wegvallen van deze patiënten. Dit betekent dat Amsterdam niet is onderzocht: weliswaar ging een groot aantal Lelystedelingen vóór september 1982 voor zijn tweedelijnszorg naar deze stad, maar op de totale medische consumptie in Amsterdam was deze groep toch van geringe betekenis. We beperken ons daarom tot analyse van de plaatsen Emmeloord, Kampen, Harderwijk en Ermelo. Met name het ziekenhuis te Emmeloord leverde veel zorg aan Lelystadse patiënten (volgens NZI-gegevens kwam in 1981 28.5% van de opnamen te Emmeloord uit Lelystad).

Voor deze vier plaatsen zullen wij nagaan wat de eventuele veranderingen in de medische consumptie zijn.

We zullen daarbij zowel aandacht besteden aan medische consumptie op initiatief van de plaatselijke huisartsen (i.e. de ontwikkeling van het bruto-ziekenfondsverwijscijfer, waarbij we noodzakelijkerwijs alle 'vervuiling' die in die verwijsmaat zit voor lief nemen), als ook aan medische consumptie op initiatief van de specialist (opnemingen en, als het materiaal daarover informatie verschaft, herha-

lingscontacten op de polikliniek).

2.5. De taakopvatting van de huisartsen

Door verschillende onderzoekers is vastgesteld dat de taakopvatting van de huisarts van invloed is op zijn werkwijze, met name ook wat betreft zijn relatie met de tweede lijn, tot uiting komend in aard en aantal van zijn verwijzingen en bezoeken aan ziekenhuispatiënten (Jacobs, De Melker en Touw-Otten 1979, Dopheide en Van der Zee 1980, Dopheide 1982, Grol e.a. 1985, Boots, 1984). Wat nu precies onder 'taakopvatting' begrepen moet worden is overigens niet goed duidelijk.

De meeste auteurs onderscheiden verschillende componenten: feitelijk gedrag (naar eigen opgave, b.v. over een aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen die men al of niet in de eigen praktijk uitoefent), opvattingen over hoe 'de' huisarts zich in bepaalde situaties behoort te gedragen en over hoe men meent dat men zelf zou moeten handelen, 'taakbreedte' (i.e. verrichtingen die men wel of niet onderdeel van het werk van de huisarts acht), etc.

In dit onderzoek zijn, met kleine wijzigingen, de taakopvattingsschalen van Dopheide (1982) gehanteerd. Drie onderdelen worden onderscheiden (zie bijlage 4): van een groot aantal aandoeningen werd de huisarts gevraagd op een vierpuntsschaal aan te geven of hij diagnostiek respectievelijk therapie daarvan tot het terrein van de huisarts of tot het terrein van de specialist vond behoren; voorts werden 19 uitspraken over de taakafbakening huisarts-specialist voorgelegd; als laatste onderdeel werd van een aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen verzocht op te geven of men deze als regel wel of niet zelf verrichtte. Deze drie onderdelen bleken in eerder onderzoek alle een relatie met het verwijscijfer te hebben: hoe 'breder' de taakopvatting hoe lager het verwijscijfer. In het onderhavige onderzoek werd deze taakopvatting als variabele meegenomen om aan te geven in hoeverre hij een interveniërende rol speelt bij een verandering in het verwijscijfer. Denkbaar is dat de sterk toegenomen nabijheid van de specialist resulteert in een grotere geneigdheid bij de huisarts om bepaalde technieken niet meer zelf uit te voeren, in een meer naar de specialist verschoven taakafbakening, en in een geringer aantal aandoeningen welke diagnostiek en therapie nog huisartsenwerk gevonden worden.

2.6. Het bevolkingsonderzoek

In de paragrafen waarin de onderdelen worden beschreven die betrekking hebben op de ontwikkelingen in de medische consumptie is uiteengezet op welke wijze wordt nagegaan hoe de (verwachte) stijging van het verwijscijfer is verdeeld over verwijzingen op initiatief van de huisarts, op initiatief van de patiënt, en op initiatief van andere hulpverleners (o.a. de specialist). Als interveniërende variabele tussen de afgenomen afstand tot het ziekenhuis en het hogere verwijsniveau van de huisarts hebben we daarna de taakopvatting van de huisarts genoemd (al is dat uiteraard niet de enige verklaring; de huisarts als 'agent', als 'zaakwaarnemer' voor de patiënt die bij de beslissing om al of niet te verwijzen de af te leggen afstand laat meewegen is waarschijnlijk veel belangrijker). Als pendant van het onderdeel dat mogelijke veranderingen in de taakopvatting van de huisarts in beschouwing neemt is een onderzoek onder de Lelystadse bevolking verricht, waarin de vraag centraal staat of en hoe men onder invloed van het nieuwe ziekenhuis verandert in zijn preferenties voor behandeling door de huisarts of door de specialist. Uitgangspunt daarbij is de vraag of men in zijn attitude ten opzichte van huisarts en specialist is veranderd. Aan het begrip 'attitude' zullen we enige nadere aandacht schenken.

Sinds het eind van de jaren vijftig wordt de attitude algemeen gezien als een complex bestaande uit drie componenten:

1. de cognitieve component - het geheel aan kennis en opvattingen dat iemand heeft met betrekking tot een object; (bijv. roken is slecht voor de gezondheid; roken veroorzaakt longkanker);
2. de gevoelscomponent - de emoties die iemand aan een object verbindt; (roken is gezellig);
3. de actie-tendentie-component - deze component omvat de geneigdheid tot acties met betrekking tot het object (bijv. de intentie om met roken te stoppen; de neiging om in niet-roken-coupés van de trein te gaan zitten etc.).

Iemands reacties ten aanzien van een object worden bepaald door zijn attitude ten opzichte van het object. Zijn reacties kunnen dan ondergebracht worden in drie categorieën die corresponderen met de drie onderdelen van de attitude. Om een goed beeld te krijgen van iemands attitude moeten alle drie de onderdelen gemeten worden. Een meting die zich beperkt tot één component (meestal de affectieve) geeft een incompleet beeld, wat weer tot gevolg heeft dat discrepanties optreden tussen gemeten attitudes en werkelijk gedrag (bijv.:

uit de attitudemeting blijkt dat iemand roken slecht vindt, terwijl hij niet met roken stopt).

Maar ook wanneer alle drie de attitude-componenten deel uitmaken van de attitudemeting, blijkt in de praktijk iemands score op een attitudeschaal een slechte voorspeller voor zijn daadwerkelijke gedrag. Zo concludeerde Wicker in 1969 naar aanleiding van een overzichtsstudie: 'It is considerably more likely that attitudes will be unrelated or only slightly related to overt behaviour than that attitudes will be closely related to actions'.

Ondanks deze bedenkingen hebben wij in de vragenlijst die aan de inwoners van Lelystad werd voorgelegd een aantal globale uitspraken opgenoemd die een waardering van huisarts of specialist uitdrukken (zie bijlage 5). Voorbeelden van deze uitspraken zijn 'Bij een overschot aan dokters kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen', en 'Ook bij minder ernstige ziekten kan je beter door een specialist behandeld worden dan door een huisarts'.

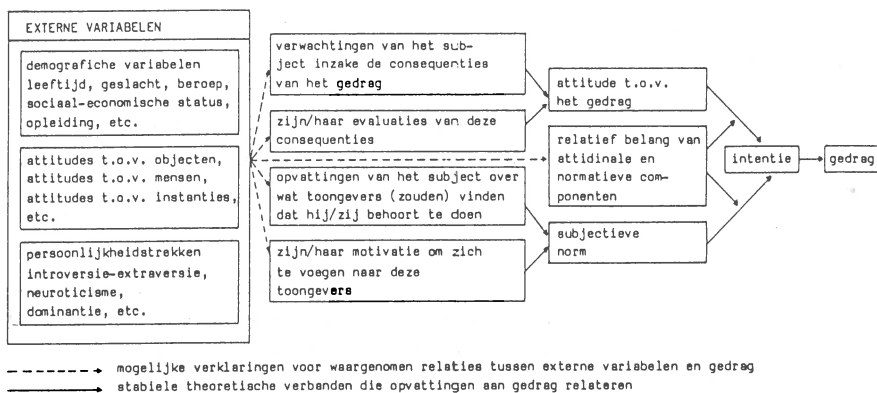
In hun behandeling van een aantal onderzoeken die, meestal met een teleurstellend resultaat, proberen gedrag van mensen te verklaren vanuit dergelijke, tamelijk globale, attitudes, hebben Ajzen en Fishbein (1980) er op gewezen dat een globale attitude ten opzichte van een object ook theoretisch niet hoeft samen te hangen met specifiek gedrag ten opzichte van dat object. Zo behoeft uit een negatieve attitude ten opzichte van buitenlanders geenszins te volgen dat men buitenlanders niet als werknemer in dienst zal nemen: is men van mening dat men buitenlanders bijvoorbeeld gemakkelijk kan ontslaan, dan is in dienst nemen zeer wel verenigbaar met een negatieve attitude. Wil men het gedrag voorspellen dan zal men zich dus niet moeten richten op de attitude ten opzichte van 'buitenlanders' maar ten opzichte van 'het in dienst nemen van buitenlanders'.

Afgezien van dit zeer behartenswaardige pleidooi om het object van de attitude (concreet gedrag) goed te specificeren, bestaat de bijdrage van Ajzen en Fishbein aan de ontwikkeling van theorieën ter verklaring van menselijk gedrag vooral uit hun systematisering van de factoren die aan de intentie om een bepaald gedrag te verklaren ten grondslag liggen.

Zij gaan ervan uit dat mensen over het algemeen rationeel te werk gaan en dat zij op een logische manier gebruik maken van de informatie die hen ter beschikking staat. Mensen doen niet zomaar wat, maar houden over het algemeen rekening met de positieve en/of negatieve

gevolgen die hun gedrag voor hen heeft. Hun theorie wordt dan ook wel aangeduid als 'a theory of reasoned action'. In onderstaande figuur, overgenomen uit de Haan, Hoogstraten en ter Horst (1985) is de theorie weergegeven.

Figuur 2.1.: Het model van Ajzen en Fishbein en de relaties met externe variabelen. Naar: Ajzen en Fishbein (1980), overgenomen van: de Haan, Hoogstraten en ter Horst (1985).

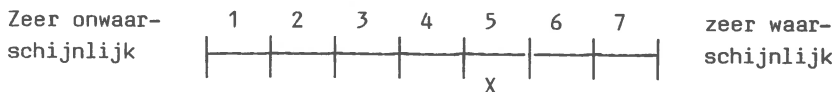


Als directe determinant van gedrag noemen Ajzen en Fishbein de gedragsintentie. Dit komt erop neer dat, onvoorziene omstandigheden daargelaten, mensen doen wat ze van plan zijn te doen. De gedragsintentie wordt op zijn beurt weer bepaald door twee basis-determinanten. Aan de ene kant is dat de attitude die iemand heeft ten opzichte van het gedrag, dat wil zeggen de mate waarin hij het goed of slecht vindt om bepaald gedrag te vertonen. De andere determinant van de gedragsintentie is de subjectieve norm, dat wil zeggen: de sociale druk die iemand vanuit zijn omgeving ervaart om bepaald gedrag wel of niet te vertonen. Wil men een bepaalde gedragsintentie kunnen voorspellen, dan moet men ook nog het relatieve belang van subjectieve norm en attitude voor iemands gedrag weten.

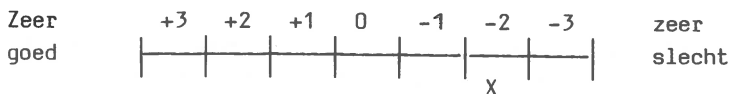
Attitudes zijn opgebouwd uit consequenties die men aan het gedrag verbindt ('beliefs') en de evaluatie van die consequenties. Iemand die in hoofdzaak positieve c.q. negatieve gevolgen verbonden ziet aan een gedrag heeft een positieve c.q. negatieve attitude ten opzichte van dat gedrag. Beliefs worden door een individu met een be-

paalde waarschijnlijkheid (w) gekoppeld aan een gedrag. Bijvoorbeeld:

"Energiebesparing leidt tot werkloosheid".



De evaluatie (e) van een belief is de waardering van een kenmerk of gevolg van een gedrag in termen van goed of slecht. Bijvoorbeeld: "Werkloosheid vind ik"



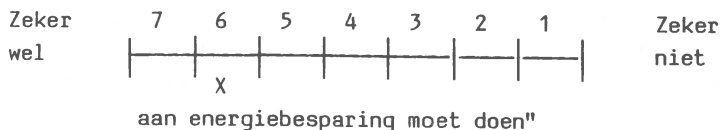
De bijdrage van dit belief aan iemands attitude ten opzichte van energiebesparing is: $5 \times -2 = -10$. Door van alle beliefs de waarschijnlijkheden te vermenigvuldigen met de bijbehorende evaluatie en door vervolgens deze producten op te tellen ($\sum w.e$) kan men iemands attitude vaststellen.

Volgens Ajzen en Fishbein verbindt een individu een relatief klein aantal beliefs met een bepaald gedrag. Dit zijn de zogenaamde saillante beliefs en meestal zijn dit er vijf tot negen.

Iemands gedragsintentie wordt niet alleen bepaald door zijn attitude ten opzichte van het gedrag, maar ook door de zogeheten subjectieve norm. Dit is de sociale druk die hij ervaart van voor hem belangrijke anderen om een bepaald gedrag wel of niet te vertonen.

De subjectieve norm is opgebouwd uit normatieve beliefs. Deze kenmerken zich door een normatieve waarschijnlijkheid (nw). Bijvoorbeeld:

"Mijn man vindt dat ik"



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

lijk. Een Nederlandse toepassing op het terrein van de gezondheidszorg is te vinden bij de Haan, Hoogstraten en ter Horst, die onderzochten op grond van welke overwegingen (beliefs) mensen besloten tot preventieve activiteiten met betrekking tot het gebit (i.c. sanering). Zij concludeerden tot een behoorlijke validiteit van het model; opvallend is wel dat de subjectieve norm in hun geval geen relatie heeft met de gedragsintentie.

Een recent onderzoek waaruit bleek dat mensen zich lang niet altijd zo rationeel gedragen als Ajzen en Fishbein veronderstellen is dat van Midden (1986). Daar is ook een uitgebreide kritische bespreking van de theorieën van Ajzen en Fishbein te vinden.

In de Lelystadse vragenlijst is het gedrag waarvan wij een verandering verwachten omschreven als 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil'. Aan de respondenten werd duidelijk gemaakt dat dit heel duidelijk kan door om een verwijfskaart te vragen, maar ook op een minder openlijke manier, bijvoorbeeld door zoiets te zeggen als 'U schijnt ook niet te weten wat het is dokter', of 'mijn zuster is hier vorig jaar mee naar de specialist geweest', of iets dergelijks. Wat betreft de relatie tussen gedragsintentie en gedrag hadden we uiteraard enige twijfels: in een random getrokken steekproef uit de bevolking zitten nogal wat mensen aan wie een situatie waarin een verzoek om een verwijfsing relevant was zich niet heeft voorgedaan. Men is überhaupt niet bij de huisarts geweest, of alleen met klachten waarvan het duidelijk was dat de huisarts ze zelf wel zou kunnen verhelpen. De tegenpool hiervoor wordt gevormd door klachten die zo duidelijk tot het terrein van de specialist behoren dat de huisarts het besluit tot verwijfsen al heeft genomen voordat de patiënt aan het laten merken dat hij verwezen wil worden toekomt. Dit nadeel is nu eenmaal verbonden aan het besluit om geen onderzoek in wacht- of spreekkamer van de huisarts te doen, maar onder de doorsneebevolking.

In een aantal interviews met personen in en buiten Lelystad werd een indruk gevormd van het totale aantal 'beliefs' omtrent het verzoek om een verwijfsing. Uit een proefafname van de vragenlijst (zie Jansen e.a. 1982) bleek dat met 12 beliefs de hoogste correlatie met de attitude werd verkregen, zodat deze in de definitieve versie werden gehandhaafd. Twee uitspraken werden niet als consequentie geformuleerd maar als kenmerk 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijfs' respectievelijk 'is mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald'; de evaluatie van deze beliefs werd op +2 gezet, zie voor deze procedure Kok 1981. Van een aantal beliefs bleek, volgens

de verwachting, de evaluatie zeer scheef verdeeld te zijn (niemand vindt het 'zeer goed' als hij door een specialist onpersoonlijk behandeld wordt); om mogelijke irritatie bij de respondenten te voorkomen werd bij deze beliefs uitsluitend de neutrale categorie en negatieve antwoordpool gehandhaafd (van 'niet vervelend' tot 'zeer vervelend'). Ondanks de soms wat merkwaardige aandoende vragen waarmee het model van Ajzen en Fishbein gepaard gaat bleek de respons in de proefafname (een steekproef van 400 patiënten uit een huisartspraktijk te Nieuw-Vennep) zeer bemoedigend: ruim 75%.

De attitude ten opzichte van het gedrag werd vastgesteld door de respondenten te vragen of zij aan de huisarts laten merken dat zij naar de specialist willen goed, aanvaardbaar, wenselijk, nuttig, gemakkelijk resp. de tegenpool daarvan vonden.

Om de vragenlijst niet te lang te maken werd in de definitieve versie de subjectieve norm slechts met één vraag gemeten: 'Als U aarzelt of U wel of niet naar de specialist wilt, wat zouden mensen die voor U belangrijk zijn er dan van vinden?' Uit de proefafname bleek dat de significante andere hier vooral de partner is en dat de 'motivation to comply' hoog is en weinig variantie toont. Deze variabele werd derhalve niet opgenomen.

Bij het vaststellen van de gedragsintentie doet zich het probleem voor dat de vraag 'hoe waarschijnlijk acht U het dat U Uw huisarts zult laten merken dat U naar de specialist wilt' een nogal gekunstelde indruk maakt. In de proefafname werd deze vraag geheel niet opgenomen; in de definitieve vragenlijst wel. Daarnaast werd de gedragsintentie vastgesteld door aan de respondenten een aantal situaties voor te leggen waarin zij klachten over de gezondheid hadden, en per situatie te vragen of zij in zo'n geval naar de specialist zouden willen. In de proefafname bleek dat deze vragen alle op één factor laadden, reden om aan te nemen dat hier sprake is van één algemene gedragsintentie.

Tot zover het onderdeel van de vragenlijst die zich bezighoudt met de theorie van Ajzen en Fishbein. De vragenlijst werd gecompliceerd met de volgende vragen:

- hoeveel tijd nodig voor bezoek aan huisarts resp. specialist? (subjectief oordeel van veel tot weinig);
- hoeveel moeite om tijd vrij te maken voor bezoek aan huisarts respectievelijk specialist? (idem);
- mening over verwijsbeleid van de huisarts (te vroeg, op tijd, te laat);
- gezondheidstoestand (eigen perceptie respondent);

- medische consumptie: - bezoek huisarts laatste 3 maanden
 - bezoek specialist laatste jaar
 - thans onder behandeling specialist;
- huisarts laatste jaar laten merken dat men naar de specialist wilde?
- tevredenheid met huisarts;
- wie moet beslissen of iemand naar de specialist moet?
- hoe vervelend dat Lelystad geen ziekenhuis heeft? Voornaamste oorzaak dat men dit vervelend vindt;
- hoelang woonachtig in Lelystad; vorige woonplaats; hoe groot afstand tot ziekenhuis daar?
- verzekeringsvorm;
- leeftijd, geslacht, opleiding, werksituatie, huisarts;
- alleen in tweede en derde meting: thuiswonende kinderen;
- alleen in derde meting: plaats waar de arbeid verricht wordt (retrospectief ook van de eerste en tweede meting).

3. RESULTATEN: VERWIJZINGEN DOOR DE HUISARTS*)

3.1. Inleiding

Zoals bij de beschrijving van de onderzoeksopzet al vermeld is, hebben wij veel aandacht besteed aan het voorkómen van onderrapportage bij het door de huisarts en assistentes registreren van de verwijzingen. Het eerste wat ons nu te doen staat is het schatten van de mate waarin wij daarin geslaagd zijn: is het aantal in de 'eigen verwijsregistratie' vastgestelde verwijzingen een betrouwbare afspiegeling van het feitelijke verwijspatroon? De beantwoording van deze vraag heeft uiteraard de nodige consequenties voor de wijze waarop geanalyseerd kan worden.

Hierna zullen we de gevonden resultaten behandelen, waarbij we eerst de RZZ-verwijzingen en vervolgens de resultaten van de eigen materiaalverzameling bespreken.

3.2. De betrouwbaarheid van de eigen verwijsregistratie

Door het aantal door de huisartsen gedurende negen 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 underreporting in onze verwijsregistratie. Wij hebben dit gedaan voor het jaar 1982. 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, van de mate waarin een klacht snel behandeling of onderzoek vereist en van de snelheid waarmee de specialist declareert, kan de tijd die verstrijkt tussen de verwijzing en ontvangst van de verwijskaart door het ziekenfonds sterk variëren. 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

*) Zie ook paragraaf 4.3.2.

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 negen weken om te rekenen tot verwijscijfers per 1000 verzekerden per jaar.

In tabel 3.1 (zie volgende pagina) zijn per huisarts drie verschillende verwijscijfers weergegeven:

1. Een verwijscijfer gebaseerd op de verwijzingen die tijdens onze registratieperiode van negen 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 negen weken, die zes weken later begon dan onze registratieperiode, eveneens gedateerd op de behandeldag.
3. Een verwijscijfer gebaseerd op de verwijzingen, die de huisartsen gedurende negen 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 3.1 staat het geschatte percentage onderreporting. Dit is het gemiddelde van de beide afwijkingen tussen het verwijscijfer 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 redelijk beeld geeft van de kwalitatieve aspecten van het verwijzen. Een argument hiervoor is te vinden in het feit dat de verdeling van de verwijzingen over de belangrijkste typen, een enkele uitzondering daargelaten, geen grote verschillen tussen huisartsen laat zien. Met name het percentage verlengingsverwijzingen geeft een gelijkmatig beeld onder de artsen; zou er sprake zijn van systematische onderrapportage, dan zouden juist deze verwijzingen (die nogal eens door de assistente worden voorbereid en alleen door de huisarts worden getekend) daarvoor in aanmerking komen.

Tabel 3.1.: vergelijking van de verwijscijfers gebaseerd op de eigen verwijsregistratie en die op basis van RZZ-gegevens (14 huisartsen)

	RZZ-verwij- zingen tij- dens reg. periode '82	RZZ-verwij- zingen zes weken later	onze ver- wijsregi- stratie	geschatte onderrap- portage 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	391	402	229	36
totaal	410	376	303	23

3.3. Globale analyse van veranderingen in het verwijzen van ziekenfondspatiënten: gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle

We beginnen de presentatie van de resultaten van dit onderzoek met de afhankelijke variabele (verwijzingen door de huisarts), waarbij we eerst aandacht schenken aan de vraag of en zo ja in welke mate het aantal ziekenfondsverwijzingen is gestegen. Daarna zal, mede aan de hand van de eigen materiaalverzameling, bezien worden of deze (verwachte) stijging voor bepaalde typen verwijzingen sterker is dan voor andere.

3.3.1. Het aantal verwijzingen

Ter beantwoording van de vraag of de bevolking van Lelystad na de

opening van het ziekenhuis vaker naar medische specialisten wordt verwezen dan daarvoor, is het voldoende over langere tijd, zowel vóór als ná de komst van het ziekenhuis na te gaan hoeveel patiënten alle praktizerende huisartsen gezamenlijk hebben verwezen. Deling op het totaal aantal patiënten, op wie de verwijzingen betrekking hebben, levert dan het aantal verwijzingen per patiënt. Op deze wijze is echter de invloed die het ziekenhuis op de verwijscijfers heeft, niet op de best mogelijke wijze getraceerd. Daartoe dienen wij ons te beperken tot de verwijzingen van huisartsen, die gedurende de gehele periode waarover verwijscijfers zijn berekend in Lelystad hun praktijk hebben uitgeoefend. Door geen acht te slaan op de komst van nieuwe en het vertrek van gevestigde artsen zou men immers veranderingen in verwijscijfers kunnen invoeren die het gevolg zijn van verschillen tussen individuele huisartsen.

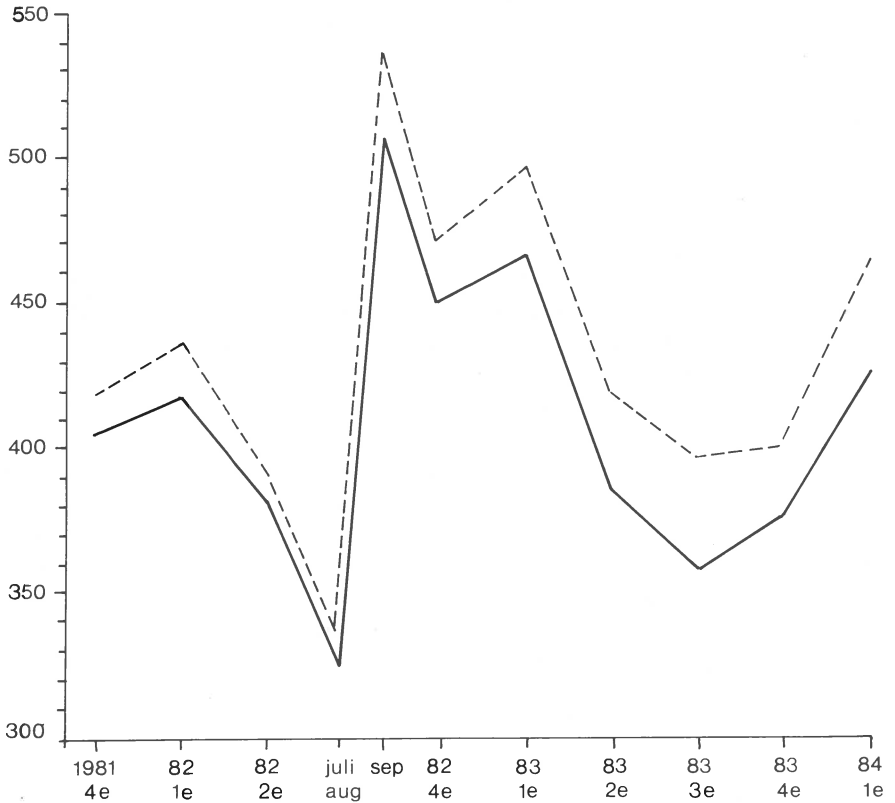
Een tweede beperking die wij ons opleggen om een zo zuiver mogelijk beeld van de invloed van het ziekenhuis te schetsen, bestaat uit verwijdering van drie van de zestien resterende praktijken uit de berekeningen. Deze praktijken waren in de beginfase van de onderzochte periode nog klein, maar namen vervolgens snel in omvang toe. Zeer kleine praktijken worden echter gekenmerkt door hoge of zeer hoge verwijscijfers. Daling van die verwijscijfers louter door de groei van de praktijken zou het beeld vertekenen. De resterende dertien huisartsen hadden reeds bij het begin een volgroeiende of zo goed als volgroeiende praktijk.

Kort na het schrijven van het concept van dit rapport bleek ons, dat RZZ in een aantal gevallen door een misverstand de verwijskaarten van specialist naar specialist in het bestand huisartsenverwijskaarten had opgenomen. Voor een groot deel kon deze fout nog hersteld worden; voor enkele maanden uit de periode tussen 1 juli 1982 en 1 april 1983 echter niet meer. Voor deze maanden zijn de huisartsenverwijscijfers geschat, door uit te gaan van een zelfde proportie specialistenverwijskaarten als in de voorafgaande periode.

In figuur 3.1 (zie volgende pagina) is de ontwikkeling van de verwijscijfers grafisch weergegeven, zowel van alle Lelystadse huisartsen gezamenlijk (stippellijn) als van de dertien stabiele praktijken (ononderbroken lijn). De exacte verwijscijfers zijn te vinden in tabel 3.1 (zie pagina 29). Vanaf het vierde kwartaal van 1981, dat is krap één jaar voor de opening, tot en met het eerste kwartaal van 1984, dat wil zeggen anderhalf jaar na de opening, is het aantal verwijzingen per 1000 RZZ-verzekerden voor elk kwartaal omgerekend tot een verwijscijfer op jaarbasis. De opening van het ziekenhuis viel in het derde kwartaal van 1982.

Figuur 3.1.: verwijscijfers van Lelystadse huisartsen per 1000 RZZ-verzekerden per kwartaal over de periode oktober 1981 t/m maart 1984. Verwijscijfers zijn omgerekend tot jaarcijfers

----- alle Lelystadse huisartsen
 ————— 13 stabiele praktijken



Tabel 3.1.: aantal verwijzingen per 1000 RZZ-verzekerden per kwartaal op jaarbasis voor dertien stabiele praktijken en voor alle praktijken gezamenlijk

	13 stabiele praktijken	alle praktijken gezamenlijk
1981 - 4e kwartaal	406	419
1982 - 1e kwartaal	419	438
1982 - 2e kwartaal	381	392
1982 - juli/augustus	324	336
1982 - september	506	536
1982 - 4e kwartaal	450	471
1983 - 1e kwartaal	464	498
1983 - 2e kwartaal	384	419
1983 - 3e kwartaal	358	397
1983 - 4e kwartaal	375	400
1984 - 1e kwartaal	424	462

De verwijscijfers van dit kwartaal zijn daarom opgesplitst in die van vóór de opening (juli en augustus) en die van de maand daarna (september).

Bij de beschouwing van de verwijscijfers richten wij ons in de eerste plaats op de dertien stabiele praktijken, omdat het daar in feite om te doen is.

Een zeer opvallend resultaat is dat het verwijscijfer, afgezien van een duidelijke piek direct na de opening, niet stijgt. De piek kort na de opening lijkt voor een deel te bestaan uit 'uitgestelde' verwijzingen; in niet-spoedeisende gevallen heeft men kennelijk op de komst van het ziekenhuis willen wachten. In het tweede kwartaal van 1983 is dit effect echter verdwenen, en is het verwijscijfer zelfs lager dan vóór de opening. Het eerste kwartaal van 1984 geeft weliswaar een aanzienlijke stijging te zien, maar afgewacht zal moeten worden of dit de aanzet is tot een definitief hoger liggend cijfer. Aangezien het hier uitsluitend ziekenfondscijfers betreft die de artsen niet zelf hebben moeten registeren, kan van onderrapportage na de opening geen sprake zijn.

Onloochenbaar is het feit dat onze voorspelling dat het verwijscij-

fer (aanzienlijk) zou stijgen niet is uitgekomen.

Daarmee zijn wij, reeds bij het allereerste begin van de presentatie van de resultaten, in een niet erg benijdenswaardige positie terecht gekomen. Weliswaar zijn sommige onderzoeken juist fameus gevonden doordat zij lieten zien dat een algemeen aanvaarde wetmatigheid in een concreet geval niet opging (met als bekendste voorbeeld het werk 'Union Democracy' van Lipset, Trow en Coleman, die een Amerikaanse vakbond beschreven waarin de door Michels geformuleerde 'ijzeren wet van de oligarchie' niet opging), maar het is zeer de vraag of een dergelijke faam ook voor dit onderzoek weggelegd zal zijn. De opzet van het onderzoek was er namelijk op gericht om, door zorgvuldige materiaalverzameling, de 'werking' van de factor 'afstand' op de hoogte van het verwijscijfer bloot te leggen. Gegeven het vrij lage verwijscijfer in Lelystad vóór de opening van het ziekenhuis (zeker als men bedenkt dat ruim de helft van de bevolking afkomstig is uit het zeer op de tweede lijn ingestelde Amsterdam, met een ruim 1 1/2 maal zo hoog verwijscijfer) achtten wij een stijging van het aantal verwijzingen dermate voor de hand liggend, dat een design waarin alle inspanning gericht was op het 'hoe' van de stijging gerechtvaardigd was. Uiteraard zullen wij in wat volgt proberen te verklaren waarom de verwachte stijging niet is opgetreden; doordat de verklaringen achteraf zijn, hebben zij noodgedwongen een wat speculatief karakter.

Met de constatering dat het verwijscijfer (nog?) niet is gestegen, is uiteraard het onderzoek niet geheel irrelevant geworden. Afgezien van de noodzaak om het gelijkblijven van de verwijscijfers aan een nadere inspectie te onderwerpen (wellicht is niet het aantal, maar wel de verdeling over de verschillende typen verwijzingen veranderd; wellicht zijn voor verschillende leeftijds- en geslachtsgroepen elkaar neutraliserende effecten opgetreden) behoudt met name het bevolkingsonderzoek zijn relevantie, zij het dat eventueel aan te treffen wijzigingen in de preferenties van patiënten voor behandeling in eerste of tweede lijn nu niet meer dienen om een verandering in het verwijscijfer te verklaren, maar veeleer om discrepantie op het spoor te komen tussen wat de komst van het ziekenhuis teweeggebracht heeft bij de bevolking en de (afwezige) effecten op het 'verwijsgedrag' van de huisartsen. Voorts geven, geheel afgezien van de longitudinale analyse, zowel de eigen verwijsregistratie als het bevolkingsonderzoek informatie over verschillende aspecten van het verwijzen die tot op heden niet of nauwelijks voorhanden was.

3.3.2. Verwijzingen per huisarts

De verwijscijfers van alle praktijken gezamenlijk zijn, zoals uit figuur 3.1 en tabel 3.1 blijkt, in alle kwartalen hoger dan die van de dertien stabiele praktijken. Vóór de opening schommelt het verschil tussen de 11 en 19 verwijzingen per 1000 patiënten op jaarbasis. Na de opening, als zich geleidelijk een aantal nieuwe artsen in Lelystad vestigt, varieert het verschil tussen de 21 en 44 verwijzingen. Dit wijst erop dat de verwijscijfers van de recent gevestigde artsen aanzienlijk hoger zijn dan die van de langer gevestigden.

Tot dusverre hebben we alleen gekeken naar het gezamenlijke verwijscijfer van deze artsen. Het is denkbaar dat de invloed van het ziekenhuis op het verwijsgedrag per arts verschilt. Daarom bekijken we hieronder de individuele verwijscijfers. Tabel 3.2 geeft de voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijken gecorrigeerde verwijscijfers over twee verschillende perioden. De eerste periode loopt van 1 juli 1981 tot en met 31 maart 1982. De tweede periode loopt daaraan parallel maar begint twee jaar later, dus op 1 juli 1983. De tussenliggende periode is weggelaten, zodat de korte termijn-effecten, die de opening van het ziekenhuis veroorzaakt heeft, het beeld niet vertekenen (zie volgende pagina).

Er blijken vijf stijgers en acht dalers te zijn. Met uitzondering van arts E zijn alle stijgers artsen die vóór de opening van het ziekenhuis onder het gemiddelde zaten; uiteraard betekent dit dat de dalers vooral huisartsen zijn die boven het gemiddelde zaten. Wellicht is hier sprake van een 'terugval naar het gemiddelde'.

3.3.3. Verwijzingen naar leeftijd en geslacht van de patiënten

Zoals de consequenties van de opening van het ziekenhuis per arts kunnen verschillen, zo kunnen ze dat ook voor verschillende categorieën patiënten. Het is bekend dat vrouwen in het algemeen wat vaker worden verwezen dan mannen en ook dat oudere patiënten veel vaker een specialist bezoeken dan jongeren. Hier is vooral de vraag van belang of de gevolgen van de opening van het ziekenhuis ook voor de ene sekse zwaarder wegen dan voor de andere, voor de ene leeftijdscategorie meer betekenen dan voor de andere.

Tabel 3.3 geeft een beeld van de verwijscijfers per leeftijdsgeslachtscategorie over drie perioden. De cijfers waarop de tabellen zijn gebaseerd, hebben betrekking op dezelfde dertien praktijken en

Tabel 3.2.: verwijscijfers van 13 Lelystadse huisartsen vóór en na de opening van het ziekenhuis

	verwijscijfer I ruim vóór de opening	verwijscijfer II ruim na de opening	II min I
arts B	507	450	- 57
arts E	424	463	+ 39
arts F	418	397	- 21
arts G	425	373	- 52
arts H	386	318	- 68
arts I	430	363	- 67
arts K	420	379	- 41
arts L	397	359	- 38
arts M	429	398	- 31
arts N	369	403	+ 34
arts O	257	267	+ 10
arts Q	376	448	+ 72
arts R	341	373	+ 32

dezelfde groep ziekenfondsverzekerden als die in de vorige paragraaf aan de orde zijn geweest. De eerste periode beslaat negen maanden ruim vóór de opening van het ziekenhuis, te beginnen op 1 juli 1981. De tweede periode van eveneens negen maanden begint precies één jaar later, dus twee maanden voor de opening. De derde periode loopt parallel daaraan weer precies één jaar later, dus ruim na de opening.

Direct in het oog springt in beide tabellen de toename van het aantal verwezen patiënten in de oudere leeftijdsgroepen. Zowel onder mannen als onder vrouwen is de toename van het verwijscijfer in de leeftijdscategorieën boven de 50 jaar - met uitzondering van de mannen ouder dan 70 - aanzienlijk. Een belangrijk deel van die groei lijkt een definitief karakter te hebben: in de derde periode, ruim na de opening van het ziekenhuis, zijn de verwijscijfers van de meeste 50-plussers nog steeds hoger dan voor de opening.

De patiënten van middelbare leeftijd - tussen 30 en 50 jaar - zorgen niet voor spectaculaire veranderingen. Vrouwen werden kort na de komst van het ziekenhuis wel vaker verwezen, maar een jaar later is deze toename teniet gedaan.

Tabel 3.3.: verwijscijfers op jaarbasis per leeftijds-geslachts-categorie bij 13 stabiele praktijken. Alleen RZZ-patiënten

Periode I 1-7-'81 tot 1-4-'82

Periode II 1-7-'82 tot 1-4-'83

Periode III 1-7-'83 tot 1-4-'84

	periode I	periode II*	periode III	III/I
mannen				
0- 4	386	422	330	.85
5- 9	294	350	253	.86
10-15	208	309	262	1.26
16-19	270	209	179	.66
20-29	328	301	231	.70
30-39	330	303	290	.88
40-49	427	396	406	.95
50-59	547	625	539	.99
60-64	549	810	675	1.23
65-69	584	761	744	1.27
70 plus	821	734	751	.91
vrouwen				
0- 4	319	323	235	.73
5- 9	243	275	232	.95
10-15	263	323	334	1.27
16-19	408	329	263	.64
20-29	480	503	441	.92
30-39	383	451	405	1.06
40-49	528	561	478	.91
50-59	500	757	652	1.30
60-64	606	742	621	1.02
65-69	574	762	675	1.18
70 plus	742	763	760	1.02

* Cijfers over periode II zijn gedeeltelijk geschat.

De verwijscijfers van de jongeren tussen nul en dertig jaar geven zowel bij mannen als bij vrouwen een tamelijk instabiel patroon te zien. Veelal is er kort na de opening wel een verhoging van het ver-

wijscijfer, maar in een later stadium dalen de cijfers in het algemeen soms tot een waarde die aanzienlijk onder het niveau van voor de opening van het ziekenhuis ligt. De betrekkelijk kleine aantallen in de meeste jongere leeftijdscategorieën kunnen aan dit instabiele patroon debet zijn.

Voor een duidelijker beeld van de geslachtsspecifieke verwijs cijfers is het nuttig tabel 3.4 te bekijken. Voor zowel mannen als vrouwen zijn de verwijs cijfers in de drie perioden weergegeven.

Vrouwen worden in elk van de drie perioden vaker verwezen dan mannen; het verschil is echter gestegen van 15% vóór de opening tot 24% erna. Het verschil is in de tweede en derde periode ongeveer even groot.

Tabel 3.4.: verwijs cijfers op jaarbasis naar geslacht bij 13 stabiele praktijken in drie perioden. Alleen RZZ-patiënten

	periode I	periode II	periode III
mannen	365	392	342
vrouwen	420	476	426

Samenvattend kunnen we stellen dat er sprake is van differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis voor verschillende leeftijdsgeslachtsgroepen. Een daling in de jongere leeftijdsklassen (behalve 10-15 jaar) vindt zijn spiegelbeeld in een stijging onder ouderen. Waarschijnlijk was de grote afstand tot het ziekenhuis voor ouderen bezwaarlijker dan voor jongeren (vaker aangewezen op openbaar vervoer, slecht ter been), zodat dit differentiële effect wel is te interpreteren. Bovendien, en daarmee komen we op een eerste verklaring van het gelijkblijven van het totale verwijs cijfer, is het denkbaar dat voor 'jongeren' gelezen moet worden 'personen die een werkkring buiten Lelystad hebben' (veelal Amsterdam). Gaat men er van uit dat een in Amsterdam werkzame Lelystedeling vóór de komst van het Zuiderzeeziekenhuis een bezoek aan een Amsterdamse polikliniek vrij gemakkelijk op zijn werk kan laten aansluiten, dan betekent de opening van een eigen ziekenhuis in Lelystad voor deze personen wellicht een toegenomen reistijd naar het ziekenhuis: wie in Amsterdam werkt en midden op de dag naar de polikliniek in Lelystad moet is méér tijd kwijt dan toen dat polikliniekbezoek zich nog in Amsterdam afspeelde. Wellicht heeft het bijzondere van de Lely-

stadse situatie ons in dit opzicht parten gespeeld.

3.3.4. Verwijzingen per specialisme

In deze paragraaf zullen we nagaan of de opening van het ziekenhuis wat het aantal verwijzingen per duizend patiënten betreft voor bepaalde specialismen anders heeft uitgewerkt dan voor andere specialismen. We beperken ons daarbij weer tot de RZZ-verzekeren van dertien huisartspraktijken. De verwijscijfers zijn weer berekend over drie perioden van negen maanden. In tabel 3.5 (zie volgende pagina) zijn de verwijscijfers per specialisme voor elke periode weergegeven.

In absolute zin is de toename veruit het grootst bij het specialisme oogheelkunde, waar het verwijscijfer per duizend patiënten steeg van 84 vóór de opening van het ziekenhuis tot 112 in de derde periode ruim na de opening. Dat is een relatieve toename van 33 procent. Verder is er een vrij duidelijke stijging bij cardiologie (26 procent), dermatologie (17 procent), en orthopedie (15 procent). Al deze specialismen waren overigens in de derde periode vertegenwoordigd in het Lelystadse ziekenhuis.

Opvallende dalingen geven de verwijscijfers naar gynaecologie (15 procent) en kinderziekten (30 procent).

3.3.5. Verwijzingen naar verschillende gemeenten

Voor de komst van het ziekenhuis werd het merendeel van patiënten uit Lelystad verwezen naar de volgende gemeenten: Amsterdam, Emmeloord, Harderwijk, Kampen, Zwolle, Ermelo en Hoorn. Samen namen deze gemeenten meer dan 90 procent van de verwijzingen voor hun rekening. In welke mate maken de inwoners van Lelystad nu er een ziekenhuis in hun eigen woonplaats is nog gebruik van elders gevestigde specialisten? Tabel 3.6 (zie pagina 37) geeft een overzicht van het absolute en relatieve aandeel van de verwijzingen naar de belangrijkste gemeenten in drie perioden. Van ongeveer drie procent van de verwijzingen kon de gemeente waarheen is verwezen niet worden achterhaald. De cijfers hebben dit keer betrekking op de RZZ-verwijzingen van alle Lelystadse huisartsen.

Reeds het eerste half jaar na de opening werd driekwart van de verwijzingen binnen Lelystad afgehandeld. Dit aandeel stijgt in de derde periode nog tot meer dan 80 procent. Van de plaatsen waar men vroeger een specialist placht te bezoeken spelen voornamelijk Amsterdam met 9.5 procent en in veel mindere mate Zwolle met 2.0 procent nog een rol van betekenis. Het aandeel van de overige plaatsen is vrijwel nihil.

Tabel 3.5.: verwijscijfers op jaarbasis per specialisme bij 13 stabiele praktijken in drie perioden. Alleen RZZ-patiënten. Perioden: zie bij leeftijd en geslacht

	periode I	periode II	periode III	toe- of afname periode I-III in % (bij ver- wijspersenta- ges ≥ 10)
oogheelkunde	84.4	122.6	112.3	+ 33
KNO	35.6	37.7	37.9	+ 6
chirurgie	50.3	55.7	49.7	- 1
plast.chir.	3.0	3.7	3.5	-
orthopedie	18.5	25.7	21.2	+ 15
urologie	7.0	5.1	4.7	-
gynaecologie	38.1	38.1	32.4	- 15
neuro chir.	2.1	1.0	1.7	-
zenuwziekten	12.8	2.5	1.7	-
dermatologie	15.6	18.8	18.3	+ 17
interne zktn.	34.4	36.6	31.3	- 9
kind.ziekten	22.6	16.9	15.9	- 30
maag/stofw. ziekten	0.6	0.3	0.3	-
cardiologie	14.0	15.8	17.7	+ 26
longziekt.	7.1	8.5	7.4	-
rheumatologie	2.6	1,7	1.0	-
revalidatie	1.8	0.6	1.5	-
mond-kaak chirurgie	29.0	4.7	3.9	-
neurologie	10.0	18.3	18.1	(+ 81)
allergologie	0.36	0.26	0.2	-
anesthesie	0.30	0.27	0.1	-
card. pulm. chir.		0.1	0.5	-

Tabel 3.6.: aantal en percentage verwijzingen van alle huisartsen in Lelystad, in drie perioden per gemeenten (alleen RZZ-patiënten)

	periode aug. 1981/ juli 1982		periode sept.1982/ mei 1983		periode juni 1983/ maart 1984	
	abs.	percent.	abs.	percent.	abs.	percent.
Kampen	1323	11.7	101	0.9	57	0.5
Emmeloord	2024	17.9	159	1.5	87	0.8
Zwolle	957	8.5	198	1.9	223	2.0
Ermelo	481	4.2	83	0.8	18	0.2
Harderwijk	1680	14.8	221	2.1	123	1.1
Utrecht	66	0.6	33	0.3	32	0.3
Amsterdam	2815	24.9	1163	10.9	038	9.5
Blaricum	369	3.3	2	0.0	3	0.0
Hilversum	204	1.8	72	0.7	43	0.4
Hoorn	460	4.1	29	0.3	10	0.1
Lelystad	-	0.0	8182	77.0	8955	81.9
overige plaatsen	104	0.9	43	0.4	36	0.3
onbekend	834	7.4	346	3.3	309	2.8
totaal	11317	100.0	10632	100.0	10934	100.0

In tabel 3.7 (zie volgende pagina) is per specialisme aangegeven wat de belangrijkste gemeenten buiten Lelystad zijn waarheen patiënten na de opening nog verwezen worden.

3.3.6. Samenvatting

Voor oudere inwoners van Lelystad is het verwijscijfer wat gestegen, voor jongeren is het gedaald, met als netto effect een gelijkblijvend verwijsniveau. We hebben al eerder gesteld dat dit resultaat niet alleen haaks staat op onze verwachtingen, maar ook op onze onderzoeksopzet.

Het Lelystadse ziekenhuis lijkt over gebrek aan klandizie overigens niet te klagen te hebben: ruim 80% van de verwezen Lelystedelingen komen op de polikliniek van het eigen ziekenhuis terecht. De reste-

Tabel 3.7.: percentage verwijzingen door alle artsen uit Lelystad naar Lelystad en naar de 'belangrijkste' andere gemeenten per specialisme, over de periode 1 juni 1983 tot en met 31 maart 1984 (alleen RZZ-verzekerden)

specialismen	aantal verwijzingen	% naar Lelystad	belangrijkste andere gemeente	% naar belangr. andere gemeente
oogheelkunde	3045	92.4	Amsterdam	4.6
KNO	1026	90.3	Amsterdam	6.2
chirurgie	1428	89.8	Amsterdam	5.8
plast.chirurgie	73	-	A'dam/Zwolle	100.0
orthopedie	568	78.2	Amsterdam	11.1
urologie	137	-	A'dam/Zwolle	100.0
gynaecologie	940	82.7	Amsterdam	10.4
neurochirurgie	48	6.3	Amsterdam	77.1
zenuwziekten	41	-	Amsterdam	80.5
dermatologie	553	89.9	A'dam/Emmeloord	9.0
interne ziekten	882	88.1	Amsterdam	6.2
kinderziekten	432	75.5	Amsterdam	19.4
cardiologie	463	80.8	Amsterdam	14.0
longziekten	207	74.9	Amsterdam	18.4
rheumatologie	25	-	A'dam/Zwolle	100.0
psychiatrie	116	65.5	Amsterdam	32.8
revalidatie	40	75.0	Zwolle	25.0
mond-/kaakchir.	93	-	Amsterdam	47.3
neurologie	497	95.4	A'dam/Zwolle	2.2
overige*	11	-	Amsterdam	100.0

* Overige specialismen zijn in dit geval: maag- en stofwisselingsziekten, allergologie en cardio-pulmonale chirurgie.

rende 20% komt voor ongeveer de helft voor rekening van specialismen die nog niet in Lelystad gevestigd zijn, en voor de andere helft voor rekening van specialisten buiten Lelystad wier specialisme wél in het Zuiderzeeziekenhuis te vinden is. Het valt te verwachten dat deze laatste verwijzingen (waarschijnlijk grotendeels verlengingsverwijzingen voor al langer bij een specialist 'lopende' patiënten) in aantal nog zullen afnemen.

3.4. Nadere analyse van de verwijzingen: gegevens uit de eigen verwijsregistratie

3.4.1. Inleiding

Het feit dat het verwijscijfer als zodanig niet in de verwachte richting is veranderd, betekent zoals gezegd nog niet dat een analyse gericht op veranderingen in de samenstelling van het verwijscijfer nutteloos is. Bovendien kan een meer op de kwalitatieve aspecten van het verwijscijfer gerichte analyse, ook buiten de opzet van dit onderzoek, al meer licht werpen op de merites van het gebruik van het ziekenfondsverwijscijfer als maat voor het aantal 'verwijsbeslissingen' van de huisarts. Vragen als in welke leeftijds-geslachtsgroepen het grootste percentage verwijzingen op verzoek van de patiënt plaatsvindt, waarin de meeste niet echt noodzakelijke verwijzingen zijn te vinden en in welke gevallen de huisarts wel of niet een diagnose heeft gesteld zijn ook tegen de achtergrond van een gelijkblijvend verwijscijfer relevant. Dit betekent dat een aantal beschrijvende analyses van het verwijspatroon wat meer aandacht zullen krijgen, waarbij aan het longitudinale verloop relatief wat minder aandacht wordt geschonken.

In navolging van Van Es en Pijlman (1970) hebben wij bij de eerste verwijsregistratie een 'refractieverwijzing' gedefinieerd als een verwijzing voor een bekende refractie-afwijking, dus niet voor een nieuw geconstateerde refractie-afwijking. Om twee redenen heeft deze beslissing aanleiding gegeven tot verwarring. In de eerste plaats bleken veel artsen tijdens de registratie ook nieuw geconstateerde refractie-afwijkingen als 'refractieverwijzing' te scoren, wat overigens zeer begrijpelijk is. Voorts, en dat is een feilen dat de onderzoekers zich meer moeten aantrekken, blijkt een classificatie in, onder andere, 'verlengingsverwijzing' en 'refractieverwijzing' bepaald niet brandschoon. Onduidelijk is immers of een verwijskaart, afgegeven om specialistische behandeling van een refractie-afwijking na een jaar te continueren, nu als een verlengings- of als een refractieverwijzing moet worden geclassificeerd. (Overigens kan een verlengingsverwijzing ook nog 'op verzoek van de specialist' plaatsvinden; de instructie was op dat punt echter duidelijk om in dit geval de verwijzing als verlengingsverwijzing te classificeren). In de eerste en tweede nameting van de verwijzingen is als refrac-

tieverwijzing omschreven iedere verwijzing voor een refractie-afwijking; de classificatieproblematiek is daarmee echter niet opgelost. Daarom is in een groot aantal van de volgende tabellen het specialisme oogheelkunde buiten beschouwing gelaten.

Een tweede probleem betreft de particuliere verwijzingen. Wij hebben geen redenen om aan te nemen dat de voor ziekenfondsverzekerden geconstateerde (waarschijnlijk a-systematische) onderrapportage van circa 23% anders ligt voor particuliere patiënten. Ten aanzien van de noemer waarop dit aantal verwijzingen betrokken moet worden zijn er echter meer problemen. Door enkele technische problemen bleek het getelde aantal patiënten vóór de opening geringer dan het (geschatte) feitelijke aantal; bovendien stelden vooral de al langer gevestigde artsen dat het in de kaartenbakken aangetroffen aantal particuliere patiënten hoogstwaarschijnlijk een overschatting zou zijn. Lelystad kent een hoge migratie (zowel binnen de gemeente als naar andere gemeenten), waardoor nogal wat patiënten 'geruisloos' vertrekken (voor ziekenfondspatiënten geldt dit uiteraard niet) en geen patiënt meer zijn terwijl de huisarts dit niet weet. Om deze redenen is er van afgezien de hoogte van het verwijscijfer van particuliere patiënten te berekenen. Waar niet het aantal verwijzingen per 1000 patiënten aan de orde is maar de samenstelling van dit aantal naar de geregistreeerde kenmerken (type verwijzing, diagnostisch niveau, etc.) zijn de particuliere verwijzingen uiteraard wèl in de analyses betrokken.

3.4.2. Het type verwijzing

De in wat volgt gepresenteerde gegevens hebben betrekking op 16 huisartsen, zijnde de 18 huisartsen die vóór de opening hebben geregistreerd (alle Lelystadse huisartsen) minus de twee die tijdens de looptijd van het onderzoek de praktijk aan een andere arts hebben overgedaan. Om het aantal cases waarover wij kunnen beschikken niet te klein te maken leek het ons gerechtvaardigd de drie snel groeiende praktijken in deze analyse wèl mee te nemen (we zijn nu immers niet in de hoogte, maar in de samenstelling van het verwijscijfer geïnteresseerd), maar praktijken waarin de persoon van de arts wisselt zouden het beeld toch te zeer kunnen verstoren.

In tabel 3.8 zijn de verschillende typen verwijzingen over de drie onderzochte jaren weergegeven.

Tabel 3.8.: de verschillende typen verwijzingen; alleen ziekenfonds-
patiënten, exclusief oogheelkunde

type verwijzing	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
verlenging	309	251	348	29.1	22.1*)	31.5
achteraf	65	76	81	6.1	6.7	7.3
init. andere hulpv.	33	40	17	3.1	3.5	1.5
verzoek specialist	28	48	28	2.6	4.2	2.5
vooral huisarts	407	441	364	38.4	38.8	33.0
vooral patiënt	219	281	266	20.6	24.7	24.1
onbekend	8	11	1	-	-	-
totaal	1069	1148	1105	100.0	100.0	100.0

*) Zie de noot op pagina 47.

We zien dat zich wat betreft de samenstelling van het verwijzingscijfer naar zijn verschillende componenten wel enige wijzigingen hebben voorgedaan. De daling van het aantal verlengingsverwijzingen in 1983 is deels een artefact: voor de specialisten van het nieuwe ziekenhuis kan uiteraard pas een jaar na vestiging een verlengingsverwijskaart worden uitgeschreven.

We zien een lichte verschuiving van huisarts naar patiënt wat betreft het initiatief tot de verwijzing. Er is op dit punt dus wel een stijging in de verwachte richting, maar deze wordt gecompenseerd door een daling (in 1984) van de verwijzingen op initiatief van de huisarts.

Zoals gezegd zullen we, nu de veranderingen in de tijd niet groot lijken te zijn, wat meer aandacht schenken aan een beschrijvende analyse van de verwijzingen, waarbij we ons wat minder concentreren op de longitudinale aspecten.

In tabel 3.9 (zie volgende pagina) zijn voor de specialismen met ten minste 50 verwijzingen in 1982 de verdelingen over de verschillende typen verwijzingen gegeven. Hoewel er per jaar nogal wat schommelingen te zien zijn, zijn er toch duidelijke verschillen tussen de specialismen aanwezig. Als we kijken naar het relatieve aandeel van de verlengingsverwijzingen dan blijken zenuw- en zielsziekten, interne geneeskunde en kindergeneeskunde specialismen te zijn met een lange

Tabel 3.9.: de verschillende typen verwijzingen, naar specialisme. Alleen ziekenfondspatiënten, exclusief oogheelkunde; in procenten. Alleen specialismen met tenminste 50 verwijzingen in 1982

		type verwijzing						
		verlen- ging	achter- af	init. an- dere hulp- verlener	verzoek specia- list	vooral h.a.	vooral pat.	N
KNO	'82	21.0	2.5	1.9	1.3	51.6	21.7	157
	'83	17.9	2.0	2.0	4.0	55.6	18.5	151
	'84	32.6	4.3	2.7	1.6	35.3	23.5	187
chirurgie	'82	11.4	12.0	2.4	2.4	41.6	30.1	166
	'83	8.2	19.5	1.5	2.1	42.6	26.2	195
	'84	18.6	10.3	1.0	2.1	33.5	34.5	194
orthopedie	'82	30.3	4.5	4.5	5.6	31.5	23.6	89
	'83	28.8	5.5	2.1	3.4	24.7	35.6	146
	'84	25.9	9.4	1.2	5.9	25.9	31.8	85
verl./ gynaec.	'82	25.8	4.5	9.1	1.5	34.8	24.2	132
	'83	19.2	1.3	6.71	4.5	34.0	24.4	156
	'84	26.5	1.0	6.1	2.0	33.7	30.6	98
zenuw- en ziels- ziekten*)	'82	34.8	5.8	1.4	1.4	36.2	20.3	69
	'83	24.4	2.4	1.2	4.9	43.9	23.2	82
	'84	34.6	7.4	1.2	2.5	30.9	23.5	81
derma- tologie	'82	29.7	2.7	1.4	1.4	40.5	24.3	74
	'83	10.3	6.4	0	5.1	47.4	30.8	78
	'84	22.5	5.0	0	1.2	42.5	28.8	80
interne genees- kunde	'82	35.0	4.1	2.4	3.3	40.7	14.6	123
	'83	25.6	4.3	.9	7.7	39.3	22.2	117
	'84	47.8	5.9	0	2.9	36.8	6.6	136
kinderge- nees- kunde	'82	34.0	11.3	0	1.9	32.1	20.8	53
	'83	43.8	6.3	0	0	29.2	20.8	48
	'84	34.8	15.2	0	0	37.0	13.0	46

*) inclusief psychiatrie en neurologie.

behandelduur; bij de chirurg is men maar zelden langer dan een jaar onder behandeling. Gegeven het hoge percentage achterafverwijzingen bij chirurgie en kindergeneeskunde zijn dit specialismen waar men zich het meest frequent buiten de huisarts om toe wendt.

In tabel 3.10 zijn voor dezelfde specialismen alle administratieve verwijzingen buiten beschouwing gelaten; we beperken ons daar dus tot de verwijzingen op initiatief van huisarts of patiënt. De particuliere patiënten zijn in deze tabel wèl opgenomen.

Tabel 3.10.: de initiatiefnemer tot de verwijzing. Alleen niet-administratieve verwijzingen; ziekenfonds- en particuliere patiënten. In procenten

	'82		'83		'84	
	huisarts	patiënt	huisarts	patiënt	huisarts	patiënt
KNO	68.7	31.3	75.3	24.7	63.9	36.1
chirurgie	59.5	40.5	60.2	39.8	48.4	51.6
orthopedie	62.0	38.0	46.4	53.6	52.2	47.8
verl./gynaecologie	60.0	40.0	56.8	43.2	47.0	53.0
zenuw- en zielszkt.*)	60.0	40.0	67.7	32.3	57.1	42.9
dermatologie	64.2	35.8	54.8	45.2	61.4	38.6
interne geneeskunde	73.7	26.2	70.3	29.7	80.5	19.5
kindergeneeskunde	61.1	38.9	60.0	40.0	72.0	28.0

*) inclusief psychiatrie en neurologie.

Opvallend is dat daar waar de grens tussen huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde het vloeiendst is (bij interne geneeskunde) de patiënt het minste op een verwijzing aandringt. Eerder is gebleken (Dopheide 1982) dat de taakopvatting van de huisarts met name van invloed is op het aantal verwijzingen naar interne geneeskunde: blijkbaar is de internist voor de patiënt de minst 'zichtbare' specialist, zodat hij het besluit tot verwijzen aan de huisarts overlaat, die op zijn beurt ook weer een zekere mate van vrijheid heeft om zelf te bepalen waar de grens tussen eerste en tweede lijn ligt.

Chirurgie scoort duidelijk het hoogste wat betreft het initiatief van de patiënt: naast het hierboven geconstateerde grote aantal achterafverwijzingen (dus rechtstreekse bezoeken aan de chirurg) gaat

ook nog een relatief groot aantal patiënten naar de huisarts met een min of meer uitgesproken verzoek om verwijzing. Overigens is de rol van de huisarts daarmee niet uitgespeeld: ook op chirurgische verwijzingen bleek zijn taakopvatting van invloed (Dopheide 1982).

Duidelijk is dat het type verwijzing niet gelijkmatig over alle specialismen verdeeld is. We kunnen ons daarnaast afvragen of ook de verdeling over verschillende patiëntenkenmerken verschillen laat zien. De tabellen 3.11 en 3.12 (voor tabel 3.12 zie volgende pagina) geven een overzicht van de verschillende typen verwijzingen (alleen voor ziekenfondsverzekerden) over de drie onderzochte jaren, naar geslacht en leeftijd.

Tussen mannen en vrouwen vinden we een klein verschil: een iets hoger percentage bij verwijzingen van vrouwen betreft verlengingsverwijzingen.

Verlengingsverwijzingen vertonen een stijgend verband met de leeftijd: afgezien van een piek tussen 5 en 9 jaar ligt het percentage verlengingsverwijzingen rond de 20 à 25, om vanaf het 40e jaar te stijgen, tot een niveau van rond de 45%. Opvallend is dat in de groep 0 tot 15-jarigen het percentage verlengingsverwijzingen van '82 naar '84 is gestegen, wat voor de andere leeftijdsgroepen niet het geval is.

Tabel 3.11.: type verwijzing naar geslacht. Alleen ziekenfondspatiënten, exclusief oogheelkunde. In procenten

		type verwijzing						
geslacht		verlenging	achteraf	init. andere hulpverlener	verzoek specialis	vooral huisarts	vooral pat.	N
man	'82	26.9	8.3	2.4	2.4	39.3	20.7	468
	'83	20.3	8.2	1.2	5.1	41.7	23.4	487
	'84	30.4	8.9	1.2	3.0	32.3	24.2	504
vrouw	'82	30.4	4.3	3.8	2.8	38.2	20.4	578
	'83	23.5	5.6	5.3	3.6	36.5	25.5	643
	'84	32.7	5.9	1.9	2.0	33.5	24.1	594

Tabel 3.12.: type verwijzing naar leeftijd. Alleen ziekenfondspatiënten, exclusief oogheelkunde. In procenten

		type verwijzing							
leeftijd		verlen- ging	achter- af	init.an- dere hulp- verlener	verzoek specia- list	vooral huis- arts	vooral pat.	N	
0-4	'82	20.2	11.9	2.4	0	54.8	10.7	84	
	'83	16.9	10.4	2.6	5.2	45.5	19.5	77	
	'84	25.6	10.3	1.3	2.6	42.3	17.9	78	
5-9	'82	26.1	5.8	2.9	1.4	43.5	20.3	69	
	'83	35.1	9.1	1.3	1.3	35.1	18.2	77	
	'84	37.0	4.3	2.2	4.3	29.3	22.8	92	
10-15	'82	17.8	2.2	2.2	4.4	37.8	35.6	45	
	'83	36.2	8.6	3.4	5.2	34.5	12.1	58	
	'84	25.5	7.8	7.8	0	25.5	33.3	51	
16-19	'82	40.0	10.0	6.7	0	30.0	13.3	30	
	'83	15.2	12.1	9.1	3.0	24.2	36.4	33	
	'84	18.8	9.4	3.1	0	34.4	34.4	32	
20-29	'82	22.7	8.8	6.4	2.8	31.1	28.3	251	
	'83	13.6	6.8	7.2	3.4	36.9	32.2	236	
	'84	24.9	8.6	2.2	2.7	37.8	23.8	185	
30-39	'82	24.1	5.6	1.4	2.8	40.3	25.9	216	
	'83	19.1	6.9	5.3	4.9	35.4	28.5	246	
	'84	21.8	8.4	0	1.0	34.2	34.7	202	
40-49	'82	27.4	1.9	3.8	6.6	43.4	17.0	106	
	'83	21.3	3.7	.9	4.6	38.0	31.5	108	
	'84	28.9	5.5	.8	3.1	35.2	26.6	128	
50-59	'82	45.0	4.0	2.0	2.0	35.0	12.0	100	
	'83	29.0	4.3	0	4.3	44.1	18.3	93	
	'84	44.0	6.0	1.7	4.3	25.0	19.0	116	

Vervolg tabel 3.12

		type verwijzing							
leeftijd		verlen- ging	achter- af	init.an- dere hulp- verlener	verzoek specia- list	vooral huis- arts	vooral pat.	N	
60-64	'82	52.8	0	0	0	35.8	11.3	53	
	'83	28.4	2.7	0	6.8	47.3	14.9	74	
	'84	43.5	8.7	0	2.9	31.9	13.0	69	
65-69	'82	45.5	6.8	2.3	4.5	31.8	9.1	44	
	'83	25.6	9.8	0	4.9	36.6	23.2	82	
	'84	48.0	6.7	1.3	2.7	26.7	14.7	75	
70 en ouder	'82	36.7	5.0	0	1.7	41.7	15.0	60	
	'83	27.5	2.0	2.0	2.0	54.9	11.8	51	
	'84	40.8	5.3	1.3	2.6	32.9	17.1	76	

Tabel 3.13.: type verwijzing naar plaats waarheen verwezen. Alleen ziekenfondspatiënten, exclusief oogheelkunde. In procenten

		type verwijzing							
plaats waarheen verwezen		verlen- ging	achter- af	init.an- dere hulp- verlener	verzoek specia- list	vooral huis- arts	vooral pat.	N	
Emmeloord	'82	8.0	5.4	3.7	1.3	51.5	30.1	299	
	'83	66.7	0	0	0	0	33.3	9	
	'84	50.0	8.3	0	0	0	41.7	12	
Amsterdam	'82	47.2	6.1	1.9	3.5	26.4	14.9	375	
	'83	57.5	10.2	2.4	9.4	10.2	10.2	127	
	'84	49.6	14.5	.9	4.3	8.5	22.2	117	

Vervolg tabel 3.13

plaats waarheen verwezen		type verwijzing							N
		verlen- ging	achter- af	init.an- dere hulp- verlener	verzoek specia- list	vooral huis- arts	vooral pat.		
Kampen	'82	27.6	3.4	0	3.4	51.7	13.8	29	
	'83	66.7	0	0	0	0	32.3	3	
	'84	-	-	-	-	-	-	-	
Zwolle	'82	23.9	7.0	4.2	0	49.3	15.5	71	
	'83	31.8	0	0	4.5	31.8	31.8	22	
	'84	25.0	8.3	0	0	41.7	25.0	12	
Harderwijk	'82	21.2	4.9	3.8	2.7	44.6	22.8	184	
	'83	60.0	30.0	0	0	10.0	0	10	
	'84	58.8	0	0	11.8	23.5	5.9	17	
Lelystad	'82	-	-	-	-	-	-	-	
	'83	14.2*)	6.0	4.0	3.5	45.0	27.3	931	
	'84	27.4	6.7	1.8	2.1	37.6	24.4	909	
Overige plaatsen	'82	44.1	10.8	4.3	5.4	18.3	17.2	93	
	'83	72.7	12.1	0	6.1	3.0	6.1	33	
	'84	58.3	2.8	0	5.6	8.3	25.0	36	

*) Tijdens de materiaalverzameling in 1983 bleken nogal wat patiënten die langdurig onder specialistische behandeling waren 'over te stappen' naar Lelystad. Deze gevallen zijn geregistreerd als verlengingsverwijzing; volgens de letter kan een verlengingsverwijzing voor Lelystad in 1983 (een half jaar na de opening) niet voorkomen.

Wellicht zien we hier toch een effect van de komst van het ziekenhuis: in veel gevallen zal deze leeftijdsgroep bij een bezoek aan de polikliniek door een ander moeten worden begeleid, die ook weer tijd vrij moet maken.

Nu het ziekenhuisbezoek minder bezwaarlijk gevonden is, lijkt vooral voor deze 'afstandgevoelige' groep de behandeling in de tweede lijn langer te zijn gaan duren.

Opvallend is voorts het kromlijnige verband tussen de leeftijd en de verwijzingen op initiatief van de patiënt: tot 40 jaar een duidelijke stijging, die daarna weer afneemt.

In tabel 3.13 is het type verwijzing onderscheiden naar de plaats waarheen verwezen werd. We zien dat verwijzingen naar Amsterdam door de jaren heen een hoog percentage verlengingsverwijzingen bevatten. Voor het jaar 1982 is vooral het verschil tussen de voor Lelystad belangrijkste twee ziekenhuisgemeenten, Emmeloord en Amsterdam, frappant. In dat jaar betrof voor Emmeloord slechts 8% van de verwijzingen een verlenging, tegen bijna de helft voor Amsterdam. Het verschil tussen Amsterdam en de overige plaatsen blijft bestaan als we tevens de plaats van herkomst van de patiënt in ogenschouw nemen: onafhankelijk van de voormalige woonplaats van de verwezen patiënt hebben de Amsterdamse ziekenhuizen een twee keer zo hoog percentage verlengingsverwijzingen als alle overige tezamen.

In 1984, als de situatie zich wat betreft de verlengingsverwijzingen heeft gestabiliseerd, zien we dat Amsterdam nog steeds veel verlengingen telt, maar dat nu ook de (weinige) verwijzingen naar overige plaatsen voor een aanzienlijk deel verlengingsverwijzingen betreffen. Niet onwaarschijnlijk is dat Amsterdam een deel van de ernstige pathologie met lange behandelduren krijgt, terwijl zowel in Amsterdam als in de overige plaatsen ook nog een aantal patiënten gewoon liever bij de vertrouwde specialist blijven.

Hoewel Lelystad zeker niet representatief genoemd kan worden voor Nederland, geven bovenstaande cijfers toch belangwekkende informatie over de verschillende componenten van het ziekenfondsverwijscijfer. In overeenstemming met Van Es en Pijlman (1970, de eersten en tot op heden laatsten die het ziekenfondsverwijscijfer in zijn componenten uiteengelegd hebben, zie echter ook Sixma 1986) is een aanzienlijk deel van de verwijzingen (circa 30%) in feite aan de beslissingsmacht van de huisarts onttrokken: het zijn verlengingsverwijzingen waartoe min of meer autonoom door de specialist besloten wordt. Daarbij komen dan nog refractieverwijzingen die in ons materiaal vanwege definatorische problemen terzijde zijn gelaten, maar naar

schatting 15 à 25% van de totale verwijzingen uitmaken. De helft van het aantal verwijskaarten heeft daarmee een administratief karakter; de achterafverwijzingen (een procent of zes), waarop de huisarts ook heel weinig invloed kan uitoefenen, maken dat in totaal slechts een minderheid van de verwijskaarten zich leent voor beïnvloeding door de huisarts. Gegeven het feit dat het verwijscijfer van huisartsen nog steeds als een belangrijke indicator gezien wordt voor een al of niet 'sterke' eerste lijn is het eigenlijk onbegrijpelijk dat van ziekenfondszijde niet veel meer pogingen ondernomen worden om tot een zuiverder meting van het aantal aan de huisarts toe te rekenen verwijsbeslissingen te komen.

Toegespitst op dit onderzoek lijken de verschillende componenten van het verwijscijfer overigens niet door de factor 'afstand tot ziekenhuis' te worden beïnvloed, met uitzondering wellicht van die groepen voor wie de gang naar de polikliniek bezwaarlijk kan zijn (kinderen vergezeld van een ouder, maar in ons materiaal niet de bejaarden), voor wie het relatieve aantal verlengingsverwijzingen toeneemt met een kleiner wordende afstand tot het ziekenhuis.

3.4.3. Enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzingen

In deze paragraaf zal bekeken worden of zich in enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzing ook veranderingen hebben voorgedaan. Daarbij gaat het alleen om de actieve verwijzingen, dat wil zeggen de verwijzingen die op initiatief van de huisarts of de patiënt tot stand zijn gekomen.

Aan de orde komen het initiatief tot de verwijzing, de medische noodzaak van de verwijzing in de ogen van de verwijzende arts, het doel en het diagnostisch niveau van de verwijzing. Deze kenmerken zijn aan de administratieve verwijzingen, vanwege het automatisme waarmee deze veelal worden uitgeschreven, niet te onderscheiden en spelen meestal ook geen rol. Bovendien blijven ook de oogheekundige verwijzingen in deze analyse buiten beschouwing.

3.4.3.1. Het initiatief tot de verwijzing

Allereerst kunnen wij hier een wat gedetailleerder beeld schetsen van het initiatief tot de actieve verwijzingen. Tabel 3.14 (zie volgende pagina) beschrijft de verdeling van het initiatief over vier categorieën in de verschillende registratieperioden.

Er heeft zich een lichte maar onmiskenbare verschuiving voorgedaan. Zoals al eerder duidelijk werd zijn het meer dan vóór de opening van het ziekenhuis in de ogen van de artsen de patiënten die het initia-

tief tot een verwijzing nemen. Met name het aandeel van de verwijzingen die geheel voor rekening van de huisarts komen daalde aanzienlijk (van 29.8 naar 21.0 procent), terwijl de verwijzingen die uitsluitend op initiatief van de patiënt werden uitgeschreven stegen van 9.4 naar 13.0 procent.

Zowel bij vrouwelijke als bij mannelijke patiënten is het 'eigen initiatief' toegenomen, maar bij vrouwen is dat wat meer het geval dan bij mannen (zie tabel 3.15).

Tabel 3.14.: het initiatief tot de verwijzing, alleen niet-administratief excl. oogheelkunde; ziekenfonds- en particuliere patiënten*)

	absoluut			procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
uitsluitend huisarts	240	240	169	29.8	22.0	21.0
meer huisarts	284	304	303	35.3	39.3	37.6
meer patiënt	205	240	229	25.5	25.9	28.4
uitsluitend patiënt	76	119	105	9.4	12.8	13.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	805	927	806	100.0	100.0	100.0

Tabel 3.15.: het percentage actieve verwijzingen geheel of vooral op initiatief van de patiënt, naar geslacht

	1982	1983	1984
mannen	34.6%	37.2%	39.7%
vrouwen	34.8%	39.8%	43.0%

In 1982 bleek de neiging om zelf het initiatief tot een verwijzing te nemen relatief het sterkst aanwezig te zijn in de leeftijdsgroep

*) Tenzij anders vermeld hebben alle volgende tabellen hierop betrekking.

tussen 10 en 40 jaar; (met uitzondering van de 16-19-jarigen). Dat is ook in 1984 ruim na de opening van het ziekenhuis nog het geval. Bij vrijwel alle leeftijdscategorieën nam het eigen initiatief toe. Alleen de 20-29-jarigen toonden reeds veel initiatief en nemen nu ongeveer even vaak het initiatief als degenen die 10 jaar ouder of jonger zijn.

Tabel 3.16.: het percentage van de actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt, naar leeftijd

	1982	1983	1984
0- 4	16.0	35.7	29.9
5- 9	32.8	34.4	39.1
10-15	42.5	31.0	48.8
16-19	30.7	56.7	53.6
20-29	46.8	45.1	46.1
30-39	41.1	45.3	51.6
40-49	29.6	42.7	40.3
50-59	29.3	27.0	39.4
60-64	25.0	23.5	25.7
65-69	19.0	34.6	35.8
70 plus.	25.8	18.0	30.9

Tabel 3.17.: het percentage actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt, naar verzekeringsvorm

	1982	1983	1984
ziekenfonds	35.0	39.0	42.2
particulier	34.7	38.2	38.7

Zoals uit tabel 3.17 blijkt is het initiatief om zelf om een verwijzing te vragen bij ziekenfondsverzekerden iets meer gestegen dan bij particulier verzekerden.

Onze gegevens leveren, zoals duidelijk moge zijn, noch steun voor de veronderstelling dat ziekenfondsverzekerden sneller op verwijzing naar de specialist aandringen, noch steun voor de gedachte dat par-

ticuliere patiënten, gegeven het feit dat velen van hen niet tegen huisartsenhulp verzekerd zijn en wel, allemaal, tegen specialistische hulp, een voorkeur zouden hebben voor behandeling in de tweede lijn. Strikt genomen (en dat geldt voor alle uitspraken op basis van het hier behandelde materiaal) mogen we bovenstaande uitspraken niet doen en moeten we zeggen dat ziekenfondspatiënten, als zij verwezen worden, tot die verwijzing niet vaker het initiatief hebben genomen dan particuliere patiënten. Over de 'geneigdheid' van deze twee typen verzekerden om bij de huisarts op een verwijzing aan te dringen geeft het onderdeel over de medische consumptie informatie (daar wordt, onderscheiden naar verzekeringsvorm, het percentage contacten waarin de patiënt om een verwijzing vroeg weergegeven) en het bevolkingsonderzoek.

Tussen voormalige Amsterdammers en degenen die voordat zij zich in Lelystad vestigden ergens anders woonden, was voor de opening van het ziekenhuis nauwelijks verschil wat het nemen van initiatief tot een verwijzing betreft. Dat is ook ruim anderhalf jaar na de komst van het ziekenhuis nog zo.

Alleen kort na de opening waren ex-Amsterdammers wat meer tot zulke initiatieven geneigd dan anderen.

Tabel 3.18.: het percentage actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt, naar vorige woonplaats

	1982	1983	1984
Amsterdam	35.3	40.6	41.1
elders	34.4	36.3	42.0

3.4.3.2. De noodzaak van de verwijzing volgens de arts

Ten aanzien van de noodzakelijkheid van de verwijzingen in de ogen van de arts hebben wij de verwachting uitgesproken dat deze zou afnemen met de veronderstelde toename van het aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt. De actieve verwijzingen blijken uiteindelijk echter niet vaker voor te komen dan vóór de opening van het ziekenhuis. Alleen direct na de opening viel er een duidelijke groei van dat type verwijzingen te constateren.

Is de noodzaak van de verwijzingen nu constant gebleven?

Uit tabel 3.19 blijkt dat het percentage niet of 'eigenlijk niet echt' noodzakelijke verwijzingen volgens de artsen zowel relatief is toegenomen als absoluut. In 1982 behoorde 23.5% van de actieve verwijzingen tot deze categorie. Na de opening van het ziekenhuis wordt 29 procent als minder noodzakelijk beschouwd.

Tabel 3.19.: medische noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
zeer noodzakelijk	130	116	87	16.2	12.5	10.8
noodzakelijk	485	542	484	60.3	58.5	60.1
eigenlijk niet echt						
noodzakelijk	148	207	171	18.4	22.3	21.2
niet noodzakelijk	41	62	63	5.1	6.7	7.8
niet ingevuld	1	-	1	miss.	-	miss.
totaal	805	927	806	100.0	100.0	100.0

Dit hangt samen met het feit dat, volgens de huisartsen althans, het percentage verwijzingen dat tot stand is gekomen op initiatief van de patiënt is toegenomen. Het merendeel van de verwijzingen op initiatief van de patiënten is in de ogen van de huisarts immers niet of niet echt noodzakelijk. Van de 'uitsluitend' aan de patiënten toegeschreven verwijzingen is achtereenvolgens 91, 80, 82 procent volgens de artsen minder of helemaal niet noodzakelijk. In de categorie verwijzingen die 'vooral' op initiatief van de patiënt gebeurden zijn die percentage respectievelijk 49, 53 en 48.

De niet echt noodzakelijke verwijzingen waarop door patiënten is aangedrongen zijn relatief dus wel iets teruggelopen, maar een verschuiving van het initiatief in de richting van de patiënt betekent toch (per definitie) dat ook de proportie noodzakelijke verwijzingen afneemt.

Overigens is het percentage 'eigenlijk niet echt' noodzakelijke verwijzingen waartoe vooral door huisartsen is besloten toegenomen van 6 naar 12 procent. Als huisartsen geheel alleen tot een verwijzing hebben besloten, komen minder noodzakelijke verwijzingen vrijwel niet voor.

We zien op dit punt dus ook wel een, bescheiden, verandering in de verwachte richting.

Het verschil tussen mannen en vrouwen in de mate waarin om minder dringende redenen een bezoek aan de specialist wordt gebracht, is niet groot. Wel lijkt het zo dat de komst van het ziekenhuis voor vrouwen wat meer gevolgen had dan voor mannen. Zij gaan duidelijk vaker naar de specialist om in de ogen van de arts minder noodzakelijke redenen dan vóór de opening van het ziekenhuis.

Tabel 3.20.: het percentage actieve verwijzingen dat volgens artsen niet of eigenlijk niet noodzakelijk is, naar geslacht

	1982	1983	1984
mannen	24.0	27.3	28.1
vrouwen	22.6	30.3	29.9

Bij mannen is dit effect ook aanwezig, maar iets minder sterk. Wellicht speelt hier mee dat voor vrouwen het bezoek aan de specialist vóór de opening van het ziekenhuis meer bezwaren had dan voor mannen vanwege de lange reistijd. Veel mannen die buiten Lelystad werkten, konden misschien wat gemakkelijker naar de specialist. Nu er een ziekenhuis in Lelystad is, geldt misschien het omgekeerde. De vele mannen die buiten Lelystad werken kost het nu misschien meer moeite dan vrouwen die thuis blijven om in Lelystad het ziekenhuis te bezoeken. Een soortgelijke redenering zou op kunnen gaan voor het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Ziekenfondspatiënten hadden meer moeite vóór de opening met de hoge kosten (reis) die een bezoek aan de specialist met zich meebracht.

Tabel 3.21.: het percentage actieve verwijzingen dat volgens artsen niet of niet echt noodzakelijk is, naar verzekeringsvorm

	1982	1983	1984
ziekenfonds	23.0	28.6	30.6
particulier	25.2	30.2	23.9

De vraag of ex-Amsterdammers vaker het initiatief tot een verwijzing nemen dan patiënten uit andere delen van het land afkomstig, hebben wij hiervoor ontkennend beantwoord. Toch blijkt uit tabel 3.22 dat ex-Amsterdammers vaker om, volgens de artsen, minder dringende redenen, een specialist bezoeken. De opening van het ziekenhuis heeft daar geen verandering in gebracht. Bij Amsterdammers is de toename iets sterker (6.2%) dan bij van elders afkomstigen (4.6%).

Tabel 3.22.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is, naar plaats van herkomst van verwezen patiënten

	1982	1983	1984
Amsterdam	25.7	30.5	31.9
elders	20.9	27.0	25.5

Het percentage verwijzingen dat volgens de artsen minder of in het geheel niet noodzakelijk was, nam verhoudingsgewijs sterk toe in de leeftijdscategorieën boven de 40 jaar en bij de 0 tot 4-jarigen.

Tabel 3.23.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is, naar leeftijd

	1982	1983	1984
0- 4	12.0	25.8	24.5
5- 9	19.7	27.5	20.3
10-15	29.8	33.4	34.9
16-19	26.9	56.0	32.2
20-29	33.2	34.6	30.2
30-39	28.3	31.2	33.2
40-49	19.3	31.1	35.6
50-59	20.0	21.7	30.3
60-64	9.4	21.5	18.0
65-69	14.3	20.0	21.4
70 plus	8.6	10.3	29.1

Tabel 3.24 geeft tenslotte een beeld van de ontwikkelingen bij de grotere specialismen. Bij de specialismen orthopedie, verloskunde/gynaecologie en zenuw- en zielsziekten is het percentage minder noodzakelijke verwijzingen na de komst van het ziekenhuis aanmerkelijk gestegen. Daar zijn deze percentages uiteindelijk ook het hoogst. Bij KNO en interne geneeskunde kwamen dergelijke verwijzingen sinds de opening van het ziekenhuis daarentegen minder voor. Het specialisme dat het dichtst bij de huisartsgeneeskunde ligt, onderscheidt zich dus niet alleen door een beperkt aantal verwijzingen op verzoek van de patiënt maar, zonder twijfel daarmee enigszins samenhangend, ook door een ten opzichte van veel andere specialismen hoge mate van noodzakelijkheid van die verwijzingen.

Tabel 3.24.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is, naar specialisme (alleen de grotere specialismen, excl. oogheelkunde)

	1982	1983	1984
KNO	18.0	22.6	16.5
chirurgie	28.3	25.6	31.1
orthopedie	26.6	40.9	36.2
verloskunde/gynaecologie	17.9	27.1	38.6
zenuw- en zielsziekten*	30.0	32.3	39.2
dermatologie	35.8	46.4	35.7
interne geneeskunde	23.8	20.9	17.0

* Inclusief psychiatrie en neurologie.

3.4.3.3. Het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzing

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk behandelen we het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzing. De totaalcijfers met betrekking tot het diagnostisch niveau van de verwijzing (zie tabel 3.25) laten weinig verandering zien. Wel is kort na de opening wat vaker een diagnose door de huisarts gesteld, maar dit effect is niet van lange duur.

Opsplitsing van het diagnostisch niveau naar leeftijd, geslacht, verzekeringswijze en plaats van herkomst van de patiënten levert weinig informatie op. In de eerste plaats zijn de verschillen tussen

de diverse groeperingen gering. In de tweede plaats hebben zich daarin ook slechts minieme veranderingen voorgedaan.

Tabel 3.25.: het diagnostisch niveau van de verwijzing

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
diagnose gesteld	429	530	421	53.7	57.6	52.2
beperkt aantal mogelijkheden	299	333	317	37.4	36.2	39.5
groot aantal mogelijkheden	48	40	55	6.0	4.3	6.9
geen idee	23	17	9	2.9	1.8	1.1
niet ingevuld	6	7	4	-	-	-
	805	927	806	100.0	100.0	100.0

Tussen de verschillende specialismen is er wel verschil wat het diagnostisch niveau van de verwijzingen betreft (zie tabel 3.26). Van de vijf grootste specialismen, uitgezonderd oogheelkunde, onderscheiden chirurgie en keel-, neus- en oorheelkunde zich voor de opening van het ziekenhuis met een relatief groot aantal reeds door de huisarts gestelde diagnoses. Bij de naar interne geneeskunde verwezen patiënten is de diagnose veel minder vaak bekend.

Tabel 3.26.: het percentage actieve verwijzingen, waarbij de huisarts reeds een diagnose heeft gesteld, bij de vijf grote specialismen (exclusief oogheelkunde)

	1982	1983	1984
KNO	66.0	62.8	53.7
chirurgie	77.0	79.8	77.8
orthopedie	46.8	54.6	47.8
verloskunde/gynaecologie	52.2	56.4	55.6
interne geneeskunde	32.5	40.7	30.5

Alleen voor de verwijzingen naar keel-, neus- en oorheelkunde heeft de komst van de specialisten uiteindelijk meer dan marginale gevolgen gehad. Het percentage verwijzingen met een door de huisarts gestelde diagnose daalde van 66 tot 54 procent.

Ook het doel van de verwijzingen veranderde met de komst van het ziekenhuis nauwelijks, zoals af te lezen is uit tabel 3.27.

Tabel 3.27.: doel van de verwijzing (16 artsen, alleen niet administratieve verwijzingen, exclusief oogheelkunde)

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
louter diagnose	69	60	56	8.7	6.5	6.4
behandeling	374	425	374	46.9	45.9	46.4
diagnose en behandeling	354	441	376	44.4	47.6	46.7
niet ingevuld	8	1	-	-	-	-
	805	927	806	100.0	100.0	100.0

Iets minder patiënten werden alleen met de bedoeling verwezen om een diagnose te laten stellen. Daar tegenover staat dat wat meer patiënten voor een verwijzing in aanmerking kwamen, waarbij het doel tweeledig was, zowel diagnose als behandeling.

Overigens doet zich tussen het diagnostisch niveau en het doel van de verwijzingen een zekere inconsistentie voor. Hoewel het aantal patiënten, waarbij de huisartsen zeggen zelf een diagnose gesteld te hebben steeds ruim boven de vijftig procent ligt, komt toch ook het percentage voor een diagnose verwezen patiënten - met of zonder een behandeling daaraan gekoppeld - elk jaar aanzienlijk boven de vijftig. Wij schrijven deze overlapping toe aan het feit dat een huisarts soms wel een diagnose stelt, maar deze in sommige gevallen desondanks door een specialist bevestigd of scherper gesteld wil zien. Tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen wat het doel van de verwijzing betreft klein. Bovendien treden er slechts geringe veranderingen op met de komst van het ziekenhuis.

Het verband tussen de leeftijd van de verwezen patiënten en de veranderingen in het doel van de verwijzing is door de kleine aantallen in met name de oudere en de jongere leeftijdscategorieën niet vast

te stellen.

Het aantal patiënten waarbij op één of andere wijze nog een diagnose gesteld, bevestigd of aangescherpt moet worden is onder particuliere patiënten toegenomen van 48,9 procent vóór de opening tot 56,3 procent ruim na de opening. Bij ziekenfondspatiënten is er in dit opzicht zo goed als niets veranderd. Vóór de opening behoeft ruim 54 procent een diagnose. Twee jaar later is dat iets minder dan 53 procent.

Per specialisme bekeken, ons daarbij weer beperkend tot de vijf grote specialismen, is er opnieuw alleen een duidelijke verandering bij keel-, neus- en oorheelkunde waarneembaar. Overeenkomstig de daling van het percentage KNO-verwijzingen waarbij reeds een diagnose gesteld was, nam vanzelfsprekend het percentage verwijzingen toe dat tot doel had om een diagnose te stellen (38,9 procent vóór de opening, 47,7 procent ruim na de opening).

3.4.4. Samenvatting

Geeft het eerste gedeelte van dit hoofdstuk aan dat de hoogte van het verwijscijfer zich niet in de door ons verwachte richting heeft ontwikkeld, ook een op de afzonderlijke componenten van het ziekenfondsverwijscijfer en op enkele kwalitatieve aspecten van de verwijzingen gerichte analyse geeft geen aanwijzingen dat zich te Lelystad onder invloed van het nieuwe ziekenhuis grote veranderingen hebben voorgedaan. Gegeven het gelijkblijven van het, vóór de komst van het ziekenhuis al betrekkelijk lage, verwijscijfer liggen kwalitatieve veranderingen ook niet meer zo erg voor de hand.

Het Lelystadse ziekenhuis heeft, zoals al eerder gebleken, een aanzienlijk deel van de 'markt' voor verwijzingen aan zich getrokken; verwijzingen buiten Lelystad hebben veelal het karakter van verleningsverwijzingen. Voor zover dit gevallen zijn van patiënten die liever nog bij de oude specialist blijven 'lopen' mag verwacht worden dat het Lelystadse marktaandeel nog zal toenemen; met name de academische ziekenhuizen zullen uiteraard blijvend een deel van de verwijzingen uit Lelystad aan zich trekken.

Hoewel de 'actieve' verwijzingen volgens de gegevens uit onze registratie uiteindelijk niet zijn toegenomen, hebben zich bij deze categorie verwijzingen wel enkele verschuivingen voorgedaan. Zo ligt het initiatief wat vaker bij de patiënt en eisen ouderen een groter deel van deze verwijzingen op dan vóór de opening van het ziekenhuis.

De ontwikkeling van het eigen initiatief tot een verwijzing is bij

vrouwen wat sterker geweest dan bij mannen. Verwijzingen op initiatief van patiënten waren relatief vaak bedoeld voor chirurgie, orthopedie en verloskunde/gynaecologie. Bij de twee laatstgenoemde specialismen nam volgens de huisartsen ook het aantal minder noodzakelijke verwijzingen toe.

De noodzaak van de verwijzingen nam in de ogen van de huisartsen in het algemeen af. Deze verandering is inherent aan een verschuiving van het initiatief in de richting van de patiënt. Verwijzingen waar patiënten om vragen worden door de artsen slechts zelden hoogst noodzakelijk gevonden. Toch vonden de artsen dat zij ook zelf wat meer om minder dringende redenen tot een verwijzing besloten.

De minder noodzakelijke verwijzingen blijken vooral bij ziekenfonds-verzekerden te zijn toegenomen. Ook hier doen ouderen en vrouwen weer van zich spreken. Deze groepen gingen ook wat vaker om minder dwingende redenen naar de specialist dan voor de opening van het ziekenhuis het geval was.

4. RESULTATEN: DE MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSPRAKTIJKEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven of zich na - en mogelijk ten gevolge van - de opening van het ziekenhuis in enkele aspecten van de medische consumptie in huisartspraktijken veranderingen hebben voorgedaan. De gegevens waarop dit hoofdstuk is gebaseerd zijn in de jaren '82 tot en met '84 verzameld. De huisartsen registreerden in elk van deze jaren gedurende tien dagen van alle contacten met patiënten, zowel spreekuurconsulten als visites, een aantal kenmerken (zie paragraaf 2.3).

Paragraaf 4.2 behandelt de vraag of de opening van het ziekenhuis in Lelystad ook gepaard is gegaan met veranderingen in de frequentie van de contacten tussen huisartsen en hun patiënten.

Paragraaf 4.3 bevat een analyse van de spreekuurconsulten. Natuurlijk wordt daarin aandacht besteed aan het verwijzen tijdens het spreekuur naar medisch specialisten, maar ook komen aan de orde de aard van de consulten (pil, chronische klachten of andere consulten), aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek, het voorschrijven van recepten en het terugbestellen van patiënten.

Van de zojuist genoemde aspecten van medisch handelen hebben wij verondersteld dat ze tot op zekere hoogte substitueerbaar zijn: ze zijn alle op te vatten als instrumenten voor 'spreekuurmanagement'. Paragraaf 4.4 probeert te achterhalen of substitutie-effecten hebben plaatsgevonden, die te beschouwen zijn als reacties op veranderingen in het patroon van medische consumptie ten gevolge van de opening van het ziekenhuis.

Een beschrijving van de visites komt in paragraaf 4.5 aan de orde. Daarbij wordt er vooral op gelet of de cijfers de eerder op basis van de spreekuurconsulten beschreven trends bevestigen, of juist verzwakken. De belangrijkste resultaten van het hoofdstuk zijn samengevat in paragraaf 4.6.

4.2. Het aantal arts-patiënt-contacten

Hoewel er geen redenen waren om aan te nemen dat de opening van het ziekenhuis in Lelystad van invloed zou zijn op de frequentie van de contacten tussen huisartsen en hun patiënten, vermeldden wij in het

tweede interimrapport toch een vermindering van de contactfrequentie per 1000 patiënten met ongeveer 10%. Bij nader inzien is dit cijfer onjuist. Het particuliere deel van de praktijken waarover de contactfrequentie is berekend, is in 1982 - dus vóór de opening van het ziekenhuis - onvolledig geteld. Deze onderrapportage van het aantal patiënten in de praktijk heeft vanzelfsprekend ook tot verkeerde cijfers over het aantal contacten per 1000 patiënten geleid.

Om een vergelijking met 1983 en 1984 mogelijk te maken zijn over de registratieperiode in 1982 opnieuw de contact-frequenties berekend. Daartoe is op de praktijkstellingen van dat jaar een correctie uitgevoerd. Het percentage particuliere patiënten dat over 1982 is gerapporteerd (25.2%) is aangevuld tot 30.7%, dat is het gemiddelde van het aandeel dat particulieren in 1983 en 1984 in dezelfde 13 praktijken hebben, te weten respectievelijk 30.6 en 30.8%. Omdat verondersteld kan worden dat de 'vergeten' patiënten qua leeftijd en geslacht redelijk a-select over de particuliere patiëntenpopulatie zijn verdeeld, is de correctie uitgevoerd door het aantal particuliere patiënten in elke leeftijds-geslachts categorie met 21.3% - de geschatte onderrapportage van het totaal aantal particuliere patiënten - te verhogen. De cijfers over 1983 en 1984 zijn gebaseerd op gegevens van 14 huisartsen, die in beide jaren gezamenlijk 127 van het maximaal mogelijke aantal van 140 dagen - tien dagen per arts - registreerden. Het aantal geregistreerde contacten is door vermenigvuldiging met 140/127 gebracht op het aantal dat bij benadering geregistreerd zou zijn als alle artsen 10 dagen hadden meegedaan. Over 1982 hebben de cijfers betrekking op gegevens uit 13 praktijken. Van één arts werden in 1982 geen particuliere patiënten geteld. De dertien artsen hebben in 1982 121 dagen geregistreerd, zodat optimale vergelijkbaarheid met de andere jaren wordt verkregen door vermenigvuldiging van het aantal contacten met de factor 130/121.

In tabel 4.1 (zie volgende pagina) staan de aantallen contacten per 1000 patiënten, over alle drie de jaren waarin geregistreerd is, zowel van de spreekuurcontacten en visites apart als van het totaal.

De geringe verschillen tussen de cijfers maken duidelijk dat met de opening van het ziekenhuis de frequentie van de contacten tussen huisartsen en patiënten niet belangrijk is gewijzigd. Op jaarbasis zullen de patiënten in Lelystad gemiddeld ongeveer 3 keer per jaar hun huisarts zien. Dat cijfer ligt onder het landelijk gemiddelde dat door het CBS over de jaren 1981 tot en met 1984 becijferd is op

Tabel 4.1.: aantal contacten, spreekuurconsulten en visites per 1000 patiënten voor de gehele patiëntenpopulatie bij 10 dagen registratie per arts

	1982	1983	1984
aantal cont. per 1000 patiënten	122.4	118.4	119.9
waarvan spreekuurconsulten	108.0	105.8	107.3
waarvan visites	14.4	12.6	12.6

3.5. Het verschil is echter goed verklaarbaar uit de relatief jonge leeftijdsopbouw van de bevolking van Lelystad.

Opsplitsing van het aantal contacten naar de wijze waarop patiënten verzekerd zijn (zie tabel 4.2) geeft evenmin grote verschillen tussen de afzonderlijke jaren te zien. De meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden ten opzichte van particulieren varieert wat het totaal aantal contacten betreft van 67% in 1982 tot 49% in 1983.

Tabel 4.2.: aantal contacten, spreekuurconsulten en visites per 1000 patiënten naar verzekeringsvorm bij 10 dagen registratie per arts

		1982	1983	1984
aantal contacten per 1000 patiënten	ZF	138.5	133.2	133.9
	Part.	82.9	89.3	83.3
waarvan spreekuurconsulten	ZF	122.2	118.9	119.6
	Part.	72.9	80.7	74.6
waarvan visites	ZF	16.3	14.3	14.3
	Part.	10.0	8.6	8.7

Het geringere verschil kort na de opening is te wijten aan de tijdelijke toename van de spreekuurconsulten onder particuliere patiënten en een geringe daling bij ziekenfondspatiënten. In 1983 is er daardoor ook een duidelijk verschil in de meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden tussen de spreekuurconsulten en de visites. Zij

gingen in dat jaar 47% vaker naar het spreekuur van de artsen, maar ontvingen deze 66% meer dan particulieren in hun eigen huis.

Vrouwen hadden vóór de opening van het ziekenhuis 35% vaker contact met de huisarts dan mannen (zie tabel 4.3). Kort na de opening in 1983 is dit verschil 26%, om vervolgens in 1984 weer op te lopen tot 41%. In dat jaar brengen huisartsen 60% vaker een bezoek aan vrouwelijke patiënten dan aan mannen.

Bij verwijdering van de pilconsulten is de meerconsumptie van vrouwen op het totaal aantal contacten in de jaren 1982, 1983 en 1984 respectievelijk 27, 18 en 33%.

Overigens doet zich bij opsplitsing van het aantal spreekuurcontacten naar geslacht hetzelfde verschijnsel voor als bij berekening van de consultfrequentie per verzekeringsvorm. Kort na de opening van het ziekenhuis neemt het spreekuurbezoek af bij de relatief 'grote gebruikers', te weten vrouwen en ziekenfondsverzekerden, terwijl de kleinere gebruikers, mannen en particulieren, wat vaker naar de huisarts gaan.

Tabel 4.3.: aantal contacten, spreekuurconsulten en visites per 1000 patiënten naar geslacht van de patiënten bij 10 dagen registratie per arts

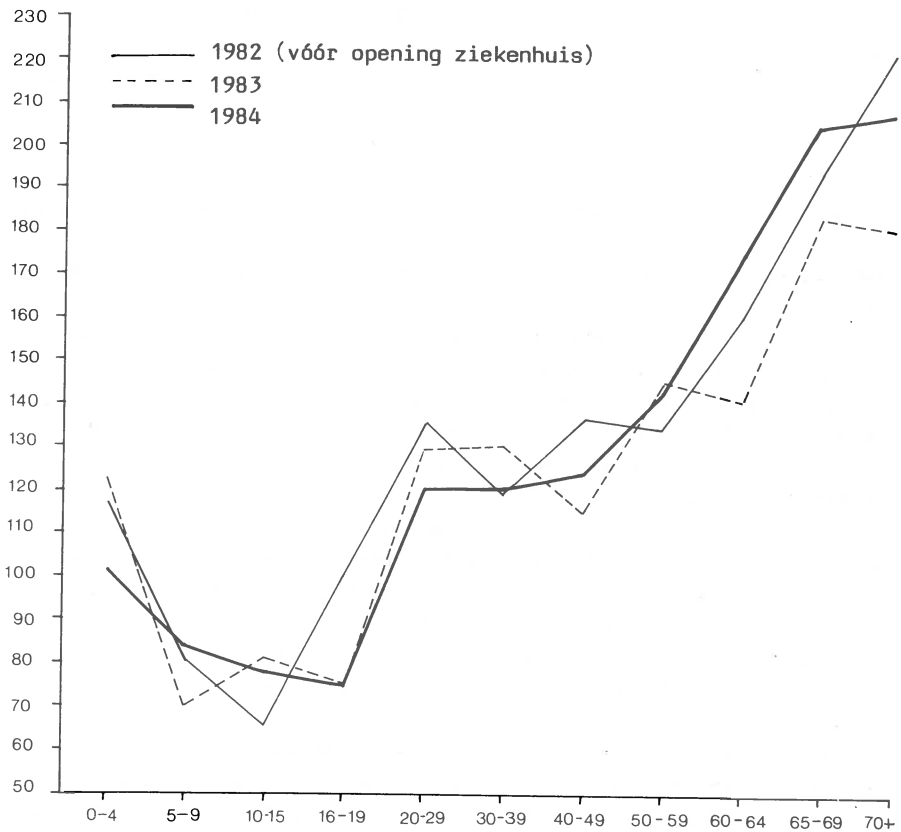
		1982	1983	1984
aantal contacten per 1000 patiënten	mannen	103.7	105.9	98.0
	vrouwen (incl.pilcons)	140.2	133.0	137.9
	vrouwen (excl.pilcons)	131.3	124.8	130.4
waarvan spreek- uurconsulten	mannen	91.8	94.6	88.3
	vrouwen (incl.pilcons)	123.2	119.2	122.5
	vrouwen (excl.pilcons)	114.3	111.0	115.0
waarvan visites	mannen	11.9	11.3	9.6
	vrouwen (incl.pilcons)	16.9	13.8	15.4
	vrouwen (excl.pilcons)	16.9	13.8	15.4

In 1984, dus langere tijd na de opening, komt het consumptiepatroon van de verschillende categorieën weer in de buurt van het niveau van vóór de opening.

Figuur 4.1 geeft de verdeling van het totaal aantal contacten over

de leeftijdscategorieën voor de drie verschillende jaren weer. Ook hier zijn geen opzienbarende verschuivingen ten opzichte van de situatie van voor de opening van het ziekenhuis te melden. Het duidelijke verband tussen leeftijd en contactfrequentie blijft in alle drie de jaren gehandhaafd. Niet uit figuur 4.1 af te lezen, maar toch de moeite van het vermelden waard is dat het aandeel van de visites op het totaal aantal contacten boven de vijftig snel toeneemt. Ook bij de allerjongsten (0-9 jaar) is dit aandeel relatief groot.

Figuur 4.1.: aantal contacten (consulten + visites) per leeftijdscategorie in de drie jaren



4.3. Nadere analyse van de spreekuurconsulten

4.3.1. De aard van het consult

De verdeling van de consulten naar hun aard, zoals weergegeven in tabel 4.4, geeft sinds de komst van het ziekenhuis een opvallende toename van de consulten voor chronische klachten te zien.

Tabel 4.4.: frequentieverdeling van de aard van de spreekuurconsulten in drie jaren bij 16 huisartsen

soort consult	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
pilconsult	168	176	141	4.2	4.2	3.4
chronische klacht	781	1004	993	19.7	23.9	24.3
anders	3051	3020	2957	76.1	71.9	72.3
niet ingevuld	3	5	3	-	-	-

Behalve op een relatieve toename wijzen de absolute cijfers ook op een reële groei van dit type consulten. De toename met 28 procent is bij lange na niet te verklaren uit de groei van het patiëntenaantal in deze 16 praktijken. Evenmin lijkt zij het gevolg van een verschuiving van klachten van andere aard naar die met een chronisch karakter, hetzij door een feitelijke verandering in het klachtenpatroon, hetzij door een andere interpretatie van huisartsen van het begrip 'chronische klacht'.

De pilconsulten zijn in 1984 in aantal afgenomen. In vergelijking met de jaren daarvoor bedraagt het verval 17 en 20 procent. Hoewel de kleine aantallen tot voorzichtigheid manen, zou de door sommigen gesignaleerde afnemende populariteit van de pil als anticonceptiemethode hieraan debet kunnen zijn. Het is echter ook mogelijk dat meer vrouwen sinds de opening van het ziekenhuis pilrecepten van de gynaecoloog krijgen.

Als we de pilconsulten buiten beschouwing laten, dan blijkt het aandeel van de chronische klachten bij mannen en vrouwen goeddeels hetzelfde te zijn. Alleen in 1983 gingen vrouwen iets vaker met chronische klachten naar de huisarts dan mannen (26.3 procent tegen 23.3 procent). Uiteindelijk is de toename van het aantal consulten, waarin chronische klachten behandeld of besproken worden, gelijk over

beide seksen verdeeld.

Brachten voor de opening van het ziekenhuis ziekenfondspatiënten nog relatief vaak een bezoek aan de huisarts met het oog op chronische klachten (20.2 tegen 17.9), na de opening is het verschil met particuliere patiënten uiteindelijk nihil (24.2 tegen 24.6 procent).

Dat het percentage chronische klachten hoger wordt met de leeftijd van de patiënten hoeft ons niet te verbazen. Toch was er in 1984 met uitzondering van de categorie 30-39-jarigen bij alle leeftijdscategorieën een forse toename van het aandeel van de consulten voor chronische klachten in vergelijking met 1982 (de pilconsulten zijn dan weer niet meegerekend). Meest in het oog springen, gezien de leeftijd van de patiënten, de groei bij de 0-4-jarigen (van 8.4 naar 15.2 procent) en bij de 16-19-jarigen (van 11.6 naar 16.4 procent). Onder patiënten boven de 60 jaar steeg dit percentage van 37.8 naar 43.3. Relatief gezien de meeste pilconsulten zijn te vinden bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 16 tot 19 jaar en daarna in de groep tussen 20 en 30 jaar. Hierin trad gedurende het onderzoek geen verandering op.

4.3.2. Verwijzingen tijdens het spreekuur

In hoofdstuk 3 is een uitgebreide analyse gemaakt van het verwijs-cijfer per 1000 patiënten. Een andere indicatie voor het verwijsniveau van huisartsen is het aantal verwijzingen per contact. In tabel 4.5 is het aantal verwijzingen op het totaal aantal spreekuurconsulten vermeld.

Tabel 4.5.: het aandeel van de verwijzingen op het totaal aantal spreekuurconsulten (inclusief pilconsulten)

verwijzing	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
ja	224	273	232	5.7	6.5	5.7
nee	3717	3927	3860	94.3	93.5	94.3
niet ingevuld	26	5	2	-	-	-
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

De tabel biedt bij benadering hetzelfde beeld, dat ook bij de beschouwing van de verwijzingen per 1000 patiënten naar voren komt. Kort na de opening van het ziekenhuis is er een behoorlijke toename van het aantal verwijzingen per honderd contacten. Een jaar later is het verwijzingspercentage weer terug op het niveau van vóór de opening van het ziekenhuis. Weglating van de pilconsulten levert in chronologische volgorde de volgende verwijzingspercentages per 100 consulten op: 5,9, 6,8, 5,8.

Een schatting van de betrouwbaarheid van deze 'verwijzingspercentages' kan gemaakt worden door ze op een geheel andere manier te berekenen. Over de periode van negen weken, waarin alle verwijzingen zijn geregistreerd, is ook het aantal door de huisartsen gehouden spreekuurconsulten bekend. Bovendien is van de in die periode geregistreerde verwijzingen genoteerd of deze op het spreekuur of daarbuiten tot stand zijn gekomen. Deze gegevens resulteren in een verwijzingscijfer van 6,9 per 100 consulten. In 1982 leidde dezelfde berekening tot 6,1 en in 1983 tot 8,0 verwijzingen per 100 consulten.

Deze cijfers liggen wat hoger dan die op basis van de spreekuurregistratie, maar er spreekt dezelfde tendens uit. Om een indruk te krijgen van het aantal actieve verwijzingen per honderd spreekuurconsulten, dienen de tijdens het spreekuur uitgeschreven administratieve verwijzingen van het totaalcijfer te worden afgetrokken. De verwijzingsregistratie biedt ons weer de mogelijkheid om het percentage administratieve verwijzingen van de tijdens het spreekuur genomen verwijzingsbeslissingen te bepalen (zie paragraaf 2.2).

Uitgaande van de cijfers die op basis van de spreekuurregistratie zijn gevonden - vermoedelijk toch iets betrouwbaarder dan de langs een omweg vastgestelde verwijzingscijfers per 100 spreekuurcontacten - komen we op de volgende percentages actieve verwijzingen: 4,7, 4,9 en 4,3 voor de achtereenvolgende jaren van 1982 tot en met 1984.

We zeiden al eerder dat 'verwijzen' in de gezondheidszorg weliswaar nog steeds een cruciaal moment is, maar dat het zich in de huisartspraktijk relatief weinig voordoet. Als we uitgaan van een landelijk verwijzingscijfer van circa 500 verwijzingskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden en een contactfrequentie van 3,5, dan zouden we - als we verder niets over verwijzen wisten - uitkomen op ruim 14 verwijzingen per 100 arts-patiënt-contacten; in de Lelystadse situatie met een verwijzingscijfer van rond de 400 en een contactfrequentie van ongeveer 3 zou dat op 13 verwijzingen per 100 contacten neerkomen. De gevonden schattingen van het aantal 'actieve' verwijzingen (op initiatief huisarts of patiënt) in Lelystad per 100 contacten wijst er nog eens op dat dit aantal van 13 à 14 volstrekt niet klopt: 5 'ech-

te' verwijzingen per 100 contacten is een veel reëlere schatting. Daarbij moet dan nog bedacht worden dat van die 'echte' verwijzingen zo'n 35 à 40% tot stand komt op verzoek van de patiënt, zodat het aantal contacten dat eindigt met een uitsluitend door de huisarts genomen beslissing dat de patiënt specialistische hulp behoeft geschat kan worden op iets meer dan 3 per 100.

Het aandeel van de consulten, waarin door de patiënt om een verwijzing werd gevraagd, steeg van 3.8 procent vóór de opening tot 4.2 procent in 1983, maar daalde in 1984 zelfs tot onder het oorspronkelijke niveau: 3.5 procent. Werden deze verzoeken om een verwijzing na de opening van het ziekenhuis nu vaker gehonoreerd dan daarvóór? Dat is niet het geval. Het percentage gehonoreerde verzoeken nam geleidelijk zelfs iets af van 73 procent in 1982 tot 68 procent in 1984.

Opvallend is dat de groei van het aantal verwijzingen per 100 contacten het eerste jaar na de opening geheel voor rekening komt van ziekenfondspatiënten (achtereenvolgens 5.7, 6.8 en 5.6 procent). Onder particuliere patiënten doet zich een geringe toename voor als de ziekenfondsverzekerden deze al achter de rug hebben (5.7, 5.7 en 6.0 procent).

Eenmaal op het spreekuur worden mannen vaker verwezen dan vrouwen. Daarin is met de opening van het ziekenhuis geen verandering gekomen. Voor de opening werden mannen 34 procent vaker tijdens het spreekuur verwezen. Na de opening is het verschil 23 procent. Ook als de pilconsulten buiten beschouwing blijven, resteert er een aanzienlijk hoger verwijscijfer voor mannen.

In 1982 en in 1984 vroegen mannen tijdens een bezoek aan de huisarts ook iets vaker om een verwijzing. In de periode kort na de opening werden zij in dat opzicht door vrouwen voorbij gestreefd.

Bij een beschouwing van de rol die de leeftijd van de patiënten bij verandering in het verwijscijfer per honderd consulten heeft gespeeld (zie tabel 4.6 volgende pagina) valt op dat zich bij de categorieën patiënten boven de 50 jaar en tussen 5 en 9 jaar steeds in één van beide jaren na de opening een forse verhoging voordoet. Deze groepen - ouderen en kleine kinderen begeleid door een ouder - waren in het verleden waarschijnlijk ook meer gehandicapt door de grote afstand tot de tweedelijnsgezondheidszorg.

Met uitzondering van de 70-plussers wordt de verandering in het verwijsperscentage van oudere patiënten ook weerspiegeld in het aantal verzoeken om een verwijzing. Bij de kinderen van 5 tot 9 jaar is dat niet het geval.

Een vergelijking van de verwijscijfers per 100 spreekuurconsulten naar de aard van het consult geeft opmerkelijke resultaten (zie tabel 4.7).

Tabel 4.6.: aantal verwijzingen per 100 spreekuurconsulten, naar de leeftijd van de patiënten

	1982	1983	1984
0- 5 jaar	6.5	7.4	3.2
5- 9 jaar	5.1	4.7	8.0
10-15 jaar	2.3	4.7	5.1
16-19 jaar	6.0	7.0	6.9
20-29 jaar	6.1	5.5	5.3
30-39 jaar	6.1	6.8	5.3
40-49 jaar	6.5	7.2	5.7
50-59 jaar	4.9	8.1	5.2
60-64 jaar	5.6	4.9	11.1
65-69 jaar	4.5	8.2	4.7
70 plus	5.3	8.5	4.7

Tabel 4.7.: aantal verwijzingen en verzoeken om verwijzing per 100 spreekuurconsulten, naar de aard van het consult

verzoeken om een verwijzing	1982	1983	1984
pil	0	0.6 (n=1)	0.7 (n=1)
chronische klacht	6.5	7.4	6.6
anders	3.3	3.4	2.5
verwijzingen	1982	1983	1984
pil	0	0.6 (n=1)	0.7 (n=1)
chronische klacht	8.8	11.2	9.6
anders	5.2	5.3	4.6

Niet zozeer het feit is opmerkelijk dat chronische patiënten in elk van de drie jaren veel vaker tijdens het spreekuur worden verwezen en ook niet dat zij regelmatig om een verwijzing vragen. Wel frappant is dat vrijwel de gehele toename van het aantal verwijzingen

(kort) na de opening van het ziekenhuis en van het aantal verzoeken daartoe tot chronische patiënten is te herleiden. Ook voor chronische patiënten geldt, net als voor ouderen, dat zij misschien meer moeite hadden met de reis naar een ziekenhuis toen dat in Lelystad nog ontbrak, waarbij we ons overigens moeten bedenken dat ouderen en mensen met chronische klachten deels dezelfde zijn.

4.3.3. Laboratorium- en röntgenonderzoek

De consulten die leiden tot een verwijzing voor laboratorium- of röntgenonderzoek, zijn, zoals uit tabel 4.8 blijkt, duidelijk in aantal toegenomen.

Tabel 4.8.: verwijzingen voor laboratorium- en/of röntgenonderzoek tijdens de spreekuurconsulten (inclusief pilconsulten)

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
ja	435	546	566	11.1	13.0	13.9
nee	3490	3650	3512	88.9	87.0	86.1
niet ingevuld	42	9	16	-	-	-
	3967	4205	4005	100.0	100.0	100.0

Het absolute aantal groeide met 30 procent. Het ligt voor de hand dat de drastische verkleining van de afstand tot de tweedelijnszorg daarvan de voornaamste oorzaak is. De huisartsen zien in de nabijheid van het ziekenhuis klaarblijkelijk een vergroting van hun diagnostische mogelijkheden.

Zowel bij ziekenfondspatiënten als bij particulieren is een duidelijke toename van de aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek te constateren. Bij particulieren is deze groei echter sterker. Uiteindelijk leidt in 1984 16.3 procent van de particuliere consulten tot een bezoek aan het laboratorium of de röntgenafdeling van het ziekenhuis tegen 13.2 procent van de consulten van ziekenfondsverzekerden.

Dat wil natuurlijk niet zeggen dat particulieren vaker voor zulk onderzoek in aanmerking komen. Zij gaan immers minder vaak naar de huisarts.

Daartentegen worden vrouwen, ondanks het feit dat zij veel vaker op het spreekuur komen, ook per 100 consulten nog frequenter voor laboratorium- of röntgenonderzoek verwezen dan mannen. Ook als de pilconsulten buiten beschouwing blijven, is er nog een aanzienlijke meerconsumptie per 100 consulten van vrouwen, die varieert van 21 procent vóór de opening van het ziekenhuis tot 39 procent in 1984. De vermeerdering van de aanvragen is tamelijk gelijkmatig verdeeld over de leeftijdscategorieën vanaf 20 jaar en ouder. Het aantal per 100 consulten schommelt bij deze groepen in 1984 tussen de 14 en 17 procent. Aanzienlijk lager is dit percentage onder jongeren tot 20 jaar. Aanvankelijk neemt ook het laboratorium- en röntgenonderzoek in deze leeftijdsgroep toe, maar in 1984 is de toename weer teniet gedaan.

Naar de aard van het consult bekeken, valt het grillige verloop op van het percentage pilconsulten, dat gepaard gaat met een verwijzing naar laboratorium- of röntgenafdeling. Waarschijnlijk heeft het grote aantal verwijzingen kort na de opening zijn schaduw vooruit geworpen en is de forse daling in 1984 daarvan het gevolg. Het gaat echter slechts om kleine aantallen. Van meer belang is daarom de ontwikkeling bij de twee andere categorieën. Patiënten met chronische klachten onderscheiden zich weer, net als bij de verwijzingen naar medische specialisten, door een meer dan gemiddelde groei. Desalniettemin duidt het intensievere gebruik van de technische faciliteiten van het ziekenhuis door patiënten met andere dan chronische klachten op een toename van het laboratorium- en röntgenonderzoek over de gehele linie van de bevolking van Lelystad.

Tabel 4.9.: aantal verwijzingen voor lab.- of röntgenonderzoek per 100 spreekuurconsulten, naar de aard van het consult

	1982	1983	1984
pil	20.5	26.1	13.6
chronische klacht	10.8	14.7	16.0
anders	10.6	11.7	13.7

4.3.4. Recepten

Het percentage consulten waarbij een recept is uitgeschreven is na de opening van het ziekenhuis gedaald (zie tabel 4.10). Helaas werd echter de eigen bijdrageregeling voor ziekenfondspatiënten (een

rijksdaalder per recept) kort voor de tweede registratieperiode en kort na de opening van het ziekenhuis ingevoerd. Vrijwel zeker heeft deze regeling ook effect gehad op het aantal uitgeschreven recepten. Mogelijke veranderingen in het voorschrijfgedrag van huisartsen, omdat zij door de opening van het ziekenhuis misschien op een andere wijze hun spreekuur zijn gaan 'managen', zijn daardoor niet meer te achterhalen.

Tabel 4.10.: voorgeschreven recepten tijdens spreekuurconsulten

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
recepten	2078	1995	1964	52.4	47.5	48.0
geen recept	1889	2202	2124	47.6	52.5	52.0
niet ingevuld	-	8	6	-	-	-
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

Hoewel de 'riks per recept' alleen geldt voor ziekenfondspatiënten, is het percentage recepten toch ook onder particulier verzekerden afgenomen. Ziekenfondsverzekerden kregen in 1984 in 47.9 procent van de consulten een recept mee, tegen 52.8 procent vóór de opening. Bij particulieren daalde het percentage van 51.1 vóór de opening tot 48.5 in 1984. Het is waarschijnlijk dat een andere manier van voorschrijven voor het merendeel van de patiënten zijn uitwerking op het voorschrijfgedrag aan de minderheid van de particulier verzekerden niet heeft gemist.

Pilconsulten buiten beschouwing gelaten, kregen vrouwen vóór de opening van het ziekenhuis vaker een recept mee naar huis dan mannen (52.0 tegen 49.0 procent). Dat blijft zo, zij het dat het verschil twee jaar later iets kleiner is geworden (47.1 tegen 45.8 procent). Wie het veertigste levensjaar gepasseerd is, maakt een grotere kans om het spreekuur met een recept te verlaten. Maar voor de komst van het ziekenhuis, of beter voor de invoering van de eigen bijdrageregeling, was het verschil tussen beide leeftijdscategorieën aanmerkelijk groter (57.2 tegen 47.9 procent) dan in 1984 (50.4 tegen 44.6 procent). Dit alles geldt weer exclusief de pilconsulten.

Pilconsulten vormen de enige categorie waarbij het percentage uitge-

schreven recepten uiteindelijk niet is gedaald. Het eerste jaar na de opening vermindert het percentage met een recept gehonoreerde pilconsulten wel tot 84.1 procent (het was 88.1). In 1984 bedraagt het percentage echter weer 89.4. Hoewel het totale aantal pilconsulten betrekkelijk klein is en de percentages daardoor minder betrouwbaar zouden kunnen zijn, is het niet verwonderlijk dat de pilconsulten minder gevoelig zijn voor de effecten van de eigen bijdrageregeling. In de meeste pilconsulten is het verkrijgen van een recept immers het doel van het bezoek aan de huisarts.

Zoals de patiënten met chronische klachten zich eerder in dit hoofdstuk hebben onderscheiden door een meer dan gemiddelde toename van het percentage consulten dat leidde tot een verwijzing naar een specialist of een verzoek om laboratorium- of röntgenonderzoek, zo valt deze groep patiënten met betrekking tot het voorschrijfgedrag van huisartsen op door een meer dan gemiddelde daling: van 55.7 naar 49.0 procent in 1982. Van de andere consulten dan die voor de pil of voor chronische klachten, daalde het percentage dat met een recept beëindigd werd van 49.5 tot 45.7 procent.

4.3.5. Terugbestellen van patiënten

Na de komst van het ziekenhuis in Lelystad nam het aantal terugbestellingen per 100 spreekuurcontacten enigszins toe.

Tabel 4.11.: terugbestellingen tijdens spreekuurconsulten

	absoluut			in procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
onvoorwaardelijk	754	819	900	19.1	19.5	22.0
voorwaardelijk	969	1105	944	24.5	26.3	23.2
niet terugbesteld	2228	2271	2239	56.4	54.1	54.8
niet ingevuld	16	10	11	-	-	-
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

Particulieren worden wat vaker terugbesteld dan ziekenfondsverzekerden. Daarin is weinig veranderd. Vrouwen worden vaker gevraagd terug te komen dan mannen, met of zonder pilconsulten. In 1983, kort na opening van het ziekenhuis, is het verschil aanzienlijk (48.2 pro-

cent van de vrouwen, exclusief pilconsulten, tegen 42.1 procent van de mannen). Daarvoor en daarna is het verschil beduidend kleiner, namelijk 1.5 procent.

Vanzelfsprekend is het percentage terugbestellingen onder patiënten met chronische klachten hoog (constant 64 à 65 procent).

Tabel 4.12.: percentage terugbestellingen per categorie consulten

	1982		1983		1984	
	ONVOORW.	VOORW.	ONVOORW.	VOORW.	ONVOORW.	VOORW.
pil	43.1	9.6	46.0	9.7	40.4	10.6
chron. kl.	32.0	32.1	30.1	33.4	37.4	27.5
anders	14.4	23.4	14.3	25.0	16.0	22.3

4.4. Voorschrijven, verwijzen en terugbestellen als instrumenten van spreekuurmanagement

Eén van de bedoelingen van de registratie van de spreekuurconsulten is om na te gaan of veranderingen in het verwijzen die mogelijk het gevolg zijn van de vestiging van specialisten in Lelystad, gevolgen hebben voor het voorschrijven en terugbestellen. Handelingen als verwijzen, terugbestellen en het voorschrijven van medicijnen, behalve dat zij de arts in zijn therapeutische, diagnostische en controlerende taak ten dienste staan, stellen de arts in staat zijn spreekuur op een bepaalde manier te reguleren en dikwijls ook het contact met een patiënt op een voor beiden bevredigende wijze te doen verlopen.

Tot op zekere hoogte kunnen het schrijven van recepten, het verwijzen naar specialist of laboratorium en het terugbestellen van patiënten bij het vervullen van dergelijke afgeleide functies als elkaanders substituut fungeren. Als huisartsen derhalve vaker gaan verwijzen, daartoe in de gelegenheid gesteld door een externe omstandigheid, zoals de opening van het ziekenhuis, behoeven zij wellicht wat minder frequent andere middelen om het spreekuur op tijd te beëindigen, patiënten tevreden te stellen, enzovoorts.

Zoals al eerder is beschreven heeft de eigen-bijdrage-regeling voor het medicijngebruik door ziekenfondspatiënten enig roet in het eten

gegooid. Naast de opening van het ziekenhuis speelt er dus een tweede effect mee dat invloed heeft op de praktijkregulerende handelingen, met name op het uitschrijven van recepten. De gevolgen van de opening van het ziekenhuis op het gebied van de vier in dit hoofdstuk beschreven handelingen zijn daardoor moeilijk te achterhalen. Toch doen we in deze paragraaf een poging om vast te stellen of de veronderstelde substitueerbaarheid van de verschillende functies zich ook in werkelijkheid voordoet. Tabel 4.13 geeft een overzicht van het totaal aantal handelingen per consult als het uitschrijven van recepten, verwijzen naar specialist, aanvragen van laboratorium- en röntgenonderzoek en het terugbestellen van patiënten bij elkaar worden opgeteld. Het belangrijkste gegeven in deze tabel blijkt ons dat het percentage consulten waarin 'niets' gebeurde slechts een geringe wijziging ondergaat.

Een opvallend constante maat wordt verkregen door het gemiddelde aantal handelingen per consult te berekenen. Dit levert voor 1982 tot en met 1984 de volgende cijfers op: 1.124; 1.127 en 1.125.

Tabel 4.13.: frequentieverdeling van het aantal handelingen per consult, inclusief pilconsulten (recept, laboratorium- en röntgenonderzoek, verwijzen en terugbestellen)

	1982	1983	1984	1982	1983	1984
geen handeling	923	984	920	23.3	23.4	22.5
1 handeling	1764	1840	1884	44.5	43.8	46.0
2 handelingen	1145	1246	1149	28.9	29.6	28.1
3 handelingen	134	134	140	3.4	3.2	3.4
4 handelingen	1	1	1	0.0	0.0	0.0
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

Nauwelijks minder stabiel blijkt deze maat bij een groep patiënten voor welke de opening van het ziekenhuis de meeste consequenties lijkt te hebben gehad, te weten de chronische patiënten. Ondanks de tamelijk grote veranderingen in het verwijzen en voorschrijven bij deze categorie patiënten is het gemiddelde aantal handelingen per consult van 1982 tot en met 1984: 1.392; 1.374 en 1.390. Wel nam het percentage consulten dat verliep zonder recept, verwijzing of terugbestelling af van 12.3 procent voor de opening tot 10.5 procent ruim

na de opening.

Die cijfers schijnen inderdaad te wijzen op een zekere substitutie van bepaalde handelingen door andere, al moeten we ons realiseren dat we niet verder kunnen komen dan een hypothese. Het zou te toevallig zijn als de veranderingen in het verwijsgedrag en het aanvragen van laboratorium- en röntgenonderzoek, die onmiskenbaar met de komst van het ziekenhuis te maken hebben, precies opwegen tegen de vermindering van het aantal uitgeschreven recepten als gevolg van de invoering van de rijksdaalder per recept voor ziekenfondspatiënten.

4.5. Visites nader bekeken

De visites zullen aanzienlijk minder uitvoerig worden beschreven dan de spreekuurconsulten. De veel kleinere aantallen geregistreeerde visites door de 16 huisartsen, waarbij een vergelijking tussen de verschillende jaren überhaupt mogelijk is (510 visites in 1982; 448 in 1983 en 467 in 1984) maken een opsplitsing naar kenmerken met veel categorieën of naar meerdere kenmerken tegelijkertijd tot een hachelijke zaak. Temeer omdat voor het met enige betrouwbaarheid vaststellen van veranderingen in de tijd betrekkelijk grote aantallen een voorwaarde zijn. Wij zullen ons daarom beperken tot een globale analyse. Daarbij wordt voornamelijk opgelet of veranderingen en trends, die uit de cijfers spreken overeen komen met de bevindingen die het resultaat zijn van de analyse van de spreekuurconsulten of dat zij daar juist tegenin gaan. Pilconsulten komen tijdens de visites, twee uitzonderingen daargelaten, niet voor. Evenals bij de spreekuurconsulten het geval is, is ook bij de visites het aandeel van de chronische klachten na de opening van het ziekenhuis toegenomen. Het percentage chronische klachten is gestegen van 25.3 vóór de opening tot 29.1 en 29.8 ná de opening. Het aandeel van de chronische klachten is bij de visites steeds zo'n vijf procent groter dan bij de spreekuurconsulten (uiteraard na aftrek van de pilconsulten), maar de toename na de opening van het ziekenhuis is van dezelfde orde van grootte (4 à 5 procent).

Vrouwen worden wat vaker voor een chronische klacht door de huisarts bezocht dan mannen. De opening van het ziekenhuis heeft daar niet veel verandering in gebracht: voor opening 28.4 procent visites aan vrouwen tegen 20.5 procent bij mannen; twee jaar later zijn de percentages respectievelijk 33.0 en 23.6. Overigens deed dit verschil tussen mannen en vrouwen zich bij de spreekuurconsulten nauwelijks voor. Dit verklaart voor een deel waarom de vrouwelijke meerconsump-

tie wat de visites betreft nog groter is dan bij de spreekuurconsulten.

Op dezelfde wijze wordt (deels) verklaarbaar waarom ziekenfondspatiënten zoveel vaker de dokter thuis ontvangen dan particulieren, vaker althans dan hun bezoek aan het spreekuur zou doen vermoeden. Bij de visites is het percentage chronische klachten onder ziekenfondspatiënten ongeveer 15 procent hoger dan onder particulieren, terwijl de spreekuurconsulten slechts een miniem verschil te zien geven. Die toename na de opening van het ziekenhuis is bij beide categorieën van de bevolking even groot.

Vooraf boven de 50-jarige leeftijd is een groot aantal van de visites gewijd aan patiënten met chronische klachten. In 1984, ruim na de opening, is dat de helft. In de onderlinge verhouding tussen de diverse leeftijdscategorieën hebben zich geen wezenlijke veranderingen voorgedaan.

Vanwege de kleine aantallen tijdens de visites verwezen patiënten zullen we een beschrijving van de cijfers in detail achterwege laten.

Net als bij de spreekuurconsulten is ook bij de visites het percentage aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek toegenomen. Van 2.6 procent (13 personen) liep het percentage via 5.8 (26 personen) op tot 6.9 (32 personen), hetgeen op een behoorlijke toename wijst. Wel blijkt het percentage tijdens het spreekuur voor laboratorium- en röntgenonderzoek verwezen patiënten aanzienlijk hoger. Dat varieert van 11.1 tot 13.9 procent. De toename van het laboratorium- en röntgenonderzoek geldt zowel voor mannen als voor vrouwen, die grofweg even vaak na een visite van de arts een bezoek aan het laboratorium moeten brengen. De spreekuurconsulten geven in dit opzicht een ander beeld: vrouwen werden veel vaker voor een proef of röntgenfoto verwezen.

Onder ziekenfondspatiënten groeide het aantal aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek van 1.8 procent vóór de opening (7 personen) tot 7.5 procent ruim na de opening (27 personen). Voor particulieren zijn deze percentages respectievelijk 5.4 (6 personen) en 4.8 (5 personen); cijfers die ons niet tot vergaande bespiegelingen kunnen verleiden.

Ook bij de visites is de toename van het laboratorium- en röntgenonderzoek groter bij patiënten met chronische klachten dan bij patiënten met andere problemen. Doch opnieuw geldt dat de zeer kleine aantallen tot voorzichtigheid manen.

Het aantal recepten dat bij een bezoek aan huis door de huisarts werd uitgeschreven is teruggelopen van 53.5 procent voor de opening

tot 46.7 procent twee jaar daarna. Dat zijn percentages die redelijk overeenstemmen met die op basis van de spreekuurconsulten. Een zeer drastische daling van het percentage met een recept besloten visites doet zich vreemd genoeg voor onder particuliere patiënten die aan de eigen-bijdrage-regeling part noch deel hebben: van 61.3 naar 39.0 procent. In vergelijking daarmee is de vermindering van het aantal uitgeschreven recepten per 100 visites onder ziekenfondsverzekerden miniem: van 51.4 naar 48.9 procent. Een verklaring voor het 'gedrag' van particulier verzekerden blijven wij schuldig.

4.6. Samenvatting

Het aantal spreekuurconsulten per 1000 patiënten is na de opening van het ziekenhuis niet noemenswaardig veranderd. Het aantal visites is daarentegen wel met ruim tien procent verminderd. Het is twijfelachtig of dat te maken heeft met de komst van het ziekenhuis. Vooruitlopend op het volgende hoofdstuk kunnen we weliswaar vast constateren dat met de opening van het Zuiderzeeziekenhuis de opname-coëfficiënt fors is gestegen, maar het is toch zeer de vraag of we met een gestegen opname-coëfficiënt en een gedaald aantal visites een substitutieproces op het spoor zijn. (Cross-sectionele of andere longitudinale cijfers zijn ons wat dit betreft niet bekend). Afhankelijk van wat de gewoonten van de huisartsen zijn wat betreft bezoeken van ontslagen ziekenhuispatiënten zou ook een positieve relatie tussen deze twee variabelen denkbaar zijn.

Er bestaan grote verschillen in contactfrequentie tussen mannen en vrouwen en ook tussen particulier en ziekenfondsverzekerden. Vrouwen zien de huisarts 25 à 40 procent vaker dan mannen. Ziekenfondsverzekerden hebben 50 à 70 procent frequenter contact met de huisarts dan particulieren. Belangrijke verschuivingen doen zich niet voor, al is het verschil in sommige opzichten nog groter geworden. Vrouwen werden na de opening van het ziekenhuis bijvoorbeeld 60 procent vaker door de huisarts bezocht dan mannen, terwijl het verschil vóór de opening 42 procent bedroeg.

Ook over de verschillende leeftijdscategorieën zijn geen opzienbarende veranderingen in de onderlinge verhoudingen van de contactfrequenties te melden.

Misschien de belangrijkste bevinding van dit hoofdstuk is de onmiskenbare toename van het aantal consulten voor chronische klachten, bij zowel spreekuurconsulten als visites. Omdat het niet aannemelijk is dat het aantal personen met chronische klachten over de gezond-

heid van het ene op het andere jaar is toegenomen, moet geconcludeerd worden dat deze categorie patiënten vaker naar de huisarts gaat. Dit zou op een indirecte wijze te maken kunnen hebben met de komst van het ziekenhuis. Wij hadden de veronderstelling dat huisartsen na de komst van het ziekenhuis een deel van hun taken zouden 'afstoten' naar de specialist, en hebben daarom onderzocht in hoeverre de taakafbakening tussen huisarts en specialist veranderde. Een concurrerende hypothese is dat de huisartsen, bevreesd veel te rein aan de specialist te moeten prijsgeven, op een aantal punten juist als een 'tegenwicht' zijn gaan fungeren. Controle van chronische patiënten, een typisch grensvlak tussen eerste en tweede lijn, komt hiervoor zeker in aanmerking. Het niet-stijgen van het aantal terugbestellingen van chronici wijst echter niet in deze richting. De gegevens over het verwijzen tijdens het spreekuur komen overeen met de bevindingen uit de vorige hoofdstukken. Dat het aantal verwijzingen per 100 spreekuurconsulten na een aanvankelijke stijging met 14 procent weer tot op het oude niveau daalt, klopt precies met de in hoofdstuk 3 geschatte ontwikkeling van het aantal verwijzingen. Verlengingsverwijzingen worden slechts in 20 procent van de gevallen tijdens het spreekuur uitgeschreven.

Ook in dit hoofdstuk blijkt niet dat huisartsen na de komst van het ziekenhuis hun 'poortwachtersfunctie' gemakkelijker zijn gaan opvatten. Het percentage verzoeken om een verwijzing dat daadwerkelijk gehonoreerd werd nam zelfs iets af.

De eerder genoemde groei van het laboratorium- en röntgenonderzoek is sterker bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen kwamen overigens toch al vaker voor zulk onderzoek in aanmerking. Onder particuliere patiënten is de toename ook groter dan onder ziekenfondsverzekerden. Het aantal uitgeschreven recepten per 100 consulten is gedaald. Daarbij hebben mogelijk drie effecten tegelijkertijd een rol gespeeld, die echter met het hier gepresenteerde materiaal niet afzonderlijk 'zichtbaar' zijn. Ten eerste is er de invoering van de eigen bijdrage-regeling voor ziekenfondspatiënten, die heeft geleid tot grotere hoeveelheden medicijnen per recept en dus tot minder recepten.

Ten tweede heeft die verandering in het voorschrijfgedrag vermoedelijk ook gevolgen gehad voor het voorschrijven van medicijnen aan particulier verzekerde patiënten. De gewoonte om meer medicijnen per recept voor te schrijven is waarschijnlijk voor een deel 'overgevaaid' naar particulieren. Ten derde hebben zich door de opening van het ziekenhuis en de daaruit voortvloeiende verhoging van het aantal verwijzingen naar specialisten en van de aanvragen voor laborato-

rium- en röntgenonderzoek, verschuivingen in het praktijkregulerende gedrag van huisartsen voorgedaan, die mogelijk hebben bijgedragen aan een vermindering van het aantal recepten. Twee resultaten van dit onderzoek wijzen in die richting. Het aantal 'handelingen' per consult, dat wil zeggen de som van de verwijzingen, aangevraagde onderzoeken, uitgeschreven recepten en terugbestellingen per consult, blijkt bijvoorbeeld een vrijwel constant gegeven. Bovendien is juist bij de chronische patiënten die het merendeel van de toename aan verwijzingen en onderzoeksaanvragen voor hun rekening hebben genomen, het percentage recepten meer dan gemiddeld afgenomen. Met de nodige voorzichtigheid zou men kunnen stellen dat sommige consulten die voor de opening met een recept werden afgesloten, daarna tot een verwijzing naar de specialist of tot een aanvraag voor laboratorium- of röntgenonderzoek geleid zouden hebben.

5. RESULTATEN: MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE REGIO

5.1. Inleiding

In de vorige hoofdstukken is gedetailleerd weergegeven hoe de medische consumptie te Lelystad zich ontwikkeld heeft. Wij hebben ons daarbij beperkt tot het extramurale gedeelte, en binnen dat gedeelte weer tot die vormen van consumptie waarvan wij veronderstelden dat ze in aanzienlijke mate door de komst van het ziekenhuis zouden veranderen. Wij hebben ons bij de opzet van het onderzoek ook vrij veel moeite gegeven om de 'werking' van het vergrote aanbod op de medische consumptie zichtbaar te maken. Willen wij een compleet beeld schetsen van de medische consumptie, dan zullen de in de voorgaande hoofdstukken beschreven onderdelen moeten worden aangevuld met gegevens over klinische consumptie en met gegevens over de totale medische consumptie in de regio.

Om begrijpelijke redenen heeft het materiaal dat wij hiervoor gebruiken een aanzienlijk globaler karakter. Wat betreft het klinische deel (opnamen in het ziekenhuis te Lelystad resp. totale opnamen voor de inwoners van Lelystad) kunnen we met globaal materiaal volstaan omdat zich over de wijze waarop het nieuwe ziekenhuis de klinische consumptie beïnvloedt geen op de casus toegespitste theorie laat formuleren. Op grond van de al genoemde wet van Roemer zouden we wel een toename van het totaal aantal opnamen verwachten, hoewel opnamen en verpleegdagen in Lelystad mede bepaald zullen worden door sterk aan de casus gebonden factoren als de werkwijze van de nieuwe medische staf, het ziekenhuismanagement, eventuele afspraken tussen eerste en tweede lijn, etc.

Wat betreft de medische consumptie in de regio laten zich wel enkele hypothesen formuleren. Zo valt te voorzien dat het ziekenhuis te Emmeloord een deel van zijn klandizie kwijt raakt; door constant blijven van de tweedelijns capaciteit en tegelijkertijd teruglopen van de adherente populatie zien we te Emmeloord dus per saldo een vergroting van het aanbod aan specialistische zorg. Het zou denkbaar geweest zijn de invloed van dit vergrote aanbod op de medische consumptie te onderzoeken op een wijze vergelijkbaar met het onderzoek te Lelystad (materiaalverzameling over aantal en aard van de verwijzingen, medische consumptie in de huisartspraktijk, taakopvatting huisartsen, onderzoek opvattingen bevolking, samenwerking huisarts-specialist). Gegeven het feit dat de veranderingen in Emmeloord min-

der direct 'voelbaar' zouden zijn voor de direct betrokkenen (met uitzondering wellicht van ziekenhuis en medische specialisten), en ook gelet op het zeer intensieve karakter van een dergelijke materiaalverzameling, hebben wij ons wat betreft de gevolgen van de komst van het Zuiderzeeziekenhuis voor de medische consumptie in de regio beperkt tot analyse van reeds bestaand materiaal.

Achtereenvolgens komen aan de orde: verwijzingen door de huisarts, polikliniekbezoeken, opnamen in de omringende ziekenhuizen, en opnamen van Lelystedelingen.

5.2. Verwijzingen door de huisartsen

In tabel 5.1 (zie volgende pagina) staan de ziekenfondsverwijscijfers van de huisartsen te Ermelo, Harderwijk, Noordoostpolder en Kampen voor de jaren 1981 tot en met 1983 (als 1984 bij het afsluiten van het materiaal al bekend was, is dat eveneens vermeld).

De gegevens van tabel 5.1 geven voor verschillende plaatsen verschillende ontwikkelingen te zien. Ermelo en Harderwijk stijgen, Noordoostpolder en Kampen geven een min of meer constant beeld. Opvallend is dat de sterkste stijging in Ermelo en Harderwijk zich voordoet van 1981 op 1982 (in 1983 geeft Ermelo zelfs weer een daling t.o.v. '82 te zien), terwijl het Zuiderzeeziekenhuis pas in september 1982 zijn poorten opende. Voegt men deze constatering bij het feit dat de Noordoostpolderse huisartsen, wier ziekenhuis veruit het zwaarste effect van het Zuiderzeeziekenhuis te verduren kreeg, niet veel méér zijn gaan verwijzen, dan moet de conclusie luiden dat er geen tekenen zijn die erop wijzen dat de komst van het Zuiderzeeziekenhuis geresulteerd heeft in omvangrijker patiëntenstromen van eerste naar tweede lijn in de plaatsen die vóór de opening van dat ziekenhuis een relatief groot deel van hun zorg leverden aan Lelystedelingen.

5.3. Het aantal bezoeken op de polikliniek

In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel bestond nog het plan om, naast de uitsplitsing van de polikliniekbezoeken in eerste contacten en herhalingscontacten, ook een uitsplitsing te maken van verwijskaarten en herhalingskaarten. De verhouding tussen verwijskaarten en herhalingskaarten is immers ook een maat voor de op initiatief van

Tabel 5.1.: verwijzingen per 1000 ziekenfondspatiënten

Ermelo ¹⁾											
	oog- heel- kunde	KNO	chirur- gie	ortho- pedie	gynae- colo- gie/ verlos- kunde	neuro- logie/ psy- chia- trie	huid- ziek- ten	inter- ne ge- nees- kunde	overige specia- lismen	totaal	Ndl. ³⁾
'81	92	49	100	23	27	18	20	57	52	438	507
'82	100	53	110	34	30	20	20	69	66	502	521
'83	104	49	103	30	30	21	20	65	66	488	507
Harderwijk ¹⁾											
'81	87	41	71	25	37	15	31	48	62	417	
'82	93	42	93	35	37	16	31	46	65	458	
'83	89	43	91	33	37	15	28	54	75	465	
Noordoostpolder (incl. Dronten) ²⁾											
'81	94	32	59	23	33	17	13	28	46	345	
'82	94	34	63	23	36	20	14	30	49	363	
'83	98	34	61	22	34	17	14	30	47	357	
'84	89	32	63	21	34	20	13	31	49	352	
Kampen (incl. IJsselmuiden) ²⁾											
'81	97	39	54	23	31	24	24	47	46	385	
'82	99	40	53	23	30	24	26	45	49	389	
'83	94	38	51	22	29	22	23	44	44	367	
'84	103	36	54	21	27	22	22	44	49	378	

1) Bron: ziekenfonds Amersfoort en Omstreken

2) Bron: ziekenfonds RZZ

3) Bron: Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ)

de specialist verleende poliklinische zorg. Analyse van dit soort bestanden bleek in ander onderzoek (Kersten 1984) echter dermate tijdrovend dat hiervan moest worden afgezien. In tabel 5.2 staan, voorzover beschikbaar, de polikliniekbezoeken in de vier onderscheiden gemeenten vermeld, met waar mogelijk een uitsplitsing naar eerste contacten en herhaalcontacten.

Tabel 5.2.: polikliniekbezoeken

Emmeloord			
	eerste bezoeken	herhalingsbezoeken	totaal
1981	.	.	56.814
1982	.	.	55.119
1983	8.077	38.198	46.275
1984	8.497	38.774	47.271
Kampen			
1981	.	.	40.002
1982	6.071	33.049	39.120
1983	5.294	29.627	34.921
1984	5.178	29.916	35.094
Harderwijk + Ermelo			
1981	.	.	119.032
1982	.	.	121.900
1983	.	.	117.800
1984	.	.	103.210

Bron: Nationaal Ziekenhuis Instituut

Duidelijk is dat Emmeloord en Kampen een daling te zien geven; hoe deze verdeeld is over eerste en herhalingscontacten is echter niet te zeggen. Belangwekkender dan deze daling als zodanig is de vraag of de grootte ervan in verhouding staat tot het wegvallen van de Lelystadse 'markt'. Deze vraag is alleen via een omweg te beantwoorden. Immers, van de polikliniekbezoekers bestaat geen overzicht naar plaats van herkomst, zodat niet is na te gaan hoe groot het aandeel van Lelystedelingen op de poliklinieken van genoemde ziekenhuizen was vóór en na de opening van het ziekenhuis. Wél bekend is echter de herkomst van opgenomen patiënten per ziekenhuis; als we ervan uitgaan dat de daling van het aantal opgenomen Lelystedelingen gelijke tred houdt met de daling van het aantal bezoeken dat Lelystedelingen aan de polikliniek brengen, is van het laatste een redelijk betrouwbare schatting te maken.

De opnamen afkomstig uit Lelystad waren in de onderzochte jaren als weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3.: opnamen uit Lelystad, naar ziekenhuis

Ziekenhuis opnamen uit Lelystad in:	1981		1982		1983		1984	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
	Emmeloord	1497	28.5	1161	22.7	61	1.5	34
Kampen	250	8.0	121	3.6	9	0.3	8	0.1
Harderwijk + Ermelo	716	7.3	571	6.2	52	0.6	60	0.9

Bron: Nationaal Ziekenhuis Instituut

Van de 56.814 polikliniekbezoeken in Emmeloord in 1981 zijn er, op basis van bovenstaande gegevens over de herkomst van klinische patiënten, naar schatting 28,5% oftewel 16.203 afgelegd door Lelystedelingen. In 1983 is dit nog 1,5% van 46.275 bezoeken oftewel 649 stuks. De afname van Lelystadse polikliniekbezoeken in Emmeloord kan dus geschat worden op $16.203 - 649 = 15.554$. De totale afname van 1981 naar 1983 bedraagt in Emmeloord 10.539, zodat er sprake lijkt te zijn van een zekere compensatie: het verlies aan klandizie op de polikliniek is groot, maar toch circa $1/3$ kleiner dan men door het wegvallen van de Lelystadse markt zou verwachten. We zagen eerder dat de Noordoostpolderse huisartsen niet méér zijn gaan verwijzen (deze huisartsen 'leverden' in 1981 ruim 66% van de Emmeloordse opnamen), zodat compensatie van het verlies door toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken niet direct voor de hand ligt. Een frequenter terugbestellen door de specialist is een andere mogelijke verklaring; met het ter beschikking staande materiaal is die echter niet te toetsen. Met een analoge redenering kan geschat worden dat het verlies aan Lelystadse polikliniekbezoeken te Kampen van 1981 naar 1983 3095 bedraagt; het totale verlies is 5081, zodat hier juist een tegengestelde tendens als te Emmeloord zichtbaar is.

5.4. Het aantal opnamen

De komst van een ziekenhuis kan voor de 'belendende' huizen vooral dramatische gevolgen hebben voor het bedbezettingspercentage. Als

een belendend huis een groot deel van zijn verpleegdagen realiseert ten behoeve van de inwoners van de plaats waar het nieuwe ziekenhuis komt, kan zoiets hard aankomen. Uiteraard is het denkbaar, dat er op één of andere wijze 'compensatie' gevonden wordt voor het wegvallen van een deel van de adherente populatie. Bij een zeer hoog bezettingspercentage is het mogelijk dat er (lange) wachtlijsten voor opname bestaan, waarbij de komst van het nieuwe ziekenhuis voornamelijk als effect heeft dat deze worden weggewerkt. In een dergelijk geval was er dus sprake van een ondercapaciteit in de intramurale sector, en blijven de gevolgen beperkt. Was er geen sprake van wachtlijsten, dan kan de compensatie gezocht worden in het vaker en/of langer opnemen van de patiënten die naar het ziekenhuis worden verwezen. Daarnaast is het uiteraard mogelijk dat het nieuwe ziekenhuis zelf een 'opnamebeleid' heeft dat afwijkt van de ziekenhuizen die voorheen de klinische zorg leverden. We zullen daarom de ontwikkeling van het aantal opnamen op twee manieren bekijken: allereerst zal, op een wijze vergelijkbaar met de analyse van de polikliniekbezoeken, worden nagegaan wat er met de opnamen in de ziekenhuizen te Emmeloord, Kampen en Harderwijk is gebeurd; vervolgens zal tevens het Zuiderzeeziekenhuis in beschouwing worden genomen en worden nagegaan hoe het totaal aantal opnamen van Lelystedelingen zich heeft ontwikkeld.

5.4.1. De omringende ziekenhuizen

Voor Emmeloord zagen we in tabel 5.3 dat het aantal opgenomen Lelystedelingen daalde van 1497 in 1981 tot 61 in 1983. In dezelfde periode daalde het totaal aantal opnamen van 5249 tot 4155. De Lelystadse afname bedroeg dus 1436, de totale daling 1094. We zien dus dezelfde tendens als bij de polikliniekbezoeken: een deel van het verlies (in dit geval bijna 1/4) wordt op één of andere wijze 'gecompenseerd'. Voor Kampen bedraagt de Lelystadse afname 241 en de totale afname 3294 (in 1981) minus 3004 (in 1983) is 290, zodat ook hier, evenals bij de polikliniekbezoeken, een andere tendens zichtbaar is dan te Emmeloord.

5.4.2. Het Zuiderzeeziekenhuis en de totale hoeveelheid opnamen

In 1982 werden in het Zuiderzeeziekenhuis (kliniek open in september) 1472 patiënten opgenomen, waarvan 91.1% uit Lelystad. In 1983 6367 patiënten, waarvan 86.2% uit Lelystad. Bij de vraag hoe het totaal aantal opnamen zich ontwikkeld heeft hebben wij ons beperkt tot gegevens betreffende verzekerden van het ziekenfonds RZZ en LISZ-materiaal. De volgende tabel is daaraan ontleend:

Tabel 5.4.: aantal opnemingen van RZZ-verzekerden uit de gemeente Lelystad

ziekenhuis (te)	opnemingen					
	1982				1983	
	1e kwar- taal	2e kwar- taal	3e kwar- taal	4e kwar- taal	1e kwar- taal	2e kwar- taal
De Weezenlanden	30	37	19	17	10	9
Sophia	33	26	25	20	18	12
Kampen	31	24	15	2	2	1
Emmeloord	259	254	198	27	16	10
Lelystad	-	-	230	737	913	905
Gelderland	161	127	85	31	15	14
Noord-Holland	133	139	113	72	75	68
Academische	104	96	92	99	87	89
Totaal	751	703	777	1005	1136	1108

Bron: Regionaal Ziekenfonds Zwolle.

Ook als men bedenkt dat het aantal Lelystadse verzekerden van 1982 naar 1983 met een procent of 6 is gestegen is sprake van een zeer opvallende stijging van het aantal opnemingen. De cijfers die de LISZ-boeken geven, wijzen (uiteraard) in dezelfde richting zie daarom tabel 5.5, volgende pagina.

Hoewel uit tabel 5.4 blijkt dat de Noordhollandse en academische ziekenhuizen een redelijk aantal Lelystadse opnemingen hebben weten te behouden (hun aantal daalt veel minder scherp dan in Emmeloord, Kampen en Gelderland) maakt tabel 5.5 toch duidelijk dat de totale stijging door dit 'weinig dalen' niet veroorzaakt wordt maar in Lelystad zelf gezocht moet worden: het Zuiderzeeziekenhuis alleen neemt in 1983 per 1000 ziekenfondsverzekerden al 12% méér patiënten op dan alle andere ziekenhuizen in 1981 bij elkaar. De Lelystadse specialist is, om een lelijk woord te gebruiken, 'opnamegeneigder' dan zijn collega die vóór zijn komst de specialistische zorg voor de Lelystadse patiënten leverde.

Tabel 5.5.: opnemingen per 1000 ziekenfondsverzekerden, woonachtig in Lelystad

	in Lelystad	elders	totaal
1981	-	109.7	109.7
1982	33.3	92.0	125.3
1983	123.3	36.1	159.4

Bron: Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ)

Met deze in het oog springende stijging van de klinische consumptie stuiten we op veruit de belangrijkste verandering in de medische consumptie te Lelystad. Het zou interessant zijn dit meer in detail te beschrijven. Ons onderzoek was daar echter niet op gericht: de opzet was aan de hand van een 'natuurlijk experiment' het mechanisme te ontdekken achter de algemeen geldende wetmatigheid dat het huisartsenverwijscijfer nauw verband houdt met de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Gedetailleerde analyse van het opnamebeleid te Lelystad, hoe belangwekkend ook, is door zijn per definitie casuïstische karakter te ver verwijderd van het doel van dit onderzoek.

5.5. Samenvatting

De huisartsen die georiënteerd zijn op ziekenhuizen die vóór september 1982 de specialistische zorg aan Lelystad leveren, lijken van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis weinig te merken; ze gaan althans niet meer verwijzen nu er op de poliklinieken van 'hun' ziekenhuis, door het wegvallen van de Lelystadse patiënten, plaats vrijkomt. Eén van de ziekenhuizen lijkt het vertrek van de Lelystedelingen op te vangen door de 'resterende' patiënten wat vaker terug te bestellen: de terugval in polikliniekbezoeken is althans 1/3 minder dan verwacht. Voor een ander ziekenhuis geldt dit niet. In iets mindere mate lijkt dit ziekenhuis ook het klinische deel van het verlies wat gecompenseerd te hebben: de terugval in opnamen is 1/4 minder dan verwacht. Ook dit geldt niet overal. De juistheid van deze verklaringen is met het ons ter beschikking staande materiaal echter niet vast te stellen.

De opnamecoëfficiënt voor Lelystad is scherp gestegen: voor ziekenfondsverzekerden van 108 tot 159. Veel meer dan de omliggende ziekenhuizen (waarvan de Noordhollandse en academische nog een zeker 'marktaandeel' blijken te behouden) is het het Zuiderzeeziekenhuis zelf dat dit veroorzaakt: in 1983 neemt dit huis per 1000 RZZ-verzekerden meer patiënten op dan in 1981 alle andere bij elkaar.

6. DE TAAKOPVATTINGEN VAN DE HUISARTSEN

6.1. Inleiding

In een onderzoek onder solohuisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten, constateerde Dopheide een zwak verband tussen de taakopvatting en de afstand tot het ziekenhuis (Dopheide 1982). Hoe groter de afstand tot het ziekenhuis, des te breder de taakopvatting. Een soortelijke relatie melden Boots en Van Zutphen. Zij vinden een verband tussen de urbanisatiegraad van het gebied waarin een praktijk is gelegen en de opvattingen over het taakniveau met betrekking tot diagnostiek en therapie. Huisartsen in een sterk geurbaniseerde omgeving doen minder zelf aan diagnostiek en therapie, dan collega's in minder geurbaniseerde gebieden, waar de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis in het algemeen groter is (Boots en Van Zutphen 1981; Boots 1984).

In dit hoofdstuk zullen we bezien of de komst van het ziekenhuis, met andere woorden de verkleining van de afstand tot tweedelijnsvoorzieningen, ook consequenties heeft gehad voor de taakopvattingen van de huisartsen en de mate waarin zij zelf bepaalde technieken uitvoeren.

We moeten waarschuwen voor te hoge verwachtingen in dit opzicht. Opvattingen veranderen niet van de ene dag op de andere, zodat eventuele veranderingen als gevolg van de opening van het ziekenhuis misschien pas op langere termijn zichtbaar worden. Bovendien is het lang niet uitgesloten dat huisartsen in een tijd waarin het ideaal van een sterke eerste lijn nogal sterk leeft, niet zonder meer een stukje van hun werkgebied aan de specialist zullen afstaan. We zullen zien of onze scepsis door de cijfers gestaafd wordt.

In paragraaf 6.2 is de aan de huisartsen voorgelegde vragenlijst beschreven en worden de scores op de items op de tijdstippen vóór en na de opening van het ziekenhuis weergegeven. In paragraaf 6.3 is de constructie van vier taakopvattingsschalen beschreven en wordt bekeken of de scores op de schalen duiden op significante veranderingen in de opvattingen van de huisartsen. Paragraaf 6.4 bevat een samenvatting en enkele conclusies.

6.2. De vragenlijst; scores per item voor en na de opening

Zowel in het najaar van 1981 als in het najaar van 1983 hebben de in Lelystad gevestigde huisartsen een vragenlijst ingevuld. Op het ogenblik van verzending van de eerste vragenlijst waren er 18 huisartsen gevestigd. Omdat twee van hen zich kort na de opening van het ziekenhuis uit hun praktijk terugtrokken zijn voor de analyses die beogen veranderingen in taakopvattingen en verwijscijfers vast te stellen nog 16 artsen beschikbaar. Hieronder zal eerst de vragenlijst over de taakopvattingen worden besproken.

De vragenlijst 'Taakopvattingen'

De vragenlijst Taakopvattingen is een uitgebreide versie van de door Dopheide voor zijn onderzoek ontwikkelde vragenlijst. Vier verschillende facetten van de taakopvatting komen hierin aan de orde:

1. het diagnostisch terrein

Van 39 met name genoemde aandoeningen die zich bevinden op het grensgebied tussen specialistische- en huisartsgeneeskunde is de huisartsen gevraagd op een 4-puntsschaal aan te geven of zij de diagnose van deze aandoeningen tot de taak van de huisarts dan wel tot die van de specialist rekenen. De lijst met aandoeningen is te vinden in tabel 6.1, waarin tevens de gemiddelde scores van de 16 huisartsen op de items zowel voor als na de opening van het ziekenhuis zijn vermeld.

2. het therapeutisch terrein

Over dezelfde 39 aandoeningen is gevraagd of de artsen de therapie een taak van de huisarts of van de specialist vinden. De gemiddelde scores voor en na de komst van het ziekenhuis zijn eveneens in tabel 6.1 weergegeven.

3. de taakafbakening tussen huisarts en specialist

In 19 items wordt een uitspraak gedaan over bevoegdheden en verantwoordelijkheden, rechten en plichten van huisartsen of specialisten met betrekking tot aspecten van hun werk, die op het raakvlak van de specialistische- en de huisartsgeneeskunde liggen. De artsen hebben op een 5-puntsschaal aangegeven óf en in welke mate zij het met deze uitspraken eens zijn. De uitspraken met de frequentieverdeling vóór en ná de opening van het ziekenhuis zijn vermeld in tabel 6.2.

4. de toepassing van medische technieken

Over 17 met name genoemde medische technieken is de huisartsen gevraagd aan te geven of zij deze technieken in de praktijk toepassen. De lijst met technieken en het aantal huisartsen dat deze verrichtingen vóór en ná de opening van het ziekenhuis uitvoerde is te vinden in tabel 6.3 (zie pagina 97).

Tabel 6.1.: gemiddelde score op diagnostiek en therapie van 39 aandoeningen; 1 = huisarts; 4 = specialist (n = 16)

	diagnostiek		therapie	
	voor de opening	na de opening	voor de opening	na de opening
1. Epiglottitis	1.53	1.80	3.75	3.50
2. Meniscuslaesie	1.94	1.88	3.63	3.13
3. Lichen ruber planus (excl. slijmvlies)	2.33	2.25	3.00	2.69
4. Iritis	1.94	2.13	3.56	3.56
5. Hyperthyreoïdie	1.69	1.75	3.44	3.13
6. Bronchiectasie	2.75	2.73	2.56	2.67
7. Ulcus cruris	1.25	1.19	1.75	1.69
8. Glomerulonefritis	2.00	1.63	3.13	3.06
9. Chalazion	1.20	1.19	2.40	2.38
10. Botfractuur	1.75	1.38	3.44	3.47
11. Haemofilie	2.81	2.75	3.88	3.50
12. M. Besnier Boeck	2.94	2.88	3.63	3.50
13. Hepatose t.g.v. geneesmiddelen	2.19	2.63	2.81	2.81
14. Carpaal tunnelsyn.	1.88	1.88	3.50	3.50
15. Cholecystitis	1.38	1.56	3.50	3.81
16. Hernia nuclei pulposi	2.06	2.06	3.19	2.88
17. CVA in actieve fase	1.40	1.56	2.94	2.50
18. Colitis ulcerosa	2.81	2.69	3.25	3.31
19. Keratitis	2.31	2.00	3.25	3.38
20. Acut longoedeem	1.87	1.80	2.73	3.00

-vervolg volgende blz.-

Vervolg tabel 6.1.

	diagnostiek		therapie	
	voor de opening	na de opening	voor de opening	na de opening
21. Psoriasis	1.50	1.25	2.25	2.44
22. Pericarditis	2.50	2.50	3.69	3.69
23. Otitis media chronica	1.19	1.56	3.06	3.06
24. Pleuritis	1.88	1.80	2.94	2.47
25. Allergische purpura	1.44	1.75	2.50	2.06
26. Appendicitis	1.19	1.19	3.94	3.94
27. Leukoplakie	2.06	2.38	3.50	3.50
28. Cataract	2.00	1.88	3.56	3.63
29. Orthostatisch albuminurie	1.87	1.47	1.93	1.47
30. Lupus erythematoses	2.94	2.50	3.44	3.33
31. Peritonsillair abces	1.38	1.06	3.19	3.13
32. Mastoiditis	1.88	1.81	3.25	3.63
33. Enteritis regionalis	2.56	2.67	3.31	3.50
34. Toxoplasmose	1.50	1.44	2.06	1.81
35. Glaucoma simplex	2.25	2.19	3.63	3.50
36. Endometriose	2.19	2.19	2.81	2.75
37. Contusio cerebri	1.75	2.13	3.56	3.38
38. Perforatie trommelvlies	1.13	1.13	1.75	2.13
39. Syndroom van Parkinson (arteriosclerotische vorm)	1.75	1.50	2.31	2.19

Tabel 6.2.: frequentieverdeling van scores op taakafbakeningsitems
(n=15)

		volle- dig eens	groten- deels eens	niet niet oneens	eens groten- deels oneens	volle- dig oneens
1. De huisarts die dat wil zou in het ziekenh. sommige van zijn pat. moeten kunnen meebehandelen	vóór opening	5	2	3	4	1
	na opening	4	6	3	2	0
2. Als de special. de h.a. verzoekt na 1 jr. een nieuwe verw.kaart af te geven, behoort de h.a. aan dat verzoek te voldoen	vóór opening	1	5	4	4	1
	na opening	1	4	4	6	0
3. Een groot deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door special. wordt gedaan, zou beter door huisartsen gedaan kunnen worden	vóór opening	1	4	4	5	1
	na opening	4	3	4	3	1
4. Controle van chronische pat. hoort plaats te vinden door de huisarts	vóór opening	2	9	4	0	0
	na opening	4	8	3	0	0
5. Als huisarts en special. van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenh.opname, dient oordeel special. de doorslag te geven	vóór opening	1	6	6	1	1
	na opening	2	8	3	1	1
6. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts	vóór opening	7	7	1	0	0
	na opening	9	5	1	0	0
7. De huisarts blijft in hoge mate verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in ziekenh.	vóór opening	0	6	3	4	2
	na opening	1	2	6	5	1
8. De huisarts die de status van een ziekenh.pat. wil inzien, dient de special. toestemming te vragen	vóór opening	3	2	2	6	2
	na opening	6	2	1	3	3
9. Wat betreft de zorg voor chronische patiënten is het aandeel v.d. special. in de praktijk groter dan eigenlijk gewenst is	vóór opening	3	8	4	0	0
	na opening	7	3	5	0	0
10. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet teveel op het terrein v.d. specialist komt	vóór opening	3	2	7	3	0
	na opening	3	6	3	2	1

-vervolg volgende pagina-

vervolg tabel 6.2.

		volle- dig eens	groten- deels eens	niet niet oneens	eens groten- deels oneens	volle- dig oneens
11. Het inlichten van de ziekenhuispatiënt over zijn ziekte, is geheel de taak v.d. specialist	vóór opening	2	7	3	2	1
	na opening	0	8	4	2	1
12. De specialist die een patiënt wil laten behandelen door een collega van ander specialisme dient eerst mening van huisarts van die patiënt te vragen	vóór opening	5	8	1	1	0
	na opening	6	8	1	0	0
13. De vraag of tussentijds bericht over een ziekenhuispatiënt wenselijk is, kan het best worden beoordeeld door de specialist	vóór opening	1	3	3	5	2
	na opening	1	5	4	3	2
14. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten	vóór opening	4	7	2	2	0
	na opening	7	7	0	1	0
15. Bij een verwijzing komt de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt volledig bij de specialist te liggen	vóór opening	2	4	1	5	3
	na opening	1	2	5	6	1
16. Bij de behandeling van ziekenhuispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist	vóór opening	1	0	3	8	3
	na opening	2	2	3	7	1
17. Als de patiënt om een verwijzingskaart of verwijzing vraagt, hoort de huisarts in principe aan dat verzoek te voldoen	vóór opening	3	3	6	3	0
	na opening	3	3	7	2	0
18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak wat betreft de zorg voor zijn patiënten	vóór opening	0	0	3	11	1
	na opening	1	4	2	7	1
19. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen pat. gebeurt	vóór opening	2	8	3	2	0
	na opening	4	7	2	2	0

Tabel 6.3.: aantal artsen dat medische technieken in praktijk toepast (n = 15)

technieken	voor opening	na opening
1. Panaritiumincisie	12	14
2. Tonsilabcesincisie	5	4
3. Wigexcisie	6	10
4. Atheroom verwijderen	14	14
5. Nageextractie	15	15
6. Wrat verwijderen	15	15
7. Inzetten IUD	15	15
8. Aanmeten pessarium	5	8
9. Corpus alienum van cornea verwijderen	15	15
10. Roestring van cornea verwijderen	12	13
11. Funduscopie	12	12
12. Gewrichtspunctie	11	12
13. Oogboldrukmeting	4	4
14. Stenvorkproef	13	14
15. Parcentese tympani	9	8
16. Incideren abces gehoorgang	10	8
17. Inbrengen Dauerkatheter	15	15

Als we de resultaten, voorzover mogelijk, vergelijken met de landelijke steekproef van Dopheide, dan blijkt dat de Lelystadse huisartsen in 1981 vrijwel overal hoger scoren. Op slechts vijf aandoeningen scoren zij lager dan de landelijke streekproef wat de diagnostiek betreft; op 20 hoger (d.w.z. dat zij vaker van mening zijn dat de diagnostiek van deze aandoening een huisartsenzaak is). Wat de therapie van deze aandoeningen betreft zijn er géén verschillen. Ook op het punt van het al of niet verrichten van de in tabel 6.3 genoemde technieken scoort Lelystad hoger dan landelijk: met uitzondering van het aanmeten van een pessarium zeggen de Lelystadse huisartsen van alle technieken vaker dat ze deze in de praktijk toepassen dan de landelijke steekproef. (NB: de technieken 13 t/m 17 zijn alleen in Lelystad gevraagd). Doordat de formuleringen van de items

uit tabel 6.2 hier en daar wat zijn gewijzigd, is wat dat betreft vergelijking niet goed mogelijk.

6.3. Constructie van taakopvattingsschalen; verschillen tussen situatie voor en na de opening van het ziekenhuis

Overeenkomstig de vier facetten van de taakopvatting die in de vragenlijst aan de orde komen, zijn zowel over de eerste als over de tweede vragenlijst vier schalen geconstrueerd. De schalen die betrekking hebben op de taakopvattingen na de opening zijn inhoudelijk exact gelijk aan die van vóór de opening, dat wil zeggen dat dezelfde items zijn weggelaten. Items zijn uit schalen verwijderd als zij op beide momenten geen of vrijwel geen variantie vertonen. Van de schalen 'diagnostisch terrein', 'therapeutisch terrein' en 'taakafbakening' is de betrouwbaarheid getoetst door berekening van Cronbach's alpha. Alleen de schaal 'taakafbakening na opening' levert een zwakke betrouwbaarheid op, die echter niet voor verbetering vatbaar is gebleken. Voor de schaal 'medische technieken' is geen betrouwbaarheidscoëfficiënt berekend. De score op deze schaal geeft in feite het aantal toegepaste technieken weer, met dien verstande dat de scores net als op de andere schalen zijn gecorrigeerd voor het aantal ontbrekende waarden. In tabel 6.4 is van elke schaal Cronbach's alpha, minimum en maximum, standaarddeviatie, het aantal in de schaal opgenomen items en de nummers van de niet in de schaal opgenomen items weergegeven.

Hoe hoger de score op de schalen diagnostisch en therapeutisch terrein, des te minder is een huisarts geneigd diagnose en therapie van aandoeningen op het grensgebied van huisartsgeneeskunde en specialistische geneeskunde aan de specialisten over te laten, met andere woorden des te breder is zijn taakopvatting. Een hoge score op de schaal taakafbakening betekent dat een huisarts een relatief (ten opzichte van andere huisartsen) groot gebied van het gezamenlijk werkterrein van huisartsen en specialisten wil bestrijken. Voor de constructie van deze schaal zijn enkele items gehercodeerd, zodat een score 1 of 2 steeds wijst op een stellingname voor een smal taakgebied van de huisarts en een score 4 of 5 een ruim taakgebied voor de huisarts aangeeft. Ook bij de schaal medische technieken geldt dat een hoge score (dus 'arts doet veel technieken') wijst op een ruime taakopvatting van de huisarts. In tabel 6.5 (zie volgende pagina) zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties van de

taakopvattingsschalen weergegeven.

Tabel 6.4.: gegevens over geconstrueerde taakopvattingsschalen
(1 = vóór opening; 2 = na opening)

schaal	Cronbach's alpha	s.d.	min.	max.	aantal items	nummers van weggelaten items
-diagnostisch terrein 1	.95	55.4	100	400	35	7,9,26
-diagnostisch terrein 2	.91	42.5	100	400	35	
-therapeutisch terrein 1	.75	26.3	100	400	37	10, 22
-therapeutisch terrein 2	.86	33.1	100	400	37	
-taakafbakening 1	.72	42.1	100	500	19	geen
-taakafbakening 2	.44	31.7	100	500	19	
-medische technieken 1	n.v.t.	22.7	0	100	11	4,5,6,7
-medische technieken 2	n.v.t.	14.9	0	100	11	9,17

Tabel 6.5.: taakopvattingen voor en na opening ziekenhuis

	voor opening		na opening	
	\bar{x}	s.d.	\bar{x}	s.d.
-taakopvatting diagnostiek (4-puntsschaal)	2.99	0.55	3.02	0.42
-taakopvatting therapie (5-puntsschaal)	1.95	0.26	2.03	0.33
-taakafbakening huisarts specialist (5-puntsschaal)	2.30*	0.42	2.52*	0.32
-toepassing technieken	.60	0.23	.65	0.15

* significantieniveau .05

Een eerste beschouwing van deze cijfers leert dat geen van de gemiddelde scores veranderd is in de richting die wijst op een versmalting van taakopvatting. Drie van de vier taakopvattingen zijn niet significant veranderd. Meest opvallend is de significante toename van de huisartsgeneeskundige opvattingen waar het de taakafbakening tussen huisarts en specialist betreft. Kortom, de komst van een ziekenhuis heeft niet tot gevolg dat huisartsen meer de mening zijn toegedaan dat ze allerlei zaken in het vervolg maar beter aan de specialist kunnen overlaten.

6.4. Samenvatting

De opvattingen van de huisartsen, die in dit onderzoek hebben geparticipeerd, zijn als gevolg van de vestiging van een ziekenhuis in de plaats waar zij praktijk houden niet zodanig gewijzigd dat het taakgebied op de grens van eerste en tweede lijn in de ogen van deze artsen kleiner is geworden. In één opzicht is zelfs het tegendeel gebleken. De huisartsen claimen een grotere invloed op het gemeenschappelijk werkterrein als het gaat om de afbakening van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen huisarts en specialist. Op twee manieren is mogelijk aan deze ontwikkeling bijgedragen. De komst van het ziekenhuis heeft er vermoedelijk toe geleid, dat de huisartsen, nu het kan, ook daadwerkelijk meer invloed willen hebben op de behandeling door specialisten van patiënten uit hun praktijk. Vroeger waren de mogelijkheden daartoe vanwege de grote afstand per definitie beperkter.

Daarnaast is het denkbaar dat de huisartsen zich door de specialisten bedreigd voelen in de tot voor kort betrekkelijk autonome uitoefening van bepaalde taken.

De huisartsen lijken zich 'schrapp te zetten' tegen de veronderstelde of feitelijke bedoeling van een beroepsgroep, die als concurrent wordt ervaren. Een korte-termijn-effect is dus niet aangetoond; het is echter zeer interessant om te bezien of deze relatief brede taakopvatting van de Lelystadse huisartsen op (veel) langere termijn ook stand houdt.

7. RESULTATEN: HET BEVOLKINGSONDERZOEK

7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het onderdeel van het onderzoek dat zich bezighoudt met de vraag of de Lelystadse bevolking door de komst van het ziekenhuis sterker dan voorheen geneigd is om, als men klachten over de gezondheid heeft, de hulp van een medisch specialist in te roepen door de huisarts om een verwijzing te vragen. Gegeven de reeds weergegeven resultaten van de onderdelen die zich met de medische consumptie bezighouden, en daarvan vooral het onderdeel over verwijzingen door de huisarts, krijgt dit hoofdstuk een wat merkwaardig karakter. Immers, het bevolkingsonderzoek is zodanig opgezet dat het een verklaring zou moeten leveren voor een verschijnsel waarvan gebleken is dat het zich niet heeft voorgedaan. Nu zou een uitkomst waarbij blijkt dat behalve het verwijsniveau van de huisartsen ook de opvattingen van de patiënten ongewijzigd zijn in zoverre bevredigend zijn dat die twee resultaten in ieder geval met elkaar in de pas lopen, maar het is toch weinig stimulerend om ons bij de analyse van de enquêtes onder de bevolking vooral moeite te getroosten om aan te tonen dat er niets veranderd is. Daarom zullen wij, net als in de hoofdstukken over de medische consumptie, op sommige punten meer aandacht besteden aan een transversale analyse van de resultaten van het onderzoek dan aanvankelijk de bedoeling was. Ook als de opvattingen van de inwoners van Lelystad over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn, en hun preferenties voor behandeling door huisarts of specialist niet veranderd blijken te zijn, geeft nadere analyse van die opvattingen (bijvoorbeeld naar leeftijd, geslacht, opleiding, verzekeringsvorm, etc.) informatie die los van de directe aanleiding tot dit onderzoek van belang is voor een beter begrip van de invloed van de patiënt op het verwijzen door de huisarts. De indeling van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 2 wordt allereerst de respons op de enquête beschreven en bezien of de respons als een goede afspiegeling van de Lelystadse bevolking is te beschouwen.

In de paragrafen 3 t/m 11 worden de belangrijkste resultaten weergegeven van de meest centrale variabelen: onderzocht wordt in welke mate de 'theory of reasoned action' van Ajzen en Fishbein en de door ons gekozen operationalisatie daarvan in staat is te verklaren wie wel en wie niet op een verwijzing door de huisarts aandringt, waar-

bij eveneens nagegaan wordt of de overwegingen die mensen bij hun besluitvorming hanteren (de 'beliefstructuur') tijdens de looptijd van het onderzoek is gewijzigd. Ook de globale preferenties voor eerste en tweede lijn komen in deze paragrafen aan de orde.

7.2. De respons

Zoals al beschreven in 2.6 zijn er verschillende steekproeven gebruikt voor de materiaalverzameling: een groep van 1200 personen van 16 jaar en ouder werd drie maal benaderd, (medio '82, '83 en '84) terwijl zowel medio '83 als medio '84 ook een nieuwe steekproef van dezelfde omvang werd aangeschreven. Door deze methode werd niet alleen gecontroleerd voor het feit dat de Lelystadse bevolking tijdens de looptijd van het onderzoek veranderde van omvang en samenstelling (veel instroom uit Amsterdam) maar werd ook voorkomen dat de resultaten vertekend zouden worden doordat de driemaal ondervraagde groep (wellicht) steeds minder een afspiegeling van de bevolking zou worden.

De groep driemaal ondervraagde personen wordt verder aangeduid als de panel-groep of het panel; de drie afzonderlijke steekproeven als de trendgroep of de trend. Voor de analyse hebben we dus twee aparte databestanden. Het panel bestaat uit een koppeling van de data van 336 identieke respondenten, uit de drie jaren. De trend is een koppeling van drie bestanden van drie verschillende groepen respondenten (het aantal cases bedraagt respectievelijk 763, 724 en 708) voor 1982, 1983 en 1984.

In tabel 7.1 (zie volgende pagina) is de bruto respons van de verschillende steekproeven weergegeven; in tabel 7.2 (zie volgende pagina) het aantal respondenten dat ten tijde van de desbetreffende enquête een huisarts in Lelystad had en deze ook bezocht had. Alleen deze respondenten zijn in de analyses opgenomen.

Over het algemeen kan de respons buitengewoon bevredigend genoemd worden. Bij iedere nieuwe steekproef is de respons 67 à 73%, wat voor een postenquête zeer goed is. Verder zien we dat van de panel-groep van aanvankelijk 877 personen er tenslotte 495 overblijven. Van de in 1983 voor de tweede maal benaderde personen respondeert 73%, terwijl bijna 78% van hen in 1984 bereid is voor de derde maal een schriftelijke enquête in te vullen. Ook dit is zonder meer bevredigend.

Tabel 7.1.: alle respondenten van de drie steekproeven (bruto respons)

	1982	1983	1984
steekproef I	877	638	495
steekproef II		806	
steekproef III			803

Tabel 7.2.: de respondenten die een huisarts hebben in Lelystad en deze ooit bezochten (netto respons)

	1982	1983	1984
steekproef I	763	577	449
steekproef II		724	
steekproef III			708

Anders dan tabel 7.2 suggereert bestaat het panel waarmee wij de analyse kunnen uitvoeren uit 336 personen. Deze respondenten hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat ze de vragenlijsten drie maal hebben ingevuld maar ook op de drie meetmomenten een huisarts hebben in Lelystad én deze daadwerkelijk hebben bezocht. Door deze laatste eis wordt deels het verschil verklaard tussen de respons van 449 in 1984 (tabel 7.2) en het aantal van 336 in het panel. Een aantal van hen had hun huisarts nooit bezocht. Er is echter nog een andere verklaring voor dit verschil. Bij controle op verschillen tussen de opgegeven sekse en de leeftijden op de drie tijdstippen vonden we bij 42 respondenten een niet consistent antwoord: enquêtes zijn door verschillende gezinsleden ingevuld. Dit aantal bedraagt meer dan 10% van het aantal panelleden. Hiermede zou de correctheid van onze meting twijfelachtig worden.

Juist omdat we veranderingen willen meten die veroorzaakt zouden zijn door de komst van het ziekenhuis moeten we andere verklaringen zoveel mogelijk uitsluiten. Omwille van de zuiverheid van interpretatie hebben we de wisselende respondenten uit het panel verwijderd. We verliezen 42 cases, maar winnen aan betrouwbaarheid bij onze conclusies.

7.2.1. Controle op paneluitval

We hebben gezien dat een nadeel van het paneldesign wordt bevestigd, namelijk het ondanks de goede respons toch hoog oplopende percentage uitvallers. Om uit te sluiten dat de panelleden andere kenmerken zouden hebben dan de uitgevallen respondenten kijken we of de panelgroep en de non-respons verschillend antwoorden op enkele belangrijke variabelen. We vonden geen verschil in gemiddelden bij de variabelen opleiding, gezondheidsbeleving, het aantal malen dat men heeft laten merken aan de huisarts dat men verwezen wil worden, frequentie van huisartsbezoek en aantal jaren wonend in Lelystad (T-toets, éénzijdig). Wél bleek de panelgroep iets ouder te zijn (x panel, 41.2, x uitval, 38.7). De verdeling over de seksen was niet verschillend. Van de nominale variabelen werd gecontroleerd op verschillen in urbanisatiegraad van gemeente van herkomst, werksituatie en verzekeringsvorm. Er werd geen significant verschil gevonden. De verdelingen over de verschillende leeftijdscategorieën apart voor mannen en vrouwen bleken ook niet anders te zijn.

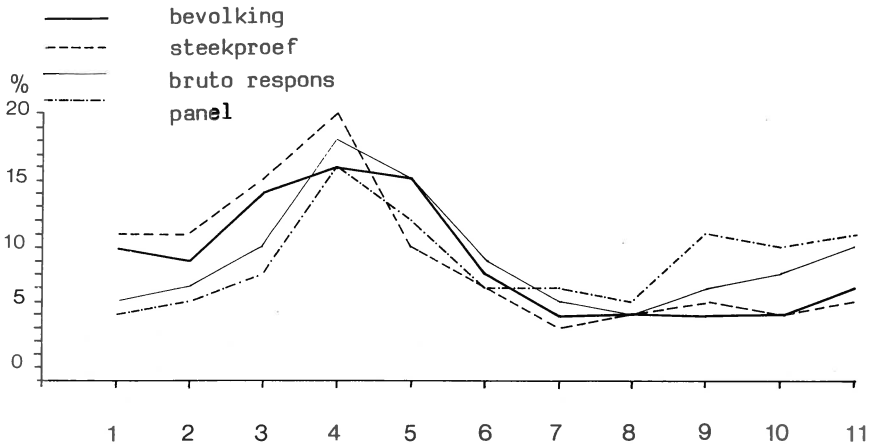
Om een goed inzicht te krijgen in het totale effect van de non-respons in de drie jaren geven we leeftijdsverdelingen voor mannen en voor vrouwen in 1982 (figuur 7.1 en 7.2 zie volgende pagina). Vergelijken worden: de samenstelling van de bevolking, de steekproef, de bruto-respons en het uiteindelijk in 1984 resterende panel.

Bij vrouwen blijkt vooral een oververtegenwoordiging in de groep 30-34 jaar op te treden; bij mannen vooral in de oudere leeftijdsgroepen. Bij statistische toetsing blijken de vrouwen niet af te wijken van de bevolking, de mannen echter wel.

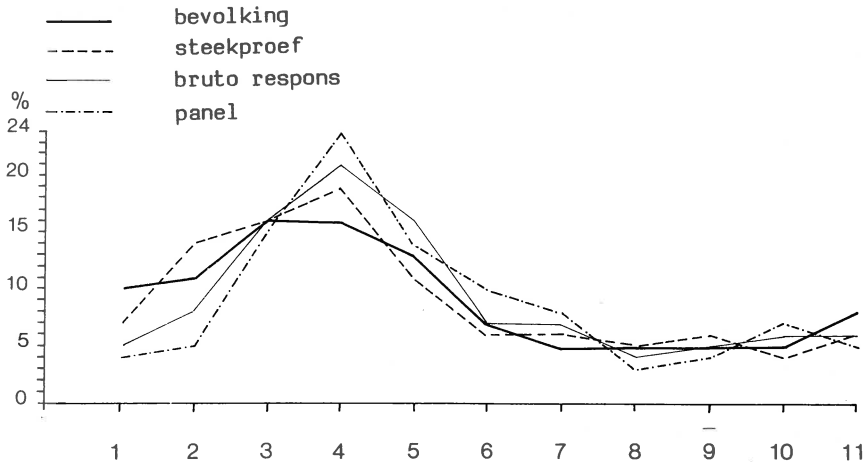
7.2.2. Representativiteit van de steekproef

We willen nu de vraag beantwoorden hoe representatief de verschillende panel- en trendgroepen zijn voor de bevolking. We doen dit aan de hand van de leeftijdsverdeling per sekse. In tabel 7.3 (zie volgende pagina) presenteren we de CHI^2 waarden die het verschil representeren van de verdeling van de drie paneljaargangen en de drie trendgroepen ten opzichte van de bevolkingsopbouw in de drie afzonderlijke jaren.

Figuur 7.1.: de leeftijdsverdelingen van mannen. Controle op paneluitval



Figuur 7.2.: de leeftijdsverdelingen van vrouwen. Controle op paneluitval



De leeftijdscategorieën zijn de volgende:

- | | | | |
|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 1. 16-19 jaar | 4. 30-34 jaar | 7. 45-49 jaar | 10. 60-64 jaar |
| 2. 20-24 jaar | 5. 35-39 jaar | 8. 50-54 jaar | 11. 65 en ouder |
| 3. 25-29 jaar | 6. 40-44 jaar | 9. 55-59 jaar | |

Tabel 7.3.: vergelijking van de van de leeftijdsverdelingen naar sekse van de panel- en de trendgroepen, met de Lelystadse bevolking in '82, '83 en '84. CHI²-waarden

	1982		1983		1984	
	M	V	M	V	M	V
panelgroepen	35*	31.2*	40*	35.2*	46.8*	40.4*
trendgroepen	35*	35.5*	16.6	19.5	32.4*	23.3

* significant verschillend ($p < .01$, $df=10$)

We zien in deze tabel fraai gedemonstreerd dat het panel steeds minder een afspiegeling is van de bevolking. De trendgroepen zijn alle representatief voor de bevolkingssamenstelling naar leeftijd. We zien vervolgens dat de verdeling bij de mannen sterker afwijkt van de bevolking dan bij de vrouwen.

De conclusie luidt dat de trendgroep 1983 zonder meer representatief geacht kan worden voor de Lelystadse bevolking; de trendgroep 1982 vertoont op leeftijdsgebied een zekere vertekening, terwijl de trendgroep 1984 dit alleen voor de mannen doet. De panelgroep vertoont een niet a-selecte uitval, althans waar het de leeftijdsgroepen betreft. Dit betekent dat wij in de nu volgende analyses de gegevens van de trendgroep zullen presenteren in die gevallen waarin we kunnen volstaan met groepsgemiddelden en niet de behoefte hebben aan individuele verschillen. Afgezien van de betere representativiteit van de trendgroep is ook de grotere omvang daarvan een argument om ons vooral op deze groepen te richten.

Bij het presenteren van de resultaten hebben wij moeten laveren tussen enerzijds een volledige maar onleesbare weergave en anderzijds een leesbare maar niet altijd volledige tekst. Wij hebben als regel voor het laatste gekozen. Alleen al het weergeven van de rechte tellingen voor trend- en/of panelgroep betekent een zeer grote hoeveelheid cijfers; gaat het om onderlinge correlaties tussen variabelen en de verschillen tussen verschillende groepen of tussen verschillende meetmomenten, dan is een goed te volgen betoog vrijwel onmogelijk. Dit betekent, om een voorbeeld te geven, dat 'de correlatie tussen A en B bedraagt .41' wil zeggen dat deze correlatie bij alle groepen en op alle meetmomenten in deze orde van grootte ligt, zonder dat dat nog eens met zoveel worden gezegd wordt. Waar voor één jaar rechte tellingen van bepaalde variabelen worden gegeven, wordt

soms opgemerkt dat zich 'hier geen grote verschillen voordoen'; wij menen dat wij in een dergelijk geval de lezer niet moeten vermoeien met drie, onderling niet sterk afwijkende, tabellen.

7.3. Globale preferenties; de 'theory of reasoned action'

7.3.1. Globale preferenties voor huisarts of specialist

Aan alle respondenten zijn negen uitspraken voorgelegd waarin huisarts en specialist op een bepaalde manier tegenover elkaar gezet zijn. Wij verwachtten hiermee een globale preferentie voor behandeling in eerste of tweede lijn te meten. In tabel 7.4 (zie volgende pagina) zijn de gemiddelde scores op deze uitspraken voor de drie jaren weergegeven.

De stabiliteit is opmerkelijk, hoewel voor sommige items wel een verschuiving in de richting 'pro-huisarts' te zien is. Men vindt na opening van het ziekenhuis iets minder vaak dat je ook bij minder ernstige ziekten beter door een specialist behandeld kunt worden, dat je bij hem in betere handen bent, en dat de huisarts bij twijfel meteen moet verwijzen.

Om te kijken of deze uitspraken inderdaad een onderliggende dimensie 'preferentie voor behandeling in eerste of tweede lijn' meten is op de items een factoranalyse uitgevoerd. De resultaten leverden voor de trendgroep '82 drie (!) factoren op met een eigenwaarde groter dan 1. De derde factor bestond slechts uit één item ('huisartsen verwijzen je maar voor elk wissewasje naar de specialist'), zodat voor een 2-factoren-oplossing werd gekozen. De resultaten staan in tabel 7.5 (zie pagina 109).

Het blijkt dat men niet kiest voor óf de huisarts óf de specialist, maar voor beiden een bepaalde waardering heeft die los staat van de waardering voor de ander. (De factoranalyses voor '83 en '84 leverden hetzelfde resultaat op.) Dit betekent dat we niet van een 'preferentie' voor behandeling in eerste of tweede lijn kunnen spreken: mensen hebben blijkbaar als het gaat om eerste of tweede lijn geen óf-óf-gedachte, maar eerder 'én-én'. Goed beschouwd is dat niet zo vreemd: huisarts en specialist hebben ieder een eigen taak in de gezondheidszorg die, idealiter althans, eerder als 'complementair' dan als 'competitief' aangeduid kan worden. Het ontegenzeggelijk in de realiteit wél aanwezige probleem van de soms zeer grote overlap in het door huisarts resp. specialist geclaimde terrein (zie b.v. Jacobs, De Melker en Touw-Otten (1983, 1983a), Swinkels en Dopheide (1982)).

Tabel 7.4.: gemiddelde scores (1= volledig oneens, 5= volledig eens) op uitspraken betreffende preferenties voor behandeling in eerste of tweede lijn. Trendgroepen: 1982, 1983 en 1984

	1982	1983	1984
a. de huisarts moet proberen zo- veel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel doorverwijzen naar de spe- cialist	3.6	3.6	3.6
b. bij een overschot aan dokters kan beter het aantal specialist- ten worden verminderd dan het aantal huisartsen	2.7	2.7	2.6
c. ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts	2.5	2.4	2.3
d. huisartsen hebben een belangrij- kere taak in de gezondheidszorg dan specialisten	3.4	3.3	3.3
e. voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist	3.5	3.5	3.4
f. als de huisarts twijfelt of je iets mankeert dan moet hij je meteen doorverwijzen naar de specialist	4.1	4.0	3.9
g. bij een specialist ben je in bete- re handen dan bij een huisarts	3.0	3.0	2.8
h. huisartsen sturen je maar voor elk wissewasje naar de specialist	1.6	1.5	1.5
i. het belang van de specialistische hulpverlening wordt meestal over- dreven; de meeste ziekten kan de huisarts zelf behandelen	2.8	2.9	2.9

Tabel 7.5.: factoranalyse op de uitspraken over preferentie voor behandeling in eerste of tweede lijn. Trendgroep 1982. Varimax-rotatie met 2 factoren

uitspraak	factor 1	factor 2
e. beter bij huisarts	.64	.02
d. huisarts belangrijker	.60	.05
a. huisarts veel zelf doen	.44	-.27
i. belang specialist overdreven	.53	.05
b. beter spec. weg dan huisartsen	.47	.17
g. bij spec. in betere handen	.00	.65
c. ook als niet ernstig: specialist	-.14	.43
f. bij twijfel: verwijzen	-.06	.25
h. voor wisselasje naar specialist	.08	.19
gebonden variantie:	25%	16%

lijkt onderzoekers, beleidsmakers en de hulpverleners zelf méér aan te spreken dan de patiënten.

De bovengenoemde uitspraken werden op basis van de factoranalyse 'ingedikt' tot twee nieuwe variabelen: de variabele 'waardering voor huisarts' werd verkregen door sommering van de items e, d, a, i en b; de variabele 'waardering voor specialist' door sommering van de items g en c. Onnodig te stellen dat in deze nieuwe variabelen in de tijd weinig verandert. De betrouwbaarheid van de schaal 'waardering voor de huisarts' is bevredigend (Cronbach's alpha = .66); voor de schaal 'waardering specialist' kan door het kleine aantal items geen betrouwbaarheid worden vastgesteld.

7.3.2. De variabelen uit het model volgens Ajzen en Fishbein

In deze paragraaf zullen we allereerst een overzicht geven van de rechte tellingen op de belangrijkste variabelen van het model; vervolgens zullen we een aantal variabelen samenvoegen tot nieuwe, om tenslotte te bezien in hoeverre het model 'werkt', dat wil zeggen, of het vragen om een verwijzing of althans de intentie hiertoe uit achterliggende variabelen verklaard kan worden.

7.3.2.1. De 'beliefs' en hun evaluaties

In tabel 7.6 (zie volgende pagina) staan voor de trendgroepen de

Tabel 7.6.: waarschijnlijkheden (W) van het optreden van bepaalde gevolgen als men de huisarts laat merken dat men naar de specialist wil, en waardering (E) van deze gevolgen, in gemiddelden. Trendgroepen '82, '83 en '84

	'82		'83		'84	
	W	E	W	E	W	E
mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil						
a. betekent dat mijn huisarts mij naar de specialist zal verwijzen	4.8	2.1	4.9	2.1	4.9	2.1
b. betekent dat ik behandeld zal worden door een arts die op een beperkt gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts	5.9	2.4	5.9	2.3	5.9	2.4
c. betekent dat ik te weten kom of mijn klachten ernstig zijn	5.2	2.1	5.3	2.2	5.4	2.2
d. betekent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij onpersoonlijk behandelt	3.4	-2.0	3.2	-2.0	3.4	-2.0
e. betekent dat door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden	5.4	2.4	5.4	2.4	5.4	2.4
f. betekent dat mijn huisarts mij zelf zal laten beslissen, of ik naar de specialist moet	4.0	.7	4.1	.6	4.2	.9
g. betekent dat ik veel moet regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist	4.4	-1.3	4.1	-1.2	3.9	-1.2
h. betekent dat mijn huisarts geïrriteerd raakt	2.9	-2.3	2.9	-2.3	2.7	-2.4

Vervolg tabel 7.6.

	'82		'83		'84	
	W	E	W	E	W	E
i. betekent dat ik hoge kosten moet maken voor het reizen naar de specialist	4.9	-2.1	3.4	-2.1	3.4	-2.1
j. betekent dat ik veel tijd kwijt ben met reizen naar de specialist	5.4	-2.2	3.7	-2.0	3.5	-2.1
k. is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst	4.4	-	4.3	-	4.2	-
l. is mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald	4.8	-	4.6	-	4.6	-

'beliefs' en hun evaluaties weergegeven, beide in gemiddelden. De beliefs werden gescoord van 1 (zeer onwaarschijnlijk) tot 7 (zeer waarschijnlijk); de evaluaties van -3 (zeer slecht) tot +3 (zeer goed); beliefs die overduidelijk alleen negatief geëvalueerd kunnen worden (b.v. hoge kosten maken voor een bezoek aan de specialist) zijn in de vragenlijst wat de evaluatie betreft beperkt tot de scores van 0 (niet vervelend) tot -3 (heel vervelend).

Leesvoorbeeld: Het gedrag waarover de beliefs zijn gevraagd is omschreven als: 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil'. Uit de eerste regel van tabel 7.6 blijkt dat men het in 1982 tamelijk waarschijnlijk acht dat de huisarts dan ook naar de specialist zal verwijzen (gemiddelde score 4.8 op een schaal van 1 t/m 7), en dat men dit gevolg van het laten merken dat men naar de specialist wil positief waardeert (gemiddelde score 2.1 op een schaal van -3 t/m +3).

Ook hier is de stabiliteit van beliefs en evaluaties opvallend. Met uitzondering van de beliefs die rechtstreeks te maken hebben met de komst van het ziekenhuis verandert er in de 'beliefstructuur' van de bevolking bijzonder weinig. Een minimale verschuiving is te vinden in de richting van een iets minder 'consumentistische' opstelling van de patiënten: men staat iets minder op zijn rechten (beliefs k en l). De huisarts, die door een verzoek om verwijzing iets minder

geïrriteerd raakt, laat de beslissing wellicht wat vaker over aan de patiënt.

7.3.2.2. De direct gemeten attitude

Tabel 7.7 geeft voor de drie trendgroepen de gemiddelde scores op vragen of 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' als wenselijk, aanvaardbaar, goed, nuttig, gemakkelijk respectievelijk hun tegenpool wordt gezien.

Zonder veel commentaar constateren we ook hier een zeer stabiele opvatting van de bevolking: aandringen op een verwijzing wordt zowel vóór als na de opening van het ziekenhuis wenselijk, aanvaardbaar, goed, nuttig en (iets minder) gemakkelijk gevonden.

Tabel 7.7.: gemiddelde scores op de directe attitude-meting van het 'laten merken dat ik naar een specialist wil'. (1= zeer slecht, 7= zeer goed, etc.). Trendgroepen '82, '83 en '84

mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik:	'82	'83	'84
* onwenselijk-wenselijk	5.3	5.1	5.3
* onaanvaardbaar-aanvaardbaar	5.5	5.4	5.5
* slecht-goed	5.4	5.2	5.3
* nutteloos-nuttig	5.5	5.4	5.5
* moeilijk-gemakkelijk	4.5	4.5	4.7

7.3.2.3. De significante anderen

Aan de respondenten is gevraagd aan te geven wat mensen die voor hen belangrijk zijn, hen zouden adviseren als zij zelf zouden aarzelen of ze nu wel of niet naar de specialist zouden willen. Op een zevenpunts-schaal bedragen de gemiddelde waarden voor de drie onderzochte jaren respectievelijk 5.4, 5.3 en 5.3. De significante anderen blijken tamelijk 'verwijsgeneigd', en stabiel in hun opvatting.

7.3.2.4. De gedragsintentie

De gedragsintentie is op twee manieren gemeten: door een enkelvoudige vraag ('Wilt U aangeven hoe waarschijnlijk U het vindt, dat U Uw huisarts zult laten merken dat U naar de specialist wilt?'), en

door tien situaties voor te leggen waarin men klachten over de gezondheid heeft, en per situatie de waarschijnlijkheid van een verzoek om verwijzing aan te geven. Dit maakt een minder gekunstelde indruk; wij gaan er bovendien vanuit dat er één onderliggende dimensie aan de antwoorden op deze concrete vragen ten grondslag ligt. In tabel 7.8 (zie volgende pagina) zijn de resultaten op de gebruikelijke manier weergegeven.

Men is over het algemeen vrij sterk geneigd om het met de genoemde klachten 'hogerop te zoeken', en blijft dat ook na de opening van het ziekenhuis. Minimale verschuivingen zien we in de richting van een afnemende gedragsintentie; méér geneigd om op een verwijzing aan te dringen wordt men zeker niet.

7.3.2.5. Het feitelijk vragen om een verwijzing

In tabel 7.9 staat aangegeven hoe vaak men de afgelopen 12 maanden de huisarts heeft laten merken dat men naar de specialist wilde.

Tabel 7.9.: aantal malen dat men de huisarts heeft laten merken dat men naar de specialist wil. Trendgroepen '82, '83 en '84. In hele procenten

	1982	1983	1984
niet	76	76	74
1 maal	18	19	19
2 maal	3	3	3
vaker	3	2	2
totaal	100	100	100

7.3.3. Reductie van de modelvariabelen

In de volgende paragrafen zullen we het grote bestand aan variabelen dat gebruikt is om het al of niet aandringen op een verwijzing te verklaren, reduceren tot de centrale variabelen in het model van Ajzen en Fishbein.

7.3.3.1. Beliefs en evaluaties

Allereerst is op de door Ajzen en Fishbein 'voorgeschreven' wijze een nieuwe variabele, die we de 'indirecte attitude' zullen noemen, geconstrueerd, door sommering van de producten van de beliefscores

Tabel 7.8.: intenties tot het vragen om een verwijzing, in gemiddelden (1 = zeer onwaarschijnlijk, 7 = zeer waarschijnlijk). Trendgroepen '82, '83 en '84

	1982	1983	1984
a. U denkt dat U misschien wel iets ernstigs heeft	5.6	5.6	5.7
b. U heeft een week of drie eczeem op het lichaam en de zalf van de huisarts lijkt niet te helpen	5.3	5.2	5.2
c. U bent gevallen. De huisarts heeft een lichte hersenschudding geconstateerd. Zes weken later heeft U nog regelmatig hoofdpijn	5.3	5.3	5.2
d. U heeft het gevoel dat U steeds slechter gaat horen	5.7	5.7	5.7
e. U heeft sinds drie dagen een lelijk ontstoken oog	4.5	4.5	4.4
f. U heeft plotseling stekende pijn in de borst	4.8	4.8	4.7
g. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting	4.5	4.6	4.5
h. U ontdekt een knobbeltje op Uw hand	4.3	4.4	4.3
i. U heeft, vooral 's nachts, last van kortademigheid en benauwdheid	4.8	4.7	4.6
j. 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	5.4	5.3	5.2
k. wilt U aangeven hoe waarschijnlijk U het vindt dat U Uw huisarts zult laten merken dat U naar de specialist wilt?	5.4	5.3	5.4

en hun evaluatie. Als voorbeeld nemen we weer het belief 'als ik mijn huisarts laat merken dat ik naar de specialist wil zal mijn huisarts mij verwijzen': als iemand als score voor de waarschijnlijkheid van dit gedrag van de huisarts 5 heeft, en als waardering (evaluatie) hiervan +2, telt dit belief en zijn evaluatie als $5 \times 2 = 10$ mee in de totale indirecte attitude. De evaluatie van 'noodzakelijk als de huisarts te laat verwijst' en 'is mijn goed recht' is op +2 gezet.

Naast deze indirecte attitude is gekeken of de productscores wellicht uiteenvallen in een beperkt aantal factoren (de laatstgenoemde beliefs zijn in deze analyse niet opgenomen). Hiertoe is op de productscores een factoranalyse verricht.

De beste oplossing is die met 2 factoren, die van 1982 is weergegeven in tabel 7.10 (1983 en 1984 geven hetzelfde resultaat).

Tabel 7.10.: factoranalyse op de produktscores van beliefs en evaluaties m.b.t. aandringen op een verwijzing. Varimax-rotatie met 2 factoren. Trendgroep 1982

	factor 1	factor 2
huisarts zal verwijzen	.00	.62
behandeld arts meer kennis	-.04	.67
te weten of ernstig	-.03	.48
echt wat gedaan	-.05	.55
veel regelen	.48	-.01
hoge kosten voor reis	.75	-.08
veel reistijd	.85	-.09
onpersoonlijke specialist	.17	-.10
huisarts geïrriteerd	.07	.06
zelf beslissen verwijzing	-.09	.03
verklaarde variantie	22.6%	18.1%

We kunnen duidelijk een batendeel en een kostendeel onderscheiden: de baten zijn vooral (potentiële) gezondheidswinst door betere behandeling, de kosten zijn tijd, moeite en geld. Onpersoonlijke specialisten en boze huisartsen vallen, ook bij oplossingen met meer factoren, buiten deze twee dimensies, evenals het zelf beslissen over een verwijzing. Nieuwe variabelen 'baten' en 'kosten' zijn geconstrueerd

door somming van de eerste vier respectievelijk de daaropvolgende drie productscores. De betrouwbaarheid van deze schalen is bevredigend (Cronbach's alpha ligt tussen .67 en .73).

7.3.3.2. De direct gemeten attitude

Uit een (niet weergegeven) factoranalyse bleek, dat van de vragen die de attitude ten opzichte van het vragen om een verwijzing direct meten, het aspect 'moeilijk-gemakkelijk' minder sterk laadt. Een nieuwe variabele is gecreëerd door somming van de overige vier items. De schaal (genaamd 'directe attitude') heeft een hoge betrouwbaarheid met Cronbach's alpha = .92).

7.3.3.3. De gedragsintentie

Voor de items die de intentie tot het vragen om een verwijzing vaststellen bij specifiek omschreven klachten is allereerst nagegaan of een factoranalyse met een geforceerde één-factor-oplossing goede resultaten opleverde. Dit bleek het geval: de laagste factorlading bedroeg .54. Vervolgens is met de Mokken-analyse, een variant op de Gutmann-schaal, de schaalbaarheid van de items onderzocht. Er bleek sprake van een sterke schaal met een H-waarde van .56. De items zijn gedichotomiseerd in 'negatief' (waarden 'zeer onwaarschijnlijk' tot en met 'tamelijk waarschijnlijk') en 'positief' (overige waarden). Door weglating van het item 'rugpijn' bleek de schaal aanzienlijk te verbeteren. Door optelling van de items kon tenslotte een schaal verkregen worden die, lopend van 0 tot 8, het aantal klachten aangeeft waarmee men bij de huisarts op een verwijzing zou aandringen. Wij noemen deze nieuwe variabele de 'specifieke gedragsintentie'. Het verder als 'algemene gedragsintentie' aan te duiden antwoord op de vraag hoe waarschijnlijk men het vindt dat men de huisarts zal laten merken dat men naar de specialist wil bleef ongewijzigd.

7.3.3.4. Het feitelijke gedrag

Aangezien het aantal malen dat men bij de huisarts op verwijzing heeft aangedrongen minder van belang is dan de vraag of men dit überhaupt heeft gedaan en wij bovendien geen bevredigende verklaring hebben voor een verschil tussen één of meer keren laten merken dat men verwezen wil worden, is het feitelijke gedrag gedichotomiseerd tot 'niet op verwijzing aangedrongen' en 'wel op verwijzing aange-

drongen'.*)

7.3.4. Tussenbalans

We constateren, uiteraard der zaak, een afname van de verwachte kosten als men op een verwijzing aandringt in termen van reiskosten, reistijd, en veel moeten regelen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist. Met deze triviale verandering is echter meteen alle verandering onder de bevolking in kaart gebracht. Alle hypothesen over een sterkere gerichtheid van de bevolking op de tweedelijnsgezondheidszorg, een toegenomen waardering voor de specialist, een kritischer houding ten opzichte van de eerste lijn, resulterend in een grotere geneigdheid om de hulp van een specialist in te roepen moeten verworpen worden. Ook het feitelijke gedrag van de bevolking is niet veranderd: men heeft na de komst van het ziekenhuis de huisarts niet vaker dan voorheen laten merken dat men eigenlijk naar een specialist wilde.

De eerste conclusies hebben slechts betrekking op de trendgroepen maar het is, onwaarschijnlijk dat wij bij de panelgroep andere resultaten vinden. De rechte tellingen van de panelgroep blijken hetzelfde beeld op te leveren als de trendgroep. Een tweede kanttekening die wij kunnen maken betreft het feit dat de hiervóór weergegeven resultaten nog erg globaal zijn: zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat veranderingen binnen een bepaalde subgroep gecompenseerd worden door veranderingen in de andere richting binnen een andere subgroep, zodat voor de totale bevolkingsgroep geen verandering zichtbaar is. Deze vraag naar mogelijke differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis is zeker relevant en speelde ook bij de onderzoeksopzet een belangrijke rol. In de volgende paragrafen zal dan ook worden nagegaan in hoeverre het totale beeld bijstelling behoeft als we afzonderlijke subgroepen in beschouwing nemen. Wij hebben onszelf daarbij wel enige beperkingen opgelegd, en ernaar gestreefd vooral de grote lijnen in de gaten te houden. Uiteraard zijn in een zowel qua aantal variabelen als qua aantal eenheden omvangrijk bestand als dit altijd wel

*) Wellicht ten overvloede zij vermeld dat wij, ter wille van enige variatie in de terminologie, de variabele die in de vragenlijst consequent als 'mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil' wordt omschreven, ook wel aanduiden als 'vragen om een verwijzing', 'aandringen op een verwijzing', 'de wens te kennen geven verwezen te willen worden', etc.

enkele ontwikkelingen aan te wijzen die toch enigszins in de verwachte richting gaan. Ook in die gevallen waarin zo'n ontwikkeling niet door meetfouten en toevallsfluctuaties veroorzaakt lijkt te worden, hebben wij slechts die resultaten gepresenteerd die in het licht van de vraagstellingen van dit onderzoek behoorlijk te interpreteren zijn.

Nu ook voor het bevolkingsonderzoek geldt dat op alle relevante onderdelen constantheid overheerst boven verandering, (wat dat betreft kunnen we, tegen de achtergrond van onze bevindingen ten aanzien van de medische consumptie, tevreden zijn) zullen wij ook voor dit onderdeel de longitudinale analyse af en toe verlaten en enkele resultaten presenteren van transversale analyses.

In de volgende paragrafen zullen wij allereerst ingaan op de onderlinge relaties tussen de variabelen in het model van Ajzen en Fishbein, waarna een overzicht gegeven zal worden van de overige variabelen in het bevolkingsonderzoek en hun ontwikkeling in de tijd. Tevens wordt nagegaan wat de relatie is tussen achtergrondvariabelen en de variabelen uit het model van Ajzen en Fishbein. Vervolgens zullen we bezien in hoeverre er voor verschillende subgroepen differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis zijn vast te stellen, en daarna aandacht schenken aan de vraag wie, los van de specifieke context van dit onderzoek, meer of minder geneigd is op een verwijzing aan te dringen. Daarbij wordt ook de persoon van de huisarts betrokken.

7.3.5. De samenhang van de modelvariabelen

In tabel 7.11 (zie volgende pagina) zijn de nulde-orde-correlaties tussen de modelvariabelen weergegeven.

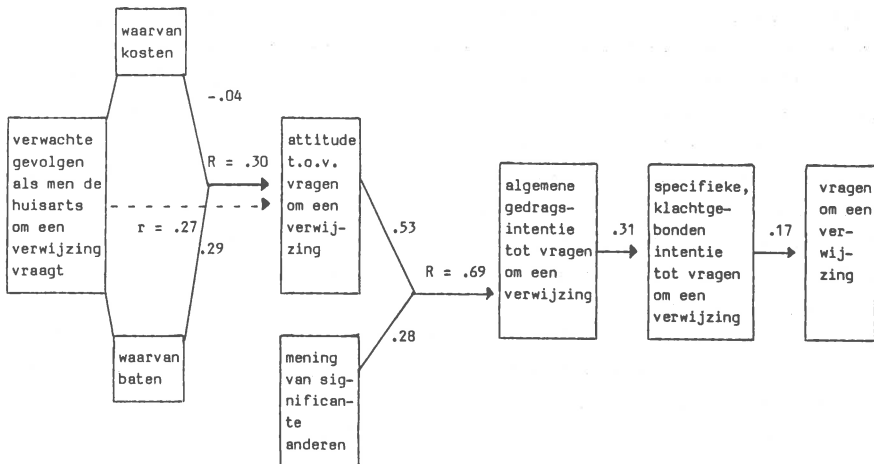
Men lette niet op de correlatie tussen kosten respectievelijk baten en de indirecte attitude: kosten en baten vormen daar immers een onderdeel van.

In figuur 7.1 (zie volgende pagina) zijn de pad-coëfficiënten weergegeven; de volgende toelichting moet daarbij gegeven worden: door de hoge correlaties van kosten respectievelijk baten met de indirecte attitude treedt het probleem van multicollineariteit op, waardoor de coëfficiënten onbetrouwbaar worden. Daarom is de indirecte attitude uit de analyse gelaten; weergegeven is wel de nulde-orde correlatie-coëfficiënt. Andere causale paden dan de in het model veronderstelde bleken niet aanwezig.

Tabel 7.11.: correlatiecoëfficiënten van de modelvariabelen. Trendgroep 1982. Coëfficiënten groter dan .06 zijn significant met $p < .05$

	kosten	baten	indirecte attitude	directe attitude	significante anderen	algemene gedragsintentie	specifieke gedragsintentie	vragen om een verwijzing
kosten	1.00	-.10	.59	-.07	-.02	-.02	-.07	-.06
baten		1.00	.59	.30	.21	.25	.19	.13
indirecte attitude			1.00	.27	.18	.24	.15	.06
directe attitude				1.00	.41	.65	.25	.20
significante anderen					1.00	.50	.19	.11
algemene gedragsintentie						1.00	.31	.19
specifieke gedragsintentie							1.00	.17
vragen om een verwijzing								1.00

Figuur 7.3 : Samenhang tussen de modelvariabelen. Padcoëfficiënten resp. nulde-orde-correlaties. Trendgroep 1982



Opvallend is dat de samenhang tussen de verwachte gevolgen van het aandringen op een verwijzing en de rechtstreeks gemeten attitude ten aanzien van dat gedrag gering is ($r = .27$). Binnen deze totale som van verwachte gevolgen hebben we eerder een kosten- en een batencomponent onderscheiden. De kostencomponent blijkt met de rechtstreeks gemeten attitude nauwelijks een relatie te hebben, de batencomponent wel.

Het centrale belang van de gezondheid (zie b.v. Cassee 1973) wordt hier duidelijk geïllustreerd: hoe men aankijkt tegen een bezoek aan een specialist wordt wel bepaald door de verwachte winst die dat oplevert (gezondheidswinst, goede behandeling, informatie over de aandoening) maar niet door de kosten die dat met zich meebrengt. Hoewel de kosten zoals ze in dit onderzoek onderzocht zijn (tijd, geld, moeite) in de situatie waarin het ziekenhuis er staat bijna per definitie lager liggen dan daarvoor, leidt dat dus niet tot een (nog) positievere houding ten opzichte van de overgang van eerste naar tweede lijn. Uiteraard zijn de in dit onderzoek opgenomen kosten niet de enig denkbare: men denke nog aan zaken als belastende diagnostiek (b.v. stralenbelasting bij röntgenonderzoek), zelden voorkomende maar ingrijpende ernstige kunstfouten, 'somatische fixatie', etc. Deze kosten zijn in het onderzoek niet meegenomen omdat we daarin geen verandering verwachtten; het is echter niet waarschijnlijk dat ze het gevonden patroon in aanzienlijke mate zouden veranderen.

In tabel 7.11 hebben wij de verbanden tussen de variabelen weergegeven. Als we letten op de vrij hoge correlaties tussen zowel de attitude als de subjectieve norm en de 'algemene gedragsintentie', en de lagere correlaties tussen deze variabelen en de 'specifieke gedragsintentie', dan zouden we ons kunnen voorstellen dat de invloed van de attitude en de subjectieve norm op de specifieke gedragsintentie verloopt via een aan de specifieke, klachtgebonden gedragsintentie ten grondslag liggende bredere, algemene intentie om bij de huisarts op een verwijzing aan te dringen. In figuur 7.1. hebben we deze twee 'soorten' gedragsintenties dan ook afzonderlijk en in een causale relatie weergegeven. De relatief hoge correlaties tussen de algemene gedragsintentie en de twee voorliggende variabelen zouden overigens ten dele verklaard kunnen worden door de plaats van deze variabelen in de vragenlijst: ze staan direct achter elkaar. Het is denkbaar dat daardoor een positief antwoord op de vraag wat men vindt van het vragen om een verwijzing in zekere mate 'uitstraalt' naar de direct daarop gevraagde geneigdheid om dit gedrag zelf ook te gaan vertonen.

De correlatie tussen de specifieke gedragsintentie en het feitelijk gedrag is niet erg hoog ($r=.17$). Dat hoeft ons echter in zoverre niet al te zeer teleur te stellen, dat lang niet alle respondenten in de gelegenheid zijn geweest dit gedrag ook te vertonen. Wie in het jaar voorafgaand aan de enquête in het geheel niet bij de huisarts is geweest kon hem uiteraard ook geen wens om verwezen te worden hebben voorgelegd; wie alleen klachten heeft gehad die óf uitgesproken specialistisch waren of zonneklaar niet voor welke verwijzing dan ook in aanmerking kwamen heeft, ondanks een eventuele sterke gedragsintentie, feitelijk geen gelegenheid gehad om op een verwijzing aan te dringen. Wat betreft het bezoek aan de huisarts kunnen we wel een zekere correctie aanbrengen: de respondenten is gevraagd op te geven hoeveel contacten zij de laatste drie maanden met de huisarts hebben gehad. De correlatie tussen gedragsintentie en gedrag voor die personen die één of meer contacten met de huisarts hebben gehad is echter niet hoger dan voor de gehele groep.

De algemene conclusie t.a.v. de samenhangen tussen de modelvariabelen is dat zij significant maar niet zeer hoog zijn. De centrale waarde van gezondheid wordt bevestigd; men is niet veranderd in zijn intentie om te vragen om een verwijzing: de enige component in het model die door de komst van het ziekenhuis is veranderd (kosten) hangt hiermee niet samen.

Voordat wij verder gaan met de analyse van de modelvariabelen, hun onderlinge samenhang en de vraag of het ziekenhuis op deze variabelen differentiële effecten heeft gehad, geven we eerst een overzicht van de andere variabelen in het bevolkingsonderzoek en van essentiële veranderingen daarin.

7.3.6. De overige variabelen

7.3.6.1. Achtergrondvariabelen

Van de respondenten is in de achtereenvolgende jaren 44.6, 42.6 en 46.5% van het mannelijk geslacht. In 1982 is 67.3% ziekenfondspatiënt; in de volgende jaren is dat 70.4 respectievelijk 66.3%.

De leeftijdsverdeling van de drie trendgroepen is te vinden in tabel 7.12, de werksituatie in 7.13, de opleiding in tabel 7.14 (zie volgende pagina).

Tabel 7.12.: leeftijd van de respondenten. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
16-24	12.4	14.9	11.8
25-34	32.5	31.4	29.5
35-44	23.8	22.9	23.5
45-54	10.4	11.5	12.3
55-64	13.0	11.5	13.6
65-74	6.7	6.6	7.4
75 plus	1.1	1.3	1.9
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Tabel 7.13.: werksituatie. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
loondienst	40.4	39.1	41.1
vrij beroep, eigen bedrijf	3.3	3.7	4.8
huisvrouw	34.2	35.5	31.7
werkloos	3.7	4.7	4.8
arbeidsongeschikt	7.0	5.7	7.3
gepensioneerd	6.5	5.3	6.8
studerend, scholier	4.9	6.0	3.4
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Tabel 7.14.: hoogst genoten opleiding. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
lager, VGLO, LAVO	20.1	18.0	20.5
ULO, MAVO	48.7	49.9	43.9
middelbaar, MBO	20.7	22.3	24.0
HBO	7.7	7.8	10.3
universiteit	2.8	2.1	1.3
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

7.3.6.2. Andere variabelen

Om een indruk te krijgen hoeveel tijd respectievelijk moeite men moet doen voor een bezoek aan huisarts of specialist, is de respondenten gevraagd subjectief aan te geven hoe men daarover dacht. Wij hebben afgezien van een poging om de tijd die doktersbezoek kost exact te meten: het is twijfelachtig of de respondenten hierover betrouwbare informatie kunnen geven, terwijl bovendien de subjectief ervaren tijdsbesteding zwaarder zal meetellen bij een besluit tot doktersbezoek dan de objectieve. De resultaten staan in tabel 7.15 en 7.16.

Tabel 7.15.: subjectief ervaren tijd voor bezoek aan huisarts en specialist. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82		'83		'84	
	huis- arts	specia- list	huis- arts	specia- list	huis- arts	specia- list
heel weinig	10.3	.8	8.5	1.5	9.2	2.3
tamelijk weinig	41.3	2.6	36.4	6.8	33.7	7.7
niet veel, niet weinig	35.7	15.3	36.8	29.3	41.2	33.2
tamelijk veel	11.0	54.6	15.1	49.2	13.5	43.7
heel veel	<u>1.7</u>	<u>26.6</u>	<u>3.2</u>	<u>13.2</u>	<u>2.4</u>	<u>13.0</u>
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Tabel 7.16.: moeite om tijd vrij te maken voor een bezoek aan huis-arts en specialist. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82		'83		'84	
	huis-arts	specia- list	huis-arts	specia- list	huis-arts	specia- list
heel weinig	38.3	23.0	38.3	29.0	39.2	28.5
tamelijk weinig	32.7	27.9	28.6	28.7	27.7	26.8
niet veel, niet weinig	19.5	21.1	20.3	22.8	21.4	22.9
tamelijk veel	7.9	22.3	11.0	16.0	9.8	18.1
heel veel	1.6	5.3	1.0	3.5	1.8	3.7
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ook na de komst van het ziekenhuis blijft een bezoek aan de specialist aanzienlijk meer tijd vergen dan een bezoek aan de huisarts. Men moet ook meer moeite doen om tijd vrij te maken voor een bezoek aan de specialist, al zijn de verschillen hier kleiner.

De mening over het 'verwijsbeleid' van de huisarts is te vinden in tabel 7.17 (zie volgende pagina).

Er is, bij gelijkblijvend verwijscijfer van de huisartsen, een lichte daling ontstaan van het percentage mensen dat meent dat de huisarts te laat verwijst. 'Verwijzen' was vóór de komst van het ziekenhuis, volgens de mening van de huisartsen die wij daarover spraken, een nogal beladen onderwerp, gecombineerd met de angst om in noodgevallen niet op tijd in het ziekenhuis te zullen komen. In 1982 vond slechts 4% het 'niet vervelend' dat er in Lelystad geen ziekenhuis was; de belangrijkste reden dat men het vervelend vond was 'in noodgevallen kun je niet op tijd in het ziekenhuis zijn' (36%). Het simpele feit dat het ziekenhuis er is heeft blijkbaar een stukje scepsis onder de bevolking weggenomen. Hiermee in overeenstemming is een toegenomen tevredenheid met de huisarts, zoals tabel 7.18 laat zien (zie volgende pagina).

Tabel 7.17.: mening over het verwijzen door de huisarts. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
mijn huisarts verwijst soms wel eens wat te vlug	.6	.8	1.0
mijn huisarts verwijst op het goede moment	70.8	74.8	75.6
mijn huisarts wacht soms wel wat lang met verwijzen	28.6	24.4	23.4
geen mening	(31.1)	(29.3)	(24.6)

Tabel 7.18.: tevredenheid met de huisarts. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
ontevreden	1.9	1.3	1.1
niet zo tevreden	5.4	4.9	4.1
tamelijk tevreden	15.9	11.6	13.8
tevreden	37.3	38.8	33.4
zeer tevreden	24.5	26.5	30.2
buitengewoon tevreden	15.1	16.9	17.4
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Het heeft er alle schijn van dat de tevredenheid met de huisarts, behalve door het functioneren van de huisarts zelf, mede bepaald wordt door de tevredenheid met de gezondheidszorg als geheel: nu Lelystad een ziekenhuis rijk is straalt het daarmee gepaard gaande toegenomen gevoel van 'veiligheid' enigszins af op de huisarts (met deze formulering bedoelen we uiteraard niet te zeggen dat de huisarts deze extra tevredenheid niet zou 'verdienen'; we hadden ook kunnen zeggen dat een stukje van de onverdiende tevredenheid met de

huisarts door de komst van het ziekenhuis is weggenomen).

Als een wellicht met de neiging om zelf op een verwijzing aan te dringen samenhangende variabele is de respondenten gevraagd aan te geven wie volgens hen moet beslissen over de vraag of de patiënt naar de specialist moet. De antwoorden staan in tabel 7.19.

Tabel 7.19.: wie er moet beslissen of je naar de specialist moet. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
uitsluitend de huisarts	4.3	7.1	5.2
huisarts, in overleg patiënt	74.9	73.9	72.7
patiënt, in overleg huisarts	19.2	17.1	21.2
uitsluitend patiënt	.7	.7	.6
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

We zien een vrijwel gelijkblijvend antwoordpatroon, waarin het onderling overleg centraal staat.

Tot slot geven we enige informatie over de subjectief ervaren gezondheidstoestand en de in de bevolkingsenquête gevraagde medische consumptie.

Tabel 7.20.: subjectief ervaren gezondheid. Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
slecht	1.3	.7	1.0
niet zo best	5.8	4.6	4.0
gaat wel	19.0	20.4	22.5
goed	54.6	49.9	52.5
heel goed	19.3	24.4	20.0

Tabel 7.21.: aantal bezoeken aan of van de huisarts in de laatste drie maanden trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten.

	'82	'83	'84
geen	44.7	44.0	46.0
1	28.9	32.0	30.3
2	13.4	13.9	12.2
3 of 4	10.0	7.0	9.9
5 of 6	1.7	1.7	.8
meer dan 6	1.2	1.4	.7
	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Tabel 7.22.: thans onder behandeling van een specialist? Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
ja	24.2	25.4	28.0
nee	75.8	72.0	72.0

Tabel 7.23.: laatste 12 maanden contact gehad met specialist? Trendgroepen '82, '83 en '84. In procenten

	'82	'83	'84
ja	36.5	40.9	42.6
nee	63.5	59.1	57.4

In deze tabellen zien we de in eerdere hoofdstukken duidelijk geworden trend terug: de consumptie in de eerste lijn blijft constant, terwijl die in de tweede lijn toeneemt.

Opvallend is dat naast de (bescheiden) toename van de poliklinische consumptie ook van een toename van de klinische consumptie sprake is: het percentage respondenten dat in het jaar voorafgaande aan de

enquête is opgenomen is in de verschillende jaren resp. 8.5, 10.2 en 13.4. Een forse stijging, vergelijkbaar met wat we eerder op basis van RZZ- en LISZ-materiaal constateerden.

7.3.7.: De onderlinge relaties tussen de modelvariabelen voor verschillende subgroepen

In deze paragraaf zullen wij ons bezighouden met de vraag of de in 7.3.5. vastgestelde onderlinge samenhangen tussen de modelvariabelen in het model van Ajzen en Fishbein gelden voor de totale populatie, of dat voor verschillende subgroepen verschillende verbanden kunnen worden geconstateerd. Het is immers denkbaar dat, om een voorbeeld te geven, de te verwachten kosten die met een verzoek om een verwijzing gepaard gaan voor mensen met een slechtere gezondheid een minder belangrijke rol spelen bij het totstandkomen van hun attitude ten aanzien van dit gedrag, dan bij gezondere mensen. Voor wie klachten over zijn gezondheid heeft spelen kosten geen rol; als je daarentegen gezond bent, ben je wellicht geneigd je opvattingen eerder door kosten dan door (op dat moment niet noodzakelijke) baten te laten bepalen.

Wij hebben de nulde-orde correlaties tussen de modelvariabelen voor de volgende subgroepen berekend: goede versus niet goede gezondheid; mannen versus vrouwen; personen jonger dan 45, tussen 45 en 64, en ouder dan 64; ziekenfondspatiënten versus particuliere patiënten. De correlaties werden voor alle drie de onderzochte jaren afzonderlijk vastgesteld. Een enkele maal zien we daarbij fluctuaties van jaar tot jaar. Zo bedragen voor de groep met een niet goede gezondheid ($n \approx 185$) de correlaties tussen 'baten' en 'attitude' in de drie jaren respectievelijk .31, .15 en .40, maar de meeste fluctuaties zijn kleiner.

De enige groep voor wie tussen twee modelvariabelen een (enigszins) afwijkende samenhang kon worden vastgesteld is de groep 65-plussers. Bij hen bedraagt de, in de overige groepen afwezige, correlatie tussen de verwachte kosten van het aandringen op een verwijzing en de attitude ten opzichte van dit gedrag achtereenvolgens -.33, .10 (niet significant) en -.22. Gegeven de fluctuatie in deze coëfficiënt en de relatief geringe omvang van de groep ($n \approx 60$) menen wij hieraan geen betekenis te moeten toekennen.

De conclusie luidt dan ook dat de gevonden samenhangen tussen de modelvariabelen in de tijd tamelijk stabiel zijn, althans niet op systematische wijze door de komst van het ziekenhuis worden beïnvloed, en gelden voor de gehele populatie.

7.3.8. De achtergrondvariabelen en het model van Ajzen en Fishbein

In paragraaf 2.6 is al gezegd dat Ajzen en Fishbein een nogal bijzondere plaats toekennen aan 'externe' variabelen. Zij vinden het eigenlijk weinig zinvol om externe variabelen (b.v. persoonlijkheidskenmerken, demografische kenmerken) rechtstreeks te gebruiken om gedrag mee te verklaren; wel is het nuttig om te bezien of dit soort 'achtergrondvariabelen' in staat zijn te verklaren waarom verschillende mensen er verschillende beliefs op na houden, of dat voor hen een andere subjectieve norm geldt.

Nu we gezien hebben dat de onderlinge samenhangen in de componenten van de 'theory of reasoned action' stabiel zijn en voor de gehele populatie gelden, is de volgende stap om te bezien of de overwegingen die aan het vragen om een verwijzing ten grondslag liggen vanuit achtergrondvariabelen verklaard kunnen worden, met andere woorden of we de indirecte attitude ($\sum b \times e$) kunnen voorspellen als we enkele achtergrondvariabelen van de respondent kennen. Hiertoe zijn multiple regressie-analyses uitgevoerd op de indirecte attitude, en afzonderlijk op het kosten- en het batendeel daarvan. In de analyse werden als verklarende variabelen opgenomen: leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand, opleiding, verzekeringsvorm, urbanisatiegraad vorige woonplaats, afkomstig uit Amsterdam of van elders, aantal jaren woonachtig in Lelystad, werksituatie (in dummyvariabelen), burgerlijke staat, c.q. samenlevingsverband (in dummyvariabelen alleen van '83 en '84 (in '82 niet gevraagd)), waardering voor de huisarts, waardering voor de specialist, tevredenheid met de huisarts (van de laatste drie mag men zich overigens afvragen of het hier wel echt 'externe' variabelen betreft: denkbaar is dat de evaluatie van sommige beliefs inhoudelijk gecorreleerd is met de waardering voor huisarts respectievelijk specialist; hetzelfde geldt voor de waarschijnlijkheid waarmee men sommige gevolgen verwacht als men de huisarts om een verwijzing vraagt).

Al deze variabelen tesamen verklaren slechts 4% variantie van de indirecte attitude; bij het kosten- respectievelijk batendeel is dat hetzelfde. De analyses zijn uitgevoerd voor de jaren '82, '83 en '84. Er is niet één variabele die in alle drie de jaren een significante regressie-coëfficiënt heeft op de indirecte attitude of het kostendeel daarvan; slechts de waardering voor de huisarts respectievelijk de specialist heeft in alle jaren een bescheiden invloed op de batendecomponent (de gestandaardiseerde regressie-coëfficiënt bedraagt voor de waardering voor de huisarts respectievelijk -.17, -.10 en -.11, voor de waardering voor de specialist respectievelijk .11, .12 en weer .11). Men kun dus zeggen dat mensen

die een grotere waardering voor de huisarts hebben minder baten verwachten als zij hem om een verwijzing vragen, en mensen die een grotere waardering voor de specialist hebben méér baten. Gezien de hiervoor al gestipuleerde inhoudelijke verwantschap tussen de variabelen geen schokkend resultaat.

De afwezigheid van relaties met andere variabelen betekent dat achtergrondvariabelen niet in staat zijn het geheel aan verwachte gevolgen (waaronder kosten en baten) van het vragen om een verwijzing te verklaren. Er zijn natuurlijk individuele verschillen tussen mensen, maar die worden niet verklaard door leeftijd, geslacht, gezondheid, verzekeringsvorm, etcetera.

Het bovenstaande wil uiteraard niet zeggen dat deze achtergrondvariabelen ook niet in staat zouden zijn de andere variabelen uit het model te verklaren. Als we dat onderzoeken, verlaten we echter de 'theory of reasoned action'. Immers: in de opvatting van Ajzen en Fishbein zijn achtergrondvariabelen (wellicht) van invloed op iemands 'beliefststructuur', maar het is deze beliefststructuur zelf die de attitude vormt, die op zijn beurt ten grondslag ligt aan de gedragsintentie en via deze aan het gedrag. Met hun eventuele invloed op de beliefststructuur is de rol van de achtergrondvariabelen uitgespeeld. Onderzoeken hoe achtergrondvariabelen inwerken op 'verderliggende' modelvariabelen is iets onderzoeken dat er eigenlijk niet zou mogen zijn. Wat dat betreft zijn we in dit onderzoek echter al vaker bedrogen uitgekomen.

Achtereenvolgens hebben wij multiple regressie-analyses met bovengenoemde variabelen verricht op de directe attitude, de algemene gedragsintentie, de specifieke gedragsintentie, en het gedrag zelf. Naast de achtergrondvariabelen zijn ook de in het model aan de criteriumvariabelen rechtstreeks 'voorafgaande' variabelen opgenomen. Bij de variabelen 'indirecte attitude', 'kosten' en 'baten' doet zich het gevaar van multicollineariteit voor: kosten en baten correleren beide ongeveer .60 met de indirecte attitude (uiteraard, want ze vormen er een onderdeel van). Dit is ongeveer de waarde waarbij de regressiecoëfficiënten onbetrouwbaar gaan worden. Daarom is in de regressie-analyses alleen de indirecte attitude opgenomen; gegeven het feit dat wij voor de kosten- en batenc componenten met behulp van achtergrondvariabelen weinig variantie konden verklaren is dit geen probleem.

Regressie op de direct gemeten attitude laat zien dat alleen de indirecte attitude in de drie onderzochte jaren een significante regressiecoëfficiënt heeft (respectievelijk .26, .23 en .22). Andere variabelen hebben in één of een enkele keer twee van de drie

jaren een significante coëfficiënt, maar deze is laag en het significantie-niveau is maar net onder de 5%, zodat we deze als toevalstreffers kunnen beschouwen. Voor de regressie op de algemene gedragsintentie geldt hetzelfde: slechts de in het model hieraan rechtstreeks voorafgaande variabelen 'directe attitude' en 'mening van significante anderen' hebben significante regressiecoëfficiënten (rond respectievelijk .55 en .30).

Van de variantie in de specifieke, klachtgebonden gedragsintentie kunnen we met enkele achtergrondvariabelen méér verklaren. Afgezien van de modelvariabelen 'algemene gedragsintentie' (coëfficiënten rond .30) hebben de waardering voor de specialist (rond .15), en de 'echte' achtergrondvariabelen leeftijd en opleidingsniveau invloed op de intentie om met concreet omschreven klachten de huisarts om een verwijzing naar de specialist te vragen. Zie tabel 7.24.

Tabel 7.24.: multiple regressie op de specifieke, klachtgebonden gedragsintentie. Bèta-coëfficiënten en T-waarden. Trendgroepen '82, '83 en '84

	'82		'83		'84	
	β	T	β	T	β	T
algemene gedragsintentie	.27	7.7	.33	8.9	.27	7.2
werkend	-.22	-2.5	-	-	-	-
waardering specialist	.17	4.6	.18	4.7	.12	3.1
AOW	-.20	-3.0	-	-	-	-
opleiding	-.16	-4.0	-.14	-3.4	-.14	3.0
leeftijd	.23	4.5	.10	2.0	.21	3.8
uit Amsterdam	.18	3.1	-	-	-	-
huisvrouw	-.24	-2.6	-	-	-	-
\bar{R}^2	.22		.21		.16	

Hoe hoger de opleiding, hoe minder men geneigd is op een verwijzing aan te dringen (coëfficiënten rond -.15); hoe hoger de leeftijd, hoe méér men geneigd is het hogerop te zoeken (coëfficiënten wisselend: .23, .10, .21). De coëfficiënten zijn gepartialiseerd, dat wil zeggen dat rekening is gehouden met onderlinge relaties tussen de variabelen. Dat ouderen een slechtere gezondheid hebben, of dat hoger opgeleiden doorgaans gezonder zijn (nulde orde-correlaties res-

pectievelijk .22, .33 en .31) speelt dus geen rol. De invloed van opleiding is rechtstreeks en heeft niet te maken met de aan opleiding gerelateerde verzekeringsvorm.

Opvallend in tabel 7.24 is voorts dat de variabelen 'werkend' en 'huisvrouw' in '82 wèl een significante coëfficiënt hebben, maar na de komst van het ziekenhuis niet meer. Werkenden en huisvrouwen zijn als het ziekenhuis ver weg is minder geneigd op verwijzing aan te dringen; als het ziekenhuis er eenmaal staat is dit verband echter verdwenen. De voor de hand liggende verklaring dat het voor werkenden en huisvrouwen zoveel vervelender consequenties met zich meebrengt om op verwijzing aan te dringen (werkverzuim, zorg voor kinderen) gaat niet op: beide variabelen hadden immers geen relatie met de som van verwachte gevolgen en hun evaluaties, noch met het kosten- respectievelijk batendeel daarvan.

Ex-Amsterdammers zijn in 1982 nog meer 'hospital-minded' dan anderen; als het ziekenhuis er staat onderscheiden zij zich niet meer. Al eerder stelden wij dat de komst van het ziekenhuis heeft geresulteerd in een toegenomen gevoel van veiligheid en tevredenheid met de gezondheidszorg; wij suggereerden daar dat dat 'afstraalde' op de huisarts (men werd tevredener over het verwijsbeleid van de huisarts dat, zoals duidelijk moge zijn, niet veranderde).

Denkbaar is dat juist Amsterdammers het ziekenhuis aanvankelijk sterker misten, resulterend in een bij hen hogere geneigdheid om aan te dringen op een verwijzing. 'Gerustgesteld' door de komst van het ziekenhuis hebben zij deze neiging laten varen.

De negatief significante coëfficiënt in 1982 voor 'AOW' staat waarschijnlijk voor vervoersproblemen die in '83 en '84 zijn opgeheven. In een relatie tussen deze variabelen en het kostendeel van de verwachte gevolgen komt dat echter niet tot uiting.

Tot slot het gedrag waar het allemaal om begonnen is: laten merken dat men naar de specialist wil. De resultaten van een multiple regressie-analyse staan in tabel 7.25 (zie volgende pagina).

Afgezien van enkele variabelen die nu eens wèl, dan weer geen bijdrage leveren zijn het de in het model aan het feitelijke gedrag voorafgaande specifieke gedragsintentie, én de gezondheid van de respondenten die bepalen of men de huisarts heeft laten merken dat men naar de specialist wil (de totale verklaarde variantie is overigens laag: 6 à 11%). Van deze twee heeft de gezondheidstoestand de sterkste invloed. Dat de hoeveelheid verklaarde variantie in deze variabele niet groot is hoeft ons, zoals al eerder gezegd, niet zeer teleur te stellen: het gaat immers om gedrag dat men alleen onder

Tabel 7.25.: multiple regressie op het laten merken dat men naar de specialist wil. Beta-coëfficiënten en T-waarden. Trend-groepen '82, '83 en '84

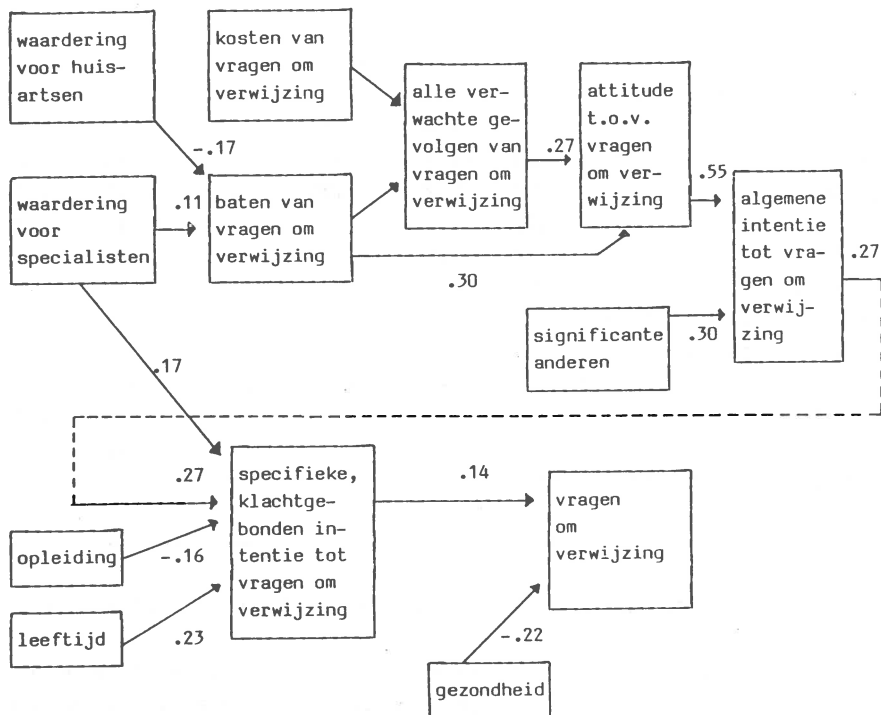
	'82		'83		'84	
	β	T	β	T	β	T
specifieke gedragsin- tentie	.14	3.6	.13	3.0	.12	2.8
tevredenheid huisarts gezondheid	-.08	-2.1	-	-	-.16	-3.8
WAO	-.22	-5.2	-.20	-4.7	-.15	-3.3
leeftijd	.17	2.5	-	-	.19	2.2
werkend	-.19	-3.5	-	-	-	-
aantal jaren in Lelystad	.23	2.4	-	-	-	-
verzekeringsvorm (1 = ZF, 2 = particulier)	-	-	.09	2.2	-	-
AOW	-	-	-.11	-2.6	-	-
opleiding	-	-	-	-	.19	2.1
	-	-	-	-	.12	2.3
\bar{R}^2	.11		.06		.06	

bepaalde omstandigheden, waarin niet iedereen komt te verkeren, kan vertonen.

Om de resultaten van de voorgaande analyses overzichtelijk weer te geven is in figuur 7.2 (zie volgende pagina) het model van Ajzen en Fishbein nogmaals weergegeven, waarbij tevens de invloed van 'externe' variabelen is ingetekend. Dit laatste óók als deze invloed op één van de modelvariabelen 'rechtstreeks' is, dus niet verloopt via het geheel aan verwachte gevolgen en hun evaluaties.

Twee dingen springen in het oog: ten eerste spelen de achtergrondvariabelen leeftijd en opleiding wél een rol, maar niet via de beliefstructuur; ten tweede heeft de gezondheidstoestand de belangrijkste invloed op het al of niet vragen om een verwijzing. Deze invloed is rechtstreeks: niet via de beliefstructuur of één van de andere 'voorafgaande' modelvariabelen. In ronde Nederlandse zinnen gezegd: je mag dan jong en goed opgeleid wezen en daardoor een zekere scepsis ten opzichte van de tweedelijns technologie hebben en niet zoveel waardering voor specialisten, als je gezondheid te wensen over-

Figuur 7.4 : modelvariabelen en 'externe' variabelen, voorzover in alle onderzochte jaren van invloed. Gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten, met uitzondering van de coëfficiënt tussen 'baten' en 'attitude' (nulde orde-correlatiecoëfficiënt). Trendgroep 1982.



laat is dát het enige wat telt, is het beste nog niet goed genoeg, en vraag je je huisarts om een verwijzing.

Niet op alle terreinen van medische consumptie geldt deze uitspraak even sterk. In het al genoemde onderzoek van de Haan, Hoogstraten en ter Horst (1985) bleek de vraag of men zich al of niet voor sanering van het gebit aanmeldde redelijk op basis van rationele overwegingen te voorspellen, waaronder ook een aantal beliefs die als 'kosten' zijn op te vatten (pijn, wachttijd, zenuwen, etc.). Onze uitkomsten wijzen erop dat er wat betreft de gezondheidstoestand in het algemeen slechts één rationaliteit bestaat, die alle andere overwegingen overschaduw: 'als je wat hebt moet je zorgen dat daar zo goed mogelijke medische zorg aan wordt besteed; tijd, geld, moeite (en waar-

schijnlijk ook andere 'kosten') spelen geen rol'. Voor het voorspellen of mensen het in de gezondheidszorg hogerop zoeken heeft de 'theory of reasoned action' dan ook slechts een beperkte bruikbaarheid.

7.3.9. Differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis

Tegen de achtergrond van de laatste zin van de vorige paragraaf is het zoeken naar mogelijke differentiële effecten van de komst van het ziekenhuis een tamelijk troosteloze bezigheid. Want wat leert het ons als we zouden constateren dat groep X 'sterker' heeft gereageerd op de komst van het ziekenhuis dan groep Y (bijvoorbeeld door een sterker toegenomen gedragsintentie), als het vooral de gezondheid van deze groepen is die bepaalt of zij het gedrag waarin wij geïnteresseerd zijn zullen vertonen?

Toch moeten we van deze somberheid iets terugnemen: herhaald zij nog eens dat gewoon niet iedereen in een situatie is komen te verkeren dat vragen om een verwijzing voor hem of haar in aanmerking kwam.

Wij hebben de veranderingen in de modelvariabelen onderzocht voor een beperkt aantal subgroepen: goede versus niet goede gezondheid, mannen versus vrouwen, ziekenfondspatiënten versus particulieren, lager opgeleiden versus hoger opgeleiden, jongeren (<45) versus middelbaren (45-64) versus bejaarden, kort (<6 jaar) in Lelystad wonenden versus langdurig in Lelystad wonenden, ex-plattelanders (incl. forensengemeenten en kleine stadjes) versus ex-stedelingen. Voor deze groepen zijn voor elk van de drie onderzochte jaren de gemiddelde waarden van de modelvariabelen vastgesteld.

Voorzover zich tussen de subgroepen vóór de opening verschillen voordoen (bijvoorbeeld hoe jonger en hoe beter opgeleid, hoe minder geneigd op verwijzen aan te dringen) blijven deze na de komst van het ziekenhuis staan, met één uitzondering. We zagen eerder dat het percentage respondenten dat de huisarts om een verwijzing vroeg niet is gestegen. Bij uitsplitsing naar gezondheidstoestand zien we een differentiële effect: bij gezonden steeg het percentage van 18 naar 22; bij ongezonden daalde het van 42 naar 35. (We kunnen deze ontwikkeling trouwens ook waarnemen aan de afnemende waarde van de β -coëfficiënten voor 'gezondheid' in tabel 7.25). Op andere variabelen zien we geen differentiële effect. Zijn er geen verschillen (de meerderheid van de gevallen) dan komen ze er ook niet. Hoewel het hier een redelijk ruwe manier van analyseren betreft (met onderlinge verbanden tussen de variabelen op grond waarvan de verschillende groepen zijn samengesteld wordt geen rekening gehouden) menen wij dat op grond van deze resultaten geen aanwijzingen zijn te vinden

voor differentiële effecten.

7.3.10. De persoon van de huisarts

In het bevolkingsonderzoek is gevraagd naar de huisarts van de respondenten. Wij achtten dit gegeven van belang om de vraag te kunnen beantwoorden of, als wij zouden vaststellen dat sommige huisartsen in hun verwijspatroon 'sterker' zouden reageren op de komst van het ziekenhuis, deze ontwikkeling weerspiegeld zou worden door een eveneens 'sterkere' reactie aan de kant van de patiënten, bijvoorbeeld door een sterker toegenomen intentie om bij klachten de huisarts om een verwijzing te verzoeken.

Nu van een verandering aan de kant van de huisartsen geen sprake is, is een longitudinale analyse minder zinvol. Wel interessant is het echter om te bezien in hoeverre de centrale variabelen uit ons bevolkingsonderzoek, waarvan we overigens in paragraaf 7.3.8 zagen dat ze slechts in zeer beperkte mate door 'externe' variabelen worden bepaald, verschillen per arts vertonen: wellicht heeft de neiging om op een verwijzing aan te dringen iets met de persoon van de huisarts te maken. Zouden we dergelijke arts-gebonden verschillen in het bevolkingsonderzoek inderdaad aantreffen, dan zou een volgende stap zijn te pogen deze verschillen te verklaren door, althans te relateren aan, verschillen tussen huisartsen wat betreft hun taakopvatting, verwijspatroon, etc.

Nu we hebben aangetoond dat de veranderingen in de tijd gering of te verwaarlozen zijn, hebben wij de analyses waarin naar arts-gebonden verschillen tussen respondenten wordt gezocht verricht over de totale onderzoeksgroep (trendgroepen) van de drie jaren; dit om het aantal patiënten per huisarts op een redelijk peil te houden. Huisartsen die zich pas tijdens de looptijd van het onderzoek gevestigd hebben zijn, vanwege het kleine aantal patiënten per arts, buiten beschouwing gelaten; wij houden daarmee 18 huisartsen over.

Wij hebben per groep patiënten de gemiddelde waarde vastgesteld van de kosten- en batenfactor, de 'indirecte attitude', de attitude, de algemene gedragsintentie, de specifieke gedragsintentie en het feitelijk vragen om een verwijzing. In tabel 7.26 (zie volgende pagina) staan voor de verschillende variabelen weergegeven: de laagste en hoogste voorkomende waarde, de waarden waartussen 80% van de waarnemingen ligt (eerste respectievelijk negende deciel, dit om 'uitbijters' eruit te halen), het totale gemiddelde, en het hoogste en laagste gemiddelde dat wij per huisarts hebben aangetroffen.

Bij de meeste variabelen zien we geen grote verschillen tussen de

Tabel 7.26.: de waarden van de modelvariabelen voor patiënten van verschillende huisartsen (n = 18). Trendgroepen '82, '83 en '84 tezamen

variabele	laag- ste	hoog- ste	80% ligt tus- sen	gemid- delde	laag- ste gem.	hoogste gem.
* kosten	- 63	0	-46 en	- 6	-23.7	-26.8
* baten	- 72	84	31 en	68	49.3	46.5
* indirecte attitude	-107	110	2 en	66	34.8	31.5
* directe attitude	4	28	14 en	27	21.5	20.6
* algemene intentie	1	7	2 en	7	5.3	5.1
* specifieke intentie	0	8	0 en	8	3.5	3.2
* vragen om ver- wijzing	0	1	- en	-	.25	.17

groepsgemiddelden van patiënten van verschillende huisartsen, met uitzondering van de specifieke gedragsintentie. De score van 4.9 op deze variabele is echter een uitbijter: het op één na hoogste groepsgemiddelde is 4.1.

Evenmin als (andere) achtergrondvariabelen is dus de individuele huisarts als variabele in staat de variantie in de verschillende modelvariabelen te verklaren.

7.3.11. Samenvatting

Met behulp van postenquêtes werd onderzocht of de komst van het ziekenhuis in Lelystad geleid heeft tot veranderingen in de opvattingen van de bevolking over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn en in de geneigdheid om, als men klachten heeft over de gezondheid, bij de huisarts aan te dringen op een verwijzing.

Stabiliteit overheerst; men kan zeker niet stellen dat de Lelystadse bevolking meer 'hospital-minded' is geworden. Wat dat betreft stemmen de resultaten overeen met het onderdeel over het verwijzen door de huisarts, waar evenmin een verandering werd geconstateerd.

Met het ziekenhuis lijkt een toegenomen gevoel van 'veiligheid' naar

Lelystad gekomen te zijn, resulterend in een grotere tevredenheid met de huisarts en diens (onveranderde) verwijsbeleid. Wellicht is daarin één van de oorzaken van de uitgebleven verandering ten gunste van de tweede lijn te vinden. In hun preferentie voor huisarts of specialist blijken mensen niet voor óf de één óf de ander te kiezen; ze hebben voor beiden een zekere waardering, die los staat van de waardering voor de ander. Toepassing van de 'theory of reasoned action' van Ajzen en Fishbein op het domein van verwijzingen waarom door de patiënt is gevraagd leverde in die zin bescheiden resultaten op dat er in de gezondheidszorg slechts één rationaliteit lijkt te bestaan: 'als je gezondheid te wensen overlaat moet je de best mogelijke behandeling zien te krijgen'. Deze rationaliteit geldt op 20 of 30 kilometer van een ziekenhuis even sterk als wanneer het ziekenhuis binnen handbereik is: tijd, geld, moeite spelen geen rol. Bij de beslissing om het 'hogerop te zoeken' spelen achtergrondvariabelen geen of een bescheiden rol; hetzelfde geldt voor de persoon van de huisarts.

8. RESULTATEN: SAMENWERKING HUISARTS-SPECIALIST

Eind 1984 zijn ten behoeve van dit onderzoek interviews gehouden met 6 huisartsen uit Lelystad en 6 specialisten van het Zuiderzeeziekenhuis. Doel was het verzamelen van kwalitatieve gegevens ten aanzien van de samenwerking zoals die tussen huisartsen en specialisten in Lelystad gegroeid was.

De situatie op dat moment kan globaal als volgt geschetst worden: de twee overzichtelijk kleine groepen uit de eerste- en tweedelijns kenden elkaar inmiddels zowel wat werkwijze betreft als op informele wijze. Wekelijks kon men elkaar treffen op de donderdagmiddag bijeenkomst in het Zuiderzeeziekenhuis waar, na het praatje (afwisselend door huisarts en specialist) gelegenheid tot informeel contact en patiënt-overleg was. Daarnaast werd er één maal per maand een langer durende avondbijeenkomst georganiseerd. Op één van deze thema avonden was één jaar voor deze interview-periode het onderwerp: de relatie tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg in Lelystad. Belangrijkste wensen ten aanzien van de samenwerking werden verwoord door de huisartsen.

Het waren: - bij verwijzing moet er redelijk snel een afspraak gemaakt kunnen worden;

- de specialisten moeten meer nota nemen van de vraagstelling bij verwijzingen en die beantwoorden in de ontslagbrief;
- de berichtgeving van de specialist moet sneller gaan, bij ontslag maar ook bij onverwachte/dramatische ontwikkelingen;
- specialisten moeten niet zonder reden onnodig blijven controleren, maar terugverwijzen;
- specialisten moeten niet doorverwijzen tenzij bij onverwachte/dramatische ontwikkelingen of binnen het kader van de vraagstelling.

De specialisten waren het eens met de door huisartsen geuite wensen, maar wezen erop dat veel van de problemen worden veroorzaakt door de slechte interne organisatie van het Zuiderzeeziekenhuis; onvoldoende medische kennis bij de leiding van het Zuiderzeeziekenhuis, een slecht functionerend centraal afsprakenbureau.

Daarnaast hadden de specialisten complementaire kritiek op de huis-

arts:

- betere vraagstelling;
- niet te lang zelf doorbehandelen;
- moeilijke telefonische bereikbaarheid van huisartsen.

Ongeveer een jaar later, in de interviewperiode, werd een tweede thema-avond aan dit onderwerp gewijd. Men was het erover eens dat er in dat jaar weinig verbeterd was, met name de situatie in het Zuiderzeeziekenhuis was slecht zowel wat interne organisatie, afsprakenbureau als werkomstandigheden betreft.

Ook in de interviews met huisartsen en specialisten werden de problemen in het Zuiderzeeziekenhuis op dat moment veelvuldig genoemd. Veel specialisten waren al vertrokken, stonden op het punt te vertrekken, of zouden niets liever willen als ze de kans hadden.

De werkdruk was voor sommige specialisten zo hoog dat ze geen tijd hadden voor welke vorm van contact/overleg/samenwerking met de huisarts dan ook. Andere specialisten vonden hier nog wel tijd voor maar ook bij hen waren de interne ziekenhuisproblemen dominant.

Zoals een van de huisartsen zei: 'Vroeger praatte je in het overleg met de specialisten over patiënten, nu over de moeilijkheden in het Zuiderzeeziekenhuis' en 'de motivatie voor samenwerking, van specialisten die weg willen, is natuurlijk laag en van huisartsen die weten dat bepaalde specialisten weggaan of weg willen, ook. Je hebt dan weinig zin om iets extra's te doen'.

De specialisten erkennen ook dat de interne moeilijkheden in het Zuiderzeeziekenhuis repercussies hebben voor de samenwerking van huisartsen en specialisten: 'je bent blij als je een avond niet aan het Zuiderzeeziekenhuis hoeft te denken. Dat is voor de huisartsen ook heel vervelend, nu je langzamerhand een vertrouwensrelatie krijgt: dan kunnen we straks opnieuw beginnen'.

Het beleid van de huisartsen was tot dat moment gericht op geleidelijke verbeteringen in de samenwerking met de specialisten. Men was gezien de ontwikkelingen destijds in Hoogeveen (Swinkels en Dopheide, 1982) vooral beducht voor moeilijkheden op het terrein van de taakafbakening. Vooral nog werd eerder aan verbeteringen in de sfeer van het informeel contact gedacht dan aan werkafspraken, protocollen e.d.

Over het beleid van het Zuiderzeeziekenhuis ten aanzien van de eerste lijn, laten de huisartsen zich sceptisch uit: 'het zou meer poliklinisch kunnen', 'de overcapaciteit in bedden en specialisten geeft overproductie', 'men is terughoudend in verband met het eco-

nomisch belang van het Zuiderzeeziekenhuis'.

De specialisten zijn positiever over de verhouding poliklinisch-klinisch 'die ligt heel scheef richting poliklinisch' en over de opnameuur 'bijvoorbeeld bij interne geneeskunde is die 14 dagen, terwijl het landelijk 19 dagen is. Maar dat is niet het beleid van het Zuiderzeeziekenhuis, maar van de dokters!' Tegenwerking van de directie hierbij wordt bevestigd.

Bijeenkomsten van huisartsen en specialisten

Wekelijks kunnen huisartsen en specialisten elkaar treffen op de donderdagmiddag-bijeenkomst in het Zuiderzeeziekenhuis. Na een korte inleiding door een specialist of een huisarts (10 min.) en discussie (15 min.) is er de mogelijkheid tot individueel overleg tussen huisarts en specialist.

De opkomst van de huisartsen is beter dan van de specialisten. 'Vooral de laatste tijd loopt de animo van de specialisten terug; bijvoorbeeld internisten en chirurgen zie je bijna niet meer'. Eén van de huisartsen geeft de volgende schatting van de opkomst: '60-70% van de huisartsen is aanwezig, van de specialisten druppelt 40-50% in en uit'.

Het individuele patiëntenoverleg wordt dus meer bepaald door de toevallige aanwezigheid van een specialist en bovendien 'is het nu maar hoe brutaal je bent of je een specialist te spreken krijgt'. De PHV wil dit individuele overleg daarom meer structureren, bijvoorbeeld door op te splitsen in consultatiegroepjes.

De specialisten geven zelf ook aan dat het moeilijk is aanwezig te zijn op de donderdagmiddag-bijeenkomst: 'de werkdruk is groot', 'de poli is op dezelfde tijd' of 'de poli loopt chronisch uit doordat de praktijkgrootte enorm is toegenomen'.

Eénmaal per maand zijn er dinsdagmiddag- en donderdagmiddag-bijeenkomsten die voorbereid worden door een huisarts en een specialist samen. De huisartsen komen hier veel, maar bij de specialisten loopt het de laatste tijd aanzienlijk terug. Men vindt ook deze avonden te grootschalig voor een goed informeel contact tussen huisarts en specialist.

Naast deze bijeenkomsten geven de oncologiebesprekingen de mogelijkheid tot overleg tussen huisartsen en specialisten. Huisartsen gaan soms naar deze besprekingen als het over één van hun patiënten gaat.

Berichtgeving

De specialisten noemen de kwaliteit van de verwijsbrieven van de

huisartsen wisselend van redelijk tot heel goed. 'De meeste huisartsen in Lelystad schrijven hele goede brieven. Uit de polder is dat heel anders: de verwijzingen zijn veel later en de brieven veel minder gedetailleerd. Die huisartsen behandelen veel meer zelf en doen minder aan administratie'.

Over de berichtgeving van de specialist van het Zuiderzeeziekenhuis zijn de huisartsen wat de kwaliteit betreft ook wisselend tevreden: de ene specialist beantwoordt de vraagstelling niet of te summier, een ander beantwoordt de vraagstelling wel en 'de KNO-artsen schrijven weer veel te lange brieven'.

Maar ook een compliment: 'als ik zelf te vaag ben in mijn vraagstelling bellen vooral de internisten op om te vragen wat ik nou wil. Dat is erg goed'.

Zowel huisartsen als specialisten hebben kritiek op de trage afwikkeling van de berichtgeving van de specialisten. Specialist: 'Er is een enorme papieren rompslomp. Het tikwerk loopt soms 8 weken achter'. Volgens hen wreekt zich ook hier de centrale organisatie. De brieven worden uitgetikt door mensen die de terminologie van het specialisme niet kennen waardoor de correctie van de gedicteerde brieven extreem veel tijd kost.

Een huisarts zegt daarover: 'Dat kan erg lastig zijn, als het maanden duurt, want dan komt de patiënt weer bij de huisarts en die weet dan van niks en dan moet je toch weer gaan opbellen'.

Telefonische consultatie

Telefonische consultatie door de huisarts van de specialisten in het Zuiderzeeziekenhuis komt voor, maar wordt nogal tegengewerkt door de moeilijke telefonische bereikbaarheid van de specialisten. Als het telefonisch contact lukt dan is het met sommige specialisten goed consulteren, met anderen niet: 'sommige specialisten zijn bijzonder communicabel en gemotiveerd. Die leer je ook beter kennen. Andere specialisten hebben er de ziekte over in of zeggen zeker "stuur maar", die bel je dus niet meer en je verwijst dan ook minder naar hen'.

Een specialist zegt dat hij wel eens door een huisarts gebeld wordt voor een consult, maar dat een probleem is dat het vaak uren duurt voor de status van de patiënt boven water is, vooral als de patiënt ook bij een andere specialist in behandeling is. Het centrale statussysteem is een enorme belemmering voor goede telefonische consultatie.

Het telefonisch contact is meestal eenrichtingsverkeer: het komt maar weinig voor dat specialisten de huisarts bellen: 'Er was een duidelijke stijging vorig jaar nadat daar afspraken over gemaakt waren, maar dat is daarna weer helemaal ingezakt'.

De specialisten erkennen de moeilijke telefonische bereikbaarheid en het feit dat ze zelf de huisarts weinig bellen. 'Puur tijdgebrek. Als er niets tussen komt heb ik 10 minuten per patiënt: in die tijd kan ik niet ook nog eens de huisarts bellen'.

Protocollen

Specialisten en huisartsen in Lelystad hebben geen gezamenlijke behandelprotocollen. De meningen daarover zijn verdeeld: de één zou het wel willen 'ik weet nu, na opname, niet wat er gebeurt als ik er niet zelf achteraan ga'; anderen zijn tegen: 'de samenwerking kan er zelfs door geschaad worden; hoe meer protocol, hoe minder het nodig zal zijn elkaar te zien'. Toch worden de eerste stappen in de richting van behandelprotocollen door enkele specialisten gezet.

De rol van de huisarts in het ziekenhuis

De huisartsen vinden dat ze weinig grip hebben op wat er met een patiënt, die opgenomen is, gebeurt. Meestal bepaalt de specialist dat en beperkt de rol van de huisarts zich tot friendly visiting en uitleggen wat de specialist heeft gezegd. 'Maar voor de patiënt is dat toch erg belangrijk en een enkele keer kun je een coördinerende rol hebben'.

Het gebeurt zelden dat de huisarts bericht krijgt als de toestand van een patiënt verslechtert, en ook het geven van belangrijke informatie gebeurt meestal door de specialist, zonder voorafgaand overleg met de huisarts. 'Meestal vertelt de specialist het, maar vaak zodanig dat de patiënt het van mij nog eens wil horen in begrijpelijke taal'.

Een grote belemmering voor de huisartsen is het feit dat ze geen toegang hebben tot de statussen van de opgenomen patiënten: 'zo blijf je dus weer buitenstaander, want op het moment dat je je patiënt bezoekt heb je de laatste gegevens niet. Dat is tekenend voor de rol van de huisarts in het Zuiderzeeziekenhuis'.

De specialisten voelen de behoeften van de huisarts om een rol te blijven spelen als hun patiënt is opgenomen, maar zijn daar soms huiverig voor: 'ik heb er bezwaar tegen als een huisarts het heeft over "mijn" patiënt, alsof wij (specialist) geen patiëntenbehande-

ling kunnen doen'. De patiënt komt met evenveel vertrouwen bij mij als bij de huisarts. Dat is bij de huisarts te sterk ontwikkeld, in Lelystad méér dan elders: die absolute claim van de huisarts'.

Een andere specialist vindt dat de verantwoordelijkheid voor een opgenomen patiënt bij de specialist ligt en betreft daarom de huisarts niet in de behandeling, ook niet voor het doen van belangrijke mededelingen: 'Dan verlang je wel erg veel van de huisarts. Ik vind niet dat de patiënt als hij is opgenomen, ook de patiënt van de huisarts blijft. De huisarts blijft de huisarts van het gezin'.

Een uitzondering in deze groep specialisten is degene die de begeleiding van een opgenomen patiënt samen met een huisarts blijft doen, net zoals in de tijd dat de patiënt nog poliklinisch werd behandeld.

Verwijsbeleid van de huisartsen

De specialisten zijn het er over eens dat de huisartsen in Lelystad zeer scherp verwijzen. Het komt bijna niet voor dat patiënten naar de mening van de specialisten te vroeg verwezen zijn, eerder erg laat. Ze merken wel een verandering in het verwijzen van de huisarts vergeleken met de begintijd: de huisarts verwijst nu niet méér, maar eerder.

'Ik geloof dat een aantal verwijzingen niet tot stand komt door overleg, dat voor een heel groot deel niet resulteert in 'n verwijzing, en maar voor een heel klein deel wel. Het is bekend dat in de interne praktijk een enorm aantal patiënten zit "die niks hebben", maar bij mij is dat niet een meerderheid. De meerderheid heeft wel wat en dat betekent al dat er goed verwezen wordt. Dat blijkt ook uit het aantal ingrepen per verwijzing'.

'Het verwijscijfer is nu nog niet gestegen, maar als er een stijging komt dan verwacht ik dat dat heel langzaam zal gebeuren. Het gemak van het ziekenhuis moet doorsiepen in je verwijsgedrag. Dat gebeurt niet in de eerste 2, 3 jaar'.

De huisartsen zeggen ook dat ze niet door de komst van het Zuiderzeeziekenhuis méér zijn gaan verwijzen, 'de grootste verandering is niet de komst van het Zuiderzeeziekenhuis, maar de veranderende bevolkingsopbouw. Vroeger kwamen hier gezonde jonge echtparen, die hier wat kinderen kwamen baren en die verder niet zoveel medische hulp nodig hadden'.

'Nu komen hier vooral de inactieven met al hun problemen op lichame-

lijk en psychisch vlak. Dat het een bewerkelijker volkje is dat is duidelijk. Het type patiënt is natuurlijk belangrijker voor je praktijkvoering dan hoever het ziekenhuis van je bed af is. Oude mensen met makken, hebben meer verwijzingen nodig'.

Niet alleen de veranderingen in de bevolkingsopbouw maar ook de snelheid waarmee dat gebeurt, wordt door de huisartsen gezien als een verwijzingenbevorderende factor: 'Als huisarts verwijs je nieuwkomers sneller. Jij kent ze niet en zij kennen jou niet. In het eerste jaar staan nieuwe patiënten elke dag op de stoep en vooral de Amsterdammers eisen snel een verwijzing of gaan zelf naar het ziekenhuis, en ze willen ook jarenlang bij de specialist blijven'. Hierbij komt nog dat de interne migratie in Lelystad van oudere naar nieuwe wijken, hoog is. Voor de huisartsen, die wijkgebonden werken, betekent dit een continue verschuiving in het patiëntenbestand.

Deze twee factoren, de snel en sterk wisselende patiëntenpopulatie met zijn grotere medische consumptie in het eerste jaar in een nieuwe huisartspraktijk en de grotere behoefte aan specialistische hulp van de ex-Amsterdammers, zijn voor de huisartsen de meest opvallende veranderingen van de laatste jaren in Lelystad. 'Ik ben coulanter geworden, ben meer gaan verwijzen als de patiënt erop staat verwezen te worden. Niet vanwege het Zuiderzeeziekenhuis, maar om conflicten met de patiënten uit de weg te gaan, vooral bij Amsterdammers'.

Onderlinge doorverwijzing van specialist naar specialist

De huisartsen vinden dat de specialisten in het Zuiderzeeziekenhuis veel onderling doorverwijzen: 'zelfs als je expliciet hebt vermeld - stuur de patiënt terug na dit onderzoek, want ik heb een heel dossier van hem en dat hoeft niet allemaal opnieuw. Dan gebeurt dat toch, dan zijn ze dat vergeten. Het is geen kwade wil bij de meesten, denk ik'.

Volgens de huisartsen is daar geen verbetering in te krijgen, slechts een enkele specialist stuurt de patiënt eerst naar de huisarts terug. 'Maar ik denk dat als je het gaat vergelijken met het milieu waaruit de specialisten komen, dat het dan minder is dan op de academische ziekenhuizen'.

Ook de specialisten zelf noemen het feit dat de meesten van hen als enige ervaring een opleiding in een academisch ziekenhuis achter de rug hebben, als verklaring voor het veel voorkomen van onderlinge doorverwijzing. 'Inderdaad zijn er hier in het Zuiderzeeziekenhuis specialisten die heel snel een consult bij een collega doen'.

Genoemd wordt ook dat het eerst weer terugsturen van de patiënt naar de huisarts, een stap extra voor de patiënt betekent.

Verlengingsverwijzingen

De huisartsen vinden dat het percentage verlengingsverwijzingen hoog ligt: 'Dat is een euvel van dit ziekenhuis, als je daar eenmaal in zit blijft het jaren doordreunen. Sommige van ons zijn al zo ver gegaan om niet te tekenen, als die verwijskaart komt zonder goede brief of motivatie erbij. Maar beter is natuurlijk om eerst te overleggen. Het is een continu gevecht maar we denken dat als de samenwerking beter is, dat dit ook opgelost is. Dat merk je nu ook bij de specialisten die ons goed kennen, die hebben het vertrouwen dat de huisarts op tijd weer terugverwijst'.

Een van de huisartsen schat dat hij een kwart van de kaarten terugstuurt omdat verlenging complete onzin is. Het probleem is dan dat de specialist al tegen de patiënt heeft gezegd dat hij terug moet komen of dat de patiënt al weer bij de specialist is geweest. De kaart wordt achteraf aangevraagd: 'Als ik hem dan weiger, krijgt de patiënt de rekening. Dus dan ben je wel verplicht hem te geven, zeker in deze wijk met geweldige sociale problematiek'.

De huisartsen hebben wel begrip voor de specialisten, omdat deze de patiënten en de huisartsen nog maar zo kort kennen. Ze weten nog niet wat een huisarts kan, want dat verschilt behoorlijk. De specialisten denken ook dat de onbekendheid met de patiënten en met de mogelijkheden van de huisartsen een belangrijke oorzaak is van het hoge percentage verlengingsverwijzingen*.

'Eén jaar in een (interne) praktijk zitten, als patiënt, is voor een heleboel ziektes niet zo gek lang: je moet nog wat langer spelen met zo'n patiënt, voordat je weet of hij weg kan. En, wat niet onbelangrijk is, je moet méér weten over de kwaliteit van de huisarts. Dat begint, bij mij althans, pas geleidelijk aan te komen'.

Ook het feit dat de ziekenhuisstaf relatief jong en onervaren is, zien de specialisten als verklaring: veel behoefte om zelf de controle in handen te houden.

De specialisten verwachten dat het percentage in de loop van de tijd zal afnemen: 'je wordt practischer. In het begin was je nog helemaal

* Het moge duidelijk zijn dat onze eigen verwijsregistratie voor een gestegen percentage verlengingsverwijzingen géén aanwijzingen geeft.

doordrongen van de mooie idealen die je tijdens je opleiding had meegekregen; die laat je moeilijk los'.

Volgens een specialist worden de controletijden ook langer door het vele poliklinisch werken 'je weet meer van een patiënt die één week in het ziekenhuis is geweest dan van een patiënt die een half jaar gevolgd wordt'.

Veranderingen door de komst van het Zuiderzeeziekenhuis

Belangrijkste verandering die door de huisarts genoemd wordt, is dat door de komst van het Zuiderzeeziekenhuis het gevoel van veiligheid bij huisartsen en patiënten enorm is toegenomen.

De drempel om te verwijzen is lager maar dit betekent volgens de huisarts niet dat ze nu veel meer verwijzen: 'Vroeger nam je meer risico's, maar misschien is het verschil wel dat je toen onder hogere spanning werkte en meer onder druk gezet werd door de patiënten, en dat je nu rustiger werkt, er meer tijd voor uittrekt en daardoor minder hoeft te verwijzen'.

'Het werk is ontspannener geworden door de snelle bereikbaarheid van het Zuiderzeeziekenhuis. Ik voorkom nu verwijzingen door in het bijzijn van de patiënt te consulteren'.

'Je hoeft soms niet te verwijzen door eerst eens met de specialist op de donderdagmiddag-bijeenkomst te praten. Terwijl ik juist verwachtte dat ik allerlei verwijzingen moest gaan tegenhouden'.

Een huisarts zegt meer bevellingen thuis te durven doen nu het ziekenhuis er is.

Belangrijk voordeel van de nabijheid van het Zuiderzeeziekenhuis is dat de huisartsen de specialisten persoonlijk kennen: 'het persoonlijk contact met de specialisten, daar was vroeger geen beginnen aan. Nu heb je daardoor het gevoel dat je hier meer grip op de zaak hebt'. Dit laatste wordt ook bevorderd doordat de huisartsen nu alle gelegenheid tot patiëntenbezoek in het ziekenhuis hebben 'je bent daardoor meer bij de opgenomen patiënt betrokken'.

De huisartsen denken wel dat ze meer gebruik maken van de diagnostische mogelijkheden en de patiënten vragen daar nu ook eerder om nu het dichterbij kan. Het EHBO-werk is voor de huisartsen wat afgenomen, ondanks de afspraak dat het Zuiderzeeziekenhuis geen eerste hulp zou geven.

9. CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Te zeggen dat de opening, in september 1982, van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad geen gevolgen heeft gehad voor de medische consumptie in de regio is niet juist. Integendeel: de klinische consumptie (financieel gezien een uiterst belangrijk onderdeel van de totale medische consumptie) heeft een aanzienlijke stijging laten zien. Voor de poliklinische consumptie hebben wij aanwijzingen dat zich eveneens een zekere stijging heeft voorgedaan, al moeten wij in dit verband een slag om de arm houden doordat wij geen gegevens hebben over de ziekenhuizen te Amsterdam. Hamers (1984), die in oktober 1982 (ná de opening dus) en in mei 1983 onderzoek deed op de poliklinieken in Flevoland en omstreken (exclusief Amsterdam) vond in mei 1983 3.8% meer polikliniekbezoeken dan in oktober 1982. Zijn gegevens zijn echter niet zonder meer met de onze vergelijkbaar.

Voor een stijging van de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn hebben wij echter geen aanwijzingen gevonden. Noch het aantal verwijzingen door de huisarts noch de aard van zijn verwijzingen ondergaat ingrijpende wijzigingen door de komst van het ziekenhuis. In overeenstemming daarmee kan evenmin een substitutie-effect worden aangetoond: patiënten werden na de komst van het ziekenhuis niet vaker terugbesteld. Over de mogelijkheden om substitutie, ook bij een stijgend verwijscijfer, aan te tonen waren onze verwachtingen overigens niet hooggespannen.

De taakopvattingen van de huisartsen en hun taakafbakening ten opzichte van de specialist veranderden niet of nauwelijks: slechts een kleine verandering in de richting van een 'bredere' taakopvatting was aantoonbaar. Een toegenomen tevredenheid en een toegenomen gevoel van 'veiligheid' onder de bevolking is de belangrijkste verandering aan patiëntenzijde; níét een toegenomen neiging om, bij klachten over de gezondheid, bij de huisarts op een verwijzing naar de specialist aan te dringen.

Over de per definitie sterk casus-gebonden pogingen van huisartsen en specialisten om tot samenwerking te komen hadden wij geen specifieke verwachtingen; de indruk bestaat dat de interne problematiek van het ziekenhuis deze samenwerking niet bevordert heeft. Voorts wordt het beeld dat we in de overige onderzoeksonderdelen zagen bevestigd: geen stijging in de verwijzingen (wellicht wél iets eerder), bij huisartsen het gevoel dat de specialistische behandeling

soms (te) lang duurt of te intensief is (vergelijk de sterk gestegen opname-coëfficiënt), en verder knelpunten tussen eerste en tweede lijn die deels wellicht met het 'nieuwe' te maken hebben (relatief jonge specialisten met alleen een academische kliniek als 'werkverleden'), deels in andere inventarisaties van samenwerkingsrelaties tussen eerste en tweede lijn zijn terug te vinden.

Hiermee zijn de belangrijkste resultaten van het longitudinale deel van het onderzoek samengevat.

Aan mogelijke verklaringen van deze resultaten is de rest van dit hoofdstuk gewijd.

Een vraag die we voorafgaand aan mogelijke verklaringen voor het niet optreden van de door ons verwachte ontwikkelingen moeten beantwoorden is of er zich geen meetfouten, verkeerde operationalisaties en andere de betrouwbaarheid negatief beïnvloedende factoren hebben voorgedaan, die voor de onverwachte resultaten verantwoordelijk zijn. Wat de belangrijkste afhankelijke variabele uit het onderzoek, het huisartsenverwijscijfer, betreft menen wij dat dit niet het geval is. Weliswaar zijn er aanwijzingen dat de door de huisartsen zelf geregistreerde verwijzingen enigszins zijn ondergerapporteerd (ongeveer 25%), maar de gegevens van het ziekenfonds RZZ geven wat de hoogte van het verwijsniveau betreft geen andere resultaten dan de eigen verwijsregistratie.

Eén probleem kan zich wel hebben voorgedaan, en dat betreft de verlengingsverwijzingen. Zoals blijkt uit tabel 3.8 is het relatieve aantal verlengingsverwijzingen eerst gedaald (van 29.1 naar 22.1%), en vervolgens weer gestegen tot 31.5%. Dat de daling een artefact is, is duidelijk (pas na een jaar specialistische behandeling wordt een verlengingsverwijzing noodzakelijk, dus bij een nieuw ziekenhuis ligt dat aantal in het begin per definitie lager).

Wij veronderstelden dat de situatie zich wat betreft de verlengingsverwijskaarten in 1984 zou hebben gestabiliseerd. Het is denkbaar dat dit nog niet volledig het geval is, en dat een aantal tot lange specialistische behandelduren leidende verwijzingen in 1984 nog niet heeft plaatsgevonden. Als dit zo is zou wellicht in een latere fase alsnog een stijging van het totaal-verwijscijfer te verwachten zijn, die op rekening komt van een toenemend aantal verlengingsverwijzingen. Landelijk vergelijkingsmateriaal is wat dit betreft schaars: Van Es en Pijlman (1970) vonden bij 122 huisartsen in heel Nederland 25.1% verlengingsverwijzingen; Sixma (1986) vond in Almere 30.2%. Beide dus lager dan het laatst bekende Lelystadse niveau. Consequent doorredenerend zouden we over de invloed van het fenomeen 'verlen-

gingsverwijzing' de volgende hypothesen kunnen formaliseren:

- a) naarmate patiënten dichter bij een ziekenhuis wonen houden specialisten hen langer onder behandeling (een stelling die compatibel is met de 'agentschapsrelatie' tussen specialist en patiënt: als een specialist aarzelt tussen zelf verder behandelen en terugverwijzen naar de huisarts houdt hij (mede) rekening met de door de patiënt te overbruggen afstand, en zal hij de ver weg wonende patiënt eerder terugverwijzen en de dichtbij wonende patiënt eerder zelf blijven behandelen; Kersten (1984) vond dat de door hem berekende 'herhaalratio' lager was als de huisarts verder van het ziekenhuis prakticeerde, zij het niet voor alle specialismen)
- b) als patiënten langer onder specialistische behandeling blijven, is het aantal verlengingsverwijzingen hoger;
- c) in iedere populatie zit een bepaalde groep patiënten die ooit voor langdurige behandeling in aanmerking komt;
- d) het duurt echter geruime tijd voordat deze groep patiënten in zijn geheel naar een nieuwe polikliniek is verwezen;
- e) uit a) en b) volgt een negatieve correlatie tussen de afstand tot het ziekenhuis en het verwijscijfer in een cross-sectionele analyse (overeenkomend met alle bekende onderzoeksresultaten), die op rekening komt van het met de afstand tot het ziekenhuis negatief samenhangende aantal verlengingsverwijzingen (geen cross-sectionele gegevens over dit laatste bekend);
- f) uit c) en d) volgt dezelfde negatieve relatie in een longitudinale analyse, maar met een zeker vertragingseffect. Het duurt gewoon een tijd voordat de potentiële 'vaste klanten' voor de nieuwe polikliniek door de huisarts naar die polikliniek zijn verwezen. Dit vertraagde effect treedt overigens alleen op als er sprake is van echt lange behandelduren in de tweede lijn: de 'vroeg-verwezenen' (i.e. kort na de opening van een nieuw ziekenhuis) moeten nog steeds door de specialist behandeld worden als de 'laat-verwezenen' hun eerste verlengingsverwijzing krijgen.

Bovengenoemde twee hypothesen e) en f) redden zowel de bestaande onderzoeksresultaten als onze eigen resultaten. Wat verwijzingen door de huisarts betreft zou dan de op pagina 1 gestelde vraag ('als het aanbod hoger is, is de consumptie hoger, maar als het aanbod stijgt, stijgt dan ook de consumptie?') als volgt beantwoord worden: als het aanbod aan poliklinische faciliteiten stijgt, stijgt ook het verwijscijfer van de huisartsen, maar met een (nader vast te stellen) vertragingfactor. We zijn dan echter wèl genoodzaakt de 'ijzeren

wet' die ons leert dat huisartsen dichtbij het ziekenhuis méér verwijzen dan huisartsen ver van een ziekenhuis te reduceren tot een artefact, die veroorzaakt wordt door de administratieve eigenaardigheid van het ziekenfondssysteem, die een nieuwe verwijskaart ('verlengingsverwijzing') vraagt na een jaar specialistische behandeling, en daar helaas een verwijskaart voor gebruikt die fysiek niet te onderscheiden is van de 'echte', nieuwe verwijskaart. De relatie tussen afstand tot ziekenhuis en verwijscijfer zou dan als volgt luiden: 'huisartsen dichtbij een ziekenhuis verwijzen helemaal niet meer; dat lijkt alleen maar zo doordat specialisten dichtbij-wonende patiënten vaker langer dan een jaar onder behandeling houden dan verweg-wonende patiënten, en dus vaker een door de huisarts afgegeven verlengingsverwijskaart krijgen'.

Zonder de uitgebleven stijging van het verwijscijfer te Lelystad zouden wij er niet aan gedacht hebben een dergelijke stelling te formuleren. Het ligt ook niet in de rede om een op het eerste gezicht voor de hand liggende relatie ('hoe dichterbij het ziekenhuis, hoe meer verwijzingen'), die op het tweede gezicht weliswaar niet meer zó voor de hand liggend is, maar wel verklaarbaar ('de patiënten zullen wel vaker om een verwijzing vragen') te proberen 'weg te verklaren' met behulp van een voor onderzoek ongelukkig uitgevallen eigenaardigheid van de ziekenfondsadministratie. Toch zouden twee, eerder niet direct voorziene, onderzoekslijnen op basis van deze resultaten zeker de aandacht verdienen: ten eerste zou over enige tijd te Lelystad opnieuw de hoogte en de samenstelling van het verwijscijfer moeten worden vastgesteld; ten tweede zou in een cross-sectionele analyse de afstand tot het ziekenhuis gerelateerd moeten worden aan de hoogte van het verwijscijfer, waarbij tevens materiaal over de samenstelling van dit verwijscijfer in zijn verschillende componenten moet worden verzameld. Ten derde dient (daarna) de verlengingsverwijzing als afzonderlijk herkenbaar fenomeen geadmistreerd te worden; hij heeft onderzoekers nu genoeg dwarsgezeten. In ander verband hebben wij hiervoor al eerder gepleit (Dopheide, 1985).

Ons pleidooi om de verlengingsverwijzingen in volgend onderzoek nog eens onder de loep te nemen betekent niet dat wij menen dat het ontbreken van de verwachte ontwikkelingen te Lelystad nu volledig aan dit fenomeen kan worden toegeschreven; wij hebben daarvoor althans geen aanwijzingen. Integendeel: uit de interviews die gehouden werden ten behoeve van het onderdeel 'samenwerking tussen huisarts en specialist' bleek dat verschillende huisartsen klaagden over het huns inziens te hoge aantal verlengingsverwijzingen. Hoewel dit aan-

tal volgens onze eigen verwijsregistratie niet zo vreselijk hoog was, wijst de mening van de betrokken huisartsen er toch niet op dat de verlengingsverwijzingen minder zijn gestegen dan op grond van deze nieuw geformuleerde hypothesen verwacht zou mogen worden. Ook het feit dat het enige vergelijkingsmateriaal (zowel van Es en Pijlman als Sixma) een lager percentage verlengingsverwijzingen geeft dan wij te Lelystad vonden wijst, ondanks de beperkte vergelijkbaarheid van deze cijfers, niet in die richting.

Wij menen dus dat in deze afhankelijke variabele wel een addertje onder het gras kan zitten in de vorm van de verlengingsverwijzingen, dat ook zeker nader onderzocht zou moeten worden, maar achten het niet aannemelijk dat onze onverwachte resultaten daardoor geheel verklaard zouden kunnen worden.

Een andere mogelijkheid die wij moeten noemen ter verklaring van onze uitkomsten is het 'Hawthorne effect': wellicht heeft onze aanwezigheid in de polder en de belangstelling die de Lelystadse huisartsen voor het onderzoek hadden, geleid tot een verhoogde belangstelling voor het eigen verwijspatroon en een kritischer kijken naar de noodzaak tot verwijzen. Het is denkbaar, maar het is toch niet waarschijnlijk dat een relatief korte periode van materiaalverzameling (10 weken) een heel jaar zou doorwerken. Wel kan men zich voorstellen dat huisartsen in een situatie als de door ons onderzochte, zeker als het onderwerp 'verwijzen' bij de bevolking een beetje gevoelig ligt, en in een tijd waarin de huisarts gestimuleerd wordt terrein 'terug te winnen' op de tweede lijn, de komst van een ziekenhuis met gemengde gevoelens tegemoet zien en zich enigszins 'schrappet' zetten'. Onderzoekers die de huisarts voorspellen dat zijn verwijscijfer drastisch zal stijgen kunnen hem wel een eindje in die richting geholpen hebben.

Het is uiteraard onmogelijk de invloed van de (nog) niet gestegen verlengingsverwijzingen en van een Hawthorne-effect te kwantificeren. Het lijkt volgens ons echter niet waarschijnlijk dat deze twee effecten het uitblijven van de verwachte stijging in verwijzingen kunnen verklaren. Het grotendeels gelijkblijven van de patiëntenstroom van eerste naar tweede lijn, afgezien van enkele kleine veranderingen zowel in omvang als in samenstelling, lijkt dus een valide en betrouwbaar gegeven.

Wat betreft de opvattingen van de bevolking hebben wij evenmin de indruk dat feilen in ons materiaal ervoor verantwoordelijk zijn dat wij eventueel wel aanwezige veranderingen niet hebben kunnen trace-

ren. De panel-groep geeft een in de loop der jaren afnemende representativiteit te zien, maar de trendgroepen, waarop al onze analyses gebaseerd zijn, zijn grotendeels representatief te noemen. De bij deze groepen geconstateerde toename van de (klinische) medische consumptie, overeenstemmend met de op basis van ander materiaal vastgestelde ontwikkeling, bewijst dat nog eens. Doordat bij de trendgroepen geen sprake was van een voormeting, kan ook op dit punt geen sprake van vertekening zijn.

Opvattingen van mensen wijzigen zich niet zo snel, ook niet als de gezondheidszorg een zo ingrijpende wijziging ondergaat als te Lelystad. Ook het gedrag van mensen blijkt niet sterk beïnvloed te worden door een sprongsgewijze vergroting van het aanbod. Nu bestaat onder gedragswetenschappers die zich bezig houden met doktersbezoek een nogal sterke neiging om zich te concentreren op (sociaal-) psychologische, organisationele en sociaal-culturele factoren, en te abstraheren van de 'medische' kant van de zaak. In vele gevallen wordt de variantie in doktersbezoek verklaard met constanthouden van aantallen klachten en aandoeningen. 'Die aanpak', zo meent Van der Zee (1982) over deze procedure, 'suggereert dat de variabele "lichamelijke klachten" een verstorende factor is in de analyse en dat terwijl het ervaren van problemen in de gezondheidstoestand juist een voorwaarde is voor het doktersbezoek'. Wellicht heeft iets dergelijks ons in onze analyse parten gespeeld. Wij zullen daartoe, aanhakend bij Van der Zee, het klassiek geworden model van Andersen (1968) aanhouden. Deze onderscheidde drie groepen variabelen ter verklaring van doktersbezoek: 'need', 'enabling' en 'predisposing', in het Nederlands aan te duiden als consumptienoodzaak, consumptiemogelijkheid en consumptiebehoefte. We gaan ervan uit dat deze factoren simultaan en tegelijkertijd werken; de door Van der Zee terecht bekritiseerde geausaliseerde versie van Andersen's model laten we hier buiten beschouwing. Het moge duidelijk zijn dat in de Lelystadse situatie de consumptiemogelijkheid aanzienlijk toenam (wat betreft de tweede lijn althans), terwijl te verwachten was dat noodzaak tot en behoefte aan specialistenbezoek min of meer constant zouden blijven. Nu blijkt uit de overgrote meerderheid van onderzoeksresultaten dat het vooral de noodzaak-variabelen zijn die de medische consumptie bepalen, en dat 'een van de gezondheidstoestand en lichamelijke klachten onafhankelijke bijdrage van één of meer van de overige variabelen kennelijk te verwaarlozen is, hetzij incidenteel, hetzij niet interpreteerbaar' (Van der Zee 1982, p. 19). Ook in ons onderzoek blijkt de gezondheidstoestand van de patiënt, naast

de gedragsintentie, de belangrijkste variabele die verklaart of men al of niet op een verwijzing aandringt (een vorm van gedrag die we, gezien het hoge percentage gehonoreerde verzoeken, gerust als een vorm van medische consumptie mogen opvatten).

Het feit dat de noodzaak-variabelen de medische consumptie bepalen is maatschappelijk uiteraard bevredigend, maar wetenschappelijk tamelijk triviaal (Van der Zee wijst er overigens op dat Andersen zijn model opstelde vanuit de hoop te kunnen aantonen dat 'noodzaak' de enige relevante variabele zou zijn; zijn schema werd opgesteld als een evaluatie-instrument om te kunnen nagaan of iedereen die gezondheidszorg nodig heeft die ook krijgt, en daarvan niet door andere factoren verstoken blijft). Als men ons bij de aanvang van het onderzoek gevraagd had of wij meenden dat de Lelystedeling kan beschikken over de noodzakelijke specialistische zorgverlening, hadden wij die vraag volmondig met 'ja' beantwoord. Gegeven het te verwachten constant blijven van de noodzaakvariabelen en de allesoverheersende rol van deze variabelen bij het verklaren van doktersbezoek hadden wij wellicht iets meer vraagtekens kunnen plaatsen bij de aan het onderzoek ten grondslag liggende veronderstelling dat het aantal verwijzingen door sterke toename van de consumptiemogelijkheid zou stijgen. Anderzijds blijft toch de ijzeren wet van afstand tot ziekenhuis en verwijscijfer die, het zij ten overvloede nog eens gesteld, geldt onafhankelijk van de leeftijds- geslachtsopbouw van de huisartspraktijk, als 'proxy' voor de gezondheidstoestand van de praktijk, reden geven om aan te nemen dat er in het grensgebied van eerste en tweede lijn klachten (noodzaakvariabelen in termen van Andersen) zijn met betrekking tot welke huisarts en/of patiënt een zekere mate van vrijheid hebben om te beslissen of men het al of niet hogerop zal zoeken; consumptiemogelijkheid zou hierop toch van invloed moeten zijn.*)

Krol (1985) vond dat ongerustheid over de (voortdurende) klachten, de verwachting dat de specialist meer aan de klachten zou doen dan de huisarts, en een gaandeweg afnemend vertrouwen in de huisarts de belangrijkste oorzaken waren van het aandringen op een verwijzing (in dit geval door de ouders, naar de kinderarts). Als we deze resultaten 'longitudinaal vertalen' naar de Lelystadse situatie, is

*) Men zou kunnen tegenwerpen dat deze relatie (mede) veroorzaakt wordt door de typisch groot-stedelijke problematiek. De relatie werd echter evenzeer gevonden in een bestand huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten (Dopheide, 1982).

het denkbaar dat het afgenomen gevoel van ongerustheid ('als er wat is ben je zo in het ziekenhuis') en het toegenomen vertrouwen in het verwijsbeleid van de huisarts de invloed van de 'mogelijkheidsvariabelen' heeft geneutraliseerd.

Als we de casus Lelystad even verlaten en ons afvragen op grond van wat voor overwegingen mensen over het algemeen de overstap van eerste naar tweede lijn maken dan blijkt dat wij de invloed van andere dan noodzaak-variabelen overschat hebben.

Voorzover mensen bij de vraag of ze wel of niet naar een specialist willen een rationele afweging maken geldt eigenlijk maar één rationaliteit: wie ziek is moet zorgen dat hij de best mogelijke zorg krijgt. Krol (1985) kwam tot een vergelijkbare uitkomst: 'De "opwaarste druk" kan voor een deel verklaard worden door het gegeven dat veel ouders meer verwachten van specialisten bij het oplossen van medische problemen dan van huisartsen'. Ons resultaat dat hoger opgeleiden een minder sterke intentie tot specialistenbezoek hebben komt overeen met Neven's (1980) bevinding dat bij hen ook de uitstelduur voor huisartsenbezoek langer is; de positieve relatie met leeftijd ligt bij hem echter andersom. Via de gedragsintentie hebben deze twee variabelen wel een zekere invloed op het feitelijk gedrag, maar de gezondheidstoestand is toch doorslaggevend.

Aan het eind van dit onderzoek gekomen moeten we concluderen dat we er niet in geslaagd zijn het 'mechanisme' achter de relatie tussen de afstand tot de tweedelijnsvoorzieningen en het gebruik ervan bloot te leggen. Wèl is duidelijk geworden dat de hypothese dat het overwinnen van de afstand tot de specialist in termen van tijd, geld en moeite doen om tijd vrij te maken, verworpen moet worden. Deze kostenfactor blijkt althans met de geneigdheid om op een verwijzing aan te dringen geen relatie te hebben.

Hoe moeten we ons deze 'werking' van afstand op verwijscijfer dan wèl voorstellen? We hebben een verklaring gesuggereerd die neerkomt op een administratieve artefact: het komt allemaal door de verlengingsverwijzingen. Het (bescheiden) vergelijkingsmateriaal wijst echter niet in die richting, en ook de psychologie van de onderzoeker verzet zich ertegen om op basis van dit ene onderzoeksresultaat één van de belangrijkste vraag-aanbod-relaties uit de gezondheidszorg te reduceren tot een administratieve onvolmaaktheid van het ziekenfondssysteem. Controle op verlengingsverwijzingen in cross-sectioneel onderzoek is echter sterk aan te bevelen.

Een tweede mogelijkheid is dat de, niet aan afstand gerelateerde, geneigdheid tot inroepen van specialistische hulp op het platteland (en deze keer bedoelen we met 'platteland' niet 'ver van een zieken-

huis', maar doelen we inderdaad op de urbanisatiegraad) minder sterk is dan in de stad. Het is echter, gegeven de niet zeer hoge samenhang tussen gedragsintentie en gedrag in ons onderzoek, de vraag of daarmee nu zoveel verklaard zou worden.

Een derde mogelijkheid zou gevonden kunnen worden in de belangrijkste variabelen uit ons onderzoek: de gezondheidstoestand van de bevolking. Eerder is gebleken dat huisartsen in het Zuiden des lands meer verwijzen dan anderen, onafhankelijk van andere factoren die op de hoogte van het verwijscijfer van invloed zijn. Dopheide (1982) suggereerde op basis van de slechtere gezondheidstoestand in het Zuiden (zie bijvoorbeeld Soeters 1980) dat deze 'noodzaakvariabele' hiervoor verantwoordelijk zou zijn. In het materiaal van Leef Situatie Onderzoek 1977 vond van der Zee (1982) geen relatie tussen urbanisatiegraad (die hoog correleert met afstand tot ziekenhuis) en de variabelen 'chronisch ziek' en 'WAO' (p. 211), zodat een verklaring van de relatie tussen afstand tot ziekenhuis en verwijscijfer via de gezondheid van de bevolking niet zeer waarschijnlijk is.

Hoewel ons onderzoek daar niet op gericht was ondersteunt het in de discussie over de effecten van een eigen bijdrage in de gezondheidszorg degenen die erop wijzen dat deze effecten op de medische consumptie in het niet vallen bij effecten van het manipuleren van de aanbodzijde. Zo concludeerde Mootz (1985) dat het verschil in medische consumptie tussen ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden (ook in ons materiaal nadrukkelijk aanwezig) verdwijnt als men controleert voor de gezondheidstoestand, zodat het invoeren van een eigen bijdrage juist degenen zou treffen die het minst gezond én het minst draagkrachtig zijn. Van der Ven en Van Vliet (1985) menen op grond van een groot aantal door hen behandelde onderzoeken dat er weliswaar aanwijzingen zijn dat een eigen bijdrage de zorg op initiatief van de patiënt iets terugdringt, maar dat ondanks dat de zorg op initiatief van de artsen vele malen kostbaarder is en blijft, en slechts zal reageren op aanbodfactoren.

In Lelystad zagen we als gevolg van de toename in het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen géén toename van het bezoek aan de huisarts (hadden we ook niet verwacht), géén toename van de verwijzingen op initiatief van de huisarts, géén toename van verzoeken om verwijzingen door de patiënt, noch van gerealiseerde verwijzingen op verzoek van de patiënt, maar wel een geweldige stijging van de opnamen. De kostenstijging in Lelystad (volgens opgave van het ziekenfonds RZZ f 12.5 miljoen voor circa 33.000 Lelystadse verzekerden) is, met andere woorden, op geen enkele wijze door de patiënt veroorzaakt,

zelfs niet op indirecte wijze door de huisarts te verzoeken om een (door deze te sanctioneren) verwijzing. Hoewel de keuze voor of tegen een eigen bijdrage een politieke is en dus weinig of geheel niet gevoelig voor de resultaten van empirisch onderzoek, kan het geen kwaad hier nog eens op te wijzen.

10. SAMENVATTING

Er is een onderzoek verricht naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in de regio. Vanuit de in alle onderzoek naar verwijzingen door de huisarts gevonden wetmatigheid, dat de huisarts dichter bij een ziekenhuis méér verwijst dan de huisarts ver daar vandaan, werd het onderzoek zodanig opgezet dat het 'mechanisme' achter deze statistische relatie zichtbaar zou kunnen worden.

Omdat de ziekenfondsverwijskaart niet meer is dan een optelsom van een aantal wezenlijk verschillende soorten verwijzingen (verlengingsverwijzingen, andere administratieve verwijzingen, op verzoek van de patiënt etc.) registreerden de Lelystadse huisartsen een half jaar vóór de opening van het ziekenhuis, een half jaar erna en nog eens anderhalf jaar erna een aantal kwalitatieve aspecten van het verwijzingspatroon, waaronder het soort verwijzing; dit gedurende 9 weken. Ondanks een zekere onderrapportage ($\pm 25\%$) leken de kwalitatieve aspecten betrouwbaar vastgesteld.

In dezelfde periode werd tevens de medische consumptie in de huisartspraktijk door zelfregistratie door de huisartsen vastgesteld, dit om mogelijke substitutie-effecten op te sporen.

Onze verwachtingen waren dat het verwijsniveau van de huisartsen aanzienlijk zou stijgen, deels door een stijging van de door de huisarts zelf gedane verwijzingen (deze zouden kunnen stijgen doordat ze voor de patiënt minder bezwaarlijk zijn geworden, waar de huisarts rekening mee houdt, en doordat de huisarts wellicht eerder geneigd is zaken aan de specialist over te laten), deels door een stijging van de verwijzingen op verzoek van de patiënt (deze zou vóór de komst van het ziekenhuis opzien tegen de relatief lange reis en de tijd die met een bezoek aan de ver weg practizerende specialist gepaard gaan).

Bij de huisartsen werd nagegaan of de komst van het ziekenhuis geleid had tot een andere taakopvatting en een andere taakafbakening ten opzichte van de specialist. De opvattingen van de patiënten over de taakverdeling tussen eerste een tweede lijn en hun overwegingen die ten grondslag liggen aan een besluit om de huisarts om een verwijzing naar de specialist te vragen (dit laatste onderdeel met gebruikmaking van Ajzen en Fishbein's 'theory of reasoned action') werden onderzocht door drie maal een steekproef uit de bevolking een schriftelijke vragenlijst voor te leggen (postenquête).

Hierbij werd zowel een panel-opzet aangehouden (één groep werd drie-maal benaderd), als ook nieuwe steekproeven getrokken.

Op minder intensieve manier, door analyse van secundair materiaal, werd naar de overige onderdelen van de medische consumptie gekeken. De opname-coëfficiënt van Lelystad werd gevolgd; tevens werd bezien of zich wijzigingen hadden voorgedaan in de medische consumptie (verwijscijfers, polikliniekbezoek, opnamen) in de ziekenhuisgemeenten die voorheen de tweedelijnszorg voor Lelystad leverden. Daarbij werd Amsterdam buiten beschouwing gelaten, aangezien deze plaats weliswaar veel Lelystedelingen op en in zijn ziekenhuizen zag, maar het wegvallen van deze patiënten op de totale in Amsterdam verleende zorg toch van geringe betekenis was.

De vraag of huisartsen en specialisten erin zouden slagen tot een bevredigende samenwerking en taakafbakening te komen werd onderzocht door het houden van een aantal kwalitatieve interviews.

De deelname van huisartsen en assistentes aan het onderzoek was zeer goed: zonder uitzondering werkten allen mee. Ook een respons van ruim 70% op de postenquêtes onder de bevolking mag zeer bevredigend genoemd worden. Ondanks dat bleek de panelgroep steeds minder representatief te worden, zodat wij ons in de analyses tot de nieuwe steekproeven beperkt hebben. Van het ziekenfonds RZZ te Zwolle werd eveneens bijzonder veel medewerking verkregen.

In de regio als geheel (uitgezonderd Amsterdam zoals gezegd) zien wij een toename van de polikliniekbezoeken, in die zin dat in de omringende ziekenhuizen in totaal een minder grote afname aan polikliniekbezoeken wordt geconstateerd dan door het geschatte verlies aan Lelystadse polikliniekbezoekers wordt veroorzaakt. Voor opnamen in de belendende huizen geldt, als totaal, hetzelfde.

De Lelystadse opnamecoëfficiënt steeg scherp: van 1981 naar 1983 met 45% (alleen ziekenfondsverzekerden). Het is het nieuwe ziekenhuis zelf dat dat veroorzaakt: in 1983 neemt dat ziekenhuis, per 1.000 patiënten, al meer mensen op dan alle andere ziekenhuizen in 1981 bij elkaar.

Hiermee is echter de belangrijkste verandering in de medische consumptie wel aangegeven, want in tegenstelling tot wat wij verwacht hadden was een stijging in het aantal verwijzingen niet aantoonbaar, afgezien van een scherpe stijging direct na de opening die echter, gezien de daaraan voorafgaande daling, uit 'uitgestelde' verwijzingen bestond. Ook de samenstelling van het verwijscijfer veranderde niet zeer sterk, al was er wel sprake van een iets hoger percentage verwijzingen op verzoek van de patiënt. Noodzaak, diagnostisch ni-

veau en doel van de verwijzing ondergingen evenmin sterke verandering. De genoemde onderrapportage kan hiervan niet de oorzaak zijn: onze eigen verwijsregistratie geeft dezelfde uitkomsten als de ziekenfondscijfers.

In theorie zou het vervelende fenomeen van de 'verlengingsverwijzing' (een 'nieuwe', normale verwijskaart die de huisarts, als de specialistische behandeling langer dan een jaar wordt voortgezet, afgeeft op verzoek van de specialist) voor deze onverwachte uitkomst verantwoordelijk gehouden kunnen worden. Te beredeneren valt dat daardoor het effect van de komst van het ziekenhuis op het verwijs-cijfer slechts met een zekere vertraging plaatsvindt. Dit zou echter betekenen dat ook de 'ijzeren wet' die een relatie tussen afstand tot ziekenhuis en verwijs-cijfer aangeeft gedegradeerd zou worden tot een administratief artefact, een conclusie die wij voorlopig niet willen trekken.

In de opvattingen van de bevolking veranderde weinig. Men werd tevredener met de huisarts en diens (onveranderde) verwijsbeleid, en werd zeker niet méér geneigd om aan te dringen op een verwijzing. Met enige overdrijving kan men stellen dat 'verwijzen' toen het ziekenhuis er nog niet stond, een nogal beladen onderwerp was; de komst van het ziekenhuis resulteerde in een gevoel van 'veiligheid' waardoor het allemaal niet meer zo nodig hoefde.

De houding die mensen tegenover het vragen om een verwijzing hebben wordt vooral bepaald door de 'baten' die zij daaraan verbonden zien (behandeld door een nog deskundiger arts, echt wat aan de klacht gedaan, informatie over de klachten), en niet door de verwachte 'kosten' (tijd, geld, moeite om tijd vrij te maken). Dit was voor en na de opening van het ziekenhuis zo. De baten bleven gelijk, de kosten namen af maar houden met de attitude geen verband, zodat per saldo de attitude onveranderd bleef. De theorie van Ajzen en Fishbein, die ervan uitgaat dat het menselijk gedrag goed te voorspellen is als men maar een goed inzicht heeft in alle positieve en negatieve consequenties die mensen aan dat gedrag verbinden ('beredeneerd gedrag') blijkt voor het door ons onderzochte onderwerp in zoverre slecht toepasbaar, dat in de gezondheidszorg slechts één centrale rationaliteit lijkt te bestaan: 'als je klachten over je gezondheid hebt, zorg je dat je de best mogelijke zorg krijgt'. Andere overwegingen die men heeft om al of niet naar een specialist te willen vallen hierbij in het niet. Opleiding en leeftijd voorspellen wel enigszins of iemand de intentie heeft om op een verwijzing aan te dringen (hoger opgeleiden en jongeren minder), welke intentie ook wel iets verklaart van het feitelijk gedrag in deze. Belangrijker is

echter de gezondheidstoestand: wie een slechte gezondheid heeft vraagt vaker om specialistische hulp.

De gevonden samenhangen tussen de variabelen in de theorie van Ajzen en Fishbein bleken stabiel in de tijd, en geldig voor de gehele populatie. Achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm hangen met de overwegingen die aan iemands houding ten opzichte van het aandrigen op een verwijzing ten grondslag liggen niet samen. De waardering voor huisartsen respectievelijk specialisten (twee van elkaar onafhankelijke variabelen overigens) doen dat wèl enigszins.

De taakafbakening van de huisartsen ten opzichte van de specialisten veranderde niet noemenswaard. De onderlinge relatie tussen eerste en tweede lijn was nog niet helemaal perfect. Aanvankelijk was men wat bevreesd om te hard van stapel te lopen wat betreft onderlinge samenwerking (onder verwijzing naar de eerst goed geslaagde, maar later geheel 'ingezakte' samenwerking te Hoogeveen), later speelde de interne problematiek van het ziekenhuis hierin een rol. Huisartsen klagen dat specialisten te lang of te intensief behandelen; specialisten klagen dat zij door de zeer hoge werkdruk niet aan contacten met de eerste lijn toekomen. Het lijken deels 'startproblemen', deels problemen die we overal tegenkomen.

Het doel van dit onderzoek, het opsporen van het 'mechanisme' achter vraag- en aanbodfactoren die het verwijzingscijfer van de huisarts bepalen, hebben wij niet bereikt. Wat betreft de uitgebleven stijging van het aantal verwijzingen (die voor een opsporing van dit mechanisme noodzakelijk was) noemden wij al het verschijnsel van de verlengingsverwijzingen; tevens kan onze eigen aanwezigheid een 'Hawthorne-effect' hebben gehad. Voldoende zijn deze verklaringen zeker niet. Waarschijnlijk hebben wij in onze benadering de bijdrage van niet-klachtgebonden factoren aan de beslissing om specialistische hulp te zoeken overschat. Dit maakt echter de interpretatie van het in cross-sectioneel onderzoek gevonden verband tussen afstand tot ziekenhuis en verwijzingscijfer niet eenvoudiger.

Aanbevolen wordt in volgend cross-sectioneel onderzoek meer aandacht te besteden aan variantie in gezondheidstoestand en klachten van de bevolking, en aan het fenomeen 'verlengingsverwijzing' (dat overigens afgeschaft dient te worden). Voortgezet onderzoek te Lelystad zou op de theorie van het 'vertraagde effect' eveneens licht kunnen werpen.

11. LITERATUUR

- AJZEN, I. en M. FISHBEIN - 1980. Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- ANDERSEN, R. - 1968. A behavioral model of families use of health services. Research Services 25, Chicago, Center for Health Administration Studies
- BENSING, J., en P. VERHAAK - 1980. Consultatieproject Eindhoven: verwijspatronen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel III
- BOOTS, J. - 1984. Verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 5, no. 1, 11-18
- BOOTS, J. en ZUTPHEN, W. VAN - 1981. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact, 36, 65-68
- BREMER, G.J. - 1964. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Utrecht. Dissertatie
- BROUWER, W., P.D. KERKHOF en P. POP - 1983. Diagnostisch Centrum Maastricht: de relatie 1e-2e lijn in ontwikkeling. Evaluatie van het experiment. Maastricht, Rijksuniversiteit. Eindrapportage
- CASSEE, E. Th. - 1973. Naar de dokter. Boom, Meppel (proefschrift)
- DOPHEIDE, J.P. - 1982. Verwijzingen door de huisarts: enkele determinanten van het verwijscijfer van solo-huisartsen op het verstedelijkt platteland en in forensengemeenten. Gezondheid en Samenleving, 3, no. 3, 141-151
- DOPHEIDE, J.P. - 1985. Relatie tussen eerste- en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluijs, E.M., J.P. Dopheide, J. van der Zee (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn, 401-444. Utrecht, NIVEL
- DOPHEIDE, J.P. en F.P. NIJHOUT - 1982, 1984. Een ziekenhuis op nieuw land. Eerste en tweede interimrapport. Utrecht, NHI
- DOPHEIDE, J.P. en J.VAN DER ZEE - 1980. Verwijscijfers en diagnostische faciliteiten van huisartsen. Medisch Contact, 35, no.29, 879-884
- EAS, J.C. VAN en H.R. PIJLMAN - 1970. Het verwijzen van ziekenfonds-patiënten in 122 Nederlandse huisartspraktijken. Huisarts en Wetenschap, 13, no. 12, 433-499
- GAAG, J. VAN DER - 1978. An economic analysis of the Dutch health care system. Leiden, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- GRINTEN, R. VAN DER - 1981. Communicatie huisarts - internist. Medisch Contact, 36, no. 26, 777-781

- GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, P. MESKER, A. SMITS en J. MESKER-NIESTEN - 1985. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving, 6, no. 1, 31-40
- HAAN, W. DE, J. HOOGSTRATEN, G. TER HORST - 1985. Het stimuleren van de vraag naar tandheelkundige hulp. Gezondheid en Samenleving 6, no. 2, 99-112
- HAMERS, P. - 1984. De poliklinieken in Flevoland en omgeving, Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg
- HARMONISATIERAAD WELZIJSBELEID - 1985. Herverkavelen in de Gezondheidszorg
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN. - 1979. Taakopvatting en ziekenhuisbezoek. Medisch Contact, 22, 226-234
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN - 1983a. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (I). Medisch Contact, 38, no. 51, 1599-1601
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER en F.W.M.M. TOUW-OTTEN - 1983. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (Slot). Medisch Contact, 38, no. 52, 1629-1632
- JANSEN, T., A. DE KONING, A. LOOT, B. VAN OOIJEN, en Y. RIJSHOUWER, - 1982. Huisarts of specialist: wat vindt de patiënt ervan? Leiden, Vakgroep Sociale- en Organisationspsychologie/Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- KERSTEN, D. - 1984. Invloed van de huisarts na de verwijskaart. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- KOK, G.J. - 1981. Attitudes en energiebewust gedrag. In: P. Esten en F.L. Leeuw (red.), Energie als maatschappelijk probleem. Assen, Van Gorcum
- KROL, L.J. - 1985. De consument als leidend voorwerp in de gezondheidszorg. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam
- KRUIDENIER, H.J. - 1977. Afstand tot ziekenhuis van invloed op verwijspatroon. Inzet, 1, no. 1, 32-39
- MIDDEN, C.H. - 1986. Individu en grootschalige technologie. Een vergelijkend attitude-onderzoek naar de opwekking van electriciteit met kolen en uraan. Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden
- MOOTZ, M. - 1985. The need for health care utilization and its relation to insurance coverage for medical expenses. Gezondheid en Samenleving, 6, no. 4, p.232-237
- NEVEN, E.J.J. - 1980. Uitstelduur en praktijkvoering. Dissertatie Maastricht

- NUYENS, W.J.F.I. - 1980. De functionaliteit van de poliklinieken in Friesland. Tilburg, Instituut voor Gezondheidszorg. Deel I
- NIJHOUT, F.P. - 1985. Een ziekenhuis op nieuw land. Derde interim-rapport. Utrecht, NHI
- NIJHOUT, F.P. -1985. De opening van een ziekenhuis: de gevolgen voor de taakopvattingen en verwijscijfers van huisartsen. In: De eerste lijn onderzocht; onder redactie van W.G.W. Boerma, L. Hingstman. Utrecht, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 75-83
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1977. Tussen eerste en tweede echelon. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I
- POSTHUMA, B.H. en J. VAN DER ZEE - 1980. Verwijscijfers en de verkleining van de huisartspraktijk. Gezondheid en Samenleving, 1, no. 1, 59-68
- RUTTEN, F.F.H. - 1978. The use of health care facilities in the Netherlands: an econometric analysis. Leiden, Rijksuniversiteit. Dissertatie
- SIXMA, H. - 1986. Medische consumptie in Almere (werktitel). Utrecht, NIVEL (te verschijnen)
- SOETERS, J. - 1980. Afwezigheid wegens ziekte als regionaal probleem: het geval Zuid-Limburg. Gezondheid en Samenleving, 1, no. 3, 255-265
- SWINKELS, M.A.A. en J.P. DOPHEIDE - 1982. Samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg te Hoogeveen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VEN, W.P.M.M. VAN DE en R.C.J.A. VAN VLIET - 1985. Effects of cost-sharing in the health care sector. Gezondheid en Samenleving, 6, no. 4, 238-244
- WIJKEL, D. - 1983. Samenwerken en verwijzen: praktijkvorm en productiecijfers. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut. Deel I
- WIJKEL, D. en D. VAN DER GRIJN - 1982. Huisarts en Diagnostisch Centrum. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, Nationaal Ziekenhuis Instituut
- ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut (proefschrift)
- ZEE, J. VAN DER - 1985. Herverkavelen in de gezondheidszorg. Belangwekkende conclusies uit verkeerde bewijsvoering. Medisch Contact, 40, no. 41, 1265-1267

BIJLAGE 1

NAAM PATIËNT:

FORMULIER VOOR DE VERWIJSREGISTRATIE

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

Naam huisarts:

1983

Datum verwijzing:

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

DE VRAGEN 1 T/M 6 ZIJN BESTEMD VOOR DE ASSISTENTE			
1A. Is dit een verwijzing voor een: -Ziekenfondspatiënt <input type="checkbox"/> (EEN HOKJE AANKRUISEN)	-Particulier patiënt <input type="checkbox"/>	1B. Geboortejaar patiënt	1 9 <input type="checkbox"/>
		1C. Geslacht (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
2. Hoe lang woont deze patiënt in Lelystad? (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Korter dan een Jaar <input type="checkbox"/>	4-5 jaar <input type="checkbox"/>	
	1-2 jaar <input type="checkbox"/>	5-10 jaar <input type="checkbox"/>	
	2-3 jaar <input type="checkbox"/>	10-15 jaar <input type="checkbox"/>	
	3-4 jaar <input type="checkbox"/>	15 jaar of langer <input type="checkbox"/>	
3. Wat is de woonplaats vanwaaruit de patiënt in Lelystad is gaan wonen?	----- NIET VAN TOEPASSING: De patiënt is in Lelystad geboren. Zijn/haar ouders woonden, voordat ze zich in Lelystad vestigden, in: -----		
VOOR DE VRAGEN 4 T/M 6 ZAL DE ASSISTENTE SOMS INFORMATIE VAN DE HUISARTS NODIG HEBBEN			
4. Specialisme waarnaar is verwezen? -----	Plaats ziekenhuis? (EEN HOKJE AANKRUISEN)	LELYSTAD <input type="checkbox"/>	ZWOLLE <input type="checkbox"/>
		EMMELOORD <input type="checkbox"/>	HARDERWIJK <input type="checkbox"/>
		AMSTERDAM <input type="checkbox"/>	ANDERE PLAATS, Te weten: <input type="checkbox"/>
		KAMPEN <input type="checkbox"/>	----- <input type="checkbox"/>
5. Verwijzing vond plaats tijdens (EEN HOKJE AANKRUISEN)	Het spreekuur <input type="checkbox"/>		
	Een visite <input type="checkbox"/>		
	Een telefonisch contact <input type="checkbox"/>		
	Anders <input type="checkbox"/>		
6. Is deze verwijzing een (STEEDS AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS)	JA NEE	JA NEE	
VERLENGINGSVERWIJZING (Specialist wil behand. na 1 jr. voortzetten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INITIATIEF VAN ANDERE HULPVERLENER DAN HUISARTS/WAARNEMER (GEEN SPECIALIST) (Bijv. school-, keurings-, sport- of tandarts, maatsch. werk., verloskundige, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
REFRACTIEVERWIJZING (Elke visus-afwijking die volgens huisarts wordt veroorzaakt door refractie-afwijking)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ACHTERAFVERWIJZING (Patiënt komt met nieuwe aandoeningen buiten de huisarts om bij de specialist)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INITIATIEF VAN EEN SPECIALIST (Specialist A verwijst naar specialist B via de huisarts. Df: specialist wil opnieuw een verwijskaart wegens verandering van huisarts) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ALLEEN ALS BIJ VRAAG 6 STEEDS NEE IS GEANTWOORD, DIEN DE HUISARTS DE ACHTERZIJDE IN TE VULLEN.			

DE VRAGEN 7 T/M 11 ZIJN BESTEMD VOOR DE HUISARTS. ZIE OPMERKING ONDER VRAAG 6.

7. Strikt medisch gezien vind ik deze verwijzing

(EEN HOKJE AANKRUISEN)

Zeer noodzakelijk

Noodzakelijk

Eigenlijk niet echt noodzakelijk

Niet noodzakelijk

8. Met initiatief voor deze verwijzing ligt

(W.B. VOOR "HUISARTS" KAN OOK "WAARNEMER" WORDEN GELEZEN)
(EEN HOKJE AANKRUISEN)

(Bijna) uitsluitend bij de huisarts

Meer bij de huisarts dan bij de patiënt

Meer bij de patiënt dan bij de huisarts

(Bijna) uitsluitend bij de patiënt

9. Hoe is deze verwijzing het beste te karakteriseren?

(EEN HOKJE AANKRUISEN)

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

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

De diagnose van de huisarts laat nog een groot aantal mogelijkheden open.

De huisarts heeft geen idee welke diagnose gesteld
moet worden.

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

(EEN HOKJE AANKRUISEN)

Louter diagnose door de specialist

Behandeling door de specialist

Diagnose en (zodig) behandeling door de specialist

11. Liet de patiënt de klachten, waarvoor U hem/haar verwezen hebt, de afgelopen drie maanden al eerder aan U blijken?

JA

NEE

12. Wat is de klacht of de diagnose waarmee U de patiënt verwezen heeft? (GRAAG ZO SPECIFIEK MOGELIJK)

OPMERKINGEN:

BIJLAGE 2

FORMULIER VOOR DE SPREEKURREGISTRATIE

Datum: _____

Naam huisarts: _____

Aanvang spreekuur: uur min.

Einde spreekuur: uur min.

Is het spreekuur langer dan 15 min. onderbroken? JA/NEE* Zo ja, hoe lang in totaal: uur min.

Waarneming: JA/NEE* Zo ja, voor dokter

TOELICHTING ALGEMEEN

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

TOELICHTING PER RUBRIEK

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

6/7 VERWIJZEN Hieronder vallen alle typen verwijzingen naar een specialist. Niet: aanvragen voor laboratoriumonderzoek, revalidatie, fysiotherapie, acupunctuur, etc.

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

- ONVOORWAARDELIJK TERUGBESTELLEN (Bijv.: "komt U over twee weken terug?")

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

Is er een andere manier aangevraagd door de huisarts (bijv. "U komt nog maar eens terug, als het niet over is?"), dan is niet sprake van een terugbestelcontact.

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

* Omcirkelen wat van toepassing is

** Voor spoedconsulten is ruimte op de achterzijde

- Voor vervolg 2.0.2. -

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

SPOEDCONSULTEN

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

^a Omcirkelen wat van toepassing is

BIJLAGE 3

Datum:
 Naam huisarts:
 Aanvang visiterende: uur min.
 Einde visiterende: uur min.
 Gem. reistijd per visite: min.
 Is de visiterende langer dan 15 min. onderbroken? JA/NEE* Zo ja, hoe lang in totaal: uur min.
 Waarneming: JA/NEE* Zo ja, voor dokter

TOELICHTING ALGEMEEN

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

TOELICHTING PER RUBRIEK

6 VERWIJZING 'GEVRAAGD' DOOR PATIËNT De patiënt vraagt om verwijzing, als hij direct of indirect bij de huisarts op verwijzing heeft aangedrongen.
 6/7 VERWIJZEN Hieronder vallen alle typen verwijzingen naar een specialist. Niet: aanvragen voor laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, fysiotherapie, uitstrijkjes etc.
 10 VERVOLGAFSPRAAK VOOR VOLGENDE VISITE OF CONSULT -ONVOORWAARDELIJKE VERVOLGAFSPRAAK (bijv.: "Ik (de huisarts) kom overmorgen nog even langs" of: "komt U volgende week nog even op het spreekuur?")
 -VOORWAARDELIJKE VERVOLGAFSPRAAK (bijv.: "Als het over 3 dagen niet beter is, bel dan nog even of kom op het spreekuur")
 Is er geen duidelijke termijn afgesproken door de huisarts (bijv. "U komt nog maar eens op het spreekuur als het niet over gaat"), dan is niet sprake van een vervolgafpraak.

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

* Omcirkelen wat van toepassing is

** Voor speedvisites is ruimte op de achterzijde

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

SPOEDVISITES

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

* Omcirkelen wat van toepassing is



PROJECT ZIEKENHUIS LELYSTAD

Codenummer:

1. Hieronder en op de volgende pagina vindt u een lijst met 39 aandoeningen. Wij zouden voor elke aandoening graag willen weten of u diagnostiek en therapie daarvan werk voor de huisarts of juist werk voor de specialist vindt.
- Wij realiseren ons echter dat men niet altijd zonder meer kan zeggen dat de diagnostiek van een bepaalde aandoening uitgesproken specialistenwerk of uitgesproken huisartsenwerk is. Daarom hebben wij een schaalje gemaakt: de waarden 1 en 4 zijn de duidelijke gevallen; de waarden 2 en 3 geven tussenliggende gevallen aan.
- Voor alle duidelijkheid: 'goede' of 'foute' antwoorden zijn er niet. Geef u vooral uw eigen mening en denkt u niet te lang over de vragen na.

	DIAGNOSTIEK				BEHANDELING			
	Huisarts-specialist				Huisarts-specialist			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Epiglottitis								
2. Meniscuslaesie								
3. Lichen ruber planus (excl. slijmvlies)								
4. Iritis								
5. Hyperthyreoïdie								
6. Bronchiectasie								
7. Ulcus cruris								
8. Acute glomerulonefritis								
9. Chalazion								
10. Botfractuur								
11. Haemofilie								
12. M. Besnier Boeck								

	DIAGNOSTIEK Huisarts-specialist				BEHANDELING Huisarts-specialist			
	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Hepatose t.g.v. geneesmiddelen								
14. Carpaal tunnelsyndroom								
15. Cholecystitis acuta								
16. Hernia nuclei pulposi								
17. CVA in actieve fase bij ouderen								
18. Colitis ulcerosa								
19. Keratitis								
20. Acuut longoedeem								
21. Psoriasis								
22. Pericarditis								
23. Otitis media chronica								
24. Pleuritis								
25. Allergische purpura								
26. Appendicitis								
27. Leukoplakie								
28. Cataract								
29. Orthostatische albuminurie								
30. Lupus erythematoses								
31. Peritonsillair abces								
32. Mastoiditis								

	DIAGNOSTIEK Huisarts-specialist				BEHANDELING Huisarts-specialist			
	1	2	3	4	1	2	3	4
33. Enteritis regionalis								
34. Toxoplasmose								
35. Glaucoma simplex								
36. Endometriose								
37. Contusio cerebri								
38. Perforatie trommelvlies								
39. Syndroom van Parkinson (arteriosclerotische vorm)								

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

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

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

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

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

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING



TOELICHTING :

WIJ VERZOEKEN U DEZE VRAGENLIJST IN TE VULLEN.

HET IS DAARBIJ VAN BELANG DAT U GEEN VRAGEN OVERSLAAT.

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

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

BIJVOORBEELD:

A = Zeer slecht E = Tamelijk goed

B = Slecht F = Goed

C = Tamelijk slecht G = Zeer goed

D = Niet slecht en
niet goed

A B C D E F G

ROKEN VIND IK

DIT BETEKENT DAT U ROKEN TAMELIJK SLECHT VINDT.

RIJ VOORBAAT ONZE DANK VOOR UW MEDEWERKING.

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

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

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

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

1.	A	B	C	D	E	F	G
a. Als mijn huisarts mij verwijst naar de specialist, vind ik dat in het algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Behandeld worden door een arts die op een bepaald gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts, vind ik in het algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Te weten komen of mijn klachten ernstig zijn vind ik in het algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Onpersoonlijk behandeld worden door een specialist vind ik in het algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Als er door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden, vind ik dat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Als mijn huisarts mij zelf laat beslissen of ik naar de specialist moet, vind ik dat in het algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

U bent misschien zelden ziek, maar toch willen wij U in deze vragenlijst iets vragen over de situatie waarin mensen met hun klachten bij de huisarts komen.

Het komt wel voor dat mensen dan de huisarts laten merken dat ze eigenlijk liever naar de specialist willen. Ze kunnen dat heel duidelijk doen door om een verwijfskaart te vragen, maar het kan ook op een minder openlijke manier, bijvoorbeeld door zoiets te zeggen als: "U schijnt ook niet te weten wat het is dokter", "mijn zuster is hier vorig jaar mee naar de specialist geweest", of iets dergelijks. Al die dingen samen noemen we: "mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil". Over dat onderwerp willen wij U graag een aantal vragen stellen.

Daarom volgt hieronder een aantal uitspraken. Wilt U naast elke uitspraak aangeven hoe waarschijnlijk U die uitspraak vindt? Zet U een kruisje in het hokje dat het best met Uw mening overeenkomt.

Vult U wél alle vragen in, ook wanneer U ze misschien wat vreemd vindt.

A = Zeer onwaarschijnlijk
B = Onwaarschijnlijk
C = Tamelijk onwaarschijnlijk
D = Even onwaarschijnlijk als waarschijnlijk
E = Tamelijk waarschijnlijk
F = Waarschijnlijk
G = Zeer waarschijnlijk

3. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil:

	A	B	C	D	E	F	G
a. betekent dat mijn huisarts mij naar de specialist zal verwijzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. betekent dat ik behandeld zal worden door een arts die op een bepaald gebied meer kennis heeft dan mijn huisarts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. betekent dat ik te weten kom of mijn klachten ernstig zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. betekent dat ik bij een specialist terecht kom, die mij onpersoonlijk behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. betekent dat door de specialist echt iets aan mijn klachten gedaan gaat worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. betekent dat mijn huisarts mij zelf zal laten beslissen of ik naar de specialist moet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. betekent dat ik veel moet regelen om mij vrij te maken voor een bezoek aan de specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. betekent dat mijn huisarts geïrriteerd raakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. betekent dat ik hoge kosten moet maken voor het reizen naar de specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. betekent dat ik veel tijd kwijt ben met reizen naar de specialist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. is noodzakelijk als hij naar mijn mening te laat verwijst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. is mijn goed recht, want ik heb er premie voor betaald.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zoudt U nu kunnen aangeven wat U er zelf van vindt om Uw huisarts te laten merken dat U naar de specialist wilt? Er zijn vijf vragen, de beantwoording gaat op dezelfde manier als bij de vorige vragen.

A = Zeer onwenselijk
 B = Onwenselijk
 C = Tamelijk onwenselijk
 D = Niet onwenselijk en niet wenselijk

E = Tamelijk wenselijk
 F = Wenselijk
 G = Zeer wenselijk

A B C D E F G

4a. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

A = Zeer onaanvaardbaar
 B = Onaanvaardbaar
 C = Tamelijk onaanvaardbaar
 D = Niet onaanvaardbaar en niet aanvaardbaar

E = Tamelijk aanvaardbaar
 F = Aanvaardbaar
 G = Zeer aanvaardbaar

A B C D E F G

4b. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

A = Zeer slecht
 B = Slecht
 C = Tamelijk slecht
 D = Niet slecht en niet goed

E = Tamelijk goed
 F = Goed
 G = Zeer goed

A B C D E F G

4c. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

A = Zeer nutteloos
 B = Nutteloos
 C = Tamelijk nutteloos
 D = Niet nutteloos en niet nuttig

E = Tamelijk nuttig
 F = Nuttig
 G = Zeer nuttig

A B C D E F G

4d. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

A = Zeer moeilijk
 B = Moeilijk
 C = Tamelijk moeilijk
 D = Niet moeilijk en niet makkelijk

E = Tamelijk makkelijk
 F = Makkelijk
 G = Zeer makkelijk

A B C D E F G

4e. Mijn huisarts laten merken dat ik naar de specialist wil vind ik

Het komt wel eens voor dat mensen aarzelen of zij hun huisarts zullen laten merken dat ze eigenlijk naar de specialist willen. Alles heeft immers zijn voor en zijn tegen.

Wilt U bij de volgende uitspraak aangeven wat mensen, die belangrijk voor U zijn, er in zo'n geval van vinden? Zet U een kruisje in het hokje wat het meest met Uw mening overeenkomt.

- | | |
|--|-----------------------------|
| A = Zeer onwaarschijnlijk | E = Tamelijk waarschijnlijk |
| B = Onwaarschijnlijk | F = Waarschijnlijk |
| C = Tamelijk onwaarschijnlijk | G = Zeer waarschijnlijk |
| D = Even onwaarschijnlijk als waarschijnlijk | |

A B C D E F G

5. De meeste mensen die belangrijk voor mij zijn, vinden dat ik dan mijn huisarts moet laten merken dat ik naar de specialist wil.

Wilt U aangeven hoe waarschijnlijk U het vindt, dat U Uw huisarts zult laten merken, dat U naar de specialist wilt?

- | | |
|--|-----------------------------|
| A = Zeer onwaarschijnlijk | E = Tamelijk waarschijnlijk |
| B = Onwaarschijnlijk | F = Waarschijnlijk |
| C = Tamelijk onwaarschijnlijk | G = Zeer waarschijnlijk |
| D = Even onwaarschijnlijk als waarschijnlijk | |

A B C D E F G

6. Dat ik mijn huisarts zal laten merken dat ik naar de specialist wil, vind ik

Hieronder wordt een aantal situaties beschreven, waarin U klachten heeft over Uw gezondheid; wilt U bij elke situatie aangeven hoe waarschijnlijk U het vindt dat U in dat geval Uw huisarts zou laten merken dat U naar de specialist wilt?

Zet U weer een kruisje in het hokje dat het meest met Uw mening overeenkomt.

Er zijn uiteraard geen "goede" of "foute" antwoorden. Het gaat erom wat U in dat geval denkt te doen.

A = Zeer onwaarschijnlijk E = Tamelijk waarschijnlijk
 B = Onwaarschijnlijk
 C = Tamelijk onwaarschijnlijk F = Waarschijnlijk
 D = Even onwaarschijnlijk als waarschijnlijk G = Zeer waarschijnlijk

	A	B	C	D	E	F	G
7a. U denkt dat U misschien wel iets ernstigs heeft. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. U heeft een week of drie eczeem op het lichaam en de zelf van de huisarts lijkt niet te helpen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. U heeft het gevoel dat U steeds slechter gaat horen. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. U heeft sinds drie dagen een lelijk ontstoken oog. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. U heeft plotseling stekende pijn in de borst. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. U ontdekt op een keer bloed bij de ontlasting. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. U ontdekt een knobbeltje op Uw hand. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. U heeft, vooral 's nachts, last van kortademigheid en benauwdheid. Zult U dan Uw huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 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 huisarts laten merken dat U naar de specialist wilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder staan enkele vragen over dokters en over Uw gezondheid.

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

Heel veel tijd

Tamelijk veel tijd

Niet veel, niet weinig tijd

Tamelijk weinig tijd

Heel weinig tijd

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

Heel veel tijd

Tamelijk veel tijd

Niet veel, niet weinig tijd

Tamelijk weinig tijd

Heel weinig tijd

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

Heel veel moeite

Tamelijk veel moeite

Niet veel, niet weinig moeite

Tamelijk weinig moeite

Heel weinig moeite

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

Heel veel moeite

Tamelijk veel moeite

Niet veel, niet weinig moeite

Tamelijk weinig moeite

Heel weinig moeite

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

Toelichting

Als U van huisarts veranderd bent, beantwoordt U deze vraag dan voor de arts die de laatste 12 maanden het langst Uw huisarts was.

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

13. Hoe is over het algemeen Uw gezondheid?

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

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

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

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

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

16. Heeft U de laatste 12 maanden (dus sinds juni 1983) wel eens laten merken aan Uw huisarts dat U naar de specialist wilde?

Ja

Nee

Zo ja,

a. Hoe vaak? keer

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

Ja

Soms

Nee

17. Bent U onder behandeling van een specialist? (In of buiten Lelystad)

Ja

Nee

Toelichting:

Zo ja, voor welke aandoening?

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

18. Bent U de laatste 12 maanden (dus sinds juni 1983) voor Uzelf bij de specialist geweest?

Ja

Nee

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

LET OP: Als U gedurende deze periode in meer dan één ziekenhuis werd opgenomen, of in meer dan één polikliniek werd behandeld, dan deze ziekenhuizen vermelden in de volgorde van opname of behandeling!

Opname - 1. In hetziekenhuis te
2. In hetziekenhuis te

Polikliniek - 1. Op de polikliniek van hetziekenhuis te
2. Op de polikliniek van hetziekenhuis te

Bij de specialist aan huis

19. Sommige huisartsen werken, in een gezondheidscentrum, nauw samen met andere hulpverleners, zoals wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten. Andere huisartsen werken ook samen met andere hulpverleners, maar niet in één gebouw (de wijkzuster komt dan bijvoorbeeld eens in de twee weken bij de dokter langs om te overleggen).
Meer andere huisartsen hebben bijna geen contact met andere hulpverleners en werken erg op zichzelf.

Wat is op dit punt Uw voorkeur?

- Het maakt mij niets uit
- Liefst een dokter die niet te veel met anderen samenwerkt
- Liefst een dokter die met anderen samenwerkt, maar in één gebouw hoeft wat mij betreft niet
- Liefst een dokter die in een gezondheidscentrum samenwerkt met anderen

20. Hieronder volgen enkele uitspraken over huisartsen en specialisten.

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

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

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

Toelichting

Als U van huisarts veranderd bent, beantwoordt U deze vraag dan voor de arts die de laatste 12 maanden het langst Uw huisarts was.

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

22. Stelt U zich eens voor dat er in Lelystad geen ziekenhuis zou zijn.
Hoe vervelend zou U dat vinden?

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

Als U A, B of C heeft aangekruist: Wat is dan de belangrijkste reden dat U het vervelend zou vinden als er in Lelystad geen ziekenhuis zou zijn?
Slechts één hokje aankruisen s.v.p.

- Het is vervelend als je iemand in het ziekenhuis wilt opzoeken
- Het is vervelend als je moet worden opgenomen in een ziekenhuis ver van je woonplaats
- Het is vervelend als je naar een specialist moet ver van je woonplaats
- In noodgevallen kom je niet op tijd in het ziekenhuis
- Een andere reden, namelijk:
-
-
-

Tot slot volgen nog enkele vragen over Uzelf.

23. Op welke wijze bent U verzekerd tegen ziektekosten?

- | | | |
|---|----------------------|--------------------------|
| | Ziekenfonds | <input type="checkbox"/> |
| | Particulier | <input type="checkbox"/> |
| Als U particulier verzekerd bent: | | |
| a. Zijn in Uw verzekering de huisartskosten meeverzekerd? | | |
| | Ja, geheel | <input type="checkbox"/> |
| | Ja, met eigen risico | <input type="checkbox"/> |
| | Nee | <input type="checkbox"/> |
| b. Zijn in Uw verzekering de kosten voor specialistische hulp meeverzekerd? | | |
| | Ja, geheel | <input type="checkbox"/> |
| | Ja, met eigen risico | <input type="checkbox"/> |
| | Nee | <input type="checkbox"/> |

24. a. Wanneer bent U in Lelystad komen wonen?

Als dat in 1982, 1983 of 1984 was, dan graag ook de maand invullen

In 19..
Maand:

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

In:

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

- | | |
|----------------|--------------------------|
| 0- 5 km | <input type="checkbox"/> |
| 6-10 km | <input type="checkbox"/> |
| 11-20 km | <input type="checkbox"/> |
| Meer dan 20 km | <input type="checkbox"/> |

25. Wat is Uw geslacht?

Man

Vrouw

26. In welk jaar bent U geboren?

In 19..

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

Lager onderwijs, VGLO of LAVO

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

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

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

Universiteit of Hogeschool

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

(Slechts één hokje aankruisen s.v.p.)

Werkzaam in loondienst

Werkzaam in vrij beroep
of eigen bedrijf

Huisvrouw

Thans werkloos

Thans arbeidsongeschikt

Gepensioneerd

Scholier, student of
ander dagonderwijs volgend

Hieronder volgen drie vragen over Uw arbeidssituatie in drie verschillende periodes.

Vraag 29A heeft betrekking op de afgelopen 12 maanden.

Vraag 29B heeft betrekking op de periode augustus 1982 t/m juni 1983

Vraag 29C heeft betrekking op de periode augustus 1981 t/m juli 1982.

29A. Was U gedurende de afgelopen 12 maanden werkzaam in loondienst,
vrij beroep of eigen bedrijf?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel maanden?

--- maanden

Hoeveel uur per week nam dit werk in beslag?

--- uren

In welke plaats deed U dit werk voornamelijk?

Lelystad

Amsterdam

Andere plaats,
namelijk:

29B. Was U gedurende de periode augustus 1982 t/m juni 1983 werkzaam
in loondienst, vrij beroep of eigen bedrijf?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel maanden?

--- maanden

Hoeveel uur per week nam dit werk in beslag?

--- uren

In welke plaats deed U dit werk voornamelijk?

Lelystad

Amsterdam

Andere plaats,
namelijk:

29C. Was U gedurende de periode augustus 1981 t/m juli 1982 werkzaam
in loondienst, vrij beroep of eigen bedrijf?

Ja

Nee

Zo ja, hoeveel maanden?

--- maanden

Hoeveel uur per week nam dit werk in beslag?

--- uren

In welke plaats deed U dit werk voornamelijk?

Lelystad

Amsterdam

Andere plaats,
namelijk:

N.B. Vergeet U niet de laatste pagina in te vullen!

30. Wat is Uw burgerlijke staat?

Gehuwd of samenwonend

Gescheiden

Weduwe, weduwnaar

Ongehuwd, zelfstandig
alleen wonend

Ongehuwd,
wonend bij ouders

31. Heeft U thuiswonende kinderen?

Ja

Nee

Zo ja, wat is de leeftijd van het jongste thuiswonende kind?

-- jaar

32. In de begeleidende brief werd al gezegd dat er met de komst van het ziekenhuis te Lelystad misschien het één en ander veranderd, zowel voor de patiënten als voor de huisartsen. Daarom is het interessant de veranderingen in de meningen van de patiënten te kunnen vergelijken met de veranderingen in het werk van de huisarts.

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

N.B. Als U het afgelopen jaar van huisarts bent veranderd, vult U dan de naam in van de dokter die het grootste deel van het afgelopen jaar Uw huisarts was.

Mijn huisarts is dokter -----

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

Ja

Nee

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING