

NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

EEN ZIEKENHUIS OP NIEUW LAND

6 AUG, 1985

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

Derde interimrapport

F.P. Nijhout

juli, 1985

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsge-
zondheidszorg NIVEL
Postbus 1568 3500 BN Utrecht
telefoon: 030-319946

1. INLEIDING	1
2. GLOBALE ANALYSE VAN VERANDERINGEN IN HET VERWIJZEN VAN ZIEKENFONDSPATIËNTEN, GEGEVENS REGIONAAL ZIEKENFONDS ZWOLLE	2
2.1. Inleiding	2
2.2. Het aantal verwijzingen	2
2.3. Verwijzingen naar leeftijd en geslacht van de patiënten	7
2.4. Verwijzingen per specialisme	10
2.5. Verwijzingen naar verschillende gemeenten	12
2.6. Samenvatting	14
3. NADERE ANALYSE VAN HET VERWIJZEN GEGEVENS UIT DE EIGEN VERWIJSREGISTRATIE	16
3.1. Inleiding	16
3.2. Het type verwijzing	16
3.3. Nadere analyse van de toename van het aantal verlengingsverwijzingen	20
3.4. Actieve verwijzingen	25
3.5. Veranderingen in enkele kwalitatieve aspecten van het verwijzen	28
3.6. Samenvatting	40
4. VERANDERINGEN IN DE MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK	42
4.1. Inleiding	42
4.2. Het aantal arts-patiënt-contacten	43
4.3. Nadere analyse van de spreekuurconsulten	48
4.4. Voorschrijf-, verwijs-, en terugbestelgedrag als middelen tot praktijkmanagement	58
4.5. Visites nader bekeken	60
4.6. Samenvatting	63
5. DE TAAKOPVATTINGEN VAN DE HUISARTSEN	66
5.1. Inleiding	66
5.2. De vragenlijst; scores per item voor en na de opening	67
5.3. De constructie van de taakopvattingsschalen; verschillen tussen situatie voor en na opening ziekenhuis	73
5.4. Samenvatting	76
6. CONCLUSIE	77
LITERATUUR	78

1. INLEIDING

Dit is het derde interimrapport van het onderzoek 'Een ziekenhuis op nieuw land', een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die regio. Voor de vraagstellingen van het onderzoek en het onderzoeksvoorstel verwijzen wij naar het eerste interimrapport.

Gezien de grote omvang van het onderzoek en het daarbij verzamelde materiaal is besloten in het derde interimrapport geen overzicht te geven van de stand van zaken op alle onderzochte terreinen, maar ons te beperken tot een vrij uitvoerige weergave van de afhankelijke variabele. Centraal daarin staan de verwijzingen van huisarts naar specialist. Op twee manieren zijn deze verwijzingen in kaart gebracht: door analyse van veranderingen in het verwijzen van ziekenfondspatiënten (gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle) en door een wat meer kwalitatief gerichte analyse van verzameld materiaal in de huisartspraktijk, waarbij niet zozeer het aantal verwijzingen onderzocht wordt, alswel de aard van de verwijzingen, en eventuele veranderingen daarin. Ten tijde van het schrijven van dit interimrapport bleek echter dat het materiaal van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle door een misverstand ook de zogeheten specialisten-verwijskaarten bevatte. Vrijwel alle analyses moesten daardoor worden overgedaan, met als gevolg dat ook de aanvankelijk getrokken conclusies enigszins anders kwamen te luiden. De verschijningsdatum van dit rapport is hierdoor helaas aanzienlijk vertraagd.

Afgezien van een analyse van de ontwikkeling van het verwijscijfer van Lelystadse huisartsen, bevat dit rapport gegevens over de gevolgen die de komst van het ziekenhuis heeft gehad voor het aantal contacten met de huisarts, het aantal visites dat de huisarts aan de patiënt brengt, en voor wat wel genoemd wordt de 'taakopvatting' van de huisartsen.

De conclusies van dit interimrapport zijn uiteraard zeer voorlopig; niettemin geeft de analyse van het verwijscijfer wel aan wat er in het eindrapport uiteindelijk te verwachten is, met name betreft de gevolgen die de opening van het ziekenhuis heeft gehad op het verwijscijfer.

2. GLOBALE ANALYSE VAN VERANDERINGEN IN HET VERWIJZEN VAN ZIEKENFONDSPATIËNTEN. GEGEVENS VAN HET REGIONAAL ZIEKENFONDS ZWOLLE

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de veranderingen in het verwijsgedrag van de huisartsen in Lelystad aan de hand van gegevens van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle. Bij dit ziekenfonds is ruim 80 procent van alle ziekenfondspatiënten in Lelystad verzekerd. De aan ons ter beschikking gestelde gegevens bevatten alle verwijzingen die door huisartsen in Lelystad voor patiënten van dit fonds in de periode juli 1981 tot en met maart 1984 zijn uitgeschreven. Het tijdvak waarop de gegevens betrekking hebben strekt zich derhalve uit van ruim één jaar voor de opening van het Zuiderzeeziekenhuis in augustus 1982 tot ruim anderhalf jaar daarna. Zoals zal blijken is zo'n termijn niet te lang, want de invloed van het ziekenhuis doet zich reeds enige maanden vóór de opening gelden, terwijl de 'kortstondige' effecten die zich voordoen voordat een nieuw evenwicht is ontstaan tot ver in het volgende jaar doorwerken.

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk zal getracht worden de hamvraag van dit onderzoek te beantwoorden. Zijn de Lelystadse huisartsen na de komst van het ziekenhuis meer gaan verwijzen? Daarbij moet wel beseft worden dat de analyses alleen gebaseerd zijn op gegevens over ziekenfondsverzekerden.

In de paragrafen 2.3 en 2.4 worden de ontwikkelingen in het aantal verwijzingen per 1000 patiënten gepreciseerd door berekening van verwijscijfers per geslacht en per leeftijdscategorie (paragraaf 2.3) en per specialisme (paragraaf 2.4). In paragraaf 2.5 is beschreven in welke mate na de opening van het ziekenhuis in Lelystad nog patiënten naar andere gemeenten worden verwezen en meer specifiek bij welke specialismen dat gebeurt.

Een korte samenvatting van het hoofdstuk is te vinden in paragraaf 2.6.

2.2. Het aantal verwijzingen

Ter beantwoording van de vraag of de bevolking van Lelystad na de opening van het ziekenhuis vaker naar medisch specialisten wordt verwezen dan daarvoor, is het voldoende over langere tijd, zowel vóór als ná de komst van het ziekenhuis na te gaan hoeveel patiënt-

en alle praktiserende 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 onderzoekte 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 volgroeide of zo goed als volgroeide praktijk.

Kort na het schrijven van het concept van dit rapport bleek ons, dat RZZ in een aantal gevallen door een misverstand de verwij斯卡arten van specialist naar specialist in het bestand huisartsenverwij斯卡arten 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 specialistenverwij斯卡arten als in de voorafgaande periode.

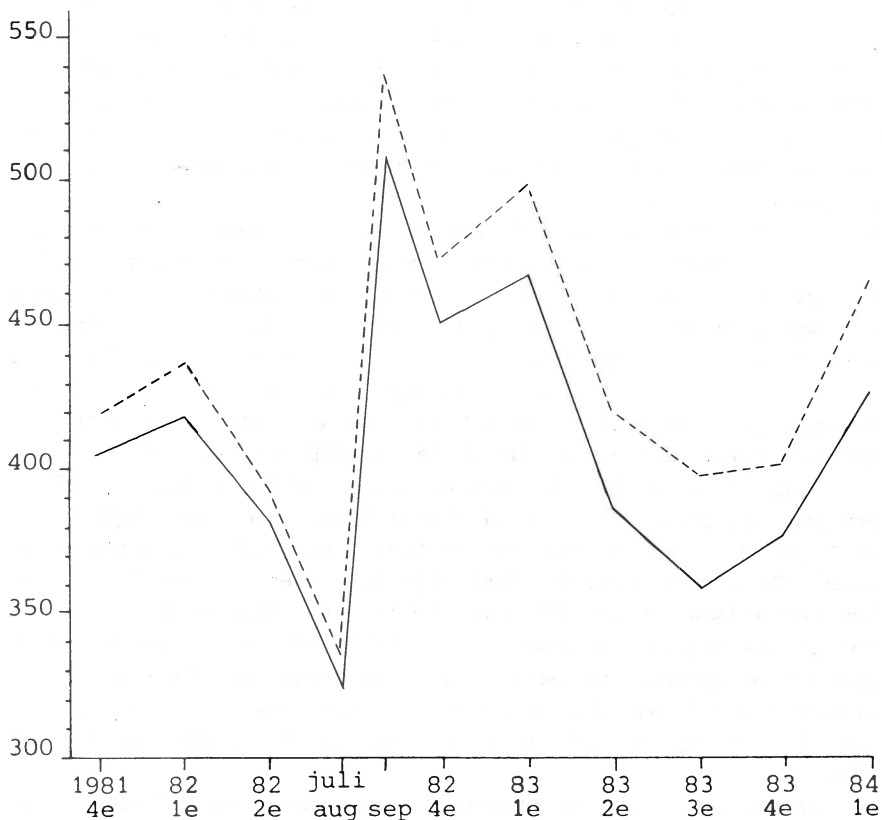
In figuur 2.1. is de ontwikkeling van de verwijscijfers grafisch weergegeven, zowel van alle Lelystadse huisartsen gezamenlijk (stippellijn) als van de dertien stabiele praktijken (ononderbroken lijn). De exacte verwijscijfers zijn te vinden in tabel 2.1. Vanaf het vierde kwartaal van 1981, dat is krap 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-verze-kerden voor elk kwartaal omgerekend tot een verwijscijfer op jaarbasis. De opening van het ziekenhuis viel in het derde kwartaal van 1982.

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.

Figuur 2.1.: 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 2.1.: 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

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 registreren, kan van onderrapportage na de opening geen sprake zijn. Aan andere verklaringen willen wij ons op dit punt niet wagen.

Onloochenbaar is echter het feit dat onze voorspelling dat het verwijscijfer (aanzienlijk) zou stijgen niet is uitgekomen.

De verwijscijfers van alle praktijken gezamenlijk zijn, zoals uit figuur 2.1. en tabel 2.1. 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 ver-

wijzingen. 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 2.2. 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.

Zoals uit tabel 2.3. blijkt is het verwijscijfer van vijf huisartsen aanzienlijk gestegen (de artsen E, N, O, Q en R). Bij de andere acht is slechts sprake van een geringe verhoging of van een geringe daling van het aantal verwijzingen per 1000 patiënten.

Tabel 2.2.: 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
Gemid.verw.cijfer*	399	386	- 13

* Het gemiddelde verwijscijfer dient niet te worden verward met 'gezamenlijke' verwijscijfers, zoals die in tabel 1 zijn vermeld.

Er blijken 5 stijgers er 8 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'.

2.3. 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 van 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 2.2. 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 dezelfde groep ziekenfondsverzekerden als die in de vorige paragraaf aan de orde zijn geweest. De eerste periode beslaat 9 maanden ruim vóór de opening van het ziekenhuis, te beginnen op 1 juli 1981. De tweede periode van eveneens 9 maanden begint precies één jaar later, dus 2 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 forse 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 veel 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.

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 verwijscijfer, 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.

Tabel 2.2.: verwijscijfers op jaarbasis per leeftijds-geslachtsca-
tegorie 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
Mannen			
0- 4	386	422	330
5- 9	294	350	253
10-15	208	309	262
16-19	270	209	179
20-29	328	301	231
30-39	330	303	290
40-49	427	396	406
50-59	547	625	539
60-64	549	810	675
65-69	584	761	744
70 plus	821	734	751
Vrouwen			
0- 4	319	323	235
5- 9	243	275	232
10-15	263	323	334
16-19	408	329	263
20-29	480	503	441
30-39	383	451	405
40-49	528	561	478
50-59	500	757	652
60-64	606	742	621
65-69	574	762	675
70 plus	742	763	760

* Cijfers over periode II zijn gedeeltelijk geschat.

Tabel 2.3.: verwijscijfers 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

Dezelfde redenering gaat in feite ook op voor de oudere leeftijdscategorieën, maar daar zijn dergelijke effecten minder opvallend door de bijzonder sterke stijging van de verwijscijfers.

Voor een duidelijker beeld van de geslachtsspecifieke verwijscijfers is het nuttig tabel 2.3. te bekijken. Voor zowel mannen als vrouwen zijn de verwijscijfers 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.

2.4. 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-verzekerden van dertien huisartspraktijken. De verwijscijfers zijn weer berekend over drie perioden van negen maanden. In de tabellen 2.4A en 2.4B 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).

Tabel 2.4A.: 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 verwijspers- centages _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	-
Rheuma- tologie	2,6	1,7	1,0	-
Psychiatrie	7,4	3,1	3,0	-
Revalidatie	1,8	0,6	1,5	-
Mond-kaak chirurgie	29,0	4,7	3,9	-
Neurologie	10,0	18,3	18,1	(+ 81)
Allergolo- gie	0,36	0,26	0,2	-
Anesthesie	0,30	0,27	0,1	-
Card. pulm. chir.		0,1	0,5	-

Tabel 2.4B: aantal en percentage verwijzingen van alle huisartsen in Lelystad, in drie perioden per gemeente (alleen RZZ-patiënten)

	Periode Aug. 1981/ Juli 1982		Periode Sept.1982/ Mei 1983		Periode Juni 1983/ Maart 1984	
	Abs.	Percent.	Abs.	Percent.	Abs.	Perc.
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	1038	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

2.5. Verwijzingen naar verschillende gemeenten

Voor de komst van het ziekenhuis werd het merendeel van de 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 2.4B. geeft een overzicht van het absolute en relatieve aandeel van de verwijzingen naar de belangrijkste gemeenten in drie perioden. Van ongeveer 3 procent van de verwijzingen kon

de gemeente waarheen is verwezen niet worden achterhaald (categorie onbekend). 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.

Amsterdam blijkt voor alle specialismen het grootste deel op te eisen van de verwijzingen die niet binnen Lelystad blijven. Van de verwijzingen naar specialismen die nog niet in Lelystad gevestigd zijn komt een belangrijk deel in Zwolle terecht.

In tabel 2.5. is per specialisme aangegeven wat de belangrijkste gemeente buiten Lelystad is waarheen patiënten na de opening nog verwezen worden. (Zie volgende pagina.)

Tabel 2.5.: 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
Orthopaedie	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 stof-wisselings-ziekten, allergologie en cardio-pulmonale chirurgie.

2.6. Samenvatting

Het gezamenlijk verwijscijfer voor ziekenfondspatiënten van de huis-artsen, die reeds langere tijd in Lelystad gevestigd zijn, is sinds de opening van het ziekenhuis ongeveer gelijk gebleven. Hiermee is het onderzoek in een merkwaardige situatie komen te verkeren: het

design was er immers grotendeels op gericht een verklaring te vinden voor een stijging van het verwijscijfer. Hoewel het zeer wel denkbaar is dat in de wat verdere toekomst deze stijging alsnog zal optreden, is onze verwachting dat de stijging kort op de opening van het ziekenhuis zou volgen, niet uitgekomen. We zullen op de mogelijke oorzaken hiervan in dit interimrapport nog niet ingaan.

3. NADERE ANALYSE VAN HET VERWIJZEN. GEGEVENS UIT DE EIGEN VERWIJZREGISTRATIE

3.1. Inleiding

Tot dusverre is een globaal beeld geschetst van de 'veranderingen' in de verwijzingen aan de hand van materiaal van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, dat alle verwijzingen van patiënten uit Lelystad bevatte. In dit hoofdstuk wordt getracht een scherper en meer gedetailleerd beeld van de veranderingen in het verwijzingspatroon te construeren, waarbij we overigens direct moeten aantekenen dat de belangrijkste aanleiding om, door middel van eigen materiaalverzameling, een aantal kwalitatieve aspecten van de verwijzing te bestuderen, is weggefallen. Uitgaande van een stijging van het aantal verwijzingen waren wij immers zeer geïnteresseerd in de vraag op wiens 'conto' deze stijging dan wel geschreven zou moeten worden: huisarts of patiënt. Desondanks blijft het zinvol te kijken of bij constant blijven van het aantal, wellicht wel de soort verwijzingen zijn veranderd. Er wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de verwijzregistratie, die door ons in de (voor)jaren van 1982, 1983 en 1984 bij alle Lelystadse huisartsen zijn gehouden. De aard van de gegevens en de wijze waarop deze verzameld zijn is voor 1982 en 1983 uitvoerig beschreven in de vorige interimrapporten. De registratie in 1984 wijkt daarvan niet af.

Vergelijking van cijfers over de verschillende jaren gebeurt over gegevens van 16 huisartsen en niet zoals in het vorige hoofdstuk meestal het geval was, over 13 huisartsen. Daarvoor zijn twee redenen. In de eerste plaats beschikten wij nu over een veel kleiner aantal cases, waardoor wij minder selectief met ons materiaal kunnen omgaan. In de tweede plaats weegt het argument waarmee drie huisartsen bij de analyse van veranderingen in het aantal verwijzingen buiten beschouwing zijn gebleven, veel minder zwaar wanneer het gaat om veranderingen in aard en inhoud van de verwijzingen.

3.2. Het type verwijzing

Het begrip verwijzen staat weliswaar voor die handeling, waarbij de huisarts een briefje uitschrijft, waarmee een patiënt de hulp van een specialist kan inroepen, maar het initiatief tot zo'n verwijzing gaat lang niet altijd van de 'verwijzende' huisarts uit. Om inzicht

te krijgen in het aandeel dat de huisartsen daadwerkelijk in een aan hun toegeschreven verwijscijfer hebben, is het noodzakelijk de verwijzingen onder te verdelen naar de mate waarin de huisarts invloed op het tot stand komen van een verwijzing heeft gehad. Hoewel reeds in de eerdere interimrapporten beschreven, lijkt het nuttig de verschillende typen verwijzingen nog eens in het kort de revue te laten passeren. Nauwelijks invloed hebben de huisartsen op de zogenaamde administratieve verwijzingen. Daartoe worden gerekend de **verleningsverwijzing**, noodzakelijk wanneer een ziekenfondspatiënt na een jaar de behandeling bij een specialist wil voortzetten; de **refractieverwijzing** - een oogheelkundige verwijzing ter controle van de sterkte van de brilleglazen; de **achterafverwijzing** - de patiënt is reeds onder behandeling van een specialist, maar heeft alsnog een verwijskaart nodig om de kosten vergoed te krijgen; **verwijzingen op verzoek van specialisten** - specialist A verwijst via de huisarts naar specialist B; tenslotte hebben ook de verwijzingen **op initiatief van andere hulpverleners**, zoals schoolarts, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten voor de huisarts voornamelijk een administratief karakter.

Het complement van de zojuist genoemde verwijzingen vormen de **actieve verwijzingen**, tot welke in contact tussen huisarts en patiënt wordt besloten.

Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen **verwijzingen op initiatief van de huisarts** en die op **initiatief van de patiënt**.

In tabel 3.1. is het aandeel van alle van de verschillende soorten verwijzingen op drie tijdstippen weergegeven: in 1982, ruim vóór de opening van het ziekenhuis, in 1983, een half jaar na de opening en een jaar later, dus anderhalf jaar na de komst van het ziekenhuis. Omdat administratieve verwijzingen onder particuliere patiënten weinig voorkomen, heeft de tabel alleen betrekking op de ziekenfonds-verzekeerden.

De cijfers in deze tabel dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Veranderingen in de percentuele verdeling van de verschillende soorten verwijzingen zijn in de eerste plaats relatieve verschuivingen. Als verwijzingen van type A na de opening een groter deel van het totale aantal verwijzingen vormen, kan dat komen doordat dit type verwijzingen ook in absolute zin is toegenomen, terwijl die van type B in aantal constant zijn gebleven of afgenomen. Een andere mogelijkheid is dat verwijzingen van type B, C, enzovoorts ook in aantal zijn toegenomen, maar in mindere mate dan de verwijzingen van type A. Daarom is het nuttig ook naar de veranderingen in de absolute aantallen te kijken en deze bij de interpre-

Tabel 3.1.: de verschillende soorten verwijzingen bij ziekenfonds-
patiënten

Soort verwijzing	Absoluut			In procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
Verlenging	359	310	495	24.1	19.1	31.4
Refractie	289	375	257	19.4	23.2	16.3
Achteraf	76	82	97	5.1	5.1	6.2
Met andere hulpverl.	41	48	25	2.7	3.0	1.6
Verzoek specialist	30	50	29	2.0	3.1	1.8
Vooral huisarts	446	461	393	29.9	28.5	25.0
Vooral patiënt	251	293	278	16.8	18.1	17.7
Onbekend	10	11	1	miss	miss	miss
TOTAAL	1502	1630	1575	100.0	100.0	100.0

tatie te betrekken. Dit is mogelijk door de verwijzingen van elk type die tijdens de eerste registratieperiode zijn geteld op 100 te stellen en de verwijzingen daarna tot dit grondgetal te herleiden. Het toekennen van een reële betekenis aan de in tabel gegeven indexcijfers kan natuurlijk alleen als we veronderstellen dat het percentage aan ons gerapporteerde verwijzingen van alle werkelijke uitgevoerde verwijzingen per jaar ongeveer gelijk is. Gezien het vrijwel constant blijven van het gezamenlijke verwijscijfer (op basis van de ziekenfondsgegevens berekend) bij de 16 hier besproken artsen en de daarvan niet sterk verschillende geringe toename van het door ons geregistreerde aantal verwijzingen bij deze artsen, is er echter geen reden om aan te nemen dat de onderrapportage aan grote schommelingen onderhevig is geweest. Wel moeten veranderingen in de typen verwijzingen, die relatief weinig voorkomen, te weten achterafverwijzingen, verwijzingen op verzoek van de specialist of op initiatief van andere hulpverleners, met de nodige reserve worden bezien, de kleine aantallen de kans op een foute schatting van indexcijfers relatief groot maken.

Tabel 3.2.: indexcijfers voor de groei van het aantal verwijzingen per type

	vóór opening 1982	na opening 1983 1984
Verlengingsverwijzingen	100	86 137
Refractieverwijzingen *)	100	129 89
Achterafverwijzingen	100	107 128
Initiatief andere hulpverl.	100	117 61
Verzoek specialist	100	166 97
Vooraf initiatief huisarts	100	103 88
Vooraf initiatief patiënt	100	117 111
Totaal	100	109 105

*) In 1982 werd onder een refractieverwijzing uitsluitend een verwijzing voor een bekende refractie-afwijking begrepen. Aangezien dit tot misverstanden bij de huisartsen bleek te leiden werd in '83 en '84 iedere verwijzing voor een (oud of nieuw ontdekte) refractie-afwijking een refractieverwijzing genoemd. De cijfers zijn daardoor niet goed vergelijkbaar, des te meer niet omdat de stijging die de verwijzingen naar oogheelkunde in het vorige hoofdstuk te zien geven, bij de refractieverwijzingen ontbreekt, zodat op dit punt wél van een zekere onderrapportage in '84 sprake zou kunnen zijn.

Meest in het oog springend bij beschouwing van de cijfers zijn de grote schommelingen bij zowel het relatieve aandeel als het aantal (zie indexcijfers) in de categorie verlengingsverwijzingen. In het tweede interimrapport is er reeds op gewezen dat de daling van het aantal verlengingsverwijzingen kort na de opening van het ziekenhuis in 1983 geen verrassing is, met de komst van het ziekenhuis in Lelystad zijn veel patiënten overgestapt naar een specialist in hun woonplaats, zodat veel verlengingsverwijzingen, nodig bij voortzetting van de behandeling na één jaar, als het ware in de tijd zijn opgeschoven.

Verrassend is daarentegen de toename van de verlengingsverwijzingen in 1984. Huisartsen schrijven dergelijke verwijzingen in het algemeen automatisch uit als specialisten of patiënten daarom vragen. De

oorzaak van de toename met 37 procent ten opzichte van de situatie vóór de opening van het ziekenhuis moet dan ook niet in de eerste plaats bij de huisartsen worden gezocht. Bij de actieve verwijzingen valt vooral de daling - zowel relatief als absoluut - op van de verwijzingen op initiatief van de huisarts. Wij meenden dat bij dit type verwijzing een geringe groei waarschijnlijk was, omdat huisartsen wat sneller zouden verwijzen als patiënten veel minder moeite voor een bezoek aan de specialist hoefden te doen. Bij twijfel over een juiste diagnose bijvoorbeeld zou dat argument, zo dachten wij, van doorslaggevende betekenis kunnen zijn.

Slechts gedeeltelijk bewaarheid is onze veronderstelling dat de verwijzingen op initiatief van de patiënt sterk in aantal zouden toenemen. Kort na de opening valt een behoorlijke toename te constateren. Een jaar later is het aantal geregistreerde verwijzingen nog maar 11 procent hoger dan voor de komst van het ziekenhuis. Bekijken we het totaal van de actieve verwijzingen, dan blijkt dit na een aanvankelijke verhoging met 8 procent vervolgens te dalen tot 96 procent van het oorspronkelijke aantal. Relatief gezien neemt het aandeel als gevolg van de groei van het aantal verlengingsverwijzingen af van bijna 47 procent in 1982, tot minder dan 43 procent in 1984.

Van de overige administratieve verwijzingen is het gezamenlijke aandeel vrijwel constant gebleven. Voorzover zich per type veranderingen hebben voorgedaan, zijn deze niet wezenlijk voor een beter begrip van de samenstelling van het totale verwijzingscijfer. Wel wijst de groei van het aantal achterafverwijzingen ook op meer initiatief van de patiënten en specialisten om buiten de huisarts om een behandeling te beginnen in de tweede lijn. Dit gegeven is dus in overeenstemming met de toename van de verlengingsverwijzingen en de verwijzingen op initiatief van de patiënt.

3.3. Nadere analyse van de toename van het aantal verlengingsverwijzingen

3.3.1. Verlengingsverwijzingen naar plaats van herkomst en plaats waarheen verwezen

De onverwachte groei van het aantal verlengingsverwijzingen verdient bijzondere aandacht. Omdat de beslissing tot dergelijke verwijzingen in feite door specialisten genomen wordt, is het zinvol na te gaan of de plaats waar patiënten onder specialistische behandeling zijn van invloed is op het percentage verlengingsverwijzingen. Zo bleek

bijvoorbeeld uit de gegevens over 1982 (dus vóór de opening) dat van de verwijzingen naar Amsterdamse ziekenhuizen, maar liefst 38 procent een verlengingsverwijzing betrof, terwijl de verwijzingen naar ziekenhuizen elders in het land slechts voor 16 procent uit verlengingen bestonden. Voor dit grote verschil konden wij drie mogelijke verklaringen bedenken:

1. De Amsterdamse, en dan met name de academische ziekenhuizen, vervullen meer specifieke functies dan de ziekenhuizen in de regio rond Lelystad. Daardoor zou Amsterdam wellicht patiënten aantrekken met relatief ernstige aandoeningen, die een langere behandeling van specialisten vergen.
2. De categorie patiënten die vooral naar Amsterdamse ziekenhuizen wordt verwezen, te weten voormalige inwoners van Amsterdam, hebben een zwakkere gezondheidstoestand dan de andere bewoners van Lelystad.
3. Specialisten in Amsterdamse ziekenhuizen dringen bij patiënten en huisartsen eerder aan op verlenging van de behandeling dan specialisten die in ziekenhuizen in de regio rond Lelystad werkzaam zijn. Tabel 3.3. verschaft duidelijkheid over deze veronderstellingen.

Per jaar is het percentage verlengingsverwijzingen uitgesplitst naar de plaats van herkomst van de verwezen patiënten en naar de plaats waarheen verwezen is. In 1982 blijkt reeds dat de gezondheidstoestand van de ex-Amsterdammers, voorzover deze al verschilt van die van andere bewoners van Lelystad, geen invloed heeft op het percentage verlengingsverwijzingen. Onder voormalige bewoners van Amsterdam die naar andere dan Amsterdamse ziekenhuizen worden verwezen, komen niet meer verlengingsverwijzingen voor dan onder niet-Amsterdammers die voor behandeling naar deze ziekenhuizen gaan. Ook verschilt het percentage verlengingen niet veel als wel naar Amsterdam verwezen wordt (38.9 procent voor ex-Amsterdammers tegen 35.0 procent bij van elders afkomstigen).

Betrekken we de situatie na de opening in onze beschouwing dan blijkt nogmaals dat de gezondheidstoestand van de ex-Amsterdammers niet wezenlijk van invloed kan zijn geweest op het percentage verlengingsverwijzingen. Vergelijking van de subtotalen in tabel 3.3. leert dat na de opening nauwelijks meer verlengingen onder deze categorie van de bevolking voorkomen dan onder de overige inwoners van Lelystad. Ook de theorie dat Amsterdamse ziekenhuizen zoveel

Tabel 3.3.: percentage verlengingsverwijzingen naar de plaats van herkomst van de verwezen patiënten en naar de plaats waarheen verwezen is

Plaats van herkomst patiënt	Plaats waarheen verwezen	Vóór de opening 1982	Na de opening	
		1982	1983	1984
AMSTERDAM	Amsterdam	38.9(n=463)	54.5(n=121)	47.7(n=107)
	Lelystad	-	13.3(n=841)	29.9(n=823)
	Andere pl.	14.8(n=467)	50.0(n= 30)	45.2(n= 31)
	Subtotaal	26.8(n=930)	19.7(n=992)	32.4(n=961)
ELDERS	Amsterdam	35.0(n= 60)	46.9(n= 32)	52.2(n= 23)
	Lelystad	-	13.0(n=542)	26.1(n=533)
	Andere pl.	17.7(n=502)	47.6(n= 63)	57.9(n= 57)
	Subtotaal	19.6(n=562)	18.3(n=637)	30.0(n=613)
TOTAAL		24.1 (n=1492)	19.1 (n=1629)	31.4 (n=1574)

specifieke functies vervullen en dat daardoor zoveel verlengingsverwijzingen voor deze ziekenhuizen werden uitgeschreven is niet langer houdbaar. In de eerste plaats ging in 1984 nog slechts 13 procent van de patiënten met een verlengingsverwijzing naar Amsterdam, tegen 56 procent voor de opening van het ziekenhuis in Lelystad. Bovendien onderscheiden de andere ziekenhuizen in de regio van Lelystad zich nu nauwelijks van Amsterdam. In beide gebieden is ongeveer 50 procent van de uit Lelystad afkomstige patiënten met een verlengingsverwijzing onder behandeling van de specialist.

Het hoge percentage verlengingsverwijzingen bij specialisten buiten Lelystad na de opening van het ziekenhuis zal deels veroorzaakt worden doordat patiënten die langdurig onder behandeling of controle

van een specialist zijn, de opgebouwde vertrouwensrelatie niet snel verbreken. Mogelijk heeft ook het grote verlies aan patiënten, waarmee de ziekenhuizen in de regio als gevolg van de opening van het ziekenhuis in Lelystad te kampen hebben, de specialisten ertoe bewogen hun patiënten wat langer onder behandeling te houden dan gebruikelijk. Het percentage verlengingsverwijzingen bij het nieuwe ziekenhuis in Lelystad is 28.4 in 1984. Daarmee houdt dit ziekenhuis ongeveer het midden tussen de Amsterdamse en de regionale ziekenhuizen in de situatie van voor de opening. Toch ligt dit percentage ruim 4 procent boven het gemiddelde in 1982, toen 24.1 procent van alle verwijzingen een verlenging betrof.

3.3.2. Verlengingsverwijzingen per specialisme

Een verdere specificering van de groei van het aantal verlengingsverwijzingen verkrijgen we door te bekijken of de verschillende specialismen zich in dit opzicht van elkaar onderscheiden. Tabel 3.4. geeft voor 1982 en 1984 een overzicht van het absolute aantal door ons geregistreerde verlengingsverwijzingen voor de grotere specialismen en van het aandeel dat deze verwijzingen hadden in het totaal aantal verwijzingen naar elk van de specialismen.

Zowel het aantal als het percentage verlengingsverwijzingen is bij oogheelkunde bijzonder sterk gestegen. Daarmee blijkt oogheelkunde voor een groot deel verantwoordelijk voor de toename van de verlengingsverwijzingen over alle specialismen tezamen. Niettemin is ook bij KNO, chirurgie en interne geneeskunde een fikse stijging van het aantal verlengingen te constateren. Orthopaedie, verloskunde, gynaecologie, zenuw- en zielsziekten en dermatologie hebben in het geheel niet bijgedragen aan de verhoging van het aantal verlengingsverwijzingen.

Tabel 3.4.: absolute aantallen en percentages verlengingsverwijzingen per specialisme

Specialismen	1982		1984	
Oogheelkunde	50	11.7	147	31.4
KNO	33	21.0	61	32.6
Chirurgie	19	11.4	36	18.6
Orthopaedie	27	30.0	22	25.9
Verloskunde/gynaecologie	34	25.8	26	26.5
Zenuw- en zielsziekten	24	34.8	28	34.6
Dermatologie	22	29.7	18	22.5
Interne geneeskunde	43	35.0	65	47.8
Alle specialismen samen	352	23.9	492	31.4

3.3.3. Verlengingsverwijzingen naar leeftijd en geslacht

Verlengingsverwijzingen komen relatief vaak voor onder oudere patiënten. Onder de verwezen patiënten ouder dan 50 jaar is voor de opening van het ziekenhuis 34.4% van de verwijzingen een verlenging. Bij de verwijzingen van patiënten jonger dan 50 is dit percentage 20.4.

Na de opening is het verschil nog iets groter geworden. De 50-plus-sers gaan in 42.4 procent van de verwijzingen voor een vervolgbehandeling naar de specialist, terwijl het bij de jongeren in 26.1 procent van de verwijzingen het geval is.

De 'boven 50-jarigen' nemen dus ook een relatief iets groter deel van de groei van het aantal verlengingsverwijzingen voor hun rekening.

Vrouwen komen ook wat meer voor een verlengingsverwijzing in aanmerking dan mannen. Voor de komst van het ziekenhuis bedroegen de percentages verlengingsverwijzingen onder vrouwen en mannen respectievelijk 25.0 en 22.7 procent. Ook hier is het verschil iets groter geworden. In '84, ruim na de opening, zijn de percentages 33.9 voor vrouwen en 29.7 voor mannen.

3.4. Actieve verwijzingen

De beslissing tot ruim 40 procent van alle verwijzingen is in handen van huisarts en patiënt, de zogenaamde actieve verwijzingen. Zulke verwijzingen wegen in zekere zin zwaarder dan de meeste administratieve verwijzingen, omdat zij de aanzet zijn tot vaak langdurige behandelingen in de tweede lijn, die - bij ziekenfondspatiënten door middel van een verlengingsverwijzing en bij particulieren veelal zonder verdere plichtplegingen - tot in lengte van jaren kunnen worden voortgezet. Meer dan op de verwijzingen met een administratief karakter kan de huisarts zijn invloed doen gelden wanneer hij zo'n 'eerste' verwijzing overweegt.

Volgens de schatting die in paragraaf 3.2. is gemaakt, is het aantal actieve verwijzingen ruim na de opening niet of nauwelijks toegenomen, in vergelijking tot de situatie vóór de komst van het ziekenhuis. Alleen kort na de opening was er een tijdelijke vermeerdering van het aantal actieve verwijzingen met ongeveer tien procent. Toch zou een opsplitsing van de patiënten naar bepaalde kenmerken voor sommige categorieën van de Lelystadse bevolking een onrustiger beeld kunnen opleveren. In deze paragraaf wordt daarom gekeken naar de samenhang tussen (de veranderingen in) het aantal actieve verwijzingen en het geslacht, de verzekeringsvorm en de leeftijd van de patiënten.

Tabel 3.5.: actieve verwijzingen en samenstelling van praktijken naar geslacht in procenten (16 huisartsen, exclusief oogheelkunde). Ziekenfonds en particuliere patiënten

	1982		1983		1984	
	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.
Mannen	47.2	49.2	45.3	48.8	47.1	49.1
Vrouwen	52.8	50.8	54.7	51.2	52.9	50.9
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabel 3.5. geeft de percentuele verdeling van het aantal geregistreerde actieve verwijzingen over mannen en vrouwen voor elk jaar. Daarnaast staat steeds het percentage mannen en vrouwen op het totaal aantal patiënten in de praktijken vermeld.

Vrouwen worden steeds iets vaker op basis van een actieve beslissing verwezen. Kort na de opening, als de actieve verwijzingen zo'n tien procent in aantal zijn toegenomen, is het aandeel van de vrouwen daarin nog wat groter. Een jaar later is de oorspronkelijke situatie echter weer hersteld.

Ziekenfondspatiënten eisen ook een relatief groter deel van de actieve verwijzingen op dan particuliere patiënten.

Zoals uit tabel 3.6. blijkt is het verschil na de opening vrijwel even groot als daarvoor. Deze cijfers hebben echter een beperkte zeggingskracht als het erom gaat te bepalen of ziekenfondsverzekerden vaker een specialist hebben bezocht dan particulieren. Buiten het feit dat de meeste administratieve verwijzingen alleen voor ziekenfondspatiënten een noodzakelijke voorwaarde voor een eerste bezoek aan de specialist of het vervolg van een behandeling zijn, hebben particulier verzekerden per definitie meer mogelijkheden om de huisarts te passeren als zij door een specialist onderzocht of behandeld willen worden.

Tabel 3.6.: actieve verwijzingen en samenstelling van praktijken naar verzekeringsvorm in procenten (16 huisartsen, exclusief oogheelkunde)

	1982		1983		1984	
	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.	Actieve verwijzingen	Praktijk samenst.
Ziekenf.	77.8	70.0*	78.1	69.4	78.2	69.2
Particul.	22.2	30.0*	21.9	30.6	21.8	30.8
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Geschatte percentages

De leeftijdsverdeling van de actieve verwijzingen, zoals weergegeven in tabel 3.7., geeft een duidelijke onderverteenwoordiging van de

patiënten jonger dan 20 jaar te zien. De categorie boven de veertig is daarentegen veel sterker vertegenwoordigd dan op grond van de samenstelling van de praktijken te verwachten zou zijn. Deze constatering geldt voor alle drie de registratieperioden. Met de komst van het ziekenhuis is het verschil tussen jongeren en ouderen aanzienlijk toegenomen. De 40-plussers zorgen in 1982 voor 30 procent van de actieve verwijzingen bij een aandeel in de patiëntenpopulatie van 24.2 procent. In 1984 nam het percentage actieve verwijzingen dat tot patiënten uit deze leeftijdscategorie te herleiden is toe tot 36.3, terwijl zij 25.9 procent van de praktijken vormen. Bij de groep patiënten tot 20 jaar doet zich, zij het in mindere mate, het omgekeerde effect voor.

Evenals bij de verlengingsverwijzingen het geval was, namen ouderen na de opening dus ook van de actieve verwijzingen een groter deel voor hun rekening.

Tabel 3.7.: actieve verwijzingen en samenstelling van praktijken naar leeftijd in procenten (16 huisartsen, exclusief oogheeskunde)

	1982		1983		1984	
	Actieve verwij- zingen	Prak- tijk samenst.	Actieve verwij- zingen	Prak- tijk samenst.	Actieve verwij- zingen	Prak- tijk samenst.
0- 4jr	9.3	10.2	7.6	8.6	7.1	9.6
5- 9jr	7.6	10.0	6.3	9.6	7.9	9.5
10-15jr	5.8	8.9	4.5	8.7	5.3	8.7
16-19jr	3.2	4.8	3.2	6.3	3.5	6.5
20-29jr	21.0	20.6	20.6	19.9	17.0	17.7
30-39jr	23.0	21.4	22.9	20.7	22.8	22.0
40-49jr	10.9	7.3	11.1	8.8	12.9	8.8
50-59jr	8.1	7.0	8.0	6.6	8.2	6.5
60-64jr	4.0	3.9	5.5	3.8	4.8	3.8
65-69jr	2.6	3.1	5.9	3.4	5.2	3.3
70 plus	4.4	2.9	4.2	3.6	5.2	3.5
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

3.5. Veranderingen in enkele kwalitatieve aspecten van het verwijzen

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 oogheelkundige verwijzingen in deze analyse buiten beschouwing.

Het verschil tussen refractieverwijzingen en andere oogheelkundige verwijzingen is niet altijd duidelijk, zodat onder de verwijzingen naar de oogarts, die in de categorie 'op initiatief van huisarts of patiënt' terecht zijn gekomen, waarschijnlijk ook refractieverwijzingen voorkomen.

3.5.1. Het initiatief tot de verwijzing

Allereerst kunnen wij hier een wat gedetailleerder beeld schetsen van het initiatief tot de actieve verwijzingen. Tabel 3.8. beschrijft de verdeling van het initiatief over 4 categorieën in de verschillende registratieperiodes.

Tabel 3.8.: het initiatief tot de verwijzing (16 artsen), alleen
niet-administratief excl. oogheelkunde

	Absoluut			Procenten		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
Uitsluitend h.a.	240	204	169	29.8	22.0	21.0
Meer h.a.	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
Niet ingevuld	-	-	-	-	-	-
	805	927	806	100.0	100.0	100.0

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 initiatief 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 verwijzigingen 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 3.9.).

Tabel 3.9.: het percentage actieve verwijzingen dat geheel of vooral
op initiatief van de patiënt tot stand komt naar geslacht

	1982	1983	1984
Mannen	34.6%	37.2%	39.7%
Vrouwen	34.8%	39.8%	43.0%

Tabel 3.10: het percentage van de actieve verwijzingen dat vooral of geheel op initiatief van de patiënt naar leeftijd (exclusief oogheelkunde)

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

In 1982 bleek de neiging om zelf het initiatief tot een verwijzing te nemen relatief het sterkst aanwezig te zijn in de leeftijdsgroep 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 en de 60-64-jarigen vormen daarop een uitzondering. 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 3.11.: het percentage actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt, naar verzekeringsvorm (exclusief oogheelkunde)

	1982	1983	1984
Ziekenfonds	35.0	39.0	42.2
Particulier	34.7	38.2	38.7

Zoals uit tabel 3.11. blijkt is het initiatief om zelf om een verwijzing te vragen bij ziekenfondsverzekerden iets meer gestegen dan bij particulier verzekerden.

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 3.12.: het percentage actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt naar vorige woonplaats (excl. oogheelkunde)

	1982	1983	1984
Amsterdam	35.3	40.6	41.1
Elders	34.4	36.3	42.0

Bij de specialismen zenuw- en zielsziekten en dermatologie neemt het aandeel van de verwijzingen op initiatief van de patiënt niet duidelijk toe. Interne geneeskunde, dat zich reeds vóór de opening onderscheidde door een gering aantal verwijzingen op initiatief van de patiënt, heeft na een verhoging kort na de opening van het ziekenhuis uiteindelijk een opvallend laag percentage door patiënten geïnitieerde verwijzingen. De meeste vraag is door de opening van het ziekenhuis bij patiënten ontstaan naar chirurgische, orthopaedische en verloskundige of gynaecologische hulp.

Tabel 3.13.: percentage actieve verwijzingen vooral of geheel op initiatief van de patiënt per specialisme (alleen grotere specialismen, maar zonder oogheelkunde)

	1982	1983	1984
KNO	31.3	24.7	36.1
Chirurgie	40.5	39.7	51.6
Orthopaedie	38.0	53.6	47.8
Verloskunde/ gynaecologie	40.0	43.3	53.0
Zenuw- en ziels- ziekten	40.0	32.3	42.9
Dermatologie	35.8	45.3	38.6
Interne geneesk.	26.3	29.7	19.5

3.5.2. De noodzaak van de verwijzing in de ogen van de arts

Ten aanzien van de noodzakelijkheid van de verwijzingen in de ogen van de arts hebben wij in het eerste interimrapport de verwachting uitgesproken dat deze zou afnemen met de veronderstelde toename van het aantal door huisartsen en patiënten geïnitieerde verwijzingen. 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?

Tabel 3.14.: medische noodzaak van de verwijzing volgens de huisarts
(alleen niet-administratieve verwijzingen, exclusief
oogheelkunde)

	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

Uit tabel 3.14. blijkt dat het percentage niet of 'eigenlijk niet echt' noodzakelijke verwijzingen volgens de artsen zowel relatief als 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.

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 percentages 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 dat vooral door huisartsen is geïnitieerd toegenomen van 6 naar 12 procent. Als huisartsen geheel alleen tot een verwijzing hebben besloten, komen minder noodzakelijke verwijzingen vrijwel

niet voor.

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 3.15.: het percentage actieve verwijzingen dat volgens artsen niet of eigenlijk niet noodzakelijk is naar geslacht (exclusief oogheelkunde)

	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 3.16.: het percentage actieve verwijzingen dat volgens artsen niet of niet echt noodzakelijk is naar verzekeringsvorm (exclusief oogheelkunde)

	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 3.17. 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 procent) dan bij van elders afkomstigen (4.6 procent).

Tabel 3.17.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is naar plaats van herkomst van verwezen patiënten (exclusief oogheelkunde, 16 huisartsen)

	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 (zie tabel 3.18.).

Dat is precies die categorie van de bevolking die na de opening van het ziekenhuis ook een groter aandeel in het totaal aantal actieve verwijzingen heeft gekregen. Desondanks is het percentage minder dringende verwijzingen in de groep 60-70-jarigen klein in vergelijking tot de andere leeftijdscategorieën van tien jaar en ouder.

De 0-4-jarigen geven een afwijkend patroon te zien. Hoewel hun aandeel in de actieve verwijzing is afgenomen, is bij hen het percen-

tage verwijzingen met een vraagteken toch fors gegroeid.

Tabel 3.18.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is naar leeftijd

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

Tabel 3.19. geeft tenslotte een beeld van de ontwikkelingen bij de grotere specialismen. Bij de specialismen orthopaedie, 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 zeer beperkte toename van het aantal verwijzingen per duizend patiënten, maar ook door een toename van veel andere specialismen hoge mate van noodzakelijkheid van die verwijzingen.

Tabel 3.19.: percentage actieve verwijzingen dat volgens de arts niet of eigenlijk niet echt noodzakelijk is, naar specialisme (alleen de grotere specialismen)

	1982	1983	1984
KNO	18.0	22.6	16.5
Chirurgie	28.3	25.6	31.1
Orthopaedie	26.6	40.9	36.2
Verloskunde/ gynaecologie	17.9	27.1	38.6
Zenuw- en ziels- ziekten	30.0	32.3	39.2
Dermatologie	35.8	46.4	35.7
Interne geneeskunde	23.8	20.9	17.0

3.5.3 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 3.20.) laten weinig verandering zien. Wel is kort na de opening de diagnose wat vaker door de huisarts gesteld, maar dit effect is niet van lange duur.

Tabel 3.20.: het diagnostisch niveau van de verwijzing (16 artsen, alleen niet-administratief, exclusief oogheelkunde)

	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	miss.	miss.	miss.
	805	927	806	100.00	100.00	100.00

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.

Tussen de verschillende specialismen is er wel verschil wat het diagnostisch niveau van de verwezen patiënten betreft (zie tabel 3.21.). Van de vijf grootste specialismen, uitgezonderd oogheelkunde, onderscheiden chirurgie en oogheelkunde 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 3.21.: het percentage actieve verwijzingen, waarbij de huisarts reeds een diagnose heeft gesteld bij de 5 grote specialismen (exclusief oogheelkunde, 16 huisartsen)

	1982	1983	1984
KNO	66.0	62.8	53.7
Chirurgie	77.0	79.8	77.8
Orthopaedie	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 3.22.

Tabel 3.22.: doel van de verwijzing (16 artsen, alleen met 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	-	miss.	miss.	-
	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 eigenaardige 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 op-

zicht zo goed als niets veranderd. Vòòr de opening heeft ruim 54 procent een diagnose. Twee jaar later is dat iets minder dan 53 procent.

Een opvallend verschil doet zich voor tussen voormalige inwoners van Amsterdam en de rest van de Lelystadse bevolking. Ex-Amsterdammers worden vaker voor een diagnose verwezen ($\pm$ 55 procent) dan de overige inwoners van Lelystad ($\pm$ 51 procent). Veranderingen hebben zich daarbij in de loop der jaren niet voorgedaan.

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 vòòr opening, 47,7 procent ruim na de opening).

3.6. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een gedetailleerder beeld van de veranderingen in het verwijzingspatroon geschetst door onderscheid te maken naar de verschillende soorten verwijzingen. De actieve verwijsbeslissingen, die in het contact tussen huisarts en patiënt tot stand komen, namen alleen kort na de opening in aantal toe. Dat waren voornamelijk door patiënten geïnitieerde verwijzingen. Het Zuiderzeeziekenhuis houdt met het percentage verlengingsverwijzingen onder de naar dit ziekenhuis verwezen ziekenfondspatiënten zo'n beetje het midden tussen de zeer hoge percentages die de Amsterdamse ziekenhuizen voor de komst van het ziekenhuis in Lelystad kenmerkten en de lage percentages die destijds bij de ziekenhuizen in de regio voorkwamen. Omdat toen echter driekwart van de verwijzingen zijn weg vond naar deze regionale ziekenhuizen is na de opening van het ziekenhuis in Lelystad het aantal verlengingsverwijzingen toch gestegen. Daarbij komt dat het bij de patiënten die nog buiten Lelystad verwezen worden zeer vaak gaat om een voortzetting van de behandeling na verloop van een jaar, een verlengingsverwijzing dus.

De 'extra' verlengingsverwijzingen moeten vooral worden toegeschreven aan vrouwen en patiënten op leeftijd.

Gelet op de situatie waarin verwezen wordt, zijn er geen aanwijzingen dat de huisartsen de verwijzingen na de opening van het ziekenhuis routineuzer afhandelen dan daarvoor. Telefonische en andere

verwijzingen buiten het spreekuur of de visites om komen niet of nauwelijks vaker voor.

Hoewel de actieve verwijzingen volgens de gegevens uit onze registratie uiteindelijk niet in aantal (per duizend patiënten) 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, orthopaedie 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. VERANDERINGEN IN DE MEDISCHE CONSUMPTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJKEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de veranderingen beschreven die zich na - en mogelijk ten gevolge van - de opening van het ziekenhuis in enkele aspecten van de medische consumptie in huisartspraktijken 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. Voor een uitvoerige beschrijving van de bij deze registratie gevolgde werkwijze wordt verwezen naar het eerste interimrapport.

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 wordt wel eens gezegd dat ze tot op zekere hoogte substitueerbaar zijn. Bijvoorbeeld: een arts kan een patiënt soms tevreden stellen met een recept, terwijl het voorgeschreven medicijn volgens de arts niet echt noodzakelijk is. De patiënt zou misschien ook genoeg hebben genomen met een verwijzing.

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 participeren 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-geslachtscategorie 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. staan de aantallen contacten per 1000 patiënten, over alle drie de jaren waarin geregistreerd is, zowel van de spreekuur-contacten en visites apart als van het totaal.

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

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. Voorzover de cijfers wijzen op een geringe daling van de contactfrequentie die overigens voor een belangrijk deel op rekening van het afgenomen aantal visites komt, moet deze waarschijnlijk eerder geweten worden aan de groei van de betrokken praktijken met ongeveer 6 %. 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 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., volgende pagina). 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 maar liefst 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, c.q. mannen en particulieren wat vaker naar de huisarts gaan.

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

		1982	1983	1984
Aantal contacten per 1000 patiënt	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

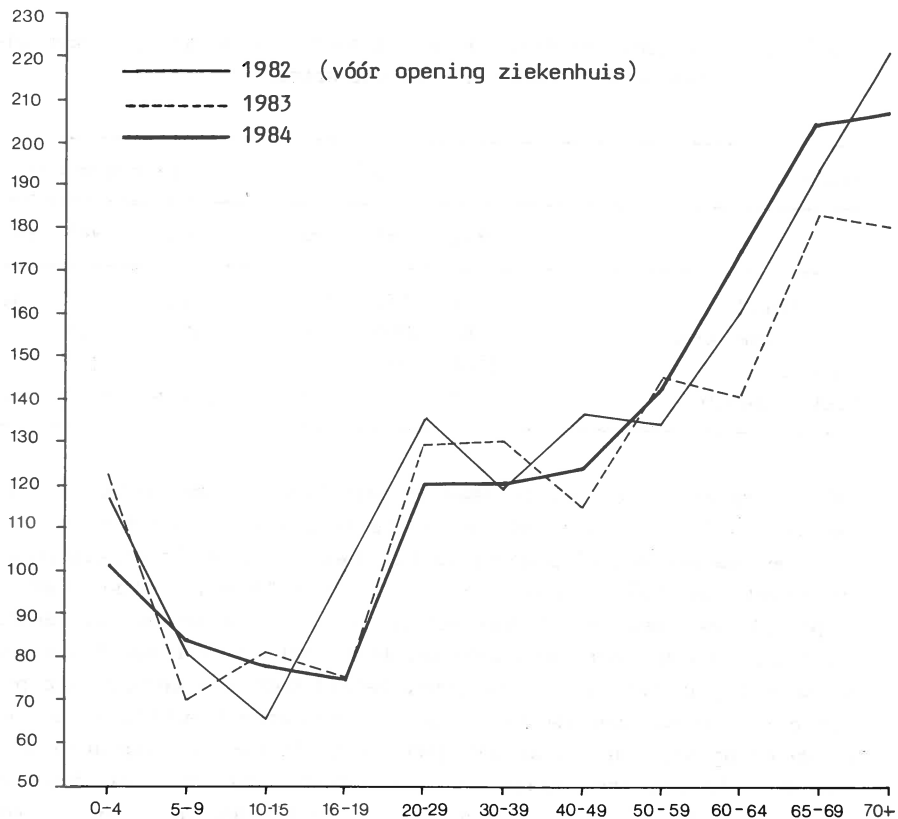
In 1984, dus langere tijd na de opening, komt het consumptiepatroon van de verschillende categorieën weer in de buurt van het niveau van vóór de opening. Figuur 4.1. geeft de verdeling van het totaal aantal contacten over de leeftijdscategorieën voor de drie verschillende jaren weer.

Ook hier zijn geen opzienbarende verschuivingen ten opzichte van de situatie van voor de opening van het ziekenhuis te melden. Wel is de daling van het aantal contacten in de categorie 16-19-jarigen na de komst van het ziekenhuis aanzienlijk. Daar staat evenwel een stijging van de contactfrequentie onder 10-15-jarigen tegenover, zodat het aantal contacten onder tieners ongeveer gelijk blijft als we beide betrekkelijke kleine categorieën samentrekken.

Het duidelijke verband tussen leeftijd en contactfrequentie blijft in alle drie de jaren gehandhaafd.

Niet uit de figuur 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 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	.miss.	miss.	miss

Behalve op een relatieve toename in procenten van het totaal - 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'. In de volgende paragrafen zullen we bekijken of er feiten en verklaringen te vinden zijn die erop wijzen dat de opening van het ziekenhuis van invloed is geweest op de vermeerdering van het aantal consulten voor chronische klachten.

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 sommigenesignaleerde afnemende populariteit van de pil als anti-conceptie-methode hieraan debet kunnen zijn. Het is echter ook mogelijk dat meer vrouwen sinds de opening van het ziekenhuis pil-recepten van de gynaecoloog krijgen.

Als we de pilconsulten buiten beschouwing laten, dan blijkt het aandeel van de chronische klachten bij mannen en vrouwen goeddeels het-

zelfde 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 sexen 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 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 zestig 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 2 is een uitgebreide analyse gemaakt van het verwijscijfer per 1000 patiënten. Een andere indicatie voor de verwijsgeneigdheid 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 in huisartsen (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 ingev.	26	5	2	miss.	miss.	miss.
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

De tabel biedt bij benadering hetzelfde beeld, dat ook bij de beschouwing van de actieve 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 verwijzpercentage weer terug op het niveau van vóór de opening van het ziekenhuis. Weglating van de pilconsulten levert in chronologische volgorde de volgende verwijzpercentages per 100 consulten op: 5.9, 6.8 en 5.8.

Evenals in de vorige interimrapporten is gebeurd, wordt ook voor 1984 het verwijzscijfer per honderd spreekuurconsulten gecontroleerd door het op een andere wijze 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 ook genoteerd of deze op het spreekuur of daarbuiten tot stand zijn gekomen. Deze gegevens mondden uit in een verwijzscijfer 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 verwijzregistratie biedt ons weer de mogelijkheid om het percentage administratieve verwijzingen van de tijdens het spreekuur genomen verwijzbeslissingen te bepalen (zie 2.2).

Uitgaande van de cijfers die op basis van de spreekuurregistratie zijn gevonden - vermoedelijk toch iets betrouwbaarder dan de langs een omweg vastgestelde verwijscijfers 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.

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.) 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 de verwijspersentages 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 honderd spreekuurconsulten naar de aard van het consult geeft opmerkelijke resultaten (zie tabel 4.7.).

Tabel 4.6.: aantal verwijzingen per honderd spreekuurconsulten, in drie jaren naar de leeftijd van de patiënten bij 16 artsen

	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

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 en van het aantal verzoeken daartoe tot chronische patiënten is te herleiden. Daarmee lijkt een deel van de hogere contactfrequentie van chronische patiënten sinds de komst van het ziekenhuis verklaard. 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.

Tabel 4.7.: aantal verwijzingen en verzoeken om verwijzing per honderd spreekuurconsulten naar de aard van het consult bij 16 artsen

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			
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

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.

Het absolute aantal groeide met dertig 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.

Daarentegen worden vrouwen, ondanks het feit dat zij veel vaker op het spreekuur komen, ook per honderd consulten nog frequenter voor laboratorium- of röntgenonderzoek verwezen dan mannen. Ook als de pilconsulten buiten beschouwing blijven, is er nog een aanzienlijke

meerconsumptie per honderd consulten van vrouwen, die varieert van 21 procent vóór de opening van het ziekenhuis tot 39 procent in 1984.

Tabel 4.8.: verwijzingen voor laboratorium- en/of röntgen onderzoek tijdens de spreekuurconsulten bij 16 artsen (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	miss.	miss.	miss.
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

De vermeerdering van de aanvragen is tamelijk gelijkmatig verdeeld over de leeftijdscategorieën vanaf 20 jaar en ouder. Het aantal per honderd 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. Daarmee zou opnieuw een stukje verklaard zijn van de hogere contactfrequentie van deze patiënten sinds de komst van het ziekenhuis. 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 honderd spreekuurconsulten, naar de aard van het consult bij 16 artsen

	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 bij 16 artsen

	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	-	miss.	miss.
	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. Als een arts ziekenfondspatiënten grotere hoeveelheden medicijnen per keer kan voorschrijven, waarom zou hij dat dan niet ook aan particulieren doen, ook al heeft dit voor de laatstgenoemden geen financiële voordelen?

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 bijdrage-regeling, 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 uitgeschreven 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 bijdrage-regeling. 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 honderd spreekuurcontacten enigszins toe (zie tabel 4.11.).

Tabel 4.11.: terugbestellingen (voorwaardelijk en onvoorwaardelijk) tijdens spreekuurconsulten bij 16 artsen

	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	miss.	miss.	miss.
	3967	4205	4094	100.0	100.0	100.0

De voorwaardelijke terugbestellingen - "als U over twee weken nog last heeft, komt U dan terug" - namen in eerste instantie toe, maar dit effect gaat een jaar later verloren. Dan is echter het aantal onvoorwaardelijke terugbestellingen - "komt U over twee weken terug" - aanmerkelijk groter dan voorheen.

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

Het inhoudelijke verschil tussen de twee manieren van terugbestellen wordt in zekere zin duidelijk als we naar de verdelingen over de leeftijdscategorieën kijken. Terwijl het voorwaardelijk terugbestellen geen verband met de leeftijd van de patiënten houdt, neemt het onvoorwaardelijk terugbestellen toe naarmate de patiënten ouder worden. De leeftijdsgroepen met een in het algemeen zwakkere gezondheid - ouderen - of die meer risico lopen - zuigelingen en kinderen tot 10 jaar - vertonen ook de grootste toename in het percentage onvoorwaardelijke terugbestellingen na de opening van het ziekenhuis.

Vanzelfsprekend is het percentage terugbestellingen onder patiënten met chronische klachten hoog (constant 64 à 65 procent). De verschuiving van voorwaardelijk naar onvoorwaardelijk terugbestellen is bij deze groep weer sterker dan gemiddeld (zie tabel 4.12.). Met name de onvoorwaardelijke terugbestellingen komen onder de 'andere' patiënten veel minder voor. Dat pilconsulten in meer dan 40 procent van de gevallen tot een onvoorwaardelijke terugbestelling leiden, is niet verbazingwekkend en van minder belang.

Tabel 4.12.: percentage terugbestellingen per categorie consulten bij 16 artsen

	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	30.7	33.4	37.4	27.5
Anders	14.4	23.4	14.3	25.0	16.0	22.3

4.4. Voorschrijf-, verwijs-, en terugbestelgedrag als middelen tot praktijkmanagement

Een van de bedoelingen van de registratie van de spreekuurconsulten is om na te gaan of veranderingen in het verwijsgedrag, die mogelijk het gevolg zijn van de vestiging van specialisten in Lelystad, gevolgen hebben voor het voorschrijf- en terugbestelgedrag. De filosofie achter deze veronderstelling is dat handelingen als verwijzen, terugbestellen en het voorschrijven van medicijnen, behalve dat zij de arts in zijn therapeutische, diagnostische en controlerende taak ten dienste staan, hen ook in staat stellen zijn spreekuur op een bepaalde manier te reguleren en dikwijls ook het contact met een patiënt op een voor beiden bevredigende wijze 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 elkanders substituut fungeren. Als huisartsen derhalve vaker gaan verwijzen, daartoe in de gelegenheid gesteld door een externe om-

standigheid, 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 gegoid. 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 4B 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.

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 112.3 procent voor de opening tot 10.5 procent ruim na de opening.

Tabel 4.4.: frequentieverdeling van het aantal handelingen per consult bij 16 huisartsen, 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

Die cijfers schijnen inderdaad te wijzen op een zekere substitutie van bepaalde handelingen door andere. 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 geregistreerde 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 overeenkomen 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 meerconsumptie 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.

Voor al 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.

Opvallend is dat bij de visites het percentage verwezen patiënten kort na de opening niet is gestegen, zoals bij de spreekuurconsulten, maar juist is gedaald van 5.7 naar 4,5 procent. Een jaar later is het verwijzingspercentage 5.8 en dus weer op het oude niveau, zoals ook met het verwijzingspercentage bij de spreekuurconsulten is gebeurd. Desondanks nam in het jaar, dat volgde op de opening, wel het aantal patiënten dat tijdens een visite om een verwijzing vroeg toe tot 3.6 procent, dat waren 16 personen. Voor de opening was dat percentage 1.6 (8 personen) en twee jaar later weer 1.3 (6 personen). Daarmee lijkt de stelling nog eens ondersteund te worden dat de huisartsen de komst van het ziekenhuis niet hebben aangegrepen om van het verwijzen een routinekwestie te maken.

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 particulieren 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. Er doet zich echter een aantal incongruenties voor bij een verdere vergelijking van spreekuur- en huisbezoek. Zo werden bij de visites in tegenstelling tot wat voor de consulten gold, meer recepten aan mannen uitgereikt dan aan vrouwen. Dit verschil liep tijdens het onderzoek op van 2.4 procent in 1982 tot 7.2 procent in 1984. 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 honderd visites onder ziekenfondsverzekerden miniem: van 51.4 naar 48.9 procent. Een verklaring voor het 'gedrag' van particulier verzekerden blijven wij schuldig, ook al omdat er bij de spreekuurconsulten geen sprake is van een bijzondere

terugval in het voorschrijven van medicijnen aan particulieren. Visites aan patiënten met chronische klachten leiden minder vaak tot een recept dan de spreekuurconsulten voor deze groep. Voor de patiënten met andere dan chronische klachten geldt juist het omgekeerde. Uiteindelijk zijn de percentages tijdens visites uitgeschreven recepten ruim na de opening 33.8 procent voor chronische en 52.1 procent voor andere patiënten. De daling is evenals bij de consulten voor chronische patiënten iets sterker dan voor anderen. Het terugbestellen van patiënten tenslotte kwam ook tijdens de visites wat vaker voor toen het ziekenhuis geopend was dan daarvoor: 45.1 procent vóór opening en 50.1 procent ruim na de opening. Bij de mannen nam het percentage terugbestellingen toe terwijl het bij vrouwen ongeveer gelijk bleef. Het aanvankelijke verschil - vrouwen werden vaker terugbesteld - is daardoor bijna genivelleerd. Vrouwen worden echter zowel tijdens de visites als op het spreekuur nog net iets vaker terugbesteld (1.5 procent op het spreekuur en 2.0 procent tijdens visites). Werden er bij visites aan particuliere patiënten na de komst van het ziekenhuis zoveel minder recepten uitgeschreven, ook het percentage terugbestellingen verminderde in deze groep - geheel tegen de trend in - fors: van 47.7 procent tot 41.0 procent. De ontwikkeling bij ziekenfondsverzekerden ligt meer in de lijn der verwachtingen: een toename van 44.3 naar 52.8 procent.

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 10 procent verminderd. Of het nieuwe ziekenhuis daarbij een rol heeft gespeeld is vooralsnog onduidelijk. Een verhoging van het aantal opnamen door de opening van het ziekenhuis zou invloed kunnen hebben op de visitefrequentie, maar of de opname-coëfficiënt is gestegen is nog niet bekend. Er bestaan grote verschillen in de contactfrequentie tussen mannen en vrouwen en ook tussen particulier en ziekenfondsverzekerden. Vrouwen zien de huisarts 25 à 40 procent vaker dan mannen. Ziektenfondsverzekerden 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 gezondheid van het ene op het andere jaar is toegenomen, moet geconcludeerd worden dat deze categorie patiënten vaker naar de huisarts gaat. Het ligt voor de hand dat die verhoogde contactfrequentie met de komst van het ziekenhuis te doen heeft.

Daar zijn trouwens ook aanwijzingen voor. De tijdelijke stijging van het aantal verwijzingen en het aantal verzoeken daartoe is voornamelijk het gevolg van verwijzingen en vragen van chronische patiënten. De blijvende verhoging van het aantal aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek is eveneens goeddeels te herleiden tot de chronische patiënten.

De gegevens over het verwijzen tijdens het spreekuur komen overeen met de bevindingen uit de vorige hoofdstukken. Dat het aantal verwijzingen per honderd 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 actieve 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 verwijstaak 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 honderd 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 overgewaaid 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 laboratorium- 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 duidelijk 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.

De geringe toename van het aantal terugbestellingen is ook deels verklaarbaar uit de veranderingen na de komst van het ziekenhuis. Patiënten die voor laboratorium- of röntgenonderzoek worden verwezen, worden namelijk veel vaker terugbesteld dan andere patiënten. De trends die uit de spreekuurconsulten naar voren komen, worden in grote lijnen door de cijfers uit de visiteregistratie bevestigd.

5. DE TAAKOPVATTINGEN VAN DE HUISARTSEN

5.1. Inleiding

In het eerste interimrapport is verslag gedaan van de enige tijd voor de opening van het ziekenhuis aan de Lelystadse huisartsen voorgelegde vragenlijst over enkele aspecten van hun taakopvatting. Tevens was op het vragenformulier een lijst met een aantal medische technieken opgenomen, waarbij de huisartsen aan konden geven of zij deze technieken in de praktijk toepasten.

Vergelijking met een eerder uitgevoerd landelijk georiënteerd onderzoek onder 350 huisartsen, waarin een groot aantal van dezelfde items waren opgenomen leverde op dat de huisartsen in Lelystad meer medische technieken zelf toepasten en - gemeten naar hun opvattingen - wat eerder geneigd waren zelf een diagnose te stellen in plaats van deze aan de specialist over te laten. Het is mogelijk dat deze verschillen samenhangen met de afstand tot het dichtst bijzijnde ziekenhuis. Deze was voor de opening van het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad veel groter dan bij de landelijke steekproef. Zo constateerde Dopheide in datzelfde landelijke onderzoek 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 opvatting en 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 1983).

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

In het eerste interimrapport is gewaarschuwd 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 vermoeden uitgesproken dat huisartsen in een

tijd waarin het ideaal van een sterke eerste lijn furore maakt, 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 5.2 is de aan de huisartsen voorgelegde vragenlijst beschreven en worden de scores op de items op de tijdstippen vóór en ná de opening van het ziekenhuis weergegeven. In paragraaf 5.3 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 5.4 behelst een samenvatting en enkele conclusies.

5.2. 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 de plaats 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 door Dopheide uitgebreide versie van de door hem zelf 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 huisartsengeneeskunde is de huisartsen gevraagd op een 4-puntsschaal aan te geven of zij de diagnose van deze aandoeningen tot de taak van de huisartsen dan wel tot die van de specialist rekenen (1 = huisarts; 4 = specialist). De lijst met aandoeningen is te vinden in tabel 5.1., waarin tevens de gemiddelde scores van de 16 huisartsen op de items zowel vóór als ná 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 (1 = huisarts; 4 = specialist). De gemiddelde scores vóór en ná de komst van het ziekenhuis zijn eveneens in tabel 5.1. 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 huisartsengeneeskunde 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 5.2.

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 richtingen vóór en ná de opening van het ziekenhuis uitvoerde is te vinden in tabel 5.3.

Tabel 5.1.: 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 5.1

	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 erythematodes	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 5.2.: frequentieverdeling van scores
op taakafbakeningsitems (n=15)

		Volle- dig eens	Groten- deels eens	Niet eens niet oneens	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 na opening	5 4	2 6	3 3	4 2	1 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 na opening	1 1	5 4	4 4	4 6	1 0
3. Een groot deel van het diagnostisch werk dat uitsluitend door special. wordt gedaan, zou beter door huisartsen gedaan kunnen worden	vóór opening na opening	1 4	4 3	4 4	5 3	1 1
4. Controle van chronische pat. hoort plaats te vinden door de huisarts	vóór opening na opening	2 4	9 8	4 3	0 0	0 0
5. Als huisarts en special. van mening verschillen over de wenselijkheid van een ziekenh.opname, dient onderdeel special. de doorslag te geven	vóór opening na opening	1 2	6 8	6 3	1 1	1 1
6. Specialisten moeten zich in de eerste plaats opstellen als consultants voor de huisarts	vóór opening	7 9	7 5	1 1	0 0	0 0
7. De huisarts blijft in hoge mate verantwoordelijk voor de behandeling van zijn patiënten in ziekenh.	vóór opening na opening	0 1	6 2	3 6	4 5	2 1
8. De huisarts die de status van een ziekenh.pat. wil inzien, dient de special. toestemming te vragen	vóór opening na opening	3 6	2 2	2 1	6 3	2 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 na opening	3 7	8 3	4 5	0 0	0 0
10. De huisarts moet ervoor oppassen dat hij niet teveel op het terrein v.d. specialist komt	vóór opening na opening	3 3	2 6	7 3	3 2	0 1

-vervolg volgende pagina-

Vervolg tabel 5.2.: frequentieverdeling van scores
op taakafbakeningsitems (n=15)

		Volle- dig eens	Groten- deels eens	Niet eens niet oneens	Groten- deels oneens	Volle- dig oneens
11. Het inlichten van de ziekenhuis- patiënt over zijn ziekte, is ge- heel de taak v.d. specialist	vóór opening na opening	2 0	7 8	3 4	2 2	1 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 na opening	5 6	8 8	1 1	1 0	0 0
13. De vraag of tussentijds bericht over een ziekenhuispatiënt wen- selijk is, kan het best worden beoordeeld door de specialist	vóór opening na opening	1 1	3 5	3 4	5 3	2 2
14. Specialisten behoren tijdens een ziekenhuisopname geregeld overleg te plegen met huisartsen over hun patiënten	vóór opening na opening	4 7	7 7	2 0	2 1	0 0
15. Bij een verwijzing komt de ver- antwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt volledig bij de specialist te liggen	vóór opening na opening	2 1	4 2	1 5	5 6	3 1
16. Bij de behandeling van zieken- huispatiënten zou de inbreng van de huisarts even groot moeten zijn als die van de specialist	vóór opening na opening	1 2	0 2	3 3	8 7	3 1
17. Als de patiënt om een verwijs- kaart of verwijzing vraagt, hoort de huisarts in principe aan dat verzoek te voldoen	vóór opening na opening	3 3	3 3	6 7	3 2	0 0
18. Binnen het ziekenhuis heeft de huisarts slechts een bescheiden taak wat betreft de zorg voor zijn patiënten	vóór opening na opening	0 1	0 4	3 2	11 7	1 1
19. De huisarts zou meer invloed moeten hebben op wat er met zijn verwezen pat. gebeurt	vóór opening na opening	2 4	8 7	3 2	2 2	0 0

Tabel 5.3.: 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. Nagelextractie	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 Dauer-Katheter	15	15

5.3. De constructie van taakopvattingsschalen; verschillen tussen situatie vóór en ná opening 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 Cron-

bach'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 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.

Tabel 5.4.: gegevens over geconstrueerde taakopvattingsschalen
(1 = vóór opening; 2 = na opening)

SCHAAL	Cronbach's alpha	s.d.	Min.	Max.	Aantal items	Nummers van weg- gelaten items
Diagnostisch terrein 1	.95	55.4	100	400	35	7,9,26, 38
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

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 voor 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 5.5. zijn de gemiddelde scores en de standaarddeviaties van de taakopvattingsschalen weergegeven.

Tabel 5.5.:taakopvattingen voor en na opening Ziekenhuis

	voor opening		na opening	
	x	s.d.	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-puntssch.)	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 versmaling 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.

5.4. Samenvatting

De opvatting 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 schrap te zetten tegen de veronderstelde of feitelijke bedoeling van een beroepsgroep, die als concurrent wordt ervaren. Een dergelijke reactie sluit ook aan bij de steeds verder voortschrijdende professionalisering van de huisartsgeneeskunde.

6. CONCLUSIE

Het concluderend hoofdstuk van dit interimrapport willen we kort houden. De conclusie dat het verwijscijfer zich niet ontwikkeld heeft zoals wij dat bij de aanvang van het onderzoek hadden verwacht, is eenvoudig te trekken: van een stijging is eigenlijk niet zo erg veel te merken. In het hoofdstuk over de taakopvatting van de huisarts hebben we voorzichtig gesuggereerd dat de huisartsen zich min of meer 'schrappig' hebben bij de komst van het ziekenhuis en zich wat nadrukkelijker als 'hoeders van de eerstelijnsgezondheidszorg' zijn gaan opstellen. Uiteraard is dit een tamelijk tentatieve verklaring. Nader onderzoek van veranderingen in de opvattingen van patiënten of juist de constatering dat er ook bij dit onderdeel van het onderzoek niets is veranderd, zal meer licht moeten werpen op de vraag hoe het komt dat onze verwachting dat het verwijscijfer zou stijgen niet is uitgekomen. Daarnaast zal ook een beschrijving van de wijze waarop huisartsen en specialisten hun werkwijzen op elkaar hebben afgestemd (die eveneens in het eindrapport te vinden zal zijn) wellicht de vraag kunnen beantwoorden hoe het komt dat het ziekenhuis niet die aanzuigende werking heeft gehad, die wij veronderstelden.

LITERATUUR

- BOOTS, J.M.J. en W. VAN ZUTPHEN. Taakopvattingen van de huisarts. Medisch Contact 36 (1981) 3 p.65-68
- BOOTS, J.M.J. Het werk van de huisarts. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1983 (proefschrift)
- DOPHEIDE, J.P. Verwijzingen door de huisarts. Gezondheid & Samenleving 3 (1982) 3, p.141-151

